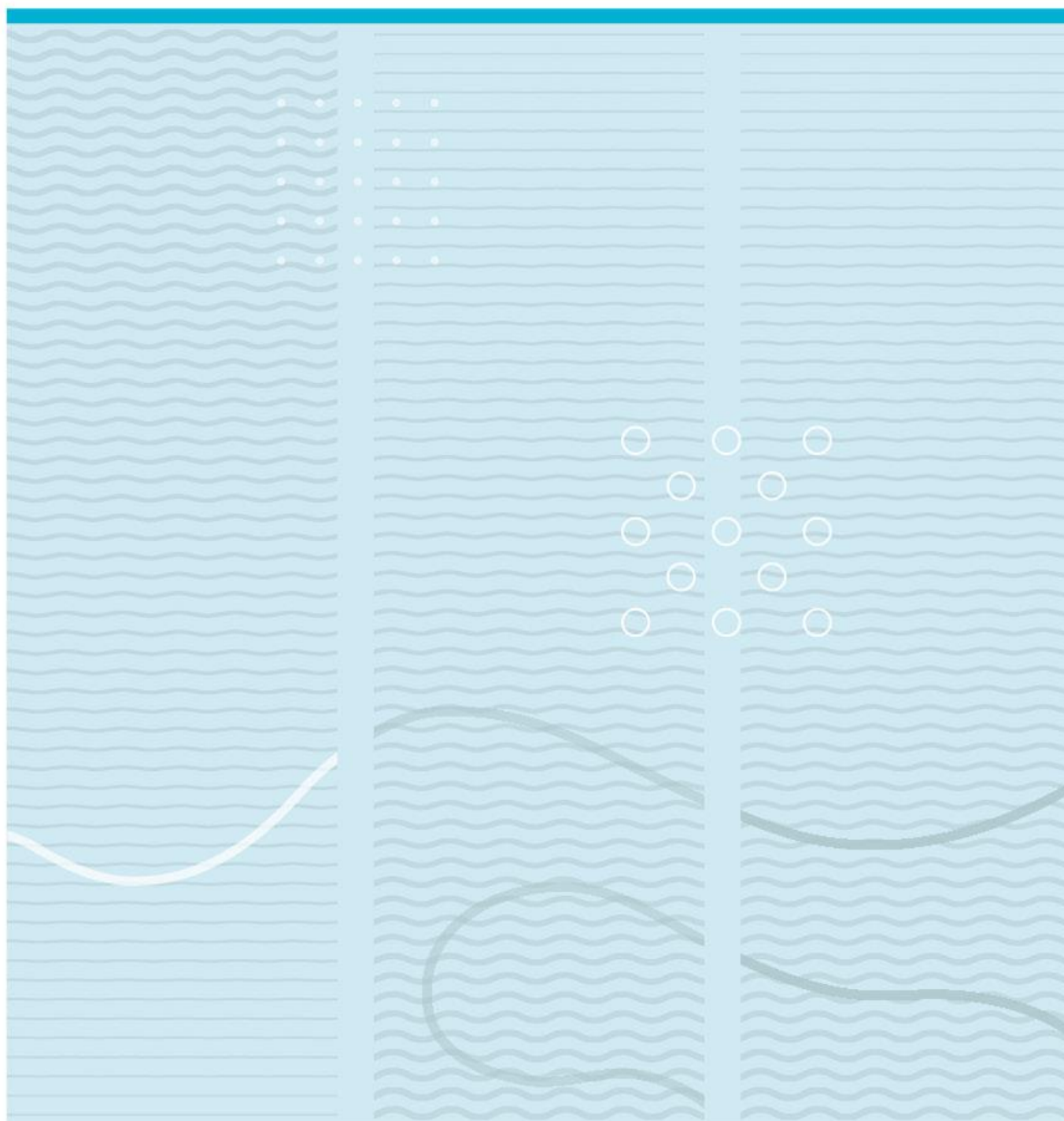


Liv Skjellerudsveen

# Hvilke erfaringer har ansatte ved krisesentre i arbeidet med voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer?

En kvalitativ studie av de ansattes erfaringer.





Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Liv Skjellerudsveen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

## **Bakgrunn:**

Krisesenterloven tredde i kraft i 2010, og slår fast at kommunene er ansvarlige for at alle som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner skal få et godt og helhetlig krisesentertilbud. Denne oppgaven handler om arbeidet med de voldsutsatte som ikke kan få tilbud om plass ved krisesenteret på grunn av alvorlige psykiske helseutfordringer. Studiens hensikt er å utvikle kunnskap om ansatte ved krisesenteret sine erfaringer i møtet med, og i arbeidet med, disse voldsutsatte.

## **Metode:**

Studien har et kvalitativt forskningsdesign med en fenomenologisk tilnærming. Utvalget består av seks ansatte ved krisesentre på Østlandet. Datamaterialet er samlet inn ved individuelle intervjuer, og analysen av materialet er foretatt i tråd med Malteruds systematisk tekstkondensering.

## **Resultater:**

Funnene i denne studien avdekker at de ansatte blir berørt av arbeidet med voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer. De ansatte beskriver at det i vurderingen av om den voldsutsatte kan få tilbud om plass ved krisesenteret handler om skjønnsvurderinger hvor den voldsutsattes atferd og den øvrige gruppen av beboere ved krisesenteret på det aktuelle tidspunktet veier tungt inn. Videre beskriver de ansatte at utfordringer i samhandling med andre tjenester vanskeliggjør arbeidet med å sikre et annet, mer egnet tilbud til denne gruppen voldsutsatte når krisesenteret ikke kan tilby plass. Knyttet til dette er det funnet at flere ansatte opplever at det finnes voldsutsatte som ikke «hører til» noe sted, og derfor ikke får hjelpen de er i behov av.

## **Diskusjon:**

Diskusjonen i denne studien forsøker å se på dilemmaene som kan oppstå for den ansatte når denne må avvise en voldsutsatt ved krisesenteret, samtidig som den ansatte opplever at det ikke nødvendigvis finnes andre tjenester som kan tilby egnet hjelp.

## **Konklusjon:**

Hovedkonklusjonene i denne studien er at de ansatte beskriver samarbeidet med andre tjenester som en stor utfordring i arbeidet med å hjelpe de voldsutsatte som ikke kan få tilbud om plass ved krisesenteret grunnet alvorlige psykiske helseutfordringer, og at dilemmaene som kan oppstå i arbeidet for å sørge for at den voldsutsatte får et egnet hjelpetilbud kan oppleves som belastende. Nøkkelord: Ansattes erfaringer, krisesenter, alvorlige psykiske helseutfordringer, voldsutsatte.

# Abstract

## **Background:**

The Crisis Center Act came into force in 2010, and states that the municipalities are responsible for ensuring that any person who is exposed to domestic violence or abuse is entitled to (has a right to) a comprehensive crisis center offer. This study is about the work with the survivors of domestic or intimate partner violence who cannot be offered a place at the crisis center due to serious mental health challenges. The purpose of the study is to develop knowledge about the experiences of the employees at the crisis center with regards to their interaction and work with this group.

## **Method:**

The study has a qualitative research design with a phenomenological approach. The selected group consists of six employees at crisis centers in eastern Norway. Data was collected through individual interviews, and the analysis of the material was carried out in line with Malterud's systematic text condensation.

## **Results:**

The findings of this study reveal that the employees are affected by the work with victims of domestic or intimate partner violence with serious mental health challenges who cannot be offered a place to stay at the crisis center. The employees describe that the assessment of whether or not the survivor of domestic or intimate partner violence should be offered a place at the crisis center is often based on an assessment of the victim's behavior which is viewed in context of the rest of the group of residents at the crisis center at the relevant time. Furthermore, the employees describe that challenges in collaboration with other agencies make it difficult to secure alternate and more suitable support for this group when the crisis center is unable to offer a place to stay. A main finding is that several employees experience that there are victims of domestic or intimate partner violence who do not "belong" anywhere, and therefore do not receive the help they need.

## **Discussion:**

The discussion in this study attempts to look at the dilemmas that may arise for the employee who is forced to reject a victim of domestic or intimate partner violence at the crisis center. In addition

to this the employee is often confronted by a situation where other agencies that can offer suitable help are not necessarily available.

**Conclusion:**

The main conclusions of this study are that the employees describe the collaboration with other agencies as a major challenge in working with survivors of domestic or intimate partner violence who cannot be offered a place at the crisis center due to mental health challenges, and that the dilemmas that may arise in the work to ensure they receive suitable help can be perceived as stressful.

Key words: Staff experience, crisis centre, serious mental health challenges, victims of domestic or intimate partner violence

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>5</b>
<b>Forord</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>9</b>
1.1 Beskrivelse og bakgrunn .....	9
1.2 Hensikten med prosjektet .....	11
1.3 Problemstilling .....	12
1.4 Begreper .....	12
1.5 Litteratursøk .....	12
<b>2 Teori</b> .....	<b>14</b>
2.1 Tidligere forskning .....	14
2.2 Bakkebyråkraten i den norske velferdsstaten .....	17
2.2.1 Desentralisering av dilemma .....	18
2.3 Helsebelastninger i hjelpeyrkene .....	19
2.3.1 Belastningstrekanten .....	19
2.3.2 Sekundærtraumatisering .....	20
2.3.3 Utbrenthet .....	20
2.3.4 Compassion fatigue .....	21
2.4 Samhandling .....	22
<b>3 Metode</b> .....	<b>23</b>
3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming .....	23
3.2 Forskerens bakgrunn og forforståelse .....	24
3.3 Etiske refleksjoner .....	26
3.4 Datainnsamling .....	27
3.4.1 Utvalg .....	27
3.4.2 Rekruttering .....	28
3.4.3 Pilotintervju .....	29
3.4.4 Gjennomføring .....	30
<b>4 Analyse</b> .....	<b>31</b>
4.1 Transkribering .....	31

4.2	Analyseprosessen .....	31
4.2.1	Første trinn- helhetsinntrykk.....	31
4.2.2	Andre trinn- å identifisere meningsbærende enheter .....	32
4.2.3	Tredje trinn- kondensering.....	32
4.2.4	Fjerde trinn- sammenfatte og beskrive .....	33
4.3	Metodediskusjon.....	33
<b>5</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>37</b>
5.1	Alvorlige psykiske helseutfordringer i kritesenterkontekst.....	37
5.1.1	Hva vold i nære relasjoner kan gjøre med den psykiske helsen.....	38
5.1.2	Vurderingen som blir en balansegang.....	39
5.1.3	Atferd .....	39
5.2	Kontakt og samarbeid med andre instanser .....	40
5.2.1	Vi har ansvar for å koble på andre instanser .....	41
5.2.2	Det er svært vanskelig å finne frem til et annet, og mer egnet tilbud .....	41
5.2.3	Kommunikasjonen mellom instansene .....	42
5.3	De personlige erfaringene .....	43
5.3.1	En sårbar gruppe med store hjelpebehov .....	43
5.3.2	Ønsker om et egnet tilbud.....	44
<b>6</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>46</b>
6.1	Alvorlige psykiske helseutfordringer i kritesenterkontekst.....	46
6.1.1	Hva vold i nære relasjoner kan gjøre med den psykiske helsen.....	46
6.1.2	Vurderingen som blir en balansegang.....	48
6.1.3	Atferd .....	49
6.2	Kontakt og samarbeid med andre instanser .....	51
6.2.1	Vi har ansvar for å koble på andre instanser .....	51
6.2.2	Det er svært vanskelig å finne frem til et annet, og mer egnet tilbud .....	52
6.2.3	Kommunikasjonen mellom instansene .....	53
6.3	De personlige erfaringene .....	54
6.3.1	En sårbar gruppe med store hjelpebehov .....	54
6.3.2	Ønsker om et egnet tilbud.....	56
<b>7</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>57</b>
7.1	Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	57



<b>Litteraturliste .....</b>	<b>59</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>62</b>
Vedlegg 1.....	62
Vedlegg 2.....	63
Vedlegg 3.....	66
Vedlegg 4.....	67

# Forord

Å få arbeide med denne studien har vært lærerikt og engasjerende. Nå som oppgaven er ferdig opplever jeg det som at det er nå jeg egentlig har lært nok til å være klar for å gjennomføre et forskningsprosjekt.

Jeg vil takke informantene som stilte opp midt i en pandemi med alt dette innebar av komplikasjoner og belastninger i både intervjusituasjonen, på jobben, og ellers i livet. En stor takk til min veileder, Anna-Sabina Soggiu.

Jeg vil takke familie, venner og kollegaer for støtte og tålmodighet gjennom arbeidet med dette prosjektet, som har vært viktig og spennende for meg og til tider en kilde til både klaging og lav energi.

Særlig vil jeg takke Daniel, for at du finnes og er den du er.

Liv Skjellerudsveen, Oslo, Januar 2022.

# 1 Innledning

## 1.1 Beskrivelse og bakgrunn

I januar 2010 trådte krisesenterloven (2009) i kraft, med formål å sikre et helhetlig krisesentertilbud til alle som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner. Loven innebærer at kommunene står fritt til å velge hvordan krisesentertilbudet organiseres, men at alle kommuner skal ha et krisesentertilbud. Tilbudet skal være et tilgjengelig lavterskeltilbud som omfatter både et trygt og midlertidig botilbud, og mulighet for råd og veiledning (Krisesenterloven, 2009).

De første krisesentrene i Norge hadde sitt utspring i 1970-årenes kvinnebevegelse. De fleste sentrene ble etablert i perioden fra 1980 til 1987 og ble drevet av frivillige etter prinsippet om hjelp til selvhjelp (Krisesentersekretariatet, 2008). Frem til krisesentertilbudet ble lovfestet ble det ikke ført tilsyn med krisesentrene.

Krisesenterloven (2009) slår fast at alle voldsutsatte har rett på et krisesentertilbud. I de tilfellene der det vanlige krisesentertilbudet ikke er egnet til å imøtekomme den voldsutsattes behov, eller den voldsutsatte kan utgjøre en fare for ansatte eller andre brukere, er kommunen pliktig å tilby et tilsvarende og likeverdig tilbud som er egnet for brukere med særlige utfordringer, eller til å sørge for at den voldsutsatte vises videre til instanser som kan gi relevant oppfølging eller behandling. Kommunens ansvar for et helhetlig krisesentertilbud går utover selve krisesentertilbudet og forutsetter at kommunens tjenester er godt tilpasset voldsutsattes behov både i akuttsituasjoner og med oppfølging over tid (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015).

Novas evaluering av kommunens implementering av krisesenterloven (Bakketeig, Gording Stang, Madsen, Smette & Stefansen, 2014) konkluderte med at kommunene ikke leverte et tilfredsstillende krisesentertilbud til voldsutsatte med tilleggsproblematikk knyttet til psykiske lidelser, rus og funksjonsnedsettelse. I 2019 utgav Norlandsforskning sin kunnskapsoversikt over krisesentertilbudet i Norge (Bliksvær, Skogøy, Sloan, Bakar, Johnson & Kosuta, 2019) som angir at dette fortsatt kan være tilfelle, og det pekes på at det er store variasjoner kommunene imellom i tilgjengeligheten i tilbudet til gruppen med tilleggsproblematikk. I regjeringens strategi for god psykisk helse (2017 – 2023); Mestre hele livet, vises det til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, herunder personer med psykiske lidelser. Det vises til at

denne pålegger stat og kommune konkrete forpliktelser innenfor en rekke samfunnsområder. Helsetjenestens ansvar er å støtte det overordnede målet om ivaretagelse av grunnleggende rettigheter, deltakelse og inkludering i samarbeidet med andre samfunnsaktører og i alt arbeid med pasientene. (Helse -og sosialdepartementet, 2017).

Krisesenteret er et lavterskeltilbud, hvor utsatte for vold i nære relasjoner skal kunne henvende seg direkte, uten timeavtale eller henvisning (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015; Krisesenterloven §2). Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet sin veileder til krisesenterloven (2015) slår fast at voldsutsatte som henvender seg til krisesenteret i utgangspunktet ikke skal avvises, men få en individuell vurdering av sine hjelpebehov og sin situasjon, og at den voldsutsatte skal få et tilsvarende tilbud dersom det ikke er mulig å gi et tilbud innenfor det ordinære krisesenteret.

Som beskrevet ovenfor er altså krisesentertilbudet til voldsutsatte med tilleggsutfordringer et felt under stadig utredning og utvikling. Som beskrevet ovenfor skal voldsutsatte med nedsatt funksjonsevne som alvorlige psykiske helseutfordringer få et likeverdig tilbud når det ordinære krisesentertilbudet ikke er egnet. Samtidig peker undersøkelser på at det kan være tilfelle at tilbudet til voldsutsatte med tilleggsutfordringer ennå ikke er tilfredsstillende utformet. I kraft av at krisesenteret er et lavterskeltilbud, møter og mottar krisesenteret henvendelser fra voldsutsatte som kontakter krisesenteret, men hvor det vurderes at det ordinære krisesentertilbudet ikke er egnet på grunn av tilleggsutfordringer.

