

Idunn Aker & Symre Sørheim

“Også har du jo alltid det med at man er redd for at man ikke skal være en god nok sykepleier, godt nok medmenneske.”

En kvalitativ studie av arbeidsbelastninger og moralsk skade hos helsearbeidere

Hovedoppgave i psykologi
Veileder: Andreas Espetvedt Nordstrand
Medveileder: Eva Langvik
Januar 2022

Idunn Aker & Symre Sørheim

“Også har du jo alltid det med at man er redd for at man ikke skal være en god nok sykepleier, godt nok medmenneske.”

En kvalitativ studie av arbeidsbelastninger og moralsk skade hos helsearbeidere

Hovedoppgave i psykologi
Veileder: Andreas Espetvedt Nordstrand
Medveileder: Eva Langvik
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Forord

I løpet av semestrene med klinisk praksis ved internklinikken (NTNU, Dragvoll), ble vi begge interessert i traumefeltet og hvor sammensatt og komplekst det er – både fascinasjon og frustrasjon knyttet til ulike aspekter ved traumefeltet og definering av hvilke hendelser som har traumekvalitet. Konseptet *moralsk skade* ble en naturlig forlengelse av dette. En del av motivasjonen for å gjennomføre prosjektet var også knyttet til et ønske om å lære mer om forebygging av psykologiske belastningsskader, og hva som skal til for å holde ut lenge i arbeidslivet. Det har vært lite konkret fokus på dette gjennom utdanningen, selv om arbeidslivets skyggesider stadig har blitt nevnt i forbifarten. Det har slått oss at yrkesutførelsen kan innebære mange krevende vurderinger og prioriteringer, som kan utfordre moral, holdninger og verdier.

Det har vært spennende og lærerikt å utforme et selvstendig forskningsprosjekt og gjennomføre dette. Vi har fått stort utbytte faglig så vel som personlig, og det er mange vi vil takke i forbindelse med prosjektet. Først vil vi takke hverandre for godt samarbeid og kollegastøtte – det har vært en trygghet å være to om et så stort prosjekt! En stor takk til våre respektive samboere, for ekstra tålmodighet og mer kokkelering enn hva man skulle kunne forvente. Videre vil vi takke lesesaljentene som har bidratt til latter og gode pauser. Det er spesielt viktig for oss å få takket veilederne våre, Andreas Espetvedt Nordstrand og Eva Langvik, som har vært med oss gjennom hele prosjektet. Vi har satt utrolig stor pris på deres faglige innspill og støtte fra start til slutt. Spesielt takk til Eva for oppfølging og veiledning knyttet til metode, databehandling og analyse, og til Andreas for innspill og diskusjon rundt det teoretiske fundamentet. Sist, men ikke minst – en stor takk til helsearbeiderne som stilte opp som informanter. Uten dere hadde ikke dette prosjektet vært mulig. Deres opplevelser har gjort stort inntrykk, og vi er takknemlige for at vi fikk lytte til deres erfaringer.

Symre & Idunn
Trondheim, januar 2022

Sammendrag

Belastningsskader og turnover i helsesektoren er et utbredt problem. Dette kan knyttes både til kroppslig belastning og psykososiale påkjenninger. Etske problemstillinger er en integrert del av helse- og omsorgsykker, og helsearbeiderne jobber ofte tett på liv og død. Til tross for slike forhold finnes det begrenset kunnskap om hvordan moralske utfordringer påvirker helsearbeidere. Denne kvalitative studien undersøker opplevelsen av arbeidsbelastninger knyttet til moralske utfordringer hos helsearbeidere, og forsøker å forstå konsekvensene av slike utfordringer i lys av teori om moralske skader, på engelsk *moral injury* (MI). Fagfeltet som omhandler moralsk skade ble opprinnelig introdusert for å forstå psykologiske belastninger i en militær kontekst. Ettersom moralske utfordringer ikke bare er et militært anliggende, har fagfeltet i senere tid etterspurt mer MI-forskning på sivile populasjoner. Vi rekrutterte derfor personell som jobbet i helsevesenet. Gjennom fortolkende fenomenologisk analyse (IPA), ble semistrukturerte intervjuer av åtte informanter analysert.

Overordnet viser resultatene at systemiske utfordringer som tidspress, mangel på personell, lite anerkjennelse samt lite støtte fra ledelse og systemet, er de største belastningene for helsearbeiderne. En mer finmasket analyse indikerer likevel at disse belastningene også kan utgjøre det man innen fagfeltet kaller *potensielt moralsk skadelige hendelser*. Slike moralske påkjenninger utgjør en stor psykologisk belastning, som blant annet forringer selvfølelsen hos helsearbeidere som knytter identiteten sin sterkt opp mot yrket sitt. I ytterste konsekvens kan dette føre til at helsearbeidere slutter og til at de utvikler psykiske helseproblemer.

Denne studien beskriver også hvilke implikasjoner våre funn kan ha for helsevesenet, og fremhever hva som kan gjøres for å redusere belastningene og beholde helsearbeiderne i jobben. Økt kunnskap på flere nivåer (helsearbeideren selv, ledelse og samfunn) om hva som kan utgjøre moralske påkjenninger og vanlige reaksjoner på dette, vil kunne redusere belastningen. Mer oppfølging og støtte fra ledelse vil utgjøre en betydningsfull ressurs. Resultatene indikerer også at det å sette inn flere ressurser vil være et svært viktig forebyggende tiltak på systemisk nivå.

Nøkkelord: Moralsk stress, moralsk skade, pMIE, arbeidshelsepsykologi

Innhold

Sammendrag	2
Introduksjon: Moralsk skade hos helsearbeidere	5
<i>Begrepsavklaring</i>	5
Teoretisk rammeverk	6
<i>Begrepet moralsk skade i en historisk kontekst</i>	6
<i>Hvilke opplevelser kan føre til moralsk stress, ubehag og skade?</i>	8
<i>Heuristisk kontinuumsmodell for moralske stressorer</i>	10
<i>Moralsk skade, psykisk lidelse og virkelighetsoppfatning</i>	11
<i>Måleverktøy</i>	13
Tidligere forskning på moralsk stress hos helsearbeidere	14
<i>Potensielle moralsk utfordrende situasjoner hos helsearbeidere</i>	15
<i>Hvilke faktorer påvirker opplevelsen av moralske utfordringer?</i>	16
<i>Moralsk skade og utbrenthet</i>	18
Problemstilling	19
Metode	19
<i>Kvalitative metoder og fortolkende fenomenologisk analyse (IPA)</i>	19
<i>Intervjuguide</i>	22
<i>Utvalg og rekruttering</i>	23
<i>Transkribering</i>	24
<i>Analyse</i>	24
<i>Etikk</i>	27
Resultater	27
<i>Tema 1: Å gå inn i jobben med hele seg – konsekvens for identitet og selyfølelse</i>	28
<i>Tema 2: Autopilot på – følelser av; å skape psykologisk distanse</i>	32
<i>Tema 3: Ledelse som største belastning og viktigste ressurs</i>	35
<i>Tema 4: Det som ikke kan telles teller ikke</i>	38
<i>Tema 5: Kollegafelleskap kan kompensere for belastninger</i>	42
<i>Tema 6: Summen av alt – full fart mot kanten av stupet</i>	45
Diskusjon	46
<i>Hvordan kan vi forstå helsearbeidernes arbeidsbelastninger?</i>	47

<i>Opplevelsen av selvet påvirkes i møte med arbeidsbelastninger</i>	50
<i>Beskyttelse og risiko</i>	53
<i>Implikasjoner</i>	56
<i>Styrker og svakheter ved studien</i>	59
Konklusjoner	60
Referanser.....	62
Appendiks A.....	72
Appendiks B	75
Appendiks C.....	79
Appendiks D.....	83
Appendiks E	86
Appendiks F	88

Introduksjon: Moralsk skade hos helsearbeidere

Teorier om moralske skader ble utformet i en militær kontekst, for å beskrive og forstå konsekvensene av å overvære eller selv begå moralske overtredelser. Interessen for temaet er økende innenfor flere fagfelt, slik som psykologi/psykiatri, sosialarbeid, filosofi og teologi. Generelt kan det sies at interessen for moralske skader har økt raskere enn det vitenskapelige grunnlaget – fagfeltet er ungt, og med mange ubesvarte spørsmål (Litz & Kerig, 2019). Mer forskning trengs for å styrke det vitenskapelige grunnlaget. Majoriteten av studiene er gjennomført i en militær kontekst og det etterspørres nå mer forskning på sivile populasjoner, spesifikt kvalitative studier (Griffin et al., 2019). Denne studien møter etterspørselen ved å undersøke opplevelsen av arbeidsbelastninger hos ulike helsearbeidere (leger, sykepleiere, fysioterapeut), og utforsker hvorledes påkjenninger i helsevesenet kan forstås i lys av teori om moralske skader. Disse yrkesgruppene står i moralske vurderinger daglig og jobber hele tiden i et etisk spenningsfelt med konsekvenser for andres liv og død. De siste to årene med COVID-19-pandemien har i tillegg lagt et ekstra press på disse yrkesgruppene (Čartolovni et al., 2021).

I denne oppgaven vil vi presentere et oppdatert kunnskapsgrunnlag for moralske skader. Dette kunnskapsgrunnlaget er basert på forskning gjort både blant militærpersonell og helsearbeidere. Målet med framstillingen er å belyse noen sentrale spørsmål og kunnskapshull, som vedrører moralske skader blant helsearbeidere. Konkret ønsker vi å utforske følgende problemstilling med to ledd: 1) *Hvordan opplever helsearbeidere at de moralske utfordringene de står overfor i arbeidshverdagen påvirker dem, og 2) på hvilken måte kan opplevelsene forstås i lys av teori om moralsk skade?*

Begrepsavklaring

Fagfeltet og litteraturen som omhandler moralsk skade (*moral injury*; MI) er preget av varierende begrepsbruk, definisjoner og kartleggingsverktøy (Griffin et al., 2019). Særlig i litteraturen som omhandler helsepersonell, brukes mange forskjellige, men relaterte begreper; *moral injury*, *moral distress*, *stress of conscience*, *regrets of an ethical situation*, *ethical suffering*, *guilt without fault* og *existential suffering with inflicting pain* (Čartolovni et al., 2021). Dette gjør sammenlikning på tvers av studier og utvalg utfordrende, grunnet ulike definisjoner og begreper. På norsk kan fagfeltet *moral injury* direkte oversettes til *moralsk skade*, som er begrepet vi benytter. En slik direkte oversettelse anses som mest hensiktsmessig, da den reflekterer tilsvarende betydning og klargjør alvorlighetsgrad av ulike påkjenningers konsekvenser. Videre vil vi spesifisere alvorlighetsgrad av moralske

overtredelser og utfall knyttet til slike hendelser; fra de minst alvorlige *moralske utfordringene* som kan gi *moralsk frustrasjon*, til *moralske stressorer* som kan gi *moralsk ubehag (distress)*, til de alvorligste *moralsk skadelige hendelsene* som kan gi *moralsk skade (moral injury)*. Dette er i samsvar med en heuristisk kontinuumsforståelse av begrepet (Litz & Kerig, 2019), som presenteres mer detaljert i oppgavens teoridel. Det understrekes samtidig at det store flertallet av studier innen dette fagfeltet har tatt utgangspunkt i begrepet moralsk skade, og ikke har differensiert mellom ulike grader av moralske påkjenninger. Hva som utgjør en påkjenning, og hvor alvorlig denne påkjenningen blir opplevd som, vil alltid ha en iboende subjektiv dimensjon. Enhver stratifisering av alvorlighetsgraden av moralske påkjenninger risikerer derfor å enten undervurdere eller overvurdere betydningen opplevelser kan ha for enkeltindividet. Begrepet *potentially morally injurious events* (pMIEs) brukes for å betegne alle stressorer av moralsk karakter med potensiale til å skape moralsk skade. Dette er et bredt begrep uten bestemte kriterier, som tar høyde for spekteret av subjektive opplevelser i møte med moralske stressorer (Jinkerson, 2016). Når vi videre i oppgaven bruker forkortelsen *pMIEs*, refereres det derfor til en moralsk stressor.

Teoretisk rammeverk

Begrepet moralsk skade i en historisk kontekst

Moral handler om normer, verdier og holdninger – det indre kompasset som veileder oss i refleksjoner knyttet til hva som anses som rett og galt, godt og dårlig (Sagdahl, 2019). Emosjonell smerte og personlig forringelse som følge av moralske overtredelser har lenge vært et tema innen kunst, religion og filosofi (Litz & Kerig, 2019). Klinisk psykologi har lenge hatt som prosjekt å formulere en kunnskapsbasert forståelse av hvordan opplevelser kan føre til psykiske helseplager. Likevel, det er først i nyere tid at konseptet om moralske skader er forsøkt definert og konseptualisert innen vitenskapelige rammeverk. Jonathan Shay (1995) introduserte begrepet *moral injury* i sin bok *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*. Dette for å oppsummere sine observasjoner av krigsveteraners psykiske, sosiale og kulturelle vansker i etterkant av moralske påkjenninger. Litz et al. (2009) sin artikkel *Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy* markerer begynnelsen på arbeidet med å etablere en vitenskapelig tilnærming til studiet av skader relatert til moralske overtredelser. Deres definisjon av begrepet refereres til i de fleste påfølgende artikler på fagfeltet, og omfatter: «emosjonell, psykologisk, atferdsmessig, eksistensiell og sosial skade som følge av hendelser som involverer det å begå-, ikke klare å forhindre-, være vitne til-, eller høre om handlinger som

bryter med dyptliggende moralske holdninger og forventninger» (Litz et al., 2009, vår oversettelse).

Krigføring medfører et mangfold av hendelser som gir rom for moralsk krevende situasjoner (Currier et al., 2018). En studie av vietnamveteraner har avdekket at 40% av soldatene var innblandet i grov voldsutøvelse, eksempelvis mishandling av sivile (Currier et al., 2014). Blant militærpersonell som var utplassert i Irak, rapporterte 1/3 å ha drept en soldat fra fiendens side, 1/5 oppga at de hadde drept sivile, og 3/4 oppga å ha møtt syke eller skadede mennesker som de ikke hadde mulighet til å hjelpe (Hoge et al., 2004). Likeledes viser studier av norske veteraner at moralske belastninger både er den hyppigst forekommende krigssonestressoren, og den type opplevelse som øker risiko for senere psykiske helseplager mest (Nordstrand et al., 2019). I etterkant av slike moralsk belastende opplevelser rapporterer veteraner typisk om symptomer som skam, skyld, eksistensiell konflikt og ruminering, samt tap av tillit til seg selv og andre. Innen fagfeltet oppfattes disse som kjernesymptomer på en moralsk skade, og plager som angst, sinne, depressive symptomer, gjenoppleveling, selvskading og sosiale problemer anses som sekundære symptomer (Jinkerson, 2016).

Det er nærliggende å anta at eksponering for hendelser som innebærer å utøve vold, skade, drepe eller unnlate å hjelpe noen, skjer i større frekvens og omfang i krigsrelaterte kontekster sammenliknet med en sivil hverdagslig kontekst. Likevel, helsearbeidere vil ofte stå i situasjoner hvor de risikerer å påføre pasienter skade eller død (eksempelvis feilbehandling). Samtidig er enhver helsetjeneste prisgitt de ressursbegrensningene ulike situasjoner dikterer, og må derfor prioritere hvem og hvor mye man hjelper (Helsedirektoratet, 2015). Det tydeligste uttrykket for en slik prioritering er såkalt *triagering* ved en masseskadehendelse (Helsedirektoratet, 2020). Også ved normal drift under forhøyet belastning, slik som under COVID-19-pandemien, risikerer helsepersonell å ikke kunne hjelpe noen som trenger det, fordi de må prioritere (Den norske legeförening, 2021). I senere tid har det derfor blitt økt bevissthet om at moralske overtredelser og moralsk belastende situasjoner også kan forekomme utenfor krigssituasjoner, slik som i arbeidshverdagen til helsearbeidere. Filosofen Jameton (1984, referert i Traudt et al., 2016) var en av de første til å rette fokuset mot etiske utfordringer hos sykepleiere. Videre fulgte studier som fant en sammenheng mellom det å pleie terminalpasienter og opplevelse av moralsk ubehag hos sykepleiere (Rodney, 1988; Wilkinson, 1987). Selv om det lenge har vært oppmerksomhet rettet mot moralske utfordringer i helsesektoren, vet vi fremdeles lite om hvor utbredt dette er, hvor alvorlig belastningene er og hvilke konsekvenser som følger av ulike moralske

belastninger. Er det meningsfullt å snakke om moralsk *skade* også for helsepersonell, slik som forskningslitteraturen indikerer for krigsveteraner? I dag er dette høyaktuelt å se nærmere på fordi det i forbindelse med covid-19-pandemien har blitt økt oppmerksomhet på arbeidsvilkårene til helsepersonell og utfordringer i helsesektoren (Čartolovni et al., 2021).

Hvilke opplevelser kan føre til moralsk stress, ubehag og skade?

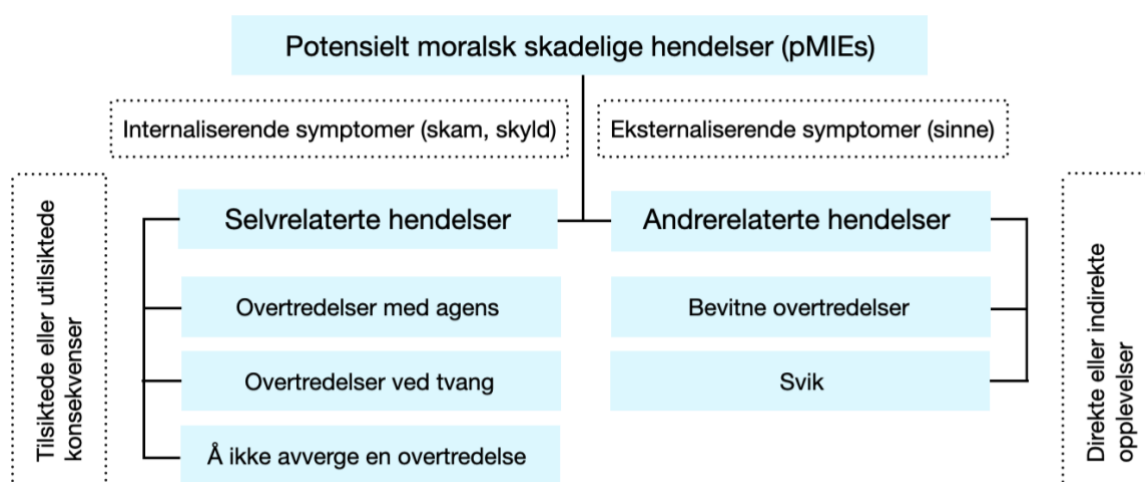
Litteraturen om moralsk skade består av flere ulike definisjoner, få standardiserte og validerte måleverktøy, lite kvalitativ forskning og en manglende konsensus om begrepets innhold og omfang (Griffin et al., 2019). Et sentralt spørsmål er om begrepet er klinisk relevant, eller om stress og skader som følge av moralske overtredelser bedre kan forstås som en undergruppe av allerede definerte stress-/belastningsrelaterte lidelser (Farnsworth, 2019). Det er viktig å merke seg at MI ikke utgjør en egen diagnose, men syndromet fanges i dag delvis opp av kriteriene for PTSD i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Det er ikke etablert enighet om hva som utgjør en pMIE, eller hvilke opplevelser som kan oppfattes som moralske overtredelser (*transgressive acts*). Fallgruven ved å definere hendelser og påfølgende konsekvenser, er at man kan ende opp med å sette likhetstegn mellom en hendelse og en konsekvens. Dette kan føre til lite nyttige tautologiske antakelser om forløpere til moralsk skade. Forskere på fagfeltet trekker frem at det er mer hensiktsmessig å se på hvordan medierende faktorer kan påvirke konsekvensene av en opplevelse. Medierende faktorer kan eksempelvis være sosiale normer og individets subjektive opplevelse av skam og skyld knyttet til en situasjon (Jinkerson, 2016). Fokuset på medierende faktorer fremfor definerte kriterier for hendelse og konsekvens, støttes dessuten av studier som ser på reaksjoner på moralske overtredelser i ulike kulturer. Zefferman og Mathew (2020) påpeker at kulturelle normer influerer konsekvensene av moralske overtredelser samt hva som anses som moralske overtredelser. Antagelser om at det som utgjør en moralsk belastende hendelse i stor grad er sammenvevd med den sosiokulturelle konteksten man tilhører, støttes også i bredere samfunnsvitenskapelig forskning på holdninger til vold og voldsbruk (Weiss et al., 2016). Dette er et svært viktig poeng når man snakker om moralske skader, ettersom det er lett å ekstrapolere det man vil oppfatte som moralsk grenseoverskridende i én sosial kontekst, til ideer om hva som er overskridende for mennesker generelt. Når man så ønsker å utforske fenomenet moralske skader blant helsepersonell må man derfor ta høyde for at typiske moralsk provoserende hendelser for en soldat ikke nødvendigvis treffer en sykepleier på samme måte, og omvendt.

Det er imidlertid voksende konsensus om at moralsk skade kan forstås i to hovedkategorier (Currier et al., 2018; Litz & Kerig, 2019): 1) *selvrelaterte hendelser* som involverer situasjoner der en selv begår en overtredelse (*commission*) eller ikke avverger en overtredelse/ikke gjør det man burde (*omission*); og 2) *hendelser relatert til andre* som omfatter det å bli sveket (*betrayal*) og det å bevitne andres overtredelser (*witness*). De selvrelaterte hendelsene ses gjerne i sammenheng med moralske emosjoner som skyld og skam, samt internaliserende symptomer. Hendelser relatert til andre kan involvere både direkte opplevelser av svik, og indirekte erfaringer knyttet til det å høre om moralske overtredelser fra andre. Slike hendelser er gjerne relatert til moralske emosjoner som sinne og krenkelse, samt eksternaliserende symptomer (Litz & Kerig, 2019).

Chaplo et al. (2019) finner holdepunkt for at pMIEs i sivile ungdomspopulasjoner grupperer seg i 5 distinkte faktorer: 1) å begå overtredelser *med agens* (*Commission with agency*); 2) å begå overtredelser *under tvang/press* (*Commission under duress*; 3) å ikke avverge en overtredelse; 4) å være vitne til overtredelser; og 5) svik. Denne konseptualiseringen bidrar med en ny nyanse, nettopp at en moralsk overtredelse kan oppleves som en frivillig eller en tvungen handling. Handlinger som bryter med ens moralske verdier kan også være tilsiktede eller utilsiktede (Litz & Kerig, 2019; Steinmetz et al., 2019). Dette vil sannsynligvis kunne påvirke hvilke konsekvenser hendelsen får, i samsvar med antakelsene om sosiale normer som medierende faktorer (Jinkerson, 2016). Se figur 1 for en oppsummerende oversikt over ulike pMIEs, basert på den gjennomgåtte litteraturen:

Figur 1

Oversikt over potensielt moralsk skadelige hendelser



Notat. Basert på Currier et al. (2018); Chaplo et al. (2019); og Litz & Kerig, (2019)

Heuristisk kontinuumsmodell for moralske stressorer

Litz & Kerig (2019) legger vekt på at det er viktig å skille tydelig mellom hendelser og utfall. Selv om en hendelse er moralsk utfordrende og involverer moralske overtredelser, betyr ikke dette at hendelsen nødvendigvis må føre til en moralsk skade. Dette sammenfattes i en teoretisk modell; *heuristisk kontinuumsmodell for moralske stressorer* (Litz & Kerig, 2019), se Figur 2. Modellen skisserer et kontinuum som strekker seg fra *moralske utfordringer (moral challenges)*, til *moralske stressorer (moral stressors)* og *moralsk skadelige hendelser (morally injurious events)*. Kontinuumet rommer dermed hendelser av ulik opplevd alvorlighetsgrad, som kan gi ulike utfall: fra veldig liten til ekstrem psykologisk, sosial og eksistensiell svekkelse eller skade. Det er relevant å ta stilling til om helsearbeidere opplever hendelser langs hele kontinuumet for moralsk påkjenning.

Moralske utfordringer

Folk eksponeres jevnlig for moralske utfordringer. Slike hendelser kjennetegnes av at de har lite umiddelbar relevans for individet, selv om de innebærer et moralsk aspekt. Et eksempel kan være å få informasjon om humanitære kriser via media, med vissheten om at du ikke selv kan hjelpe til. Moralske utfordringer kan gi et merkbart men normalt nivå av *moralsk frustrasjon*.

Moralske stressorer

Når hendelsen i større grad påvirker individet selv, for eksempel når man sårer noen man bryr seg om, vil hendelsen kunne forstås som en moralsk stressor. En moralsk stressor kan trigge et *moralsk ubehag* gjennom aktivering av moralske emosjoner som skyld, skam og sinne. Slike reaksjoner, samt de atferdsmessige og psykologiske konsekvensene som følger, kan være stressende og hemmende for individet. Moralske stressorer forekommer sjeldnere enn moralske utfordringer, og er mer alvorlige. Selv om det kan være høy risiko forbundet med slike hendelser, innebærer de imidlertid ikke opplevelsen av alvorlige trusler for individets integritet eller liv/helse.

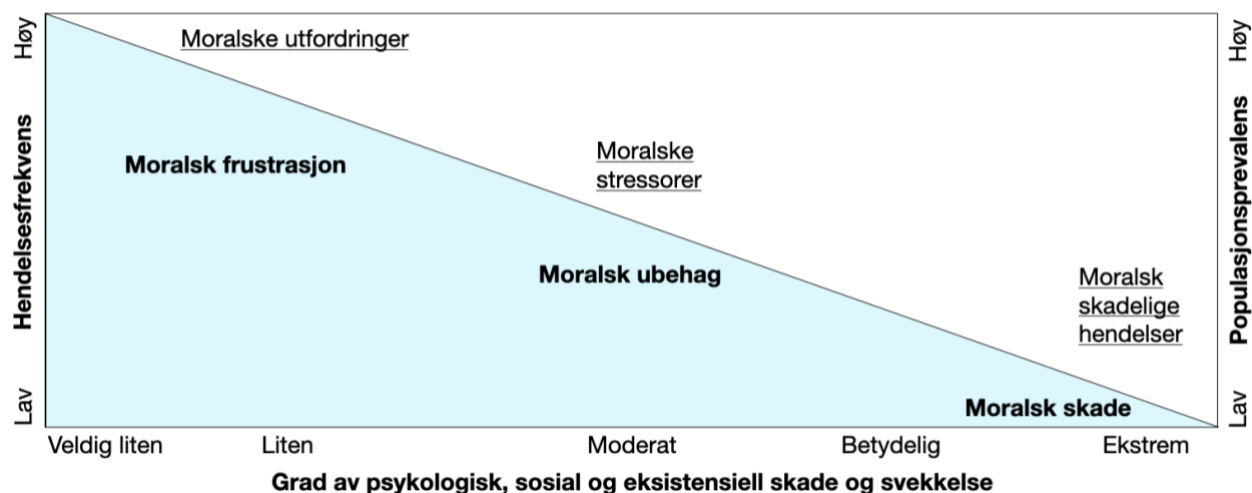
Moralsk skadelige hendelser

Moralsk skadelige hendelser er de aller mest alvorlige hendelsene og situasjonene som innebærer moralske overtredelser. Disse hendelsene kan gi moralsk skade. Eksempler på slike hendelser er det å skade eller drepe noen. Farnsworth et al. (2017) legger vekt på at pMIEs involverer høy risiko, og stor sannsynlighet for skade av individers integritet og liv. Dette reflekteres også i forskningslitteraturen som omhandler helsepersonell og moralsk stress; helsepersonell som eksponeres for situasjoner som involverer fare for liv og død, eksempelvis

i intensivavdelinger, rapporterer flere symptomer på moralsk skade sammenlignet med helsepersonell som ikke eksponeres for dette (Whitehead et al., 2015).

