

Turnoverintensjon i psykisk helse
En kvantitativ undersøkelse om hverdagen i

psykisk helsevern og hva som påvirker turnoverintensjonen hos
de ansatte.

Anne-Gro Rogstad
Rustand

Mastergradavhandling Samfunn
og helse, psykisk helsearbeid Høst
2023

Fakultet for
Helse- og sosialfag

Universitetet i SørøstNorge
Denne avhandlingen representere
30 stp
Antall ord: 19554

Sammendrag

Helse og omsorgs tjenestene er i mangel av arbeidstakere. Deler av sektoren har allerede nå for lite ansatte til å yte de tjenestene innbyggeren har krav på. Det å sikre nok og riktig kompetanse i framtiden vil bli en større utfordring enn det allerede er i dag og det vil gjelde de fleste områdene innen sektoren. Det blir viktig, ikke bare å rekruttere, men også å beholde de som allerede jobber i denne tjenesten. Med den bakgrunnen forsøker denne undersøkelsen å se på hva som gjør at helsearbeidere ønsker å slutte i jobben. Undersøkelsen tar sikte på å kartlegge hvilke jobbkrav og jobbressurser som påvirker turnoverintensjonen til de ansatte i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Det undersøkes om elementer som er til stede i yrket, som opplevd vold, bruk av sikkerhetstiltak og opplevd bedring hos pasientene kan påvirke viljen til å slutte i jobben. I undersøkelsen kartlegges ulike jobbressurser og jobbkrav og de settes inn i teorien om Job-Demand-Resources. De diskuteres i lys av denne modellen og i teoretisk sammenheng. Dataene er samlet inn gjennom spørreskjema som ble sendt ut til ansatte i psykisk helsevern på tre ulike sykehus. Den innsamlede dataen ble bearbeidet og analysert i SPSS.

Gjennom teorier om indirekte påvirkning i stidiagrammet ble det gjort funn som indikerer at opplevd vold og sikkerhet påvirker turnoverintensjonen gjennom variablene engasjement og kynisme. Det ble også funnet at opplevde bedring av pasienten påvirker turnoverintensjonen til de ansatte gjennom variablene autonomi, engasjement og kynisme. Autonomi har en direkte påvirkning på turnoverintensjonen, mens funnene viser ikke at opplevd arbeidspress påvirker de ansatte ønske om å slutte i jobben. Undersøkelsen finner også at flere av respondentene opplever at pasientgruppen har endret seg over tid. Disse funnene kan indikere at også tiltak knyttet til direkte pasientarbeid kan sees på når man jobber for å rekruttere og beholde ansatte i helse og omsorg sektoren.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Universitetet i SørøstNorge | 0 |
| Sammendrag | 1 |
| Forord | 4 |
| 1 Innledning | 5 |
| 1.1. <i>Nedleggelse av døgnplasser</i> | 6 |
| 1.2 <i>Loven om samtykkekompetanse</i> | 6 |
| 1.3 <i>Endring i justissektoren</i> | 7 |
| 1.4 <i>Formålet med oppgaven</i> | 9 |
| 2 Teoretisk rammeverk | 11 |
| 2.2 <i>Identifisering av variablene</i> | 12 |
| 2.2.1 <i>Vold i psykisk helsevern</i> | 12 |
| 2.2.2 <i>Sikkerhetstiltak</i> | 14 |
| 2.2.3 <i>Bedring hos pasientene</i> | 16 |
| 2.2.4 <i>Arbeidspress</i> | 16 |
| 2.2.5 <i>Autonomi</i> | 17 |
| 2.2.6 <i>Engasjement</i> | 18 |
| 2.2.7 <i>Kynisme</i> | 19 |
| 2.2.8 <i>Turnoverintensjon</i> | 19 |
| 3 Metode | 21 |
| 3.1 <i>Forskningsdesign</i> | 21 |
| 3.2 <i>Variablene</i> | 23 |
| 3.3 <i>Datainnsamling</i> | 25 |
| 3.4 <i>Utsendelse</i> | 26 |
| 3.5 <i>Analysene</i> | 28 |
| 4 Analyser | 32 |
| 4.1 <i>Faktoranalyse</i> | 32 |
| 4.2 <i>Indre validitet</i> | 32 |
| 4.3 <i>Beskrivende analyser</i> | 33 |
| 4.4 <i>Korrelasjonsanalyse</i> | 36 |

| | |
|---|-----------|
| 4.5 Regresjonsanalyser | 37 |
| 4.6 The Method of Path Coefficient | 39 |
| 4.7 Åpent spørsmål | 40 |
| 4.7.1 Økt vold | 41 |
| 4.7.2 Flere dømt til behandling | 41 |
| 4.7.3 Pasientene er sykere | 42 |
| 4.7.4 Mer rus | 43 |
| 4.7.5 Annet | 45 |
| 5 Funn og diskusjon | 48 |
| 5.1 Bedring pasient | 50 |
| 5.2 Autonomi | 51 |
| 5.3 Arbeidspress | 52 |
| 5.4 Åpent spørsmål om endring i pasientgruppen over tid | 53 |
| 5.5 Etikk | 56 |
| 5.5.1 Fokus på vold | 56 |
| 5.5.2 Opplevd tvang kan være problematisk | 56 |
| 5.6 Metodiske styrker og svakheter | 57 |
| 5.6.1 Utvalgsbegrensninger | 57 |
| 5.6.2 Begrensninger i datainnsamling | 58 |
| 5.6.3 Kausalitet | 58 |
| 6 Avslutning | 59 |
| 7 Referanser/litteraturliste | 61 |
| 8 Vedlegg | 70 |

Forord

Da sitter jeg her med en ferdig masteroppgave. Dette har vært en lang og krevende prosess og læringskurven har vært veldig bratt. Master er krevende og med familie og full jobb er det med lettelse jeg nå anser meg selv som ferdig. Dette hadde aldri gått uten mine veiledere Kristin Heiervang og spesielt Kjell Ivar Øvergård som med stor tålmodighet har veiledet meg gjennom statistikkens utfordringer. Takk også til Randi Rosenqvist for et så stort engasjement i faget at fritiden kan brukes til inspirerende samtaler med en masterstudent om fag, politikk og bakgrunn. Takk også til jobben min som har tilrettelagt for meg. Jeg lover at jeg ikke skal be om mer fri i nærmeste framtid til å skrive mer oppgaver.

Asker, 12.11.23

Anne-Gro Rogstad Rustand

1 Innledning

Ifølge NAV sin Bedriftsundersøkelse i 2023, er helse- og sosialtjenesten den sektoren som mangler flest arbeidstakere. Det er også den sektoren som har størst problemer med rekruttering til ledige stillinger. Bedriftsundersøkelsen viser til at helse- og sosialtjenesten mangler omtrent 14.600 mennesker og at 44 prosent av virksomheten melder om at de har problemer med rekruttering (NAV, 2023). SSB (2017) viser til at 1 av 5 nyutdannede sykepleiere ikke jobber i helsetjenesten ti år etter fullført utdannelsen. Man finner at årsaken til at sykepleiere ønsker å slutte i jobben er mange og sammensatte. Allikevel viser undersøkelsen til SSB at ca 10 prosent av de som allerede har sluttet, har gjort dette på grunn av misnøye med jobben. I undersøkelsen til SSB (2017) sier 49 prosent av de som jobbet i helse og omsorgstjenesten at de ønsker å slutte eller at de vurderer å slutte. De rapporterer at stor arbeidsbelastning, stort tidspress, lav lønn, deltidsstilling og for få sykepleiere på jobb var årsaken til ønske om å slutte i jobben (SSB, 2017). Regjeringen nedsatt i 2021 en kommisjon som skulle se på utfordringer knyttet til å sikre nok fagfolk med riktig kompetanse i tiden fremover. De leverte sin rapport «*Tid for handling*» i februar 2023. De viser til tre utviklingsbaner for fremtidig behov for helsepersonell. Ifølge den beregningen vil man i den laveste banen vil trenge 22 % flere helsepersonell i 2040 enn i 2019, i den midtre banen vil man trenge 50 % flere i 2040 enn i 2019 mens man i den høyeste utviklingsbanen vil trenge 72% flere ansatte i 2040 enn i 2019 (Regjeringen.no, 2023a, s. 116). I rapporten vises det til at de kommunale helse og omsorgstjenestene har hatt større utfordringer med å rekruttere over tid og at de allerede nå kan ha problemer med å tilby de tjenestene som befolkningen har krav på. Den siste tiden har også spesialisthelsetjenesten opplevd vanskeligheter med å bemanne ledige stillinger. Ordinære sengeposter, intensivsykepleiere, jordmødre og helsepersonell innen psykisk helse har blitt en utfordring, selv i sentrale strøk som tradisjonelt har hatt lettere for å rekruttere (Regjeringen.no, 2023a, s. 12). Kommisjonen peker på at økt levealder og flere behandlingsformer har ført til et økende behov for helsepersonell (Regjeringen.no, 2023a, s. 14) og at det gjennom de siste årene har blitt et økt press på de som jobber i helse og omsorgstjenester (Regjeringen.no, 2023a, s. 11). Kommisjonen peker på at samfunnet ikke kommer til å klare å bemanne seg ut av det økende behovet for tjenester og de viser til flere tiltak for å kompensere for manglende helsepersonell, som oppgavedeling, organisering og samhandling og arbeidsforhold og arbeidstid (Regjeringen.no, 2023a). På tross av disse tiltakene vil det være et økende behov for helsepersonell i framtiden og en økende utfordring å rekruttere til ledige stillinger. Som nevnt gjelder dette også innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Der «eldrebølgen», økt levealder og økte muligheter til behandling i tjenesten generelt har vært med på å påvirke den situasjonen vi står i dag og framtiden i helse og omsorgssektoren, har det også vært gjennomført endringer innen psykisk helsevern som kan ha vært med på påvirke arbeidshverdagen til de ansatte i tjenesten.

1.1. Nedleggelse av døgnplasser

Gjennom mange år har det blitt gjennomført store endringer i tjenesten psykisk helsevern i Norge. Disse endringene har hver for seg fått konsekvenser for feltet. Samlet sett kan disse endringen ha påvirket pasientgruppen, rammene for behandling og ressursbruken. Dette kan ha hatt en påvirkning på hverdagen på jobb og måten man utfører oppgaver på, for de ansatte i psykisk helsevern (Rustand, 2022).

Antallet plasser i døgnbehandling ble redusert med 55% mellom 1998 og 2015, og deretter nye 12% mellom 2015 og 2019 (Sintef, 2019). Overføringer av ressurser fra sengeposter i spesialisthelsetjenesten til de kommunale behandlingsplassene, var en ønsket utvikling i opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008 og i samhandlingsreformen 2013-2016. Man hadde da et ønske om å bygge opp poliklinisk virksomhet, oppfølgingsteam og forebyggende virksomhet i kommunen (Sintef, 2019). Ønsket var at flere pasienter skulle kunne behandles på et lavere omsorgsnivå, enn ved sengeposter og innleggelse i psykisk helsevern. Dette kan ha medført at antall sengeplasser ble redusert til under behovet. Tall fra en gjennomgang av helseforetakene viser at i 2017 hadde ingen av helseforetakene over 100% belegning, mens i 2021 hadde fire av foretakene over 100% i årlig belegningsprosent (Statusrapport Akuttpsykiatri 2021, s 23/24). I perioden 2017 til 2021 viser disse tallene at antall pasienter overskred akuttpsykiatriens kapasitet.

1.2 Loven om samtykkekompetanse

I tillegg til reduksjonen av døgnplasser kom det en ny lov i 2017 som skulle sikre pasienter rettsikkerhet i behandlingen. Dersom pasienter blir vurdert til å ha samtykkekompetanse, kan de ikke behandles mot sin vilje. Dette gjelder ikke dersom det er «*Nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres helse og liv*» (Syse, 2018, s.6). Hensikten med loven var å redusere bruken av tvang. Det ser ut som om dette hadde en kortvarig effekt, og antall innleggelser etter tvangsparagrafer sank noe (Rustand, 2022). Fra 2017 til 2020 økte igjen antall innleggelser på tvang etter loven om psykisk helsevern med 12 prosent. Man så også en økning på den andelen av pasienter som var innlagt etter kriteriet om å være en fare for seg selv eller andre (Helsedirektoratet, 2020).

I november 2020 kom det et forslag om at man skulle se på loven fra 2017 på nytt. Det ble beskrevet et behov for å vurdere om alvorlig psykisk syke fikk behandling i tide, om de kunne bli en fare for samfunnet og om det kunne ha ført til økt belastning for pårørende. Det var også en bekymring for om tvangsbruken i psykiatrien på sikt kunne bli økende dersom behandling av pasientene kom senere i gang, fordi pasientene rakk å bli dårligere ved å ikke

oppsøke frivillig behandling (Rustand, 2022). Ønsket var da at man skulle se på hvilke «Helsemessige og velferdsmessige konsekvenser lovendringene har fått for både pasienter og samfunn» (Klinge et al, 2020). Regjeringen oppnevnte et utvalg for å se på vilkåret for å vurdere vilkåret om samtykkekompetansen i psykisk helsevern (Statusrapport Akuttpsykiatri 2021, s 2). De leverte sin vurdering 15.07.23. Bakgrunnen for utvalget er blant annet at det har kommet tilbakemeldinger om at vilkåret om samtykkekompetansen kan ha hatt negative konsekvenser for pasienter, pårørende og samfunnet ellers (Helsedirektoratet.no, 2022a). Man ønsker da å se på om tvangsbruken totalt sett har økt, om pasientene er sykere før de kommer i behandling og om politiet i økende grad må bistå i håndtering av pasienter med alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet.no 2022a). Utvalget har hentet inn erfaringer fra blant annet interesseorganisasjoner, helsevesen, politiet og pårørende. Innspill fra akuttnettverket støtter bekymringene beskrevet i nedsettingen av utvalget og mener at det tar lenger tid før pasientene kommer i nødvendig behandling, samt at lovendringen fra 2017 oppleves som et hinder for god pasientbehandling. De påpeker dog at pasientene har fått økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, noe som var lovendringens intensjon. Dette støttes av flere av de andre innspillene, blant annet de som kommer fra de ulike helseforetakene. Norsk Sykepleieforbund peker på en økning i antall hendelser vold, trusler og utageringer i norske akuttavdelinger fra 2017-2020. Dette har gått noe ned igjen i 2020 og 2021 (NSF Høringsinnspill i Helsedirektoratet, 2022a). Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse påpeker i sitt høringsinnspill (2022a) at de pårørende opplever at deres familiemedlemmer med psykisk sykdom velger å ikke ta imot behandling og går til grunne. De påpeker at innføringen av loven om samtykkekompetanse har ført til økt belastning for de pårørende (LPP Høringsinnspill i Helsedirektoratet, 2022a). Norsk Psykiatrisk forening ytrer en bekymring for om innføring av denne loven har ført til at vurderingen for farekriteriet kan ha blitt lavere (Norsk psykiatrisk forening, høringsinnspill i Helsedirektoratet, 2022a).

1.3 Endring i justissektoren

1.10.2016 kom det en endring i straffeloven. Man hadde fra før allerede mulighet til å dømme personer til behandling i tvunget psykisk helsevern etter straffeloven. Med den nye endringen ble det nå åpnet for å dømme person for mindre alvorlige forbrytelser som var av en plagsom karakter og der faren for gjentakelse var nærliggende (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern, 2021). Dette kalles særreaksjon med tidsbestemt dom. Særreaksjonen med tidsbestemt dom til behandling brukes når det er et forsøk på, eller gjennomført en alvorlig forbrytelse og det er fare for gjentakelse, hos de som er erklært ikke strafferettslig tilregnelig. Formålet ved denne særreaksjonen er å sikre samfunnsvernet. Tidsbestemte særreaksjonen kan idømmes dersom det er gjentatte brudd av

særlig plagsom karakter som er samfunnsskadelig. (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern, 2021) Disse særreaksjonene kan kun brukes dersom vedkommende ikke er strafferettslig tilregnelig (Rustand, 2022).

I perioden 2017-2021 økte antall innleggelse av pasienter som er innlagt på dom med 140 prosent. Dette er inkludert de som legges inn for vilkårsbrudd på dommen, ikke kun de som har dømt for første gang (Statusrapport Akuttpsykiatri 2021, s 15). Tall fra 7.3.22 viste at 292 pasienter var dømt til tidsubestemt behandling etter straffelovens §62, av disse var 188 innlagt på døgnavdeling på samme tid (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern, 2021, s 7). Mange av de som er dømt til behandling er innlagt på sikkerhetsavdelinger, enten på regionalt eller lokalt nivå. SIFER sine tall viser at antall plasser på sikkerhetsavdelinger har holdt seg stabilt over flere år samtidig som antall pasienter har økt (SIFER, 2020, s 17). Dette innebærer at pasienter som er dømt til behandling også er ivaretatt på andre poster enn sikkerhetsposter (Rustand, 2022). Rapporter fra akuttposter på Ahus og OUS viser at ansatte på akuttposter finner det problematisk å skulle ivareta denne typen pasienter sammen med akutt syke (Statusrapport Akuttpsykiatri 2021, s 8). Rapporten finner at mangel på plasser på skjermet enhet og mangel på plasser på sikkerhetsavdelinger gjør at ivaretagelsen av de sykeste pasientene med høy voldsrisiko er utfordrende (Statusrapport Akuttpsykiatri 2021, s 8).

Statsadvokaten kom med et rundskriv i 2020 som presiserte at i de tilfellene der pasienter er dømt til behandling, er det ivaretagelse av samfunnsvernet som er det viktigste. Dersom pasientens behandling er i konflikt med samfunnsvernet skal samfunnsvernet prioriteres (Riksadvokatens rundskriv 2/2020). Dette kan bety at dersom kommunen som skal følge opp pasienten ikke er i stand til å ivareta samfunnsvernet, kan en utskrivelse være i strid med lovens krav om å ivareta samfunnsvernet (SIFER, 2020, s. 10). Sikkerhetsavdelinger opplever at det er vanskelig å få skrevet ut pasienter der samfunnsvernet er en faktor og helsedirektoratet har eksplisitt slått fast at der faglig ansvarlig og eller påtalemyndighetene krever at kommunen etablerer tjenester med omfattende kontrolltiltak som fotfølging eller andre kontroll- og overvåkingstiltak kan pasienten ikke ansees som utskrivningsklar. I det samme brevet presiseres det at kommunene ikke har hjemmel i lovverk til å utføre slike sikkerhetstiltak. Det slås også fast i det samme brevet at dersom pasienter er i behov av tiltak som kommunen har hjemmel i lovverk til å utføre, men som de ikke har egnet tilbud og kompetanse til å håndtere må faglig ansvarlig vurdere om pasienten må være videre på døgnavdeling frem til kommunene klarer å etablere et slikt tilbud. Det skrives også det at det skal legges særlig vekt på behovet for samfunnsbeskyttelse (Helsedirektoratet 2022b). I rapporten fra utvalget som så på loven om samtykkekompetanse kommer det frem at mellom 30 prosent og 40 prosent av sengene i de lokale sikkerhetspostene var brukt på pasienter som var dømt til tvunget psykisk helsevern. De

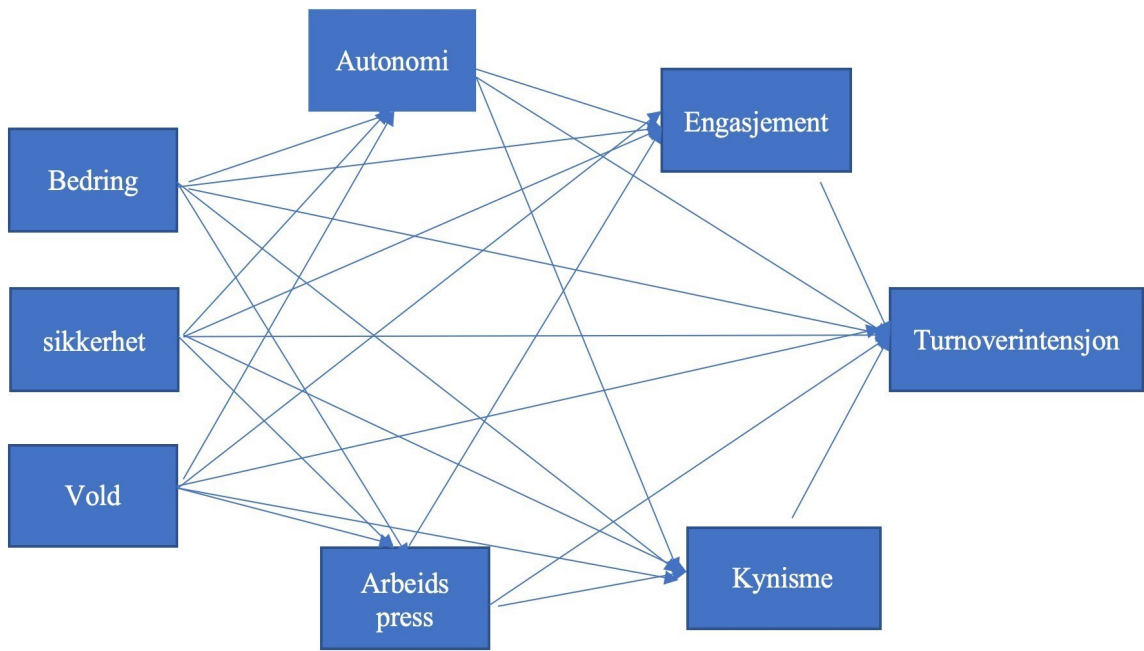
presiserer at dette er pasienter som er i behov av behandling og muligens ville vært innlagt uansett, men økning i de plassene som brukes av justissektoren parallelt med nedleggelse av totalt antallet plasser problematiseres (Regjeringen.no, 2023b).

