



**UiT** Norges arktiske universitet

Handelshøyskolen, UiT Norges arktiske universitet

## **Psykologisk trygghet, arenaer og samhandling i akuttpsykiatrien**

**Rakel M. Tobiassen**

Masteroppgave i ledelse. BED-3906-1 22H. Mai 2023

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling.....	2
1.2	Oppbygning av oppgaven.....	2
2	Bakgrunn for studien.....	3
2.1	Akuttpsykiatrisk seksjon.....	3
2.2	Behandling i akuttpsykiatri.....	4
2.2.1	Faglige forhold.....	6
2.2.2	Juridiske forhold:.....	9
2.2.3	Verdimessige forhold:.....	10
2.3	Oppsummering bakgrunn.....	12
2.4	Avgrensing.....	13
3	Teori.....	15
3.1	Psykologisk trygghet.....	15
3.2	Utvikling av begrepet psykologisk trygghet.....	16
3.3	Psykologisk trygghet- på individ- eller gruppenivå?.....	17
3.4	Hva påvirker psykologisk trygghet.....	17
3.5	Hva psykologisk trygghet kan føre til.....	19
4	Metode.....	21
4.1	Casestudie.....	21
4.2	Innsamling av data.....	21
4.3	Utvalg.....	23
4.4	Intern gyldighet.....	23
4.5	Relabilitet.....	24
4.6	Analyse av data.....	24
4.6.1	Dokumentasjon.....	25
4.6.2	Kategorisering.....	25

4.6.3	Sammenbinding.....	26
4.7	Forskningsetiske utfordringer.....	27
5	Funn.....	29
5.1	Faktorer som hemmer/ fremmer psykologisk trygghet hos sykepleierne i akuttpsykiatrien .....	30
5.2	Behovet i akuttpsykiatrien for å møtes for tverrfaglig samarbeid, kunnskapsdeling og evaluering .....	33
5.3	Betydningen av møteplasser.....	36
5.3.1	Å bli kjent med hverandre og bidra til et godt arbeidsmiljø .....	38
5.3.2	Forventninger på arbeidsplassen .....	40
5.3.3	Dele kunnskap, som bidrar til forståelse og fagutvikling.....	42
6	Analyse.....	44
6.1	Å bli kjent med hverandre og bidra til et godt arbeidsmiljø.....	46
6.2	Forventninger på arbeidsplassen .....	48
6.3	Dele kunnskap, som bidrar til forståelse og fagutvikling.....	51
7	Konklusjon .....	54
7.1	Videre forskning .....	55
	Referanseliste .....	57
	Vedlegg .....	61
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....	61
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	64

## Forord

Under årene som jeg har jobbet i akuttpsykiatrien, både som spesialsykepleier og leder, så har jeg stadig undret meg over hvordan vi best utvikler oss i fagfeltet og hvordan vi lærer av feil. Vi jobber med mennesker som er i en svært krevende situasjon og hjelpen er tverrfaglig sammensatt og krever flere tiltak som tar høyde for helheten i pasientens liv. I søken på litteratur og forskning på feltet, så kom jeg stadig tilbake til fenomenet psykologisk trygghet. Å jobbe i et klima som oppleves som trygt å skulle være seg selv og kunne komme med de innspillene og spørsmålene, dele feil og påpeke farer, uten å frykte sanksjoner når man tar en slik mellommenneskelig risiko, ga en slags forståelse for hvordan man kan ivareta arbeidsmiljøet, pasientsikkerheten og stabilisere sykepleierne som er en kritisk ressurs på sengepostene. Det gjorde at jeg ønsket å undersøke faktorer for psykologisk trygghet i akuttpsykiatrien, og studien har gitt meg en større forståelse og kunnskap om fenomenet.

En sykepleier er aldri alene eller fyller alle behovene en sengepost har. De kunne ikke gitt god behandling uten alle de andre som utgjør fellesskapet av behandlingen på en akuttpsykiatrisk sengepost. Takk til alle gode medarbeidere, kollegaer og pasienter som gjennom årene har gitt meg en stor kunnskap og motivasjon til å jobbe i akuttpsykiatrien i mange år. Takk til arbeidsplassen min på UNN, som har gitt meg mulighet å ta videreutdanninger, for å stadig kunne utvikle meg i jobben. Takk til Professor Svein Tvedt Johansen ved UiT for god veiledning underveis. Min familie har vært en uvurderlig støtte og gitt meg motivasjon og mulighet til å få tid til å skrive oppgaven. Takk, uten dere hadde jeg ikke klart å gjennomføre oppgaven! Og sist vil jeg rette en stor takk til alle de fire informantene som utgjør store deler av kunnskapsgrunnlaget i oppgaven og for at dere valgte å stille opp og dele deres historier, meninger og refleksjoner.