Figur 2

Heuristisk kontinuummodell for moralske stressorer og korresponderende responser



Notat. Figur basert på Litz & Kerig (2019), tilpasset til norsk av oss. Gjengitt med tillatelse.

Som nevnt tidligere foreligger det allerede studier som omhandler moralske overtredelser og konsekvenser av dette i helsesektoren. Denne forskningstradisjonen har brukt begrepet *moral distress* om moralske stressorer sett i sammenheng med utbrenthet, depresjon og å ønske å slutte i jobben (Se blant annet: Morley et al., 2021). Til tross for overlappende tematikk og begreper, skiller tradisjonene knyttet til moralsk ubehag og moralsk skade seg fra hverandre. MI-tradisjonen går ett steg videre, og undersøker hvordan moralske overtredelser kan føre til psykologisk skade – et spesifikt syndrom som best kan forstås distinkt fra symptomlidelser som utbrenthet og depresjon. Denne distinksjonen kan illustreres ved å se for seg at en moralsk skade vil ha et mer globalt uttrykk, hvor hendelsen medfører en ødeleggelse av grunnleggende antagelser man har om seg selv, andre eller verden (Janoff-Bulman, 2010). Man tar ofte den negative påvirkningen fra en eller flere moralsk belastende hendelser med seg, selv om man forlater yrket sitt som helsepersonell eller soldat.

Moralsk skade, psykisk lidelse og virkelighetsoppfatning

Det er en pågående debatt knyttet til hvorvidt moralsk skade bør betraktes som et selvstendig klinisk syndrom (Jinkerson, 2016) eller best forstås som en subtype av eksisterende stress- og belastningsrelaterte lidelser, slik som posttraumatisk stresslidelse

(PTSD) (Griffin et al., 2019). Enkelte argumenterer for at MI ikke bør anses som en psykisk lidelse i utgangspunktet, og forstår det heller som symptomer tilhørende normale, adaptive moralske emosjoner (Farnsworth et al., 2017). MI anses foreløpig ikke som en klinisk diagnose, men det psykologiske ubehaget ved MI overlapper i betydelig grad med symptomer knyttet til PTSD som beskrevet i diagnosemanualene ICD-10 (i mindre grad) og DSM-5 (i større grad) (Purcell et al., 2016). De nåværende diagnosekriteriene i DSM-5 krever tilstedeværelse av en såkalt utløsende hendelse (A-kriterium). En slik hendelse er definert som eksponering for trusler om eller faktisk: død, livstruende hendelser, alvorlige skader eller seksuell vold. Da enten gjennom å selv være utsatt for en slik hendelse, bevitne slike hendelser, høre om at noen nær deg ble utsatt for slike hendelser, eller bli eksponert for eksplisitte detaljer knyttet til slike hendelser. Symptomklusteret assosiert med MI passer imidlertid ikke helt inn i dette fryktbaserte PTSD-rammeverket. MI-symptomer beskrives som reaksjoner knyttet til skam og skyldfølelse som følge av moralske overtredelser, og ikke nødvendigvis frykt for eget liv og helse (Jordan et al., 2017). Mange hendelser vil kunne innebære en trussel mot liv og helse, samtidig som det i etterkant likevel er den moralske belastningen ved situasjonen som genererer psykisk ubehag. Man finner likevel en overlapp med klassiske PTSD-symptomer, eksempelvis gjenoppleving/flashbacks, endret kognisjon knyttet til hendelsen og selvet, depersonalisering og sosial tilbaketrekking. Neria & Pickover (2019) trekker frem at PTSD og MI er tett forbundet og delvis predikerer hverandre. Eksponering for pMIEs predikerer også alkohol- og rusmisbruk (Frankfurt & Frazier, 2016) og assosieres med økt selvmordsrisiko (Currier et al., 2015). Det faktum at moralske belastninger kan resultere i alvorlig psykisk ubehag, signaliserer et behov å ta stilling til hvorvidt de diagnostiske retningslinjene for PTSD burde utvides for å også inkludere moralsk skade, eller om moralsk skade burde anses som en selvstendig lidelse. Dette for å kunne tilby effektive behandlingstilbud og intervensjoner, samt i større grad evne å fange opp de som utvikler psykiske plager i etterkant av en moralsk belastende hendelse (Griffin et al., 2019).

Det eksisterer ulike perspektiver på hvordan MI bør forstås. Farnsworth et al. (2019) argumenterer for et *funksjonelt kontekstuellt rammeverk* der traumatiske hendelser ses i sammenheng med forvrengte kognisjoner for den belastende hendelsen. Slik uhensiktsmessig meningsdannelse og fortolkning er kjernen i D-kriteriet for PTSD (American Psychiatric Association, 2013), og dette samsvarer også med MI (Currier et al., 2019). Farnsworth (2019) har foreslått at PTSD og MI kan skilles basert på henholdsvis deskriptive og preskriptive kognisjoner (*is and ought cognitions*). Preskriptive «burde-kognisjoner» handler om moralske oppfatninger av hvordan noe *burde* være («verden *burde* være trygg»), og kan ikke

nødvendigvis testes og modifiseres ved hjelp av objektive kriterier. Dette i motsetning til deskriptive «er-kognisjoner» («verden *er* ikke trygg») ved PTSD, som kan endres gjennom ny informasjon (eksempelvis via eksponering i terapi) (Farnsworth, 2019).

Shay (2014) oppsummerer at det ved PTSD i hovedsak er følelsen av trygghet som svekkes, mens det ved MI er individets grunnleggende *tillitt* (til seg selv, andre og verden) som svekkes. Denne forståelsen, og Farnsworths hypotese om preskriptive kognisjoner, impliserer at det er noe helt grunnleggende ved individets virkelighetsoppfatning som påvirkes ved eksponering for moralske overtredelser. Dette er også i tråd med Janoff-Bulmanns (2010) oppfatning av at traumatiske opplevelser kan ødelegge og endre individets grunnleggende antagelser knyttet til seg selv, andre og verden. Samlet sett kan man si at perspektivet til Shay, Farnsworth og Janoff-Bulman forstår moralske skader som en form for *ontologisk traume* som skaper *epistemisk tvil* (Stolorow, 2011). Dette innebærer at en hendelse skaper en grunnleggende endring i et individs virkelighetsoppfatning, og genererer systemisk tvil om hvordan man kan vite noe om seg selv, andre og verden.

Nash (2019) tilbyr et tilsynelatende kontrasterende perspektiv for å forstå hvordan moralske overtredelser kan gi skade. *Stress injury model* postulerer at moralske overtredelser av en viss alvorlighetsgrad vil føre til faktisk skade uavhengig av hvordan hendelsen fortolkes av individet (Nash, 2019). Dette er en biomedisinsk modell som tar utgangspunkt i at skade oppstår grunnet fysiologiske reaksjoner (eksempelvis aktivering av HPA-aksen) på akkumulert stress (allostatisk belastning). Modellen har fått kritikk for å være reduksjonistisk, og har et begrenset empirigrunnlag. En biomedisinsk modell for MI tar i tillegg lite stilling til den økende evidensen for betydningen av modererende faktorer i utvikling av moralske skader (Farnsworth et al., 2019). Det er likevel ikke usannsynlig at fysiologisk stressaktivering og psykologiske prosesser spiller inn på hverandre i utviklingen av psykiske plager etter moralsk belastende hendelser. Innen traumefeltet er det enighet om at både fysiologiske- og kognitive endringer kan ses i sammenheng med symptomer i etterkant av traumatiske hendelser, jamfør diagnosekriteriene for PTSD i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Måleverktøy

Eksisterende verktøy for å kartlegge og måle moralsk skade er i hovedsak utviklet for anvendelse i militære populasjoner og veteranpopulasjoner. *Moral Injury Event Scale* (MIES; Nash et al., 2013) og *Expressions of Moral Injury Scale – Military Version* (EMIS-M; Currier et al., 2018) er eksempler på dette. I takt med interessen for å undersøke forekomst og

konsekvenser av moralsk skade også i sivile populasjoner, har tilpasninger av verktøyene blitt utformet. Eksempelvis *Moral Injury Exposure and Symptom Scale - Civilian* (MIESS-C; Fani et al., 2021) basert på MIES.

For helsepersonell er det vært utviklet flere kartleggingsverktøy for moralsk ubehag, eksempelvis *Moral Distress Scale* (MDS; Corley et al., 2001). Først i nyere tid er det forsøkt utviklet verktøy som kan kartlegger moralsk skade. *The Moral Injury Symptom Scale – Healthcare Professionals* (MISS-HP; Mantri et al., 2020) er et slikt eksempel. Verktøyet kartlegger symptomer på moralsk skade og relaterte funksjonstap på flere arenaer; familie, sosialt og arbeid. Verktøyet er utviklet i USA, og foreløpig validert i ett amerikansk utvalg leger (n = 181) samt et større kinesisk utvalg leger (n > 3000). Grunnet at verktøyet er nyutviklet og har gjennomgått begrenset validering, må det utvises forsiktighet med å generalisere til andre land, helseforetak og helseprofesjoner.

Kvalitativ forskning er spesielt nyttig i sammenheng med utvikling av nye kartleggingsverktøy. Dette kan identifisere viktige temaer som kan veilede utforming av spørsmålsledd for spørreskjemaer (Ricci et al., 2019).

Tidligere forskning på moralsk stress hos helsearbeidere

Funnene gjort i militærpopulasjoner er sannsynligvis ikke direkte overførbare til sivilpopulasjoner slik som helsepersonell, grunnet forskjeller i sosial kontekst og hvilke situasjoner individene eksponeres for. En ny oversiktsartikkel (Čartolovni et al., 2021) fant kun to artikler som direkte undersøker moralsk skade (hos militært helsepersonell), og ytterligere fem artikler som tematisk omhandler moralsk skade men bruker andre begreper. Dette som resultat etter et litteratursøk med totalt 2044 artikler. Stovall et al. (2020) gjorde en gjennomgang av 21 studier på sykepleieres reaksjoner i etterkant av hendelser som omhandlet pasientsikkerhet. Ingen av de gjennomgåtte studiene undersøkte moralsk skade direkte, men artikkelforfatterne identifiserte likevel symptomer relatert til moralsk skade. Dette innebar forekomst av kjernesymptomer som skyld (67%), skam (71%), eksistensiell krise (9%) og mangel på tillitt (52%), samt sekundære symptomer som sinne (71%), angst (57%), depresjon (33%), selvskading, (19%) og sosiale problemer (48%). Til tross for at få studier eksplisitt undersøker moralsk skade hos helsepersonell, er det indikasjoner på at konseptet kan være sentralt også innen helsesektoren. I et utvalg bestående av norske leger oppgir 51% av legene at de kjenner moralsk ubehag som følge av å måtte handle på tvers av egen samvittighet (Førde & Aasland, 2008). Det er ingen tvil om at moralske utfordringer forekommer i

helsesektoren, men det er mindre empiri på hvordan og i hvilken grad helsearbeiderne tar skade av slike opplevelser.

En annen utfordring knyttet til å sammenfatte ulike relevante studier på pMIEs og MI blant helsepersonell, er vansker med generalisering. Dette gjelder særlig sammenlikning mellom studier på tvers av landegrensar, grunnet at ulik organisering av helsetjenester kan påvirke opplevelsen av pMIEs (Kjølrsrud & Clancy, 2013). Også ulik økonomi og kulturelle forskjeller kan være medvirkende årsaker til ulike opplevelser av pMIEs (Oksavik & Kirchhoff, 2019). Utfordringene gjelder trolig også mellom ulike helseforetak innad i samme land, og mellom samme helseforetak *før* sammenliknet med *etter* innføring av en ny helseforetaksreform. Førde og Åsland (2013) finner høyere forekomst av opplevelser knyttet til moralsk stress blant sykepleiere i et norsk helseforetak, rett etter en ny helsereform (i 2004) sammenliknet med noen år etterpå (i 2011). Hvorvidt dette handler om tilvenning til reformen eller en slags resignasjon over en vanskelig situasjon, fremkommer ikke tydelig i studien. Utfordringer knyttet til sammenlikninger på tvers av utvalg belyser betydningen av kontekstuelle faktorer for opplevelsen av moralsk skade. For å sikre relevans for vår studie, legges hovedfokus på forskning som er gjennomført i norske utvalg, når vi videre presenterer ulike pMIEs i arbeidshverdagen til helsepersonell.

Potensielle moralsk utfordrende situasjoner hos helsearbeidere

En rekke utfordrende arbeidsrelaterte situasjoner har blitt sett i sammenheng med moralske belastninger hos helsearbeidere. Dette handler spesielt om situasjoner der man hindres i å gjøre det man anser som moralsk riktig, dersom det er uenighet eller tvil knyttet til hva som er det beste handlingsalternativet, og når to verdier konkurrerer med hverandre (Førde & Aasland, 2013).

Pleie av terminalpasienter og implementering av behandlinger som ikke vil ha noen innvirkning på denne pasientgruppens tilstand, rapporteres å være en av de største kildene til moralsk ubehag hos sykepleiere (Piers et al., 2011; Wilkinson, 1987). Også det å oppleve at man overbehandler terminalpasienter på bekostning av andre pasienter, kan opplevdes moralsk belastende for leger og sykepleiere (Halvorsen et al., 2008). Utfordringene i møte med terminalpasienter handler ofte om usikkerhet knyttet til å gi livsforlengende behandling til tross for at tilfriskning ikke er sannsynlig, og beslutninger om når slik behandling bør avsluttes. Dette skaper en kompleks og moralsk utfordrende situasjon der en rekke avveiningar, ulike meninger og hensyn må ses i forhold til hverandre og prioriteres. I helsesektoren står verdien om å ta vare på liv og helse sentralt, samtidig som den også er

underlagt bestemte reguleringer for budsjett og produktivitet – disse verdiene kan gå på bekostning av hverandre, og skape utfordrende situasjoner (Førde & Aasland, 2013).

Husum, Hem og Pedersen (2018) fant at utøvelse av tvang oppleves moralsk utfordrende for helsepersonell. Helsepersonellet trakk frem bekymringer knyttet til arbeidets rammer, maktmisbruk og overdreven bruk av tvang eller uheldig bruk av tvang grunnet manglende kompetanse. Videre er det å begå medisinske feil assosiert med symptomer på moralsk skade (Mantri et al., 2021). Dette kan indikere at MI kan være årsaken til feil, eller konsekvensen av det å gjøre feil.

Čartolovni et al. (2021) trekker frem flere eksempler på potensielt moralsk utfordrende situasjoner i forbindelse med COVID-19-pandemien. Dette omfatter eksempelvis det å forholde seg til at man risikerer egen helse ved å være på jobb, og dermed måtte velge mellom yrkesmessige forpliktelser eller hensynet til egen helse. Videre det å være vitne til at pasienter dør grunnet prioritering av de mest alvorlig syke pasientene; mangel på ressurser og å måtte avgjøre hvordan disse begrensede ressursene fordeles; samt følelsen av hjelpeløshet og håpløshet i møte med overfylte sykehus. Disse situasjonene er ikke ennå studert i relasjon til moralsk skade.

Hvilke faktorer påvirker opplevelsen av moralske utfordringer?

Kontekstuelle faktorer

Organisatoriske aspekter ved arbeidsmiljøet trekkes frem som potensielle kilder til moralsk ubehag. Oksavik & Kirchhoff (2019) fant at kontekstuelle faktorer som bemanning, antall pasienter og avdelingstilhørighet har større betydning for helsearbeideres opplevelse av moralsk stress på jobben, sammenlignet med individuelle faktorer som alder, utdanningsnivå og antall år i jobben. Videre kan mangel på nødvendige ressurser i form av tid, bemanning, kapasitet og utstyr, forstås som systemiske forløpere for moralsk utfordrende situasjoner i arbeidshverdagen til helsepersonell. I et norsk legeutvalg rapporterte 40% at de er bekymret for gapet mellom objektive behov og faktiske ressurser (Førde & Aasland, 2008). Særlig tidspress og en opplevelse av at det er for lite tid til å ta seg ordentlig av den enkelte pasient, en sentral moralsk stressor (Kälvemark et al., 2004). Norske sykepleiere og leger rapporterer om en rekke konsekvenser av manglende ressurser og tid (Halvorsen et al., 2008). Dette innebar kompensierende tiltak, for eksempel å skrive ut pasienter tidligere enn ønsket, for å fristille plass til kommende pasienter. Dette til tross for økt sannsynlighet for tilbakefall samt at andre deler av hjelpeapparatet ennå ikke står klare for å følge opp pasienten videre. Å jobbe med lite kompetente eller ukvalifiserte kollegaer ses også i sammenheng med å oppleve

moralsk belastning (Karakachian & Colbert, 2019). Dette kan forsås som et organisatorisk aspekt ved arbeidsmiljøet, eksempelvis grunnet høy turnover av ansatte. Videre er det forskjeller i opplevelsen av moralsk stress hos sykepleiere i ulike avdelinger. Sykepleiere i medisinske avdelinger oppgir høyere nivåer av moralsk stress, trolig knyttet til en utfordrende pasientgruppe bestående av en høyere andel akuttinnlagte eldre pasienter med sammensatte helseproblemer og risiko for død (Oksavik & Kirchhoff, 2019).

Flere studier trekker frem tendensen til en generell nedprioritering av «myke» verdier som empati og nærhet, samt grunnleggende pleie som relasjonell omsorg, kommunikasjon og hygiene. Dette som følge av nødvendig prioritering av mer akutte arbeidsoppgaver, grunnet tidspress og mangel på ressurser (Halvorsen et al., 2008) samt effektivitetskrav relatert til gjeldende prinsipper om økonomistyring (Hansen & Uhrenfeldt, 2020; Kjølrsrud & Clancy, 2013)

Individuelle faktorer

Litteraturen reflekterer inkonsistente funn knyttet til hvorvidt erfaring påvirker opplevelsen av moralsk stress. Oh og Gastmans (2015) trekker frem studier som finner at sykepleiere med høyere utdanningsnivå i mindre grad opplever moralsk stress sammenliknet med kollegaer med lavere utdanningsnivå. De påpeker imidlertid også at flere studier ikke finner en slik sammenheng. En narrativ studie forstår erfaring og antall år i yrket som en beskyttende faktor ved moralsk stressende situasjoner, der erfaring antas å gjøre det lettere å håndtere moralsk stressende situasjoner (Traudt et al., 2016). I et norsk utvalg fant imidlertid Oksavik og Kirchhoff (2019) at alder og videreutdanning, som er nært knyttet til erfaring, ikke viste statistisk signifikant samvariasjon med opplevelse av moralsk stress. Inkonsistente funn på tvers av studier kan ha flere årsaker. Det kan blant annet handle om ulike utvalg, ulik metodikk (kvantitativ/kvalitativ) og at det ennå ikke eksisterer nok akkumulert kunnskap til å trekke ut klare fellesnevner. På den ene siden kan man anta at økende erfaring og antall år i yrket gir stadig flere erfaringer med moralske utfordringer (akkumulert belastning), samtidig som erfaring kan påvirke sensitiviteten for belastninger og heve terskelen for hva man anser som betydelige moralske utfordringer (Burston & Tuckett, 2013).

Individets mestringsstrategier kan også influere opplevelsen av moralske belastninger. Kjølrsrud og Clancy (2013) trekker frem at det å være ærlig om egen tilkortkommenhet og å være tydelig overfor ledelsen er positive strategier som sykepleiere bruker for å motvirke moralsk stress. Videre kan personlige egenskaper, slik som sykepleierens subjektive opplevelse av ferdighetsnivå og tillitt til egen kompetanse, influere opplevelsen av moralsk ubehag. Dette gjelder også individets virkelighetsoppfatning/verdenssyn bestående av

forventninger knyttet til standarder for pleie, moralsk sensitivitet, verdigrunnlag, etiske perspektiver og kulturelle bakgrunn. Relasjonene mellom sykepleiere og leger trekkes også frem, fordi ulike oppfatninger av helsehjelp, henholdsvis omsorgsbasert versus kurativ tilnærming, kan bidra til moralske utfordringer (Burston & Tuckett, 2013).

Basert på gjennomgang av studiene nevnt ovenfor, tydeliggjøres det at opplevelsen av moralske utfordringer kan influeres av en rekke faktorer. Situasjonene kan være direkte relatert til pasientkontakt og pleie, eller være knyttet til kontekstuelle og organisatoriske faktorer i helseforetakene. Videre kan individuelle faktorer, slik som alder og utdanningsnivå, virke inn på opplevelsen av moralske belastninger.

Moralsk skade og utbrenthet

Vanskene som oppstår blant helsepersonell, som en følge av å jobbe med mennesker, har med tiden blitt tildelt mange navn. Jungelen av begreper er krevende å orientere seg i og mange av begrepene både overlapper med hverandre og tilfører ny kunnskap til feltet samtidig. *Moralsk skade* overlapper som vi alt har sett med *moral distress*, og har også blitt kritisert for å overlappe med *utbrenthet* (Čartolovni et al., 2021).

Maslach & Jackson (1981) operasjonaliser utbrenthet, som en tredeling mellom emosjonell utmattelse, depersonalisering og redusert selvopplevd jobbytelse. Litteraturen understreker også at disse tre fenomenene er noe som spesielt oppstår blant de som jobber med mennesker (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 2001), blant annet helsearbeidere. Definisjonen har fortsatt å være den mest anerkjente frem til i dag (Saksvik & Christensen, 2015). Til tross for den utbredte bruken av begrepet er det også kilde for debatt. Begrepet er blant annet blitt kritisert for å gape over for mye og blir for generell og omfattende fremfor at man separerer de tre fenomenene og skaffer dypere innsikt i hvert enkelt aspekt (Tvedt & Hansen, 2009). Til tross for utbredt bruk finnes utallige begreper utover utbrenthet for å definere stresset og belastningene helsearbeidere opplever. Isdal (2017) trekker blant annet fram omsorgstretthet som en blanding mellom utbrenthet og sekundærtraumatisering (å emosjonelt preges av andres erfaringer og fortellinger). Dette illustrerer hvordan utbrenthet alene ikke er tilstrekkelig for å definere belastningene hos helsearbeidere.

Talbot og Dean (2018) foreslår at tilstanden de ser hos kolleger i helsevesenet ikke fanges godt nok av terminologien utbrenthet. Istedenfor argumenterer de for at moralsk skade er kilden til symptomene på utbrenthet blant helsepersonell. De kritiserer også utbrenthet for å plassere problemet hos individet som opplever symptomer som for eksempel emosjonell utmattelse, og hevder i motsetning at moralsk skade oppstår som en følge av forhold utenfor

individets kontroll. Slik plasseres også roten til problemet utenfor individet og legger opp til at utbrenthet best løses ved å skape endringer i systemet, fremfor å sette inn tiltak for å øke motstandsdyktighet hos den enkelte helsearbeider (Dean et al., 2019).

Til tross for at moralsk skade kan sies å overlape med etablerte begreper innenfor helseyrker kan det likevel bidra til økt kunnskap. Fokuset på det moralske aspektet, som ikke dekkes av begrepet utbrenthet, kan bidra til å forstå hva som fører til symptomer på utbrenthet (Čartolovni et al., 2021). Teorigrunnlaget om pMIEs og moralsk skade tilbyr i større grad en etiologisk forklaring på belastningsrelaterte plager som eksempelvis kan komme av moralske stressorer. Litteraturen viser hvordan utbrenthet er medvirkende årsak til at mange helsearbeidere søker seg vekk fra yrket (Karakachian & Colbert, 2019; Piers et al., 2011; Saksvik & Christensen, 2015; Wiegand & Funk, 2012). Dersom vi får mer kunnskap om pMIEs og moralsk skade samt hvordan dette henger sammen med utbrenthet kan vi også i større grad bidra til å redusere utskiftning i helsesystemet.

Problemstilling

Dette prosjektet har som hensikt å undersøke om teori som omhandler moralsk skade, kan være hensiktsmessig å bruke for å forstå arbeidsrelaterte belastninger i helsesektoren. Med bakgrunn i dette, er problemstillingene for studien: *1) Hvordan opplever helsearbeidere at utfordringene de står overfor i arbeidshverdagen påvirker dem, og 2) på hvilken måte kan opplevelsene forstås i lys av teori om moralsk stress?*

Vi gikk inn i prosjektet med en antagelse om at helsepersonell opplever moralsk krevende situasjoner på jobb og at dette kan være belastende. Basert på litteratur på feltet har vi antatt at det er sannsynlig at helsepersonell i vårt utvalg kunne oppleve moralsk skade.

Metode

Forskningsfeltet på moralsk skade både mangler og etterspør kvalitativ forskning (Griffin et al., 2019). Gjennom en kvalitativ tilnærming ønsker vi å få dypere innsikt i den subjektive opplevelsen av belastninger i arbeidshverdagen hos helsearbeidere og undersøke om disse kan forstås i lys av MI-teori. Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med utgangspunkt i Kvale og Brinkmann (2015). Totalt ble det gjennomført åtte intervjuer.

Kvalitative metoder og fortolkende fenomenologisk analyse (IPA)

Styrken ved kvalitative metoder er at de vektlegger meningsinnhold og forskningsdeltakernes subjektive opplevelser. Dette innebærer blant annet at hver

forskningsdeltakers bidrag vektlegges i stor grad. Målet er dybdekunnskap basert på rike beskrivelser av det man ønsker å undersøke (Pietkiewicz & Smith, 2014).

Intrepretative Phenomenological Analysis (IPA) er en kvalitativ metode spesifikt utviklet for forskning innenfor psykologi. Moralsk skade har blitt forsket lite på i sivile utvalg, og er i seg selv et ungt felt. Metoden passer vårt forskningsspørsmål, fordi den tillater fortolkning (Smith et al., 2009). For å besvare våre forskningsspørsmål var vi avhengige av å kunne tolke hvorvidt opplevelsene av de utfordringene hver enkelt informant fortalte om representerte moralsk belastning og skade.