Nedleggelse av sengeplasser i psykisk helsevern, en økende andel pasienter som er innlagt på tvang fordi de er en fare for seg selv eller andres liv og helse, og en økende pasientgruppe som er dømt til behandling i psykisk helsevern kan gjøre at pasientgruppen som er inneliggende kan være annerledes enn før disse endringen og kan ha ført til at de ansatte jobber med tiltak som også har fokus på sikkerhet. Dette kan i sin tur gjøre noe med hverdagen til de ansatte og deres turnoverintensjon på lik linje som endringer i behandlingstiltak og økt levealder har påvirket hverdagen til de som jobber i helse og omsorgstjenestene i andre deler av tjenesten.

1.4 Formålet med oppgaven

Mitt ønske med denne oppgaven er å se på hvordan opplevde arbeidskrav og ressurser hos de ansatte i psykisk helsevern påvirker deres innstilling til å slutte i jobben. Jeg ønsker også se på om egenskaper hos pasientgruppen eller behandlingen kan henge sammen med på de jobbkrav og jobbressurser ansatte i psykisk helsevern opplever. Jeg har derfor inkludert variabler som at de ansatte opplever bedring hos pasienten i løpet av oppholdet, om de opplever en stor hyppighet og vold fra pasienten og i hvor stor grad de benytter seg av sikkerhetstiltak/tvangsmidler i arbeidet. Oppgavens formål blir da å undersøke om dette i noen grad påvirker jobbressurser og jobbkrav og om det påvirker deres intensjon om å slutte i jobben. Antagelser om påvirkning og samvariasjon i en stimodell mellom de ulike variablene, basert på teori og antagelser:

Figur 1 Teoretisk stimodell av antagelser



2 Teoretisk rammeverk

2.1 Job-Demand-Resources teori.

Job-Demand-Resources teori er en modell innenfor arbeidspsykologi som sier noe om hvordan arbeidsmiljøet påvirker den ansattes helse, trivsel og ytelse. Den sier noe om hvordan man kan integrere de to modellene som omhandler stress og den som omhandler motivasjon i arbeidslivet (Demerouti & Bakker, 2011). Man kan ifølge Job Demand-Resources modellen (JD-R modellen) dele arbeidsbetingelser inn i to kategorier: Jobbkraav og Jobbressurser (Demerouti et al., 2001). Jobbkraav er knyttet opp mot utmattelse og utbrenthet mens mangel på jobbressurser er knyttet opp mot frakopling (Demerouti et al., 2001). Jobbkraav referer til de fysiske, psykologiske, sosiale eller organisatoriske aspektene ved en jobb. Disse krever ofte fysiske eller psykologiske egenskaper og kommer derfor med en fysisk eller psykologisk kostnad (Demerouti & Bakker, 2011.) Disse er ikke nødvendigvis negative, men de kan være negative faktorer dersom den ansatte ikke lykkes i å komme seg etter å ha møtt disse kravene, og hovedsakelig er jobbkraav sett på noe som kan svekke den ansattes helse på sikt (Demerouti & Bakker, 2011, s. 4). Jobbkraav er assosiert med en psykisk eller psykologisk innsats for eksempel i form av kognitive eller emosjonelle kostnader (Bakker et al., 2004 s. 86). Jobbressurser refererer på den annen side til de fysiske, psykologiske, sosiale eller organisatoriske aspektene av jobben som gjør at den ansatte når sine mål, reduserer kostnaden knyttet opp til arbeidskraav eller stimulerer personlig vekst, læring og utvikling (Demerouti & Bakker, 2011). Gjennom jobbressurser vil de ansatte nå sine mål, redusere jobbkraavene sin psykologiske påvirkning og kan føre til personlig vekst hos de ansatte. Man kan finne jobbressurser på alle plan, de kan være organisatoriske, sosiale, organisering av jobben og kan også finnes på oppgavenivå (Bakker et al., 2004, s. 86). Gjennom to parallelle prosesser vil graden av arbeidskraav og arbeidsressurser påvirke den ansatte. Byrden av arbeidskraav kan på sikt gjøre at den ansatte bruker mye energi på å møte kravene. Dette kan føre til helseproblemer og kan i verste fall føre til et sammenbrudd. På den annen side vil jobbressurser være motiverende i seg selv. Disse kan føre til engasjement, lav grad av kynisme og bedre ytelse (Demerouti & Bakker, 2011). JD-R modellen viser til at sjansen for at ansatte skal bli utbrent er størst der jobbkraavet er høye og jobbressursene er lave (Demerouti et al., 2001). Selv om det vil være mulig å definere hvilke elementer på en arbeidsplass inn i de to kategoriene jobbkraav og jobbressurser, kan de ulike yrkene ha ulike karakteristikk ved seg som gjør at hva som er jobbkraav og jobbressurser varierer. Et av elementene i JD-R teorien er at jobbressurser medierer effekten av jobbkraav og at flere jobbressurser kan virke som buffer mot flere ulike jobbkraav (Bakker et al., 2004, s. 89). I undersøkelsen til Xanthopoulou blant ansatte i hjemmetjenesten, fant hun eksempler på at jobbressurser kan fungere som buffer mot effekten av for høye jobbkraav (Xanthopoulou et al.,

2007). I denne undersøkelsen argumenteres det med at mennesker som jobber i omsorgsykker er mer utsatt for å bli utbrent fordi de møter krevende pasienter som ofte ikke viser takknemlighet for omsorgen de mottar. De fant at det var en signifikant forskjell på de som er utsatt for følelsesmessige krav og pasienttrakassering og de som er utsatt for høyt arbeidspress og fysiske krav når det gjelder den medierende effekten av jobbressurser på utbrenthet. Spesielt i situasjoner der den ansatte møter følelsesmessige situasjoner eller aggresjon vil jobbressurser som autonomi, kollegastøtte og kunnskap gjøre en forskjell og vil spesielt mediere på effekten dette har på kynisme (Xanthopoulou et al., 2007). I denne oppgaven ser jeg på opplevd arbeidspress og opplevd vold som et jobbkrav hos de ansatte, mens jeg velger å se på hvorvidt de ansatte opplever autonomi og bedring hos pasienten på jobb som en jobbressurs. Dette er i tråd med funnene til Xanthopoulou et al. (2007). I forlengelsen av dette er opplevelsen av kynisme og engasjement undersøkt, som subjektive mentale tilstander som kan være sammenfallende med opplevd arbeidspress, vold, opplevde bedring hos pasientene deres og autonomi. Dette der det som er beskrevet som utfallsvariable i Gottenborg et al. (2022).

2.2 Identifisering av variablene

2.2.1 Vold i psykisk helsevern

Vold defineres av WHO som forsettlig bruk, eller trussel om bruk, av fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner eller en gruppe, som enten resulterer i, eller har høy sannsynlighet for å resultere i, død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling (Krug et al., 2002, s 5). De definerer vold på arbeidsplassen som enhver situasjon der en person er utsatt for mishandling, trusler eller angrep relatert til jobb eller profesjonell aktivitet og der sikkerhet, velbefinnende eller helse, trues direkte eller indirekte (Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress). Isdal (2000) definerer vold som «*Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil*» (Isdal, 2000, s. 35). Vold og trusler i arbeidslivet er ifølge en rapport fra Arbeidstilsynet; hendelser hvor arbeidstaker blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydnet trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære» (Arbeidstilsynet, u.å). Ifølge den samme rapporten er noen arbeidsgrupper spesielt

utsatt, som helserelaterte yrker som vernepleiere, sosialarbeidere, pleie-og omsorgsarbeidere og sykepleiere. Risikoen for å bli utsatt for vold eller trusler er altså høyere i omsorgsykker enn i en del andre yrker. I en undersøkelse fra Norslandssykehuset viser tall at forekomsten av vold mot ansatte har økt med 92 prosent mellom 2015 og 2019. Denne økningen er i stor grad relatert til Psykisk helse og Rusklinikken (Tømmerbakken, 2020). Den samme artikkelen viser til at tall fra Ahus og Østmarka sammenfaller med de fra Nordlandssykehuset, og at en internrapport fra Ullevål viser at antall hendelser med vold, trusler og utagering har økt med 250 prosent på akuttpsykiatrisk avdeling (Tømmerbakken, 2020). I en undersøkelse fra Hopeland (2021) rapporterer flere ansatte ved en akuttpost at pasientene på deres post har blitt dårligere den siste tiden. De viser til at forekomsten av vold og trusler har økt merkbart og de knytter dette til loven om samtykkekompetanse som kom i 2017 (Hopland, 2021). Krogstad et al (2015) fant at 17 prosent av de ansatte i spesialisthelsetjenesten var utsatt for vold. Dette var før de siste endringene i form av loven om samtykkekompetanse og de siste reduksjonene av plasser kom (Helsedirektoratet, 2019). Det lå også i mandatet til utvalget som ble satt ned for å se på konsekvensene av Loven om samtykkekompetanse, at de skulle vurdere om arbeidsmiljøloven er ivarettatt for de ansatte (Helsedirektoratet, 2022a). Utvalget fant i sitt innspill ikke nok materiale for å kunne uttale seg om dette. De viser til undersøkelse der 19 prosent av sykepleiere har vært utsatt for vold eller trusler. Samtidig sier de *«Det er også godt kjent at helsepersonell i psykiatriske døgnavdelinger, særlig i lukkede sykehus, utsettes for vold eller trusler om vold i mye større grad enn annet helsepersonell»* (Regjeringen.no, 2023b, s 148). Det samme utvalget oppsummerer med at lite ressurser kan medføre utageringssituasjoner. Dette kan igjen medføre mer tvang og dette kan gå ut over arbeidsmiljøet (Regjeringen.no, 2023b, s 132). I følge Maslach og Leiter (2016) er det flere faktorer som spiller en signifikant rolle i utviklingen av stress og frustrasjon innenfor psykiatri. I deres artikkel fant de belegg for at disse faktorene igjen kan føre til utmattelse, økt kynisme og utbrenthet. Dette er faktorer som det å være utsatt for sinne, hat eller det å være utsatt for vold. Det å bli utsatt for vold fra pasienter kan føre til at man trekkes seg følelsesmessig vekk fra pasientene sine. Dersom vold forekommer kan det også føre til at man i mindre grad har kontroll på jobben, noe som kan utfordre opplevelsen av profesjonell utøvelse av jobben (Maslach&Leiter, 2016). Oslo universitetssykehus oppgir i sin HMS-rapport for 2022, at antall registrerte hendelser som innebærer vold/trusler og utagerende atferd har økt kraftig i 2022 (HMS-rapport, 2022).

2.2.2 Sikkerhetstiltak

Som allerede beskrevet i kapitlet om vold, kan ansatte i helse og omsorgsykker bli utsatt for aggresjon og vold på arbeidsplassen. Utageringer medfører et behov for å hindre skade på pasienten, men også på de ansatte. Man har en beskyttelse i arbeidsmiljøloven som skal sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for helsefremmede og meningsfylt arbeidssituasjon. Den skal også sikre full trygghet mot psykiske og fysiske skadevirkninger. Man skal så langt det lar seg gjøre beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger (Helsedirektoratet, 2017).

Man har mye gode tiltak av forebyggende karakter og de siste årene har det vært mye fokus på MAP (Møte med aggresjonsproblematikk) som er et helhetlig verktøy for å forebygge og møte vold og aggresjon (Sifer.no). Dessverre er det ikke all vold man lykkes med å forebygge og man har da som arbeidstaker en rett til å unngå skader, potensielt sykemeldinger og negative konsekvenser på relasjon og terapeutisk miljø (Norvoll, 2013, s.277). Det er på av hensyn til sikkerhet beskrevet tiltak man kan bruke når man er i umiddelbar fare for å bli utsatt for vold. Disse tiltakene er beskrevet under §4-8 i Loven om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Dette er tvangsmidler som er strengt regulert i loven. Loven om tvunget psykisk helsevern beskriver fire tvangsmidler som kan iverksettes dersom man er i umiddelbar fare. Dette er **a) mekaniske tvangsmidler**. Dette er beskrevet som belter og spesialklær, **b) kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personal til stede**.

Dette er et tiltak som også er beskrevet som isolering. **c) bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt**. Dette er et eget vedtak om medisiner, det faller ikke under vedtak under §4-4 som handler om tvungen medisiner og i de fleste tilfeller omhandler bruk av antipsykotika **og d) kortvarig fastholding**. Kortvarig fastholding brukes for å holde fast en pasient for å unngå at vedkommende skader seg selv eller andre. Bruken av disse tvangsmidler er akutte tiltak ansatte kan benytte seg av i møte med vold og aggresjon. Disse kan kun brukes for å hindre skade på seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Alle andre lempeligere midler skal være forsøkt eller vise seg å være utilstrekkelige (Loven om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999, §48). Avgjørelsen om bruk av korttidsvirkende legemidler tas av en lege. De tre andre tvangsmidlene avgjøres og utføres av miljøpersonale med helsefaglig utdanning. Disse tiltakene er ikke ment å skulle være behandling, disse benyttes primært i situasjoner som tangerer nødrett. Det er forsket mye på opplevelsen av tvang, men det er forsket lite på konsekvensene av å ikke bruke tvang, opp mot skade som potensielt kan oppstå i en situasjon (Norvoll, 2013, s.254).

Skjerming er et tiltak som er regulert i Loven om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern i §4-3 (Loven om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, psykisk helsevernloven, 1999). Skjerming er ikke vurdert som et tvangsmiddel på lik linje som de tiltak som er beskrevet i

§4-8. Skjerming tok over for isolasjon på slutten av 70-årene. Skjerming innebærer at pasienter blir tatt ut av fellesområde på en post og må, etter vedtak fattet av faglig ansvarlig, oppholde seg enten på rom eller på egen enhet med personal til stede. Skjerming har elementer av behandling og omsorgsaspekter, så vel som et element av tvang (Norvoll, 2013, s.272). Sivilombudsmannen kom i 2018 med en rapport som så på skjerming. Sivilombudsmannen skrev i denne at det kom det fram at det å fatte vedtak om skjerming var faglig kontroversielt, og at det forelå lite kunnskap om behandlingseffekten av skjerming. Tvangselementet ved skjerming ble funnet sterkere og mer lik isolasjon enn det behandlingsformålet skulle tilsi (Sivilombudsmannen, 2018, s 8). Den samme rapporten viser til at bruken av skjerming har økt gjennom hele 2000-tallet og at det selv om det brukes mest på akuttavdelinger brukes det også mye på poster som har lengere liggetid enn akuttpostene (Sivilombudsmannen, 2018, s 19). Skjerming er en behandling som brukes når pasienter av hensyn til seg selv eller andre, ikke kan være i felles miljø med de andre pasientene. Dette brukes dersom en pasient for eksempel trenger begrensning av stimuli, men også dersom en pasient er aggressiv eller voldelig i fellesmiljøet, for å unngå skade.

I tillegg finnes det tiltak som kan iverksettes ved fare for vold eller rømming, som å inndra utgang eller å følge pasienter på utgang med en eller flere. Man kan også i siste instans tilkalle vektere eller politi på post. Dette er et svært debattert tema, både Mental helse og kontrollkommisjonen ved Oslo universitetssykehus kritiserer bruk av vektere i utageringer (Mental helse, 2013). Samtidig viser både Sandviken sykehus i en artikkel i Bergensavisen (2020) og Oslo universitetssykehus i Dagbladet (2013) at det ved uhåndterlige situasjoner har vært brukt vektere for å unngå skade på personal enten på post eller på legevakt. Dette ble også debattert i Tidsskriftet for Norske legeforening i 2023 (Bergensavisen, 2020; Dagbladet, 2013; Lien et al., 2023). I innspill til utvalget som ser på loven om samtykkekompetanse viser politiet til at de bruker mer ressurser på å bistå helsetjenesten nå enn de gjorde tidligere (Politidirektoratets høringsinnspill i Helsedirektoratet, 2022a). Et økt behov for definerte tiltak med fokus på sikkerhet kan øke formaliseringen og standardisering. Det kan da føre til at faglig vurderinger blir mindre individuelt tilpasset pasientens behov og utførelsen kan bli mer basert på standardiserte prosedyrer og verktøy.

På den annen siden kan prosedyrer og verktøy fører til en bedre håndtering av sikkerhet. Bruken av standardiserte verktøy i møte med aggresjon kan også ha en sterk forebyggende effekt.

Fokus på MAP i avdelingene gir undervisning og verktøy i møte med aggresjonsproblematikk og vises til av NSF i sitt høringsinnspill til helsedirektoratet som et mulig element i at antall avvik knyttet til vold, trusler og utagering har gått ned etter økning frem til 2020 (NSF Høringsinnspill i Helsedirektoratet, 2022a).

2.2.3 Bedring hos pasientene

Isdal (2017) argumenterer for at et arbeid med alvorlig psykisk syke medfører direkte belastning på hjelperen. Når disse belastningene er sterke, gjentatte, overveldende og/eller overraskende mener han at det gir en traumatisering i arbeidet og dette kan gi vedvarende stress og belaste hjelperne (Isdal, 2017, s. 64).

Vold, trusler og krenkelser er noen av de hendelsene han definerer som direkte belastninger.

Ifølge Isdal (2017) vil de som jobber med omsorg være motivert av nettopp det å hjelpe.

Dersom rammene man jobber under kommer i konflikt med det å kunne hjelpe, gjennom økonomiske rammer, begrensning i tid eller man må følge prosedyrer og metoder man ikke har tro på vil dette kunne føre til utbrenthet hos hjelperen vil dette føre til at hjelperen er utsatt for utbrenthet og manglende motivasjon (Isdal, 2017, s. 135). Utbrenthet kan også knyttes tett opp til en emosjonell utmattelse og eksistensiell meningsløshet. Det er beskrevet at dette kan oppstå når man ikke lenger kan se mening med den jobben man tidligere hadde entusiasme for (Kaufman & Kaufman, 2016, s.49). Utbrenthet kan føre til at man som hjelper depersonaliserer de man forsøker å hjelpe og at man derfor føler en større følelsesmessig distanse og at man ikke lenger klarer å se det positive ved jobben og får en følelse av at jobben ikke lenger gir mening (Kaufman & Kaufman, 2016, s.304). I von Hippel et al. (2019) beskrives viktigheten av å oppleve at oppgaven man utfører er viktig i omsorgen av alvorlig syke. Dersom man ikke ser en bedring i klienten er det sjanser for at man opplever utbrenthet og at man opplever oppgaven som lite meningsfull. Dette kan føre til negative konsekvenser for holdninger til jobb og egen velbefinnende på arbeidsplassen. I von Hippels undersøkelsen fra Australia, fant man en sammenheng mellom manglende bedring hos klientene og hjelperens opplevelse av utbrenthet. Dette førte i sin tur også til lavere jobbtillfredsstillelse, lavere engasjement, mindre velbefinnende, mindre forpliktelse og høyere vilje til å slutte i jobben (von Hippel et al., 2019).

2.2.4 Arbeidspress

Man kan beskrive stress på arbeidet som en «*manglende overenstemmelse mellom individets mestringssevne og de krav og utfordringer som situasjonen innebærer*» (Kaufman & Kaufman, 2016, s. 301), det vil si at når arbeidspresset blir større enn man mestrer kan dette utløse stress hos arbeidstaker. I SSB defineres arbeidspress som krav i arbeidet som går på tidspress, effektivitet, tempo og arbeidsmengde (SSB, 2006). De har sett på opplevd tid til å utføre arbeidet, mengden oppgaver og muligheten til å selv bestemme tidsfrister og tempo. SSB har fulgt både arbeidskraftundersøkelser og levekårsundersøkelser over tid og de finner ingen signifikant økning i opplevd arbeidspress generelt fra 1990 tallet da de eldste

undersøkelsene er fra. De finner derimot at de som jobber i helse og sosialsektoren har hatt et økende arbeidspress over tid. Den sektoren er de som i størst grad rapporterer at de ikke har tid til å utføre arbeidet sitt på en skikkelig måte. Den andelen som rapporterer dette, har steget signifikant mellom 1996-2003 (SSB, 2006). Arbeidstilsynet uttaler at man kan oppleve stress dersom man møter større krav og forventninger i jobben enn det man er i stand til å håndtere. De nevner lange arbeidsdager, en ubalanse mellom oppgaver og ressurser, motstridende krav, manglenderolleavklaring og organisatoriske endringer som faktorer som kan gi høyt arbeidspress (Arbeidstilsynet, u.å).

2.2.5 Autonomi

Autonomi på arbeidsplassen kan beskrives som i hvilken grad arbeidet gir frihet, uavhengighet og muligheten til å bruke egen dømmekraft til å organisere, planlegge og utføre arbeidet (Hackman & Oldham, 1976 s. 258). Arbeidsautonomi kan også defineres som i hvilken grad arbeidstager har mulighet til å utøve innflytelse over sine umiddelbare arbeidsaktiviteter. Arbeidsautonomi er knyttet til bruk av faglig skjønn og ansees å være viktig for arbeidstakerens selvtillit (Lopes et al., 2017). Autonomi kan inngå som et utgangspunkt for å kunne stimulere vekst hos arbeidstaker og er en del av positive jobbkarakteristika (Kaufman & Kaufman, 2016, s.141). Autonomi i denne sammenheng handler om arbeidstakerens kontroll og påvirkning på sin egen arbeidssituasjon. Autonomi beskrives av Skogstad (2017) som en av elementene som predikerer jobbtilfresstillelse. Autonomi betegner da arbeidstagerens frihet til å selv bestemme hvordan jobben skal utføres (Skogstad, 2017, s. 141).