Denne studien handler om de ansatte ved krisesenteret, og om deres erfaringer i møtene med, og i arbeidet med de voldsutsatte som ikke kan få et tilbud ved krisesenteret på grunn av alvorlige psykiske helseutfordringer.

## 1.2 Hensikten med prosjektet

Studien er en masteroppgave i klinisk psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid omfatter alle deler av tjenestene og er et tverrfaglig og flervitenskapelig felt. Psykisk helsearbeid setter søkelys på å bedre og fremme psykisk helse, og på å påpeke og søke å endre samfunnsmessige forhold som bidrar til sosial utstøting og stigmatiseringsprosesser og som skaper psykisk uhelse. Hensikten er å bistå i prosesser som utvikler muligheter for å mestre hverdagens utfordringer, utvikler opplevelser av sammenheng samt skape et inkluderende lokalmiljø (Andersen, Bøe, Fodstad, Ibabao, Krogsæter & Norvoll, 2008).

Det er høyere forekomst av vold i nære relasjoner blant personer med tilleggsproblematikk knyttet til rus, alvorlige psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse enn det er generelt i befolkningen (Møller, 2017; Dahl & Sørensen, 2020), og disse personene er med dette i særlig behov av et velfungerende og tilrettelagt krisesentertilbud. Videre er retten til et likeverdig tilbud for alle voldsutsatte slått fast i krisesenterloven (2009), og samtidig, mer overordnet, gjennom regjeringens strategi for god psykisk helse (Helse -og sosialdepartementet, 2017).

De ansatte ved krisesenteret arbeider ved et førstelinjetilbud, og møter de voldsutsatte i sitt daglige arbeid. Gjennom dette daglige arbeidet vil de også møte de voldsutsatte med tilleggsutfordringer i form av alvorlige psykiske helseutfordringer. Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskap om hvordan ansatte ved krisesentre beskriver disse erfaringene.

Gjennom dette søker jeg å belyse de utfordringene som beskrives i å finne frem til et godt og helhetlig tilbud til denne gruppen ut ifra de ansattes perspektiv. Videre vil jeg forsøke å få innsikt i hvordan de ansatte beskriver at dette arbeidet oppleves for dem.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet sin veileder til krisesenterloven (2015) legger frem at ansatte ved krisesentre sine arbeidsforhold innebærer en risiko for å utvikle helseplager, sekundærtraumatisering og utbrenthet. Møter med voldsutsatte i livskrise og voldsutsatte stilt overfor alvorlige trusler, samtidig som de ansatte også forholder seg til andre instanser med varierende kunnskap om voldsutsattes hjelpebehov og utfordringer løftes som aktuelle belastninger (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015).

Studien vil undersøke om de ansatte beskriver at de opplever belastninger i arbeidet med de voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer, hvilke belastninger de ansatte i så fall beskriver i møtet med denne gruppen, og hvordan de beskriver at de håndterer disse belastningene. Viktigheten av at ansatte i hjelpeyrkene håndterer egne reaksjoner og behov er godt dokumentert i forskning (Isdal, 2017).

Jeg håper funnene i studien kan presentere perspektiver som kan bidra til å belyse tematikken ytterligere, og gjennom dette være et bidrag inn i utviklingen av et krisesentertilbud til voldsutsatte med tilleggsproblematikk i form av alvorlige psykiske helseutfordringer.

### **1.3 Problemstilling**

Studien har følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har ansatte ved krisesentre i arbeid med voldsutsatte som har alvorlige psykiske helseutfordringer?

### **1.4 Begreper**

#### **Deltaker**

Begrepet deltaker brukes gjennom oppgaven om de ansatte ved krisesentre som har deltatt i studien.

#### **Tilleggsproblematikk**

Begrepet benyttes i denne studien i tråd med Bufdir (2015) sin definisjon som alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse.

#### **Psykiske helseutfordringer**

Studien benytter begrepet psykiske helseutfordringer som betegnelse på utfordringer i forhold til den psykiske helsen, og omhandler diagnostiserte og udiagnostiserte utfordringer.

### **1.5 Litteratursøk**

Litteratursøk er utført i flere omganger, i studiens planleggings og beskrivelsesfase, og underveis. Det ble benyttet et enkelt pico skjema med kun to kolonner med kombinasjoner av kontrollerte

søkeord (MeSH). Jeg har søkt i databaser som Cinahl, Idunn , Helsebiblioteket, Ovid, Proquest og PubPsych med søkekeord som mental disease, attitude to mental illness, mental health, mental disorders, trauma informed care, nurses attitudes, social workers, shelters, domestic violence, intervention, intimate partner violence, psykisk helse , krisesenter, vold, overgrep, psykisk lidelse, traumebevisst omsorg, vold i nære relasjoner, utsatte grupper, utbrenthet, sekundærtraumatisering, tilleggsutfordringer og psykisk helsearbeid. Flere av søkeordene ble benyttet i ulike kombinasjoner av AND og OR. Jeg har også søkt i arkivene på relevante nettsteder som Krisesentersekretariatet, Bufdir, Oslo krisesenter, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, og Alternativ til vold.

## 2 Teori

### 2.1 Tidligere forskning

Det er utført flere studier som omhandler krisesentertilbudet til voldsutsatte med tilleggsproblematikk i Norge.

I 2019 utga Nordlandsforskning en kunnskapsoversikt over krisesentertilbudet i Norge (Bliksvær, Skogøy, Sloan, Bakar, Johnson & Kosuta, 2019), som ble utarbeidet på oppdrag fra Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet. Rapporten skal gi en kunnskapsoversikt over implementeringen av krisesenterloven og over krisesentertilbudet i Norge, og omhandler også krisesentertilbudet til voldsutsatte med tilleggsproblematikk.

Den samlede vurdering som legges frem i rapporten er at kommunene har en klar utfordring i å finne fremt til samarbeidsløsninger for å sikre et helhetlig krisesentertilbud som ivaretar voldsutsatte med tilleggsproblematikk som rus og psykiske lidelser og deres særbehov (Bliksvær et al., 2019). Kunnskapsoversikten bygger blant annet på en surveyundersøkelse til krisesentrene, hvor førtifire krisesentre deltok. Krisesentrene oppgir i denne surveyen at de største utfordringene i å gi voldsutsatte med denne tilleggsproblematikken et likeverdig tilbud handler om mangel på skjermede og/eller fleksible boenheter, og om hensynet til barn som bor på senteret. Videre kan det også kreve økte kvalifikasjoner og økt bemanning å gi et botilbud til alle grupper. Krisesentrene oppgir at de forsøker å bistå med alternative løsninger og at de strekker seg langt for å hjelpe. Flere understreker at det må utvikles samarbeidsløsninger mellom det kommunale hjelpeapparatet og krisesenteret, ettersom tilbudet til personer med alvorlige utfordringer knyttet til rus og psykisk helse ikke kan løses av krisesenteret alene (Bliksvær et al., 2019).

For å styrke krisesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til psykiske lidelser, rus og funksjonsnedsettelse ble det fra 2017 gjennomført et større utviklingsprosjekt (Bliksvær et al., 2019; Møller 2017, Varde Hartmark 2017, Ekhaugen 2017). I forbindelse med dette utviklingsprosjektet ble det blant annet utarbeidet en kunnskapsoppsummering. I denne legges det frem at kommunene har ulikt handlingsrom, og at krisesentertilbudet er svært variert når det gjelder tilrettelegging og tilpasning til voldsutsatte med tilleggsproblematikk (Møller, 2017). Enkelte krisesentre avviser disse voldsutsatte, og enkelte tar



dem imot. Avvisningen begrunnes hovedsakelig i atferd, det handler om den voldsutsattes boevne på krisesentret, og rapporten peker på mangelen på veletablerte rutiner for de voldsutsatte som blir vurdert som til å ikke ha boevne på grunn av tilleggsproblematikk. Dersom den voldsutsatte henvises til andre instanser blir det ikke sikret at vedkommende får tilbud utenfor krisesenteret om å bearbeide volden. På samme måte har krisesenteret lite kapasitet for å bearbeide tilleggsproblematikken når en bruker henvises til krisesenteret fra andre instanser (Møller, 2017). Kunnskapsoppsummeringen peker også på utfordringene i samordninger av tjenester, og viktigheten av nettopp en slik samordning for å sikre et helhetlig krisesentertilbud til gruppen. Særlig påpekes viktigheten av samordning av tjenester mellom krisesenteret og den spesialiserte helsetjenesten (Møller, 2017).

Kunnskapsoppsummeringen trekker frem sammenhengen mellom psykiske lidelser og vold, og peker på viktigheten av å se denne sammenhengen fremfor å skille inn i hovedproblematikk og tilleggsproblematikk. Om de psykiske plagene forårsaket av volden, eller om det kan handle om at de psykiske plagene utgjør en risikofaktor for å bli utsatt for vold. Personer med tilleggsproblematikk knyttet til rus, alvorlige psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse har høyere forekomst av vold i nære relasjoner enn i befolkningen generelt, og er dermed i særlig behov av et krisesentertilbud (Møller, 2017).

En artikkel av Bengtson-Tops, Saveman og Tops (2009) beskriver resultatene av en undersøkelse om hvordan ansatte ved forskjellige instanser innen helse og omsorg i Sverige erfarte og forstod sitt arbeid med voldsutsatte kvinner med psykisk sykdom. Funnene legges frem i tre hovedtemaer. Tvetydighet, som handler om at mangler med hensyn til det teoretiske rammeverket hos de ansatte fører til utfordringer i å fange inn kompleksiteten i fenomenet. Slik hadde de ansatte isteden utviklet egne fortolkningsrammer innenfor sin arbeidskontekst.

Smertefullt, som relaterer til at ansatte erfarte at arbeidet med gruppen førte til følelser som frustrasjon, maktesløshet og ambivalens. Forfatterne ser det som mulig at disse følelsene indikerer vikarierende traumatisering, da det er mulig at de beskriver en parallell prosess hvor kvinnenes følelser overføres til de ansatte. De psykisk syke og voldsutsatte kvinnenes utsatte situasjon i form av sosial isolasjon, psykisk lidelse, sosioøkonomisk status og avhengighet til voldsutøver ble overført til personalet og opplevd som noe forferdelig og ubehagelig som gjorde de ansatte ukomfortable. I møte med kvinnens narrativer visste ikke de ansatte hvordan de skal oppføre seg praktisk og emosjonelt. Disse omstendighetene førte til at de ansatte stilte spørsmål ved egen kompetanse,

noe som førte til følelser av maktesløshet, frustrasjon og tilkortkommenhet med hensyn til erfaring og kunnskap.

Det siste hovedfunnet, å opptre pragmatisk, handlet om at de ansatte anså gruppen til å ha komplekse og overveldende behov for støtte, og jobbet for å etablere egne nettverk av sosiale velferdsinstanser for å møte disse behovene. Dette nettverksarbeidet var ikke formalisert på organisatorisk nivå, og ble derfor utført ved siden av andre arbeidsoppgaver.

Arbeidsrutinene som ble utviklet manglet til tider hensyn til de dysfunksjonene gruppen kan lide av og indikerte at kvinnens behov for langsiktige løsninger, og de ansattes mulighet for å jobbe i tråd med egne overbevisninger om å fokusere på prinsipper som empowerment kom i bakgrunnen. Dette skriver forfatterne at for det meste ble gjort da behovene ble opplevd som for store i forhold til ressursene.

Å opptre pragmatisk ble en måte å møte gruppens omfattende behov for støttende intervensjon på for de ansatte. De ansatte erfarte da synlige resultater. Samtidig påpeker forfatterne at det å opptre pragmatisk kan lede til rutineartede tilnærmelser og innebærer en risiko for å overforenkle kompleksiteten i behovene. Dette er aspekter som har vist seg kontraproduktive i å hjelpe gruppen. Artikkelen konkluderer med at ansatte i arbeidet med gruppen er i en sårbar situasjon og i behov av formelt akseptert og iverksatt støtte og legitimitet. De ansatte ser også ifølge forfatterne ut til å mangle tilstrekkelig teoretisk kunnskap om konsekvenser av og årsaker til vold hos voldsutsatte kvinner med psykisk sykdom (Bengtson-Tops, Saveman & Tops, 2009).

Når det gjelder forskning utenfor Skandinavia har jeg valgt å legge frem en artikkel fra USA som ser på hvordan ansatte innen tjenestebyråer for vold i hjemmet beskriver sine erfaringer fra arbeidet med voldsutsatte kvinner med alvorlige psykiske lidelser, og hvordan de ansatte beskriver sine perspektiver og behov i dette arbeidet. Funnene peker på komplekse og sammensatte behov hos disse kvinnene, og at det kan forekomme ytterligere utfordringer i form av udekkede behov som mat og bolig. Dette forverrer problemene og kan også overskygge behovet for bistand i forhold til psykisk helse, og kanskje også behovet for bistand i forhold til volden. Videre er mangel på ressurser innen instansene og i lokalsamfunnet en utfordring som begrenser hjelpen disse kvinnene kan få. En annen utfordring ligger på systemnivå i form av mangel på integrerte og/eller koordinerte tjenester. Videre finner studien at de ansatte ser et behov for mer opplæring og bistand for å imøtekomme de komplekse og sammensatte behovene hos voldsutsatte kvinner med alvorlige psykiske lidelser (Mengo et al., 2020).

## 2.2 Bakkebyråkraten i den norske velferdsstaten

Vike (Vike, Debesay & Haukelien, 2016) skriver om ansatte innen velferd i perspektiv av at det er de ansatte bakkebyråkratene som i praksis forvalter ansvaret for at velferdsstatens gode hensikter blir til virkelighet, og om misforholdet som oppstår mellom oppgavene som pålegges dem og de økonomiske bevilgningene som gis å utføre disse oppgavene.

Forfatterne beskriver Lipsky (1980) som en sentral felles inspirasjonskilde (Vike et al., 2016; Lipsky, 1980). Lipskys sosiologiske teori Street-level bureaucracy ser på ansatte i den amerikanske velferdsstaten og deres profesjonsutøvelse i møter med klienter. Begrepet bakkebyråkrat er en norsk oversettelse fra Lipskys teori, og er et fellesbegrep for ansatte som arbeider i direkte relasjon med brukerne, som leger, sykepleiere, lærere og sosialarbeidere. Disse ansatte står ifølge Lipsky kontinuerlig i motstridende forventninger i møtet med klienter, og skal og må utøve skjønn i situasjoner preget av grunnleggende dilemmaer. Teorien beskriver at ansatte ekskluderer brukere på tilgang til tjeneste og kutter på tjenestene for å skape håndterlige arbeidsforhold for seg selv når de møter overveldende «etterspørsel». På denne måten beskytter de ansatte seg fra behov «nedenfra», altså fra klientene, når de står i press «ovenfra» som krav om økt tjenestekvalitet og økt rapportering med stadig knappere ressurser (Vike et al., 2016; Lipsky, 1980).

Videre legger forfatterne frem at deres erfaring i forhold til norske bakkebyråkrater ofte skiller seg fra Lipsky sin beskrivelse. Det vil si at forfatterne anser at mange av tjenesteyterne i den norske velferdsstaten ser ut til å prioritere å strekke seg lenger enn de egentlig må. Dette mener Vike (et al., 2016) at kan forklares ved at ansvaret for mange av velferdsstatens tjenester er sterkt personlige, samtidig som universalismeprinsippet utvetydig formulerer forpliktelsen å yte i henhold til behov. Videre hevder forfatterne at velferdsstaten har et kapasitetsproblem. Når både brukere og rettighetslovgivningen forventer flere og bedre tjenester av tjenesteutøverne enn dem ressursene gir rom for, samtidig som tjenesteutøverne blir holdt personlig ansvarlig for kvaliteten som rettighetslovgivningen har lovet brukerne, bidrar tjenesteutøvernes ansikt-til-ansikt relasjon til brukerne til at det å hindre brukere adgang til tjenestene blir vanskelig (Vike et al., 2016).

Dermed mener Vike (et al., 2016) at konsekvensene for bakkebyråkraten som arbeider i den norske velferdsstaten, i en kontekst der hele befolkningen har rett til omfattende tjenester, står i kontrast til den ansatte som arbeider innen den minimalistiske velferdsorienteringen som Lipsky sin teori tar utgangspunkt i, der det ikke nødvendigvis er dypt problematisk å ta innersvinger når det er utvetydig at tjenestene skal være minimale og gis til de aller mest trengende (Vike et al., 2016).