Tromsø, mai 2023

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Sykepleierne i akuttpsykiatrien er avgjørende for å gi god behandling, men er en stadig knappere ressurs i samfunnet. Arbeidsmiljøet er fundamentet i arbeidet på sengepostene og det er av stor betydning å ha et godt tverrfaglig samarbeid for å kunne gi god behandling. Psykologisk trygghet er et fenomen som er vist til å påvirke prestasjoner og er et avgjørende kjennetegn ved effektive team; for trivsel, utvikling og pasientsikkerhet. Det er forsket mye på effektene av, men mindre om hva som er forløperne til dette.

**Hensikt:** Ved å forske på hva som er forløperne til utviklingen av psykologisk trygghet for sykepleierne i akuttpsykiatrien, kan jeg bidra med kunnskap om hva som sykepleierne selv oppgir er viktige faktorer for psykologisk trygghet. Dette kan bidra til et godt arbeidsmiljø og dermed økt stabilisering av sykepleierne som arbeidskraft og gir økt pasientsikkerhet i behandlingen.

**Metode:** Studien er gjennomført ved bruk av kvalitativ metode, med semistrukturerte intervju med 4 sykepleiere som jobber på to av akuttpostene ved Akuttpsykiatrisk seksjon, UNN. Studien har en eksplorerende tilnærming og det er benyttet en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.

**Resultat:** Det er en rekke faktorer som bidrar til å hemme og fremme psykologisk trygghet for sykepleierne i akuttpsykiatrien. Det som fremkommer som særlig funn i studien, er at sykepleierne selv etterlyser hyppigere tverrfaglige møtearenaer for å kunne drøfte, reflektere og evaluere praksis. Hyppigere tverrfaglige møtearenaer, kan bidra til å fremme psykologisk trygghet for hele personalgruppa, ved at de blir kjent med hverandre og kan bidra til et godt arbeidsmiljø, det kan være med på å sette forventninger på arbeidsplassen om hvordan vi skal samarbeide og lære av feil og det gir en mulighet til å dele kunnskap på tvers av profesjonene, som bidrar til forståelse, fagutvikling og god pasientsikkerhet.

**Bidrag:** Ved å rette søkelys på hva sykepleierne selv oppgir som viktige faktorer for psykologisk trygghet i akuttpsykiatrien, vil det kunne tilføre kunnskap til sykehusene som både kan være bidragsytende i å stabilisere sykepleierne på arbeidsplassen og kunne gi pasientene den beste behandling.

## Abstract

**Background:** The nurses in acute psychiatric wards are crucial to providing good treatment, but are one increasingly scarce resource in society. The work environment is the foundation of the work in the wards and it is of great importance to have a good interdisciplinary collaboration in order to be able to give good treatment. Psychological safety is a phenomenon that has been shown to influence performance and is a crucial characteristic of effective teams; for well-being, development and patient safety. There has been carried out a lot of research on the effects of, but less on what are the precursors to this.

**Purpose:** By examining what the precursors to the development of psychological safety are for nurses in acute psychiatric wards, I can contribute with knowledge about what nurses themselves states as important factors for psychological safety. This can contribute to a good work environment and thus increased stabilization of the nurses as a workforce and provides increased patient safety in the treatment.

**Method:** The study was carried out by using a qualitative method, with semi-structured interviews with four nurses who work in two of the acute wards at the Acute psychiatric department, UNN. The study has an exploratory approach and a phenomenological hermeneutic approach has been applied.

**Results:** There are a number of factors that contribute to inhibiting and promoting psychological safety for nurses in acute psychiatric wards. What emerges as a particular finding in the study, is that the nurses themselves, are calling for more frequent interdisciplinary meeting venues to be able to discuss, reflect and evaluate practice. More frequent interdisciplinary meeting venues can help to promote psychological safety for the entire staff group, in that they get to know each other and can contribute to a good work-environment, it can help set expectations in the workplace about how we should collaborate and learn from mistakes, and it provides an opportunity to share knowledge across borders of professions, which contribute to understanding, professional development and good patient safety.