Når riksadvokaten går ut i 2020 og sier at samfunnsvernet skal være fokus i utskrivelse av pasienter, og at hensyn til samfunnsvernet er viktigere enn hensynet til behandlingen (Riksadvokatens rundskriv 2/2020) kan man argumentere med at samfunnsvernet veies opp mot den faglige vurdering av hva som er best for pasienten. Sikkerhetshensyn vektes da tyngre enn den faglige vurderingen av hva som er behandlingsmessig riktig for pasienten, da pasienten kan være i behov av noe annet enn det som i størst grad ivaretar samfunnsvernet. Det er også forskning som viser at tiltak som settes inn med fokus på sikkerhet, som mekaniske tvangsmidler, skjerming, observasjon og begrenset utgang kan komme i konflikt med pasientens medbestemmelse, bedring, mulighet bygge gode allianser og i verste fall kan føre til opplevelser av traumer, hvert fall for en del av de som utsettes for tvang (Katsakou & Priebe, 2007; Seed et al., 2016; NOU, 2019 s. 268). Konflikten mellom samfunnsvern og behandling tas også opp i flere av høringsinnspillene til Helsedirektoratet. Når det samtidig vises til at samfunnet mangler egnete boliger til de som er i behov av høyt omsorgsnivå på grunn av samfunnsvernet (Sikkerhetshjem) og at disse blir liggende lenger enn nødvendig på

døgnavdelinger vil dette påvirke fagfeltet sin mulighet til å utøve sin autonomi og bestemme pasientforløpet (Helsedirektoratet, 2023a). Ansatte som har påvirkning på avgjørelser på jobb og som får bruke sin profesjonelle autonomi har større sannsynlighet til å oppleve engasjement på jobb (Maslach & Leiter, 2016).

2.2.6 Engasjement

Jobbengasjement kan defineres som en relativt permanent følelsesmessig tilstand som kjennetegnes av entusiasme, vitalitet og fordypelse (Skogstad, 2017, s. 140).

Jobbtilfredsstillelse beskrives av noen som tvetydig. Det kan på den ene siden tolkes som et tegn på at man er tilfreds med tingenes tilstand og at man ikke går utenfor sin egen komfortsone. På den annen side kan jobbtilfredshet være «*en tilstand preget av positiv tilfredshet med jobben som i sin tur skaper engasjement og en opplevelse av forpliktelse overfor arbeidsplassen og dens målsetning*» (Kaufman & Kaufman, 2016, s. 50).

Engasjement er viktig for å gi glede ved jobben. Her menes det indre engasjementet man har for arbeidet og i mindre grad engasjementet drevet av at man får riktig lønn for arbeidet.

Jobbengasjement regnes av noen til å være det direkte motsatte av utbrenthet. Det kan allikevel argumentere med at dette ikke er motsatte prosesser og at fravær av engasjement ikke er det samme som utbrenthet (Skogstad, 2017, s. 131). Faktorene entusiasme, vitalitet og absorpsjon regnes som elementer i jobbengasjement. Opplevd mestring anses å være viktig for at man skal oppleve engasjement. Troen på at man kan mestre og møte problemer i jobben på en tilfredsstillende måte og at man beholder troen på at man kan oppnå noe positivt i arbeidet utgjør en selvopplevd mestringsevne. Også håp om at man kan løse problemer og utføre arbeidsoppgaver, selv når de oppleves som utfordrende (Kaufman & Kaufman, 2016, s. 322). Opplevd engasjement kan påvirkes av flere faktorer. I Li et al. (2019) pekes det på at jobb tilfredsstillelse er påvirket av stress, arbeidsforhold, rollekonflikter og organisering. Man finner at opplevelsen av jobbtilfredsstillelse har en signifikant påvirkning på turnoverintensjon (Li et al., 2019). Jobbengasjement kan også sees på som det motsatte til personlig disengasjement (Skogstad, 2017, s. 131) som er beskrevet som et synonym til kynisme (Demerouti et al., 2010). Jobbengasjement er forsket mye på de siste årene da det sees på en av de viktigste faktorene for suksess og konkurransefortrinn. Det finnes flere definisjoner på engasjement og det undersøkes både i definert som jobbengasjement, medarbeiderengasjement og arbeidsengasjement (Saks & Gruman, 2014). Gottenborg et al. (2022) har utarbeidet sin skala for å måle engasjement basert på Schaufeliog Salanova der de har forholdt seg til definisjonen av jobbengasjement som er at arbeidstakere føler seg positive og karakteriseres av entusiasme, vitalitet og absorpsjon (Gottenborg et al., 2022).

2.2.7 Kynisme

Kynisme hos arbeidstakere er beskrevet som «*karakterisert av negative holdninger preget av frustrasjon, deillusjonalisering og også negative følelser og mistro rettet mot personer, ideologi, sosial struktur eller institusjoner*» (Anderson & Bateman, 1997). I Anderson sin definisjon fra 1996 inkluderes det i at man ved kynisme hos arbeidstagerne kan føle forakt for organisasjonen, ledere og andre objekter på arbeidsplassen (Anderson, 1996). Kynisme har blitt utpekt som den komponenten i utbrenthet som er sterkest predikerende på intensjonen om å si opp jobben (Maslach & Leiter, 2016). WHO definerer utbrenthet som et resultat av kronisk stress på arbeidsplassen som ikke har blitt tilstrekkelig håndtert. Kynisme er definert av WHO som en av tre karakteristikk ved utbrenthet (WHO, 2019). Utbrenthet er ofte assosiert med negative reaksjoner og misnøye med jobben, og også med intensjoner om å slutte i jobben. Kynisme i seg selv er assosiert med hvorvidt man opplever følelse av fellesskap, men også til at personlige verdier sammenfaller med de verdier som er på arbeidsplassen (Maslach & Leiter, 2016). I Demerouti et al. (2010) argumenteres det med at kynisme er synonymt med begrepet «disengagement». Et av elementene i disengagement inneholder elementer av depersonalisering, som retter seg direkte mot mennesker (Demerouti et al., 2010). Endringer i organisasjonen eller arbeidsoppgaver kan også lede til kyniske reaksjoner hos de ansatte (Skogstad, 2017)

2.2.8 Turnoverintensjon

Turnoverintensjon (intensjonen om å ville slutte i jobben) er funnet å være den sterkeste predikatoren for faktisk turnover (Li et al., 2019).

Turnover eller gjennomtrekk i arbeidslivet er ikke en utelukkende dårlig ting, i motsetning til fravær. Man kan skille mellom gunstig gjennomtrekk og dysfunksjonell gjennomtrekk. Gjennomtrekk der en arbeidstaker med lav ytelse slutter, eller en arbeidstager finner en jobb der man får bedre uttelling, vil være det definerer som et gunstig gjennomtrekk. Dette er noe som gir fordeler enten for arbeidsgiver eller for arbeidstaker (Kaufman & Kaufman, 2016). Dette er det som er beskrevet som «*funksjonell turnover*» i NOU 2023:4. Dette er beskrevet som turnover som er ønsket, blant annet for å innføre nye impulser utenfra (NOU 2023:4, s. 102). Dersom det forekommer stort gjennomtrekk vil dette medføre kostnader forbundet med rekruttering, men også kostnader forbundet med opplæring og sosialisering av nye medarbeidere. Høy gjennomtrekk fører til at det kan være et problem å beholde kompetansen (Kaufman & Kaufman, 2016, s. 47/48). Det er flere faktorer som påvirker graden av

turnoverintensjon. For ansatte i helse og omsorgssektoren er det funnet at de som ønsker å slutte i jobben sin rapporterer at de gjør dette på grunn av arbeidsbelastning, tidspress, lav lønn, mangel på fulltidsstillinger og at det var for få ansatte på jobb (SSB, 2017). I en undersøkelse fra Kina fant de at vold på arbeidsplassen både direkte og indirekte påvirker turnoverintensjon. Opplevde vold på arbeidsplassen kan føre direkte til at man slutter. I undersøkelsen til Li et al. (2019) fant de at det å ville slutte i jobben var en av fire umiddelbare reaksjoner på å bli utsatt for vold på jobb. Undersøkelsen fant at 50,9 prosent av respondentene i undersøkelsen svarte at ønske om å slutte kom som en reaksjon på vold. Vold på jobb det kan også påvirke jobbtilfredsstillelse og på den måten indirekte påvirke turnoverintensjon. I den samme undersøkelsen fant de at jobbtilfredsstillelse medierte effekten opplevd vold hadde på de ansattes intensjonen om å slutte. Vold på jobb ble funnet å påvirke jobbtilfredsstillelse, men jobbtilfredsstillelse synes å minimere effekten mellom opplevd vold og det at de velger å slutte (Li et al., 2019).

3 Metode

3.1 Forskningsdesign

Valg av forskningsmetode avgjøres først og fremst av hva man ønsker å undersøke. Man velger en metode for å undersøke om det man tror stemmer overens med virkeligheten eller ikke (Johannessen et al., 2021, s.21). Valget mellom innsamling av kvalitativ og kvantitativ data bestemmes ut ifra hva man ønsker å forske på og hva som er beste egnet (Grønmo, 2016, s 23). I denne studien var ønsket å belyse hvilke jobbkrav og jobbbressursers som var til stede i arbeidshverdagen til de ansatte i psykisk helsevern. Målet var å undersøke i hvilken grad de ulike variablene var til stede, hvordan de påvirket hverandre og hvordan de samlet sett påvirket turnoverintensjonen til de ansatte. I et kvantitativt forskningsdesign tar man utgangspunkt i teoretiske perspektiver og utarbeider hypoteser basert på disse. De variabler man måler i kvantitativ forskning er ment å skulle måle de begreper man har funnet i teorien. For at det skal ha noe hensikt å måle sosiale fenomener med kvantitativ data må man legge til grunn et kunnskapssyn om at de sosiale fenomenene har en stabilitet (Ringdal, 2020, s 109). Det ble med dette utgangspunktet valgt å samle inn kvantitativ data. Hypotesen var fra start at opplevd vold, bruke av sikkerhetstiltak og det at de ansatte opplevde bedring i pasientens tilstand ville være med på å påvirke turoverintensjonen. For å samle inn data ble det valgt å sende ut en spørreundersøkelse. (Vedlegg 1)

Spørreundersøkelse som metode ble valgt for å få en indikasjon på hvordan flere av som jobber med dette i det daglige og utgjør fagfeltet, opplever hverdagen, sett i lys av hypotesen. Man har i kvantitativ forskning mulighet til å nå ut til en større mengde respondenter enn det man har når man innhenter kvalitativ data. Der man i kvalitativ forskning kan gå i dybden på et lite antall enheter kan man i kvantitativ forskning forsøke å finne sammenliknbare og strukturert informasjon fra et større utvalg (Ringdal, 2020, s. 110). Det foreligger en kvalitativ undersøkelse som viser at sykepleiere på akuttpost opplever at pasientene er dårligere og at de ansatte utsettes for mer vold og trusler (Hopland, 2021), det finnes også flere undersøkelser som viser til at vold og trusler i helsevesenet er jobbkrav som påvirker de ansattes arbeidsmiljø og trivsel (Bakker et al., 2003; Maslach & Leiter, 2016; Xantapoulo, 2017). For å undersøke om det samme resultatet om økt vold blant pasienten som ble funnet i intervjuene til Hopland (2021) og på hvilken måte dette kan påvirke de ansatte også er en samlet opplevelse i en større populasjon ble det sendt ut spørreskjema. En slik type surveyundersøkelse tar sikte på å bidra til en generell oversikt over samfunnsforhold (Grønmo, 2016, s 141). Denne typen spørreundersøkelser er den mest brukte forskningsopplegget i flere samfunnsfag (Ringdal, 2020, s. 112). Fordi en slik type undersøkelse henter opplysninger fra et spesifikt tidspunkt, eller fra en begrenset periode

betegnes de som tverrsnittundersøkelse. Det gir altså et øyeblikksbilde over fenomenet på det tidspunktet respondenten svarte (Johannessen et al., 2021, s. 265).

En slik type forskningsdesign har flere ulemper og fordeler. En av fordelene er at man kan samle inn informasjon fra et stort antall mennesker. En av ulempene er at de i liten grad evner å fange forløp over tid. Man risikerer *recall bias*. Dette er en feilkilde der respondenten ikke husker tilbake i tid, vurdering av hendelser i ettertid eller endret oppfatning (Thrane, 2018, s. 146). I dette spørreskjemaet ble det valgt å legge inn et spørsmål om opplevd endring i pasientgruppen. Dette er en type spørsmål som kan være en feilkilde i et spørreskjema og spørsmålet ble i denne undersøkelsen derfor inkludert som et åpent spørsmål med fritekstsvar der de som mente de hadde opplevd en endring hos pasientene over tid kunne velge å svare med egne ord. Ved å velge å ha et kvalitativt element i undersøkelse kan man argumentere med at dett er et integrert design. Man kan da ha en større kvantitativ komponent, og en mindre kvalitativ komponent for støtte (Johannessen et al., 2021. s 264).

En tverrsnittundersøkelse, som i denne undersøkelsen, er ikke spesielt egnet til å si noe om kausalforhold. En slik undersøkelse kan vanskelig si noe om at en årsak kommer før en effekt i tid da begge elementer kartlegges på samme tid (Thrane, 2018, s. 146). Man kan derfor ikke fastslå en årsakssammenheng med en tverrsnittstudie som er brukt her. Kvantitative undersøkelser kan allikevel sin noe om de statistiske sammenhengene mellom variabler. Man kan gjennom analyser avdekke at det finnes en systematisk sammenheng mellom to eller flere fenomener og man kan si noe om hvordan disse fenomenene henger sammen (Grønmo, 2004 s. 282). I dette tilfelle betyr det at det er vanskelig å si noe om at endringer i psykisk helsevern har ført til endringer i hvilke jobbkrav og jobbressurser de ansatte har og hvilke konsekvenser dette får for turnoverintensjonen. I denne undersøkelsen kan det derfor kun avdekkes om de beskrevne variablene påvirker hverandre.

Hensikten med oppgaven var å kartlegge om dagens pasientgruppe og arbeidskravene i tvunget psykisk helsevern påvirker de ansattes arbeidshverdag. Intensjonen var å se på om deres opplevde jobbkrav og jobbressurser kunne si noe om deres tanker om å slutte på jobb og om pasientgruppens tilstand kunne ha en korrelasjon med dette. For å forsøke å kartlegge dette ble det spørreskjemaet inndelt etter de variabler som er identifisert i kapittel 2.0. Spørreskjemaet ble bygget opp av delvis spørsmål som et egenutarbeidet, disse omhandler opplevd vold, trusler, grad av sikkerhetstiltak og opplevd bedring på vegne av pasientene. Det viste seg at det i liten grad fantes utarbeidete og validerte skaler for å måle dette i forskning. Skalaene som ble laget ble forsøkt kvalitetssikret gjennom veileder, foreleser i kvantitativ forskning, medstudenter og tidligere student på masterforløpet i psykisk helse og rus. Disse

spørsmålene handlet i stor grad om hvor mye de hadde opplevd av de ulike fenomenene. Spørsmålene ble utarbeidet med skalaer i svaralternativene (Johannessen et al., 2021, s. 300). Det ble valgt Likert skalaer med grad av enighet og uenighet (Ringdal, 2020). Det ble ikke lagt inn noe «vet ikke» i svaralternativene. Dette ble valgt bort da dette ikke liten grad var naturlig i spørsmålene. Svaralternativene på de skalaene som er ment å måle hyppigheten av et fenomen utarbeidet med en frekvens på 12 måneder, månedlig og ukentlig. Dette setter krav til respondentenes hukommelse. Ved å stille spørsmål på denne måten risikerer man at respondentene generaliserer. Resultatene kan variere med antagelse om at fenomenet har vært stabilt gjennom den tiden det spørres om. Ved å stille spørsmål over en lengere periode er det også fare for at vedkommende husker episoder som i realiteten skjedde lenger tilbake, men som når man husker tilbake blir en del av det som skjedde i tidsperioden (Haraldsen, 1999, s. 167). Denne type frekvensmåling ble valgt på tross av dette, for å få en fremkomst av hyppigheten på de fenomenene jeg ønsket å samle inn data om. Spørsmålene ble konstruert på en slik måte at flere komponenter er ment å skulle måle hvert begrep slik at man i større grad kan sikre en høy validitet (Ringdal, 2020, s 103).

I spørreskjemaet er hensikten, i tillegg til å se på vold, sikkerhetstiltak og bedring, å se på om de ansatte opplever kynisme, autonomi, engasjement, arbeidspress og en høy turnover intensjon. For å kartlegge dette er det benyttet skalaer fra Gottenborg et al. (2022). Dette er skalaer som er utviklet i Skandinavia som et måleinstrument for å se på arbeidsmiljø i organisasjoner (Gottenborg et al., 2022). Fordelen med å bruke skalaer som allerede eksisterer er at disse er vel utprøvd og det er derfor mer sannsynlig at disse faktisk måler det man ønsker å undersøke. Ved utarbeidelse av spørsmål på egen hånd eksisterer det fallgruver som at spørsmålene kan være negative eller positive ladet gjennom ordbruken, at spørsmålene er ledende eller at spørsmålene er flerdimensjonale (Ringdal, 2020., s. 203).

3.2 Variablene

Respondentenes bakgrunn ble undersøkt, det ble spurt om grad av grad av utdanning, fra «ufaglært», «helsefagarbeider», «sykepleier/vernepleier/annen relevant bachelor» til «spesialsykepleier/vernepleier/videreutdanning med annen relevant bachelor». Det ble også spurt om hvor lenge respondentene hadde jobbet innen psykisk helsevern. Skalaen her gikk fra «1-2 år», «2-5 år», «5-10 år» og «Mer enn 10 år» Disse svaralternativene er laget på en slik måte at svarene er overlappende. Alternativene burde vært konstruert på en slik måte at de isteden var gjensidig utelukkende, dette kan være en potensiell feilkilde (Johannessen et al., 2012, s. 296). I denne oppgaven er kartlegg av bakgrunn ikke brukt i de aktuelle analysene og denne feilkilden vil derfor ikke få store utslag i funn.

Variabelen «vold» ble forsøkt kartlagt med spørsmål «Hvor ofte har du blitt utsatt for fysisk vold arbeidstiden de siste 12 månedene» og «Hvor ofte har du blitt utsatt for verbale trusler i arbeidstiden de siste 12 månedene». Variabelen «Sikkerhet» ble undersøkt ved å spørre om hyppighet av utførte sikkerhetstiltak, beskrevet i kapittel to. Dette var «Hvor ofte er skjerming iverksatt på din post i løpet av de siste 12 månedene», «Hvor ofte har det blitt vurdert at utgang er trukket inn eller det er vurdert at antall personer som må følge er økt i løpet av de siste 12 månedene», «Hvor ofte er det blitt brukt kortvarig holding, isolering eller mekaniske tvangsmidler på din post de siste 12 månedene», «Hvor ofte har det blitt brukt bistand av vektere eller politi på din post de siste 12 månedene» og «Hvor ofte har du opplevd at det er nødvendig å iverksette tiltak der sikkerhet prioriteres høyere enn pasients beste de siste 12 månedene» Disse spørsmålene ble gradert fra «Aldri» til «Flere ganger i uken» Dette er spørsmål som stiller krav til respondentens hukommelse, noe Haraldsen G. (1997) fremhever som en mulig feil. Denne måten å måle på er inkludert for å forsøke å få en oversikt over hvor ofte de ulike hendelsene opptrer. Dette er samme type spørsmål som for eksempel OUS bruker i sine årlige medarbeiderundersøkelser, slik at de av respondentene som jobber på Ous vil være godt kjent med spørsmålsutformingen. Også variabelen om opplevd bedring i pasientens tilstand (BedringiPas) er fra spørsmål jeg utarbeidet selv. Dette er ment å skulle kartlegge om de ansatte opplever at deres pasienter blir bedre, og tilstrekkelig bedre i løpet av innleggelsen. Undersøkelsen har gått ut til ansatte på sikkerhetsposter, langtidsposter og akuttposter. Pasientenes forløp vil derfor ikke være like og opphold etter innleggelsen vil variere veldig. Noen av pasientene vil bli skrevet ut til egen bolig, noen vil søkes til lengere innleggelse og noen vil overføres til høyere omsorgsnivå, for eksempel bolig med bemanning. Det er derfor tatt høyde for dette, og det har ikke blitt spurt om kun utskrivelse, heller ikke om pasientene er vurdert som friske eller i sin habituelle tilstand. Dette er høyst varierende ut ifra pasientgruppe, pasientens tilstand, alvorlighetsgrad i lidelsen, prognose for lidelsen og innleggelsespost. Det ble derfor forsøkt kartlagt bedring hos pasientene ved hjelp av: «Jeg opplever at pasientene på min post får symptomlette i løpet av oppholdet», «Jeg mener at pasientene er klare for utskrivelse eller overføring til lavere omsorgsnivå når de skrives ut», «Pasientene på min post får individuelt tilpasset behandling der deres behov er i fokus» og «Behandling på min post gjør en positiv endring i pasientens liv». Disse spørsmålene ble gradert fra «Ikke i det hele tatt» til «I svært stor grad» Variabelen om «Arbeidspress» ble forsøkt kartlagt med «Det forventes for mye av meg i løpet av en dag», «Det kreves at jeg jobber veldig hardt», og «Jeg er under stort press til å nå målsetninger». Autonomi ble undersøkt med «Jeg har betydelig frihet når det gjelder å bestemme hvordan jeg gjør jobben min», «Jeg kan selv bestemme hvordan jeg går frem når jeg jobber» og «Jeg har betydelig uavhengighet og frihet i jobben min» For å undersøke variabelen «Kynisme» ble det spurt om «Jeg har blitt mindre interessert i arbeidet mitt enn jeg var da jeg startet i jobben», «Jeg har blitt mindre entusiastisk i jobben» og «Jeg har blitt med kynisk med tanke på om

jobben min bidrar til noe» For å undersøke graden av Engasjement ble respondentene bedt om å vurdere følgende påstander: «Jeg er full av energi på jobb», «Jeg er entusiastisk i jobben min» og «Jeg blir inspirert i jobben min» Når det gjelder variabelen Turnoverintensjon ble de bedt om å vurdere i hvilken grad de var enig i disse påstandene: «Jeg tenker ofte på å slutte i min nåværende jobb», «Jeg kan komme til å slutte i min nåværende jobb i løpet av året» og «Jeg vil sannsynligvis lete aktivt etter en ny jobb det neste året» Alle disse spørsmålene var gradert fra «Ikke i det hele tatt» til «I svært stor grad» Variablene som skal måle Arbeidspress, Autonomi, Engasjement, Kynisme og Turnoverintensjon er alle hentet fra Gottenborg et al. (2022).