### 2.2.1 Desentralisering av dilemma

Proessen hvor tjenesteytere i førstelinjen bærer hovedtyngden av velferdsstatens kapasitetsproblem kaller Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken (2002) desentralisering av dilemma. Denne prosessen beskrives ved at de som arbeider i førstelinjen arbeider direkte med brukere og har liten innflytelse over organisasjonens sentrale beslutningsorganer. Samtidig vil organisasjonens «produkt» ofte skapes og formidles gjennom enkeltpersoner. Disse enkeltpersonene bærer dermed organisasjonens ansvar i møtet med den eksterne verden av brukere. Dette ser altså ut til å ta en særegen form i den norske velferdsstaten sin kommunale helse og sosialomsorg ved at det oppstår et dilemma blant de som utfører virksomheten overfor mottakere av tjenestene. De ansatte i førstelinjetjenesten må svært ofte forvalte misforholdet mellom velferdsstatens mål, slik disse er nedfelt i helse og sosialpolitiske rettighetslover og målsettinger, og begrenset kapasitet i konkrete ansikt-til-ansikt relasjoner (Vike et al., 2002). Vike (et al., 2002) anser at de ansatte dermed ofte ikke strekker til hverken overfor bistandsmottakere eller overfor sine overordnedes forventninger. Videre anser forfatterne at dette dilemmaet uttrykker seg på mange nivåer samtidig for de ansatte. Det uttrykker seg som et personlig ansvar og samvittighetsproblem, som en opplevelse av sterkt press i relasjonene de ansatte involverer seg i med dem som har rettigheter til kommunale tjenester, som en opplevelse av å være skyldige, illojale, og for lite robuste, og som en følelse av utilstrekkelighet (Vike et al., 2002).

Vike (et al., 2002) anser det som at den administrative diskursen som legger vekt på nødvendigheten av grenser i organisasjonen, samtidig som det i liten grad er mulig å trekke opp organisasjonens grenser uten bruk av skjønn, synes å internaliseres som en mer eller mindre permanent grenseforvaltning i egen personlig erfaring blant førstelinjetjenestens ansatte. Videre blir denne grenseforvaltningen til en form for erfaring som preges av at førstelinjetjenestens ansatte må velge enten å løsgjøre seg selv og sitt arbeid fra organisasjonen, eller absolutt lojalitet til en av de to motstridende verdenene for å kunne håndtere denne situasjonen. Vike (et al., 2002) erfarer at ansatte ofte velger å løsgjøre seg selv og sitt arbeid fra organisasjonen. Dermed ser de seg selv som utenforstående i de valg som foretas i organisasjonen, og vil i svært liten grad identifisere seg med den organisasjonen de jobber i. De fleste identifiserer seg derimot sterkt med arbeidet som utføres direkte overfor brukerne, uten at dette arbeidet nødvendigvis betraktes som arbeid som utføres på vegne av organisasjonen. Videre skjer dette samtidig med at de ansatte kompenserer for det ansvaret organisasjonen ikke ønsker eller makter å ta, og de ansatte tenderer

til å internalisere sin egen ufullstendighet og skyldighet. De ansattes erfaringer svarer dermed ifølge forfatterne dårlig til det rådende økonomisk-administrative språket, samtidig som de ifølge forfatterne ofte opplever det som problematisk å gjøre sine erfaringer gjeldende i samme språk (Vike et al., 2002).

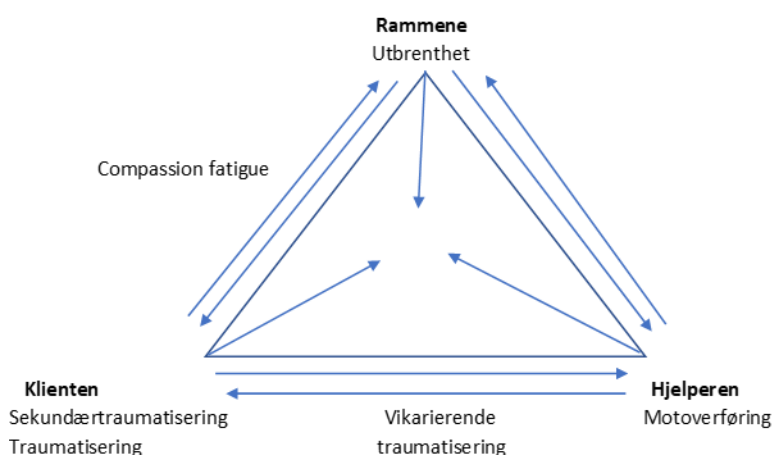
## 2.3 Helsebelastninger i hjelpeyrkene

### 2.3.1 Belastningstrekanten

Arbeidet ved krisesenteret innebærer som beskrevet tidligere en risiko for å utvikle helsebelastninger som sekundærtraumatisering og utbrenthet (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015).

Isdal (2017) anser begrepene som er tilgjengelige for å forklare den sammensatte helserisikoen for hjelperen som utilstrekkelige til å forklare de komplekse prosessene som skjer i møtet mellom hjelpemottaker og hjelper innenfor de rammene hjelpen skal skje i (Isdal, 2017). Isdal (2017) presenterer Belastningstrekanten som et forslag til en belastningsmodell og en måte å vurdere årsaker til helsebelastninger og symptomer knyttet til arbeid innen hjelpeyrkene, og vil gjennom belastningstrekanten foreslå en modell som kan vise hvordan begrepene tidvis går inn i hverandre og samtidig ser på de ulike sidene ved belastningene.

Belastningstrekanten ser på tre faktorer og samvirkningen mellom dem.



Figur 1 Belastningstrekanten (Isdal, 2017, s.148)

Isdal (2017) viser hvordan de enkelte begrepene legger sin hovedvekt på ulike samspill mellom de tre faktorene, eller hver faktor i seg selv, og slik kan høre til på ulike deler av trekanten. Noen klientgrupper kan være mer krevende å jobbe med som hjelper. Hjelpere kan ha sårbarheter som tilsier at de ikke burde jobbe med lidelse, eller ikke med spesielle klientgrupper. Rammene kan i form av forhold som leveringskrav, arbeidsmiljø, ledelse og i hvilken grad den ansatte får jobbe i tråd med egne idealer være så dårlige at de fører til alvorlige helsebelastninger. I de fleste tilfeller av helsebelastninger som følge av arbeidet handler det om en kombinasjon av de tre faktorene, ifølge Isdal (2017). Faktorene påvirker hverandre og kan gi en forsterket effekt. Hvis det for eksempel handler om arbeid med klientgrupper med svært alvorlige utfordringer, blir det desto viktigere at rammevilkårene for arbeidet er gode.

Ut ifra Bufdir (2015) sin beskrivelse av helserisikoer for ansatte ved krisesentre og Isdals (2017) belastningstrekant anser jeg begrepene utbrenthet, compassion fatigue og sekundærtraumatisering som spesielt relevante i forhold til denne studien, og vil her presentere noen aspekter ved disse fenomenene litt grundigere. Isdal (2017) understreker at sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet handler om normalreaksjoner. Å hjelpe mennesker i nød fører med seg en belastning over tid, og har konsekvenser hjelpere må forvente, og til en viss utstrekning leve med. Disse symptomene i seg selv betyr ikke sykdom, men de betyr at hjelperen har en krevende jobb, som det er mulig å ta grep for at ikke skal utvikle seg til sykdom.

### 2.3.2 Sekundærtraumatisering

Begrepet sekundærtraumatisering er symptomorientert og ser på hjelperens møte med traumatiserte klienter. Begrepet beskriver hvordan disse møtene kan utløse regulære traumesymptomer. Symptomene inkluderer overveldelse, unngåelse og hyperaktivering, og følger et karakteristisk mønster (Isdal, 2017).

### 2.3.3 Utbrenthet

Begrepet utbrenthet setter ifølge Isdal (2017) fokus på de ytre rammene og betingelsene for arbeidet. WHO beskriver i ICD- 11 (2018) utbrenthet som resultat av kronisk stress på arbeidsplassen som ikke er blitt bearbeidet eller håndtert. Begrepet refererer spesifikt og

utelukkende til arbeidsrelaterte belastninger (World Health Organization, 2018). Tre dimensjoner karakteriserer utbrenthet. Den første er en følelse av utmattethet eller å være helt utarmet for energi. Den andre er en økt mental distansering fra arbeidet eller følelse av negativitet eller kynisme relatert til arbeidet. Den tredje er en følelse av ineffektivitet og mangel på evne til å prestere på jobb (World Health Organization, 2018). Utbrenthet er en stressreaksjon, en selvforsterkende utvikling av negativ selvoppfatning og avstandstagen til klientene. En tilstand karakterisert av en konflikt mellom behandleren og rammene for arbeidet, og samtidig en indre konflikt i behandleren mellom egne idealer og hva det er mulig å oppnå (Bang, 2003). Utbrenthet kan også innebære en økt risiko for sekundærtraumatisering (Bang, 2003; Isdal 2017).

#### 2.3.4 Compassion fatigue

Begrepet compassion fatigue ble lansert av Figley i 1995, og presenteres her i Isdal (2017) sin bearbeidelse. Begrepet sees som en tilstand som utvikler seg over tid som konsekvens av gjentatte møter med lidelse. Figley anser ifølge Isdal compassion fatigue i en eller annen grad som uunngåelig dersom man arbeider med menneskelige problemer og utfordrende og tunge temaer. Compassion fatigue er prisen for å bry seg og har typiske symptomer som blant andre tap av troen på at eget arbeid er virksomt eller bra, unngåelse av oppgaver, oppheng i detaljer og synkende motivasjon og selvtillit (Kyer, 2016, ifølge Isdal, 2017). Fenomenet beskrives som hjelperens særegne kombinasjon av sekundærtraumatisering og utbrenthet.

Symptomene på compassion fatigue kan utover å være en personlig belastning få konsekvenser overfor kolleger og ledelse. Videre kan de virke belastende på hele teamet samtidig som de vil påvirke hvordan den ansatte fremstår overfor øvrige ansatte i organisasjonen. Compassion fatigue kan også være smittsomt. Å anerkjenne og plassere symptomene inn i sammenheng vil være viktig for å unngå slike konsekvenser. Utover den personlige og profesjonelle belastningen ved compassion fatigue ligger også konsekvensene overfor de den ansatte skal hjelpe. En utarming av empati og evne til innlevelse fra hjelperens side i møtet med den som skal hjelpes vil påvirke kvaliteten på hjelpen som ytes (Isdal, 2017).

## 2.4 Samhandling

Kommunens ansvar for samordning av tjenester til voldsutsatte er lovpålagt i krisesenterloven §4, om samordning av tjenester (Krisesenterloven, 2009). Føringer på samordning understrekes i alle anbefalinger fra fagmiljøer og myndigheter (Dahl & Sørensen, 2020), og viktigheten av dette fremheves blant annet i en survey av 44 krisesentre utført i 2019 (Bliksvær et al., 2019).

Dahl & Sørensen (2020) skriver om anbefalinger om samordning og samhandling i forbindelse med vold, overgrep og omsorgssvikt mot risikoutsatte voksne, og skriver at dette kan være utfordrende å iverksette og omsette i praksis. Dahl & Sørensen (2020) skriver at utfordringer med hensyn til vurderinger og valg av fremgangsmåte kan komme som både følge av mangel på kunnskapsbaserte tiltak og som følge av ny kunnskap.

Forfatterne påpeker at mange ansatte opplever at ressursene som tildeles ikke står i forhold til føringene som er gitt, og at det er mangel på tid og kompetanse i forhold til å skulle jobbe aktivt forebyggende mot vold og overgrep i tjenesten, men poengterer at samarbeid og samordning av tjenester der det er mulig og i den form og grad det er mulig er allikevel er svaret på disse utfordringene. Dahl & Sørensen (2020) anser at hver enkeltes selvstendige ansvar for å agere er det som gjør at tiltakskjeden kan settes i gang og fungere. Dette forutsetter ifølge forfatterne at alle nivåer av virksomhetene i tiltakskjeden har en faglig forankring og utvikling, og at det både innad og på tvers av virksomheter finnes systemer for samordning og samarbeid. Forfatterne peker på at en selv må sette seg tilstrekkelig inn i hva en selv og andre skal gjøre, og når og hvem og hva, men at dette imidlertid forutsetter detaljerte, tilpassede og konkrete rutiner for hva en selv og andre har plikt til å gjøre (Dahl & Sørensen 2020).



## 3 Metode

### 3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Formålet med denne studien er å få kunnskap om ansattes erfaringer i arbeidet med voldsutsatte som ikke kan få tilbud om plass på kriesenter grunnet alvorlige psykiske helseutfordringer. Studien er en masteroppgave i klinisk psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er forankret i et humanvitenskapelig paradigme og hører hjemme i den humanistiske tradisjonen (Karlsson og Borg, 2013). Studien er dermed forankret innenfor en humanistisk forskningstradisjon. Da studien søker å få frem betydningen av de ansatte ved kriesentre sine subjektive erfaringer, har den et kvalitativt design (Kvale & Brinkmann, 2009).

Studien har en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologien ble grunnlagt som filosofi av Edmund Husserl, og senere videreutviklet av hans elever, blant andre Satre og Heidegger (Kvale & Brinkmann, 2009). I sammenheng med kvalitativ forskning handler begrepet fenomenologi om å søke etter å beskrive verden slik den oppleves av informantene, altså om å søke etter å forstå sosiale fenomener ut ifra aktørenes subjektive perspektiver. Dette gjøres ut ifra en forståelse av at den virkeligheten mennesker oppfatter er den virkeligheten som er virkelig (Kvale & Brinkmann, 2009). En fenomenologisk forståelse forutsetter at tidligere kunnskap settes til side, og at essensen av fenomenet beskrives så nøyaktig som mulig. Samtidig forutsettes det at det anerkjennes at å gjøre dette helt og holdent er umulig (Malterud 2017). Kunnskapen som oppstår i menneskers levde erfaringsverden knytter Husserl til begrepet livsverden; lebenswelt. Begrepet handler om hvordan vår erkjennelse av verden er en helhet av alle våre subjektive tillegg og utfyllinger (Aadland, 2011).

For innsamling av data til denne studien har jeg latt meg inspirere av det semistrukturerte livsverdensintervjuet. I et fenomenologisk perspektiv er det semistrukturerte livsverdensintervjuet en forskningsmetode som forsøker å innhente fordomsfrie beskrivelser for å få tilgang til den grunnleggende opplevelsen av intervjupersonens livsverden. Det semistrukturerte livsverdensintervjuet benyttes dermed når temaer fra dagliglivet skal forstås ut ifra intervjupersonens egne perspektiver. Dette gjøres ved å søke å innhente beskrivelser fra intervjupersonens egen livsverden, og da særlig beskrivelser av fortolkninger av meningen med fenomenene som beskrives (Kvale & Brinkmann, 2009).

Husserl la ifølge Aadland (2011) vekt på å la fenomenet framstå mest mulig i samsvar med sitt vesen. I møtet med den andre må den andre få anledning til å trå frem for meg mest mulig på sine egne premisser. Dette fordrer at jeg som forsker evner å møte den andre så forutsetningsfritt og fordomsfritt som mulig. Dette kan skje når jeg forholder meg åpen, innlevende og empatisk. Det gjelder å skjønne så lite som mulig på forhånd for å få tak i det andre menneskets egenart så lite farget som mulig av egne forhåndstolkninger (Aadland, 2011).

## **3.2 Forskerens bakgrunn og forforståelse**

Som beskrevet i foregående kapittel fordrer en fenomenologisk tilnærming at jeg som forsker evner å møte fenomenet jeg vil studere på i så stor grad som mulig på fenomenets egne premisser, samtidig som at anerkjennelsen av at dette er mulig å gjøre fullkomment er en forutsetning (Malterud 2017).

Kvale og Brinkmann (2009) skiver om en refleksiv objektivitet, forstått som det å reflektere over sitt bidrag som forsker til produksjonen av kunnskap i kvalitativ forskning. Forskeren bør forsøke å få innsikt i uunngåelige fordommer og skrive om dem når det synes påkrevet i forskningsprosjektet. En refleksiv objektivitet innebærer altså en streben etter sensitivitet med hensyn til ens egne fordommer og ens egen subjektivitet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Med meg inn i denne studien har jeg min egen bakgrunn og min egen forståelse. Disse har vært med meg og påvirket mitt arbeid med studien hele veien fra valg av tema og problemstilling, og frem til prosjektets avslutning. Beskrivelsen av min forforståelse og bakgrunn er et forsøk på å gi leseren et innblikk i hva jeg selv er opptatt av, og hvordan jeg anser at dette kan ha påvirket studien. Videre vil leseren også kunne danne seg et bilde av hvilken grad av innsikt jeg har i min egen prosess, og i hvilken grad min forforståelse og bakgrunn kan ha påvirket studiens reliabilitet.

Jeg er utdannet sosionom med videreutdanning i barnevern i minoritetsperspektiv, og har jobbet som miljøterapeut i seks år. Jeg har arbeidet på to forskjellige arbeidsplasser, den første på barnevernsinstitusjon. De siste årene har jeg arbeidet på et botilbud som er en del av det nasjonale bo- og støttetilbudet til unge over 18 år utsatt for tvangsekteskap eller andre former for æresrelatert vold/ ekstrem negativ sosial kontroll med behov for beskyttelse. Dette er ikke et førstelinjetilbud, plasser ved botilbudet tildeles gjennom Bufdir. Men botilbudet ligger

administrativt under Oslo Krisesenter, og har et tett samarbeid med felles nattevakter, fagdager og administrasjon for å nevne noe. Denne forbindelsen har vært avgjørende i mitt valg av problemstilling.