**Contribution:** By shedding light on what nurses themselves state as important factors for psychological safety in acute psychiatric wards, will it be able to contribute with knowledge

to the hospitals that can both contribute to stabilization of nurses in the workplace and be able to give patients the best treatment.





# 1 Innledning

Begrepet psykologisk trygghet har fått fornyet aktualitet etter at Google gjennomførte en 5 år lang forskningsstudie og kom frem til at dette var den mest avgjørende faktoren for at deres team presterte godt og etter at studien ble publisert i 2016, ble psykologisk trygghet et meget aktuelt tema innen organisasjonsutvikling. Amy C. Edmondson (2018), professor i ledelse og administrasjon ved Harvard Business School, har forsket på organisasjoner i en lang årrekke. Hennes forskning viser at psykologisk trygghet er selve fundamentet for organisasjoners presentasjoner og hun har definert psykologisk trygghet som troen på at arbeidsmiljøet er trygt for å ta mellommenneskelig risiko og til å være et arbeidsklima hvor medarbeidere kan være trygg og komfortabel med å uttrykke meningene sine og være seg selv i en gruppe, uten å frykte negative konsekvenser (Edmondson, 2018). Psykologisk trygghet alene er ikke tilstrekkelig for at organisasjoner skal lykkes, men det er som å ta av bremsene som hindrer medarbeidere å oppnå det som er mulig (Edmondson, 2018).

Det er store utfordringer med å rekruttere og stabilisere fagpersonell i sykehus, og framskrivningene for en stadig økende mangel på kompetent arbeidskraft omtales som en varslet krise. Det krever spesielt mye av oss å levere gode helsetjenester til et økende antall eldre og personer som lever lengre med kroniske sykdommer (Universitetssykehuset Nord-Norge [UNN], 2023). Jeg ønsker i denne studien å gjøre en undersøkelse som gir organisasjoner, medarbeidere og ledere, kunnskap om hva sykepleiere opplever som hemmer og fremmer psykologisk trygghet på en akuttpsykiatrisk sengepost. Arbeidsmiljøet er selve fundamentet i arbeidet og jeg vil gjerne bidra til å både sette søkelys på fenomenet psykologisk trygghet og få frem hva sykepleierne selv sier er viktig i deres arbeidshverdag. Det er ikke like godt dokumentert utviklingen av og forutsetninger for psykologisk trygghet, som effektene (Edmondson & Lei, 2014). Derfor kan det være behov for mer forskning på faktorer som fremmer og hemmer, og jeg ønsker å se i denne studien på hva sykepleierne i akuttpsykiatrien selv sier er viktige faktorer som bidrar til psykologisk trygghet.

Således kan vi forhåpentligvis møte utfordringene med å rekruttere og stabilisere en av de viktige ressursene, sykepleierne, som bidrar til god behandling i akuttpsykiatrien, med relevant forskningskunnskap. Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet henger tett sammen, og jeg håper resultatet av undersøkelsen kan gi noe mer inngående kunnskap om hva sykepleierne, som er sammen med pasienten døgnet rundt, anser som viktige faktorer ved psykologisk trygghet, slik at vi kan gi den beste behandling.

## 1.1 Problemstilling

Jeg har arbeidet med følgende problemstilling:

*Hva hemmer og hva fremmer psykologisk trygghet, hos sykepleiere på en akuttpsykiatrisk sengepost i spesialisthelsetjenesten?*

Jeg ønsker å innhente informasjon av sykepleiere (enheter) som jobber på en akuttpsykiatrisk sengepost ved Universitetssykehuset Nord- Norge (UNN) HF for å belyse en beskrivende problemstilling, hva som fremmer og hemmer psykologisk trygghet (variabler). Jeg har intervjuet 4 respondenter ved 2 ulike akuttpsykiatriske enheter ved UNN. Casen er da avgrenset i rom; et spesielt sykehus/ seksjon. Kontekst er sykepleiernes oppfatninger i en akuttpsykiatrisk sengepost og jeg vil se på sann tid, altså hva som gjelder for sykepleiere p.t.