3.3 Datainnsamling

Sett i lys av at ønske var å se på blant annet bruk av tvangsmidler/sikkerhetstiltak, var det hensiktsmessig å sende ut spørreskjemaet til lukkede psykiatriske poster som er godkjente for tvunget psykisk helsevern etter Loven om psykisk helsevern (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999). Dette innebærer at de er «*faglig og materielt i stand til å tilby pasientene tilfredsstillende behandling og omsorg*» (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999, §3-5) og at de derfor kan holde pasienter som fyller kriteriene for tvunget psykisk helsevern §3-3 innlagt på tvang (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999, §3-3). Dette ble valgt da en del av spørsmålene handler om nettopp tvangsmidler. Vestre Viken, Oslo Universitetssykehus og Ahus ble valgt som mottakere av spørreskjemaet. Dette er alle sykehus som ligger under Helse Sør-Øst. Dette gir et skjevt geografisk utvalg og resultatene kan derfor ikke nødvendigvis overføres til hele populasjonen av ansatte på psykiatriske poster i Norge (Johannessen et al., 2021 s 275). Samtidig kan utvalget være representativt for ansatte på Østlandet og vil derfor si noe om opplevelsen og hverdagen til de ansatte i det området. Disse sykehusene noen av de største helseforetakene i Norge. Vestre viken leverer spesialisthelsetjenester til rundt 500.000 mennesker (Vestre Viken.no), Ahus er en del av Helse Sør Øst og er lokal- og områdesykehus for ca 594.000 innbyggere. De har i tillegg til Follo, Romerike og Kongsvinger ansvar for de nordligste bydelene i Oslo (Ahus.no). Oslo Universitetssykehus har ansvar for deler av Oslos befolkning, deler av Stor-Oslo, regionale avdelinger for hele Helse Sør-Øst samt en rekke nasjonale oppgaver (Oslo-universitetssykehus.no). Oslo universitetssykehus oppgir ikke hvor mange innbyggere de har sykehusfunksjonen for på sine nettsider. Det ble gjort et valg om å ikke sende ut undersøkelsen til Regional Sikkerhetsavdeling, på tross av at Oslo Universitetssykehus har en slik seksjon. Da det i undersøkelsen sees på forekomst av vold og i hvilken grad tiltak med fokus på sikkerhet kan oppleves å prioriteres framfor tiltak som utelukkende er til pasientens beste, vil regionale sikkerhetsavdelinger være i en

særstilling og ikke representere flertallet. Regional sikkerhetsavdeling på Oslo universitetssykehus er høyspesialiserte på sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. De ivaretar pasienter som har alvorlig sinnslidelse og betydelig risiko for voldelig atferd ovenfor andre. De er også spesialisert mot å ha poliklinisk oppfølging i fengsel samt øyeblikkelig hjelpfunksjon for innsatte som ikke enda er framstilt til varetekt (Regional sikkerhetsseksjon, Oslo universitetssykehus.no). Pasientene på regional sikkerhetsseksjon vil ha en forventet høyere forekomst av vold enn på andre avdelinger som ivaretar pasienter etter §3-3 i loven om tvunget psykisk helsevern (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999). I et intervju med Sykepleien forteller en av de ansatte på seksjonen at det er begrenset hvor meningsfulle aktiviteter de kan gjennomføre med pasientene fordi sikkerhet alltid kommer først. Hun opplever at de ikke får utnyttet pasientenes ressurser til å gi en meningsfull hverdag, fordi de skal ivareta samfunnsvernet. Dette opplever hun at begrenser aktivitetene de kan gjennomføre med pasientene (Sykepleien, 2023).

Problemstillingen om hvorvidt sikkerhetstiltak prioriteres høyere enn pasientens beste er noe av det undersøkelsen har til hensikt å finne svar på. Det ble på bakgrunn av dette å utelukke Regional Sikkerhetsavdeling. De har et utpekt ansvar for samfunnsvern samtidig som de har en pasientgruppe med stor andel av voldelig eller aggressiv atferd, slik at de mest sannsynlig vil føre til en skjevfordeling av svar på en slik undersøkelse.

3.4 Utsendelse

Før spørreundersøkelsen ble sendt ut ble det tatt kontakt med Norsk Senter for forskningsdata (NSD). NSD er et statlig forvaltningsorgan som ligger under Kunnskapsdepartementet. Samfunnsoppdraget deres er blant annet å sikre godt personvern i kunnskapssektoren (Sikt.no). For å sikre at man ikke er i konflikt med personvern når man gjennomfører en undersøkelse, bør alle prosjekter meldes inn til NSD for vurdering. NSD bekreftet i dette tilfelle at fordi det ikke var noen av spørsmålene som var person sensitive og fordi Nettskjema gjør at alle svar behandles anonymt ville det ikke være nødvendig å søke godkjenning for prosjektet gjennom standardisert søknad i NSD. (vedlegg 2)

Spørreskjemaet ble utarbeidet i Nettskjema, en plattform som er laget for utsendelse av anonyme undersøkelser og som er utarbeidet av Universitetet i Oslo (Johannessen et al., 2021, s. 300). Alle svar som gjøres på den utsendte undersøkelsen legger seg da inn i Nettskjema på en side som er beskyttet med innlogging og der man kan følge fortløpende med på svar.

Både OUS og Vestre Viken krevde en godkjenning fra deres lokale personvernombud. For å få undersøkelsen og utsendelse av skjema godkjent av personvernombudet, måtte ledelsen i de ulike klinikkene gi sin godkjenning til at deres ansatte kunne delta i en slik undersøkelse.

Avdelingsledelse på Vestre Viken, OUS og Ahus ble derfor kontaktet, fremlagt undersøkelsens hensikt og bedt om at de vurderte at deres personale kunne motta et slikt spørreskjema. Godkjenningen fra klinikkledelse i Psykisk helse og rus på OUS tok nesten tre måneder, mens Vestre Viken og Ahus gikk vesentlig raskere. Ahus hadde heller ikke noe krav om at det måtte gjennom deres eget personvernombud, da det allerede forelå en bekreftelse fra NSD om at undersøkelsen ikke var sensitiv og ikke krevde godkjenning fra NSD. E-posten fra NSD ble vedlagt ved kontakt med ledelsen av klinikkene.

Personvernombudet på OUS og Vestre Viken ønsket at skjemaet skulle sendes ut ifra dere ledelse for å sikre ytterligere anonymitet. Linken til spørreskjema i Nettskjema ble derfor sendt til enhetsleder på 11 poster på OUS, fordelt på langtidsavdelinger og akuttposter. Det ble også sendt ut til seksjonssjefer i Vestre Viken, i dette foretaket valgt akuttpostene å ikke delta. Ledelsen for akuttpsykiatri i Vestre Viken anså at dere ansatte hadde et stort press i arbeidshverdagen og med pågående flytting av sykehus hadde de ikke mulighet til å delta på dette. De valgte også å prioritere pågående forskning på egen klinikk. Avdeling for spesialpsykiatri var derimot positive og forespørsel om å delta ble dermed sendt ut til ansatte via leder for denne seksjonen. Det ble da sendt ut til 4 poster på Vestre Viken. På Ahus tilbød divisjonsdirektør seg å ta seg av videre utsendelse til ansatte på 4 poster. Spørreskjemaet ble sendt ut med en kortfattet informasjon om studiens hensikt og formålet med undersøkelsen. Det ble også presisert det var frivillig å svare på undersøkelsen. Ved å presisere i utsendelsen at det var frivillig å delta i undersøkelsen ble det å velge å svare på undersøkelsen vurdert å gjelde som et samtidig samtykke. Selv om det å sende ut spørreskjema via ledelse er en ekstra sikring av anonymitet, betyr det at man vanskelig kan ha en oversikt over hvor mange det faktisk er sendt ut til. Man har heller ingen kontroll og kvalitetssikring på at lederen sendte ut skjemaet slik at og også at ble spredt til ansatte. Ved en tilfældighet ble det oppdaget at ansatte ved en av postene ikke hadde fått det videresendt fra sin leder. Det finnes ingen mulighet å kontrollere at dette ikke kan ha skjedd på andre poster. Kontroll av frafall blir ved å gjøre det på denne måten svært utfordrende.

Spørreskjemaet lå ute i 6 uker. Det ble valgt å la skjemaet ligge ute såpass lenge fordi påsken var i løpet av de seks uken. Erfaringsmessig er dette en tid med ferieavvikling slik at det ble tatt høyde for at noen fikk mindre tid på grunn av fravær. Det er heller ikke forventet at alle som får spørreskjemaet svarer med en gang (Johannessen et al., 2021, s 302). Det ble også sendt ut en påminnelse om deltagelse etter 3 uker sammen med den originale lenken til undersøkelsen. Også påminnelsen ble sendt gjennom e-post til de samme enhetsleder og seksjonsledere med ønske om at de skulle sende videre til sine ansatte. Igjen mister man i dette tilfelle muligheten til å vite om påminnelsen gikk ut til alle man ønsket.

Dersom alle ansatte som skulle får det faktisk fikk det, betyr det at spørreskjemaet gikk ut til rett i underkant av 600 respondenter. Dette er et antall beregnet utfra et snitt ansatte på 30 pr post, og forutsatt at alle 19 leder faktisk distribuerte det. Gjennom hele perioden var det totalt

94 respondenter som svarte. Dette gir en svarprosent på 15. Dette er et lavt tall hvis man tenkes at resultatet skal kunne generaliseres. Prosentandelen på surveyundersøkelser har vært fallende over år og det er nå sjeldent at svarprosenten ligger på 80/90 prosent (Johannessen et al., 2021, s 279). Ifølge Hellevik (2015) er bortfallsprosenten et størst problem dersom det er systematisk og har en sammenheng med det fenomenet man ønsker å undersøke, altså at de som velger å svare har en spesiell interesse for det de blir spurt om. En synkende svarrate kan også ha en forklaring i «slitasje» på grunn av økende antall om å la seg intervju. Hellevik argumenterer også for at yngre i mindre grad er villig til å være med på undersøkelser (Hellevik, 2015). I min undersøkelse har mer enn 50 prosent svart at de har over ti års erfaring i psykisk helsevern. Dette indikerer at flesteparten av de som har svart er godt voksne og sammenfaller derfor med Hellevik sin teori. Konklusjonen i artikkelen til Hellevik (2015) er at svært lav svarprosent kan være et problem i undersøkelser, men at så lenge det ikke er et systematisk frafall er det ikke nødvendigvis klokt å vrake datamaterialet (Hellevik, 2015).

3.5 Analysene

Datasettet fra Nettskjema ble overført til SPSS. SPSS er et statistisk dataprogram som tillater analysing av kvantitativ data (Johannessen & Tuft, 2022). Her ble det gjennomført faktoranalyser på spørsmålene for å undersøke om disse representerer det de var ment å undersøke og om de ga en indikasjon på måling av begrepet. Faktoranalyse bygger på at fellesvarians deles av indikatorer og dens andel av fellesvariansen indikerer begrepsvaliditet. (Chrisphersen, 2009). Cronbach's alpha er en statistisk test for å måle intern konsistens, den måler sammenhengen mellom de ulike spørsmålene innenfor en skale. Den statistiske størrelsen på cronbach's alpha ligger mellom 0 og 1. Dersom cronbach's alpha ligger på over .7 er det en tilfredsstillende reliabilitet (Ringdal, 2020, s. 104). Gjennom å kjøre analyser for å finne Cronbach's alpha kan man ekskludere de spørsmålene som ikke har intern konsistens, man kan også kombinere ulike variabler for å lage nye.

Gjennom analysing av Cronbach's alpha ble også et av spørsmålene i spørreskjemaet, ment å skulle måle opplevd grad av iverksetting av **sikkerhetstiltak**, fjernet for at variablen skulle ha en intern konsistens. Analysene viste også at spørsmålene om opplevd vold og spørsmålene om hyppighet av iverksetting av sikkerhetstiltak kunne kombineres der den nye variabelen ble *VoldogSikkerhet*. Dette sammenfaller med teori der man vet at sikkerhetstiltak brukes som nødrett i tilfeller der pasientene utøver vold og ingen lempeligere midler fører fram. Man kan da argumentere med at dersom sikkerhetstiltak vurderes som nødvendige å iverksette, vil dette være basert på at pasienten utøver vold, noe som indikerer at pasienten

befinner seg i en dårlig fase. Basert på faktoranalysene ble det laget nye variabler der de enkelte indikatorene ble sammenslått for å måle begrepene. De nye variablene hadde alle Cronback's alpha over .7 (se analysekapittelet.)

Gjennom regresjonsanalyse ble direkte påvirkning fra uavhengige til avhengige variabler undersøkt. I stidiagrammet som er presentert tidligere i oppgaven er det i tillegg presentert en hypotese om at pasientens tilstand og pasientens bedring kan virke indirekte på de ansattes turnoverintensjon, altså at variablene kan ha en medierende effekt. For å kunne kalkulere den medierende effekten ble det brukt metode for sti koeffisienter («The method of path coefficients») Metoden for sti koeffisienter er en teori som først ble presentert av Wright i 1918 og utvidet i 1929 og 1921. Metoden med stiberegninger tar sikte på å kvantifisere direkte og indirekte effekt av flere variabler, det vil si at påvirkning av en variabel ikke bare skjer direkte, men også gjennom alle stier i et stidiagram som viser seg å være signifikante. (Wright, 1934). Man kan gjennom dette finne en variabls påvirkning på en annen variabel, ikke bare direkte, men også gjennom en tredje variabel. I tolkning av effektstørrelse ble Cohen sine utregninger tatt i bruk (Cohen, 1992). Han argumenterer i sin forskning på statistikk for at effektstørrelse er et vel så viktig estimat som p-verdi. Han deler effektstørrelser inn i skalaer der .10 er liten effekt, .30 er middels effekt og .50 er stor effekt (Cohen, 1992). De nye variablene er tatt inn i analysene som blir presentert i neste kapittel.

I tillegg til skalaene for å undersøke variablene i oppgaven ble det inkludert et åpent spørsmål i undersøkelsen: «*Jeg opplever at pasientgruppen har endret seg over tid. Hvis ja, på hvilken måte. Hvis nei, gå videre*» (se spørreundersøkelse i vedlegg) Av 94 svar var det 49 som mente at pasientgruppen hadde endret seg og som kom på tilbakemelding på dette. Da dette er en forholdsvis liten komponent av undersøkelsen ble det gjort en vurdering på å ikke analysere tilbakemeldinger etter en fullverdig Stegvis-deduktiv induktiv (SDI) metode (Tjora, 2021, s.20). På den annen side fremstår tilbakemeldingene såpass relevante at den allikevel er inkludert i analysekapittelet, men da presentert etter de temaene som ble beskrevet av respondentene.

3.6 Vurdering av metodevalg, validitet og reliabilitet.

Validitet og relabilitet når man utfører denne type undersøkelse er vesentlig. Validiteten sier noe om gyldigheten av undersøkelsen. Det vil si, det sier noe om dataene er relevante for det vi ønsker å undersøke (Grønmo, 2016, s 251). Reliabilitet sier noe om påliteligheten av

målingene, altså om gjentatte undersøkelser vil gi samme resultat (Grønmo, 2016, s 103). Ved å velge spørreundersøkelse som metode, får man mulighet til å gå bredt ut og ha flere respondenter enn man ville ha fått til ved en kvalitativ undersøkelse. Det er allikevel noen utfordringer knyttet til denne type undersøkelse. I denne oppgaven kan man anse det at det at en del av spørsmålene er laget selv kan være en utfordring. Det å benytte seg av allerede utprøvde og validerte skalaer vil være en fordel dersom det er mulig å finne disse. Dette vil kunne forebygge at det utarbeides spørsmål som ikke blir forstått, som er ledende eller språklig vanskelige (Grønmo, 2016, s 210). Ved å utarbeide deler av undersøkelsen selv kan validiteten av undersøkelsen være lavere enn dersom man finne etablerte skalaer. I dette tilfelle resulterte det i at spørsmålene om bakgrunn hadde alternativer som ikke var gjensidig utelukkende. Noen av spørsmålene var også formulert for å kartlegge hendelser opp til et år tilbake i tid. Som det allerede er diskutert kan dette føre til en lavere validitet da det setter krav til respondentenes hukommelse. Spørsmålene som ikke er hentet fra allerede validerte skalaer i denne undersøkelsen er på den annen side godt forankret i teori og tidligere undersøkelser som omhandle de samme variablene. Dette vil gi en høyere troverdighet til studien. Dette kan man argumentere at fører til at validiteten i undersøkelsen er høyere enn dersom man ikke fant støtte i litteratur.

En av de store, kjente utfordringene knyttet til utsendelse av spørreundersøkelser vil være frafall. I denne oppgaven er frafall vanskelig å beregne da antall utsendte undersøkelser er ukjent. Det er allikevel en kjent sak at økningen man opplever av spørreundersøkelser og markedsundersøkelser på e-post på telefon bidrar til at folk har en generell motvilje mot denne type undersøkelse (Grønmo, 2016, s 209). Dette kan til en viss grad forbygges ved å forklare studien og hva som er formål med undersøkelsen, dette ble gjort i denne undersøkelsen gjennom et følgebrev. I dette tilfelle ble undersøkelsen sendt ut gjennom sikkert nettverk og den e-post adressen de ansatte har på arbeidstedet. Dette vil ikke være en arena for undersøkelser av markedsføringshensikt. Det er på den annen side mange undersøkelser som sendes ut på denne e-posten, som arbeidsmiljøundersøkelse og undersøkelser ved innføring av nye systemer på arbeidstet. Selv uten et eksakt tall på mulige respondenter, er 94 svar regnet som et lite antall. Dette vil kunne påvirke resultater og man kan stille spørsmål ved i hvilken grad så få svar lar seg generalisere. Ved å ha en så lav svarprosent kan undersøkelsens validitet bli påvirket. Ved å benytte seg av standardiserte statistikkprogrammer som SPSS til koding og analyseringen av data, kan man få en større pålitelighet enn dersom man skulle ha håndtert datamaterialet manuelt. Utfordringen med å benytte seg av et slik program er at man risikerer at mangel på kunnskap om disse programmene fører til feil i kommandoer, analyser og koding. Målefeil kan oppstå gjennom at respondenten gjør noe feil eller at dataen er håndtert feil etter innsamling. Reliabiliteten i en undersøkelse kan derfor påvirkes av nøyaktigheten i dataregistrering, noe

som i Nettskjema-SPSS gjøres automatisk. Dette vil øke reliabiliteten i undersøkelsen. Man kan også utføre en test-retest-teknikk for å undersøke dette, dette ville innebære å sende ut et nytt spørreskjema for å måle graden av korrelasjon mellom variablene på nytt. Dette har ikke latt seg gjennomføre i denne studien. En annen måte å måle reliabiliteten i en undersøkelse ville vært å utføre en Cronbachs alpha. Dette ble gjennomført i denne studien og dataen ble ryddet for å få en Cronbachs Alpha over 0.7. Dette indikerer at indeksen har en tilfredsstillende reliabilitet (Grønmo, 2016, s 104).

4 Analyser

4.1 Faktoranalyse

I forgående kapittel er det presentert en teoretisk ramme for de metodene som er brukt i denne oppgaven. Både innsamling og metoder for analysering av data er beskrevet i kapittel 3. I dette kapitlet vil funn og analyser presenteres, samt en identifisering av signifikante funn fra undersøkelsen. I forkant av å kunne utføre statistiske analyser er det en forutsetning at man gjennomgår datasettene for å sikre at de er korrekte. Dette innebærer blant annet å kontrollere for validitet i skalaer. De skalaene som ble brukt i undersøkelsen som måler autonomi, arbeidspress, engasjement, kynisme og turnoverintensjon er hentet fra Gottenborg et al. (2022). De var derfor allerede validert. De resterende skalaene som handler om opplevd vold fra pasienter, sikkerhetstiltak og opplevde bedring hos pasientene var derimot ikke validerte på forhånd og det ble utført en faktoranalyse for å se om de lader på samme faktor. Resultatet av dette var at spørsmålet mitt «Sikkerhet4» ikke måler det samme som de resterende spørsmålene og det blir derfor utelatt fra videre analyser. *Tabell 1 Faktoranalyse av komponenter i Sikkerhet*

Rotated Component Matrix^a

| | Component | |
|-------|-----------|-------|
| | 1 | 2 |
| sikk2 | .729 | -.169 |
| sikk1 | .719 | -.067 |
| sikk3 | .727 | .306 |
| sikk4 | .017 | .946 |
| sikk5 | .558 | .241 |

Extraction Method: Principal

Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with

Kaiser Normalization. ^a

^a. Rotation converged in 3

iterations.

4.2 Indre validitet

Den indre validiteten i skalaene ble undersøkt ved å gjennomføre en Croanbach's Alpha. Gjennom disse analysene ble det klart at opplevd vold fra pasienter og iverksatte sikkerhetstiltak kan slå sammen for å måle pasientens tilstand. Dette ble gjennomført, og de enkelte

spørsmålene ble slått sammen til totalt syv variabler som alle måler over .7 på Chronbach's Alpha.

Tabell 2 Cronbach's Alpha

| | |
|------------------------|------|
| Vold og sikkerhet | .703 |
| Bedring hos pasientene | .743 |
| Autonomi | .790 |
| Arbiedspress | .871 |
| Engasjement | .834 |
| Kynisme | .887 |
| Turnoverintensjon | .890 |

4.3 Beskrivende analyser

Basert på de nye variablene etter faktoranalyse og Chronbach's alpha ble det gjennomført en deskriptiv analyse.