Min forforståelse var at det er voldsutsatte som henvender seg til krisesenteret som ikke kan få tilbud om plass der grunnet alvorlige psykiske helseutfordringer, og at disse henvendelsene er henvendelser som de ansatte har mange og varierte erfaringer med. At de ansatte opplever flere av disse sakene som vanskelige. Min forforståelse ut ifra egen arbeidserfaring var at dette kan være møter med voldsutsatte som det er krevende å stå i som ansatt.

Jeg har gjennom arbeidet som miljøterapeut opplevd møter med brukere med sammensatte utfordringer, hvor hjelpebehovet kan fremstå som akutt, og hvor jeg har opplevd usikkerhet i forhold til hva slags hjelp som vil være den viktigste og rette hjelpen for vedkommende der og da. Jeg har opplevd disse møtene og situasjonene som mangefasetterte, komplekse og til tider kaotiske.

Det er tre aspekter som jeg anser som viktige å være bevisst på at jeg har med meg inn i denne oppgaven.

Det første handler om å lete i hjelpeapparatet etter tjenester med egnet kompetanse. Jeg har selv ved enkelte anledninger opplevd det som utfordrende å forsøke å finne frem til tjenester som kan tilby hjelp til brukere som står i komplekse og sammensatte utfordringer. Samtidig har jeg også en forforståelse av at vi hjelpere kan stå i fare for å «vike unna» i noen av disse situasjonene. I denne forståelsen ligger også det at jeg tror at dersom vi opplever at vår hjelp kanskje ikke vil være tilstrekkelig, er det er viktig å passe på at ikke letingen etter en annen, og mer egnet hjelpeinstans mest av alt grunner ut i vårt eget behov for å unngå en følelse av utilstrekkelighet og hjelpeløshet i møte med et menneske som står i en kompleks og sammensatt livssituasjon.

Det andre handler om usikkerhet på egen kompetanse. Med meg inn i denne studien har jeg nettopp møter med brukere som jeg som miljøterapeut har opplevd at det er mulig at har utfordringer som jeg ikke forstår eller makter å vurdere og møte på en faglig forsvarlig måte. Møter hvor jeg har opplevd at det er mulig min kompetanse ikke er tilstrekkelig. Denne opplevelsen vil igjen underbygge det første aspektet, hvor letingen etter noen som innehar denne kompetansen oppleves som det rette, og faglig forsvarlige, å gjøre.

Det tredje aspektet handler om at jeg samtidig, som miljøterapeut, er opptatt av traumebevisst omsorg, og at jeg vet at traumerelaterte utfordringer kan føre til smerteuttrykk som kan oppleves

som vanskelige å forstå. Jeg har også en klar forforståelse til grunn om at et traumebevisst perspektiv derfor blir veldig viktig i de møtene jeg har skildret i de foregående aspektene. Det kan være at noe av min motivasjon for valg av problemstilling handler om min egen nysgjerrighet i forhold til hvordan jeg selv har opplevd disse møtene, og et ønske om å forstå mer av dette ut ifra den tanken at det å få større forståelse for egne opplevelser og erfaringer også kan føre til at jeg kan bli en bedre hjelper.

### **3.3 Etiske refleksjoner**

Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker, og normer og verdier er viktige elementer av kunnskapen som utvikles gjennom disse møtene (Malterud, 2017).

Helt i begynnelsen av utformingen av studien ønsket jeg aller helst å snakke med de voldsutsatte selv. Men de etiske betraktningene dette reiste førte til at jeg valgte å intervju ansatte som arbeidet ved krisesentre isteden. Dette først og fremst fordi jeg anså det som umulig å sikre at jeg som uerfaren forsker ville klare å gjennomføre forskningsintervjuer med voldsutsatte på en ivaretagende og forsvarlig måte.

Studien er meldt inn til og godkjent av personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata (Vedlegg 1).

For å ivareta deltakernes personopplysninger er disse ikke registrert eller lagret. Intervjuene ble tatt opp med mobilappen Nettskjema- diktafon, og slettet etter transkripsjon. Transkriberte intervjuer ble anonymisert og merket med koder og tall, og ble lagret på kryptert minnepinne oppbevart i låsbart skap.

Etiske refleksjoner preger hele forløpet av en intervjuundersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved rekrutteringen av deltakere til en studie er det en risiko for at deltakerne føler seg presset til å være med som er spesielt til stede dersom deltakeren blir spurt av leder eller overordnet (Malterud, 2017). For å minimere denne risikoen og for å sikre et informert samtykke benyttet jeg et informasjonsskriv utarbeidet etter NSD sin mal for informasjonsskriv for å innhente samtykke (Vedlegg 2). I dette informasjonsskrivet understrekes det at det er mulig å trekke seg når som helst i prosessen. Informasjonen formidlet i skrivet ble også gjentatt muntlig i forkant av intervjuet. Ettersom min arbeidsplass har tilknytning til Oslo krisesenter avgjorde jeg å ikke intervju ansatte derfra. Dette ettersom jeg anser det som utfordrende å sikre at både selve forespørselen og eventuell gjennomføring av et intervju med en person som til en viss grad er kjent fra det daglige

arbeidet kunne gjennomføres tilfredsstillende vis. Både med tanke på å sikre at det ikke oppleves press i forhold til deltakelse, trygghet i selve intervjusituasjonen, eller usikkerhet for intervjupersonen i forhold til gjenkjennbarhet og taushetsplikt.

Forhold som kunne øke risikoen for gjenkjennelse er utelatt fra sitater og presentasjoner av funn.

Dette gjelder også informasjon om intervjupersonene som kunne gjøre dem gjenkjennbare.

Ettersom alle deltakerne har taushetsplikt som ansatte ved kritesentrene, minnet jeg informantene om dette før intervjuet startet. Dette ble anbefalt av NSD for å sikre at det ikke ble registrert taushetsbelagte opplysninger gjennom intervjuene (Vedlegg 1).

Fortolkningen av datamaterialet kan medføre at informanten opplever å miste kontroll over egen historie, og at svarene har blitt fordreid (Malterud 2017, Kvale og Brinkmann 2009). For å unngå at informanten opplever dette forsøkte jeg å stille utfyllende spørsmål og å oppklare når det var noe jeg var usikker på. Også videre i prosessen, gjennom analysen og drøftingen har jeg som forsker ansvar for å håndtere det deltakeren deler på en måte som samsvarer best mulig med hvordan deltakeren mente det, og være bevisst på å behandle datamaterialet slik at faren for at deltakere blir mistolket eller feilsitert blir minimert (Malterud, 2017).

Dialogen mellom forsker og deltaker i et kvalitativt forskningsintervju har ofte en personlig karakter og forutsetter gjensidig respekt og tillitt. Dette er også viktig med tanke på at en skeptisk eller utrygg deltaker ikke nødvendigvis vil dele rike beskrivelser av sin opplevelse av fenomenet som studeres (Malterud, 2017). Det at intervjuene måtte foretas per telefon opplevdes som en utfordring i forhold til dette. Se kapittel 3.4.2, Rekruttering, for en mer utfyllende drøfting omkring denne utfordringen.

## **3.4 Datainnsamling**

### **3.4.1 Utvalg**

I kvalitative studier skal utvalget være slik at det forekommer tilstrekkelig variert materiale om det som undersøkes når studien er gjennomført (Malterud, 2017). Det ble derfor planlagt et strategisk utvalg i denne studien. Et strategisk utvalg er satt sammen med mål om at materialet skal belyse problemstillingen mest mulig (Malterud, 2017).

Inklusjonskriteriene for studien var ansatte ved et kritesenter som jobbet på tidspunktet intervjuet ble utført, og som har arbeidet ved kritesenteret i mer enn to år. Videre var det ønskelig at den

ansatte har jobbet overveiende i kontakt med voldsutsatte, fremfor administrativt arbeid. Jeg ville fortrinnsvis ikke intervju flere ansatte fra samme krisesenter, men forsøke å få en så god spredning som mulig på krisesentrene. Jeg valgte å forholde meg til krisesentre på Østlandet, med tanke på reisevei for intervjuer. Jeg intervjuet ingen fra Oslo krisesenter, da min arbeidsplass er tilknyttet Oslo krisesenter.

Jeg hadde i utgangspunktet et ønske om å kun intervju miljøterapeuter, men innså tidlig i prosessen at jeg ved å sette dette kriteriet ville ekskludere ansatte med svært lang arbeidserfaring. Dette henger slik jeg forstår det også sammen med krisesentrenes historie som beskrevet i kapittel 1.1 hvor frivillighet og hjelp til selvhjelp var grunnstener i etableringen av krisesentrene i Norge. Jeg har dermed kommet til å anse det som relevant for studien å innhente materiale også fra ansatte uten høyere utdanning med tanke på å oppnå tilstrekkelig variert datamateriale. Utvalget bestod av seks kvinner. Tre av deltakerne har høyere utdanning, tre har det ikke. De tre med høyere utdanning har gjennomsnittlig 5,5 års arbeidserfaring. De uten høyere utdanning har gjennomsnittlig 24 års arbeidserfaring.

Flere krisesentre responderte på forespørselen om intervju med at Covid- situasjonen på det aktuelle tidspunktet gjorde deltakelse uaktuelt. Utvalget ble dermed preget av at det var kommet en uforutsett utfordring i arbeidet med å finne aktuelle deltakere, og jeg avgjorde til slutt å takke ja til alle som hadde meldt seg som interesserte i å bli med uavhengig av om de jobbet på samme krisesenter eller ikke, så lenge alle ytterligere inklusjonskriterier ble oppfylt. Utvalget i studien består dermed av seks ansatte fra tre forskjellige krisesentre. Malterud (2017) skriver at det av og til kan være vanskelig å rekruttere et optimalt strategisk utvalg, og at det i disse tilfellene blir viktig for forskeren å redegjøre for eventuelle begrensninger som følger av denne utvalgsstrategien. Dette vil jeg forsøke å gjøre i kapittel 4.3.

### 3.4.2 Rekruttering

Jeg lokaliserte elleve krisesentre på Østlandet og ringte hvert enkelt, presenterte meg selv og prosjektet kort, og ba om lov til å sende en e-post med informasjon. Jeg hadde fått tillatelse fra min arbeidsgiver til å fortelle at jeg selv jobber på Bokollektivet, ved Oslo krisesenter. Jeg sendte forespørsel per e-post til ni krisesentre (Vedlegg 3).

Jeg innså snart at Covid- situasjonen preget responsen på flere måter. For det første var det flere sentre som svarte at de dessverre ikke hadde tid til å forholde seg til slike forespørsler grunnet

situasjonen. Videre ble det formidlet fra de fleste at ansikt- til ansikt møtes dessverre ikke var aktuelt grunnet smittevern- hensyn. Etter å ha drøftet denne problemstillingen med veileder og studieveileder kom jeg frem til at jeg skulle gjennomføre intervjuene per telefon. Dette var et tilbakeslag, både med tanke på intervjuenes kvalitet, men også med tanke på at jeg allerede hadde avgrenset meg til å kun kontakte krisesentre på Østlandet med tanke på reisevei og ansikt- til ansikt intervjuer.

Avgjørelsen om å foreta intervjuene per telefon fremfor andre digitale plattformer som Zoom var påvirket av at jeg allerede var i dialog med intervjupersoner. Dette var tidlig i pandemien og det opplevdes som utfordrende å få tilstrekkelig klarhet i hvordan dette kunne gjennomføres på en tilfredsstillende måte med tanke på personvernet. Jeg opplevde at tidspresset kunne bli en faktor som kunne føre til at gjennomføringen av intervjuer per digitale medier i ettertid ville vise seg å ikke ha blitt gjennomført på en tilfredsstillende måte, og ønsket ikke å ta sjanser i møte med et felt jeg følte meg svært usikker på. Videre anså jeg telefon som et medium vi alle er komfortable med. I arbeidet som miljøterapeut og kanskje også i krisesenterarbeid er mange godt vant til å snakke på telefon med kjente og ukjente, og også om mer utfordrende og sensitive temaer.

Jeg anser det som avgjort at intervjuene ble påvirket av at de ble foretatt på telefon. Jeg tror det gjorde det mer utfordrende for meg i min rolle som novise-forsker. Jeg var allerede nervøs, og syntes det tok litt lengre tid å finne tonen uten ansikt og kroppsspråk. På den annen side opplevde jeg at alle intervjupersonene virket komfortable med å snakke om temaet. Intervjuene resulterte i et rikt datamateriale som tilsa at intervjupersonene opplevde seg tilstrekkelig komfortable med intervju per telefon til å kunne dele av erfaringer. Jeg tror som nevnt tidligere at dette kan ha en forbindelse med at deltakerne kan være vant til å snakke på telefonen i sitt daglige arbeid, både med voldsutsatte og med samarbeidspartnere.

### 3.4.3 Pilotintervju

Jeg gjennomførte to pilotintervjuer på bekjente som også jobber i hjelpeyrker. Det ene pilotintervjuet ble foretatt på telefon. Dette ble gjort for å teste lyd kvalitet og appen Nettskjema-diktafon, men også for å kontrollere hvordan det opplevdes å gjøre dette per telefon for meg og intervjuperson. Etter pilotintervjuene ble det klart for meg at flere av spørsmålene mine ikke passet til en muntlig intervjuform. Flere setninger var altfor lange, og språket opplevdes som kronglete og unaturlig. Enkelte av oppfølgingsspørsmålene opplevdes i større grad som ledende spørsmål i

muntlig form enn i skriftlig form. Pilotintervjuene fikk meg dermed til å redigere i intervjuguiden min.

### 3.4.4 Gjennomføring

Jeg benyttet datainnsamlingsverktøyet Nettskjema og appen Nettskjema-diktafon. Dette ble avklart med intervjupersonene i forkant av intervjuet. Ved intervjuene hadde jeg to telefoner, hvor den ene stod på høyttaler for gjennomføring av intervjuet, den andre spilte av diktafonen via appen. Jeg hadde anslått omtrent 45 minutter til intervjuer. Det lengste var på en time, det korteste 25 minutter.

Jeg utførte intervjuene ved hjelp av et semistrukturert livsverdensintervju, som ifølge Kvale og Brinkmann (2009) benyttes når det søkes å innhente fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet, og temaer fra dagliglivet skal forstås ut ifra intervjupersonenes perspektiver. Intervjuet ble lagt nært opp til en samtale i dagliglivet. Som semistrukturert intervju benyttet jeg meg av en intervjuguide med bestemte temaer og forslag til spørsmål og oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009; Vedlegg 4). Rekkefølgen på spørsmålene, og oppfølgingsspørsmål til beskrivelser deltakerne delte ble tilpasset underveis i hvert enkelt intervju, slik at jeg kunne følge intervjupersonen i samtalen på en mest mulig naturlig måte.

I et kvalitativt forskningsintervju er konteksten omkring samtalen en viktig ramme for kunnskapsproduksjon (Malterud, 2017). Alle deltakerne fikk tilsendt et infoskriv som beskrevet i kapittel (Vedlegg 2), som ble gjennomgått muntlig i forkant av intervjuet. Jeg innledet intervjuene med å introdusere meg selv og prosjektet, og med å takke for at intervjupersonen ønsket å delta. Ved transkribering og senere gjennomgang av intervjuene opplever jeg allikevel meg selv som noe avkortet i denne introduksjonen. Dette skyldes nok nervøsitet. Jeg tror det ville være bedre om jeg hadde tatt meg bedre tid her, da det jo er denne introduksjonen som setter rammene for intervjuet. En noe stiv innledning kan oppleves som kunstig. Jeg opplevde at dette ble lettere etter hvert, både inn i hvert enkelt intervju, og etter hvert som jeg hadde utført flere intervjuer.



## 4 Analyse

### 4.1 Transkribering

For at data fra et kvalitativt intervju skal bli tilgjengelig for analyse må de bearbeides. Transkripsjon inngår som en del av fortolkningen av datamaterialet (Malterud 2017). Jeg gjennomførte transkriberingene selv, og gikk i gang med transkriberingen ganske umiddelbart etter at hvert enkelt intervju var utført. Det transkriberte datamaterialet utgjør til sammen 49 sider. Intervjuene ble transkribert så ordrett som mulig fra lydfiler til word- dokumenter med lyder som latter og «mm», og markeringer for pauser. Jeg erfarte at dette ble en verdifull måte å nærme seg materialet for første gang på, og at dette gav meg et godt første innblikk og en første oversikt.

### 4.2 Analyseprosessen

Gjennom analysen skal rådata organiseres, fortolkes, sammenfattes og omdannes til resultater. Jeg har benyttet Malteruds metode Systematisk tekstkondensering (2017). Metoden anses som en fenomenologisk analyse, uten å forutsette omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi. I følge Malterud (2017) er dette en metode som skal egne seg for den uerfarne forskeren.

Analysen består av fire trinn. I det første danner en seg et helhetsinntrykk av datamaterialet. I det andre trinnet identifiseres meningsdannende enheter. I det tredje trinnet abstraheres meningsinnholdet i hver enkelt meningsdannende enhet, og i fjerde trinn sammenfattes betydningen. Jeg vil i det følgende forsøke å belyse hvordan analysen er foretatt i denne studien i tråd med metoden systematisk tekstkondensering.