IPA som metodologi er *idiografisk* og *induktiv*. Dette innebærer henholdsvis fokus på individet og å søke dybdekunnskap om menneskers opplevelser og erfaringer (*lived experience*), samt at analysen er forankret i datamaterialet (*bottom-up*). Videre anses IPA som en *utspørrende (interrogative)* tilnærming, siden den egner seg til å utfylle og utfordre etablerte teorier. *Fenomenologi* – erfaringsvitenskap – ligger til grunn som filosofisk utgangspunkt i IPA (Smith, 1996). I tråd med dette tar IPA utgangspunkt i hvordan opplevelser fremstår for mennesker, og anerkjenner at ulike mennesker kan oppleve og fortolke samme hendelse på ulike, men like sanne og gyldige måter. IPA som metode adresserer både det som er unikt ved det enkelte individ, og det som er felles for flere individers opplevelser.

Meningsdannelse og fortolkning (hermeneutikk) er sentralt i IPA, og en styrende antakelse er at mennesket fortolker sine erfaringer og opplevelser slik at de gir mening. Særegent for IPA er *dobbel hermeneutikk*, som innebærer at fortolkning og meningsdannelse skjer i to ledd; først fortolker informanten sin opplevelse, og videre fortolker forskeren informantens fortolkning (Pietkiewicz & Smith, 2014). I tillegg legges *symbolsk interaksjonisme* til grunn i IPA. Dette handler om at meningsdannelse skjer i sosial interaksjon med andre, og innebærer et positivt syn på mennesket som aktiv aktør (Smith et al., 2009, s. 194). Dermed anerkjenner IPA at forskeren og deltakeren i samspill bidrar inn i funnene, hvor forskeren har en aktiv rolle, ikke en som kun avdekker kunnskap.

Kvalitet i kvalitativ forskning

Prinsippene *transparens* og *systematikk*, foreslås som nyttige for å vurdere kvalitet uavhengig av forskerens vitenskapsteoretiske ståsted (Meyrick, 2006). *Transparens* viser til at forskeren skal gjøre rede for alle aspekter ved studien og prosessen som følger – fra formulering av forskningsspørsmål, til rekruttering og valg av deltakere, redegjørelse for datainnsamlingsmetoder og valg av analyse, som må begrunnes og forklares opp mot relevant

teori. I tillegg inkluderer dette å være åpen om eventuelle avvik samt gjøre rede for og rettfærdiggjøre eventuelle endringer i forskningsprosessen. Videre omfatter *systematikk* at forskeren jobber systematisk, og benytter analyseprosesser på en konsekvent måte.

Cresswell & Miller (2000) trekker frem flere analytiske teknikker som kan bidra til å øke validiteten i kvalitative studier. Vi benyttet oss av flere av disse, slik som *negativ kasanalyse*. Dette handler om å lete etter utsagn fra informanter som motbeviser tendensen eller temaene man har funnet hos majoriteten av informantene. Videre anses *fagfellevurdering* som et viktig kvalitetskriterium. Dette innebærer at fagfolk med kunnskap om det aktuelle temaet går gjennom studien og vurderer kvaliteten i alle ledd. I dette prosjektet har vi fagfellevurdering i form av våre veilederes innspill. Videre er *triangulering* nyttig for å øke validiteten. Dette innebærer å samle info fra ulike typer kilder eller se et fenomen fra ulike perspektiver. I dette prosjektet ble våre perspektiver brukt på denne måten, blant annet ved at vi kodet intervjuer hver for oss og diskuterte sammen i etterkant. I IPA kan triangulering også gjøres gjennom *imaginær variasjon*, ved å se på fenomenet fra ulike vinkler gjennom å forestille seg hvordan noe ville oppleves gitt forskjellige betingelser, kontekster etc. (Finlay, 2009). Videre er fylldige og detaljerte beskrivelser av datamateriale også sentralt for å vurdere validitet og overordnet kvalitet i studien. Ved å bruke sitater fra informanter som eksemplifiserer rike, detaljerte beskrivelser av relevante erfaringer, kan leseren selv få en dyp forståelse av temaet og ta stilling til studiens holdbarhet.

Refleksivitet

Kvale og Brinkmann (2015) legger vekt på at det er sentralt å ta stilling til hvordan man som forsker bidrar til kunnskapsproduksjon. Det handler om at man som forsker bevisst må forholde seg til egen bakgrunn, erfaring og holdninger da dette kan påvirke i interaksjon med deltakere og datamaterialet gjennom hele forskningsprosessen (Berger, 2015). Refleksivitet anses å være viktig for å ivareta kvalitet og validitet i kvalitativ forskning. Det er vanlig at forskere tar stilling til hvorvidt de tilhører gruppen de skal forske på eller ikke når spørsmålet om refleksivitet adresseres (Berger, 2015). Vi har begge jobbet i helsevesenet som ferievikarer/tilkallingsvikarer, og skal selv inn i et helse- og omsorgsyrke etter endt utdanning. Psykologstillingen skiller seg fra andre stillinger i helse- og omsorgsyrker grunnet mindre forekomst av for eksempel turnusarbeid. Samtidig har vi sett helsesektoren fra innsiden. Vi har derfor både noe til felles med informantene samtidig som en del er ulikt.

Våre forventninger og holdninger knyttet til helsesektoren kan også bære preg av at begge har familie og venner som er helsearbeidere, og som har delt sine erfaringer fra arbeidslivet. Medias formidling av helsearbeideres arbeidshverdag, spesielt i forbindelse med

koronapandemien, kan også ha farget vår forståelse av tematikken. På bakgrunn av de ovennevnte faktorene, har det vært viktig for oss å legge dette til side og lytte oppmerksomt til informantenes erfaringer og meningsdannelse. I IPA omtales dette som *bracketing*, og anses som nødvendig for å finne essensen av opplevelser og beskrive dem slik de fremstår (Smith et al., 2009). Samtidig har førkunnskap om arbeidshverdagen som helsearbeider bidratt til et økt engasjement for å undersøke dette nærmere gjennom et forskningsprosjekt. Ønsket og behovet for å bekrefte det man selv mener og tror kan gjøre at man i større grad verdsetter de informantene som deler samme oppfatning som deg. Derfor har vi vært opptatt av å ha en nysgjerrig holdning til informasjon som brøt med våre forventninger.

Epistemologisk ståsted

Vårt forskningsdesign og valg av fortolkende fenomenologisk analyse styrer utforming av forskningsspørsmål, og i utvidet forstand hva som anses som valid kunnskap. Individets subjektive erfaring anses som sentral, og legger føringer for hva slags informasjon som hentes ut av datamaterialet. Forskningsspørsmålet vårt er utformet for å ivareta det fenomenologiske aspektet ved individers opplevelse av belastninger i arbeidshverdagen.

Oppsummert er det viktig å være bevisst at egne erfaringer, verdier, holdninger og forutinntatthet kan påvirke forskningsprosessen. Åpenhet rundt dette gjør at vi i større grad kan stoppe opp og tenke etter hva som styrer et resonnement, tolkning eller forståelse, og identifisere eventuelle feilkilder (Melinder, 2015).

Intervjuguide

I tråd med hovedformålet i IPA, å få innsikt i menneskers forståelse av sine opplevelser, ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (se Appendiks C). En slik intervjuguide gir mulighet til å stille aktuelle spørsmål som måtte dukke opp underveis i intervjusituasjonen, samtidig som man har noen holdepunkter for å kunne lede intervjuet (Smith & Osborn, 2015). På den måten har man mulighet til å følge opp det informantene selv trekker frem som betydningsfullt. Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av vår forståelse av fagfeltet, veilederes innspill og anbefalinger fra Kvale og Brinkmann (2015).

Den endelige intervjuguiden bestod av ni overordnede spørsmål med tilhørende forslag til utdypende oppfølgingsspørsmål for å oppmuntre informanten til å utbrodere aspekter ved sine opplevelser. I tillegg inkluderte intervjuguiden noen innledende spørsmål om alder, yrke og antall år i yrket. Med unntak av de innledende spørsmålene bestod intervjuguiden av åpne og nøytrale spørsmål. Formålet var å legge til rette for fyldige svar og for at informantens tanker, fortolkninger og holdninger kom frem (Smith & Osborn, 2015).

Prosedyre

Utvalg og rekruttering

Helsepersonell med fullført helsefaglig utdanning, ble ansett som relevante deltakere i denne studien. Flere profesjoner ble ansett som aktuelle; sykepleiere, psykologer, psykiatere, leger, fysioterapeuter etc. Den pågående koronapandemien førte til utfordringer med rekruttering av deltakere, og utvalget ble derfor utvidet etter en periode med mangelfull rekruttering. Dette ble fortløpende rapportert til og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (se Appendiks A). Forespørsel om rekruttering av informanter ble først sendt til ledelsen ved en mindre seksjon for forebyggende arbeidshelse, og senere til ledelsen ved et større regionalt helseforetak i Norge. For å sikre informantenes anonymitet, navngis ikke disse helseforetakene. Informanter som var interessert i å delta, tok selv kontakt med oss via kontaktinfo på informasjonsskriv (se Appendiks B). Det endelige utvalget består av 8 informanter fra et større regionalt helseforetak i Norge, og inkluderer en sammensatt gruppe helsepersonell bestående av fire sykepleiere, tre leger og én fysioterapeut. Aldersspennet er går fra midten av 20-årene til begynnelsen av 60-årene. Samtlige informanter er kvinner.

Intervjusituasjonen

Intervjuene ble gjennomført i perioden mai til september 2021. Grunnet nødvendige smittevern hensyn knyttet til COVID-19, ble de fleste intervjuene gjennomført digitalt, via plattformen Zoom. Ett intervju ble gjennomført ansikt til ansikt. Alle intervjuene ble tatt opp ved hjelp av diktafon og hadde en varighet på rundt 1 time.

Tabell 1

Oversikt over informanter

Informant	Alder	Yrke	Erfaring i yrket
Britt	60-årene	Lege	40 år
Lise	30-årene	Fysioterapeut	7 år
Irene	50-årene	Spesialisert sykepleier	32 år
Anette	40-årene	Sykepleier	29 år
Kamilla	40-årene	Lege	20 år
Marte	30-årene	Spesialisert sykepleier	11 år
Frida	20-årene	Sykepleier	1 år
Kristine	20-årene	Lege i spesialisering (LIS1)	<1 år

Notat. Alder er gjengitt i tiårsintervaller for å ivareta informantenes anonymitet

Transkribering

Smith et al. (2009, s. 74) presiserer at fortolkende fenomenologisk analyse forutsetter at transkripsjoner nedtegnes ord for ord, samt at enkelte nonverbale trekk ved talen markeres. Det er *meningsinnholdet* informanten formidler som skal tolkes. For å sikre et tilstrekkelig detaljnivå for å fortolke mening, valgte vi å notere ned generelt inntrykk av informant, stemning og tilstand, endringer i sinnstilstand og følelser underveis i intervjuet; pauser; enkelte ordlyder; vektlegging av ord; volum og tempo på tale. For å sikre deltakernes anonymitet, ble alle transkripsjoner nedtegnet på bokmål og dialektmarkører ble fjernet. Vi valgte å transkribere hverandres intervjuer, slik at begge to fikk innledende kjennskap til alle intervjuer før videre gjennomlesing og analyse. Totalt inneholdt det transkriberte datamaterialet i underkant av 79 000 ord.

Analyse

Vi fulgte Smith et al. (2009, s. 79-107) sine anbefalinger for gjennomføring av IPA. De beskriver en 6-stepsprosess hvor steg 1-4 gjennomføres for hver transkripsjon enkeltvis, før man til slutt ser etter mønster på tvers av alle transkripsjonene. Vi etterstrebet å følge denne sekvensen, men opplevde i praksis at vi måtte gå frem og tilbake mellom stegene for å forme og fokusere temaene. I forbindelse med dette ble fargekoding nyttig for ha oversikt over utvikling og endring i temaer, samt dokumentere arbeidsprosessen.

1. Gjennomlesing av datamaterialet

Dette innledende steget av analysen handlet om å fordype seg i intervjuet og holde fokus på informanten, og lese gjennom flere ganger. Dette innebar å gå tilbake til lydfilen for å lytte nærmere på deler av intervjuet som var av spesiell interesse eller innebar utyeligheter. Vi la også merke til oppbygningen av intervjuet, generell flyt, eventuelle motsetninger og hvorvidt deler av intervjuet var rikere på informasjon enn andre deler. Ingen konkrete koder eller temaer ble nedskrevet i dette stadiet, men innledende inntrykk, tanker, ideer om tolkninger og sammenhenger, ble notert i et separat dokument.

2. Innledende koding

Videre finleste vi transkripsjonene med et spesifikt fenomenologisk fokus på meningsinnhold og språk. Parallelt noterte vi ned ulike typer utforskende kommentarer, se tabell 2. *Deskriptive kommentarer* innebar nøkkelord, beskrivelser, antakelser og ting som betyr noe for informanten (relasjoner, prosesser, steder, hendelser, verdier og prinsipper) og *hva* dette betyr for informanten. Her ligger kommentarene tett opp til informantens eksplisitte meningsformidling. *Lingvistiske kommentarer* innebar notater knyttet til hvordan informanten

formidlet innhold og mening, for eksempel gjennom bruk av pronomen (*jeg vs. man*), pauser, latter, repetisjon, og bruk av metaforer. *Konseptuelle kommentarer* omfattet fortolkende notater, gjerne som spørsmål. Disse er knyttet til hva vi tenker er informantens overordnede forståelse av det som formidles, og hva som er fellesnevner for det informanten snakker om.

3. Identifisere og utvikle mulige temaer

Dette steget representerer *den hermeneutiske sirkelen*; at vi som forskere gjør mening ut av og fortolker informantenes meningsdannelse og tolkninger. Dette medfører økt abstrahering ved å ikke lenger jobbe direkte med transkripsjonene, men heller se på den innledende kodingen og tilhørende utforskende kommentarer. Målet var å redusere detaljnivået og fremdeles bevare kompleksiteten i datamaterialet og fange den *psykologiske essensen* i det som er viktig i meningsinnholdet. På denne måten beveget vi oss fra løsrevde kommentarer, til temaer som konseptualiserer og formidler en forståelse. Disse temaene ble nedtegnet i venstre kolonne i analysetabellen, se tabell 2. I figuren er temaene som først ble utviklet markert i sort. Vi fordelte transkripsjonene mellom oss, og markerte forslag til koder for tema på denne måten. Videre bearbeiding inkluderte felles gjennomlesing og diskusjon, der vi markerte mer gjennomarbeidede temaforslag i blått. Tema understreket og markert i grønt er overordnede tema som ble resultatet etter analysens siste steg, der alle informantene ble sett i sammenheng.

4. Se etter forbindelser mellom temaer

For å få et overordnet blikk over alle temaene og relasjonene mellom dem, ble alle temaene (i tabellens venstre kolonne) satt opp i en liste kronologisk etter slik de dukket opp i transkripsjonene. Videre undersøkte vi om temakoder kunne passe sammen i mer overordnede grupper. Bruk av post-it-lapper var spesielt nyttig her, da den visuelle avstanden mellom lappene ga et godt overblikk over vårt inntrykk av relasjoner mellom temaer (lignende temaer i nærheten av hverandre, motsetninger lang unna hverandre). For å navngi grupperinger av temaer med likende meningsinnhold benyttet vi flere teknikker beskrevet i Smith et al. (2009), inkludert å bruke et eksisterende tema som navn på et mer overordnet tema (subsumpsjon), og å finne et nytt overordnet navn som kunne representere flere relaterte temaer (abstraksjon). Det var også nyttig å se etter forskjeller mellom temaer for å lettere abstrahere meningsinnholdet og lage tydelige skiller (polarisering).

5. Gjenta steg 1-4 på neste kasus

Steg 1-4 ble gjennomført for hver transkripsjon, og ga 8 selvstendige analysetabeller.

6. Se etter mønstre på tvers av kasus

Videre lagde vi overordnede tabeller for å se alle intervjuer i sammenheng, ved å hente ut sitater fra hvert intervju som beskriver temaer. Her jobbet vi med å finne overordnede temanavn som kunne passe for liknende meningsinnhold på tvers av intervjuer. I forbindelse med dette utformet vi to tabeller: Én tabell for hvert tema med aktuelle sitater fra informantene (se appendiks D, tabell 4), og én oversiktstabell med alle seks temaer og alle åtte informanter, inkludert henvisninger til sitater markert med sidetall i aktuell transkripsjon (se Appendiks D, tabell 5).

Tabell 2

Utdrag fra en analysetabell

Tema (Steg 3)	Original transkripsjon	Utforskende kommentarer (Steg 2)
	Intervjuer: [...] lurer litt på om du tenker at en sånn jobb som det du har kan være helseskadelig eller påvirke fysisk og psykisk helse hos andre da, eller hos noen?	
<u>Autopilot på – følelser av; å skape psykologisk distanse</u> Tema: Å lukke døra etter seg Tema: for å stå i jobben må man sette grenser Personlig ressurs (Aksept) Tema: Styrken i å være erfaren. Tillit til kollegaer	Deltaker: ja jeg tror det. Vi har jo hatt litt sånn diskusjoner på jobb, vi har jo hatt en del ganske nye, ferske sykepleiere som har slitt, eller vi har snakka veldig mye om det her med å lukke døra etter seg. Og jeg synes jo det er en veldig sånn god fysisk beskrivelse på hva man egentlig må gjøre. Det der med at man - kanskje er det noe man må lære seg - det der med at når du går ut at en bygning og så lukker døra bak deg, også er du ferdig på jobb. Og <u>aksepterer</u> at du er ferdig på jobb, og se på det på en måte som en gave, at det faktisk er noen da med samme kompetanse som deg som kommer etter deg og <u>tar over</u> at du har den kontinuiteten satt i drift. Men jeg ser, og det, men jeg er opptatt av at de må prøve å implementere det, å tenke over <u>det</u> at det er en gave, og så må vi lukke den døra. Fordi jeg vet at det er mange som sliter med det. <u>Vet</u> at det er mange sykepleiere som synes at akkurat den biten der er fryktelig tøff. Og det er jo litt sånn press.	Tenker at jobben kan være skadelig. Vet at flere sliter. Snakker om dette på jobb. (<i>metafor: «å lukke døra»</i>) Viktig å stole på at de andre som kommer etter deg vet hva de gjør. (<i>metafor; en gave at det er sånn.</i>) <u>Diskursen om hvordan å håndtere jobbkrav preges av at individet ilegges mye ansvar? Hver enkelt må lære seg å legge fra seg jobb, hvis du ikke får det til er det din skyld?</u> Mange sliter med å legge fra seg jobben. Påpeker generell tendens.

Notat. Utforskende kommentarer er markert slik: Deskriptive kommentarer (vanlig tekst), lingvistiske kommentarer (*kursiv*), og konseptuelle kommentarer (understreket).

Etikk

For å sikre informantenes personvern og rettigheter, etterstrebet vi å følge forskningsetiske retningslinjer blant annet knyttet til datalagring, lagring av personopplysninger, konfidensialitet, informasjonsplikt og samtykke (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2016). Vi søkte innledningsvis om prosjektgodkjenning hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), for å forsikre oss om at prosjektet kunne gjennomføres på en etisk forsvarlig måte. REK vurderte imidlertid at vårt prosjekt ikke regnes som helseforskning/pasientforskning, og derfor ikke krevde REK-godkjenning for å gjennomføres (Appendiks E). Vi søkte også om godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). NSD godkjente at prosjektet kan gjennomføres, inkludert lydopptak av intervjuene. Prosjektet har blitt gjennomført med følgende føringer for databehandling: Alle deltakere ga informert samtykke til deltakelse, og fikk også informasjon om at de når som helst kunne trekke seg (før prosjektet leveres). Intervjuene ble tatt opp på diktafon, transkribert og anonymisert. All informasjon ble lagret sikkert på et passordbeskyttet område på NTNU sin server. Se appendiks B for informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Resultater

Analysen resulterte i seks hovedtemaer som konseptualiserer ulike aspekter ved helsearbeidernes opplevelser av hvordan belastninger i arbeidshverdagen påvirker dem (se tabell 3). Videre følger en presentasjon av temaene illustrert med utvalgte sitater.

Tabell 3

Oversikt over identifiserte temaer

-
- | | |
|---|--|
| 1 | Å gå inn i jobben med hele seg – konsekvens for identitet og selvfølelse
Risikoen ved å gi av seg selv i jobben
Jobben utvider perspektiv på livet
Ingen har tette skott |
| 2 | Autopilot på – følelser av; å skape psykologisk distanse |
| 3 | Ledelse som største belastning og viktigste ressurs |
| 4 | Det som ikke kan telles teller ikke
Avstanden mellom helsearbeidernes og ledelsens syn på hva som er viktig
Noe må alltid vike for noe annet – prioriteringer er uunngåelig
Usynlig arbeid og tilleggsoppgaver tærer på |
| 5 | Kollegafelleskap kan kompensere for belastninger |
| 6 | Summen av alt – full fart mot kanten av stupet |
-

Notat. Hovedtemaer nummerert fra 1-6, undertemaer markert med innrykk.

Tema 1: Å gå inn i jobben med hele seg – konsekvens for identitet og selvfølelse

Temaet er det største i analysen og konseptualiserer den gjensidige påvirkningen mellom helsearbeidernes yrkesliv og privatliv. Dette vil si at helsearbeidernes verdier, holdninger, egenskaper og erfaringer påvirker dem i arbeidsutførelsen, og at jobbrelaterte erfaringer, krav og forventninger også påvirker privatlivet og deres opplevelse av seg selv. Ingen er kun arbeidstaker eller kun privatperson. I helsesektoren blir dette ekstra tydelig, siden jobben ikke bare involverer praktiske oppgaver, men også menneskemøter og relasjonsbygging. Irene oppsummerer dette «[...] en vanlig pasient kan ikke bedømme hvor flink sykepleier jeg er. De kan bedømme meg som person, for det er det de ser.» Analysen viste at temaet kan forstås bestående av tre aspekter; jobben utvider perspektiv på livet; «ingen har tette skott» og risikoen ved å gi av seg i jobben.

Jobben utvider perspektiv på livet

Majoriteten av deltakerne (7/8) deler opplevelser knyttet til at jobben har bidratt til å gi et større perspektiv på livet. Flere trekker frem at det å være tett på liv og død påvirker ens eget følelsesliv og hvordan en forholder seg til sitt eget liv. Følelsen av takknemlighet går igjen hos helsepersonellet, og flere trekker frem at de opplever å bli bedre rustet for å mestre utfordringer i livet. Kamilla formidler hvordan erfaringer på jobben gir en ny målestokk for hva som anses som viktig og mindre viktig, og ser dette i sammenheng med bedre mestringsstrategier i utfordrende situasjoner:

[...] jeg bruker det til å tenke at jeg er heldig da. Også tror jeg at man blir litt mer sånn rustet kanskje, for livet - Det skal litt til å vippe meg av pinnen på et vis, sånn, ja, for noen er det liksom årets happening hvis man krangler med naboen om et tre som er hugd liksom, så blir det en sånn kjempegreie og det er sånn som er, jeg kunne ikke ha brydd meg mindre om å krangle om sånt [ler]! Man blir litt sånn, og jeg ser jo egentlig på det som en styrke da, at man ikke bryr seg så mye om sånne detaljer og vissvass. Men samtidig så kan jo det være sånn, når jeg kommer hjem og møter mine 3 barn der, og de krangler så busta fyker om at den ene spiste opp godteriet til den andre, så har jeg egentlig lyst til å si at 'jeg har akkurat snakket med en familie om at faren deres skal dø snart' liksom. Da blir kontrasten ekstremt stor da [ler], men det, det kan jeg jo ikke gjøre, sant, jeg kan ikke, det er jo heller ikke ungene mine sin skyld, de må jo få lov til å krangle om den der godteposen, de. Men stort sett så tror jeg at jeg får til å bruke det til noe positivt sånn, da, vinkler det sånn at man stort sett er heldig.

Ingen har tette skott

Halvparten av deltakerne snakker eksplisitt om at privatliv og arbeidsliv er to sider av samme sak. Hendelser og tendenser på jobb kan prege privatlivet og omvendt; personlig bagasje kan influere hvordan du presterer i arbeidshverdagen. Britt forteller at det er

bekymringsverdig at jobben som lege tar så stor plass og kan være så invaderende for privat- og familielivet at det er å regne som en livsstil. Samtidig trekker hun frem at privatlivet i stor grad også influerer jobben:

[...] jeg tror at man som menneske er veldig avhengig av både den jobbsituasjonen man har, men også den ryggsekken man har med seg som menneske [...] fordi at jeg tror at vi mennesker vi har opplevelser i livet vårt som vil gjøre at vi mer eller mindre håndterer en arbeidssituasjon. [...] Jeg tror ingen av oss klarer å skille så mye, altså sann, altså, vi klarer ikke å ha så tette skott - det ville vært veldig rart!

Risikoen ved å gi av seg i jobben

En klar overvekt av helsepersonellet (7/8) formidler at de har et altruistisk verdigrunnlag som handler om å sette pasienten først og yte god omsorg overfor alle pasienter. Mange trekker frem at de har personlige egenskaper (omsorgsfull, hjelpsom, vennlig) som passer overens med yrket, og en indre motivasjon – et slags kall; det føles meningsfullt å hjelpe andre. For de fleste var dette avgjørende for valg av yrket. Én deltaker skiller seg ut her, og trekker frem interessen for fagfeltet og en trygg karriere som hovedmotivasjon for yrkesvalget. Anettes utsagn er imidlertid representativ for majoriteten av informantene:

Også passer jo på en måte det å være sykepleier med personligheten min [...] jeg har nok en sann altruistisk, kanskje, holdning til livet og medmennesker, at det nødvendigvis ikke handler om å få tilbake hele tiden, men at det handler om å gi noe som gjør at andre vil få det bedre.

Sitatet over vitner om at helsepersonellet i stor grad bruker seg selv, sine personlige egenskaper og verdigrunnlag i yrkesutførelsen. Derfor kan yrkeslivet ha konsekvenser nettopp for hvordan man tenker om seg selv som menneske. Mange formidler at jobbutførelsen har innvirkning på deres evaluering av egen kompetanse, identitet og selvfølelse. Dette gjelder i både positiv og negativ forstand, og en overvekt av deltakerne forteller at hvordan de har det avhenger av hvordan de får utført jobben sin. Datamaterialet reflekterer en tendens til mestringsfølelse når det går bra på jobb, og følelsen av å være smådum, flau eller å føle at man ikke strekker til når man ikke kommer i mål med dagens oppgaver på den måten en ønsker. Lise forteller:

[...] jeg føler jo at de her pasientene får bare, blir satt på en venteliste, og jeg tar det akutte, og [pasientene] får ikke veldig god oppfølging. Og jeg tenker at hvis noen spør dem om [avdelingen], så kommer jo de til å ikke være så veldig fornøyd. [...] Og det synes jeg er litt trist når vi skal være en

spesialist, når vi skal være de som hjelper de som har det vondt. Og det at en sykemelding kan dunke ut systemet, eller gjør at vi får et dårlig renommé. Jeg kjenner at det, det betyr noe for meg. [...] Det er jo litt fordi jeg brenner for mitt fag, og for [behandling], og jeg er opptatt av arbeidsplassen min, yte god service til de pasientene som trenger det. At ikke vi er et sånt sted hvor pasienter bare blir glemt av, eller ikke tatt alvorlig. Nei, jeg synes det er litt flaut kanskje.