Tabell 3 Alle variabler

Beskrivend statistikk

| | N | Minimum | Maksimum | Middelvei | Std. Avvik | Kurtosis | Std. feil |
|--------------------|----|---------|----------|-----------|------------|----------|-----------|
| bak1 | 93 | 1 | 4 | 2.94 | .976 | -.629 | .495 |
| bak2 | 94 | 1 | 4 | 3.24 | .924 | -.525 | .493 |
| VoldogSik | 94 | 12.00 | 36.00 | 22.5319 | 4.23427 | 1.071 | .493 |
| arbeidspress | 94 | 3.00 | 15.00 | 8.8830 | 2.62681 | -.074 | .493 |
| kynisme | 94 | 3.00 | 15.00 | 7.9255 | 3.30604 | -.550 | .493 |
| engasjement | 94 | 4.00 | 15.00 | 9.6702 | 2.34813 | .101 | .493 |
| autonomi | 94 | 3.00 | 15.00 | 8.5745 | 2.02930 | .567 | .493 |
| turnover | 92 | 3.00 | 15.00 | 6.9130 | 3.38598 | -.439 | .498 |
| Valid N (listwise) | 91 | | | | | | |

Beskrivende statistikk gjøres for å få en oversikt over data. I dette datasettet kommer det frem at det er totalt 91 svar som er komplette (valid N). Gjennom denne type statistikk kan man Spredning (std. Deviation) eller middelvei (Mean) og man kan sikre kjennskap til dataens variasjon.

Tabell 4 Måling av utdannelsesnivå

bak1. Utdannelse

| | | Frekv. | Prosent | Gyldig prosent | Akkumulert prosent |
|---------|------------------------|--------|---------|----------------|--------------------|
| Valid | Ufaglært | 10 | 10.6 | 10.8 | 10.8 |
| | Helsefagarbeider | 17 | 18.1 | 18.3 | 29.0 |
| | spl/vpl/annen bachelor | 35 | 37.2 | 37.6 | 66.7 |
| | Med videreutdanning | 31 | 33.0 | 33.3 | 100.0 |
| | Total | 93 | 98.9 | 100.0 | |
| Missing | System | 1 | 1.1 | | |
| Total | | 94 | 100.0 | | |

Tabell 5 Måling av tid i psykisk helsevern

bak2. Tid jobbet i psykisk helsevern

| | | Frekv. | Prosent | Gyldig prosent | Akkumulert prosent |
|-------|------------|--------|---------|----------------|--------------------|
| Valid | 1-2 år | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.3 |
| | 2-5 år | 19 | 20.2 | 20.2 | 24.5 |
| | 5-10 år | 21 | 22.3 | 22.3 | 46.8 |
| | Over 10 år | 50 | 53.2 | 53.2 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

Bak1 og bak2 er spørsmål som omhandler respondentenes bakgrunn.

Tabell 6 Variabel «opplevd vold» før sammenslåing av variabler

vold1

| | | Frekvens | Prosent | Gyldig prosent | Akkumulert prosent |
|-------|---------------------|----------|---------|----------------|--------------------|
| Valid | Aldri | 24 | 25.5 | 25.5 | 25.5 |
| | En gang | 13 | 13.8 | 13.8 | 39.4 |
| | Et par ganger | 42 | 44.7 | 44.7 | 84.0 |
| | Måndtlig | 9 | 9.6 | 9.6 | 93.6 |
| | Ukentlig | 3 | 3.2 | 3.2 | 96.8 |
| | Flere ganger i uken | 3 | 3.2 | 3.2 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

Tabell 7 Variabel opplevd trusler før sammenslåing av variabler

vold2

| | | Frekvens | Prosent | Cyldig Prosent | Akkumulert prosent |
|-------|---------------------|----------|---------|----------------|--------------------|
| Valid | Aldri | 5 | 5.3 | 5.3 | 5.3 |
| | En gang | 5 | 5.3 | 5.3 | 10.6 |
| | Et par ganger | 36 | 38.3 | 38.3 | 48.9 |
| | Måndtlig | 31 | 33.0 | 33.0 | 81.9 |
| | Ukentlig | 8 | 8.5 | 8.5 | 90.4 |
| | Flere ganger i uken | 9 | 9.6 | 9.6 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

Figur 6 kartlegger hvor ofte respondenten har opplevd fysisk vold de siste 12 månedene, mens figur 7 viser hvor ofte de har blitt utsatt for verbal vold/trusler.

4.4 Korrelasjonsanalyse

For å kartlegge variablenes sammenheng med hverandre ble det utført en korrelasjonsanalyse.

Tabell 8 Korrelasjonsanalyse

Korrelasjon

| | | Autonomi | Jobbengasjement | Turnoverintensjon | Kynisme | Arbeidspress | VoldogSikkerhet | BedringiPasient |
|-------------------|---------------------|----------|-----------------|-------------------|---------|--------------|-----------------|-----------------|
| Autonomi | Pearson Correlation | 1 | .286 | -.374 | -.316 | -.102 | -.061 | .228 |
| Jobbengasjement | Pearson Correlation | .286 | 1 | -.628 | -.690 | -.043 | -.223 | .482 |
| Turnoverintensjon | Pearson Correlation | -.374 | -.628 | 1 | .685 | .216 | .159 | -.274 |
| Kynisme | Pearson Correlation | -.316 | -.690 | .685 | 1 | .313 | .335 | -.405 |
| Arbeidspress | Pearson Correlation | -.102 | -.043 | .216 | .313 | 1 | .323 | -.041 |
| VoldogSikkerhet | Pearson Correlation | -.061 | -.223 | .159 | .335 | .323 | 1 | -.128 |
| BedringiPasient | Pearson Correlation | .228 | .482 | -.274 | -.405 | -.041 | -.128 | 1 |

En korrelasjonsanalyse utføres for å se etter sammenhenger mellom variabler. En korrelasjonsanalyse kan vise hvor strekt to variabler er korrelatet til hverandre og om korrelasjonen er positiv eller negativ. P verdien kan indikere hvorvidt en korrelasjon er statistisk signifikant eller ikke. En vanlig signifikans nivå er 0.05. En P-verdi mindre enn 0.05 kan det indikerer at det ikke er statistisk signifikans mellom variablene. Bruken av P verdi for å måle

korrelasjon er omdiskutert innen forskning, og det er ikke enighet om hvorvidt den er nyttig å bruke som en absolutt verdi (Ziliak&McCloskey, 2009; Nuzzo, 2014; Yaddanapudi, 2016). I dette tilfellet ble det allikevel gjennomført en korrelasjonsmatrise der flere signifikante korrelasjoner ble identifisert etter teorien om P verdi. I videre analyser er det påvirkning gjennom sti analyse som vektlegges (Wright, 1934)

Vold og Sikkerhet har en signifikant korrelasjon med Arbeidspress, Kynisme og Turnoverintensjon. BedringiPasient er korrelatert på et signifikant nivå med Turnoverintensjon, VoldogSikkerhet og Autonomi. Jobbengasjement har signifikant korrelasjon med BedringiPasient og Turnoverintensjon, mens kynisme er signifikant korrelatert med Arbeidspress og Turnoverintensjon. Turnoverintensjon har en signifikant korrelasjon til BedringiPasient, Kynisme, og Jobbengasjement.

4.5 Regresjonsanalyser

For å få en indikasjon på i hvilken grad variablene påvirker hverandre analyseres dette i en regresjonsanalyse. Dette ble gjort med utgangspunkt i stidiagrammet der det ble lagt til grunn for uavhengige og avhengige variabler i analysene. Det utføres regresjonsanalyser med autonomi, engasjement, arbeidspress, kynisme og turnoverintensjon som avhengige variabler i de forskjellige analysene, og med ulike uavhengige variabler, basert på antatt påvirkning i stidiagrammet.

Tabell 9 Regresjonsanalyse, Autonomi som avhengig variabel

Koeffisienter^a

| Model | | Ustandariserte Koeffisienter | | Standardiserte koeffisienter | t | Sig. | 95,0% Konfidensintervall for B | |
|-------|-----------------|------------------------------|-----------|------------------------------|-------|------|--------------------------------|-------------|
| | | B | Std. Feil | Beta | | | Nedre grense | Øvre grense |
| 1 | (Constant) | 6.024 | 1.828 | | 3.295 | .001 | 2.392 | 9.655 |
| | VoldogSikkerhet | -.013 | .049 | -.028 | -.271 | .787 | -.111 | .084 |
| | BedringiPasient | .200 | .092 | .224 | 2.169 | .033 | .017 | .383 |

a. Avhengig variabel: Autonomi

Tabell 10 Regresjonsanalyse, Arbeidspress som avhengig variabel

Koeffisienter^a

| Model | | Ustandariserte koeffisienter | | Standariserte koeffisienter | t | Sig. | 95,0% Konfidensintervall for B | |
|-------|-----------------|------------------------------|-----------|-----------------------------|-------|-------|--------------------------------|-------------|
| | | B | Std. Feil | Beta | | | Nedre grense | Øvre grense |
| 1 | (Constant) | 4.114 | 2.233 | | 1.842 | .069 | -.323 | 8.551 |
| | VoldogSikkerhet | .206 | .060 | .343 | 3.433 | <.001 | .087 | .326 |
| | BedringiPasient | .003 | .113 | .003 | .031 | .976 | -.220 | .227 |

^a. Avhengig variabel: Arbeidspress

Tabell 11 Regresjonsanalyse, Jobbengasjement som avhengig variabel

Koeffisienter^a

| Model | | Ustandariserte koeffisienter | | Standariserte koeffisienter | t | Sig. | 95,0% Konfidensintervall for B | |
|-------|-----------------|------------------------------|-----------|-----------------------------|--------|-------|--------------------------------|-------------|
| | | B | Std. Feil | Beta | | | Nedre grense | Øvre grense |
| 1 | (Constant) | 5.304 | 1.840 | | 2.884 | .005 | 1.650 | 8.959 |
| | VoldogSikkerhet | -.097 | .050 | -.178 | -1.949 | .054 | -.195 | .002 |
| | BedringiPasient | .467 | .093 | .459 | 5.029 | <.001 | .282 | .651 |
| 2 | (Constant) | 3.208 | 1.936 | | 1.657 | .101 | -.640 | 7.055 |
| | VoldogSikkerhet | -.117 | .051 | -.216 | -2.296 | .024 | -.219 | -.016 |
| | BedringiPasient | .413 | .092 | .406 | 4.470 | <.001 | .229 | .596 |
| | Autonomi | .268 | .104 | .235 | 2.581 | .011 | .062 | .474 |
| | Arbeidspress | .118 | .085 | .131 | 1.387 | .169 | -.051 | .286 |

^a. Avhengig variabel: Jobbengasjement

Tabell 12, Regresjonsanalyse, Kynisme som avhengig variabel

Koeffisienter^a

| Model | | Ustandariserte koeffisienter | | Standariserte koeffisienter | t | Sig. | 95,0% Konfidensintervall for B | |
|-------|-----------------|------------------------------|------------|-----------------------------|--------|-------|--------------------------------|-------------|
| | | B | Std. Error | Beta | | | Nedre grense | Øvre grense |
| 1 | (Constant) | 10.073 | 2.614 | | 3.854 | <.001 | 4.881 | 15.265 |
| | VoldogSikkerhet | .232 | .070 | .303 | 3.297 | .001 | .092 | .372 |
| | BedringiPasient | -.527 | .132 | -.367 | -3.996 | <.001 | -.789 | -.265 |
| 2 | (Constant) | 11.641 | 2.702 | | 4.308 | <.001 | 6.271 | 17.011 |
| | VoldogSikkerhet | .187 | .071 | .244 | 2.626 | .010 | .046 | .329 |
| | BedringiPasient | -.449 | .129 | -.313 | -3.487 | <.001 | -.705 | -.193 |
| | Autonomi | -.391 | .145 | -.243 | -2.704 | .008 | -.679 | -.104 |
| | Arbeidspress | .192 | .118 | .151 | 1.620 | .109 | -.044 | .427 |

^a. Avhengig variabel: Kynisme

Tabell 13 Regresjonsanalyse, Turnoverintensjon som avhengig variabel

Koeffisienter^a

| Model | | Ustandariserte koeffisienter | | Standardiserte koeffisienter | t | Sig. | 95,0% Konfidensintervall for B | |
|-------|-----------------|------------------------------|-----------|------------------------------|--------|-------|--------------------------------|-------------|
| | | B | Std. Feil | Beta | | | Nedre grense | Øvre grense |
| 1 | (Constant) | 10.270 | 3.090 | | 3.324 | .001 | 4.130 | 16.410 |
| | VoldogSikkerhet | .098 | .081 | .124 | 1.210 | .230 | -.063 | .260 |
| | BedringiPasient | -.397 | .158 | -.257 | -2.505 | .014 | -.711 | -.082 |
| 2 | (Constant) | 12.598 | 3.230 | | 3.901 | <.001 | 6.178 | 19.019 |
| | VoldogSikkerhet | .058 | .082 | .074 | .716 | .476 | -.104 | .221 |
| | BedringiPasient | -.280 | .153 | -.182 | -1.834 | .070 | -.584 | .024 |
| | Autonomi | -.533 | .168 | -.315 | -3.183 | .002 | -.867 | -.200 |
| | Arbeidspress | .172 | .143 | .125 | 1.201 | .233 | -.113 | .457 |
| 3 | (Constant) | 8.714 | 2.859 | | 3.048 | .003 | 3.028 | 14.400 |
| | VoldogSikkerhet | -.098 | .063 | -.124 | -1.565 | .121 | -.223 | .027 |
| | BedringiPasient | .187 | .126 | .121 | 1.481 | .142 | -.064 | .438 |
| | Autonomi | -.200 | .129 | -.118 | -1.553 | .124 | -.457 | .056 |
| | Arbeidspress | .179 | .113 | .130 | 1.583 | .117 | -.046 | .405 |
| | Kynisme | .458 | .112 | .442 | 4.095 | <.001 | .235 | .680 |
| | Jobbengasjement | -.583 | .159 | -.395 | -3.675 | <.001 | -.898 | -.267 |

a. Avhengig variabel: Turnoverintensjon

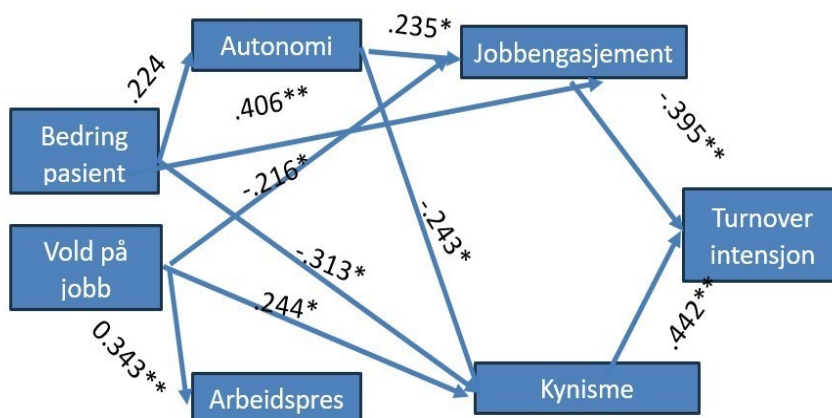
Gjennom regresjonsanalyser ser man hvilke påvirkninger de uavhengige variablene har på den avhengige variabelen. Man kan se fra modellene at når den avhengige variabelen defineres som autonomi er det kun bedring i pasienten som er signifikant, vold og sikkerhet er ikke signifikant på opplevde autonomi. Når den avhengige variabelen defineres som arbeidspress, finner man at det kun er vold og sikkerhet som er signifikant og at pasientens bedring ikke har innvirkning på denne. Jobbengasjement påvirkes signifikant av autonomi, vold på jobb og bedring hos pasienten. Likeledes er autonomi, bedring hos pasienten og vold og sikkerhet prediktorer for kynisme, dog med negativt fortegn på autonomi og bedring hos pasienten. Dette indikerer at ved en økning i disse to vil man få en mindre grad av kynisme. Turnoverintensjon påvirkes signifikant av jobbengasjement og av kynisme. Vold på jobb er signifikant for arbeidspress som avhengig variabel, mens arbeidspress som uavhengig variabel ikke er signifikant i forhold til de andre variablene.

4.6 The Method of Path Coefficient

I teorien om The Method of Path Coefficient (Wright, 1934) argumenteres det med at man kan regne ut en sammenfallende påvirkning på avhengige variabler gjennom indirekte påvirkning. Wright (1934) mener i sin teori at det at to faktorer påvirker den samme variabelen innebærer ikke at korrelasjonen mellom faktorene blir påvirket. Han legger frem et prinsipp om at en påvirkning av variablene i et stidiagram kan skyldes påvirkning gjennom flere stier, dersom disse er sammenknyttet. To variabler som er korrelatet med en tredje variabler

trenger da ikke være korrelatet med hverandre. Den samlede verdien av påvirkning vil være et resultat av påvirkning mellom faktorene på stiene (Wright, 1934).

Med utgangspunkt i denne teorien betyr det at man benytter seg av standardisert beta (stikoeffisienter) fra regresjonsanalysen, ganger opp det mellom variabler på stien og legger sammen resultatene fra de ulike stiene. Dette gjøres kun på stier i diagrammet som er funnet signifikante. I tilfelle med dette datasettet vil den indirekte effekten se slik ut: *Figur 2 Signifikante Stikoeffisianter*



$$\text{Autonomi} \rightarrow \text{Turnoverintensjon} = (.235 \times -.395) + (-.243 \times .442) = .20$$

$$\text{Vold og Sikkerhet} \rightarrow \text{Turnoverintensjon} = (-.216 \times .395) + (.244 \times .442) = .193$$

$$\text{Bedring hos pasienten} \rightarrow \text{Turnoverintensjon} = (.224 \times .235 \times -.395) + (.224 \times -.243 \times .442) + (.313 \times .442) + (.406 \times .395) = .344$$

Etter Cohen (1992) sin teori om effektstørrelse vil dette bety at autonomi og vold og Sikkerhet har en lav påvirkning på turnoverintensjon hos de ansatte i undersøkelsen, mens hvorvidt pasientene blir bedre eller ikke i løpet av behandlingen vil ha en middels påvirkning på de ansattes intensjon om å slutte.

4.7 Åpent spørsmål

Det var totalt 49 av respondentene som svarte på det åpne spørsmålet. Spørsmålet var:

Opplever du at pasientgruppen har endret seg over tid, hvis ja: På hvilken måte Svarene som ble gitt på dette spørsmålet er delt inn i temaer og presentert her. Noen av svarene forekommer

i flere kategorier da respondenten har beskrevet at de opplever flere endringer over tid som for eksempel *Mer rus og mer vold*. Svaret vil da bli presenter under Rus og under Økt vold

4.7.1 Økt vold

- Pasientene er mye sykere når de først kommer til akutt psykiatri eller andre instanser i spesialisthelsetjenesten. Endringen i lov om samtykkekompetanse er det som påvirker dette i størst grad. Pasientgruppen er også mer utagerende enn tidligere.
- vi får flere pas. med voldshistorikk og dom til behandling som gir utfordringer med utskrivning når de er stabilisert
- Yngre og mer utagerende skjermings pasienter
- Pasientene er dårligere, og mange av de er derfor aggressive og utagerende. Siden de samtidig er hverandres miljø, skaper dette en utrygghet for medpasienter som er vitne til roping, utskjelling og fysisk utagering som igjen kan fremme aggresjon hos medpasientene.
- Mer rusutløste psykoser og en yngre pasientgruppe. Det er også flere pasienter som holdes igjen på farekriteriet og ikke kan skrives ut pga manglende plasser som kan ivareta samfunnsvernet
- Ja, Høyerer frekvens av pasienter med forhøyet voldsrisiko
- Siste 20 år: mer rus og vold
- Ja, økende rusproblematikk og sikkerhetspasienter Mer rus og vold bland pasientene

- Dårligere pasienter Pasienter med økt voldsrisiko Pasienter med rusproblematikk •
Mere vold og alvorlige psykoselidelser

4.7.2 Flere dømt til behandling

- Mer rusproblematikk, mange innlagt på dom
- vi får flere pas. med voldshistorikk og dom til behandling som gir utfordringer med utskrivning når de er stabilisert
- Yngre i alder, mer bruk av illegale rusmidler og må ofte ta inn pasienter på dom. Vår seksjon er ikke sikkerhetsseksjon, dermed har vi mindre personal for å ivareta sikkerhetspasienter, samt at vi ikke får sikkerhetstillegg som poster som har pasienter på dom får.

- Jeg opplever en økning av pasienter med alvorlig rusproblematikk, og flere pasienter som er innlagt på dom og/eller har gjort straffbare handlinger før de får et høyere omsorgsnivå
- Flere pasienter på dom til TPH.
- Mer rus og personlighetsproblematikk. Stadig flere blir dømt til behandling

4.7.3 Pasientene er sykere

- Høyere voldspotensiale blant pasientene som nå kommer. Ofte pasienter som har falt mellom to stoler i systemet, grunnet autonomi"krav", og nytt lovverk i 2017 (samtykkekompetanse). Det finnes i dag INGEN juridisk lovlige og forsvarlige, ift samfunnsvernet, tilbud, til pasienter under kap. 5 PHR, og forvaringsdømte. Kom igjen; vedta dom til tvungen bosetting nå, som en tredje særreaksjon (Ref. R. Rosenquist, rettspsykiater). Eneste forsvarlige og etisk riktige løsning. Beste løsning for både samfunn og pasient.
- Pasientene er mye sykere når de først kommer til akutt psykiatri eller andre instanser i spesialisthelsetjenesten. Endringen i lov om samtykkekompetanse er det som påvirker dette i størst grad. Pasientgruppen er også mer utagerende enn tidligere.
- Yngre og større symptombelastning
- Ja, pasientgruppen er blitt dårligere. Den behandling vi planlegger og følger opp med er basert på en friskere pasientgruppe
- Det blir tyngere å tyngere pasienter, som krever mer av personalet som alltid er på skjerm avd med de mest krevende pasientene. gi den hjelpen som trengs blir vanskelig da det ikke er noe system, dårlig samarbeid fra ledelsen, leger og psykologer
- Sykere og med mer atferdsutfordringer
- Pasientene er dårligere, og mange av de er derfor aggressive og utagerende. Siden de samtidig er hverandres miljø, skaper dette en utrygghet for medpasienter som er vitne til roping, utskjelling og fysisk utagering som igjen kan fremme aggresjon hos medpasientene.