#### 4.2.1 Første trinn- helhetsinntrykk

Jeg leste først alt datamaterialet for å danne meg en oversikt og et helhetsinntrykk. Her var det som tidligere nevnt også en fordel å ha foretatt transkripsjonen av datamaterialet selv. I følge Malterud (2017) er det på dette trinnet viktig å forsøke å legge forforståelsen til side og ha et åpent sinn, mens oppmerksomheten er rettet mot intervjupersonenes stemmer. Det samlede transkriberte datamaterialet utgjorde 49 sider.

Den samlede gjennomlesningen gav et nytt og annerledes inntrykk av innholdet enn det jeg hadde fått under intervjuene og transkripsjonen. Jeg opplevde datamaterialet som mer innholdsrikt og variert når jeg leste det på trykk. Jeg fikk innledningsvis veldig mange foreløpige forslag til temaer og opplevde usikkerhet i forhold til at absolutt alt virket like viktig. Det å legge egen forforståelse til side, men samtidig holde fokus på hva jeg egentlig forsket på opplevde jeg som en balansegang. Etter å ha lest alle intervjuene satte jeg opp foreløpige temaer som tredde frem i materialet. I første omgang ble dette syv sikre og to mulige temaer.

#### 4.2.2 Andre trinn- å identifisere meningsbærende enheter

I andre trinn fant og sorterte jeg meningsbærende enheter i materialet som kunne belyse problemstillingen min. Jeg leste systematisk gjennom teksten linje for linje, og benyttet merknadsfunksjonen i Word til å markere alle tekstfragmenter som inneholdt relevant informasjon med tall. Tallene viste til temaene jeg satte opp på trinn en. Så tok jeg meningsenhetene ut av teksten og sorterte dem inn i egne temagrupper. Her skriver Malterud (2017) at det er bedre å ta med for mye tekst enn for lite.

Jeg hadde mange revurderinger, igjen i tråd med Malterud (2017) som skriver at det på dette trinnet er ok å ombestemme seg igjen og igjen. Noen meningsbærende enheter ble satt inn under flere temaer, og flere temaer ble nyansert, revurdert og slått sammen.

Jeg gjorde dette arbeidet i Word, et valg som jeg opplevde som ryddig og oversiktlig. Underveis startet jeg nye filer og bevarte slik forskjellige stadier i arbeidet. Slik hadde jeg mulighet til å gå tilbake og få oversikt over hvordan prosessen tok form. I tillegg førte jeg en endringslogg. Selve sorteringen av meningsbærende enheter fikk meg til å forstå temaene mine bedre, og gav meg en større oversikt over datamaterialet.

Avslutningsvis ble det stående 3 temagrupper.

#### 4.2.3 Tredje trinn- kondensering

I tredje trinn i analysen sorteres de meningsbærende enhetene i hver temagruppe ytterligere inn i sub-grupper. I arbeidet med subgruppene er det ikke et krav om å legge forforståelse til side, teksten tolkes med et faglig perspektiv når det avgjøres hvilke sub-grupper som skal dannes og hvilke meningsbærende enheter som hører til hvor (Malterud 2017).

Når subgruppene er dannet er det disse som utgjør analyseenheten. Videre skal innholdet kondenseres ved å lage kunstige sitater som skal bære med seg de meningsbærende enhetene sitt konkrete innhold, omsatt til en mer generell form. Kondensatene dannes ved å velge et spesielt innholdsrikt sitat innen hver sub- gruppe, som så tilføres tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene i samme sub- gruppe. Deretter lages et sitat for hver subgruppe som best mulig beskriver innholdet datamaterialet i denne subgruppen, et såkalt gullsitat (Malterud 2017).

Under dette arbeidet ble meningsbærende enheter som ikke kunne innlemmes lagt til side, for så å se på disse og avgjøre om de ikke hørte til i kodegruppen, eller ikke er en meningsbærende enhet allikevel. På denne måten ble datamaterialet vurdert og abstrahert på en systematisk måte med bakgrunn i studiens problemstilling (Malterud 2017). Jeg opplevde på et punkt i denne prosessen at det var utfordrende å stå i ansvaret for egne avgjørelser i forhold til faren for å mistolke og la egen forforståelse og egne meninger legge føringer på hvordan jeg formulerte kondensatene. Ubehag ved risikoen for å «legge ord i munnen» på deltakerne førte til et ønske om å la beskrivelsene stå som de var. Jeg erfarte at denne utfordringen ble mindre etter hvert som forståelsen utviklet seg og et system tredde frem. Også på dette trinnet i analysen ble temagruppene og subgruppene justert og avgrenset.

#### 4.2.4 Fjerde trinn- sammenfatte og beskrive

Funnene skrives ut. Kondensatene benyttes til å sammenfattes kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe i en sammenhengende analytisk tekst med utdrag av deltakernes fortellinger, og sitater som illustrerer beskrivelsen. Til slutt ble funnene validert ved å se på resultatet av analysen opp mot det opprinnelige datamaterialet, mens jeg lette etter data som motsa de konklusjonene jeg hadde trukket (Malterud 2017).

### 4.3 Metodediskusjon

Validitet og reliabilitet handler om hvorvidt kunnskapen ervervet fra en studie kan anses som pålitelig og gyldig, og om den har overføringsverdi (Kvale og Brinkmann, 2009).

Validitet i samfunnsvitenskapene dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Validiteten innen kvalitativ forskning vektlegges av kontinuerlig

prosessevaluering, og valideringsarbeidet bør fungere som kvalitetskontroll gjennom alle stadier av kunnskapsproduksjonen (Kvale og Brinkmann, 2009). Hensikten med denne studien er å få mer kunnskap om de erfaringene ansatte ved krisesentre beskriver i forbindelse med arbeidet med voldsutsatte med psykiske helseutfordringer. Det er anvendt kvalitativ metode, som har som mål å utforske meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte, og innenfor den naturlige sammenhengen (Malterud, 2017). Fenomenologi handler om forståelse av subjektive menneskelige erfaringer, og er relevant filosofi innenfor kvalitativ forskning (Malterud 2017). Det semistrukturerte livsverdenintervjuet er egnet når det søkes å forstå temaer ut ifra intervjupersonens egne perspektiver, og da særlig beskrivelser av fortolkninger av meningen med fenomenene som beskrives (Kvale og Brinkmann, 2009).

Reliabilitet handler om målsikkerhet. Innen kvalitativ forskning blir reliabiliteten ved en studie vurdert ut ifra datainnsamlingens konsistens og troverdighet. For å sikre reliabiliteten en i en kvalitativ studie er det viktig at forskeren redegjør for egen forforståelse, prosess og fremgangsmåte, og for hvordan disse kan påvirke funnene (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg jobber selv innenfor krisesenter-feltet, og møter også voldsutsatte med tilleggsutfordringer. Med meg inn i prosjektet har jeg mine opplevelser og erfaringer fra disse møtene, og de har hele veien vært med på å innvirke på og forme studien. Forskeren er å anse som en aktiv deltager i kunnskapsutviklingen, som vil medvirke i alle ledd av kunnskapsproduksjonen (Malterud, 2017). Forskerens egen rolle og påvirkning gjennom studien skal observeres, anerkjennes og bli beskrevet så godt det lar seg gjøre.

For å i størst mulig grad la leseren få innblikk i aspekter ved min rolle som forsker og hvordan disse kan ha innvirket i studien forøker jeg å redegjøre utdypende for forforståelsen min i kapittel 3.2, og for hvordan innsamling av data har foregått i kapittel 3.4.

Jeg har hatt en nysgjerrighet omkring temaet for problemstillingen gjennom flere år, og da særlig den delen av problemstillingen som omhandler den ansattes opplevelse. Dette har naturlig nok har ført til at jeg har dannet meg mine egne perspektiver på hvordan dette kan oppleves. Disse oppfatningene påvirker meg i alle ledd i studien, fra valg av problemstilling, til gjennomføring av intervjuer til analyse og teorivalg og drøfting, og jeg har hele tiden vært bevisst på dette og forsøkt å ha et avklart forhold til det. Jeg har erfart gjennom studien at jeg har fått tilgang til flere nye perspektiver, og at datainnsamlingen frembrakte resultater som førte til at jeg måtte se på og vurdere annen teori enn det forforståelsen min tilsa. Dette kan antyde at min forforståelse ikke har ført til at jeg har tolket resultatene utelukkende ut ifra mine egne oppfatninger.

I intervjuprosessen ble det gjort klart fra første kontakt med krisesentrene at jeg selv arbeider ved Bokollektivet, som ligger administrativt under Oslo Krisesenter, og intervjupersonene var informert om dette. Dette vil ha påvirket hvordan dialogen mellom oss tok form i intervjusituasjonen. Jeg anser dette som en situasjon med både svakheter og styrker, hvor begge springer ut ifra hvordan dialogen kanskje innebar en forutsatt forståelse av at jeg «vet hvordan det er».

En annen betydelig innvirkning på intervjuene vil være min rolle som uerfaren forsker. Gjennom arbeidet med datamaterialet har jeg blitt oppmerksom på beskrivelser som deltakerne deler hvor jeg burde fulgt opp med utfyllende spørsmål. Dette tror jeg handler om en usikkerhet fra min side i intervjusituasjonen. Jeg opplevde det som en utfordring å ikke la egne spørsmål og nysgjerrighet gi altfor tydelige instruksjoner om hva jeg selv så som viktig og var opptatt av i intervjuet. Jeg tror mitt fokus på å passe på å ikke styre intervjuet i noen bestemt retning ble så viktig for meg at jeg ikke alltid fulgte opp deltakernes beskrivelser med utfyllende spørsmål i den grad jeg kanskje kunne ha gjort. Jeg anser det som mulig at min bevissthet på å ikke styre samtalen ved enkelte anledninger førte til at jeg ble litt passiv. Samtidig vil forskerens egen kunnskap og eget utgangspunkt være umulig å skyve fullstendig unna. De vil også være nødvendige i rollen som intervjuer. I det kvalitative forskningsintervjuet skapes kunnskapen som produseres i selve samspillet og interaksjonen mellom intervjuer og intervjuperson (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuer vil også ha sin språklige stil, sin måte å snakke på som uvegerlig vil påvirke intervjupersonen og hvilke beskrivelser og perspektiver som får plass i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette betyr at intervjupersonen også ville kunne dele andre perspektiver og beskrivelser omkring samme tema, dersom intervjupersonen hadde lagt til rette for dette. Som intervjuer kan jeg forsøke så godt jeg kan å reflektere rundt dette før, under og etter intervjuene. Jeg kan også etter beste evne forsøke å gjøre rede for min opplevelse av denne prosessen.

Utfordringene i rekruttering grunnet coronapandemien som ble beskrevet i kapittel 3.4 vil også ha en betydning i vurderingen av studiens overførbarhet. En kvalitativ studies overførbarhet er ofte knyttet til utvalget (Malterud, 2017.) Som beskrevet i kapittel 3.4 ble ikke utvalget i denne studien slik jeg planla. Jeg mener at ettersom det beskrives så store forskjeller fra kommune til kommune i hvordan krisesentrene utformer sine tiltak for voldsutsatte med tilleggsutfordringer (Møller, 2017), nok må anses som til at begrensningene i utvalget har svekket denne studiens overførbarhet. Å

intervjue ansatte fra flere forskjellige krisesentre ville kunne ha fanget opp andre beskrivelser ettersom utformingen av krisesentertilbudet er variert. Samtidig henger overførbarheten også sammen med relevansspørsmålet, altså i hvilken grad resultatene kan bidra til å belyse liknende problemstillinger i andre sammenhenger (Malterud, 2017). I dette perspektivet anser jeg det som at studien kan ha en viss overførbarhet.

## 5 Resultater

Analysen resulterte i tre temaer, med åtte subgrupper. Funnene presenteres i følgende tabell.

Tema	Subgrupper
Alvorlige psykiske helseutfordringer i krisesenterkontekst	Hva vold i nære relasjoner kan gjøre med den psykiske helsen.  Vurderingen som blir en balansegang  Atferd
Kontakt og samarbeid med andre instanser	Vi har ansvar for å koble på andre instanser  Det er svært vanskelig å finne frem til et annet, og mer egnet tilbud  Kommunikasjonen mellom instansene
De personlige erfaringene	En sårbar gruppe med store hjelpebehov  Ønsker om et egnet tilbud

*Tabell 1 Tabell over funn*

I det følgende presenteres funnene sortert inn i kapitler og underkapitler i overensstemmelse med temaer og temaenes subgrupper.

### 5.1 Alvorlige psykiske helseutfordringer i krisesenterkontekst

Denne temagruppen samler data som omhandler de ansattes beskrivelser av sine erfaringer med psykiske helseutfordringer og alvorlige psykiske helseutfordringer i arbeidet på krisesenteret. Temagruppen ser på de ansattes beskrivelse av hva psykiske helseutfordringer betyr i perspektiv av å være utsatt for vold, og på hvordan de ansatte beskriver sammenhengen mellom vold og psykisk helse. Videre handler denne kodegruppa om de ansattes beskrivelser av sine erfaringer i arbeidet med voldsutsatte som har alvorlige psykiske helseutfordringer, og om hvordan de ansatte beskriver vurderingene som gjøres i dette arbeidet.

Jeg har delt temaet begrepet alvorlige psykiske helseutfordringer i krisesenterkontekst inn i tre subgrupper; hva vold i nære relasjoner kan gjøre med den psykiske helsen, vurderingen som blir en balansegang, og atferd.

### 5.1.1 Hva vold i nære relasjoner kan gjøre med den psykiske helsen

Datamaterialet hadde mange beskrivelser av hva vold i nære relasjoner kan gjøre med den psykiske helsen. En underliggende erfaring de ansatte beskrev var at vold er så skadelig at psykiske helseutfordringer i etterkant er en naturlig konsekvens, og at de aller fleste som kommer på krisesenteret på bakgrunn av vold har psykiske helseutfordringer i en eller annen grad. Deltakerne delte beskrivelser om at skadevirkningene av vold har mange og varierte uttrykk, og at flere av disse kan minne om eller være like uttrykk som i annen kontekst vil være symptomer på alvorlige psykiske helseutfordringer. Videre delte flere deltakere at de hadde erfart at konsekvenser av vold som vanskeligheter med inntak av mat og søvnproblemer kan utgjøre ytterligere utløsende faktorer i forhold til psykiske helseutfordringer.

En deltaker beskrev det slik:

*«Det er velkjent at vold i nære relasjoner er ekstremt belastende å leve med, og mange sliter psykisk i forbindelse med oppholdet på krisesenteret, eller etterpå. Det er naturlig.»*

Flere deltakere nevnte også at selve begrepet psykiske helseutfordringer er avhengig av hvilke perspektiv som anvendes, og beskrev psykisk helse som noe dynamisk som vil endre seg gjennom livet avhengig av omstendighetene, slik at flertallet av mennesker vil ha psykiske helseutfordringer en eller annen gang i løpet av livet.

To deltakere beskrev at de i møtet med den voldsutsatte ikke nødvendigvis så diagnoser som det betydningsfulle. En beskrev det slik at diagnoser i enkelte tilfeller kan stå i veien for å se hele mennesket. Flere deltakere understreket at de ikke er terapeuter, og at de ikke anser alvorlige psykiske helseutfordringer som et felt hvor de har kompetanse til å foreta vurderinger eller hjelpe den voldsutsatte slik den voldsutsatte trenger.



### 5.1.2 Vurderingen som blir en balansegang

Flere ansatte beskriver at det finnes en slags grense på hvor dårlig du kan være og fortsatt kunne ha nytte av krisesenteret sin hjelp, og når krisesenteret må tenke at det finnes andre som kan hjelpe bedre.

*«Det handler om graden av utfordringer. De aller fleste som bor på krisesenteret er preget psykisk, men allikevel fungerer jo de fleste godt nok til å kunne benytte seg av oppholdet.»*

Det beskrives en balansegang på når krisesenteret vurderes som det rette stedet for en voldsutsatt med psykiske helseutfordringer, og når krisesenteret må henvise videre til andre instanser. Med i denne vurderingen kommer da situasjonen på krisesenteret i det aktuelle tidspunktet, altså hvilke andre beboere som bor på krisesenteret akkurat da.

Flere deltagere delte beskrivelser av situasjoner med voldsutsatte som har vært i behov at et tilbud, hvor de ansatte har vært usikre på om vedkommende burde få tilbud om plass ved krisesenteret eller ikke, og hvor krisesenteret da har valgt å gi et botilbud. Deltagerne legger da vekt på at krisesenteret prøver i det lengste å gi tilbud, og ofte i tvilstilfeller velger å tilby plass ved senteret for å heller prøve, enn å avvise grunnet usikkerhet.