I sitatet over uttrykker Lise at hun føler seg flau over hvordan pasientene opplever møtet med hennes arbeidsplass. Reaksjonen kan forstås som at Lise i stor grad identifiserer seg med arbeidet og yrkesutførelsen – hun tar på seg et utvidet ansvar for pasientene, og bærer dermed de psykologiske konsekvensene når arbeidet ikke kan utføres på den ønskelige måten på avdelingen. Det handler om følelsen av å ikke strekke til og frykten for å ikke være god nok i jobben, fordi dette også kan bety at du ikke er god nok som medmenneske. Dette vitner om at det ikke er noe skille mellom deg som yrkesperson og som menneske, slik Anette forteller: «Også har du jo alltid det med at man er redd for at man ikke skal være en god nok sykepleier, godt nok medmenneske.»

Å gå inn i jobben med tydelige meninger om hva god omsorg handler om, gjør den individuelle helsearbeider sårbar for å oppleve brudd med egne verdier og holdninger. Det kommer gjennomgående frem i datamaterialet at en overvekt av informantene opplever å ikke alltid få gitt pasientene den pleien de selv ønsker eller tenker pasientene fortjener. Dette grunnet at rammene på arbeidsplassen setter begrensninger (tid, ressurser og bemanning). Slik Britt oppsummerer oppleves dette som en av de største belastningene i arbeidshverdagen:

Og mange av de som har jobbet her lenge de synes at det blir altfor tøft – fordi at du får ikke gitt pasientene det du egentlig ønsker at de skal få. Og det tror jeg, i dagens helsevesen, er noe av det som belaster oss mest.

Flere deltakere rapporterer om å føle seg frustrert, trist, flau og får dårlig samvittighet når det ikke er mulig å gjøre jobben slik de mener den burde utføres. De får gjort de oppgavene som er mest akutte og livsviktige, men må stadig nedprioritere relasjonelle aspekter ved jobben, slik som samtaler, emosjonell støtte og å hente en avis eller kaffekopp til pasientene. Dette vitner om at det er et gap mellom hva helsepersonellet anser som god omsorg og hva ledelsen tenker er god omsorg, noe som beskrives nærmere i tema 4 (*Det som ikke kan telles teller ikke*). Frida forteller hvor vanskelig det er å ta innover seg, at hun ikke kan gi alle pasienter den omsorgen hun tenker de fortjener:

Ja, det er, du føler jo at du, når du gjør ting halvveis føler du jo ikke at du gir den behandlingen som pasientene fortjener da. At, også den tanken på at hvis det nå er deg eller noen av dine nærmeste, som blir syk, så føles, det er ekkelt å vite at du ikke kunne gitt dem alt de trenger da. [...] Det er jo den følelsen, altså de tingene som du tenker at du ville gjort hvis det var bestemora di, er jo de tingene som hver enkelt pasient fortjener å få av behandling.

Helsearbeidernes beretninger vitner om at de alltid setter pasienten først, og gjør sitt ytterste for å komme i mål med alle gjøremål. Dette går på bekostning av helsearbeiderne selv – både på jobb og fritid. På jobb nedprioriteres egne pauser, mat og drikke for å bruke tiden på pasientene. På fritiden nedprioriteres trening og sosiale aktiviteter til fordel for å hvile og hente seg inn til neste vakt. Den ytterste konsekvensen av å gå inn i jobben med hele seg, er at man risikerer å slite seg helt ut og bli utbrent. Flere deltakere reflekterer rundt at jobben kan være helseskadelig dersom man ikke setter tydelig grenser og beskytter seg selv. Dette kommer vi tilbake til i neste tema: *Autopilot på – følelser av*. Fire helsearbeidere forteller at de har vært utbrent eller sykemeldt en periode grunnet arbeidsbelastninger. Marte deler sin opplevelse av dette:

[...] helseskadelig ja, jo, jeg kjente jo det selv når jeg jobbet der at jeg hadde, jeg var helt på felgen, sånn psykisk skikkelig, skikkelig sliten. Altså, det, nedbrutt rett og slett. Satt oppe i påskeværet, husker jeg, på verandaen her og tårene bare trillet og trillet, jeg visste egentlig ikke hvorfor. Og husker jeg skulle gå ned, det var en annen episode det da, skulle gå ned til døra og skulle gå ut på jobb og fikk sånn skikkelig sånn der, ja jeg ble uvel og det svartna litt og jeg ble skikkelig, bare helt dårlig og sånn at 'jeg kan ikke reise på jobb', at det ble bare, det kom så brått. Merkelig at du er så sliten at kroppen din bare 'nei du skal ikke reise dit', på en måte [...]

Hvordan kan det gå så langt at helsearbeiderne risikerer egen helse for å hjelpe pasientene, til tross for at de sjelden kommer helt i mål – verken med de fastsatte arbeidsoppgavene eller med å innfri egne forventninger om god pasientpleie? Dette kan ha utgangspunkt i at helsearbeiderne går inn i jobben med helse seg – sine verdier, holdninger og personlige egenskaper. Når jobbutførelsen er en stor del av identiteten, vil det være plausibelt å anta at helsearbeiderne mer eller mindre bevisst opplever å måtte gi alt i jobben – for hva sier det om deg som menneske hvis du ikke gjør ditt ytterste for å levere i jobben du identifiserer deg så sterkt med? Sett i lys av Annettes sitat innledningsvis, kan helsearbeidernes verdier knyttet til altruisme og omsorg også forstås som sårbarhetsfaktorer for selvutslettende atferd og risiko for belastningsskader.

Tema 2: Autopilot på – følelser av; å skape psykologisk distanse

I tema 1; Å gå inn i jobben med hele seg, så vi hvordan helsearbeideren som yrkesperson og menneske ikke kan skilles fra hverandre. Deres identitet og selvfølelse påvirkes på godt og vondt av det de opplever i sin arbeidshverdag. Dette medfølger et behov for den enkelte helsearbeider til å beskytte seg selv fra de belastningene jobben kan innebære. Gjennom intervjuene trekker deltakerne frem mange ulike mestringsstrategier de bruker i sin hverdag. Blant annet humor; å ha andre arenaer på fritiden og familie som bidrar til å skifte fokus; og å skape rammer og en oversikt i arbeidshverdagen. Listen over mestringsstrategier og beskyttende faktorer er lang. Vi har valgt å trekke ut de mestringsstrategiene som viser hvordan *psykologisk distanse* skapes for å skjerme selvfølelse og identitet.

Gjennom tema 1 ble det tydelig hvordan samtlige helsearbeidere ønsket å yte omsorg og bryr seg om sine pasienter. Dette er egenskaper som av mange ble ansett som en forutsetning for å kunne jobbe som helsearbeider. Baksiden ved å bry seg er imidlertid at man blir emosjonelt investert, ved at man for eksempel blir trist dersom pasienter blir dør eller har det tøft. Den psykologiske distansen blir mindre, og gjør en sårbar. Det kan videre føre til at man tenker mye på jobb og pasienter på fritiden, noe Marte beskriver:

Ja, det er mye tanker og mye på en måte, hvis man har hatt mye samtaler og sånne ting. 'Ble det greit, ble det, fikk vi landet det, er de klar for å starte [behandling] i morgen?' [...] Jeg kjenner jo det at jeg er god på å ta med meg det hjem.

«Å ta med seg jobben hjem» tematiseres av alle informantene med unntak av én. Flere trekker frem at man sliter seg ut i jobben, dersom man gjør dette. Anette sier blant annet; «[...] vi har jo hatt en del ganske nye ferske sykepleiere som har slitt, eller vi har snakka veldig mye om det her med å lukke døra etter seg». Sitatet viser hvordan mye av ansvaret for å sette en grense faller på den enkelte helsearbeider. Det iboende ønsket om at pasienter skal ivaretas og gis omsorg gjør at helsearbeidere kan risikere å gi for mye av seg selv. Kamilla sier noe om dette i sin beskrivelse av kolleger; «De har et ønske om å gjøre liksom alt for en pasient da, og det går jo ikke. Det får man jo ikke til, og da bruker man opp seg selv fort altså». At det å skape psykologisk distanse er avgjørende for å kunne stå i jobben over tid formidles gjennom dette sitatet. Det er et tankekors at det er helsearbeideren selv som må begrense sitt behov for å gi omsorg, fremfor at helsevesenet er lagt opp på en måte som ivaretar denne drivkraften. Dette kommer vi tilbake til under tema 4 og i diskusjonen.

Beskrivelser og metaforer som «autopilot», «maskinmodus» og «iskald» går igjen blant deltakerne, og formidler at helsearbeiderne trenger å skape en psykologisk distanse for å mestre den krevende arbeidshverdagen. Majoriteten av helsearbeiderne formidler eksplisitt at de bruker slike strategier for å komme seg gjennom arbeidsdagen. Frida forteller at hun skrur av følelsene sine for å mestre jobben:

Det blir nesten sånn at du er nødt til å skyve det unna å få gjort det du skal gjøre, og så kommer det til et punkt der du tar inn over deg hvordan hverdagen er og så blir det til slutt tungt da. Så man går nesten på en sånn autopilot føler jeg, og bare gjør det du må gjøre og nesten må skru av følelsene litt for å komme deg gjennom dagene, også kommer det til et punkt der det blir vanskelig og da, da blir man sliten og, ja, det er tungt.

Sitatet over formidler at det å stenge av følelser og gå på autopilot er krevende i lengden, og at man før eller siden konfronteres med at det er utfordrende. Anette prøver å ikke tenke på at hun ikke får gjort jobben på den måten hun tenker er best, fordi dette kan ha store konsekvenser for hennes identitet og også for hvorvidt hun klarer å være i yrket til hun blir pensjonist:

Det blir litt sånn at jeg prøver å ikke tenke så mye på det. Fordi at jeg skal jo jobbe med det her, jeg skal jobbe sånn til jeg blir pensjonist. Det der kan jeg ikke gå inn i på en måte. Hvis jeg begynner sånn, og graver meg ned, for da kommer jeg jo til å begynne å sette spørsmålstegn kanskje ved meg selv - hvordan er evnen til å være en god sykepleier, sant? Du begynner å stille deg sånne eksistensielle spørsmål, egentlig ved hele yrket mitt og identiteten min, det kan bli vanskelig altså! Jeg tror ikke jeg skal gjøre det.

Sitatet vitner om at konsekvensene av å ikke beskytte seg gjennom psykologisk distanse, kan ses i sammenheng med tema 1 – der helsearbeidernes identitet og selvfølelse påvirkes av arbeidsbelastninger. Flere informanter trekker frem at de ikke lenger tenker over at de stenger av følelser eller unngår å tenke på utfordrende aspekter ved arbeidshverdagen. Det synes å ha blitt en ubevisst og internalisert mestringsstrategi. Selv Kristine, som er nyutdannet og har jobbet i underkant av ett år, forteller om dette:

Nei, jeg har blitt så iskald, [fnysr] at jeg tenker egentlig ikke så mye på det lenger. Men jeg vet at veldig mange andre gjør det.

Helsearbeiderne som trekker frem autopilot som mestringsstrategi, gir også inntrykk av en resignasjon over tilstanden på arbeidsplassen. De har innfunnet seg med de faktiske forholdene og forholder seg til det gjennom blant annet å skape psykologisk distanse. Frasen «sånn er det bare» er gjennomgående i datamaterialet, her med Britts ord:

Nei, vi liker jo ikke det [ekstraarbeid grunnet sykemeldte kolleger]! For vi har jo egentlig satt opp nok til hver enkelt sånn som det er. Men det er en kabal hele tida altså, sånn er det bare, det er ingen andre å ta av.

Selv Motsigelser og å ikke svare direkte på spørsmål om utfordringer, kan forstås som en måte å skape psykologisk distanse på. Dette er noe flere av informantene gjør. Kristine snakker om hvordan jobben krever så mye at hun ikke har noe liv utover jobb, og blir spurt hva hun tenker om at det er slik:

Nei jeg visste jo - det var ikke noe overraskelse at det er sånn, jeg har jo visst at det kommer til å være sånn. jeg tenker jo mer på de som faktisk har 3 barn under 5 år, som går i samme stilling også pendler de til Oslo. (...) hvordan klarer de dette? Også skal jeg klage, fordi at jeg jeg bor jo rett ved jobb!

Lise forteller at hun ikke får gitt pasientene den behandlingen hun ønsker grunnet ressursmangel på arbeidsplassen. På spørsmål om hvordan hun opplever dette, svarer hun likevel «Jeg tror jeg får gjort det ganske så bra.» Det fremstår som krevende for Lise å ta stilling til dette, som om hun ikke vil innrømme overfor seg selv at hun daglig går på akkord med egne verdier. For Kristine kan det virke som at det å ta innover seg at jobben krever for mye av henne er noe hun ikke ønsker. Å erkjenne disse tingene overfor seg selv vil kunne skade identiteten og selvfølelsen. For eksempel vil en erkjennelse fra Kristine vekke spørsmål som; «hva er galt med meg, siden jeg synes det er vanskelig selv om jeg ikke har småbarn?» For Lise kan spørsmål som «er jeg god nok i jobben min» dukke opp. Et sentralt spørsmål melder seg imidlertid her; hvor går grensen mellom å beskytte seg og å devaluere det man står i? Grensen er hårfin mellom å sette ting i perspektiv og å undergrave egne opplevelser.

Samlet sett illustrerer dette temaet at arbeidsforholdene i helse- og omsorgssektoren er så krevende at helsearbeiderne må benytte seg av ekstreme mestringsstrategier. Men som Frida påpekte i sitt sitat går det ikke an å holde det på avstand i lengden, og man blir til slutt sliten, og det er tungt når man ikke klarer å stenge av følelsene lenger og tar det innover seg. Dette vitner om en urovekkende tendens i helse- og omsorgssektoren, som vil bli nærmere belyst i tema 6: Summen av alt – full fart mot kanten av stupet.

Tema 3: Ledelse som største belastning og viktigste ressurs

Dette temaet konseptualiserer helsearbeidernes opplevelse av at utfordringer i arbeidshverdagen i stor grad påvirkes av relasjonen til ledelsen. Analysen viste at temaet overordnet sett omfatter betydningen av å bli sett som et helt menneske, ikke kun som en arbeidstaker. Temaet setter ord på hvordan ledelsen kan bidra til opplevelsen av å bli sett som et helt menneske, gjennom å bli anerkjent, hørt og tatt på alvor. Alle helsearbeiderne trekker frem betydningen av ledelse, enten i negativ og positiv forstand, og ledelse forstås derfor både som en sentral ressurs/beskyttelsesfaktor og belastning/risikofaktor.

Majoriteten av informantene (7/8) vektlegger at interpersonlige aspekter, hvordan man blir møtt av ledelsen, har mye å si for hvordan arbeidshverdagen og utfordringer oppleves. Høye krav til produktivitet og effektivitet er gjennomgående i datamaterialet. Analysen fant i tema 1 (*Å gå inn i jobben med hele seg*) at en klar overvekt av deltakerne formidler en opplevelse av å jobbe på spreng hver vakt, men sjelden komme i mål med alle arbeidsoppgavene på den måten de ønsker. Hvordan ledelsen forholder seg til dette, kan også påvirke helsearbeidernes opplevde belastning. Det å oppleve at ledelsen står på kravene og ikke anerkjenner helsearbeiderens opplevelse, trekkes frem som en stor belastning av flere informanter. Britt deler sin opplevelse av hvordan ledelsen kan gjøre jobben ekstra krevende. Hun forteller her om hvordan hun opplevde at en leder tvilte på hennes kompetanse i jobben og oppfordret henne til å slutte grunnet en sykemelding:

Nei vet du at altså, at da blir jeg så sint, og jeg bruker ikke å bli sint jeg bruker blir jeg lei meg! Jeg ble så sint at jeg bare sa til han at det kunne han bare glemme! Men det gjorde noe med meg. [...] Jeg var rystet over at jeg som hadde jobbet så mange år på denne avdelingen, har gjort så mye for denne avdelinga, har jobba så godt sammen med sykepleierne og andre, og på en måte har gitt så mye av meg selv, kunne få et sånt valg. Det opplevde jeg veldig krenkende.

Betydningen av anerkjennelse fra ledelsen reflekteres i utsagnet over, der Britt opplever at ledelsen verken prøver å forstå eller bekrefte hennes opplevelse som gyldig. Hun formidler således en opplevelse av å bli sviktet av ledelsen. Sitatet illustrerer godt hvordan relasjonen til ledelsen kan bli en ekstra påkjenning som kommer i tillegg til utfordringer knyttet til selve arbeidshverdagen, slik som stor arbeidsmengde, tidspress og underbemanning. Anerkjennelse, og mangel på dette, er en rød tråd gjennom datamaterialet, og en overvekt av helsearbeiderne trekker frem dette. Kun én informant (Anette) trekker frem opplevelsen av å bli tilstrekkelig anerkjent av ledelsen, gjennom positiv feedback, å bli gitt

ansvar og spurt om faglige innspill. Irenes refleksjon knyttet til at anerkjennelse er helt sentralt for å unngå belastningsskader, gjelder for majoriteten av deltakerne:

[Når det gjelder] den psykiske belastningen så er det er det ett ord som jeg er ganske opptatt av, som jeg savner egentlig litt til hverdags, og det er på en måte en anerkjennelse. [...] Ja, fordi at det er jo forskjellig, vi mennesker, i forhold til hvor mye bekreftelser vi trenger, men jeg tror noe bekreftelse for den vi er og den jobben vi gjør det trenger alle mennesker uansett. Noen mer og noen mindre. [...] Og fra leder så synes jeg og at det skorter litt på det til oss.

Irene poengterer at anerkjennelse handler om å bli sett som den du er, ikke kun for jobben du gjør. Betydningen av anerkjennelse er avgjørende for hvordan belastninger oppleves. Marte forteller om hvordan anerkjennelse fra ledelsen kan gjøre den subjektive opplevelsen av belastninger lettere, til tross for at det ikke er mulig å gjøre faktiske endringer:

[...] At man blir hørt på en måte og forstått da, om ikke annet på at man føler det sånn. Og hvis man ikke får noe hjelp til å, at ting skal bli bedre på en måte, så må man hvert fall få en aksept for at de følelsene man kjenner på er liksom valide eller hva jeg skal kalle det.

Videre kan den gjensidige påvirkningen mellom privatliv og arbeidsliv, som nevnt i tema 1 (*Å gå inn i jobben med hele seg*), også ses i lys av helsearbeiderens møte med ledelsen. En særlig krevende kombinasjon synes å være høye krav fra ledelsen kombinert med manglende respekt for helsearbeiderne som hele mennesker, med hver sin individuelle bagasje og liv utenfor jobben. Tre informanter vektlegger at god ledelse innebærer at lederen viser interesse for helsearbeidernes privatliv og kan ta hensyn til dette i krevende perioder. Britt illustrerer dette:

[...] akkurat nå har vi faktisk fått en ledelse som skjønner mye av det vi står i. Men i de årene jeg har jobba, jeg jobba under 3-4-5 ledere som har stilt ekstreme krav til oss og ikke sett oss som mennesker da [...] for altså, når du er på en måte i et liv, så har du jo også et liv utenom jobben din, og du kan ikke være doktor hele døgnet.

Flere deltakere forteller om opplevelser knyttet til det å ta opp utfordringer med ledelsen, men ikke bli hørt eller tatt på alvor. Datamaterialet reflekterer en arbeidskultur preget av at det skal være virkelig ille før man faktisk blir hørt. Dette gjenspeiles i Lise sin opplevelse av å forsøke å ta opp utfordringer med ledelsen, der det måtte en sykemelding til for å sette i gang faktisk endring:

[...] Jeg følte jeg ble satt opp til disse oppgavene enda jeg hadde sagt ifra. Så jeg følte at jeg ikke ble hørt. [...] Så da sa jeg fra til min leder at jeg ikke trivdes. [...] og når det da hadde gått fire fem uker og det fortsatt ikke var noen endring, da endte det med at jeg ble sykemeldt. [...] og da skjedde jo ting på jobb. [latter] Da ble jeg hørt, ble jeg sett, og fikk jobbet med det jeg ville, og [...] jeg følte at kanskje ja, ble litt sånn for mye passet på, men, sykemelding det funka det.

En konsekvens av å ikke bli hørt og tatt på alvor av ledelsen, kan være at helsearbeiderne må utføre arbeidsoppgaver de ikke er komfortable med. To helsearbeidere forteller eksplisitt om å bli satt til oppgaver de har sagt fra om at de ikke er komfortable med å utføre. På denne måten presses helsearbeiderne til å gå på kompromiss med egne verdier og standarder. Kristine forteller om hvor stressende det er å måtte gjøre en oppgave hun ikke har kompetanse til å utføre, men likevel blir pålagt:

[...] du har fått beskjed om å gjøre noe, og du har sagt at 'jeg vet ikke helt hvordan det er, eller vet hva det *er* men ikke hvordan man *gjør* det' - og så får du beskjed om 'bare gjør det likevel.' Eller du får vite at 'ja, hvis det kommer en veldig syk pasient som har skuldra ut av ledd så ringer du på meg, men først så må du bare plassere den selv' – selv om jeg aldri har gjort det, og vet ikke hvordan man gjør det. Da føler du litt på dette stresset, at du må gjøre noe du egentlig ikke kan.

Halvparten av informantene forteller dessuten om at det mangler et system for medarbeidersamtaler eller debrief på sin arbeidsplass, og at dette har ugunstige konsekvenser for arbeidstakerne. Marte forteller om manglende oppfølging i tiden etter et pasientmøte som vekket sterke reaksjoner hos henne grunnet personlige erfaringer som liknet pasientens:

Jeg strevde litt selv da kan du si, men det var ingen på en måte til å ta imot det, eller altså debrief og sånne ting da, er sånne ting man må ta tak i selv da egentlig, ble det etter hvert da.

Sitatet illustrerer at individet selv blir ansvarlig for å ordne debrief og ivaretagelse i etterkant av utfordrende situasjoner. Det at Marte ble satt til å jobbe med den aktuelle pasienten, signaliserer dessuten også at ledelsen ikke tar hensyn til helsearbeidernes personlige bagasje – dersom ledelsen hadde visst mer om sine ansattes bakgrunn, kunne de også tilrettelagt bedre på arbeidsplassen. To deltakere trekker frem at de opplever en bedring i fokuset på medarbeidersamtaler og tilrettelegging for en åpenhetskultur, men at det fremdeles er en vei å gå. Samlet sett reflekterer datamaterialet at majoriteten av helsearbeiderne opplever mindre oppfølging av ledelsen enn det de skulle ønske. Én deltaker rapporterer om fullstendig fravær av oppfølging av veileder til tross for at hun er nyansatt og i spesialisering.

En fjerdedel av informantene forteller om opplevelser relatert til at ledelsen tilsynelatende forsøker å tilrettelegge for faglig utvikling og helsefremmende aktivitet. Likevel opplever helsearbeiderne at det i praksis ikke er mulig å benytte seg av denne tilretteleggingen. Dette handler blant annet om at faglige temakvelder settes opp på frivillig basis (ulønnet), og at det ikke gis ekstra tid eller mindre av andre oppgaver for kunne å prioritere temakvelder, forebyggende trening eller fysioterapi. Britt forteller at jobben har påvirket hennes fysiske helse, og kommuniserer at ledelsens forsøk på tilrettelegging oppleves som falsk, siden det i realiteten fører til merarbeid for henne å benytte seg av det:

Nei, og jeg har fått masse fysiske plager av det! Og jeg har også opplevd å ha medarbeidersamtale med leder hvor jeg fortalte om mine fysiske plager, hvor man liksom har kommet frem til at «men du må selvfølgelig ta deg tid til å gå til fysioterapeut eller gå til trening», og så er det ingen ting i systemet som gjør at jeg kan gjøre det! Da må jeg organisere selv, da blir jeg lengre tider på jobb, så det er ingen på en måte ting i min arbeidssituasjon som gjør at jeg kan gjøre det.

Oppsummert handler temaet om betydningen av at ledelsen ser helsearbeiderne som hele mennesker, ved å anerkjenne deres opplevelser av utfordringer og vise at de tar arbeidstakerne på alvor gjennom å lytte og tilrettelegge i arbeidshverdagen.

Tema 4: Det som ikke kan telles teller ikke

«*Det som ikke kan telles teller ikke*» handler om hvordan helsearbeidere opplever det å jobbe i et stort «system», hvor politiske føringer og økonomistyring i stor grad påvirker deres arbeidshverdag. Alle informantene beskriver dette som en stor utfordring ved jobben. Dette temaet trekker ut de tre mest fremtredende utfordringene; avstanden mellom helsearbeidernes og ledernes syn på hva som er viktig; uunngåelige prioriteringer og usynlig arbeid og tilleggsoppgaver som tærer på.

Avstanden mellom helsearbeidernes og ledelsens syn på hva som er viktig

I det foregående temaet så vi eksempler på at helsepersonellet har opplevd å ikke bli hørt og tatt på alvor av sine ledere. Noe av grunnen til dette kan handle om en grunnleggende forskjellig oppfattelse av hva som er viktig for helsearbeiderne og ledelsen. Britt skildrer denne avstanden:

[...] altså de to lederne der, de var også litt sånn at de aksepterte ikke at vi brukte tid på folk som var dårlig – altså vi skal være så effektive der og, være effektive i samtale. Du skal være ferdig etter 10 minutter nærmest, når det tar kanskje en time å snakke om tøffe ting. Så vi har vært uenig,

jeg er i hvert fall, jeg og noen andre kolleger har vært uenig, for det å jobbe med veldig syke mennesker er en prosess. Det tar faktisk litt tid.

Sitatet illustrerer hvordan helsearbeiderens syn på god omsorg ikke deles av ledelsen. Å ha tid til å ta viktige samtaler og ivareta pasientene emosjonelt i tillegg til somatisk, er noe flesteparten av informantene trekker frem som viktige deler av omsorgen. De opplever imidlertid at dette ikke alltid lar seg gjøre, noe Anette sier noe om:

[...] også har du ikke tid til å sette deg ned og ta samtalen fordi at det å gå inn til pasient og si «hvordan har du det egentlig» - og det er klart at for meg så er ikke noe vanskelige spørsmål for meg å stille som sykepleier, men ofte før du kan stille det spørsmålet så har du måtte laget en kontakt, du må ha tid til å la pasientene bli trygg på deg sånn at dere må ha en connection, og det kan jo være utfordrende da, hvis du man har det så travelt – å greie å lage en sånn binding. [...] Jeg har tid til å spørre, men det som er problemet det er jo å ha tid til å lytte.