-
- Pasientenes tilstand er dårligere enn da jeg startet for 2,5 år siden. De "tunge periodene" for personalet varer lenger og kommer oftere.
- Lovverket har endret seg og det påvirker pasientgruppen, så ja.
- Pasienten er oftere sykere og har oftere autoseponert medikamenter og lang tid før de fanges opp av psykisk helsevern. Det tar lenger tid til å komme tilbake pasientens abilitat fase
De har blitt mye sykere når de kommer hit
- De er blitt yngre, og legges inn oftere. Mange flere gjengangere enn tidligere.
- Sykere, fungerer dårligere ute
- Ja, økende rusproblematikk og sikkerhetspasienter
- Opplever pasientgruppen som generelt med uforutsigbare, mer rus, sykere (høyere symptomtrykk) når de kommer inn med behov for lengre opphold enn tidligere.
- - Pasientene er langt sykere når de legges inn per i dag, og må ofte skrives ut raskere enn behandlingsapparatet ønsker- da grunnet plassmangel og høyt pasientbelegg. På den andre siden kan pasienter bli inneliggende lenger enn det som er nødvendig i en akuttbehandling (som skal videre til døgnposter), også grunnet plassmangel. - Økt bruk av rusmidler, og mer komplekse tilfeller av rusmisbruk.
- pasienter kommer "dårligere" inn enn før og det er nærmest alltid rus med i bildet
- Pas er sykere ved innleggelse, lengre innleggelser, mer rus
- De er mye sykere ved innkomst, og også sykere ved utskrivelse (relativt sett, hvis jeg sammenligner med hvordan de var ved utskrivelse for 8-10 år siden da jeg begynte på akutt)
- Ja, de er mer belastet med symptomer og innleggelsen er langvarig

4.7.4 Mer rus

- Mer rusproblematikk, mange innlagt på dom
- Jeg synes det er rus blant pasientene.
- Flere yngre pasienter av begge kjønn. Mye rusrelatert.

-
- Jeg synes at pasientene, mye oftere enn tidligere, også har et rusproblem ved siden av en psykisk lidelse. Og også at de psykiske lidelsene er mye rusutløst.
- Mer rus, større andel pasienter med lett psykisk utviklingshemming. Større andel pasienter med minoritetsbakgrunn.
- Yngre i alder, mer bruk av illegale rusmidler og må ofte ta inn pasienter på dom. Vår seksjon er ikke sikkerhetsseksjon, dermed har vi mindre personal for å ivareta sikkerhetspasienter, samt at vi ikke får sikkerhetstillegg som poster som har pasienter på dom får.
- Jeg opplever en økning av pasienter med alvorlig rusproblematikk, og flere pasienter som er innlagt på dom og/eller har gjort straffbare handlinger før de får et høyere omsorgsnivå
Mer rusutløste psykoser og en yngre pasientgruppe. Det er også flere pasienter som holdes igjen på farekriteriet og ikke kan skrives ut pga av manglende plasser som kan ivareta samfunnsvernet
- ja. Yngre pasientgruppe og mer rus
- Mere rusutløste psykoser
- Pasientgruppen har ikke et ordentlig sted å bo etter at de er ferdig behandlet på institusjon. Dette er pasienter som kunne levd i bolig om de ansatte hadde tvangsvedtak å benytte seg av for sin egen sikkerhet. Per i dag er det svært få som vil ta i mot pasienter på TPH, derfor blir de altfor lenge på institusjon og institusjonalisert. Det viser seg gang på gang at hvis de er på institusjon i flere år så er det svært få som klarer seg i egen bolig uten ordentlig bemanning og oppfølging. De får ofte tilbakefall ved å returnere til rusmidler når de bor for seg selv, da de gjerne har liten sosial sirkel og de få de kjenner benytter seg av rusmidler.
- Siste 20 år: mer rus og vold
- Det skal sies at det er rus som ødelegger mest ift endring, når rusen ikke er aktuell blir motivasjonen til endring bedret.
- Mer rus
- Opplever pasientgruppen som generelt med uforutsigbare, mer rus, sykere (høyere symptomtrykk) når de kommer inn med behov for lengre opphold enn tidligere.
- - Pasientene er langt sykere når de legges inn per i dag, og må ofte skrives ut raskere enn behandlingsapparatet ønsker- da grunnet plassmangel og høyt pasientbelegg. På den andre siden kan pasienter bli inneliggende lenger enn det som er nødvendig i en akuttbehandling (som skal videre til døgnposter), også

- grunnet plassmangel. - Økt bruk av rusmidler, og mer komplekse tilfeller av rusmisbruk.
- Mer rus og vold bland pasientene pasienter kommer "dårligere" inn enn før og det er nærmest alltid rus med i bildet
- Pas er sykere ved innleggelse, lengre innleggelser, mer rus
- Mer rus og personlighetsproblematikk. Stadig flere blir dømt til behandling
- Dårligere pasienter Pasienter med økt voldrisiko Pasienter med rusproblematikk

4.7.5 Annet

Andre grupper enn før:

- Det virker på meg som at de er trender og i perioder opplever jeg at det flere av en viss kattagori og så senere en ny kattagori. Opplever at færre pasienter er rene psykose pasienter.
Roligere...
- Ja, det er mer somatiske utfordringer, fler med spiseforstyrrelser som ikke får plass på avdelinger som er spesialisert på dette.
- Det har vært en økning i antall pas som har lettere psykisk utviklingshemmet/autistiske diagnoser.
- Bedre stabilisert

Problemer med innleggelse/utskrivelse/oppfølging

- Pasientgruppen har ikke et ordentlig sted å bo etter at de er ferdig behandlet på institusjon. Dette er pasienter som kunne levd i bolig om de ansatte hadde tvangsvedtak å benytte seg av for sin egen sikkerhet. Per i dag er det svært få som vil ta i mot pasienter på TPH, derfor blir de altfor lenge på institusjon og institusjonalisert. Det viser seg gang på gang at hvis de er på institusjon i flere år så er det svært få som klarer seg i egen bolig uten ordentlig bemanning og oppfølging. De får ofte tilbakefall ved å returnere til rusmidler når de bor for seg selv, da de gjerne har liten sosial sirkel og de få de kjenner benytter seg av rusmidler.

-
- - Pasientene er langt sykere når de legges inn per i dag, og må ofte skrives ut raskere enn behandlingsapparatet ønsker- da grunnet plassmangel og høyt pasientbelegg. På den andre siden kan pasienter bli inneliggende lenger enn det som er nødvendig i en akuttbehandling (som skal videre til døgnposter), også grunnet plassmangel. - Økt bruk av rusmidler, og mer komplekse tilfeller av rusmisbruk.
- Pas er sykere ved innleggelse, lengre innleggelser, mer rus
- De er mye sykere ved innkost, og også sykere ved utskrivelse (relativt sett, hvis jeg sammenligner med hvordan de var ved utskrivelse for 8-10 år siden da jeg begynte på akutt)
- Ja, de er mer belastet med symptomer og innleggelsen er langvarig
- Høyere voldspotensiale blant pasientene som nå kommer. Ofte pasienter som har falt mellom to stoler i systemet, grunnet autonomi"krav", og nytt lovverk i 2017 (samtykkekompetanse). Det finnes i dag INGEN juridisk lovlige og forsvarlige, ift samfunnsvernet, tilbud, til pasienter under kap. 5 PHR, og forvaringsdømte. Kom igjen; vedta dom til tvungen bosetting nå, som en tredje særreaksjon (Ref. R. Rosenquist, rettspsykiater). Eneste forsvarlige og etisk riktige løsning. Beste løsning for både samfunn og pasient.

Av de 49 som svarte på det åpne spørsmålet var det altså 10 som svarte at de opplevde at pasientene var mer voldelig enn det hadde vært før. To av respondentene knyttet dette direkte til loven om samtykkekompetanse fra 2017. I 20 av svarene ble det skrevet at de opplevde pasientene som dårlige ved innleggelse enn de hadde vært. Det gis tilbakemeldinger om at de er «sykere ved innleggelse», at dette påvirker innleggelsen ved

at «Den behandling vi planlegger og følger opp med er basert på en friskere pasientgruppe». Samtidig er det flere som nevner at innleggelsene er lenger nå og at pasientene er sykere ved utskrivelse enn det de opplevde tidligere «De er mye sykere ved innkost, og også sykere ved utskrivelse (relativt sett, hvis jeg sammenligner med hvordan de var ved utskrivelse for 8-10 år siden da jeg begynte på akutt)» 6 ganger svarte respondentene at de opplevde at flere var dømt til behandling nå enn tidligere. Samtidig sier noen at utskrivelse og oppfølging er et problem, både at plassmangel videre i systemet er et problem (fra akutt til langtidsbehandling) at det er vanskelig å få et høyere omsorgsnivå for de som trenger det og at det er utfordrende å få egnet botilbud til de som har omfattende voldshistorikk eller er dømt til behandling. Av de svarene jeg fikk ble rus og

•
rusmidler nevnt som en endring hos pasienten 20 ganger. Det vil si at nesten halvparten av de som opplevde at pasientgruppen hadde endret seg nevnte at rus og rusmidler var et større problem enn tidligere. Rus nevnes både i forbindelse med innleggelsen, som i at de legges inn med rusproblematikk, eller at den psykiske uhelsen er rusutløst. Rus trekkes også frem som et problem for behandlingen: «Det skal sies at det er rus som ødelegger mest i endring, når rusen ikke er aktuell blir motivasjonen til endring bedret». Rus nevnes også i forbindelse med utskrivelse og oppfølging for pasientene «De får ofte tilbakefall ved å returnere til rusmidler når de bor for seg selv, da de gjerne har liten sosial sirkel og de få de kjenner benytter seg av rusmidler.»

5 Funn og diskusjon

I denne undersøkelsen er opplevd vold og grad av sikkerhetstiltak analysert som et jobbkrav. I studien til Lie et al. fant de at ved opplevd vold var den fjerde hyppigste umiddelbare reaksjonen å slutte i jobben (Li et al., 2019). Seks måneder etter hendelsen viste det seg at intensjonen om å slutte hadde blitt den tredje vanligste reaksjonen, turnoverintensjonen hadde altså økt over tid. Også i en undersøkelse fra helsearbeidere i Tyrkia, fant man en direkte sammenheng mellom opplevd vold, det å være vitne til vold og turnover blant helsearbeidere (Akborat et al., 2019).

Gjennom analyser i denne i undersøkelse finner man ikke at opplevd vold og sikkerhetstiltak har en sterk direkte påvirkning på turnover intensjonen. Gjennom sti koeffisienter kommer det derimot frem en indirekte påvirkning fra vold og sikkerhetstiltak til turnoverintensjon. Denne påvirkningen er 0.19, noe som ifølge teorien om stikoeffisient er en svak påvirkning (Cohen, 1992). Vold og sikkerhetstiltak viser seg i analysene å påvirke turnoverintensjon gjennom de ulike variablene jobbegasjement og kynisme. I en stor undersøkelse som Senteret for medisinsk etikk gjennomførte i 2018 ble 15.576 ansatte i psykisk helsevertjenesten bedt om å komme med deres erfaringer knyttet til etiske utfordringer ved bruk av tvang (Husum et al., 2018). En del av de tiltakene som er beskrevet som tvang i Husum et al. (2018) sin undersøkelse er sammenfallende med de som er undersøkt under sikkerhetstiltak i oppgavens spørreskjema. I undersøkelsen fra senteret for medisinsk etikk ble det kartlagt at mange av respondentene fant ulike og sammensatte utfordringer knyttet til bruk av tvang. De finner også at arbeidsforholdene i psykisk helsevern og bruk av både formell og uformell tvang kan skape et «moralsk stress» hos de ansatte. Moralsk stress er her beskrevet som å stå i en situasjon der man er klar over et moralsk problem, men som et resultat av reelle eller opplevd hinder deltar i det man oppfatter som moralsk unåde (Husum et al., 2018, s 108). For ansatte som jobber i helse og omsorgssektoren er begrepet som «velgjørenhet» og «ikke skade» prinsippet viktige etiske prinsipper (Pedersen & Nordtvedt, 2018. s. 30). Å stadig måtte gå på akkord med dette kan føre til en indre konflikt der man reagerer med kynisme. Dette kan være noe av forklaringen på funnen av at vold og sikkerhet kan påvirke de ansattes kynisme i hverdagen på jobb. Kynisme kan komme ut fra at egne verdier ikke sammenfaller med verdier på jobb slik som hvis man står i stadige dilemmaer. En gjennomgang av litteratur utført av d'Ettorre og Pellicani (2017) fant at opplevd vold kan føre til psykologiske reaksjoner som angst, unngåelse og i 10 prosent førte det til post traumatisk stress etter å ha gjennomgått en alvorlig voldshendelse. De fant også at opplevde vold korrelerte med emosjonell

•
utmattelse, depersonalisering og ineffektivitet (d’Ettorre & Pellicani, 2017). Dette er, som tidligere beskrevet, elementer i opplevde kynisme og sammenfaller dermed med funn i denne analysen som viser at opplevd vold sammenfaller med økende kynisme.

Opplevd vold og bruk av sikkerhetstiltak har i denne undersøkelse også en korrelasjon med jobbengasjement. Troen på at man kan mestre og møte problemer i jobben på en tilfredsstillende måte og at man beholder troen på at man kan oppnå noe positivt i arbeidet utgjør en selvopplevd mestringsevne. Også håp om at man kan løse problemer og utføre arbeidsoppgaver, selv når de oppleves som utfordrende (Kaufman & Kaufman, 2016, s. 322). Dersom man møter utfordringer i jobben som man opplever at man ikke håndterer på en tilfredsstillende måte, kan dette gi seg uttrykk i synkende engasjement. I en svensk undersøkelse viste funnene at de ansatte i psykisk helsearbeid i stor grad la vekt på pasientens tilstand når de skulle forklare vold rettet mot personalet. De ansatte rasjonaliserte da at volden ikke handlet om personalet, noe som kunne indikere at de ikke følte seg personlig rammet (Pelto-Piri et al., 2020). På den annen side viser Maslach og Leiter (2016) at det kan være vanskelig å bevare empatien og engasjementet i møte med voldelige pasienter. Voldelige hendelser kan være vanskelig å håndtere og kan føre til at de som jobber i psykisk helse tar avstand fra jobben. Opplevd vold kan føre til at de ansatte føler at de mangler kontroll over jobben sin og at de er mindre faglig effektive (Maslach & Leiter, 2016). Når man i tillegg har kunnskap om at tjenesteytere i helse og omsorgssektoren synes bruk av tvang er problematisk (Engerdahl et al., 2016) kan dette samlet sett påvirke deres jobbengasjement.

Ved å se på variablene opplevd vold (tabell 6) og forekomst av opplevd trusler (tabell 7) er det, uavhengig av oppgavens formål som er å se på turnoverintensjonen, viktig å ta med seg forekomsten av fysisk og verbal vold i denne undersøkelsen. Denne undersøkelsen viser at 74,5 prosent av respondentene har vært utsatt for vold på jobb i løpet av det siste året. Så mange som 16 prosent svarer at de har vært utsatt for vold månedlig eller oftere det siste året. Dette er et vesentlig høyere tall enn de viser til i rapporten *Bedre beslutning Bedre behandling* der de viser til mangel på relevante undersøkelser for psykisk helsevern og bruker en undersøkelse der 19 prosent opplyser at de har blitt utsatt for vold. Dette støtter antagelsen de har gjort om at tallet for opplevd vold er høyere på poster godkjent for TPH med døgnetter Loven om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern enn i den undersøkelsen de fant (Regjeringen.no, 2023b, s 148). Undersøkelsen viser også at så

•
mye som 94,7 prosent har vært utsatt for verbale trusler i løpet av det siste året. Kun 5,3 prosent oppgir at de ikke har opplevd trusler i løpet av det siste året.

Både jobbengasjement og kynisme viser seg i denne undersøkelsen å påvirke de ansatte sin intensjon om å slutte i jobben. Ved å se på effekten av opplevd vold og iverksatte sikkerhetstiltak gjennom variabelen kynisme og engasjement fremkommer det dermed en påvirkning på turnoverintensjonen. Økt kynisme ser ut til å ha en effekt på økt turnoverintensjon, mens økt engasjement ser ut til å minske turnoverintensjonen i denne undersøkelsen. Dette støttes av JD-R modellen der forekomst av høye arbeidskrav vil påvirke turnoverintensjon, mens høye jobressurser vil senke den (Demerouti et al., 2001).

5.1 Bedring pasient

En av skalaene i spørreskjemaet i denne undersøkelsen forsøkte å kartlegge hvorvidt de ansatte følte at pasientene ble bedre, at man gjorde en positiv forskjell for pasienten og at pasientene var klare for lavere omsorgsnivå når de ble overført dit. Von Hippel (2019) gjennomførte en undersøkelse i Australia der de så på sammenhengen mellom manglende bedring hos klienter og utbrenthet hos ansatte i psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet (Community mental health workers) De fant i den undersøkelse at manglende bedring hos pasienter og opplevelsen av at de ansatte ikke gjorde en forskjell i andres liv gjorde at de ansatte opplevde at oppgavene deres var lite viktige («*task significance*») Dette førte i sin tur til at de opplevde lavere jobbtillfredsstillelse, lavere jobbengasjement og mindre forpliktelse til organisasjonen og profesjonen. Dette økte sjansen for at de kom til å slutte i jobben (von Hippel, 2019). Hvis man tar utgangspunkt i at de som jobber med omsorg har en motivasjon som ligger i det å hjelpe andre, vil fravær av bedring hos pasientene kunne føre til at man mister motivasjonen (Isdal, 2017). Dersom det er slik at fravær av bedring hos pasienten, eller at pasientene blir overført til et lavere omsorgsnivå/blir skrevet ut før de ansatte mener at dette er faglig forsvarlig, kan dette gjøre at de ansatte føler at de ikke har sammenfallende verdier som arbeidsstedet. Kynisme i seg selv er assosiert med at personlige verdier sammenfaller med de verdier som er på arbeidsplassen (Maslach & Leiter, 2016) Funnene i von Hippel (2019) sin undersøkelse, i Maslach og Leiter (2016) sin definisjon av kynisme og i Isdal (2017) sin teori er sammenfallende med analysene i denne undersøkelse.

Gjennom analysene finner man at bedring i pasienten har en positiv signifikant sammenheng med autonomi, jobbengasjement og en negativ påvirkning på opplevde kynisme. Gjennom analyser av stikoeffisienter i denne undersøkelsen fant man at den

•
indirekte påvirkningen mellom opplevd bedring hos pasienten og turnoverintensjon er på 0.344. Dette viser at jo bedre de ansatte opplever at pasienten blir eller jo større opplevelse de har av at det de gjør er meningsfullt, jo mindre blir intensjonen om å slutte i jobben. Dette er en moderat påvirkning og altså en høyere påvirkning på turnover enn det opplevd vold viste seg å ha (0.19) Opplevd bedring hos pasienter er i denne studien, i likhet med autonomi og engasjement, sett på som jobbressurser i JD-R modellen (Demerouti et al., 2001). Høy tilstedeværelse av disse jobbressursene, kan forhindre den negative effekten av for høye jobbkrav og være med på å senke intensjonen om å slutte i jobben. Høy grad av kynisme vil på den annen side være med på å øke turnoverintensjonen hos de ansatte.

5.2 Autonomi

Ved å bruke Autonomi som en uavhengig variabel i stidiagrammet finner man i denne undersøkelsen at den har en indirekte påvirkning på turnoverintensjon med -0.20, mediert gjennom både kynisme og jobbegasjement Dette betegnes som en liten effekt (Cohen, 1992). Vold på jobb som forutsettes for sikkerhetstiltak, har ingen direkte effekt på autonomi. Dette er ikke sammenfallende med andre undersøkelser som fant at trakassering fra pasienter samhandler med autonomi for å kunne forutsi kynisme og utmattelse (Xanthopoulos et al., 2006). Autonomi har en signifikant korrelasjon med både kynisme og jobbegasjement, samt den samlet indirekte på virkning på turnoverintensjon på -0.20.

Autonomi er en av de kriteriene som viser seg viktig for opplevd jobbtifredsstillelse.

Autonomi betegnes som det å selv kunne bestemme hvordan jobben skal utføres (Skogstad, 2017, s. 141). I en undersøkelse gjennomført ved å anonymt spørre 996 norske helsearbeidere og lærere, fant man at autonomi, sosial støtte, tilfredsstillelse over karriere og muligheter til avansement var de variablene som relaterte høyt med jobbegasjement. I studien argumenterer Richardsen & Martinussen (2008) for at hvis disse jobbressursene, inkludert autonomi, er til stede vil det være større sannsynlighet for at arbeidsmiljøet og arbeidsoppgavene vil begeistre arbeidstakere (Richardsen & Marinussen, 2008). Dette synes å være tilfellet også når det gjelder korrelasjonen i denne studien mellom autonomi og engasjement. Autonomi og engasjement er begge jobbressurser og vil ifølge JD-R modellen (Demerouti et al., 2001) ha en forebyggende effekt på opplevde jobbkrav når det gjelder turnoverintensjon i dette tilfellet, på samme måte som i funnene i denne undersøkelsen.

5.3 Arbeidspress

Det ble i denne studie ikke funnet noen sammenheng mellom arbeidspress og turnoverintensjon. Det kom frem i analysene at opplevde vold fra pasientene og bruken av sikkerhetstiltak hadde en påvirkning på opplevd arbeidspress, men det ble altså ikke funnet en signifikant sammenheng mellom arbeidspress og turnoverintensjon. Dette er ikke sammenfallende med annen forskning. I flere undersøkelser har man funnet at høyt arbeidspress påvirker intensjonen om å slutte. (Demerouti et al., 2000; Olumbunmi et al., 2013; SSB, 2017).