## 1.2 Oppbygning av oppgaven

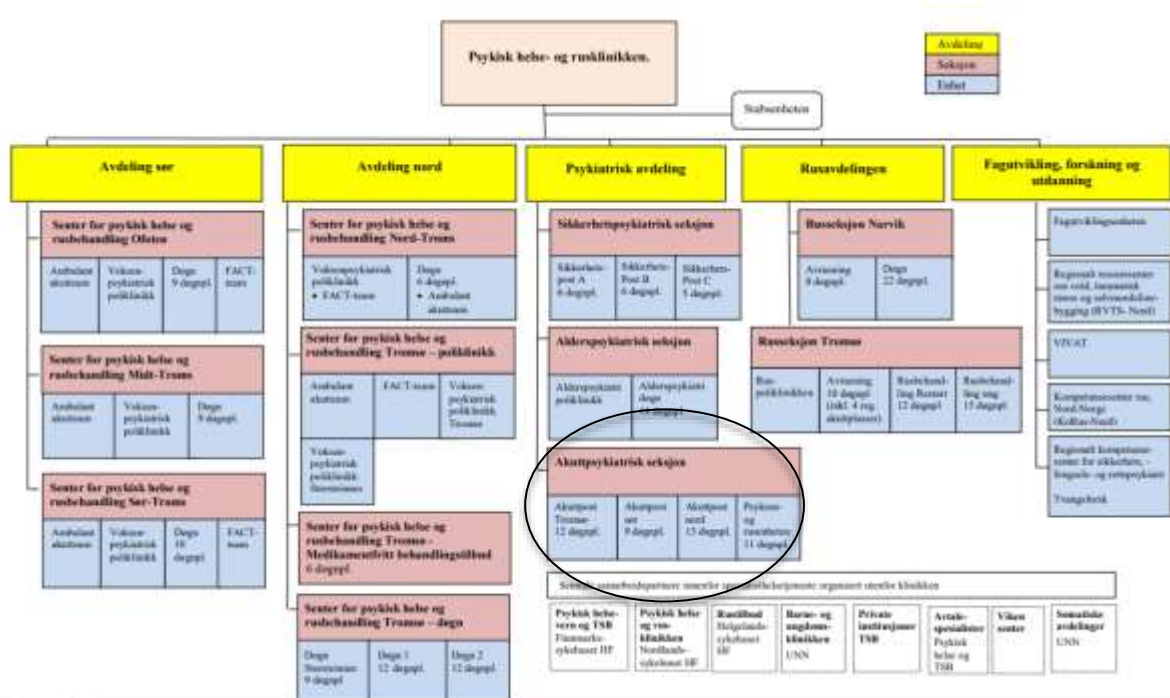
Jeg vil først i oppgaven, vise til generell informasjon om Akuttpsykiatrisk seksjon i UNN, om fagfeltet akuttpsykiatri og hvilke oppgaver, utfordringer og muligheter sykepleie i slike sengeposter gir. Jeg vil komme inn på tema som psykiatrisk sykepleie, miljøterapi og de ulike forholdene som sykepleierne må forholde seg til i arbeidshverdagen; faglige, juridiske og verdimeslige forhold. Dette for å gi kunnskap om kontekst og feltet jeg har studert i. Jeg vil så vise til en avgrensning av oppgaven før jeg går inn på teoridelen, der jeg tar for meg begrepet psykologisk trygghet, utviklingen av begrepet, analysenivå og hva som påvirker tryggheten. Så vil jeg fremvise metoden som er brukt i studien, utvalg og gyldighet og hvordan jeg har analysert data, før jeg går inn på forskningsetiske utfordringer.

Neste del av oppgaven er funn, og hva som fremkom i intervjuene under studien. Først om hva sykepleierne selv oppgir som behovet for samarbeid i arbeidshverdagen på en akuttpsykiatrisk sengepost, så fremviser jeg alle faktorene som jeg trakk ut av intervjuene, som hemmer og fremmer psykologisk trygghet. Funnene har så konsentrert seg om et hovedfunn som er videre delt inn i 3 kategorier. Videre kommer analysen, der jeg drøfter teori oppimot hovedfunn og de 3 underkategoriene. Deretter konkluderes oppgaven og muligheter for videre forskning.

## 2 Bakgrunn for studien

### 2.1 Akuttpsykiatrisk seksjon

Jeg har i denne studien tatt utgangspunkt i Akuttpsykiatrisk seksjon, som er en del av Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK), som er en av 9 klinikker ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Psykiatrisk avdeling er en av 5 avdelinger innenfor PHRK og består av 3 seksjoner, hvorav Akuttpsykiatrisk seksjon er en av disse, og har organisert seg med 4 enheter, hvorav tre akuttenheter med 9-13 senger hver, som i hovedsak tar imot pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp fra regionen, med et befolkningsgrunnlag på ca 280 000 mennesker.