To deltakere kommenterer eksplisitt at det å tallfeste god omsorg er vanskelig, noe som gjør at det ikke kommer gjennom høyere opp i systemet. Som sitatet over reflekterer, kan dette for eksempel være å ikke få nok tid til pasientmøter hvor en skal snakke om alvorlige ting, fordi ledelsen ikke ser behovet for dette. Tid til terapeutiske samtaler er noe helsearbeideren mener trengs for at pasienten skal kunne ivaretas godt, men er vanskelig å tallfeste og måle. Samtalen med pasienten tas (selv om det måtte gjøres på kortere tid enn optimalt), og ledelsen får ingen grunn til å bevilge mer tid til slike ting.

Vi så i tema 1 «Å gå inn i jobben med hele seg» hvordan ønsket om å hjelpe en sterk motivator i jobben for mange helsearbeidere. Det kommer tydelig frem gjennom datamaterialet og i sitatene over at helsearbeiderne ikke får gitt omsorg etter sin egen standard. Når politikere og ledelse høyere opp i systemet ikke anerkjenner hvor belastende det kan kjennes for helsearbeiderne å stå i gapet mellom egne verdier og hva som faktisk er mulig i systemet, sitter flere igjen med opplevelsen av å ikke bli forstått. Her eksemplifisert av Marte:

De klarer ikke å sette seg inn i hva det vil si. Jeg føler liksom at vi bare er en sånn gjeng med sytepaver på en måte, det ja, men det er, de kunne kommet og prøvd og kjent litt på det! Det er folk vi holder på med liksom!

Det relasjonelle i omsorgsyrker er, som sitatet viser, noe av det som gjør at det er vondt å måtte begrense omsorgen på grunn av krav om effektivitet og tidspress. Martes sitat

refererer til at de høyere opp i systemet ikke forstår hvordan dette føles. Det er helsearbeiderne som møter pasientene hver dag og må prioritere, mens ledelsen skjermes for den direkte relasjonelle kontakten med pasientene.

Noe må alltid vike for noe annet – prioriteringer er uunngåelig

Nesten alle informantene (7/8) forteller om hvordan prioriteringer er en uunngåelig del av jobbhverdagen. Blant annet sier Lise: «Nå er det jo litt sånn, når det er travelt, så prioriterer man det som brenner mest. Det er mye annet som settes i enden av køen som hoper seg litt opp.» For flere av deltakerne kan dette bety at det som ikke er livsviktig må prioriteres vekk, slik Frida beskriver:

Det med å liksom ha tiden til å sette seg ned med pasientene og prate med dem, det er jo egentlig ting som ideelt sett er like viktig som alle prosedyrer og de mer livsnødvendige oppgavene man gjør i løpet av en dag, men som veldig ofte blir nedprioritert nettopp fordi at det får ingen akutte og alvorlige konsekvenser hvis man dropper der og da.

Sitatet viser hvordan pasientens behov (sosiale og emosjonelle) må nedprioriteres av helsearbeiderne, selv om de mener det er viktig. For å unngå å måtte nedprioritere omsorgen til pasienter strekker helsearbeiderne seg langt, og nedprioriterer gjerne egne behov (spise, gå på toalettet, ta seg tid til å snakke med kolleger). Halvparten av deltakerne nevner også at når de faktisk prioriterer egne behov så er det gjerne med en bismak. Her fortalt av Kristine:

[...] Ellers er det jo utfordrende, det er helt kaos og du har ikke spist på 8 timer, du må bare ta deg 5 minutter og ta deg en sjokolade liksom. Men det er jo utfordrende, for da tenker du på deg selv. Også ligger det folk og er syke og har vondt.

Den ene informanten som ikke opplever at prioriteringer er den del av arbeidshverdagen, forteller at dette i stor grad handler om rammene hun jobber under. Irene:

Det er ikke noe klokke som ringer, at du må springe på et annet rom og hjelpe noen på do mens du er litt opptatt. [...] vi kan jo ikke ha mer en pasient om gangen. Det er det beste.

At Irene sier at det beste ved jobben er å kunne vie all oppmerksomheten til én pasient viser indirekte at hun tenker det ville være belastende å måtte løpe og prioritere mellom flere. Dette bekreftes gjennom de andre deltakerne. Sitatet viser også hvor mye tilrettelegging og

rammer på jobben kan beskytte helsearbeidere mot ubehaget av å ha for liten tid og måtte prioritere vekk viktige aspekter ved pasientomsorgen.

Usynlig arbeid og tilleggsoppgaver tærer på

De to deltakerne som er leger med spesialistutdanning beskriver hvordan de tillegges mange ekstra oppgaver, slik som administrative møter, undervisning, og å lese mange artikler uten at det kompenseres for dette i form av lønn eller redusert pasientliste. De opplever at dette går på bekostning av de oppgavene de selv opplever som givende og viktige, eller at de må bruke fritid. Kamilla:

[...] så det er jo gratis arbeidskraft for oss, og enten at vi sitter og gjør det og noen andre må gjøre den her [behandlings]-jobben eller poliklinikken, eller så må vi sitte på kveldstid eller helg da og gjøre det.

Gjennom sitatet illustreres også noe flere andre informanter forteller; at man må kompensere dersom noen er borte, og tvinges til å prioritere enda mer fremfor at det settes inn ekstra ressurser. Helsearbeidere står i mye bak kulissene som ikke legges merke til oppover i systemet, kanskje nettopp fordi det er vanskelig å tallfeste. Flere snakker om hvordan jobben stiller krav til omstillingsevne, blant annet Marte:

[...] det er så mye, mange situasjoner, du går fra rom til rom og det er (pause) der inne skal du være litt 'pettipetti' [nøyaktig], og så er det kjempeseriøst, det er dårlige beskjeder, det er liksom, og så skal du på et annet rom [...] så du må hele tiden switche, switche, switche og det er krevende.

Disse opplevelsene er vanskelig å konkretisere. Samtidig er det noe helsearbeidere står i daglig, og som bør tas i betraktning. Å skulle omstille seg og å måtte holde oversikt over mange oppgaver samtidig krever mental kapasitet og kan stjele fokus fra andre oppgaver. Kristine forteller:

Ja, selv om du kanskje står veldig opptatt i en undersøkelse med pasient så må du plutselig ta telefonen – opptil flere ganger i løpet av samtalen, og du føler deg så frekk fordi du gjør det foran noen da, men du må ta den telefonen.

At Kristine føler seg «frekk», vitner om at hun handler på tvers av det hun selv mener er riktig. Om hun skulle fulgt sitt eget indre kompass ville hun prioritert å være tilstede i møtet med pasienten i rommet, fordi hun tenker at dette ville oppleves mer ivaretagende.

Rammene hun jobber under hindrer henne i dette, og slik vi så i tema 1 utgjør denne diskrepansen en trussel mot helsearbeiderens identitet og selvfølelse.

En siste belastningsfaktor som flere av helsearbeiderne står i, men hvor opplevelsen er vanskelig å beskrive kvantitativt, er frykten for å gjøre feil. Skulle man som helsearbeider gjøre en feil som går utover pasienter vil også dette utgjøre en trussel for ens identitet og selvfølelse. Risikoen for å gjøre feil eller glemme noe øker om det blir travelt og mange oppgaver å holde styr på. En informant, Frida, forteller at det ukentlig hender at viktige medisiner gis for sent, rett og slett fordi man har det for travelt. Skulle man som helsearbeider skade en pasient vil det gå hardt utover ens oppfattelse av seg selv og trolig trigge skam og skyldfølelse. Derfor er helsearbeiderne villige til å ofre sin egen spisepause eller lignende, for å unngå at selvet skal skades.

Gjennom dette temaet ser vi hvor mye det kan koste den enkelte helsearbeider å komme gjennom listen med arbeidsoppgaver. Det er et paradoks at det på papiret trolig ikke vil synes, i og med at alle oppgaver gjennomføres. Man kan si at systemet blir blinde for hva som ligger bak listen med gjennomførte arbeidsoppgaver. De høyere opp i systemet stiller ikke spørsmålet; til hvilken pris? Konsekvensene dette kan ha skal vi se mer på under tema 6 (*Summen av alt*). Et annet spørsmål vi kan stille oss er hva som må til for å synliggjøre alt arbeidet som gjøres, men ikke nødvendigvis synes. Britt trekker frem at deler av ansvaret ligger på helsearbeiderne som gruppe: «Også rapporterer man ikke oppover i systemet nok det der som har med det som ikke kan måles, man rapporterer bare det som kan måles.» Dette sitatet oppsummerer også dette temaet. Det er mange ting som ikke kan måles kvantitativt og dermed ikke telles, men som likevel er viktig.

Tema 5: Kollegafelleskap kan kompensere for belastninger

Temaet omfatter helsearbeidernes opplevelser knyttet til det kollegiale samholdet, og hvordan dette påvirker trivsel, mestring, problemløsning og ønske om å bli i jobben til tross for utfordringer. Samtlige av informantene i utvalget har erfaringer og meninger knyttet til dette. Kollegafelleskapet fremstår som spesielt viktig for mestring av utfordringer i arbeidshverdagen, og har derfor likhetstrekk med tema 2 (*Autopilot på - følelser av*). Datamaterialet reflekterer imidlertid at kollegafelleskapet er av avgjørende betydning for helsearbeiderne, og er derfor trukket ut som et eget tema.

Alle informantene sier eksplisitt at det kollegiale fellesskapet er sentralt for trivsel på jobb. En overvekt av deltakerne anser det kollegiale samholdet som noe av det beste med jobben og tenker at jobben ville vært verre dersom en ikke hadde hatt gode kollegaer å

samarbeide med. Dette illustreres godt av Kamillas opplevelse av hvordan et manglende kollegialt fellesskap kan ha store konsekvenser for trivsel på jobb og også påvirke fungering på fritiden. Hun sammenlikner sine erfaringer fra to ulike avdelinger, der det kollegiale fellesskapet i stor grad avgjorde hvorvidt hun trivdes eller ikke:

Jeg trivdes ikke med dem som jobber der, og ja, det var ikke greit. Og da, da gråt jeg en del etter jobb og var liksom helt ferdig om dagene og sånn, at da kjente jeg at sånn her kan jeg faktisk ikke ha det på jobb [...] og ja, det var jo ikke en mer slitsom jobb der, det var bare det, og det var ikke pasientene det var noe i veien med heller – det var kollegaene, rett og slett, det fungerte ikke i det hele tatt, synes jeg.

De sterke emosjonelle reaksjonene Kamilla forteller om, vitner om at det mellommenneskelige forholdet mellom kollegaer er av spesiell betydning. Samlet sett reflekterer datamaterialet at det er det kollegiale samholdet som er helsearbeidernes viktigste ressurs i møte med utfordringer. De fleste deltakerne trekker frem kollegaene som helt avgjørende for at man velger å bli i jobben, til tross for utfordringer. Det å stå sammen og dele en felles opplevelse av arbeidshverdagens utfordringer, kan ses som en beskyttelse mot systemiske utfordringer som er vanskelige å påvirke. Britt forteller om dette:

[...] gode kolleger gjør at du orker å stå i det, fordi at gode kolleger [...] som du er trygg på, de ser jo det samme som deg og ser urimeligheter. Selv om vi ikke vi klarer å få gjort så mye på et overordnet plan, så kan i hvertfall vi på de små enhetene hjelpe hverandre og støtte hverandre.

Sitatet til Britt belyser viktigheten av å være en kollegagruppe som støtter hverandre, og anerkjenner hverandres opplevelser. På denne måten gir kollegaene hverandre det de savner fra ledelse og system. Dette viser tilbake til tema 3 (*ledelse som største belastning og viktigste ressurs*), der majoriteten av helsearbeiderne forteller om opplevelsen av å ikke bli tilstrekkelig sett og hørt av ledelsen. Britt sitt sitat over viser hvordan kollegaer kan kompensere for manglende ressurser og støtte fra ledelsen.

Helsearbeiderne forteller om en opplevelse av at delt belastning er redusert belastning. En klar overvekt av informantene (7/8) forteller at de håndterer utfordrende situasjoner på jobb, gjennom å dele ansvar og utfordringer med kollegaer. Den *faktiske* mengden av belastninger helsearbeidene står i er stor og sammensatt, og omfatter blant annet mangel på ressurser i form av tid, personale og materiell og plass. Den *opplevde* belastningen kan imidlertid bli redusert gjennom et godt kollegafellesskap. Kamilla forteller om hvordan hun bruker kollegaene for å håndtere utfordrende situasjoner i arbeidshverdagen:

[...] jeg [har] gode kolleger som jeg kan gå til og si «du jeg må bare prate litt med deg for at det her gikk altså ikke bra,» og så forteller jeg litt sånn settingen da, [...] og det er ikke jeg noe redd for heller, for at det er noe vi opplever alle sammen, så det synes jeg egentlig er bare litt fint at vi har et åpent forhold sånn. Men det er klart det er jo ikke alle som har det, men jeg er litt avhengig av det, for ellers så tror jeg bare at det hadde blitt helt fullt inni her [hodet], og jeg må liksom få det luftet litt, da, men mange av oss som jobber med det vi gjør er ganske flinke til det egentlig.

Majoriteten av informantene opplever at belastninger blir lettere å håndtere dersom man deler dem med sine kollegaer, slik Kamilla formidler. Én deltaker trekker imidlertid frem at det å dele for mye kan oppleves som en belastning i seg selv. Irene forteller:

Og, da er klart at det er jo viktig som kollega å ta imot hvis noen synes at ting er slitsomt og, men så skal man være littegranne var på å klage for mye og hvis at man opplever det, fordi at, for det avler på en måte bare ny frustrasjon da.

Generelt sett reflekterer helsepersonellens erfaringer en arbeidshverdag preget av høyt arbeidstrykk, der mange gjøremål skal fullføres på kort tid. En overvekt av helsearbeiderne forteller at kollegaene gjør dette lettere å håndtere, fordi man stoler på hverandre og vet at andre gjør jobben sin godt. Kristine forteller om dette:

[...] så er jo de fleste veldig profesjonelle da, de har veldig sånn tak, som sykepleierne har jo utrolig tak i hva de gjør, de vet jo hva de driver med. [pause] Du føler at de pasientene blir godt tatt vare på, selv om du ikke nødvendigvis er der, så du stresser litt mindre fordi du vet at sykepleierne er der. det er jo en veldig god ressurs på en måte.

Kristines utsagn formidler dessuten hvor sterkt verdien om å yte omsorg står hos helsearbeiderne. Kristine føler et ansvar for å gi pasientene god omsorg, og vissheten om at hennes kollegaer gjør en god jobb bidrar til å lette dette ansvaret. Hun sier indirekte at fravær av gode kollegaer vil gått utover henne selv så vel som pasientomsorgen. Dette viser tilbake til tema 1 (*Å gå inn i jobben med hele seg*).

Kollegafellesskapet innebærer å benytte seg av hverandres kompetanse og erfaringer når man står i utfordrende situasjoner og vurderinger. En overvekt av deltakerne forteller at det er krevende å forholde seg til ansvaret som følger med en stilling i helsesektoren. Mange formidler at frykten for å gjøre feil oppleves som en konstant stressfaktor, grunnet de fatale konsekvensene feil kan få for pasientene. Dette ble trukket frem i tema 4 (*det som ikke kan*

telles teller ikke), og i tema 2 (*Autopilot på – følelser av*) så vi hvordan dette skaper et behov for beskyttelse. Frida understreker at dette ansvaret blir lettere å håndtere gjennom vissheten om at mer erfarne kollegaer alltid er tilgjengelige:

Og det er på en måte en av de største trygghetene jeg har kjent på etter jeg har begynt å jobbe. For det har vært mye, en stor overgang fra å være student til å bli ferdig utdannet sykepleier og stå med alt ansvaret. Sånn at den tryggheten i å alltid ha noen tilstede som er mer erfaren enn deg og som det er lett å spørre, for du vet at de er behjelpelig på det meste da, eller på alt egentlig. Det er en stor trygghet.

Det kollegiale samholdet er viktig både for trivsel og mestring av utfordringer på arbeidsplassen. To deltakere trekker imidlertid frem at tidspress grunnet underbemanning kan true det kollegiale samholdet. Britt forteller:

[...] for nå er det litt sånn at vi knives jo littegrann om hvor mye du og jeg har, ikke sant, hvis at det blir sånn litt problemer med å være litt for få hele tiden, at det blir jo litt sånn, tenker du kanskje kollegaen din gjør litt mindre enn den skulle, eller nå bidrar du ikke og litt sånne ting. Kan bli litt sånn tøft mellom kolleger og.

Dette belyser at helsearbeidernes mest sentrale beskyttelsesfaktor også er sårbar og kan svekkes. Det ser ut til at utfordringene på arbeidsplassen som kollegafelleskapet beskytter mot, også kan svekke det. Følgene av dette tas opp i sjette og siste tema.

Tema 6: Summen av alt – full fart mot kanten av stupet

Samtlige informanter uttrykker at noe av det mest belastende i deres yrke er manglende ressurser i form av tid og personell. Dette begrenser dem i å utføre jobben sin slik de ønsker, noe de opplever går utover egen tilfredshet på jobb og kvaliteten på behandlingen. Å måtte løpe fra rom til rom uten at det fører til at man kommer i mål på en tilfredsstillende måte, tærer på helsearbeiderne. Fem deltakere uttrykker direkte bekymring for denne utviklingen i helsevesenet. Over halvparten av helsearbeiderne snakker om hvordan dette er medvirkende til at kolleger slutter i jobben. Britt forteller:

Vi har hatt her på vår avdeling, i fjor veldig, veldig mange sykepleiere som sluttet. Og det var fordi at de følte at dette var en butikk, [...] du har ikke noe poliklinikk, men du er en polibutikk. Og du har ikke en sengepost nesten, det er mer sånn mer interessant hvor mange du får igjennom av pasientene enn innhold.

Sitatet over illustrerer hvordan arbeidskraft går og kan gå tapt som en følge av økonomisk styring og utvikling i helsesystemet. For hver helsearbeider som slutter går ressurser i form av kompetanse og erfaring tapt. Frida beskriver hvordan dette kan bli som en ond sirkel:

Og det blir en ond sirkel for det vil jo gå utover de sykepleierne som står igjen i yrket da når det da blir enda færre sykepleiere og så kan man jo bare tenke seg hvordan deres arbeidshverdag skal bli etter hvert, når det er sånn som det er nå, når vi mangler så mange sykepleiere vi gjør nå.

Halvparten av informantene sier at motivasjonen til å jobbe innenfor helsesektoren i utgangspunktet er stor. Likevel er flere av dem usikre på om de klarer å stå i jobben over tid. Kristine som er ny i yrket har allerede kjent på denne usikkerheten, og Marte svarer følgende på spørsmålet «Hva skal til for å holde ut lenge i jobben du har?»:

Åååh! Holde ut lenge, ja. Nei, det er jo det at det må bli en endring [...] vi må ha nok folk [...] for det går ikke i lengden sånn som det er nå, det gjør ikke det. Jeg vet nesten ikke hva mer jeg skal si om det egentlig.

Dersom vi skal beholde helsearbeidere i yrket over tid kan det være avgjørende å sørge for at summen av belastninger går ned, mens ressursene går opp. Dersom belastningen holdes høy, er det ikke sikkert at ressurser og støtte vil kunne veie opp, noe Irene tematiserer:

[...] du kan jo ikke bare få et klapp på skuldra, sånn for å si 'Fy søren i dag var du flink.' [...] Det veier jo ikke opp uansett.

Oppsummert reflekterer temaet at helsearbeiderne opplever bekymring knyttet til utviklingen i helsevesenet.

Diskusjon

Analysen av våre funn viser at helsepersonellet opplever flere typer belastninger i sin arbeidshverdag, spesielt knyttet til ressursmangel og tidspress. Rammene på arbeidsplassen gjør at mange opplever å ikke få mulighet til å gjøre jobben slik de ønsker. Analysen indikerer videre at belastningene kan ha store konsekvenser for helsepersonellets opplevelse av seg selv, og påvirker både arbeidshverdag og privatliv. I oppgavens diskusjonsdel drøftes nå resultatene fra analysen opp mot det presenterte teorigrunnlaget, for å besvare

forskningsspørsmålene: 1) *Hvordan opplever helsearbeidere at utfordringene de står overfor i arbeidshverdagen påvirker dem, og 2) på hvilken måte kan opplevelsene forstås i lys av teori om moralsk skade?* Diskusjonen er firedelt og ser først på hvordan helsearbeidernes arbeidsbelastninger kan forstås. Videre diskuteres betydningen av moral og hvordan helsearbeidernes grunnleggende antakelser om selvet utfordres i møte med arbeidsbelastningene, før mulige medierende faktorer diskuteres. Avslutningsvis diskuteres relevante implikasjoner for helsesektoren samt for videre forskning.

Hvordan kan vi forstå helsearbeidernes arbeidsbelastninger?

Som lagt frem i teoridelen, brukes begrepet pMIEs som en bred betegnelse for stressorer av moralsk karakter, som potensielt kan skape moralsk skade. Dette er altså ikke et begrep hvor bestemte kriterier må innfris, men snarere en betegnelse som rommer den subjektive opplevelsen i møte med en moralsk stressor (Jinkerson, 2016).

Å oppleve svik (betrayal)

Svik beskrives som en moralsk belastning relatert til andre (Litz & Keirg, 2019). Shay (2014) legger spesielt vekt på tillitsbrudd begått av en autoritet, noe som reflekterer at det hierarkiske maktforholdet mellom de involverte partene er av betydning for hvordan overtredelsen oppleves. Å bli overlatt til seg selv i vanskelige situasjoner, oppleve uærlighet og at man ikke kan regne med sine overordnede er eksempler på svik som trekkes frem i litteraturen (French et. al., 2021). I datamaterialet vårt beskriver flere informanter opplevelsen av å bli sviktet av ledelsen og systemet de jobber i. Dette var fremtredende i tema 3 (*Ledelse som viktigste ressurs og største belastning*) og tema 4 (*Det som ikke kan telles teller ikke*). En av helsearbeiderne (Britt) fortalte blant annet at hun ble oppfordret til å slutte i jobben av sin leder, på bakgrunn av en 20% sykemelding. Hun beskrev at hun ble sint og følte seg krenket, og at hun fikk behov for å holde seg unna denne lederen så mye som mulig. Dette samsvarer med antakelsene om at andrerelaterte pMIEs gjerne aktiverer sinne, krenkelse og eksternaliserende symptomer (Litz & Kerig, 2019). Resultatene viser at opplevelse av svik er sentralt i helsearbeidernes arbeidshverdag, og at det er opplevelsen av å bli sviktet av overordnede som er fremtredende.

Mange beskriver opplevelsen av manglende anerkjennelse og forståelse fra nærmeste leder og høyere opp i systemet (eksempelvis politikere og sykehusledelse). Å ikke bli forstått er kilde til frustrasjon, noe Marte blant annet uttrykker når hun sier at de høyere opp i systemet ikke forstår hva hun og hennes kolleger står i daglig. French et al. (2021) argumenterer for at slike opplevelser utgjør situasjoner som kan forårsake moralsk skade blant

helsearbeidere. Videre kan man spørre seg hva konsekvensen av å stå i slik frustrasjon over tid kan være. Akkumulert belastning drøftes mer inngående senere i diskusjonen.

Å bevitne overtredelser (witness)

En form pMIEs som relaterer seg til andre omfatter det å bære vitne til andres moralske overtredelser, ved at man for eksempel hører om eller ser andre begå moralske overtredelser (Griffin et al., 2019). En av helsearbeiderne beskriver at hun vet at det deles ut medisiner uten at det kontrolleres av andre. Dette til tross for at kontrollering av medisiner skal gjøres i henhold til protokoll. Det å vite at kolleger ikke følger regler og kan påføre pasienter skade, er noe som kan være tungt å være vitne til for helsearbeidere, som i sitt yrkesmandat plikter å ikke påføre skade (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Marte presiserer at hun daglig opplever at det ikke er mulig å yte omsorg slik man ønsker – enten fordi hun selv opplever det, eller hører om det fra kollegaer. Kamilla beskriver hvordan det kan være utfordrende når hun og kollegaene har ulik oppfatning om når man skal avslutte behandling. Hun beskriver at hun kan tenke at kolleger gir falskt håp til terminalpasienter, og at hun må rydde opp i ettertid. Slik kan de beskrevne opplevelsene forstås som moralsk belastende hendelser, der også tilliten til andre rundt deg eller til systemet du jobber i, svekkes. En slik eksternaliserende reaksjon, samsvarer igjen med antakelsene om moralske emosjoner forbundet med andrerelaterte pMIEs (Litz & Kerig, 2019). Det er imidlertid ikke gitt at alle disse opplevelsene vil føre til skade, eksempelvis forteller Kamilla at slike hendelser ikke påvirker henne nevneverdig. Grad av beskyttende faktorer i miljøet rundt og hvilke verktøy man selv har for å stå i slike hendelser vil kunne virke inn på hvor store konsekvenser opplevelsene får (Jinkerson, 2016). Dette tematiseres videre under avsnittene *beskyttelse og risiko*, og *implikasjoner*.

Å ikke gjøre det man burde (omission)

Å ikke gjøre det man burde trekkes blant annet frem i Currier et al. (2018), som kilde til pMIEs. Enkelte finner at feil som følge av at arbeidsoppgaver *ikke* gjøres, kan være en større fare for pasientsikkerheten sammenliknet med medisinske feil som begås direkte (Hayward et al., 2005). Hendelser der man ikke har mulighet til å gjøre det man anser som riktig er gjennomgående i vårt datamateriale. I tema 4 (*Det som ikke kan telles teller ikke*) forteller informantene om hvordan tidspress og ressursmangel fører til krevende prioriteringer mellom arbeidsoppgaver og pasienter. Arbeidsoppgaver som adresserer akutt og livreddende behandling prioriteres, og man har lite tid til relasjonell omsorg, til tross for at helsearbeiderne anser dette som like viktige oppgaver. Dette samsvarer med funn fra en nyere oversiktsstudie (Jones et al., 2015). Et tydelig eksempel fra vårt utvalg er sykepleieren som forteller at hun

ikke spør hvordan pasienten har det, fordi hun ikke har tid til å lytte til svaret. Dette til tross for at hun forstår terapeutiske samtaler som en viktig del av jobben. Andre eksempler i datamaterialet er; det å ikke få gitt medisin til riktig tid; å ikke gi kaffekopp og avis til pasient grunnet tidspress; å måtte ta telefonen flere ganger i løpet av en konsultasjon med pasient; samt å være nødt til å ta seg en pause mens en pasient lider, fordi man ikke har nok ressurser til at en kollega kan ta over arbeidsoppgavene. Flere forteller at de får dårlig samvittighet, bli lei seg og flau over at de ikke får gitt omsorg og pleie etter egen standard. Skyld, skam og internaliserende reaksjoner er trolig kjennetegn ved selvrelaterte pMIEs (Litz & Kerig, 2019).