En vesentlig del av forskningen på arbeidspress retter seg allikevel ikke mot turnover, men mot utbrenthet (Demerouti et al., 2000; Xanthopoulou, 2007; d'Ettorre & Pellicani, 2017). Man kan derfor spørre seg om høyt arbeidspress i større grad enn turnover påvirker de ansattes utmattelse, utbrenthet og i verste fall sykefravær. Sykefraværet innen helse og omsorgsykker er høyt. I andre kvartal 2022 var sykefraværet på 9,4 prosent i helse og sosialtjenester (SSB, 2023). Tall som omhandler sykefraværet innen helse og sosialtjenesten viste at den største grunnen til sykmeldinger i denne sektoren var psykiske lidelser (Reppen, 2023). Arbeidspress er av flere undersøkelser vist å påvirke de ansattes utbrenthet. I undersøkelsen til Demerouti et al. (2000) fant de at spesielt sykepleiere som hadde kontakt med krevende pasienter, høyt tidspress og høy fysisk og kognitiv arbeidsbelastning rapporterte sterke følelser av utmattelse (Demerouti et al., 2000).

I spørreundersøkelsen som ble sendt ut til var det flere av respondentene som hadde jobbet innen psykisk helsevern i lang tid, funn viser at over 75 prosent av respondentene vært i yrket i over fem år. I en undersøkelse der Nei et al. (2015) så på turnoverintensjon, fant de at sykepleieres alder og tid i yrket påvirket deres intensjon om å slutte. De sykepleieren som hadde jobbet lengst og hadde vært i organisasjonen over tid hadde mindre sannsynlighet for å ønske å slutte i jobben. (Nei et al., 2015) Dette kan være en forklaring på at påvirkning av turnoverintensjonen hos respondentene kun i noe og moderat grad så ut til å bli påvirket av jobbkrav og jobbressurser. Også undersøkelsen til Richardsen og Martiussen (2008) fant at de at evnene til vitalitet og fordypning økte med alder slik at eldre arbeidstakere hadde en høyere grad av engasjementet enn de yngre (Richardsen & Martiniussen, 2008). I undersøkelsen til SSB (2017) vises det også til at 1 av

•
5 sykepleiere ikke er i jobben etter ti år. I denne oppgaven hadde 53,2 prosent jobbet i ti år eller mer, ifølge svar på spørreskjemaet. Det at respondentene i denne undersøkelsen har vært ansatt i psykisk helsevern over lang tid, kan altså være med på å påvirke funnene og må derfor tas hensyn til.

5.4 Åpent spørsmål om endring i pasientgruppen over tid

20 av de 49 som hadde svart på at de opplevde endring i pasientgruppen svarte at rus var blitt et større problem over tid. Å finne tall på hvor mange av de som er innlagt i psykisk helsevern som samtidig har en ruslidelse har vist seg å være vanskelig. Det er utført få slike undersøkelser i Norge. Helsedirektoratet benyttet seg i 2022 av tall fra eldre undersøkelser samt fra en amerikansk studie i da de utarbeidet *Sammensatte-samtidig behandling, nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelser og psykiske lidelser-ROP lidelser*. (Helsedirektoratet, 2022c)

De klarte ikke å komme med konkrete tall, men estimerer at det er en «høy forekomst av ruslidelser hos pasienter som er i behandling i psykisk helsevern» (Helsedirektoratet, 2022c, s. 33). Ifølge statens helsetilsyn er det også høy forekomst av pasienter med psykisk lidelse i behandling i tverrfaglig spesialister behandling, uten at dette heller er underbygget med konkrete tall (Helsedirektoratet, 2022c, s. 29). Fraværet av konkrete tall indikerer at det i liten grad kartlegges hvor stor andel av pasienten som har en ROP lidelse. Sammenhengen mellom rus og psykiske lidelser beskrives som

1. Primær ruslidelse og sekundær psykiske problemer
2. Primær psykisk lidelse og sekundære rusmiddelproblemer
3. Felles utløsende faktor
4. Andre sammenhenger og ulike kombinasjoner (Helsedirektoratet, 2022c, s. 45). Det kan være vanskelig å skille mellom disse sammenhengende i en innledende og akutt fase av sykdomsforløpet. Pågående inntak av rusmidler kan kamuflere underliggende psykiske plager og stor psykiske plager kan føre til en underrapportering av rusmidler, eventuelt vansker med å kartlegge og fange opp omfanget av problemet. Helsedirektoratet fastslår at personer som har en rusutløst psykose har rett

•
på behandling i psykisk helsevern. Dette er uavhengig av om psykosen er rusutløst eller ikke. Slik sett vil de ansatte som jobber i psykisk helsevern møte mange pasienter som har et pågående rusbruk, noe som sammenfaller med funn fra det åpne spørsmålet i undersøkelse.

I en undersøkelse som omhandlet implementering av integrerte behandlingstiltak i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling fant Bjørnstad og Gråwe (2014) at pasienter som ble møtt med integrert behandlingstiltak for både rus og psykisk ledelse var assosiert med et bedre sykdomsforløp. Studien deres indikerte allikevel at mange pasienter med ROP lidelse i psykiatriske døgnavdelinger ikke mottar adekvat behandling da apparatet mangler dobbel kompetanse (Bjørnstad & Gråwe, 2014). Manglende kompetanse og manglende integrerte behandlingstiltak kan være noe av bakgrunnen for tilbakemeldinger i spørreundersøkelsen som at pasientene fort faller tilbake til rus etter utskrivelse, at rus står i veien for behandlingen og at de oppleves som mer uforutsigbare fordi de er ruset. Dersom personalet ikke innehar dobbel kompetanse og i utgangspunktet er eksperter på psykisk lidelse, vil behandlingen av ruslidelsen bli sekundær.

Uttalelser om at det forekommer mer vold enn tidligere og at flere pasienter er innlagt på dom støttes av tall i kapittel 2 i oppgaven. Samtidig er det funnet en sammenheng mellom vold og inntak av rusmidler. Helsedirektoratet (2022c) viser til at undersøkelser med vold og drap har vist at ruslidelser er den psykiske lidelsen som er høyest representert ved utøvelse av vold.

De fastslå av svært mange dra som er begått av psykisk syke er rusrelatert (Helsedirektoratet, 2022c, s. 30). Med bakgrunn i dette kan tilbakemeldinger på det åpne spørsmålet sees mer i sammenheng. Dersom pasientene i stor grad benytter seg av rusmidler, kan forekomst av vold og dom være økt. På den annen side vil de flere av de pasientene som er innlagt på dom til tvunget psykisk helsevern for eksempel for drap, ha en forekomst av ruslidelser. Sammenhengen mellom dette er komplekst og vanskelig å uttale seg mer om på bakgrunn av det åpne spørsmålet. Det er der ikke etterspurt bakgrunn for endring, det er heller ikke satt i sammenheng med noe annet enn de ansattes subjektive opplevelse da de svarte på spørreundersøkelsen. Hvis man ser på dette som utfordringer som glir over i hverandre vil dette også til dels kunne sees i sammenheng med at pasienten oppleves som dårligere ved innleggelse enn det de var tidligere. Det er viktig å anerkjenne den påvirkninger rusproblematikk hos pasienten utgjør for de ansatte og for behandlingen.

Noen av respondentene vektla også at pasienten ble inneliggende lenge og at de manglet egnet botilbud ved utskrivelse. Dette vil kunne påvirke andel ledige plasser i psykisk helsevern, da pasienter som kunne vært ivaretatt på lavere omsorgsnivå, blir liggende inne. Pasienter som er dømt til behandling, skal godkjennes for utskrivelse av statsadvokaten samt at oppfølgingen skal være forsvarlig. Det er underbygget i Gelius et al. (2018) at det hersker usikkerhet rundt boligplassering og oppfølging av de som er «farlige» i kommunen og at det også hersker usikkerhet rundt spesialisthelsetjenestens sitt ansvar for denne gruppen. Det kommer fram i intervjuet med helsepersonell som har erfaring med denne gruppen at man ikke får overført pasienter til rehabiliteringsplasser fordi de er besatt av dømt, dette er beskrevet som at *«de dårligst/farligste får sengeplassene, andre må ut»* (Gelius et al., 2018, s 11). Dersom det er en stor økning av pasienter som er vanskelig å skrive ut av hensyn til samfunnsvern, vil dette muligens kunne gi den lignende effekt som rapportert ved manglende bedring hos pasientene i undersøkelsen til denne oppgaven. Manglende progresjon hos pasienten kan gi lavere engasjement hos de ansatte (von Hippel, 2019). Det å ha pasienter inneliggende fordi de vurderes med for høy voldsrisiko og fordi de for farlige gjør også noe med behandlingsmiljøet inne i enheten (Geilus et al., 2018, s 11). Dette kommer frem der respondentene svarte å det åpne spørsmålet der de hadde svar som *«Pasientgruppen har ikke et ordentlig sted å bo etter at de er ferdig behandlet på institusjon. Dette er pasienter som kunne levd i bolig om de ansatte hadde tvangsvedtak å benytte seg av for sin egen sikkerhet. Per i dag er det svært få som vil ta imot pasienter på TPH, derfor blir de altfor lenge på institusjon og institusjonalisert», «vi får flere pas. med voldshistorikk og dom til behandling som gir utfordringer med utskrivning når de er stabiliser»* Kommisjonen som så på loven om samtykkekompetanse kommenterer også at man fremover bør se på hvordan de med forhøyet voldsrisiko bør ivaretas og man bør tenke nytt (Regjeringen.no, 2023b). De fremmer tanken om boliger for de som har spesielt høy voldsrisiko og der de mener at kommunen ikke klarer å ivareta sikkerhetstiltak grunnet mangel på hjemmel i lovverk når de bor i egen bolig. Kommisjonen fremmer derfor tanken om egen bolig for denne gruppen pasienter: *«For noen få pasienter med et betydelig voldspotensial, bør det utredes behov for «sikkerhetshjem» som varige boliger forankret i spesialisthelsetjenesten med tilstrekkelig, kvalifisert omsorg. Slike «sikkerhetshjem» kan etableres innenfor rammene av psykisk helsevernloven.»* (Regjeringen.no, 2023b, s 225).

5.5 Etikk

Denne oppgaven tar sikte på å undersøke hvordan de ansatte opplever hverdagen i psykisk helsevern etter at man har gjort store endringer i feltet. Når man forsker og skriver om psykisk lidelse og blant annet vold og bruk av sikkerhetstiltak bør man være bevisst noen faktorer:

5.5.1 Fokus på vold

De fleste med psykisk lidelse er ikke voldelige eller farlige. I en norsk undersøkelse fant de at risikoen for vold var lav eller ikke til stede hos 98 prosent av pasientene (Ose et al., 2017). Dette var uavhengige av diagnoser og undersøkelsen så på både innlagte og utskrevne pasienter. Det er derfor viktig å huske på at ved å ha fokus på vold blant pasienter risikerer man å forsterke det stigmaet som allerede er knyttet til dette. I media kan oppslag som omhandler psykisk syke og vold forsterke inntrykket av at de som strever med psykisk sykdom er spesielt voldelige. I denne undersøkelsen er spørreskjemaet sendt til de som jobber på steder som er godkjente for innleggelse på tvang etter loven om tvunget psykisk helsevern. De fleste som har en psykisk uhelse, er ikke innlagt på disse stedene. I denne undersøkelsen forestiller man seg at man gjennom å legge ned sengeplasser i psykisk helsevern, dømme flere til tvungen behandling og ved at flere blir holdt tilbake på tvunget vern etter farekriteriet har man fått en pasientgruppe innlagt som har et forhøyet voldspotensialet. I tillegg til dette kan det se ut som om flere som er innlagt har en ROP lidelse, undersøkelser har funnet at samtidig bruk av rusmidler ga økt risiko for voldelig atferd (Ose et al., 2017).

5.5.2 Opplevd tvang kan være problematisk

I to forskjellige review som har gjennomgått litteratur på feltet finner man at noen av de som utsettes for tvang opplever dette som svært problematisk (Katsakou & Priebe, 2007 & Seed et al., 2016). Kunnskapen om at de som utsettes for tvang kan oppleve dette som en belastning og at det kan føre til en forverring av lidelsen gjør at man ønsker å bruke så lite tvang som mulig. For å kartlegge hvordan dette kan reguleres har man begynt utarbeidelsen av Tvangbegrensningsloven (NOU,2019:14). I arbeidet til denne loven ble det gjort en gjennomgang av norske studier der man fant at bruk av tvangsmidler kan ha umiddelbare og kortvarige skadevirkninger. Det kan også gi langvarige negative virkninger

•
som «*dårlig selvtillit, traumatiserende minner, mistillit og skepsis til psykiatrisk behandling og institusjoner, og til og med symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD.)*» (NOU,2019:14, s. 268). Man skal ha respekt for at tvang kan påføre skade og at om mulig bør det unngås. På den annen side må man også vektlegge de ansattes rett til å beskytte seg mot vold. Når så mange som 74,5 prosent opplyser at de har vært utsatt for vold det siste året må dette også tas i betraktning når man jobber for å fjerne bruken av tvang, inklusive en del sikkerhetstiltak (NOU,2019:14). Dette virker å være en vanskelig balanse å finne innenfor faget, jussen og etikken.

5.6 Metodiske styrker og svakheter

5.6.1 Utvalgsbegrensninger

Denne undersøkelsen ble sendt ut til tre av de store sykehusene på Østlandet (Oslo Universitetssykehus, Veste Viken og Ahus). Dette er i seg selv en begrensning. Ved å undersøke et såpass avgrenset geografisk område vil muligheten til å generalisere funn til en større populasjon være svært begrenset. Ideelt sett burde skjemaet vært sendt til alle ansatte på psykiatriske avdelinger godkjent for tvang etter loven om iverksetting og gjennomføring av tvunget psykisk helsevern (1999). Enhver form for måling i utvalg fremfor i en hel populasjon vil kunne medføre utvalgsfeil (Ringdal, 2020, 2. 219) Da det å få sendt ut spørreskjema gjennom godkjent kanaler i sykehuset viste seg å være en langvarig prosess, med godkjenninger fra ledelser og lokale verneombud, lot dette seg ikke gjøre innenfor de gitte rammer.

Frafall i undersøkelsen legger likeledes store begrensninger på bruk av materialet. På grunn av at skjemaet ble sendt ut via ledere er det vanskelig å vite hvor mange ansatte som faktisk mottok det. Det å skulle regne ut frafallsprosenten i dette tilfellet blir et grovt estimat. Dersom man tar utgangspunkt i at 600 av utvalget mottok skjemaet vil frafallsprosenten ligge på rundt 85 prosent. Frafallsprosent på 40-50 prosent er ikke uvanlig ved bruk av spørreskjemaer som skal fylles ut selv (Grønmo, 2016, s. 209) Selv målt opp mot dette er det i denne undersøkelsen en høy frafallsprosent, men det knytter seg stor usikkerhet til dette grunnet måten skjemaene ble sendt ut. Gitt at frafallet ikke er systematisk mener Hellevik (2015) at man allikevel ikke trenger å forkaste datamaterialet. Systematisk frafall kan dreie seg om at frafall knyttet til det temaet man ønsker å undersøke. Frafall som ikke

er systematisk kan blant annet skyldes slitasje i populasjonen (Hellevik, 2015). Man skal med en så lav svarprosent være forsiktig med å trekke slutninger, antall svar må tas hensyn til og det kan være vanskelig å generalisere med så få svar.

5.6.2 Begrensninger i datainnsamling

Prosesen med å utarbeide spørreskjemaet i dette tilfelle er beskrevet i kapittel 3.0, validitet og reliabilitet er også diskutert der. Når man skal innhente data gjennom spørreskjema vil det alltid være fordelaktig å bruke validerte skalaer. Dersom dette ikke lar seg gjøre må man lage spørsmål og skalaer som finner støtte i teori. Tre av variablene i dette skjemaet ble utarbeidet med støtte i teori da det ikke fantes validerte skalaer. Dette kan påvirke validiteten til en undersøkelse, det blir da viktig å gjennomføre analyser for å undersøke om skalaene har en indre konsistens, i dette tilfellet ble det brukt Cronbach's Alpha. De resterende skalaene ble hentet fra Gotteborg et al. (2022) og var derfor validert på forhånd. Ved å spørre respondentene om å si noe om hyppigheten av fenomener et år tilbake i tid, stiller man krav til hukommelsen. Dette kan potensielt være en feilkilde i dataen da det er fare for at vedkommende husker episoder som i realiteten skjedde lenger tilbake, men som når man husker tilbake blir en del av det som skjedde i tidsperioden (Haraldsen, 1999, s. 167). I de spørsmålene som ikke var validerte på forhånd ble det forsøkt å spørre om flere komponenter ment å undersøke det samme fenomenet. Dett gir en økt grad av validitet (Ringdal, 2020, s 103).

5.6.3 Kausalitet

Denne undersøkelsen er en tverrsnittsundersøkelse. Den er derfor mindre egnet til å si noe om årsakssammenhenger. Tverrsnittsundersøkelse gir et øyeblikksbilde av det man ønsker å undersøke, man må da være forsiktig med å si noe om utvikling over tid (Johannessen et al., 2021). I en tverrsnittsundersøkelse kartlegges forekomst av to fenomener på samme tidspunkt, men har da ikke belegg for å si at det ene fenomenet påvirker det andre (Thrane, 2018). I denne undersøkelsen ble det valgt å spørre om respondenten hadde opplevd endring over tid i pasientgruppen. Dette kan være vanskelig da det setter krav til hukommelse. Svarene fra dette spørsmålet vurderes heller ikke i en årsak-virkning-forhold, men beskriver respondentenes subjektive opplevelse. Denne studien måler i hvilke grad ulike fenomener er til stede samtidig og man kan gjennom analyser se på påvirkningen mellom dem. Dette er ikke det samme som kausalitet.

6 Avslutning

Denne undersøkelsen er liten, og antall respondenter er såpass få at det er vanskelig å generalisere svarene. Det finnes på den andre side noen tendenser som kan være viktige å ta med seg. Respondentene i denne undersøkelsen mener at de har opplevd mer vold og flere pasienter som er dømt til behandling over tid. Dette er sammenfallende med det andre undersøkelser viser. I denne undersøkelsen vises det også til at dersom de ansatte opplever vold i hverdagen og de ikke opplever at pasienten blir bedre, vil dette påvirke deres turnoverintensjon. I et samfunn der helsepersonell allerede er vanskelig å rekruttere og beholde, og der dette er et økende problem kan dette være faktorer man bør se på. Det er lite som tyder på at bruken av dom til behandling vil gå ned, det er heller ikke mye som tyder på at man ønsker å bygge opp igjen de sengeplasser og institusjoner som er lagt ned over tid og det kan se ut som om de som jobber i feltet opplever at det er mer rus blant pasienten. Det ser ikke ut som om man har en koordinering mellom nivåer på hvordan man kan sikre en forsvarlig utskrivelse til lavere omsorgsnivå. Offisielle føringer i samfunnet kan se ut til å jobbe for reduksjon av tvang. Det ble nedsatt en kommisjon som utarbeidet «loven om tvangsbegrensning» i 2019. Målet med denne loven var at man skal samle og begrense all bruk av tvang i helse og omsorgssektoren. De konkluderte med: *«Det foreslås særlig begrensninger i adgangen til å gjennomføre inngrep ved akutt skadeavverging i form av mekaniske innretninger som begrenser bevegelsesfriheten, skjerming, legemidler, fysisk nedleggelse og tilbakehold ved akutt selvmordsfare. Utvalget forslår tunge nasjonale initiativ for økt fokus på forebygging av tvang. For å understreke potensialet som ligger i forebyggende arbeid, foreslås det å gjøre hjemmelen for bruk av mekaniske innretninger i nødssituasjoner tidsbegrenset til tre år fra lovens ikrafttredelse med ambisjon om at tiltaket deretter skal forbys»* (NOU, 2019:14, s. 35). Per i dag er loven om tvunget psykisk helsevern svært klar på at bruk av tvang skal brukes som siste utvei, for å hindre skade på andre eller seg selv. Med funn som indikerer at det å bli utsatt for vold øker turnoverintensjonen for de ansatte er dette noe man også bør hensynta i videre undersøkelser.

Pasientens bedring og det at de oppleves klare for neste omsorgsnivå viser seg også å ha en påvirkning på de ansattes turnoverintensjon. Hvis det oppleves som beskrevet av flere av tilbakemeldingen i det åpne spørsmålet eller i Gelius et al. (2018), som at pasienter som er i behov av helsehjelp blir skrevet ut fordi kapasiteten er sprengt eller det ikke finnes egnede oppfølgningstjenester etter utskrivelse, vil dette også kunne påvirke de ansattes

•
motivasjon til å stå i jobb. Samlet sett ser det ut til at noen av elementene i organiseringen av psykisk helsevern kan være med på å skape faktorer som påvirker de ansatte turnoverintensjon. Dette er ikke en årsaksforklaring som viser at endringer i psykisk helsevern har ført til høyere turnoverintensjon, kun en kartlegging av sammenfallende variabler som kan innby til ytterligere forskning.