Figur 1.0 Organisasjonskart, Psykisk helse- og rusklinikken

Organisasjonsprinsippene definerer hvordan UNN struktureres og styres, og det legges 6 hovedprinsipper til grunn; god kvalitet i virksomhetsstyringen gir riktig ressursbruk, organisasjonsenhetene har klare ansvarsområder, det praktiseres enhetlig teambasert ledelse, ved motsetninger har linjelederrollen forrang og til slutt; det sikres god medvirkning fra brukerutvalg, ansatteorganisasjonen og vernetjenesten (UNN, 2022). UNN har således en organisering som Bolman & Deal (2018) beskriver som en vertikal samordning (høyere nivåer kontrollerer arbeidet ved bruk av virkemidler som formell myndighet, regler og retningslinjer og bruk av kontroll- og planleggningssystemer) med flere innslag av horisontale teknikker (formelle/ uformelle møter, arbeids- og prosjektgrupper).

Behandlingen som gjennomføres, er lik på alle akutenhetene i seksjonen og er i relasjon til pasienter, pårørende og det øvrige hjelpeapparatet lokalt. Her utredes og behandles pasienter med psykoser og eventuelt samtidig ruslidelse, affektive lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Behandlingen består i hovedsak av miljøterapi, medikamentell terapi, støttesamtaler og nettverksarbeid, og pågår i gjennomsnitt 8-11 dager, der alt fra et døgn til flere uker, kan være en akuttpsykiatrisk fase. Hovedfokus er vurdering, stabilisering, utredning og behandling. Behandlingen i enheten gis av et tverrfaglig kollegia, bestående av sykepleiere, miljøterapeuter, psykiatere, leger, psykologer og assistenter. Seksjonen har ansvar for øyeblikkelig-hjelp-mottak og for store deler av klinikkens tilbud til personer som er i behov av behandling underlagt tvunget psykisk helsevern.

## **2.2 Behandling i akuttpsykiatri**

Akutte psykiatriske tilstander har blitt behandlet på ulike nivåer med geografiske forskjeller i mange år og det er organiseringen av den totale helsetjenesten i en sektor som er bestemmende for hvilke tiltak som igangsettes (Ilner, 2012). I moderne psykiatri arbeides det med tidlig oppdagelse og intervensjon, der hensikten er å hindre at personer blir gående med problemer over tid uten behandling, da har de fleste lidelser en tendens til å forverre seg, slik at det vanskeliggjør behandling (Ilner, 2012). Ofte kan det akutte problem avhjelpes med begrensede intervensjoner, men likevel kan mange tilstander kreve behandling over tid, og dette vil skje etter en bestemt behandlingsplan som tilrettelegges individuelt etter behov (Ilner, 2012).

Når distriktpsykiatriske sentre og kommunehelsetjenesten er tilstrekkelige stabile, utbygget og bemannet med kompetente fagfolk, vil det bli mindre behov for psykiatrisk intensivbehandling i spesialiserte akutttavdelinger, selv om det er ingen grunn til å tro at behovet for disse kan opphøre (Ilner, 2012). En velfungerende helsetjeneste forutsetter godt samarbeid mellom de ulike instansene og pårørende, og de som håndterer en akuttpsykiatrisk tilstand må være i stand til å løse de akutte problemene og samtidig tenke langsiktig (Ilner, 2012). Behandleren må være i stand til å skifte perspektiv umiddelbart, for eksempel fra molekylærbiologi til familiefunksjon- tanker, følelser og atferd er grunnlagt på kjemiske prosesser i hjernen, men psykologiske faktorer kan påvirke biologien og omvendt (Ilner, 2012). Biologiske, sosiale og psykologiske forhold samspiller i virkelighetens verden og har gitt opphav til det som er dominerende i norsk psykiatri, den såkalte biopsykososiale sykdomsmodell (Ilner, 2012).

Akuttpsykiatriske tilstander kan være lett gjenkjennbar og relativt enkle å behandle, men de er ofte kompliserte og sammensatte (Ilnér, 2012). De kan være vanskelige å håndtere og forstå, uten helt spesielle forutsetninger og overordnet er det viktig med et terapeutisk miljø bestående av kompetente fagfolk, som må være omsorgsfulle, bestemte og handlekraftige (Ilnér, 2012). Arbeidet foregår best i tilpassede lokaler med gode skjermingsmuligheter, alarmsystemer og hvor det er god oversikt, forutsigbarhet, orden og struktur (Ilnér, 2012).