Å begå moralske overtredelser (comission)

Å selv utføre handlinger som bryter med egen moral (med eller uten opplevd press) er i litteraturen beskrevet som en selvrelatert pMIE (Chaplo et al., 2019). Noen av helsearbeiderne forteller om hendelser hvor de aktivt handler på en måte som går på tvers av hva de anser som rett og galt. Det tydeligste eksempelet på dette er informanten Kristine, som sier ifra om at hun ikke har erfaring eller kompetanse til å hjelpe en pasient med skulder ut av ledd, men som oppfordres av overordnede til å gjøre dette uansett. Hun forteller at dette er stressende og ubehagelig, siden man kan ende opp med å skade pasienten ytterligere. Å påføre skade ville brutt med helseetiske prinsipper (Ursin, 2021), som er viktige rettesnorer innen helseyrker. Denne hendelsen kan også forstås som et svik fra helsearbeiderens overordnede, fordi de ikke lytter til hennes bekymring og presser henne. Utfra beskrivelsene virker det som Kristine hjelper pasienten selv om hun ikke har tilstrekkelig kompetanse, fordi hun presses av sine overordnede. Det virker som presset fra overordnede gjør at Kristine bryter med det hun selv tenker er riktig.

Informantenes formuleringer, slik som «å gå på akkord med seg selv, å føle at man ikke strekker til, og å føle seg avkortet» illustrerer at de opplever å ikke kunne etterleve egne standarder for omsorg og pleie i arbeidshverdagen. Dette samsvarer med funn fra andre studier (Glasberg et al., 2007; Karlsson et al., 2010). På bakgrunn av at arbeidsbelastningene synes å karakteriseres av moralske overtredelser, kan det argumenteres for at MI er et nyttig begrep i en sivil helsefaglig kontekst. Eksisterende begreper som *omsorgstretthet*, *sekundærtraumatisering* og *utbrenthet* konseptualiserer arbeidsbelastninger hos helsepersonell (Isdal, 2017), men har ikke et eksplisitt fokus på moralske aspekter ved utfordringene. MI-begrepet derimot refererer til et mer spesifisert fenomen, med en konkret virkningsmekanisme (moralske brudd) som kobler negative psykologiske utfall til spesifikke opplevelser av moralsk karakter. Den psykologiske påkjenningen er altså ikke kun forårsaket av for høyt nivå av arbeidskrav relativt til ressurser, slik utbrenthetsbegrepet indikerer

(Saksvik & Christensen, 2015). Ei heller et resultat av å «smittes» av andres lidelse gjennom overføringsprosesser, slik begrepet sekundærtraumatisering viser til (Isdal, 2017).

Mekanismen for emosjonelt ubehag som MI-begrepet konseptualiserer handler grunnleggende sett om ubehaget som følger av at egne moralske standarder blir brutt eller havner under press. Dette som følge av enten egne eller andres handlinger. Betydningen av dette peker mot at det ikke nødvendigvis hjelper å redusere stillingsprosent eller å være delvis sykemeldt siden det fortsatt vil være situasjoner som utgjør en risiko for moralsk skade til stede i den tiden man er på jobb. Hvis arbeidssituasjonen er slik at helsearbeideren ikke kan leve opp til sin standard om å gi god pleie og omsorg eller bevitner kollegaers moralske overtredelser, vil belastningene fortsatt være der om man bare jobber halv stilling. Virkningsmekanismen for psykologisk ubehag er fremdeles til stede. En MI-forståelse av belastninger som helsearbeiderne ofte opplever, gir derfor noen implikasjoner for hvordan man bør tenke rundt forebygging av arbeidsbelastninger og hvordan man bør håndtere konsekvensene av disse. Dette utdypes videre under avsnittet *implikasjoner*.

Opplevelsen av selvet påvirkes i møte med arbeidsbelastninger

Moral kan forstås som de internaliserte antakelsene vi har om hva som er rett og galt, godt og vondt. Hva som anses som moralsk og umoralsk baserer seg i stor grad på kulturelle betingelser i samfunnet og miljøet (familien, venner) vi lever i (Jensen, 2008). Dermed er det ingen fasit på hva en moralsk standard er eller bør være. De moralske emosjonene (skyld og skam) tjener formålet om å regulere atferden vår etter det som aksepteres i vår kultur, slik at vi får dekket behovet for tilhørighet og trygghet (Ellemers et al., 2013). Det er enighet innen klinisk psykologi om at det å utsettes for livsfare utgjør en potensiell traumatisk opplevelse. MI-litteraturen argumenterer for at også moralske overtredelser kan være traumatiske, ettersom slike opplevelser kan true vårt grunnleggende behov for sosial aksept, tilhørighet og derfor trygghet (Guay et al., 2006; Jordan et al., 2017; Wortman, 2004)

Et sentralt funn i analysen er at helsepersonellens verdigrunnlag i stor grad påvirker yrkesvalg og yrkesutførelse. Altruisme, å sette pasientens behov først, samt ønsket om å yte god omsorg til alle pasienter, fremstår som hovedmomenter i helsepersonellens normgrunnlag. Dette blir deres standard for å bedømme rett og galt, godt og vondt. Sett i relasjon til litteraturen om moralsk skade, er det nettopp dette verdigrunnlaget som utfordres i en situasjoner hvor moralske verdier ikke kan etterleves (Griffin et al., 2019). På bakgrunn av en slik analyse kan helsepersonellet forstås som spesielt sårbare for moralsk skade i situasjoner hvor de er nødt til å underprioriterte omsorg som følge av tid- og ressursmangel.

Betydningen av etikk vektlegges innenfor helseyrker. Man lærer opp etter de fire helseetiske prinsippene – Å gjøre godt, å respektere selvbestemmelse, å ikke skade, og å være rettferdig – og forventes å gjennomgående følge dette i sin yrkespraksis (Ursin, 2021). Helseutdanninger har sågar både eksplisitte og implisitte forventninger om at disse prinsippene bør internaliseres hos den enkelte helsearbeider. Prinsippene legger derfor grunnlag for framtrepende kulturelle betingelser i helsefaglige miljøer, som reproducerer og opprettholder et normativt press om å ikke avvike fra den moralske standarden som prinsippene dikterer. Det å bryte med noen av disse prinsippene vil derfor lett skape et sterkt ubehag. De helseetiske prinsippene bygger i stor grad på en deontologisk filosofitradisjon, som sier at handlinger kun er gode dersom man handler utfra bestemte overordnede etiske prinsipper (Dybvig et al., 2019). Noen handlinger vil innen et slikt moralfilosofisk rammeverk alltid være enten riktig eller feil, uten at det tas hensyn til kontekst og rammer. Vi ønsker å problematisere at dette grunnlaget for bedømming kan bli utfordrende i møte med reelle arbeidsbelastninger i yrkesutøvelsen.

Deontologisk tankegang gir lite rom for fleksibilitet, noe som blir en stor svakhet i møte med komplekse moralske dilemmaer. Helsearbeidere forholder seg til liv og død i det daglige, samtidig som de inngår i interpersonlige relasjoner til både pasienter, kolleger og ledelse. Det helseetiske prinsippet om «å ikke skade» kan sies å være deontologisk forankret. I reell sykehuspraksis vil man møte på situasjoner hvor man må avveie om man faktisk bør påføre skade for å kunne etterleve prinsippet om «Å gjøre godt» (Ursin, 2021). Som følge kan moralsk ubehag oppstå, fordi man ikke vil kunne handle helt moralsk riktig, uansett hva man velger å gjøre. Noen ganger er det ikke tydelig hva som blir riktig og galt og gir best utfall. Å jobbe med syke mennesker er komplekst, og krever mye av de som står i vurderingene. Dette har flere informanter tematisert.

En annen etisk teori, *utilitarismen*, hevder at det etisk riktige alltid vil være det som gir best utfall for flest mulig. En slik tilnærming til moral tilsier at det å ofre egen velferd og helse er etisk riktig, dersom det øker velferden hos andre (Sagdahl, 2021b). Vi så hvordan helsearbeiderne droppet egne behov for å gi omsorg til sine pasienter, noe som kan vitne om at dette moralske tankesettet er innlemmet hos dem. Da Kristine beskrev at det var vanskelig å ivareta seg selv og ta en pause, fordi hun visste det gikk utover pasienten, sier hun indirekte at dette skapte moralsk ubehag hos henne. Det ser ut som at helsepersonellet i hovedsak benytter deontologiske og utilitaristiske standarder for å bedømme egen atferd.

Den største svakheten ved de nevnte moralfilosofiske retningene er at de ikke tar høyde for intensjonen som ligger bak en handling. Konsekvensen av en velment handling kan

bli negativ, og dermed kategoriseres som umoralsk utfra utilitarismen. På samme måte kan en god skjønnsmessig vurdering som bryter med et etisk prinsipp bli umoralsk, dersom man vurderer seg selv og andre utfra deontologiske standarder. De normene vi har med oss hjelper oss å forstå oss selv og andre som moralske vesen. Satt på spissen bedømmer vi hvorvidt vi eller andre er gode eller onde på bakgrunn av dem. I møte med kompleksiteten vil det bli vanskelig å integrere moralske stressorer dersom vi ikke har fleksible kognitive skjemaer. For eksempel kan det være vanskelig å integrere det at man ikke gir omsorg til en pasient fordi man ikke har tid, i sitt bilde av seg selv som omsorgsnyter.

Et mer fleksibelt moralsk tankegods er dydsetikken. Denne formen for etikk gir ingen prinsipper å handle etter, men legger opp til bruk av beste skjønn. I en dydsetisk forståelse av rett og galt ligger moraliteten i karakteristikk og holdninger hos den som utfører en handling (Sagdahl, 2021a). Det kan være hensiktsmessig å aktivt jobbe med å innføre en slik måte å forholde seg til moralske stressorer blant helsepersonell. Dydsetikk rommer kompleksiteten bedre og gir mer rom for å være raus med seg selv når man står i krevende situasjoner. La oss illustrere dette med utgangspunkt i eksempelet der Anette forteller at hun ikke tar seg tid til å spørre pasienter om hvordan de har det, fordi hun ikke kan følge det opp på en forsvarlig måte: Ved å vektlegge hva som var motivasjonen bak å ikke stille spørsmålet, ser vi at hun ønsker å ha tid til å ta imot svaret hvis hun først skal stille det. Dette vitner om en holdning hos henne, om at man skal gjøre ting på en måte som gjør godt for pasienten og viser at hun er omsorgsfull. Dette vitner om at hun er moralsk. Ved å se slik på det kan man fremdeles opprettholde selvfølelsen og se seg selv som et godt menneske, selv om man ikke alltid klarer å innfri alle krav. I datamaterialet beskrev imidlertid mange informanter at de kjenner skyldfølelse og dårlig samvittighet over å måtte prioritere og ikke rekke alt, selv om de alltid handler med ønske om å gjøre det best mulig for pasientene og ofrer egne behov. En informant beskrev at hun ikke kunne gå inn i hva det gjør med henne å måtte nedprioritere og ikke få gjort ting slik hun ønsker, fordi hun tenkte det ville medføre at hun kom til å stille spørsmål ved seg selv som menneske og sykepleier. Dette viser hvordan det vi ikke klarer å integrere kan medføre brist i vår oppfattelse av oss selv.

I teoridelen ble det trukket frem at traumatiske erfaringer kan skade individets grunnleggende antakelser om seg selv og verden, det Janoff-Bulman (2010) kaller *Shattered assumptions*. Liknende beskrivelser går igjen i litteratur på MI-feltet, blant annet beskrivelsen av at moralsk skadelige hendelser medfører «En skade på sjelen som gjennomtrenger individets identitet, moralitet og relasjon til samfunnet» (Silver, 2011; referert i Stovall 2020). På bakgrunn av det informantene forteller oss, er det i hovedsak antagelser de har om seg selv

som påvirkes negativt av belastningene i arbeidshverdagen. De beskriver slik vi så i tema 1 (*Å gå inn i jobben med hele seg*), en følelse av å ikke strekke til (indirekte; ikke være god nok), være avkortet og at man ikke får uttrykke seg slik man vil i jobben sin. Dette vitner om psykologisk ubehag som følge av å ikke få gitt omsorg slik man mener er riktig. I sin doktorgradsavhandling basert på data fra et militært utvalg fant Nordstrand (2020) indikasjoner på at ikke-forebaserte stressorer, som å bære vitne til andres lidelse eller krevende moralske situasjoner, kan medføre større psykologisk ubehag i etterkant sammenliknet med fryktbaserte stressorer slik som å være i livsfare. Helsearbeidere jobber tett på liv og død, og forholder seg til andres lidelse hver dag. I tillegg beskrev de hvordan moralsk ubehag oppstår som følge av prioriteringer i møte med pasienter. Den psykologiske effekten av dette kan, i lys av Janoff-Bulman (2010) og Nordstrand (2020) være skade i oppfattelsen av oss selv, i tillegg til stort psykologisk ubehag.

Beskyttelse og risiko

Arbeidskulturen normaliserer belastninger

Alle helsearbeiderne i vår undersøkelse forteller om liknende typer utfordringer i sin arbeidshverdag (tidspress, ressursmangel, prioriteringer), men rapporterer om ulike opplevelser og varierende grad av påvirkning knyttet til belastningene. Dette peker på at hvorvidt arbeidsbelastninger oppleves som krevende og får konsekvenser for individet, kan være påvirket av flere medierende faktorer. På denne måten samsvarer våre funn med annen forskning på moralsk skade, som finner at hendelsers konsekvenser bør ses i forhold til medierende faktorer som sosiale normer og individets subjektive opplevelser av skyld og skam (Jinkerson, 2016) og kultur (Zefferman og Mathew, 2020).

Analysen viste at helsepersonellet har en arbeidskultur preget av at man får ting gjort og gir jernet selv om det har negative konsekvenser for egen helse. Informantene forteller om hvordan de løper fra pasient til pasient og fordeler arbeidsoppgaver mellom seg for å rekke å komme gjennom arbeidsoppgavene. Selv om helsearbeiderne sjelden får gitt pleie i tråd med egne standarder, får de ofte gjort jobben som kreves likevel. Få av informantene vedkjenner seg å ikke få gjort minimumet av det som kreves av ledelsen – da løpes det bare fortere og prioriteres hardere for å komme i mål. Helsepersonellet trakk frem at ledelse og system pålegger dem høye krav til effektivitet og produktivitet. Samtidig formidles det implisitt at helsepersonellet også selv bidrar til å opprettholde ledelsens standarder, gjennom å alltid innfri og levere, også på det de selv oppfatter som urimelige krav. Dette nyanserer forståelsen av hvordan det kollegiale fellesskapet og arbeidskulturens sosiale normer kan mediere

opplevelsen av belastninger i både negativ og positiv forstand. På den ene siden kan det å stå sammen i utfordringer være beskyttende (Kılıç & Altuntaş, 2019), og på den andre siden kan fellesskapet generere en kultur som opprettholder vansker gjennom sosiale normer knyttet til å levere på et lite bærekraftig nivå utfra de ressursbegrensinger som foreligger (Stovall et al., 2020). Helsearbeidernes innsatsvilje synes å motiveres av gode hensikter, det iboende altruistiske verdigrunnlaget, samt internaliserte normative prinsipper som ikke kan brytes. Det var få som reflekterte rundt at det å faktisk gjøre jobben for enhver pris, også kan bidra til å opprettholde status quo – altså et system hvor det mangler ressurser, og hvor man må prioritere og handle på tvers av egne verdier, eller strekke seg utover det som er helsemessig fornuftig. En informant (Britt) poengterer at det er vanskelig å måle alle aspekter ved god sykepleie, og at det er vanskelig å rapportere videre til ledelse at relasjonell omsorg nedprioriteres. Kun én informant (Anette) trekker frem at hun dokumenterer og rapporterer det når hun ikke kommer i mål med arbeidsoppgavene.

Mestringsstrategier og psykologisk forsvar

Tema 2 (*Autopilot på – følelser av; å skape psykologiske distanse*) handler om hva helsearbeiderne gjør for å beskytte seg mot arbeidsbelastninger og stå i jobben. Innenfor en psykodynamisk forståelsesramme kan slike mestringsstrategier forstås som psykologisk forsvar, som beskytter individet fra vonde følelser og psykologiske konflikter (McCullough et al., 2003, s. 39). Datamaterialet indikerer at helsepersonellet ofte mestrer arbeidsrelaterte utfordringer gjennom psykologisk forsvar som *undertrykking* (f.eks.: «jeg kan ikke tenke på det»), *foregripelse* (f.eks.: «jeg visste at det ville være sånn») og *intellektualisering* (f.eks.: «det er bare sånn det er»). Undertrykking handler om å bevisst unngå å tenke over ubehagelige følelser, foregripelse innebærer å bruke forventninger til å forberede seg og håndtere utfordringer (Vaillant, 2000) og intellektualisering innebærer å rasjonelt (bort)forklare egne reaksjoner og dermed unngå å erkjenne egne følelser og konflikter (Metzger, 2014). Det kreves mentale ressurser for å opprettholde et forvar mot vonde følelser (Vaillant, 1995). Selv om undertrykking, foregripelse og intellektualisering anses som adaptive og modne måter å forholde seg til utfordringer på (Metzger, 2014), kan det også bli et rigid og fastlåst forsvar dersom det brukes på en overdreven og ubalansert måte (McCullough et al., 2003, s. 39). På sikt kan dette prege individet negativt, ved at man mister tilgang på følelser som egentlig er nyttige og ønskelige i hverdagslivet utenfor jobben. Et eksempel er informanten Kristine, som ikke har overskudd til å fungere slik hun ønsker på fritiden, men som forteller at det går bra, fordi hun visste at det kom til å bli sånn.

Balansen mellom å benytte seg av et hensiktsmessig forsvar på jobb og å legge dette til side på fritiden tematiseres i datamaterialet. Informantene som tydelig skiller mellom jobb og privatliv, rapporterer om mindre opplevde konsekvenser av arbeidsbelastninger. Å metaforisk lukke døra etter seg på jobb, skifte fokuset over på familie eller lystbetonte fritidsaktiviteter, fremstår som effektive måter å skru av beskyttelsesmekanismene som er nødvendig og ha på jobb. Slik fleksibel bruk av psykologisk forsvar kan anses som hensiktsmessig. Det fremstår som høyst nødvendig for helsepersonellet å beskytte seg mot arbeidsrelaterte utfordringer gjennom psykologisk forsvar, grunnet de verdiladede konfliktene arbeidet innebærer. Samtidig synes det like viktig med fokusskifte, og å skape en tydelig overgang mellom jobb og fritid, hvor man i større grad kan legge forsvarsmekanismene til side for å kunne utfolde seg med et mer spontant og naturlig følelsesliv i sitt privatliv.

Akkumulert belastning

Informantene i studien vår står i krevende situasjoner på daglig basis, og selv om det sjelden er snakk om alvorlige katastrofer akkumuleres mindre belastninger over tid. To deltakere sier eksplisitt at summen av mange mindre belastninger utgjør en tung byrde i lengden. For at MI-begrepet skal være et nyttig konsept for å forstå arbeidsbelastninger hos helsepersonell, burde begrepet også romme den akkumulerte belastningen av mindre hendelser over tid. Farnsworth et al. (2017) poengterer at pMIEs kjennetegnes av å være høyrisikosituasjoner der mye står på spill. Samtidig argumenterer nyere MI-forskning for en mindre dikotom forståelse av hva som er og ikke er en pMIE (Grimell & Nilsson, 2020). Analysen i vår studie indikerer at også mindre moralske stressorer i lengden kan bygge seg opp til betydelige moralske belastninger. Dette reflekteres også i den begrensede litteraturen om moralsk skade hos helsepersonell. Basert på en gjennomgang av 21 studier (kvantitativ, kvalitativ, blandet metode) argumenterer Stovall et al. (2020) for at situasjoner som gir moralsk ubehag i lengden kan bli pMIEs og gi påfølgende moralsk skade. Eksempler på dette er arbeidsforhold som involverer høy risiko, raske endringer og begrensede ressurser, underbemanning, lite støtte fra ledelse og kollegaer, at det ikke er rom for å prate om utfordringene, samt mobbing og vold på arbeidsplassen. Virkningsmekanismen foreslås å være en crescendoeffekt, der uløst moralsk ubehag (moral residue) bygger seg opp over tid og vonde minner om dette reaktiveres ved nye opplevelser knyttet til moralsk ubehag. Den heuristiske kontinuummodellen (se Figur 2) (Litz & Kerig, 2019), som skisserer ulike alvorlighetsgrader av hendelser som involverer moralske overtredelser, synes ikke å ta høyde for dette aspektet. Dette til tross for studier som ser økt frekvens av traumer i relasjon til økt psykologisk ubehag og risiko for PTSD-relaterte symptomer (Hagenaars et al., 2011). Bruken

av resiliensbegrepet innen militær mental forberedelse til krig, har i nyere tid forstått gjentatte moralske belastninger som en del av et totalt belastningsbilde. I forlengelse av dette foreslås en multimodal forebygging langs ulike domener (familieliv, meningsdannelse, mestringsstrategier, sosial støtte og fysisk tilstand) for å aktivt øke motstandskraft til å tåle slike belastninger over tid (Reivich et al., 2011). Denne forståelsen av resiliensbegrepet speiler tilbake på en erkjennelse av at den totale belastningsbyrden spiller inn på sårbarhet for negative utfall etter enkelthendelser. Tilsvarende tankegang rundt moralsk skade og forebygging av dette vil kunne være nyttig også i helsesektoren.

Implikasjoner

Anerkjennelse av den psykiske påkjenningen et helseyrke kan innebære

Hvorvidt moralsk skade bør være en separat diagnose eller burde inkluderes i en mer utvidet definisjon av PTSD, samt om moralsk skade i det hele tatt bør anses som en diagnose er for store spørsmål til at de drøftes i denne oppgaven. Vi vil imidlertid påpeke det faktum at psykiske lidelser og belastninger ikke anerkjennes som yrkesskade eller yrkessykdom likestilt med skade (Yrkesskadeforsikringsloven, 1990). Ser man derimot på forsvarsloven er psykiske belastningsskader eksplisitt nevnt (Forsvarsloven, 2016). Denne studien har gitt innsikt i hvordan moralske belastninger kan ha negativ innvirkning på den psykiske helsen hos helsearbeidere, og sett på dette opp mot forskning gjort på militært personell. Det er mange likheter mellom belastningene beskrevet av helsepersonell og militærpersonell (de jobber under forhold hvor man bærer vitne til andres lidelse og står i tøffe moralske beslutninger). Helsearbeiderne i utvalget forteller om hvordan mistriivsel på jobben har vært årsak til sykemelding, og det er den psykiske påkjenningen av manglende ressurser som gjør at de vurderer å slutte i jobben, samt at frykten for å gjøre feil er en del av jobbhverdagen. Å anerkjenne psykiske belastningsskader som yrkessykdom vil kunne bidra til ansvarliggjøring av ledelse, politikere og system til å ivareta helsepersonells psykiske helse så vel som den fysiske. En slik lovendring signaliserer også at den psykiske påkjenningen av å jobbe som helsearbeider kan være skadelig fremfor at det er helsearbeideren som ikke er motstandsdyktig nok. Dette illustrerer hvordan diskurs kan bidra til å plassere ansvar og endre holdninger. Videre reiser det også spørsmålet om hvorvidt man har gode nok tiltak for å sikre at helsepersonell får den støtten de trenger for å bygge motstandskraft til å møte de yrkesrelaterte belastningene de står i. Dette har vært et voksende fokusområde i militær sammenheng (Reivich et al., 2011), og man kan stille spørsmål om ikke også helsearbeidere burde ha tilgang på slike resurser. I tillegg reiser det spørsmål om hvem som har ansvar for å

ivareta helsearbeiderne som gruppe og enkeltindivider. Helsearbeiderne er en uunnværlig ressurs, som vi trenger kunnskap om hvordan vi best kan ivareta. Et første steg vil være å anerkjenne og å ta på alvor.

Det er lovfestet at arbeidsgiver skal arbeide systematisk med forebygging og oppfølging av sykefravær, blant annet ved å kartlegge farer og problemer, vurdere risikoforhold og utarbeide samt iverksette tiltak for å redusere risiko (Arbeidsmiljøloven, 2005, §3-1). Videre påpekes det at standarden for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø til enhver tid skal utvikles og forbedres i tråd med samfunnsutviklingen (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-1). MI-feltet, med det økende antallet studier som inkluderer helsepersonell, gir et oppdatert kunnskapsgrunnlag for å vurdere risiko og belastninger i arbeidshverdagen. Dette er arbeidsgiver pliktig å ta stilling til. På mange måter fremstår helsearbeiderne som idealarbeidstakeren, som fullstendig hengir seg til arbeidet og er villig til å ofte egen helse for å gi god pasientomsorg. Arbeidsgiver må være bevisst dette og forvalte sine ressurser, helsepersonellet, på en god måte.

Betydningen av kunnskap

Avslutningsvis i intervjuene spurte vi informantene om de hadde hørt om begrepet moralsk stress. Ingen hadde hørt om begrepet, men rundt halvparten kunne resonnerer seg fram til begrepets meningsinnhold. Av de åtte informantene som deltok i studien svarte to tydelig bekreftende på at de kjente seg igjen i begrepet, og uttrykte en lettelse over at det fantes et slikt begrep. Ytterligere to informanter oppga at de kan kjenne seg litt igjen, og kom med relevante eksempler på selvopplevde arbeidsbelastninger som involverte moralske aspekter. Av de resterende informantene er det to som er usikre på begrepets relevans og to som tenker at begrepet ikke treffer helt grunnet at *moral* oppleves som et negativt ladet ord. Oppsummert betyr dette at halvparten av utvalget tenker at moralsk stress er et nyttig begrep som beskriver utfordringene de kan oppleve i sin arbeidshverdag.

Det at flere uttrykket lettelse over at det finnes et begrep som samsvarer med deres opplevelser av arbeidsbelastninger, gir viktige implikasjoner. Også litteraturen understreker at det å gi helsearbeiderne kunnskap om moralsk skade og hvilke situasjoner som innebærer en risiko for å oppleve moralsk skade, er et godt forebyggende tiltak. Det første steget i å redusere moralsk påkjenning og utbrenthet, er å hjelpe helsepersonellet å gjenkjenne situasjoner som kan være moralsk belastende (Karakachian & Colbert, 2019). Oh & Gastmans (2015) viser til at sykepleiere som hadde deltatt på et seminar om moralsk ubehag opplevde redusert sinne og frustrasjon over slikt ubehag i etterkant.