7 Referanser/litteraturliste

Akbolat, M., Sezer, C., Ünal, Ó., Amarat, M. & Durmus, A. (2019). The effect of direct violence and witnessed violence on the future fear og violence and turnover intention. *Current Psychology* 40. <https://doi-org.ezproxy2.usn.no/10.1007/s12144019-00410-x>

Akuttnettverket (2021). *Statusrapport Akuttpsykiatri 2021*. Hentet 09.12.22 fra <https://www.akuttnettverket.no/file/07112022statusrapportakuttpsykiatri2021endringer.pdf>

Andersson, L.M. & Bateman, T.S. (1997). Cynicism in the workplace :some causes an effects. *Journal of organizational behaviour*, vol 18 https://www-jstor-org.ezproxy1.usn.no/stable/pdf/3100216.pdf?refreqid=excelsior%3A3a884003b459ebd508feb9c37a1f1770&ab_segments=&origin=&initiator=&acceptTC=1

Andersson, L.M. (1996). Employee Cynicism: An Examination Using a Contract Vioaltion Framework *Human Relations*, 49(11) <https://doi.org/10.1177/001872679604901102>

Arbeidstilsynet (u.å). Tema Stess. Hentet 29.09.23 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/stress/>

Arbeidstilsynet (u.å). Tema vold og trusler. Hentet 08.12.22 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>

Bakker, A.B., Demerouti, E. & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resources Management*, 43: 83- 104. <https://doi.org/10.1002/hrm.20004>

Bergensavisen (2020. 21. oktober). *Vi har behov for vektere på post hele døgnet*. <https://www.ba.no/vi-har-behov-for-vektre-pa-jobb-hele-dognet/f/5-8-1436288>

Bjørnstad, K.E & Gråwe, R.W. (2014). Integrert behandling av rus og psykisk lidelse i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling. *Norsk tidsskrift for helseforskning* nr 1-2014. <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3006/2894>

Christophersen, K.A. (2009). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS*. (4. utgave)
Unipub

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology. A power primer. *Psychologica Bulletin*,
1992, vol 112. <https://web.mit.edu/hackl/www/lab/turkshop/readings/cohen1992.pdf>
Dagbladet (2013, 25. mars). *Vektene la psykiatriske pasienter i belter*. Dagbladet.no
<https://www.dagbladet.no/nyheter/dette-er-fullstendig-uakseptabelt/62915527>

Demerouti, E., Bakker A.B., Nachreiner F. & Schaufeli W.B. (2000). A model of burnout and life
satisfaction amongst nurses. *J Advanced Nursing*. 2000 Aug;32(2):454-64. doi:
10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x. PMID: 10964195.

Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands-
Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, vol. 86
<https://psycnet.apa.org/record/2001-06715-012>

Demerouti, E., Bakker, A.B. & Mosert K. (2010). Burnout and Work Engagement: A Through
Investigation of the Independency of Both Constructs. *Journal of Occupational Health
Psychology*. Vol 15, No 3. 209-222

Demerouti, E. & Bakker, A.B. (2011). *The Job Demands-Resources model: Challenges for
future research*. SA Journal of Industrial Psychology DOI:10.4102/sajip.v37i2.974

d'Ettorre G & Pellicani V. (2017). Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers
Employed in Psychiatric Wards. *Saf Health Work*. 2017 Dec;8(4):337-342. doi:
10.1016/j.shaw.2017.01.004. Epub 2017 Feb 6. PMID: 29276631; PMCID:
PMC5715456.

Dolonen, K.A. (2023). Sykepleier Bente jobber med noen av de sykeste og farligste
pasientene. En gruppe er spesielt utfordrende synes hun. *Sykepleien* (2023, 02.
oktober) [https://sykepleien.no/2023/10/sykepleier-bente-pa-dikemark-
engruppepasienter-er-ekstra-utfordrende](https://sykepleien.no/2023/10/sykepleier-bente-pa-dikemark-engruppepasienter-er-ekstra-utfordrende)

Engerdahl, S.I., Moljewijk, A. & Pedersen, R. (2016). Etske utfordringer ved tvang i psykisk
helsevern- når lovverk møter praksis. *Psykologtidsskriftet*.
<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig->

- Gelius, H., Løwe, E. & Larsen, I.B. (2018). Viktig å se mennesket bak dommen. Fagpersoners erfaringer med mennesker dømt til tvunget psykisk helsevern *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol 15, utg 1
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-02>
- Gottenborg, S., Hoff, T., Rystedt, L. & Øvergård, K.I. (2022). People Performance Scales (PPS): A multi-company, cross-sectional psychometric assessment. *Scandinavian Journal of Psychology* DOI: 10.1111/sjop.12793
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utgave). Fagbokforlaget
- Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1976). Motivation through the design of Work: Test of a theory *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.
- Haraldsen, G (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Ad Notam Gyldendal
- Hellevik, O. (2015). Hva betyr respondentbortfall i interjuundersøkelser *Tidsskrift for samfunnsforskning*. <https://www-idunn-no.ezproxy2.usn.no/doi/10.18261/ISSN1504291X-2015-02-04>
- Helsedirektoratet (2022). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2021* (IS-3037) Helsedirektoratet.no
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-forpsykiskhelsevernforvoksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- Helsedirektoratet (2020). *Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringen i 2017* (IS2888) Helsedirektoratet.no
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvangipsykiskhelsevern--status-etterlovendringene-i-2017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf/_attachment/inline/85a9149b-ea29-49aa-8aa7-1ea772f28cc9:4b63d871193b01dad429f6b77d744bf1e1e80a02/Tvang%20i%20psyki sk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf

Helsedirektoratet (2021). *Tvang-forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne.*

Nasjonale faglige råd. Helsedirektoratet.no

<https://www.helsedirektoratet.no/fagligerad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykiskhelsevern-for-voksne>

Helsedirektoratet (2022a). *Ekspertutvalg om samtykkekompetansen*

<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/radogutvalg/ekspertutvalgomsamtykkekompetanse#innspill>

Helsedirektoratet (2022b). *Svar på henvendelse om kommunens forpliktelse til å ivareta personer dømt til tvunget psykisk helsevern som skrives ut fra tvunget vern med døgnopphold til tvunget vern uten døgnopphold* Avdeling helserett og rettssaker

[https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helsevernloven/Kommunens%20plikt%20til%20å%20ivareta%20personer%20dømt%20til%20tvunget%20psykisk%20helsevern%20og%20som%20skrives%20ut%20fra%20tvunget%20vern%20med%20døgnopphold%20til%20tvunget%20vern%20uten%20døgnopphold.pdf/_attachment/inline/9162ddcc-3224-4a18-9182-6c30f84d458d:31d89b9f8e965cb6eaa4fb102ad960f353145b41/Kommunens%20plikt%20til%20å%20ivareta%20personer%20dømt%20til%20tvunget%20psykisk%20helsevern%20og%20som%20skrives%20ut%20fra%20tvunget%20vern%20med%20døgnopphold%20til%20tvunget%20vern%20uten%20døgnopphold%20\(2022\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helsevernloven/Kommunens%20plikt%20til%20å%20ivareta%20personer%20dømt%20til%20tvunget%20psykisk%20helsevern%20og%20som%20skrives%20ut%20fra%20tvunget%20vern%20med%20døgnopphold%20til%20tvunget%20vern%20uten%20døgnopphold.pdf/_attachment/inline/9162ddcc-3224-4a18-9182-6c30f84d458d:31d89b9f8e965cb6eaa4fb102ad960f353145b41/Kommunens%20plikt%20til%20å%20ivareta%20personer%20dømt%20til%20tvunget%20psykisk%20helsevern%20og%20som%20skrives%20ut%20fra%20tvunget%20vern%20med%20døgnopphold%20til%20tvunget%20vern%20uten%20døgnopphold%20(2022).pdf)

Helsedirektoratet (2022c). *Sammensatte tjenester-samtidig behandling. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisklidelserop-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisklidelserop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

[lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisklidelserop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
[/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddbbee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisklidelserop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

HMS rapport (2022). Oslo-universitetssykehus.no

<https://oslouniversitetssykehus.no/Documents/OUS%20HMS-årsrapport%202022.pdf>

Hopland, A.M (2021). Helsepersonells *erfaringer med endringer i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelse i 2017*. Masteroppgave, Høgskolen i Vestfold
<https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopenxmlui/bitstream/handle/11250/2980070/Hopland.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Husum, T.L., Hem, M.H & Pedersen, R. (2018). Mental health care staffs experience with ethical challenges related to use of coercion. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 15. Nr 2-3 s. 98-111

Isdal, P. (2017). *Smittet av vold*. Fagbokforlaget.

Isadal, P. (2000). *Meningen med volden*. Kommuneforlaget

Johannssen, A., Tufte, P.A & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (6. utgave). Abstrakt forlag.

Johannessen, A., Tufte P.A. (2022). *Introduksjon til IBM statistics*. Abstrakt forlag

Kaufman, G. & Kaufman, A. (2016). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (5. utgave)
Fagbokforlaget

Katsakou, C. & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114: 232-241.
<https://doi.org.ezproxy1.usn.no/10.1111/j.1600-0447.2006.00823.x>

Klinge, J., Iversen, G.A., Mehl, E.E. & Toppe, K. (2020). *Representantforslag 48 S (2020-2021)* Stortinget.no <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2020-2021/dok8202021048s/?all=true>

Krogstad, U., Saastad E., Enger Ø., Kolseth A., Hafstad E. & Flesland, Ø. (2015). Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv. *Læringsnotat fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten 2015*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

<https://www.fhi.no/publ/2015/meldinger-om-vold-og-aggresjon-ispesialisthelsetjenesten--et-pasientsikker/>

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. (2022). World report on violence and health. *World Health Organization*
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Li, N., Zhang, L., Xiao, G., Chen, J.&Lu, Q. (2019). The relationship between workplace violence, job satisfaction and turnover intention in emergency nurses. *International Emergency Nursing*. Vol 45 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30797732/>

Lien, L., Nordentoft, M. & Larsson M. (2023). Drap, vold og trusler i psykiatrien. *Tidsskriftet for den Norske Legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2023/09/drap-voldogtrusleripsykiatrien>

Lopes, H., Calapez, T., & Lopes, D. (2017). The Determination of work autonomy and employee involvement: A multilevel analysis. *Economic and Industrial Democracy*. 38 (3), 448-472. <https://doi-org.ezproxy1.usn.no/10.1177/0143831X15579226>

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), 1999.

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

Maslach, C.&Leiter, M.L., (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry *World psychiatry*.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Mental Helse (2013. 02. april) *Uakseptabelt å bruke vektere mot psykisk syke*.

Nasjonalt koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern (2021). *Årsrapport 2021*
<https://www.oslo-universitetssykehus.no/4a81c4/contentassets/7a900501868240aa957092a013762f45/arlig-melding-2021---nk.pdf>

Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (u.å) Hentet 08.12.22 fra
<https://www.nkvts.no/tema/vold-og-overgrep-i-naere-relasjoner/>

NAV (2023). *NAV's bedriftsundersøkelse 2023: Redusert mangel på arbeidskraft*
<https://www.nav.no/attachment/download/53351692-1196-4647-bee2->

[3055f8c81ed5:3b00bf572c1b9aa10ef9f0d10dbbc8a585329c88/NAVs%20bedriftsundersøkelse%202023.pdf](https://www.lovdata.no/lovdata/3055f8c81ed5:3b00bf572c1b9aa10ef9f0d10dbbc8a585329c88/NAVs%20bedriftsundersøkelse%202023.pdf)

Nei, D., Snyder, L. A., & Litwiller, B. J. (2015). Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health Care Management Review*, 40(3), 237–253. <https://www.jstor.org/stable/48516411>

Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse*. Gyldendal Akademisk.

NOU 2019:14 (2019). *Tvangsbegrensningsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse og omsorgsdepartementet <https://lovdata.no/static/NOU/nou-2019-14.pdf>

NOU 2023: 4.(2023). *Tid for handling-personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou20234/id2961552/?ch=6>

Nuzzo, R. (2014). Scientific method: Statistical errors. *Nature* 506, 150–152 (2014). <https://doi.org/10.1038/506150a>

Olubunmi, O., O'Connor, N., Hanson, P & Dunn, D. (2013). Relationship of Workplace Incivility, Stress, and Burnout on Nurses' Turnover Intentions and Psychological Empowerment. *The journal of nursing administration*. Vol 43, Number 10

Ose, S.O., Lilleeng, S., Pettersen, I., Ruud, T. & van Weeghel J. (2017). Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census. *Nord J Psychiatry*, 2017 Nov;71(8):551-560. doi: 10.1080/08039488.2017.1352024. Epub 2017 Jul 24. PMID: 28737978.

Pelto-Piri, V., Warg, L.E. & Kjellin, L. (2020). Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff *description*. *BMC Health Service Reseach* 20, no 362

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05239-w>

Pedersen, R. & Nortvedt, P. (2018). *Etikk i psykisk helsetjenester*. Gyldendal.

Regjeringen.no (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling* (2023b).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/bedrebeslutningerbedrebehandling/id2985104/?ch=1>

Regjeringen.no (2023). *Tid for handling* (2023a).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

Reppen, N.K. (2023). Sykefravær: psykisk lidelser blant sykepleiere øker kraftig.

Sykepleien.no

<https://sykepleien.no/2023/06/sykefravaerpsykisklidelserblantsykepleiere-okerkraftig>

Richardsen, A.M., Martiniussen, M. (2008). Hva skal til for å øke arbeidsglede og motivasjon? En undersøkelse av jobbengasjement i helse og omsorgsykker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 45.

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/03/hva-skal-tilokearbeidsgledeogmotivasjon-en-undersokelse-av-jobbengasjement-i>

Riksadvokatens rundskriv 2/2020, (2020).

<https://www.riksadvokaten.no/wpcontent/uploads/2020/10/Rundskriv-2-2020.pdf>

Ringdal, K. (2020). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (4. utgave) Fagbokforlaget

Rustand, A-G. (2022). *Eksamen i PFM*. Master i Samfunn og Helse USN

Seed T, Fox JR, Berry K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;61:82–94. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27314181/>

SIFER (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatri- en kartlegging av utskrivelsesprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune*. SIFER 2020.

[https://sifer.no/wp-](https://sifer.no/wp-content/uploads/2022/02/Utskrivningsklarepasienterisikkerhetspsykiatrien-enkartlegging-av-utskrivelsesprosessenfrasikkerhetsavdelingtil-kommune-1.pdf)

[content/uploads/2022/02/Utskrivningsklarepasienterisikkerhetspsykiatrien-enkartlegging-av-utskrivelsesprosessenfrasikkerhetsavdelingtil-kommune-1.pdf](https://sifer.no/wp-content/uploads/2022/02/Utskrivningsklarepasienterisikkerhetspsykiatrien-enkartlegging-av-utskrivelsesprosessenfrasikkerhetsavdelingtil-kommune-1.pdf)

Sintef (2019). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019. Helsedirektoratet.no
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-ogrusarbeid2019/Kommunalt%20psykisk%20helse%20og%20rusarbeid%202019.pdf/a ttachme nt/inline/59d6f697-9aba-4e0d-8447-62c6b5bb08a6:3826c145e7348817deb326a0694b809a101cef36/Kommunalt%20psykisk%20helse%20og%20rusarbeid%202019.pdf>

Syse, A. (2018). Store endringer i psykisk helsevernloven. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 21. doi-org.ezproxy2.usn.no/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-14

Sivilombudsmannen. (2018). *Skjerming i psykisk helsevern-riisiko for umenneskelig behandling*. Temarapport
https://www.sivilombudet.no/wpcontent/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf

SSB (2006). *Få indikasjoner på økt arbeidspress generelt i arbeidslivet*. SSB.no
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/faaindikasjonerpaaoktarbeidspress-generelt-i-arbeidslive>

SSB (2017). *1 av 5 nyutdanna sykepleier jobber ikke i helsetjenesten*. SSB.no
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5nyutdannasykepleierejobberikke-i-helsetjenesten>

SSB (2023). *Sykefravær*. SSB.no
<https://www.ssb.no/arbeidoglonn/arbeidsmiljosykefravaerog-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer> Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode. En praktisk tilnærming*. Cappelen Damm Akademisk

Tømmerbakken, S. (2020, 11. mai). *En dobling av vold og trusler mot ansatte*. *Dagens Medisin*.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/05/11/en-dobling-av-vold-og-trusler-motansatte-i-klinikken/>

Tufte, P.A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Cappelen Damn Akademisk.

Von Hippel, C., Brener, L., Rose, G. Von Hippel, W. (2019). Percieved inability to help is associated with cliente-related burnout and negative work outcomes among community mental health workers. *Health an social care in the comminity*.
<https://doiorg.ezproxy1.usn.no/10.1111/hsc.12821>

WHO (2019). Burn-out an «occupational phenomenon»: international Classification of Diseases. WHO.no <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burnoutanoccupationalphenomenon-international-classification-of-diseases>

Wright, S. (1934). The Method of Path Coefficients. *Annals of Mathematical Statistics*, vol 5
<https://www.jstor.org/stable/2957502>

Xanthopoulou, D., Bakker, B.A., Dollard & M., Demerouti, E. (2007). When do demands particulary predicy burnout? The moderating role of job resources. *Journal of Mamagerial Psychology*. 22(8)
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/02683940710837714/full/html?fullSc=1>

Yaddanapudi, L.N. (2016). The American Statistical Association statement on P Value explained. *Journal of Anaesthesiology clinical Pharmacology*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5187603/>

Zilikak, S.T.,&McCloskey, D.N (2009). The Cult of Statistical Significance. *Sectinon on Statistical Education-JSM* <https://www.deirdremccloskey.com/docs/jsm.pdf>

8 Vedlegg

Vedlegg 1

Hverdagen i psykisk helsevern

Hva slags stilling har du?

ufaglært helsefagarbeider

sykepleier/vernepleier/annen relevant bachelor spesialsykepleier/vernepleier/videreutanning med annen relevant bachelor

Hvor lenge har du jobbet i psykisk helsevern?

1-2 år

2-5 år

5-10 år

Mer enn 10 år

Hvor ofte har du blitt utsatt for fysisk vold i arbeidstiden de siste 12 månedene?

Aldri

En gang

Et par ganger Månedlig

Ukentlig

Flere ganger i uken

Hvor mange ganger har du blitt utsatt for trusler i arbeidstiden de siste 12 månedene?

Aldri

En gang

Et par ganger Månedlig

Ukentlig

Flere ganger i uken

Hvor ofte er skjerming iverksatt på din post de siste 12 månedene

Aldri
En gang
Et par ganger Månedlig
Ukentlig
Flere ganger i uken

Hvor ofte har det blitt vurdert at pasientens utgang må trekkes inn, eller antall personal som må følge er økt i løpet av de siste 12 månedene på din post

Aldri
En gang
Et par ganger



Månedlig
Ukentlig
Flere ganger i uken

Hvor ofte har det blitt brukt kortvarig holding, isolering eller mekaniske tvangsmidler på din post de siste 12 månedene?

Aldri
En gang
Et pr ganger Månedlig
Ukentlig
Flere ganger i uken

Hvor ofte har det blitt brukt bistand av vekttere eller politi på din post de siste 12 månedene?

Aldri
En gang
Et par ganger Månedlig
Ukentlig
Flere ganger i uken

Hvor ofte har du opplevd du at det er nødvendig å iverksette tiltak der sikkerhet prioriteres høyere enn pasientens beste i løpet av de siste 12 månedene?

Aldri

En gang

Et par ganger Månedlig Ukentlig

Flere ganger i uken

Jeg opplever at pasientene på min post får symptomlette i løpet av oppholdet

Ta stilling til utsagnet og kryss av for ønsket alternativ Ikke i det hele tatt

I svært liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg mener at pasientene er klare for utskrivelse eller overføring til lavere omsorgsnivå når de skrives ut

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

 **Nettskjema**

I stor grad

I svært stort grad

Pasienten på min post får individuelt tilpasset behandling der deres behov er i fokus

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Behandlingen på min post gjør en positiv endring i pasientens liv

I svært liten grad I liten grad

I noen grad I stor grad

I svært stor grad

Jeg opplever at pasientgruppen har endret seg over tid. Hvis ja, på hvilken måte. Hvis nei, gå videre

Det forventes for mye av meg i løpet av en dag

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Det kreves at jeg jobber veldig hardt

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg er under sterkt press til å nå målsettinger

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg har blitt mindre interessert i arbeidet mitt enn jeg var da jeg startet i jobben Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

 **Nettskjema**

I stor grad

I svært stor grad

Jeg har blitt mindre entusiastisk i arbeidet mitt

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg har blitt mer kynisk med tanke på om arbeidet mitt bidrar til noe

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg tenker ofte på å slutte i min nåværende jobb

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg kan komme til å slutte i min nåværende jobb i løpet av året

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg vil sannsynligvis lete aktivt etter en ny jobb det neste året

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg er full av energi på jobb

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

Svært stor grad

Jeg er entusiastisk i jobben min

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg blir inspirert av jobben min

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg har betydelig frihet når det gjelder å bestemme hvordan jeg gjør jobben min

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg kan selv bestemme hvordan jeg går frem når jeg jobber

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Jeg har betydelig uavhengighet og frihet i jobben min

Ikke i det hele tatt I svært liten grad I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Generert: 2023-10-31 09:32:18.

Vedlegg 2

Til: agrrus@icloud.com
Emne: [sikt.no #321449] **Master.**
Svar til: kontakt@sikt.no

Hei,

Hvis
undersøkelsen din
er helt
anonym
trengerdu ikke
melde den til
oss. MEN hvis
du på ett
eller annet
tidspunkt har
opplysninger som
kan identifisere
noen av dem

(epost, telefonnr,
eller du har
en kombinasjon
av opplysninger
som kan
identifisere ett
unik individ)
så må du
fyller ut et
meldeskjema.

Hvorvidt du samler
inn
sensitive/(særlige
kategorier)
personopplysninger
er ikke
avgjørende for
om prosjektet
må meldes eller
ikke. Det er
om du
på noe
tidspunkt
i
datainnsamlingen
din har tilgang
til
identifiserende
personopplysninger.
Så dersom
du ikke har
det, så
trenger du ikke
fyller ut
meldeskjema. Jeg
vil anbefale
deg å ta
en ekstra runde
med
spørreskjemaet
ditt og sjekke
om du samler
inn opplysninger
som i
kombinasjon kan
identifisere ett
spesielt
individ som kan

identifiseres.

Ta gjerne
kontakt
dersom du
har flere
spørsmål

Vennlig hilsen

Gry H.
Henriksen
Seniorrådgiver,
Seksjon
for
personverntjenester

Telefon: (+47) 53
21 15

19

Mobil: (+47)
413 13
966