Flere deltakere beskriver at disse vurderingene ofte kan oppleves som utfordrende og vanskelige og legger vekt på viktigheten av å ikke stå alene i dem. De beskrev at de ofte diskuterte saker med kollegaer dersom de var i tvil. I denne forbindelse delte også flere deltagere at de har erfart det som viktig å oppleve støtte fra sine nære ledere.

### 5.1.3 Atferd

Alle deltakerne beskriver en underliggende erfaring om at det er atferden hos den voldsutsatte som det som oftest er det avgjørende når det vurderes at en voldsutsatt med alvorlige psykiske helseutfordringer ikke kan få tilbud om plass i botilbudet på krisesenteret. Flere deltakere utdyper dette med at det handler først og fremst om det som oppfattes som atferd som kan skremme andre beboere, og da spesielt med tanke på barn som befinner seg på senteret.

En deltaker:

*«Det er jo et stort bofellesskap med barnefamilier også, så det er noe med atferden. Hvis de har en veldig sånn skremmende atferd overfor andre beboere og barn, så blir det et problem.»*

En annen:

*«Det er ikke sånn krisesenteret er lagt opp per i dag. Det mest alvorlige, da, hvis en skal snakke om det, hvor det er snakk om psykose, eller hallusinasjoner eller den type ting. Så ser vi at det gjør andre redde. Og det er en del av dette med å bo på krisesenter, at en skal ikke være redd når en er inne på krisesenteret.»*

Flere deltakere delte beskrivelser av en opplevelse av at krisesenteret ikke hadde bemanning eller kompetanse til å ivareta voldsutsatte som hadde denne type atferd, og at krisesenteret dermed i møtet med disse vurderer at et botilbud hverken vil være hensiktsmessig eller forsvarlig.

Utover den voldsutsattes atferd løftet flere deltakere frem at krisesenteret fungerer som et stort bofellesskap med en forventning om at de voldsutsatte skal ivareta egne daglige behov, og klare å fungere i interaksjon med hverandre. Deltakerne forteller at når en beboer ikke klarer å fungere i et slikt bofellesskap blir dette en påkjenning både for den voldsutsatte selv, de ansatte, og de øvrige beboerne ved botilbudet.

## **5.2 Kontakt og samarbeid med andre instanser**

Denne temagruppen ser på de ansattes beskrivelser av sine erfaringer i kontakt og samarbeid med andre hjelpeinstanser i arbeidet med å hjelpe de voldsutsatte som ikke får tilbud om plass på krisesenteret på grunn av psykiske helseutfordringer. Datamaterialet var svært rikt på deltakernes beskrivelser av kontakt, samarbeid og samhandling med andre instanser.

Temaet er delt inn i tre subgrupper; vi har ansvar for å koble på andre instanser, det er svært vanskelig å finne frem til et annet, og mer egnet tilbud og kommunikasjonen mellom instansene.

### 5.2.1 Vi har ansvar for å koble på andre instanser

Deltakerne beskrev at de som ansatte ved krisesenteret har ansvar for å ta kontakt med og koble på andre instanser i alle saker som kommer inn til krisesenteret. Dette beskrives som særlig viktig i tilfeller det vurderes at en voldsutsatt ikke kan få tilbud om plass ved krisesenteret.

En deltaker:

*«Når vi ikke kan gi det tilbudet som den voldsutsatte kanskje kunne ønsket, og vi kanskje kunne ønsket å gi, er det viktig for oss å kunne løse videre. Vi har et ansvar for å ta kontakt med andre instanser.»*

### 5.2.2 Det er svært vanskelig å finne frem til et annet, og mer egnet tilbud

Den underliggende erfaringen til deltakerne er at det eksisterende hjelpeapparatet kommer til kort i møtet med denne gruppen. Alle deltakerne delte beskrivelser av at det var vanskelig, og i noen tilfeller umulig, å sikre at den voldsutsatte med psykiske helseutfordringer som førte til atferd som gjorde det vanskelig å tilby plass ved krisesenteret fikk et tilbud om hjelp ved en annen instans.

En sa det slik:

*«Det er en gruppe som ikke blir sett og anerkjent på den måten de burde. Og ikke bare i møte med krisesenteret. Det er i møte med så mange. De faller mellom to stoler, gang på gang. Blir ikke sett, og ikke prioritert. Og tenk på konsekvensene. Å ikke få det tilbudet en trenger vil kunne bety at volden fortsetter, en kan bli alvorlig skadet. Ikke bare fysisk, selvfølgelig, ikke minst emosjonelt.»*

En annen:

*«Det er et tilbud som ikke er tilstrekkelig per i dag rett og slett. Jeg synes ikke det er bra nok.»*

Videre delte flere deltakere beskrivelser av opplevelsen av at de ansatte ikke vet hvor den voldsutsatte kan få den rette hjelpen, og av at krisesenteret tar en del ansvar som egentlig ligger hos kommunen ettersom det ikke finnes noe adekvat tilbud.

### 5.2.3 Kommunikasjonen mellom instansene

Flere deltakere delte beskrivelser av en opplevelse av at utfordringer i kommunikasjonen med andre instanser gjør oppfølgingen tidkrevende og mangelfull. Flere deltakere utdyper i forhold til utfordringene i samhandlingen instansene mellom, og i å finne frem til rett hjelpetilbud, med at det i disse sakene også ofte handler om at den voldsutsatte er i behov av bolig.

*«En ting er jo oppfølgingsamtaler rundt vold, det kan vi bistå med. Men ofte ligger jo den egentlige problemstillingen i at de må ha et sted å bo.»*

Datamaterialet inneholdt mange beskrivelser av episoder der kommunikasjonen med andre instanser om den voldsutsatte sin situasjon og behov opplevdes som utfordrende. Særlig beskrives taushetsplikten og deling av informasjon som en utfordring i denne kontakten.

*«Hvis det for eksempel kommer inn en voldsutsatt på DPS på døgn, og en oppdager veldig tidlig at dette er vold, og her må vi kontakte krisesenteret. Så er det noe med å ringe oss med en gang. Fremfor å ringe og si at i morgen skrives de ut. Og da kan de ikke være her. Og de kan ikke dra hjem. Det har jeg jo forståelse for også, i helsevesenet, på DPS. Så er det klart at det er veldig strenge regler for hvem som kan være der, når de kan være der, og alt dette. Men det gjør liksom at vi står der, og.. Ja. Hvor skal de egentlig?»*

En deltaker beskriver at hun har opplevd flere ganger at krisesenteret har tatt inn en voldsutsatt fra døgnbehandling ved psykisk helsevern hvor de ansatte raskt har tenkt det er avgjørende forhold ved den voldsutsatte sin psykiske helsetilstand og atferd krisesenteret ikke har blitt informert om. Deltaker deler dette:

*«Det burde vi ha fått beskjed om i forkant. For da er det ikke sikkert at vi hadde gjort den samme vurderingen. Er det sånn at de vet det, og ikke har sagt det? Og så har de jo taushetsplikt, det er jo begrenset hvor mye de kan si også?»*

Flere deltakere beskriver en opplevelse av et behov for rolleavklaring i forbindelse med kontakt med andre instanser. De beskriver at kvaliteten på samarbeidet er avhengig av at instansene avklarer og forstår hva de respektive instansene kan og skal tilby av tjenester. Flere deltakere delte

beskrivelser av arbeid som dialogmøter og foredrag ved andre instanser med informasjon om krisesenteret og drøfting omkring hvordan samarbeide best mulig. En deltaker deler beskrivelser av at mye tid i hver enkelt sak også går på å forklare andre instanser hva det er krisesenteret faktisk skal og kan gjøre, og hva botilbudet innebærer. En deltaker deler en beskrivelse av at hun opplever arbeidet med dialog med andre instanser som nyttig, men at det også avhenger av hvilke personer de ansatte snakker med i de aktuelle instansene.

*«Så noen kan ha kjennskap til krisesenteret, mens andre ikke har peiling. Det er noen ganger jeg tror også at vi lever i en litt egen verden, hvor vi tenker at alle vet hva krisesenteret driver med, men hvor vi faktisk bare må forklare litt tydeligere hva det er vi gjør.»*

## **5.3 De personlige erfaringene**

Denne temagruppen handler om deltakernes beskrivelser av hvilke personlige opplevelser de erfarte i møtene med, og arbeidet med, voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer. Temaet er delt inn i to subgrupper; en sårbar gruppe med store hjelpebehov og ønsker om et egnet tilbud.

### **5.3.1 En sårbar gruppe med store hjelpebehov**

Deltakerne delte beskrivelser av de voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer som gjorde at de ikke kunne få tilbud om plass ved krisesenteret som en svært sårbar gruppe med store hjelpebehov, og flere deltakere beskrev at det kan oppleves som vondt og frustrerende å møte disse menneskene uten å kunne hjelpe, og samtidig ikke oppleve å klare å finne frem til andre som kan hjelpe.

En deltaker beskrev det slik:

*«Noen ganger tenker jeg at det er de mest sårbare og sviktede menneskene som ikke kan være på krisesenter. Og det synes jeg faktisk er veldig vondt å tenke på.»*

En annen:

*«Det kan jo oppleves veldig frustrerende. Det at de faller mellom to stoler. Vi vil jo gjerne at de skal ha det best mulig, og vi ser at vi ikke kan gi et godt nok tilbud.»*

To deltakere beskrev en følelse av avmakt og utilstrekkelighet som både ble beskrevet som personlig overfor den voldsutsatte som ikke får hjelpen de burde få, og til å være i forhold til at deltakeren jobbet som en del av et system som ikke strekker til.

*«Jeg tror for min del, rent personlig.. Den følelsen.. avmakt, eller utilstrekkelighet. Ikke bare på et personlig plan. jeg kunne sagt så mye, det er systemet, en del av det systemet jeg jobber i.»*

Deltakerne beskrev opplevelser av bekymring for den voldsutsatte, og flere deltakere beskriver denne bekymringen i forbindelse med en opplevelse av at det er en utfordring i arbeidet med gruppen å ha opplevelsen av ansvar for den voldsutsatte, i kombinasjon med vanskelighetene med å finne frem til et tilpasset hjelpetilbud.

En deltaker sier dette

*«En sånn egen redsel, som krisesentermedarbeider, i forhold til den enkelte. Jeg tenker jo at fra tid til annen så bistår en jo personer som har en veldig, veldig vanskelig livssituasjon, og har hatt det i hele sitt liv. Det er mange som er inne og bistår, i forhold til kanskje psykolog, fastlege.. altså oppfølging i forhold til psykisk helsesituasjon, men, allikevel så kan man få inntrykk av at det ikke er nok. Og det er jo dilemmaet, hvordan skal vi håndtere det.»*

### 5.3.2 Ønsker om et egnet tilbud

flere deltagere beskrev et ønske om at krisesenteret hadde et tilbud hvor mennesker som var utsatt for vold i nære relasjoner kunne bo uten måtte være avhengige av å bo med andre, med ansatte med mer rettet kompetanse inn mot for eksempel psykisk helse og rus og dermed ivaretas på en bedre måte.

*«Det har jeg sagt til lederen min mange ganger, kunne ønske vi hadde en leilighet hvor mennesker som var utsatt for vold i nære relasjoner kunne bo, uten å måtte bo med andre mennesker.»*



## 6 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å utforske hvilke erfaringer ansatte ved krisesentre har i arbeid med voldsutsatte som har alvorlige psykiske helseutfordringer. Gjennom intervjuene, tolkningen og analysen viser funnene at deltakerne deler flere rike beskrivelser av sine erfaringer.

I det følgende diskuteres funnene i lys av det teoretiske rammeverket og tidligere forskning.

Diskusjonen er delt inn i kapitler og underkapitler i overensstemmelse med presentasjonen av funn.

### 6.1 Alvorlige psykiske helseutfordringer i krisesenterkontekst

Begrepet alvorlige psykiske helseutfordringer er på mange måter et lite spisset begrep. Kanskje er dette særlig tydelig i den konteksten begrepet ble anvendt i i disse intervjuene. Deltakerne uttrykte alle en undring omkring selve begrepet i intervjuene. Handlet det om utfordringene «alle» sitter med etter å ha blitt utsatt for vold? Når er utfordringene alvorlige? Når jeg allikevel har benyttet begrepet, var det med tanken at begrepet kanskje kunne åpne for bredere beskrivelser og flere delte erfaringer. Datamaterialet inneholdt mange rike beskrivelser omkring psykisk helse og uhelse. Krisesenteret er et lavterskeltilbud. Ansatte ved krisesentre møter daglig voldsutsatte som har med seg voldens konsekvenser, deri også konsekvensene vold har for den psykiske helsen. Slik jobber de ansatte ved krisesenteret innenfor et felt som omhandler traumer, kriser, psykisk helse og som det handler om i denne oppgaven, de voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer.

Denne temagruppen forsøker å belyse hvordan deltakerne delte sine beskrivelser om erfaringer omkring psykisk helse i det daglige arbeidet, og sin tilnærming til dette.

Gjennom dette søkes det å presentere et perspektiv på hvilke erfaringer og hvilke beskrivelser av fortolkninger av meningen i disse erfaringene de ansatte kan ha med seg inn i møtene med de voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer.

#### 6.1.1 Hva vold i nære relasjoner kan gjøre med den psykiske helsen

OK Møller (2017) fremhever viktigheten av å se vold og psykiske lidelser i sammenheng, fremfor å skille dem ad. Er de psykiske plagene forårsaket av volden, eller utgjør kanskje de psykiske plagene en risikofaktor for å bli utsatt for vold? (Møller, 2017). Denne subgruppen ser på de ansattes beskrivelser av sine erfaringer av hva volden gjør med den psykiske helsen.



I sin studie om hvordan ansatte ved forskjellige instanser innen helse og omsorg erfarte og forstod sitt arbeid med voldsutsatte kvinner med psykisk sykdom, peker Bengtson-Tops, Saveman og Tops (2009) på at de ansatte ser ut til å mangle tilstrekkelig teoretisk kunnskap om konsekvenser av og årsaker til vold i gruppen. Selv om Bengtson-Tops, Saveman og Tops (2009) sin studie ikke utelukkende omhandlet ansatte ved krisesentre anser jeg at dette perspektivet er relevant i lys av hvordan de ansatte ved krisesenteret beskriver sin egen kompetanse i forhold til psykisk helse, og hvordan de ansatte beskriver sine erfaringer med sammenhengen mellom vold og alvorlige psykiske helseutfordringer.

Deltakerne delte beskrivelser som handlet om voldens konsekvenser og om voldens skadevirkninger på den psykiske helsen.

Den underliggende erfaringen deltakerne deler er at vold er så skadelig at psykiske helseutfordringer er en naturlig konsekvens, og at volden også kan medføre konsekvenser som kan utløse ytterligere psykiske helseutfordringer. Deltakerne deler beskrivelser som kan peke på en underliggende erfaring om at vold og psykisk helse henger sammen.

Samtidig beskriver flere av de ansatte at begrepet psykiske helseutfordringer er avhengig av perspektivet som anvendes, og deler erfaringen at psykiske helseutfordringer generelt er noe allment og menneskelig, og at den psykiske helsen vil endre seg avhengig av omstendighetene. Jeg mener denne beskrivelsen kan si noe om hva de ansatte erfarer som sin forståelsesramme i sitt fagfelt i møtene med psykiske helseutfordringer hos voldsutsatte. Beskrivelsene handler om den voldsutsatte som har psykiske helseutfordringer som står i sammenheng med volden hen har vært utsatt for.

Det var ingen av deltakerne som la vekt på eventuelle diagnoser i sine beskrivelser av erfaringer med psykiske helseutfordringer. To deltakere beskriver derimot at de ikke nødvendigvis anså diagnoser som det avgjørende i møtet med en voldsutsatt.

Videre fremhever flere deltakere at de er ikke terapeuter, og at de ikke anser at de har kompetanse til å foreta vurderinger eller hjelpe på riktig måte dersom de opplever at en voldsutsatt har alvorlige psykiske helseutfordringer.

En underliggende erfaring kan dermed være at psykisk helse som noe dynamisk og i sammenheng med omstendighetene også favner reaksjoner på vold. Dermed kan det se ut som at deltakerne beskriver at selv om sammenhengen mellom vold og psykisk helse er åpenbar fortsatt finnes grader og områder av utfordringer som ikke nødvendigvis utelukkende kan sees som sammenhengende

med volden, eller i hvert fall ikke sammenhengende med volden på den måten at det er innenfor krisesenterets kompetanse å ivareta den voldsutsatte og bistå med riktig tilstrekkelig hjelp.

### 6.1.2 Vurderingen som blir en balansegang

I denne subgruppen samles datamaterialet som inneholdt deltakernes beskrivelser av vurderingene som foretas når de ansatte ved krisesenteret er usikre på om den voldsutsatte kan få tilbud om plass grunnet alvorlige psykiske helseutfordringer.

Flere av deltakerne beskriver at de erfarer det finnes en slags grense for hvor alvorlige psykiske helseutfordringer en voldsutsatt kan ha og fortsatt vurderes som at krisesenteret er et egnet tilbud. Dersom den voldsutsattes utfordringer oppleves som for store, vil krisesenteret vurdere at en voldsutsatte er i behov av hjelp fra andre instanser. Denne vurderingen beskrives som en balansegang som ofte kan oppleves som utfordrende og vanskelig.