Å gå inn i autopilotmodus i møte med utfordringer beskrives av flere informanter i utvalget. Helsepersonellet formidler dette som noe negativt, noe de må gjøre grunnet tid- og ressursmangel. Helsepersonellet synes å fortolke sin mestring av belastning som noe feil, noe som bryter med egne standarder. Dette er også vanlig å se hos militært innsatspersonell, der individet ofte kan tolke adaptivt forsvar som en negativ personlig karakteristikk (Nordstrand, 2020). Dette reiser spørsmål knyttet til om det er autopilotmodus i seg selv som skaper ubehag, eller om det er helsepersonellens antakelser om at man ikke håndterer situasjonen på riktig måte som forårsaker dette. En helsearbeider i utvalget, Frida, forteller om psykologisk ubehag knyttet til et fravær av følelser på jobb. Hun fortolket fravær av følelser i situasjonen som manglende evne til å være en sensitiv og påkoblet omsorgsgiver, istedenfor å forstå det som en nødvendig mestringsstrategi for å kunne levere god, rasjonell og effektiv helsehjelp i en presset situasjon. Det kan være viktig at helsearbeidere får hjelp til å normalisere bruk av mestringsstrategier, som modent forsvar, for å kunne opptre profesjonelt og være en effektiv hjelper på jobb. Økt bevisstgjøring rundt når det er hensiktsmessig å bruke psykologisk forsvar (på jobb), og når man kan slippe opp (på hjemmebane), vil også kunne være nyttig. Psykoedukasjon og normalisering av reaksjoner etter traumatiske opplevelser, er et viktig aspekt i utvikling av behandlingsmetoder tilpasset moralsk skade (Capone et al., 2021; Evans et al., 2021; Murray & Ehlers, 2021).

Posttraumatisk vekst

Flere av helsearbeiderne forteller at det å jobbe tett på liv og død også påvirker dem i positiv forstand. Beskrivelser av å ha blitt mer livsglad, oppleve at man vekker tillit hos andre og har fått et annet perspektiv på hva som er viktig reflekterer dette. Beskrivelsene stemmer godt med teorien om *posttraumatisk vekst* (*post traumatic growth, PTG*). PTG innebærer at man kommer styrket ut i etterkant av traumatiske opplevelser, ved at man endrer syn på seg selv, livet og relasjoner til andre (Tedeschi & Calhoun, 1995). Da vi diskuterte *Shattered assumptions* så vi hvordan slike hendelser også kan føre til det motsatte (Janoff-Bulman, 2010).

Når det snakkes om traumer, ser de fleste for seg mer ekstreme situasjoner enn de hverdagslige møtene helsearbeidere har med liv og død på en sengepost. Flere studier har imidlertid vist at PTG er størst i etterkant av moderat belastende hendelser, og at det å bære vitne til en traumatisk hendelse også er assosiert med PTG (Shuwiekh et al., 2018). Sett i sammenheng med helsearbeideres hverdag, ser helsearbeiderne andres lidelse på nært hold. Dette kan forstås som å bære vitne til andres traumatiske opplevelser. Helsearbeidernes beskrivelser under intervjuene og litteraturen gir derfor god indikasjon på at de belastningene

helsearbeiderne møter på jobb kan føre til PTG. Samtidig har informantene fortalt hvordan belastningene medfører følelser som avmakt og utilstrekkelighet. Shuwiekh et al. (2018), kommenterer likheten mellom MI og selv-diskrepans, og undrer seg over om avstanden mellom det faktiske og slik man tenker noe burde være kan stå til hinder for PTG. I vår studie argumenterer vi for at helsearbeideres opplevelser kan føre til MI. Oppsummert er det flere faktorer som gir grobunn for vekst som følge av jobben som helsearbeider, samtidig som MI kan stå til hinder for denne. Dette reiser spørsmålet; hva skal til for å legge til rette for vekst, slik at helsearbeiderne bygges opp og kommer styrket ut av jobben fremfor å brytes ned?

Videre forskning

MI-feltet er ungt og etterspør mer forskning, spesielt på sivile populasjoner. Betingelsene i et militært utvalg er på mange måter ekstreme og vil ikke nødvendigvis være tilstede i alle sivile utvalg. Det vil være av betydning å få på plass en evidensbasert konseptualisering av moralsk skade med tilhørende måleinstrumenter, som justerer kriterier og betingelser for hva som kjennetegner pMIEs blant sivile. Dette vil gi bedre grunnlag for å si noe om omfanget av moralsk skade blant helsearbeidere og andre sivile populasjoner. Sentrale forskningsspørsmål videre vil være knyttet til konseptualisering av begrepet i en sivil kontekst, forekomst blant ulike yrkesgrupper, kvalitative nyanser i opplevelsen av moralsk skade både innad i- og mellom grupper, samt virksomme tiltak for å forebygge og redusere konsekvensene av MI. Ved å besvare slike spørsmål vil vi få bedre kunnskapsgrunnlag som kan komme helsearbeiderne og samfunnet til gode.

Styrker og svakheter ved studien

En styrke i denne studien er at den undersøker et fagfelt som etterspør kvalitativ forskning hos sivile populasjoner. Videre har vi vært nøye med å følge retningslinjene for IPA, og har sørget for å dokumentere vår prosess slik at denne kan ettergås (se Appendiks D og metodedel). En styrke ved å benytte IPA som metode er at den tillater mindre utvalg, hvor man vektlegger hver informant i utvalget, i tillegg til det som er felles for informantene. På et nytt forskningsfelt slik som MI, er dette nyttig for å få innsikt i enkeltindividers opplevelser og for å kunne generere nye forskningsspørsmål.

Ulempen med et relativt heterogent utvalg bestående av ulike yrkesgrupper innen helse- og omsorgssektoren, er at det er vanskeligere å trekke tydelige konklusjoner. På den andre siden kan fordelene være muligheten til å trekke linjer mellom ulike yrkesgrupper og se på likheter og forskjeller innad i utvalget for å danne et større bilde. Dette kan også ha bidratt til at vi har kunnet gi flere implikasjoner for videre forskning, på tvers av yrkesgrupper

innenfor helsesektoren. Bruken av semistrukturerte intervjuer bidrar også til at man kan få frem det som er viktig for den enkelte informant. Dette er en styrke, fordi det gir dybde i informasjonen noe som trengs for å kunne gjøre en fortolkende analyse. En slik intervjuguide er likevel ikke helt uten rammer, og vi har forholdt oss til de overordnede spørsmålene slik at temaene vi var interessert i å undersøke ble tematisert i alle intervjuene. Dette gav oss grunnlag til å se fellestrekk og ulikheter blant informantene, og samtidig vektlegge den enkeltes bidrag.

At alle intervjuer med unntak av ett er gjennomført over zoom, kan ha medført tap av informasjon. Selv om lyd kvaliteten på opptak gjennomgående var god, var det enkelte deler som kunne være vanskelig å tyde. I tillegg er en del informasjon (kroppsspråk og mimikk) vanskeligere å fange opp over skjerm, noe som kan ha gjort at vi i intervjusituasjonen gikk glipp av viktige nyanser. En tredje faktor kan være at det oppleves mindre naturlig for informantene å skulle dele personlige ting over skjerm enn ansikt til ansikt. På intervjutidspunktet var imidlertid digitale løsninger godt implementert, som følge av COVID-19-pandemien, og vår opplevelse var at informantene følte seg trygge under det digitale intervjuet. Det er også relevant å trekke frem hvordan vår bakgrunn som psykologstudenter kan ha påvirket informantene under intervjuene. Ulike mennesker kan ha ulike erfaringer og holdninger knyttet til psykologrollen, og dermed bli påvirket i sine svar. Eksempelvis kan det å tenke på psykologrollen som noe tillitsvekkende føre til at man deler mer enn man ville gjort til en annen intervjuer. På den andre siden kan det å ha negative erfaringer eller forutinntatthet kunne tenkes å bidra til at man forteller mindre.

Konklusjoner

Funnene peker på flere belastninger blant helsearbeiderne; mangel på ressurser som tid og personell; prioriteringer som går på akkord med egne verdier som en følge av ressursmangelen; manglende anerkjennelse og støtte fra ledelse; samt møtet med systemet og økonomiske føringer. Også mestringsstrategier og beskyttende faktorer var sentrale funn, deriblant kollegastøtte og å stenge av følelser for å komme seg gjennom dagen. Analysen viste at personlige egenskaper og verdigrunnlag er en viktig årsak til at informantene jobber i helse- og omsorgsykker. Yrket er derfor nært knyttet opp mot identitet og selvfølelse for deltakerne, og helsearbeiderne opplevde å bli påvirket i møte med de arbeidsrelaterte utfordringene. Dette på bakgrunn av at grunnleggende antakelser om seg selv som omsorgsgiver utfordres i møte med ressursmangel og tidspress på arbeidsplassen. Diskrepansen mellom hva som er mulig å gjøre og hva man føler man burde gjøre utgjør en

stor belastning for helsearbeiderne. Denne psykiske påkjenningen kan være så stor at den får konsekvenser, både for den individuelle helsearbeider og for samfunnet. Helsearbeiderne forteller at de vurderer å slutte, bytte jobb, og at det er vanskelig å holde ut et helt yrkesaktivt liv i helsesektoren. Sykemeldinger og hyppig turnover blir beskrevet som en ond sirkel, der det blir stadig vanskeligere for de helsearbeiderne som står igjen. På sikt truer dette pasientsikkerhet og helsesektoren i sin helhet.

Analysen viser at helsepersonellens arbeidsbelastninger kan forstås som potensielt skadelige moralske hendelser; både selvrelaterte hendelser (å begå moralske overtredelser, og å unngå å gjøre det man burde) samt andrerelaterte hendelser (å bevitne moralske overtredelser og svik.) Dette tilsier at teori om moralsk skade er relevant i en sivil helsefaglig kontekst. Analysen viser imidlertid at det trolig er akkumulerte moralske stressorer som utgjør den største belastningen for helsearbeiderne. Teori om moralsk skade har hittil fokusert mest på enkeltstående belastende hendelser, og denne studien gir indikasjoner på at det kan være nødvendig å utvide eller revidere teorien noe for at den skal være anvendelig i sivile kontekster.

Studiens implikasjoner er knyttet til at det er nødvendig å forebygge arbeidsbelastninger hos helsearbeidere på flere nivåer. Dette kan blant annet innebære å gi helsearbeiderne økt kunnskap om hva som kan utgjøre en risiko for moralsk skade i arbeidshverdagen og kunnskap om egne reaksjoner i møte med utfordringer, samt tettere oppfølging og tilrettelegging fra ledelsen. At kunnskapen anvendes på et overordnet nivå (lovgiving, politiske avgjørelser) er også svært sentralt.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Burston, A. S. & Tuckett, A. G. (2013). Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics*, 20(3), 312-324. <https://doi.org/10.1177/0969733012462049>
- Capone, C., Norman, S. B., Haller, M., Davis, B., Shea, M. T., Browne, K., Lang, A. J., Schnurr, P. P., Golshan, S., Afari, N., Pittman, J., Allard, C. B. & Westendorf, L. (2021). Trauma Informed Guilt Reduction (TriGR) therapy for guilt, shame, and moral injury resulting from trauma: Rationale, design, and methodology of a two-site randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 101. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106251>
- Čartolovni, A., Stolt, M., Scott, P. A. & Suhonen, R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing Ethics*, 28(5), 590-602. <https://doi.org/10.1177/0969733020966776>
- Chaplo, S. D., Kerig, P. K. & Wainryb, C. (2019). Development and Validation of the Moral Injury Scales for Youth. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 448-458. <https://doi.org/10.1002/jts.22408>
- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M. & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x>
- Creswell, J. W. & Miller, D. L. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130. https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2
- Currier, J. M., Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., McDermott, R. C., Sims, B. M. & Albright, D. L. (2018). Development and evaluation of the Expressions of Moral Injury Scale—Military Version. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(3), 474-488. <https://doi.org/10.1002/cpp.2170>
- Currier, J. M., Holland, J. M., Jones, H. W. & Sheu, S. (2014). Involvement in abusive violence among Vietnam veterans: Direct and indirect associations with substance use

- problems and suicidality. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 73-82. <https://doi.org/10.1037/a0032973>
- Currier, J. M., Holland, J. M. & Malott, J. (2015). Moral Injury, Meaning Making, and Mental Health in Returning Veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 71(3), 229-240. <https://doi.org/10.1002/jclp.22134>
- Currier, J. M., McDermott, R. C., Farnsworth, J. K. & Borges, L. M. (2019). Temporal associations between moral injury and posttraumatic stress disorder symptom clusters in military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 382-392. <https://doi.org/10.1002/jts.22367>
- Dean, W., Talbot, S. & Dean, A. (2019). Reframing Clinician Distress: Moral Injury Not Burnout. *Federal practitioner*, 36(9), 400-402.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Den norske legeforening. (2021). *COVID-19 Underveisrapport*. <https://www.legeforeningen.no/nyheter/2021/legeforeningens-underveisrapport-om-covid-19/>
- Dybvig, D. D., Dybvig, M. & Wyller, T. (2019). *Tanke og handling. Filosofi, vitenskap og samfunn*. Fagbokforlaget.
- Ellemers, N., Pagliaro, S. & Barreto, M. (2013). Morality and behavioural regulation in groups: A social identity approach. *European Review of Social Psychology*, 24(1), 160-193. <https://doi.org/10.1080/10463283.2013.841490>
- Evans, W. R., Russell, L. H., Hall-Clark, B. N., Fina, B. A., Brown, L. A., Foa, E. B., Peterson, A. L. & For the Consortium to Alleviate, P. (2021). Moral Injury and Moral Healing in Prolonged Exposure for Combat-Related PTSD: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(2), 210-223. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.12.006>
- Fani, N., Currier, J. M., Turner, M. D., Guelfo, A., Kloess, M., Jain, J., Mekawi, Y., Kuzyk, E., Hinrichs, R., Bradley, B., Powers, A., Stevens, J. S., Michopoulos, V. & Turner, J. A. (2021). Moral injury in civilians: associations with trauma exposure, PTSD, and suicide behavior. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1965464. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1965464>

- Farnsworth, J. K. (2019). Is and Ought: Descriptive and Prescriptive Cognitions in Military-Related Moral Injury. *Journal of Traumatic Stress, 32*(3), 373-381.
<https://doi.org/10.1002/jts.22356>
- Farnsworth, J. K., Borges, L. M. & Walser, R. D. (2019). Moving Moral Injury Into the Future With Functional Contextualism: A Response to Nash's "Unpacking Two Models for Understanding Moral Injury" (2019). *Journal of Traumatic Stress, 32*(4), 633-638. <https://doi.org/10.1002/jts.22429>
- Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., Evans, W. & Walser, R. D. (2017). A functional approach to understanding and treating military-related moral injury. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(4), 391-397. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.003>
- Finlay, L. (2009). Exploring lived experience: principles and practice of phenomenological research. *International Journal of Therapy & Rehabilitation, 16*(9), 474-481.
<https://doi.org/10.12968/ijtr.2009.16.9.43765>
- Forsvarsloven. (2016). *Lov om verneplikt og tjeneste i Forsvaret m.m.* (LOV-2016-08-12-77). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2016-08-12-77/§55>
- Frankfurt, S. & Frazier, P. (2016). A Review of Research on Moral Injury in Combat Veterans. *Military Psychology, 28*(5), 318-330. <https://doi.org/10.1037/mil0000132>
- French, L., Hanna, P. & Huckle, C. (2021). "If I die, they do not care": U.K. National Health Service staff experiences of betrayal-based moral injury during COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1037/tra0001134>
- Førde, R. & Aasland, O. G. (2008). Moral distress among Norwegian doctors. *J Med Ethics, 34*(7), 521-525. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021246>
- Førde, R. & Aasland, O. G. (2013). Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger. *Tidsskrift for Norsk Legeforening, 133*(12-13), 1310-1314.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1385>
- Glasberg, A.-L., Norberg, A. & Söderberg, A. (2007). Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *Journal of Advanced Nursing, 60*(1), 10-19.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04370.x>
- Griffin, B. J., Purcell, N., Burkman, K., Litz, B. T., Bryan, C. J., Schmitz, M., Villierme, C., Walsh, J. & Maguen, S. (2019). Moral Injury: An Integrative Review. *Journal of Traumatic Stress, 32*(3), 350-362. <https://doi.org/10.1002/jts.22362>
- Grimell, J. & Nilsson, S. (2020). An advanced perspective on moral challenges and their health-related outcomes through an integration of the moral distress and moral injury

- theories. *Military Psychology*, 32(6), 380-388.
<https://doi.org/10.1080/08995605.2020.1794478>
- Guay, S., Billette, V. & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338. <https://doi.org/10.1002/jts.20124>
- Hagenaars, M. A., Fisch, I. & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 132(1), 192-199. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.017>
- Halvorsen, K., Førde, R. & Nortvedt, P. (2008). Professional Challenges of Bedside Rationing in Intensive Care. *Nursing Ethics*, 15(6), 715-728.
<https://doi.org/10.1177/0969733008095383>
- Hansen, M. C. & Uhrenfeldt, L. (2020). Vitenskapeteoretiske refleksjoner om postoperativ mobilisering ved en ortopedisk sengepost. *Klinisk Sygepleje*, 34(1), 16-29.
<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-03>
- Hayward, R. A., Asch, S. M., Hogan, M. M., Hofer, T. P. & Kerr, E. A. (2005). Sins of omission: getting too little medical care may be the greatest threat to patient safety. *Journal of general internal medicine*, 20(8), 686-691. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0152.x>
- Helsedirektoratet. (2015, 20.09.19). *Prioriteringer i den norske helsetjenesten*.
 Helsedirektoratet.no.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/prioriteringer-i-den-norske-helsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonal veileder for masseskadetriage (IS-0380)*.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/masseskadetriage/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf/_/attachment/inline/5f964973-5fb1-4075-a6a4-7c0007896184:4f74d7c6b78f6322bf03dc5a96ba4bb776edfa43/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I. & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England journal of medicine*, 351(1), 13-22.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>

- Husum, T., Hem, M. & Pedersen, R. (2018). En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15, 98-111. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-02>
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Fagbokforlaget.
- Janoff-Bulman, R. (2010). *Shattered assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. Simon and Schuster.
- Jensen, L. A. (2008). Through two lenses: A cultural–developmental approach to moral psychology. *Developmental Review*, 28(3), 289-315. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.11.001>
- Jinkerson, J. D. (2016). Defining and assessing moral injury: A syndrome perspective. *Traumatology*, 22(2), 122-130. <https://doi.org/10.1037/trm0000069>
- Jones, T. L., Hamilton, P. & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121-1137. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Jordan, A. H., Eisen, E., Bolton, E., Nash, W. P. & Litz, B. T. (2017). Distinguishing war-related PTSD resulting from perpetration- and betrayal-based morally injurious events. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 627-634. <https://doi.org/10.1037/tra0000249>
- Karakachian, A. & Colbert, A. (2019). Nurses' Moral Distress, Burnout, and Intentions to Leave: An Integrative Review. *Journal of Forensic Nursing*, 15(3), 133-142. <https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000249>
- Karlsson, M., Roxberg, A., Silva, A. B. d. & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), 224-231. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.5.48143>
- Kılıç, E. & Altuntaş, S. (2019). The effect of collegial solidarity among nurses on the organizational climate. *International Nursing Review*, 66(3), 356-365. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inr.12509>
- Kjølsrud, E. S. & Clancy, A. (2013). Påvirker reformer sykepleieres fokus på profesjonsetikk? – En case-studie. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(1), 33-45.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal.

- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P. & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1075-1084. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00279-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00279-x)
- Litz, B. T. & Kerig, P. K. (2019). Introduction to the Special Issue on Moral Injury: Conceptual Challenges, Methodological Issues, and Clinical Applications. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 341-349. <https://doi.org/10.1002/jts.22405>
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C. & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*, 29(8), 695-706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- Mantri, S., Lawson, J. M., Wang, Z. & Koenig, H. G. (2020). Identifying Moral Injury in Healthcare Professionals: The Moral Injury Symptom Scale-HP. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2323-2340. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01065-w>
- Mantri, S., Lawson, J. M., Wang, Z. & Koenig, H. G. (2021). Prevalence and Predictors of Moral Injury Symptoms in Health Care Professionals. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(3), 174-180. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001277>
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. L. (2003). *Treating Affect Phobia. A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy*. The Guilford Press.
- Melinder, A. M. D. (2015). Vitnebevisets psykologiske fallgruver. I R. Aarli, M.-A. Hedlund & S. E. Jebens (Red.), *Bevis i straffesaker: Utvalgte emner* (s. 481-507). Gyldendal Akademisk.
- Metzger, J. A. (2014). Adaptive Defense Mechanisms: Function and Transcendence. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 478-488. <https://doi.org/10.1002/jclp.22091>
- Meyrick, J. (2006). What is Good Qualitative Research? A First Step towards a Comprehensive Approach to Judging Rigour/Quality. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 799-808. <https://doi.org/10.1177/13591053060666643>
- Morley, G., Bradbury-Jones, C. & Ives, J. (2021). The moral distress model: An empirically informed guide for moral distress interventions. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15988>

- Murray, H. & Ehlers, A. (2021). Cognitive therapy for moral injury in post-traumatic stress disorder. *the Cognitive Behaviour Therapist*, 14(8), 1-19.
<https://doi.org/10.1017/S1754470X21000040>
- Nash, W. P. (2019). Commentary on the special issue on moral injury: unpacking two models for understanding moral injury. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 465-470.
<https://doi.org/10.1002/jts.22409>
- Nash, W. P., Marino Carper, T. L., Mills, M. A., Au, T., Goldsmith, A. & Litz, B. T. (2013). Psychometric Evaluation of the Moral Injury Events Scale. *Military Medicine*, 178(6), 646-652. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-13-00017>
- Neria, Y. & Pickover, A. (2019). Commentary on the Special Issue on Moral Injury: Advances, Gaps in Literature, and Future Directions. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 459-464. <https://doi.org/10.1002/jts.22402>
- Nordstrand, A. (2020). *Posttraumatic Deprecation or Growth among Norwegian Veterans Who Served in Afghanistan: Influences of Peri-and Post-Traumatic Factors on Personal Development* [Doktorgrad, NTNU].
- Nordstrand, A. E., Bøe, H. J., Holen, A., Reichelt, J. G., Gjerstad, C. L. & Hjemdal, O. (2019). Danger- and non-danger-based stressors and their relations to posttraumatic deprecation or growth in Norwegian veterans deployed to Afghanistan. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1601989-1601989.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1601989>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 10.12.21 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oh, Y. & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15-31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>
- Oksavik, J. D. & Kirchhoff, R. (2019). Moralsk stress blant sykepleiere i medisinske og kirurgiske avdelinger. *Nordisk sygeplejeforskning*, 9(2), 118-127.
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-05>
- Piers, R., Eynde, M., Steeman, E., Vlerick, P. & Benoit, D. (2011). End-of-Life Care of the Geriatric Patient and Nurses' Moral Distress. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13, 80.e87-13. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.12.014>
- Pietkiewicz, I. J. & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology.

- Purcell, N., Koenig, C. J., Bosch, J. & Maguen, S. (2016). Veterans' Perspectives on the Psychosocial Impact of Killing in War. *The Counseling Psychologist*, 44(7), 1062-1099. <https://doi.org/10.1177/0011000016666156>
- Reivich, K. J., Seligman, M. E. & McBride, S. (2011). Master resilience training in the U.S. Army. *The American psychologist*, 66(1), 25-34. <https://doi.org/10.1037/a0021897>
- Ricci, L., Lanfranchi, J.-B., Lemetayer, F., Rotonda, C., Guillemin, F., Coste, J. & Spitz, E. (2019). Qualitative Methods Used to Generate Questionnaire Items: A Systematic Review. *Qualitative Health Research*, 29(1), 149-156. <https://doi.org/10.1177/1049732318783186>
- Rodney, P. (1988). Moral distress in critical care nursing. *Canadian critical care nursing journal*, 5(2), 9-11.
- Sagdahl, M. S. (2019). moral. I Hentet 15.12.21 fra <https://snl.no/moral>
- Sagdahl, M. S. (2021a). dydsetikk. I *Store norske leksikon*. Hentet 14.12.21 fra: <https://snl.no/dydsetikk>
- Sagdahl, M. S. (2021b). utilitarisme. I *Store norske leksikon*. Hentet 14.12.21 fra <https://snl.no/utilitarisme>
- Saksvik, P. Ø. & Christensen, M. (2015). *Arbeidshelsepsykologi på norsk*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Shay, J. (1995). *Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character*. Touchstone.
- Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 182-191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>
- Shuwiekh, H., Kira, I. A. & Ashby, J. S. (2018). What are the personality and trauma dynamics that contribute to posttraumatic growth? *International Journal of Stress Management*, 25(2), 181-194. <https://doi.org/10.1037/str0000054>
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261-271. <https://doi.org/10.1080/08870449608400256>
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis; Theory, Method and Research*. SAGE Publications.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41-42. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>

- Steinmetz, S. E., Gray, M. J. & Clapp, J. D. (2019). Development and Evaluation of the Perpetration-Induced Distress Scale for Measuring Shame and Guilt in Civilian Populations. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 437-447.
<https://doi.org/10.1002/jts.22377>
- Stolorow, R. D. (2011). *Trauma and human existence: Autobiographical, psychoanalytic, and philosophical reflections*. Routledge.
- Stovall, M., Hansen, L. & van Ryn, M. (2020). A Critical Review: Moral Injury in Nurses in the Aftermath of a Patient Safety Incident. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(3), 320-328. <https://doi.org/10.1111/jnu.12551>
- Talbot, S. G. & Dean, W. (2018). *Physicians aren't 'burning out.' They're suffering from moral injury*. STAT. Hentet 22.11.21 fra
<https://www.statnews.com/2018/07/26/physicians-not-burning-out-they-are-suffering-moral-injury/>
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering* (1. utg.). SAGE Publications inc.
- Traudt, T., Liaschenko, J. & Peden-McAlpine, C. (2016). Moral Agency, Moral Imagination, and Moral Community: Antidotes to Moral Distress. *The Journal of clinical ethics*, 27(3), 201-213.
- Tvedt, S. D. & Hansen, Ø. (2009). Utbrenthet - et utbrent begrep? I P. Ø. Saksvik & K. Nytrø (Red.), *Klinisk organisasjonspsykologi* (1. utg., s. 293-310). Cappelen Damm AS.
- Ursin, L. (2021). de fire prinsipper. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 14.12.21 fra:
https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper
- Vaillant, G. E. (1995). *Adaptation to Life*. Harvard University Press.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=479115&site=ehost-live>
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55(1), 89.
- Weiss, D. B., Santos, M. R., Testa, A. & Kumar, S. (2016). The 1990s homicide decline: A western world or international phenomenon? A research note. *Homicide Studies*, 20(4), 321-334. <https://doi.org/10.1177/1088767916634406>
- Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G. & Fisher, J. M. (2015). Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 117-125. <https://doi.org/10.1111/jnu.12115>

- Wiegand, D. L. & Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurse Ethics*, 19(4), 479-487.
<https://doi.org/10.1177/0969733011429342>
- Wilkinson, J. M. (1987). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1987.tb00794.x>
- Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15(1), 81-90.
- Yrkesskadeforsikringsloven. (1990). *Lov om yrkesskadeforsikring* (LOV-1989-06-16-65). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1989-06-16-65/§11>
- Zefferman, M. R. & Mathew, S. (2020). An evolutionary theory of moral injury with insight from Turkana warriors. *Evolution and Human Behavior*, 41(5), 341-353.
<https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2020.07.003>

Appendiks A

NSD-godkjenning

14.12.2021, 14:33

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

135907

Prosjekttittel

Moralsk stress hos helsearbeidere

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) /
Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Andreas Espetvedt Nordstrand, aenordstrand@gmail.com, tlf: 92201605

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Symre Sørheim & Idunn Aker, symre.sorheim@gmail.com & idunna@stud.ntnu.no, tlf: 97773655

Prosjektperiode

01.02.2021 - 15.01.2022

Vurdering (2)

07.05.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 05.05.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 07.05.2021. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til videre med prosjektet!