Beskrivelsene deltakerne deler viser at vurderingen som foretas i forhold til om den voldsutsatte med tilleggsutfordringer i form av alvorlige psykiske helseutfordringer skal få plass ved krisesenteret er en skjønnsvurdering. Sett i lys av Vikes (et al., 2016; Vike et al., 2002) teori om desentralisering av dilemma blir vurderingen om å tilby eller ikke tilby en plass ved krisesenteret en skjønnsvurdering den enkelte ansatte som står i de personlige møtene med den voldsutsatte skal foreta, med støtte fra kollegaer og eventuelt også ledere internt på krisesenteret.

Den voldsutsattes rettigheter er slått fast i krisesenter-loven; alle voldsutsatte har rett på et hjelpetilbud (Krisesenterloven, 2009). Videre er det ifølge veileder til krisesenterloven (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2015) kommunen som er pliktig til å tilby et tilsvarende og likeverdig tilbud til voldsutsatte som har behov som krisesentertilbudet ikke er egnet til å imøtekomme, eller den voldsutsatte som kan utgjøre en fare for ansatte eller andre brukere. Men som vi skal se nærmere på i punkt 3, deler alle deltakerne en beskrivelse av at deres erfaring er at det er svært utfordrende å sikre at den voldsutsatte faktisk får et tilbud ved andre instanser. Dermed ser det ut til at de ansatte sitter med en opplevelse av at det å avgjøre at den voldsutsatte ikke kan få plass på krisesenteret innebærer en risiko for at den voldsutsatte blir stående uten hjelp.

I lys av dette, og i perspektiv av Vike (et al., 2016; Vike et al., 2002) blir dilemmaet om å sørge for et tilbud til den voldsutsatte med alvorlige psykiske desentralisert til å bli de ansatte ved

krisesenterets dilemma. I dette perspektivet blir det altså den ansatte ved krisesenteret som bærer hovedtyngden av et misforhold mellom kapasitet og ambisjoner i velferdssammenheng.

Flere av deltakerne deler beskrivelser av at det er utfordrende og vanskelig å foreta disse vurderingene, samt at det blir viktig å drøfte med kollegaer. Sett i lys av Vikes (et al., 2016; Vike et al., 2002) beskrivelse handler det da om at den ansatte bærer organisasjonens ansvar for å hjelpe den voldsutsatte på sine egne skuldre i møtet ansikt til ansikt med den eksterne verden av brukere. Deltakernes beskrivelser av saker hvor krisesenteret har vært usikre i sin vurdering, og da heller prøver å tilby en plass ved botilbudet fremfor å avvise en voldsutsatt kan i dette perspektivet sees som en mulig parallell med Vikes beskrivelse av hvordan bakkebyråkratene i nordisk kontekst prioriterer å strekke seg lengre enn de egentlig er nødt til i møtet med behov som er uttalte i føringer, men som det ikke oppleves som at det finnes ressurser til å imøtekomme i praksis.

### 6.1.3 Atferd

En underliggende erfaring deltakerne beskriver er at det er den voldsutsattes atferd, og hvorvidt denne atferden vurderes som kompatibel med gruppen i bofellesskapet på bor på krisesenteret på det aktuelle tidspunktet, som avgjør om den voldsutsatte med tilleggsutfordringer i form av psykiske helseutfordringer kan få tilbud om plass på krisesenteret.

Vike (et al., 2002) ser på hvordan grenseforvaltning synes å internaliseres i egen personlig erfaring blant førstelinjetjenestens ansatte, og anser at det at en administrativ diskurs legger vekt på nødvendigheten av grenser i en organisasjon samtidig som grensene er vanskelige å trekke opp uten bruk av skjønn synes å internaliseres som en grenseforvaltning i egen personlig erfaring blant førstelinjetjenestens ansatte.

Som beskrevet i kapittel 5.1.2 beskriver flere deltakere at vurderingene omkring de voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer kan være vanskelige og utfordrende. I denne subgruppen ser vi hvordan de ansatte beskriver hva som blir avgjørende i disse vurderingene. Alle deltakerne forteller at det handler om den voldsutsattes atferd.

Det kan se ut som deltakerne erfarer at atferden kan sees som en indikasjon på om tilbudet ved krisesenteret er egnet for den voldsutsatte. Gjennom intervjuene gjør flere deltakere det klart at de har med i denne vurderingen hvilke andre beboere som befinner seg på krisesenteret, og at det er hensynet til disse som blir det avgjørende i vurderingen. Flere deltakere utdyper med eksempler

som skremmende atferd, det å ikke klare å ivareta egne daglige behov, det å ikke klare å fungere i interaksjon med andre i et bokollektiv, og hvordan dette igjen kan innvirke på de øvrige beboerne i bofellesskapet.

I dette perspektivet kan det se ut som at deltakerne gjennom å dele erfaringene om atferd som det avgjørende også deler en erfaring at som ansatt ved krisesenteret er det hensynet til de øvrige voldsutsatte ved krisesenteret som blir utslagsgivende i vurderingen. Det ser da ut til at de ansatte da i møtet med et dilemma vurderer at hensynet til den største gruppen, det vil si voldsutsatte som allerede bor på krisesenteret og ikke har atferd som oppleves som skremmende, må komme fremst. En deltaker sier «en skal ikke være redd når en er inne på krisesenteret».

Skjønnsvurderingen som er påkrevd i ansikt- til ansikt møtet med en bruker fordrer da altså et hensyn også til øvrige brukere av tilbudet, som den ansatte også står i en ansikt- til ansikt relasjon til. Dilemmaet omfatter da flere enn den voldsutsatte med psykiske helseutfordringer og selve krisesenterets tilbud. Det omfatter også hensynet til en tredjepart.

Bengtson-Tops, Saveman & Tops (2009) skriver om å opptre pragmatisk som en måte for ansatte å møte voldsutsatte med psykisk sykdom på. Bengtson (et al.,2009) beskriver at det å opptre pragmatisk kan lede til rutineartede tilnærmelser og innebærer en risiko for å overforenkle kompleksiteten i behovene hos den utsatte.

Datamaterialet inneholdt beskrivelser av opplevelser av voldsutsatte som ikke kan få et tilbud ved krisesenteret, da krisesenteret i møtet med disse vurderer at et botilbud hverken vil være hensiktsmessig eller forsvarlig grunnet krisesenterets bemanning og kompetanse. Samtidig beskrives vurderingen av disse sakene som utfordrende. Sett i lys av Bengtson (et al.,2009) sine funn er det mulig at det finnes en viss risiko for at utfordringen det er å vurdere slike komplekse saker kan føre til en rutineartet tilnærming og en risiko for å overforenkle kompleksiteten i behovene, i form av at fokuset på atferden overskygger andre mulige perspektiver og/eller muligheter i den voldsutsattes situasjon. Videre vil det i dette perspektivet også være mulig at fokuset på atferd fører til at den ansatte «mister» annen informasjon som også ville kunne være viktig i forhold til kartleggingen av hva slags hjelp som vil være mest egnet for den voldsutsatte når krisesenteret ikke kan tilby plass.

## 6.2 Kontakt og samarbeid med andre instanser

Datamaterialet inneholdt svært mange beskrivelser av kontakt og samarbeid med andre instanser, og en underliggende erfaring er at deltakerne opplever at krisesenterets samarbeid og samordning med andre instanser som viktig når det handler om arbeidet med voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer.

### 6.2.1 Vi har ansvar for å koble på andre instanser

Denne subgruppen handler om beskrivelsene deltakerne delte om hvordan deres arbeid med voldsutsatte også omfattet et ansvar for å koble på andre instanser. I saker hvor krisesenteret avgjør at de ikke kunne tilby en plass for en voldsutsatt beskrives dette ansvaret som særlig viktig. En underliggende erfaring er at de ansatte opplever at de har et ansvar for den voldsutsatte med tilleggsutfordringer i kraft av at personen er utsatt for vold. Når det så vurderes at krisesenteret ikke er rette instansen ser det ut til at dette ansvaret tar form av et ansvar for å løse den voldsutsatte videre og sørge for at den voldsutsatte får et tilbud ved en egnet instans.

Samtidig, som det vil bli presentert i kapittel 6.2.2, beskriver flere ansatte en underliggende opplevelse av at det ikke nødvendigvis finnes noe egnet tilbud for de voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer.

Her vil jeg igjen trekke frem Vike (et al., 2016; Vike et al., 2002), og beskrivelsen av desentralisering av dilemma. Ansikt til ansikt med brukeren vil dette ansvaret i lys av Vike kunne sees som at avgjørelsen om at krisesenteret ikke har ressursene og kompetansen til å tilby en plass og derfor må avvise den voldsutsatte, bli til et oppdrag om å finne frem til den instansen som skal og kan hjelpe. I dette perspektivet vil det ligge en mulighet for en lettelse av byrden av dilemmaet for den ansatte. Dette ettersom en avvisning om plass ved krisesenteret vil innebære at den ansatte vil bistå med å finne frem til et tilbud ved andre instanser, i tråd med Krisesenterloven (2009) som fastslår at alle voldsutsatte skal ha et tilpasset hjelpetilbud. Dersom den ansatte finner frem til et egnet hjelpetilbud vil den belastningen i dilemmaet som innebærer at en avvisning ved krisesenteret innebærer at vedkommende risikerer å stå uten et hjelpetilbud forsvinne. Slik vil den ansatte bli unngå å måtte forvalte dilemmaet på en måte som kan innebære å måtte handle på tvers av egne idealer og offentlige føringer.

## 6.2.2 Det er svært vanskelig å finne frem til et annet, og mer egnet tilbud

Denne subgruppen handler om de beskrivelsene deltakerne delte om hvordan de opplevde arbeidet med å sørge for at de voldsutsatte som ikke kunne få tilbud om en plass ved krisesenteret grunnet psykiske helseutfordringer fikk tilbud om hjelp ved andre instanser. Deltakerne i studien beskriver kontakten med andre instanser som utfordrende.

Alle deltakerne i studien deler beskrivelser av en opplevelse av at det finnes voldsutsatte med psykiske helseutfordringer som er i behov av hjelp, men som det ikke egentlig finnes noe tilbud for. Disse voldsutsatte oppleves som en gruppe som faller mellom stolene.

I lys av Vike (et al., 2016; Vike et al., 2002), og som diskutert i subgruppe 6.1.3; atferd, kan denne beskrivelsen sees som noe som spisser dilemmaet ved vurderingen av om en voldsutsatt skal få tilbud om plass på krisesenteret eller ikke, dersom man har erfart at enkelte voldsutsatte risikerer å stå uten noe tilbud om hjelp dersom de blir avvist ved krisesenteret. Implisitt i dette ligger også erfaringen som ble diskutert i kapittel 6.2.1; Vi har ansvar for å koble på andre instanser, der deltakerne beskriver sitt ansvar for å sørge for at det rette tilbudet kommer på banen. Dersom dette ligger til grunn vil dette som drøftet tidligere være noe som kan vanskeliggjøre det å avvise en voldsutsatt for den ansatte ved krisesenteret.

En deltaker forteller at det at det ikke finnes andre tilbud fører til at krisesenteret tar en del ansvar som egentlig hører til mellom kommunene. Denne beskrivelsen vil jeg forsøke å se på i lys av Vikes beskrivelse av hvordan bakkebyråkraten synes å få en slags internalisert grenseforvaltning i egen personlig erfaring som kan føre til en løsgjøring av seg selv og sitt arbeid fra organisasjonen. Da vil den ansatte se seg selv som utenforstående i de valg som foretas i organisasjonen og derimot identifisere seg med det arbeidet som utføres direkte overfor brukerne, uten at dette arbeidet nødvendigvis betraktes som arbeid som utføres på vegne av organisasjonen. Samtidig kompenserer den ansatte for det ansvaret organisasjonen ikke ønsker eller makter å ta. I min undersøkelse ser det i dette perspektivet ut til at den ansatte identifiserer seg med krisesenteret og med de voldsutsatte, og ser på krisesenteret som løsrevet fra kommune og øvrig hjelpeapparat. Selv om det at kommunens ansvar for et helhetlig krisesentertilbud går utover selve krisesentertilbudet (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015), og samhandling instansene imellom (Krisesenterloven, 2009), er formulert i offentlige føringer, ser det ut ifra beskrivelsene de ansatte deler ikke ut til at de opplever krisesenteret og sitt arbeid som til å høre sammen med eller være i samarbeid med andre hjelpeinstanser når det kommer til de voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer.

### 6.2.3 Kommunikasjonen mellom instansene

Denne subgruppen samler deltakernes beskrivelser av kontakt med andre instanser i arbeidet med å finne frem til et egnet hjelpetilbud for den voldsutsatte som ikke kan få et tilbud ved krisesenteret på grunn av alvorlige psykiske helseutfordringer. En underliggende erfaring er at kontakten med andre instanser i denne forbindelse oppleves som utfordrende.

Flere deltakere deler beskrivelser av at det i disse sakene ofte handler om at om at den voldsutsatte ikke har noe sted å bo. Mengo (et al., 2020) finner i sin undersøkelse at deltakere beskriver at det i flere av sakene som handler om voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer er snakk om omfattende mangler i dekning av grunnleggende behov som står i veien for å begynne å jobbe med temaer som sikkerhet og vold. Deltakernes beskrivelser i min studie kan presentere en underliggende opplevelse av at det ikke bare er krisesenteret som anser at deres hjelpetilbud ikke er egnet for de voldsutsatte med alvorlig psykiske helseutfordringer, og at det er mangler i forståelsen av hvordan jobbe med de sammensatte og komplekse behovene som kan finnes i disse sakene som går på tvers av instansene.

Kommunens ansvar for samordning av tjenester er lovpålagt i krisesenterloven §4, om samordning av tjenester (Krisesenterloven, 2009), og alle anbefalinger fra fagmiljøer og myndigheter understreker føringer på samordning (Dahl & Sørensen, 2020). Dahl & Sørensen (2020) skriver at samordning og samhandling i forbindelse med vold, overgrep og omsorgssvikt mot risikoutsatte voksne kan være utfordrende å omsette i praksis. Deltakernes beskrivelser bekrefter dette. Dahl & Sørensen (2020) skriver videre at selv om den enkeltes ansvar for å agere er det som gjør at tiltakskjeden kan settes i gang og fungere allikevel er slik at samhandling og samordning forutsetter at alle nivåene av tiltakskjeden har en faglig forankring og utvikling, og at det finnes systemer for samordning og samarbeid både innad og på tvers av virksomheter.

Datamaterialet inneholdt mange beskrivelse av kontakt med andre instanser hvor taushetsplikten og deling av informasjon instansene imellom ble beskrevet som noe av det som gjorde kontakt med andre instanser utfordrende. En deltaker deler en beskrivelse av at hun flere ganger har opplevd at krisesenteret ikke har blitt informert om avgjørende forhold ved en voldsutsatt sin psykiske helsetilstand ved overføring fra psykisk helsevern til krisesenter. Den ansatte spør om det er slik at

instansen overføringen kommer fra har visst om dette, og valgt å ikke informere om det, og spør om det da handler om at taushetsplikten begrenser hvilken informasjon krisesenteret kan få. Beskrivelsen kan tyde på en underliggende erfaring av at det ikke alltid er klart hva andre instanser legger til grunn for sine vurderinger i sakene som omhandler voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer.

Videre beskriver flere deltakere en opplevelse av et behov for rolleavklaring i kontakt med andre instanser, og at kvaliteten på samarbeidet er avhengig av en slik avklaring. En deltaker løfter frem at det å forklare krisesenterets rolle til andre instanser i hver enkelt sak er tidkrevende. En underliggende erfaring er at deltakerne ser på godt samarbeid med andre instanser som verdifullt og viktig. Flere deltakere deler beskrivelser av arbeid som foredrag ved andre instanser for å øke kjennskap til krisesenterets rolle. Samtidig deler en deltaker at hun opplever dialogarbeidet med andre instanser som nyttig, men personavhengig. Ingen deltakere delte beskrivelser av arbeid utover krisesenterets eget arbeid for å systematisere samordning på tvers av virksomheter, det vil si fra kommunen eller andre virksomheter. Dette kan bety at slikt arbeid ikke er utført. Samtidig kan det bety at deltakerne ikke har kjennskap til slikt arbeid, eller at de har kjennskap til slikt arbeid, men ikke opplever dette som relevant i forhold til deltakernes kontakt med andre instanser i arbeidet med voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer.

## **6.3 De personlige erfaringene**

### **6.3.1 En sårbar gruppe med store hjelpebehov**

Denne subgruppen samler datamaterialet som inneholdt deltakernes beskrivelser av sine egne og mer personlige opplevelser og erfaringer i møtet med de voldsutsatte som ikke kan bo ved krisesenteret.

Isdals belastningstrekant skal kunne gi et bilde på hvordan tre ulike belastningsfaktorer i hjelpeyrkene samvirker, og gjennom dette finne frem til hvordan ulike begreper kan passe inn for å beskrive ulike typer belastninger i arbeidet.

Når vi ser på beskrivelser av belastningsfaktorer i hjelpeyrker blir det i denne sammenhengen viktig å påpeke at sakene denne studien omhandler ikke er saker de ansatte nødvendigvis står i til daglig. Da dette allikevel trekkes frem i denne studien, er det i perspektiv av at disse sakene allikevel vil kunne anses å påvirke den ansatte ettersom det er en gruppe som kontinuerlig henvender seg til



krisesenteret. Det handler ikke om det daglige arbeidet til enhver tid, men om en type saker som ut ifra deltakernes beskrivelser dukker opp jevnlig, og dermed presenterer en jevnlig belastning.

En underliggende erfaring deltakerne beskriver er at deltakerne setter sine personlige opplevelser i sammenheng med erfaringen som beskrives i temagruppe kontakt og samarbeid med andre instanser, kapittel 5. Deltakerne delte beskrivelser som omhandlet vanskelighetene med å finne frem til og sikre et hjelpetilbud for de voldsutsatte som ikke kunne få et tilbud ved krisesenteret, og i enkelte saker opplevelsen av at det ikke alltid finnes et egnet tilbud.

En deltaker beskriver en følelse av avmakt og utilstrekkelighet som oppleves som personlig og samtidig på systemnivå. Flere deltakere deler beskrivelser av opplevelse av frustrasjon. Disse erfaringene kan betegnes som beskrivelser av belastninger i arbeidet. Beskrivelsene handler om rammene for arbeidet, og vil ifølge belastningstrekanten peke mot en fare for utbrenthet.

Utbrenthet karakteriseres av en konflikt i behandleren mellom egne idealer og hva det er mulig å oppnå (Bang, 2003). Isdal (2017) legger frem en beskrivelse av forhold ved rammene for arbeidet som vil skape økt risiko for utbrenthet. Dette er forhold som leveringskrav og i hvilken grad den ansatte får jobbe i tråd med egne idealer, som det er mulig at går parallelt med Vike (et al., 2002) sin beskrivelse av prosessen desentralisering av dilemma. Forfatterne anser at dilemmaet uttrykker seg på mange nivåer samtidig for de ansatte. Dilemmaet uttrykker seg som en opplevelse av sterkt press i relasjonene de ansatte involverer seg i med dem som har rettigheter til kommunale tjenester, som et personlig ansvar og samvittighetsproblem, som en opplevelse av å være skyldige og for lite robuste, og som en følelse av utilstrekkelighet (Vike et al., 2002). I dette perspektivet vil en antakelse av at prosessen Vike (et al., 2002) beskriver er relevant for å belyse de ansattes erfaringer i arbeidet med de voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer, også kunne peke på at disse prosessene innebærer en risiko for utbrenthet for de ansatte som står i flere slike saker over lengre tid.

Compassion fatigue er plassert i belastningstrekanten (Isdal 2017) som et relevant begrep i situasjoner som omhandler rammene for arbeidet i kombinasjon med den krevende klienten, og ifølge Isdal (2017) legger begrepet litt større vekt på klienten enn på rammene. Compassion fatigue handler om påkjenninger fra å over lengre tid hjelpe personer som er traumatisert eller lever i smerte.

En underliggende erfaring deltakerne beskrev er at de voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer som ikke kan få tilbud om plass ved krisesenteret er en sårbar gruppe som

deltakerne erfarte at hadde stort behov for hjelp. En deltaker deler at det er vondt å tenke på at det er de mest sårbare og sviktede som ikke kan være på krisesenteret. En annen deltager deler en opplevelse av en egen redsel opp mot hvordan det hele skal håndteres. Flere deltakere beskrev en følelse av avmakt og utilstrekkelighet ikke bare i forhold til systemet, men også på et personlig plan. Isdal (2017) legger frem typiske symptomer på compassion fatigue som blant andre tap av troen på at eget arbeid er virksomt eller bra, synkende motivasjon og selvtillit (Kyer, 2016, ifølge Isdal, 2017), som kan sees som mulige paralleller til deltakernes beskrivelser. Andre typiske symptomer er unngåelse av oppgaver, og oppheng i detaljer. Compassion fatigue handler i ytterste konsekvens om en utarming av evnen til å være en god hjelper. Sett i dette perspektivet er det mulig at det vil være hensiktsmessig å være oppmerksomme på faren for compassion fatigue i møtet med denne gruppen, da compassion fatigue i ytterste konsekvens kan underbygge eventuelle tendenser til å kategorisk avvise voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer hvor det blir ansett som at atferden ikke er kompatibel med de øvrige beboerne. Denne skjønnsvurderingen av atferden fremstår i utgangspunktet som sårbar, og en ansatt som befinner seg i en reaksjon på belastninger på arbeidsplassen i form av utbrenthet eller compassion fatigue vil kunne risikere at skjønnsvurderingen blir påvirket av disse symptomene og dermed fører til en vurdering som i andre omstendigheter ville sett annerledes ut.

### 6.3.2 Ønsker om et egnet tilbud

Denne subgruppen samler deltakernes beskrivelser av sine ønsker om at krisesenteret hadde et egnet og tilpasset tilbud til voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer. Datamaterialet inneholdt flere slike beskrivelser, og understreker den underliggende erfaringen av at det ikke finnes et tilgjengelig tilpasset tilbud for denne gruppa. En videre mulig tolkning av denne underliggende erfaringen er at deltakerne opplever at krisesenteret i flere av disse sakene har kompetanse som de anser som til å kunne være til hjelp dersom det hadde fantes tilgjengelige ressurser til å tilpasse et tilbud slik at de fysiske forholdene hadde ligget til rette for det.

## 7 Konklusjon

Hensikten med studien var å utvikle kunnskap om hvordan ansatte ved krisesentre beskriver sine erfaringer i arbeidet med voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer. Studien hadde følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har ansatte ved krisesentre i arbeid med voldsutsatte som har alvorlige psykiske helseutfordringer?

Deltakerne som deltok i min studie, delte flere rike beskrivelser av dette arbeidet.

Studien finner at deltakerne opplever de voldsutsatte med alvorlige helseutfordringer som en sårbar og utsatt gruppe med store hjelpebehov, og at deltakerne beskriver arbeidet med gruppen som utfordrende. Deltakerne formidler engasjement og deltakelse overfor denne gruppen av voldsutsatte, og deler gjennom intervjuene en underliggende opplevelse av et ønske om å hjelpe. Videre finner studien at alle deltakerne beskriver atferden og hvorvidt denne atferden er kompatibel med de øvrige beboerne ved krisesenteret, som det avgjørende i vurderingen om hvorvidt krisesenteret er et egnet tilbud for en voldsutsatt med alvorlige psykiske helseutfordringer.

Et hovedfunn i studien er at deltakerne beskriver samarbeid og samhandling med andre instanser som en stor utfordring i arbeidet med å finne frem til et egnet tilbud til de voldsutsatte som ikke kan få tilbud om plass ved krisesenteret grunnet alvorlige psykiske helseutfordringer. Knyttet til dette er det funnet at flere ansatte opplever at det finnes voldsutsatte som ikke «hører til» noe sted, og derfor ikke får hjelpen de er i behov av.

Studien viser at dilemmaene som kan oppstå for den ansatte i arbeidet for å sørge for at den voldsutsatte får et egnet hjelpetilbud kan uttrykke seg på flere nivåer i deltakernes erfaringer. Et hovedfunn er at disse dilemmaene kan oppleves som belastende for ansatte ved krisesentre.

### 7.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

For praksis viser denne studien at deltakernes erfaringer peker på et behov for å fortsette å arbeide for å implementere føringer på samordning og samhandling på tvers av tjenestene for å sikre et helhetlig og tilpasset hjelpetilbud for voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer. Videre studier bør se på de voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer sine erfaringer i møtet med krisesenter og andre hjelpeinstanser, og ansatte ved andre hjelpeinstanser sine erfaringer i arbeidet med voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer. Deres erfaringer må belyses videre i utviklingen av ny kunnskap.

# Litteraturliste

Aadland, E. (2011). Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Andersen, A.J.W., Bøe, T.D, Fodstad, H., Ibabao, V.A., Krogsæter, O, og Nordvoll, R. (2008) Vi bærer psykisk helsearbeid videre. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 5 (2): 98 – 103.

Bakketeig, E., Gording Stang, E., Madsen, C., Smette, I., Stefansen, K. (2014). Krisesentertilbudet i kommunene. Evaluering av kommunenes implementering av krisesenterloven (Velferdsinstituttet NOVA Høgskolen i Oslo og Akershus 19/2014). Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5080/Krisesentertilbudet-R19-14.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bang, S. (2003). Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning. Oslo: Gyldendal akademisk.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2015). Veileder til krisesenterloven (01/2015). Hentet fra [https://bufdir.no/contentassets/ed7a489b2fbf4c808e4637c037e51450/veileder\\_til\\_krisesenterloven.pdf](https://bufdir.no/contentassets/ed7a489b2fbf4c808e4637c037e51450/veileder_til_krisesenterloven.pdf)

Bengtsson-Tops, A., Saveman, B. I., Tops, D. (2009). Staff experience and understanding of working with abused women suffering from mental illness. Health & Social Care in the Community. 17(5), 459-465. Hentet fra <https://web-p-ebscohost-com.ezproxy2.usn.no/ehost/detail/detail?vid=0&sid=3fe550aa-f122-4b53-911a-760c936764e2%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=43522631&db=aph>

Bliksvær, T., Skogøy, B. E., Sloan, L., Bakar, N., Johnson, R., Kosuta, M. (2019). Kommunenes krisesentertilbud- En kunnskapsoversikt (NF rapport 13/2019). Hentet fra <https://www.nordlandsforskning.no/nb/publikasjoner/report/kommunenes-krisesentertilbud-en-kunnskapsoversikt>

Dahl, N. C., Sørensen, S. (2020) Vold, overgrep og omsorgssvikt mot risikoutsatte voksne. Forebygging, avdekking og håndtering. Oslo: Universitetsforlaget

Helse -og sosialdepartementet. (2017). Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse. (2017 – 2022). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>

Isdal, P. (2017). Smittet av vold. Bergen: Fagbokforlaget

Karlsson, B. og Borg, M. (2013). Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser. Oslo: Gyldendal Akademiske

Krisesenterloven. (2009). Lov om kommunale krisesentertilbud (LOV-2009-06-19-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-06-19-44>

Krisesentersekretariatet. (2008). Kvinnerommet. Vi gratulerer krisesenterbevegelsen. Oslo:: Krisesentersekretariatet. Hentet fra <http://www.krisesenter.com/backup240616/filer/pdf/materiell/Jubileumsheftet-Kvinnerommet.pdf>

Kvale, S og Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Mengo, C., Beaujolais, B., Kulow, E., Brown, A , Nemeth, J. & Ramirez, R. (2020) Knowledge and perspectives of domestic violence service providers about survivors with mental health disability. *Journal of Family Violence*, 35, 181–190. Hentet fra <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00053-3>

Møller, G. (2017). Delrapport 1A: Kunnskapsoppsummering. Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i kommunen til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse. (Upublisert

rapport til Barne-, ungdoms og familiedirektoratet). Oslo: Varde Hartmark. Hentet fra <http://www.krisesenter.com/wp-content/uploads/2017/08/Delrapport-1A-kunnskapsoppsummering-2.pdf>

Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H & Kroken, R. (2002). Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016). Tilbakeblikk på velferdsstaten: politikk, styring og tjenester. Oslo: Gyldendal akademisk.

World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11. utg.). Hentet fra <https://icd.who.int/en>

# Vedlegg

## Vedlegg 1

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 661294 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

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 15.06.2020, 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:

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.01.2022.

### 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 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

### TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er ansatte ved krisesenter, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene

### 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

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Silje F. Opsvik

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

## Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet;

Hva om den voldsutsatte sliter psykisk?

-En kvalitativ studie av erfaringer ansatte ved krisesenter har i arbeid med voldsutsatte med psykiske helseutfordringer

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om hvordan de som jobber ved krisesentre erfarer møtet med voldsutsatte med psykiske helseutfordringer, og gjennom dette å belyse de ansattes perspektiv på arbeidet med denne gruppen.

I dette skrevet gir jeg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Forskningsprosjektet er en masteroppgave i klinisk psykisk helsearbeid. Jeg vil intervju seks ansatte ved krisesentre om deres erfaringer i arbeidet med voldsutsatte med psykiske helseutfordringer. Mer spesifikt vil jeg få kunnskap om hvordan de ansatte ved krisesentre opplever å møte og arbeide med voldsutsatte som har utfordringer som gjør at det er mulig at de ikke kan benytte seg av det vanlige krisesentertilbudet.

Problemstillingen for studien er:

Hvilke erfaringer har ansatte ved krisesentre i arbeid med voldsutsatte som har psykiske helseutfordringer?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har henvendt meg til flere krisesentre med denne henvendelsen, og du får denne forespørselen da den er sendt til krisesenteret du arbeider ved med forespørsel om at den gis videre til aktuelle ansatte.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju. Det vil ta deg ca. 45 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer i arbeid med voldsutsatte som har psykiske helseutfordringer. Intervjuet vil bli tatt opp og transkribert av meg. Jeg vil også ta notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn, helt frem til publiseringen av studien. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil heller ikke påvirke din behandling ved arbeidsplassen.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Min veileder Anna-Sabina Soggiu, Universitetslektor, Institutt for helse, sosial- og velferdsfag, vil ha tilgang til en avidentifisert transkripsjon av intervjuet.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informasjonen du oppgir under intervjuet skal kun brukes med det formålet beskrevet ovenfor. Studien vil bli anonymisert og det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien ved publisering i form av en masteroppgave. Det er bare jeg og min veileder som vil ha adgang til informasjonen du oppgir.

Hva skjer med opplysningene dine når jeg avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres og slettes når prosjektet avsluttes, noe som etter planen er 01.01.2022.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Liv Skjellerudsveen, student ved Universitetet i Sørøst-Norge, på epost liv.martha@gmail.com eller på telefon 40 60 64 23
  
- Universitetet i Sørøst-Norge ved Anna-Sabina Soggiu, Universitetslektor, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag på epost Anna-sabina.Soggiu@usn.no eller på telefon: 31 00 86 15.
  
- Personvernombud ved Universitetet i Sørøst-Norge; Paal Are Solberg på epost Paal.A.Solberg@usn.no eller på telefon 35 57 50 53

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

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

Med vennlig hilsen

Liv Skjellerudsveen

### **Vedlegg 3**

Hei!

Jeg ringte dere tidligere i dag, og sender her mer informasjon om meg og forskningsprosjektet.

Jeg heter Liv Skjellerudsveen og jeg tar en mastergrad i klinisk psykisk helsearbeid på deltid ved Universitetet i Sørøst Norge samtidig som jeg arbeider heltid på Bokollektivet, Oslo Krisesenter. Det at jeg arbeider ved Oslo Krisesenter har vært med å forme mitt valg av tema for masteroppgaven, og jeg har valgt å skrive om miljøterapeutenes erfaringer med voldsutsatte med psykiske helseutfordringer.

Forskningsprosjektet har en kvalitativ tilnærming og jeg vil gjennomføre seks individuelle intervjuer av ansatte ved krisesentre om deres erfaringer dette arbeidet. Mer spesifikt vil jeg få kunnskap om hvordan de ansatte ved krisesentre opplever å møte og arbeide med voldsutsatte som har utfordringer som gjør at det er mulig at de ikke kan benytte seg av det vanlige krisesentertilbudet.

Jeg sender denne mailen da jeg håper det kan være aktuelt å videreformidle denne forespørselen til de ansatte ved Sarpsborg krisesenter.

Vedlagt ligger infoskriv med utfyllende opplysninger om prosjektet og hva det innebærer å delta.

Ved eventuelle spørsmål eller innspill ta gjerne kontakt med meg per email, eller på tlf 40606423

Med vennlig hilsen

Liv Skjellerudsveen

## **Vedlegg 4**

Utdanning, bakgrunn?

Tidligere arbeidsplasser?

Hvor lenge har du jobbet ved krisesenteret?

Kan du fortelle litt om ditt daglige arbeid ved krisesenteret?

Hvordan opplever du begrepet «voldsutsatte med psykiske helseutfordringer»?

Kan du fortelle mer om dette?

Har du erfaringer med voldutsatte med psykiske helseutfordringer som har henvendt seg til krisesenteret?

Har du opplevd at voldutsatte med psykiske helseutfordringer har henvendt seg til krisesenteret?

Har du erfaringer med beboere på krisesenteret med psykiske helseutfordringer?

Har du opplevd at det har vært beboere på krisesenteret med psykiske helseutfordringer?

Hvilke erfaringer og opplevelser?

Har du erfaringer med at voldsustatte har hatt psykiske helseutfordringer som har gjort at de ikke kunne bo på krisesenteret?

Har du opplevd at ....

Hvilke erfaringer og opplevelser?