01.03.2021 - Vurdert

Prosjektet er vurdert av REK sør-øst D i vedtak av 04.02.2021, deres referanse 219080 (se under Tillatelser). REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens

14.12.2021, 14:33

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

§§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 01.03.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.01.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Zoom er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

14.12.2021, 14:33

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

Appendiks B

Informasjon til deltakere og samtykkeerklæring

INVITASJON TIL Å DELTA I KVALITATIV UNDERSØKELSE OM ARBEIDSRELATERT BELASTNING HOS HELSEARBEIDERE

BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Vi er to psykologstudenter som går 5. året på profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU Trondheim, og skal skrive hovedoppgave i løpet av 2021. Vi ønsker å undersøke om helsearbeidere opplever belastning og stress knyttet til sin arbeidshverdag og yrkesutførelse, samt hvordan dette påvirker dem. Med oss på laget har vi Andreas Nordstrand (psykolog og Ph.D) og Eva Langvik (Førstemanuensis).

Vi tror at mange helsearbeidere kan oppleve utfordringer, belastninger og stress i sin arbeidshverdag. Nå kanskje enda mer enn før, da covid-19-pandemien har lagt enda større press på en allerede presset yrkesgruppe. Forskning og samfunnsdebatt har allerede satt søkelys på utbrenthet som følge av yrkesbelastning hos helsepersonell. Med vårt prosjekt ønsker vi å utvide dette kunnskapsgrunnlaget.

Norge trenger helsearbeidere, og mer kunnskap om hvordan vi kan ta vare på helsearbeidere som yrkesgruppe. Vi håper at dette prosjektet kan bidra til økt forståelse og kunnskap som kan komme den enkelte helsearbeider og samfunnet til gode. Ingen har bedre innsikt i hvordan hverdagen som helsearbeider oppleves, enn helsearbeiderne selv – derfor er ditt bidrag til forskningen utrolig viktig!

PRAKTISK INFORMASJON

Hva innebærer deltakelse?

Vi vil intervju rundt 10 helsearbeidere, og intervjuene vil gjennomføres i løpet av våren 2021. Hvert intervju vil ta omtrent 1 time, og spørsmålene i intervjuet vil handle om dine opplevelser, tanker og følelser knyttet til stress og belastning i arbeidshverdagen. Vi ønsker å tilpasse tidspunkt og sted for intervju slik at det skal være lavest mulig terskel for å delta i studien.

Hensyn knyttet til Covid-19-pandemien

Dersom det ikke er mulig å gjennomføre intervjuene med fysisk oppmøte, vil vi kunne gjennomføre intervjuene over en godkjent, sikker og kryptert digital plattform (zoom).

ETIKK OG PERSONVERN

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har vurdert at prosjektet fremstår som forskning, men ikke regnes som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. Vi har søkt godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD), for å sikre at prosjektet er forsvarlig og ivaretar deltakernes personvern.

Databehandling

Vi vil bruke diktafon og gjøre lydopptak av intervjuene, og videre transkribere disse. Transkripsjonene anonymiseres, og lydopptak lagres frem til prosjektslutt før de slettes. For å sikre deltakernes anonymitet, vil all data lagres uten personidentifiserende informasjon (eks. navn, arbeidssted) på passordbeskyttet server på sikkert område på instituttet, hvor kun de fire prosjektmedarbeiderne har tilgang. Diktafonene vil oppbevares i låst arkivskap på låst kontor på Psykologisk Institutt, NTNU.

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

Dine rettigheter

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

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven leveres, noe som er planlagt den 15.01.2022.

Informert samtykke

Det er frivillig å delta i studien, og du har når som helst mulighet til å trekke deg. Dette gjelder også underveis og i etterkant av intervjuet. Dersom du ikke lenger ønsker å delta, sletter vi lydopptak og annen informasjon. Vi behandler informasjon om deg basert på ditt samtykke.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER VED DELTAKELSE**Fordeler for den enkelte forskningsdeltaker**

Den enkelte deltaker kan, som resultat av sin deltakelse, tilegne seg bedre forståelse av egne og andre helsearbeideres arbeidsrelaterte reaksjoner og erfaringer. Det vil kunne oppleves meningsfylt for den enkelte deltaker at ens egne erfaringer kan bidra til økt kunnskap om helsearbeideres situasjon.

Fordeler for grupper av personer

Som deltaker i studien kan du bidra til økt kunnskap om helsearbeideres arbeidshverdag. Resultatene av et slikt prosjekt kan bidra til økt fokus på hvordan vi kan ta vare på helsearbeidere som yrkesgruppe. Forhåpentligvis kan prosjektet bidra til forståelse og kunnskap som kan komme helsearbeidere og samfunnet til gode.

Mulige ulemper for den enkelte forskningsdeltaker

Gjennomføringen av intervjuet vil av beslaglegge omlag 1 time av deltakerens tid. Enkelte deltakere kan oppleve ubehag/reaksjoner knyttet til å svare på spørsmål jobberelaterte belastninger.

HVOR KAN JEG FINNE UT MER?

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

- Institutt for psykologi, NTNU ved prosjektansvarlig Andreas Nordstrand, tlf: 92 20 16 05, mail: a.e.nordstrand@gmail.com
- Vårt personvernombud ved NTNU: Thomas Helgesen, tlf: 93 07 90 38, mail: thomas.helgesen.ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du kontakte:

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

Dersom du er interessert i å delta i prosjektet, ta kontakt med Symre Sørheim eller Idunn Aker på telefon eller mail. Da vil vi gjøre videre avklaringer om gjennomføring av intervju, i samarbeid med deg.

Vi håper du vil delta i prosjektet, og ser frem til å høre fra deg!

Vennlig hilsen,

Prosjektansvarlig og hovedveileder:

Andreas Espetvedt Nordstrand:

tlf: 92 20 16 05

mail: a.e.nordstrand@gmail.com

Biveileder:

Eva Langvik:

tlf: 73 55 07 38

mail: eva.langvik@ntnu.no

Psykologstudent:

Idunn Aker:

tlf: 47 88 38 67

mail: idunna@stud.ntnu.no

Psykologstudent:

Symre Sørheim:

tlf: 97 77 36 55

mail: symres@stud.ntnu.no

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Arbeidsrelatert belastning hos helsearbeidere*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å (kryss av):

- Delta i personlig intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektets slutt.

Signatur

Dato

Navn (blokkbokstaver)

Appendiks C

Semistrukturert intervjuguide

Tidsbruk: Omtrent 1 time pr. intervju

Introduksjon til intervjuet:

Hei og velkommen! Tusen takk for at du vil være med på intervju om stress og belastninger i arbeidshverdagen hos helsearbeidere. Vi ønsker gjennom denne studien å forstå hva som oppleves som mest belastende for deg og andre helsearbeidere. Vi håper at dette kan gi en forståelse av hvordan jobben og organisasjoner kan legge til rette for å redusere disse belastningene.

Vi er to psykologstudenter fra NTNU i Trondheim, som gjennomfører denne undersøkelsen i forbindelse med vår hovedoppgave. Jeg heter [navn] og jobber sammen med min medstudent, [navn], om dette prosjektet. Vi har forberedt en del spørsmål, og du kan ta deg god tid til å svare på det vi spør om. Vi har satt av ca 1 time, men bruker den tiden vi trenger. Det er dine tanker og opplevelser vi er interessert i å høre om, så det er ingen riktige eller gale svar her!

Etter alle intervjuene er gjennomført, skal vi analysere informasjonen vi får gjennom intervjuene, og skrive en oppgave/rapport om dette. Vi håper også på å kunne publisere en artikkel basert på det vi finner ut. Samtalen i dag tas opp på lydbånd, som slettes når vi har gjennomgått infoen. Alt du forteller oss anonymiseres - ingen skal kunne kjenne igjen noen eller vite hvem som sa hva i den endelige rapporten. Du kan trekke deg når som helst under intervjuet eller i etterkant, og dersom det er noe du ikke ønsker å svare på er det i orden. Høres dette greit ut for deg? Har du noen spørsmål før vi begynner?

Innledende spørsmål:

Kan du fortelle litt om deg selv, og jobben din?

- Alder, arbeidstittel, antall år i yrket

Hovedspørsmål:

1. Kan du fortelle litt om hvorfor du valgte dette yrket?

- a. Hvilke forventninger hadde du til yrket? Ble disse forventningene møtt? og om disse forventningene ikke ble møtt - Hva var annerledes?
- b. Personlig egnethet/egenskaper

- c. Kan du beskrive hvordan du opplever din egen faglige kompetanse? (Står kompetansen i stil med de faktiske utfordringene på arbeidsplassen?)

Dersom informanten nevner verdier, notér dette ned og utforsk senere.

2. Kan du beskrive en typisk arbeidsdag?

- a. Hva består arbeidet av, hva synes du om arbeidsoppgavene?
- b. Hva kjennetegner en god arbeidsdag? En dårlig?
- c. Etter en typisk arbeidsdag, hvordan har du det da? Tanker/følelser, på veien hjem? Hvilken innvirkning har arbeidsdagen på livet ditt ellers (familie, fritiden, sosialt, hobbyer)? (Tar man med jobben hjem?)

Notere oss om det er noen situasjoner vi kan spørre nærmere om etterhvert.

3. Hvilke utfordringer møter du på i arbeidshverdagen? (Vil du fortelle mer om disse utfordringene i arbeidshverdagen?)

- a. Hva er det mest utfordrende?
- b. Kan du beskrive en situasjon du har vært i som har vært utfordrende?
- c. Hva gjorde dette utfordrende?
- d. Hva fikk det deg til å føle da?
- e. Hva fikk det deg til å tenke da?
- f. Hvordan tenkte du om dette i ettertid? Hvordan forholdt du deg til det etterpå?
- g. Hvor ofte opplever du dette?
- h. Hvordan påvirker dette deg på jobb?
- i. Hvordan påvirker dette deg i ditt privatliv?

Oppfølging: så det verste med jobben din vil du si er? På en skala fra 1-10, hvor belastende er det?

4. Hva er det beste med jobben din?

- a. Hva er de viktigste ressursene i din jobbhverdag?
 - i. Personlige styrker
 - ii. Ressurser i jobbmiljøet rundt deg
- b. Hvordan løser du utfordringene du møter på i jobbshverdagen? Hvordan kommer du deg gjennom en dårlig dag på jobb? Ta utgangspunkt i en situasjon informant tidligere har fortalt om

- c. Hva skal til for å trives og vokse i en slik jobb som du har? (altså, holde ut lenge)

5. Hvordan påvirker jobben din fysiske og psykiske helse? (Negativt? Positivt?)

- a. Tenker du at en slik jobb som du har kan være helseskadelig for noen? På hvilken måte? Hva er grunnen til at du tenker det/Hvorfor?
 - i. Sykemeldt eller i jobb på nåværende tidspunkt?
 - ii. Tidligere sykemelding grunnet stress og belastning på jobb?
- b. Har du noen tanker om hva som er viktig for å hindre belastningsskader i slike yrker som du har?
- c. Hva skal til for å forhindre sykemelding/utbrenthet?
- d. Hvis utbredt/sykemeldt nå/tidligere: Har du noen tanker om hva som kunne hindret deg i å bli utbrent/sykemeldt i jobben?

6. Oppsummerende spørsmål: Hva skaper belastninger i din jobb?

- a. Hva kunne gjort jobben din bedre?
- b. Hva kunne gjort jobben din verre?

Eventuelt: Spør om dette hvis intervjupersonen ikke har kommet inn på MI

7. I helse og omsorgsykker så er det ikke uvanlig å oppleve at man ikke får gjort jobben på en slik måte man selv ønsker/mener er rett måte. Er dette noe du har opplevd?

- a. Har du noen eksempler på dette?
- b. Hva er det som hindrer deg i å gjøre jobben på den måten du mener er best/rett?
- c. Hvordan oppleves det for deg å utføre jobben selv om den ikke alltid møter dine egne eller andres standarder for hvordan jobben burde utføres?
Bruk probes her for å utforske
- d. Hender det at du noen ganger er bekymret for å gjøre feil på jobben? Hvilke konsekvenser har det? *Spør etter eksempler, bruk probes.*
- e. I hvilken grad utgjør det å stå i fare for å gjøre feil en trussel mot dine verdier?
Spør etter eksempler, bruk probes.

8. Har du hørt om begrepet moralsk stress?

- a. Hvis ja: Hva legger du i begrepet?
- b. Hvis nei: Hva tror du det handler om?
- c. tenker du det er et relevant begrep for ditt yrke?
- d. Hva tenker du kan gjøres av arbeidsplassen/organisasjonen for å redusere denne type stress?
- e. Hva tenker du at du og andre ansatte selv kan gjøre og eventuelt gjør for å redusere denne type stress?

9. Er det noe annet du tenker på som er viktig å formidle?

- a. Noe vi ikke har spurt om?
- b. Har du noe annet på hjertet?

Utdypende spørsmål (probes) som vi kan smette inn der det passer:

- Kan du komme med et eksempel?
- Vil du utdype litt mer?
- Hvordan forstår du det?
- Hvordan forholder du deg til det?
- Hva betyr det for deg?
- Hva tenker du om det?
- Hva får det deg til å føle?
- Fortell (mer om det)...!
- Hva kommer det av tror du?
- Kan du si noe mer om hva det er som gjør det utfordrende?

Avslutning:

Tusen takk for at du har deltatt i denne studien! Hvordan har du opplevd å prate om dette? Er det noe du lurer på, eller vil si før vi avslutter?

Appendiks D

Analysetabeller

Tabell 4

Utdrag fra tabell med utvalgte sitater som illustrerer et tema

Tema 5: Kollegafelleskap kan kompensere for belastninger	
Informant nr. 1:	«Men jeg tror nok at vi på legesiden er nok den gruppen som har sviktet de som kommer etter oss mest. Vi har hatt en holdning om å klare oss selv. [...] men mange er liksom så veldig <u>flinke</u> hele tiden så du må jo også være klar over at kanskje er det ganske stor seleksjon som går både til psykologi og til legefaget, som gjør at man nok strekker seg veldig langt, og ikke sier ifra hvis man synes situasjoner er vanskelig før det blir <u>veldig vanskelig</u> .» (s. 5)
Informant nr. 2:	«[...] arbeidsmiljøet var ikke så bra. Og man så hverandre ikke, man møttes ikke, man satt på hvert sitt kontor og gjorde oppgavene sine. Ingen som hverken så deg og brydde seg om deg. Man var ganske så alene med seg og sitt. Så da sa jeg fra til min leder at jeg ikke trivdes. (s. 25)
Informant nr. 3:	«Nei, det er jo at noen i teamet blir veldig utålmodige og så stresser opp de andre da kan du si. [...] Ja, fordi at det blir ikke noe bedre av at noen hisser seg opp, du må bare prøve å finne en løsning. (s. 12-13) (NEGATIV CASE)
Informant nr. 4:	«[...] som en arbeidstaker på en avdeling, så er man jo med i en stor gruppe og du må <u>stole på</u> at den sykepleieren som kommer etter deg gjør arbeidet sitt. Og det <u>gjør jeg jo</u> , jeg stoler på kollegaene mine.» (s. 6)
Informant nr. 5:	«[...] jeg har mye gode kolleger og det liker jeg veldig godt, at jeg jobber ikke så alene, vi er veldig mange som jobber på et vis sammen, det er veldig lett å gå og snakke med andre om ting, men det er klart <u>det</u> kan jo, det at man har mange kolleger, kan gjøre det krevende da, hvis man er uenige om ting, eller noe sånt da. Men jeg synes ikke det er noe, det er egentlig sjelden et problem, det er mer at det er positivt, at man har det litt ekstra artig på jobb.» (s. 7)
Informant nr. 6:	«[...] av og til så må vi på en måte bare le av situasjonen. Vi er gode på det på jobb da, at vi liksom støtter hverandre. Og er det jævlig, rett og slett, så må vi få sagt det høyt og så, «åh det skal bli så godt å bli ferdig, og nå kommer vi oss i mål.» (s. 22)
Informant nr. 7:	«Man ser hverandre og ser når man trenger å avlaste hverandre. [...] Man tilbyr hjelp hvis man ser at noen har det travelt, og så vet du at du får det i retur den dagen du trenger det. Så det er veldig sånn gi og ta.» (s. 17)
Informant nr. 8:	«[...] så er jo de fleste veldig profesjonelle da, de har veldig sånn tak, som sykepleierne har jo utrolig tak i hva de gjør, de vet jo hva de driver med. [pause] Du føler at de pasientene blir godt tatt vare på, selv om du ikke nødvendigvis er der, så du stresser litt mindre fordi du vet at sykepleierne er der. det er jo en veldig god ressurs på en måte.» (s.23/24)

Notat. Slike tabeller ble laget for hvert tema. Denne tabellen er en illustrasjon, med kun ett sitat fra hver informant. Sidetall viser til hvor sitatet er hentet fra i de respektive transkripsjonene.

Tabell 5

Oversikt over temaer og tilhørende sitater fra informantene (nr 1-8)

Oversikt over temaer og sitater								
Informant nr:	1	2	3	4	5	6	7	8
Tema 1: Å gå inn i jobben med hele seg – konsekvens for identitet og selvfølelse								
Risiko ved å gi av seg selv i jobben	6-7, 3, 17, 19, 21-22	7-8, 13-14, 21, 26-27, 31-32	29, 29-30, 30	1, 2, 4-5, 8, 18, 21, 22-23, 25	3, 10, 19, 22, 23-24, 39-41	3-4, 4, 7-8, 9-10, 11-12, 16-17, 19, 21, 28-29	2, 10, 12, 13-14, 16, 19, 19-20, 22, 23, 26	1-2, 7, 8, 9-10, 12, 25, 34,
Jobben utvider perspektiv på livet	6, 16	14		16, 25	8, 29	20, 28	16	22, 28
Ingen har tette skott (privativ og jobb påvirker hverandre)	3-4, 18, 26, 32-34				31-32	9, 14, 27	10	
Tema 2: Autopilot på -følelser av; å skape psykologisk distanse								
- «Å lukke døra etter seg»	9, 10, 14,	5, 13-14,	8, 9, 16, 17,	3, 6, 8-9,	8, 8, 17,	8, 22, 27	3, 4, 23, 25	3, 4, 11,
- Definerne arbeidsoppgaver, roller/rammer	15, 30, 32, 33-34	17, 18	19, 19-20, 26, 26-27	10-11, 15, 17, 21, 23	22, 24, 32, 32-33, 35			13-14, 18, 20, 27, 33, 34, 38
- Tillit til seg selv, sin egen kompetanse og erfaring								
- Perspektiv – Hvilke briller tar du på deg?								
Tema 3: Ledelse som største belastning og viktigste ressurs								
- Behovet for å bli sett som et helt menneske: anerkjent, hørt og tatt på alvor	7, 8-9, 9-10, 18, 19-20, 23, 34	19, 23, 25, 27	22, 23, 24, 25	10, 13-14, 14	28	14-15, 24, 30, 36, 37	21, 21	22, 25, 29, 31-32, 39-40

Notat. Sitater er markert med sidetall som viser til side i informantens transkripsjonstabell.

Tabell 5

Fortsettelse: Oversikt over temaer og tilhørende sitater fra informantene (nr 1-8)

Informant nr:	1	2	3	4	5
tema 4: Det som ikke kan telles teller ikke	20-21, 21	23	6-7, 10	7-8, 10	10
standen mellom helsearbeidernes og					
helsens syn på hva som er viktig					
de må alltid vike for noe annet –	14-15, 15	21, 29	15	15	
orienteringer er uunnødvendig					
ynlig arbeid og tilleggsoppgaver tærer på	7-8, 14, 18	7, 34-35			6, 13
22-23, 23					
tema 5: Kollegafelleskap kan kompensere					
for belastninger					
- Delt belastning er redusert	5, 10-11,	4, 15, 20,	6, 10,	4-5, 6, 11,	7, 18-19,
belastning	11, 25, 26,	25, 32	12-13, 22	19	25-26, 33-
- Å dele utfordringer og ansvar	27-28				34
- Å spille hverandre gode (gi og få)	35-36				
- Kollegialt fellesskap er en					
avgjørende trivselsfaktor					
tema 6: Summen av alt – på full fart mot					
men av stupet!					
- Regnskapet går i minus, jobben tar	21	31	25	10, 18,	19, 25
mer enn den gir					
- Utvikling i negativ retning					
medfører tap av kompetanse og					
ressurser					

Notat. Sitater er markert med sidetall som viser til side i informantens transkripsjonstabell.

Appendiks E

REK-vurdering



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst D	Silje U. Lauvrak	22845520	04.02.2021	219080
			Deres referanse:	

Andreas Espetvedt Nordstrand

219080 Moralsk stress hos helsearbeidere

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Søker: Andreas Espetvedt Nordstrand

Søkers beskrivelse av formål:

Vi ønsker å fordype oss i temaet moralsk stress (moral injury, MI), og gjennomføre en studie som kan bidra med ny kunnskap på fagfeltet. Moralsk stress skiller seg fra andre former for stress fordi den har en etisk dimensjon, og defineres som "smerte eller kvaler som påvirker kropp, sinn og forhold som en respons på en situasjon hvor personen er klar over et moralsk problem, anerkjenner moralsk ansvar, og tar et moralsk standpunkt om korrekt handling; men, som et resultat av reelle eller antatte hindringer, deltar i det man oppfatter som moralske udader" (Nathaniel, 2002). Fagfeltet som omhandler moralsk stress er relativt nytt (Begrepet ble formulert av Shay, 1995), men har i senere tid mottatt økende interesse innenfor psykologisk forskning. Begrepet er relatert til traumatisk stress, og det er pågående faglig diskusjon om relasjonen mellom moralsk stress/skade og traumatisk stress/PTSD, samt hvorvidt MI burde utgjøre et eget fagfelt og/eller diagnosegruppe, eller om nåværende kunnskap om og kriterier for PTSD burde utvides for å inkludere opplevelser og patologi relatert til moralsk stress/skade. Mesteparten av forskningen på moralsk stress er imidlertid gjort på krigsveteraner, og vi ønsker å utvide kunnskapsgrunnlaget ved å se på andre utvalgsgrupper/sivile populasjoner. Det er særlig behov for kvalitativ kunnskap om emnet.

Vi ønsker derfor å kvalitativt undersøke moralsk stress hos helsearbeidere (barnevernspedagoger, sykepleiere, sosionom, vernepleiere, leger) fordi dette er dagsaktuelt på flere måter. Pandemien har lagt enda større press på en allerede presset yrkesgruppe. Forskning og samfunnsdebatt har allerede satt søkelys på utbrenthet som følge av yrkesbelastning hos helsepersonell.

Problemstillingen vi ønsker å belyse er: "Hvordan påvirker moralsk stress helsearbeideres selvfølelse og yrkesidentitet?" Innenfor dette temaet ønsker vi å få kunnskap om relaterte temaer:

Hva er den subjektive opplevelsen av moralsk stress?

Hvordan oppleves det å ta valg som bryter med andres grenser eller egne moralske prinsipper?

I hvilken grad utgjør det å stå i fare for å gjøre feil en trussel mot helsepersonells verdier?

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhandsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK

sør-øst D) i møtet 13.01.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Formålet med prosjektet er å belyse temaet moralsk stress blant helsearbeidere, og problemstillingen som skal undersøkes er hvordan moralsk stress påvirker helsearbeideres selvfølelse og yrkesidentitet. Komiteen vurderer at de konkrete forskningsspørsmålene, slik de er definert i søknad og protokoll, ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Silje U. Lauvrak
Seniorrådgiver

Kopi til: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Appendiks F

Arbeidsfordeling

Dette er en gjennomgang av arbeidsfordelingen, da vi er to studenter som har jobbet med denne hovedoppgaven. Vi har forholdt oss til en kjernetid, forsøkt å fordele arbeidsmengden så likt som mulig og hjulpet hverandre dersom den ene fikk en mer omfattende oppgave enn den andre. Intervjuguiden ble utarbeidet i fellesskap mellom oss og veiledere. I forkant av intervju jobbet vi sammen og forberedte oss. Vi gjennomførte til sammen åtte intervjuer fordelt mellom oss, slik at begge tok fire hver. For å sikre at begge hadde god kjennskap til alle intervjuene og for å spare tid, transkriberte vi hverandres intervjuer. Vi lyttet i tillegg gjennom alle intervjuene (også våre egne) for å sikre at vi hadde god nærhet til alt datamaterialet da vi startet på analyseprosessen.

Gjennom analyseprosessen delte vi intervjuene mellom oss, og gjorde innledende koding på halvparten av intervjuene hver. Deretter gjennomarbeidet vi kodingen, utarbeidet temaer og gikk videre i analyseprosessen på hvert intervju i fellesskap. Vi benyttet fargekoding for de ulike rundene med koding av datamaterialet. Dette bidro til fruktbare diskusjoner hvor begge bidro med ulike perspektiver, noe vi tror har kommet kvaliteten på analysen til gode. Da vi hadde kommet frem til seks overordnede temaer gikk vi gjennom hver transkripsjon for å finne sitater som belyste temaene. Vi gikk gjennom halvparten av transkripsjonene hver på alle temaene, og vekslet mellom hvilke transkripsjoner vi hentet sitater fra. På denne måten ble også arbeidet fordelt jevnt mellom oss.

I skriveprosessen fordelte vi ulike punkter og deler som vi skrev, for deretter å sette oss sammen og gjennomgå dem sammen for å gi hverandre tilbakemeldinger og se helheten i teksten. Vi har også holdt løpende dialog gjennom skriveprosessen ved å kommentere og stille spørsmål til egen og hverandres tekst underveis, ved bruk av Word-filer lastet opp i Microsoft Teams. Å laste opp filene her gjorde det mulig for begge å jobbe i samme dokument samtidig. Vi har delt et synkronisert EndNote bibliotek, og begge har tatt ansvar for å legge inn aktuelle referanser fortløpende. Det har imidlertid vært utfordringer med feilformateringer av kilder når begge har jobbet i samme dokument og EndNote bibliotek. Av den grunn gjorde vi en felles gjennomgang av alle kilder for å sikre at dette var riktig. Det samme gjaldt sjekking av formateringen opp mot APA 7-standard.

Det har vært givende å samarbeide om et så stort prosjekt. Vi har hatt godt utbytte av å drøfte med hverandre og er sikre på at læringsutbyttet og kvaliteten på prosjektet ikke vil vært den samme uten disse rammene.