I en akuttpsykiatrisk sengepost er arbeidet ofte komplekst, uforutsigbart og vurderinger ofte er ferskvare. Sykepleie i slike sengeposter, er ofte å ivareta mennesker som har selv redusert evne til å ivareta egenomsorg. Det å gi nærvær, å motivere, stimulere og sette struktur rundt pasienten er sentrale tiltak. Sykepleieren observerer og rapporterer symptomer, atferd, avdekker behov og gir generell sykepleie og omsorg. Sykepleieren har ansvaret for å følge opp pasientene med de behov de har, dette kan være alt fra å måtte være tilstede sammen med pasienten til enhver tid for å forebygge/ forhindre selvskaade, hjelp til regulering av følelser og trygghet og bistand til å dekke elementære behov som mat, søvn og personlig hygiene.

Pasientene har redusert autonomi, flere er innlagt uten at de vil ha hjelp eller ser behovet for dette, og de må forholde seg til å være underlagt regler og retningslinjer og det å i det hele tatt være på en plass med låste dører, øker sannsynligheten for opplevelsen av avmakt. Det kan være mange følelser og reaksjonsmåter hos ulike pasienter, medpasienter og hos sykepleieren/ personalgruppa. Noen situasjoner har ikke et gjensidig samspill og det kan oppstå akutte risikosituasjoner, både i samspillet, men også ut fra pasientens opplevelse av hva som skjer rundt dem og flere kan oppleve frykt og angst, som kan lede til forsvar og utagering.

Denne uforutsigbarheten, samtidig som man i noen tilfeller har begrenset informasjon om pasienten, gjør at sykepleieren og personalet i enheten står i flere krevende situasjoner, som må håndteres og ofte løses raskt. Sykepleieren må være tålmodig, samtidig som de må kunne håndtere å være mottaker av sterke følelser (både tristhet og sinne), projeksjon, aggresjon, avvisning, og en stadig bevegelse mellom å være personlig i møtet med den enkelte, samtidig som man ivaretar en nødvendig profesjonell distanse, til en pasientgruppe som kan streve med grenser for seg selv og andre. Sykepleieren må også klare å tenke logisk og empatisk, selv i de mest risikofylte situasjoner, for å kunne håndtere situasjonen profesjonelt og omsorgsfullt. Det kan oppstå situasjoner med høy risiko for selvskaade på pasienten og/ eller skade på personell/ inventar, såkalte nødrettssituasjoner, noe som kan føre til behov for at pasienten tas fysisk kontroll over eller at man må fatte vedtak om skjerming eller medisinerings, dette kun i de situasjoner som reguleres av loven.

Innholdet i arbeidshverdagen fortøner seg ofte svært variabelt og avhenger av flere faktorer som omhandler bla hvilke pasienter som er inneliggende og hvilke behov disse har, langsgående arbeidsoppgaver/ prosjekt, samt om hvilke tilgjengelige ressurser som er til disposisjon for å løse oppgavene/ behovene. Ressursene er medarbeiderne som utøver behandlingen og de økonomiske rammene vi til enhver tid har rådighet over. Det er en stor personalgruppe (ofte 40-50 stillinger) som er sammensatt, tverrfaglig og som tidvis står i høyt emosjonelt trykk. Kunnskap om psykiske lidelser er vesentlig i arbeidet og flere ansatte er ufaglærte, noe som gir et stort behov for veiledning og faglig utvikling. Det er en forhøyet risiko for vold og trusler som gjør at vi må kontinuerlig jobbe mye med forebygging og god håndtering av trusler og vold, for sikkerheten og ivaretagelsen av både pasienter og ansatte.

Det vil si at sykepleierne står med en rekke forhold som de til enhver tid må ta hensyn til, dette er både faglige, juridiske, ressurs- og verdimesige vurderinger. Noen ganger står forholdene i motsetning til hverandre og man skal fatte beslutninger som krever handling raskt. Sykepleieren og personalgruppa, må foreta skjønsmessige vurderinger på en kompleks situasjon, som både påvirker pasienten og personalgruppa. Jeg skal gå litt nærmere inn på hver av forholdene, som kan gi en beskrivelse av kompleksiteten i arbeidshverdagen til sykepleierne og kan gi en forståelse av hvorfor psykologisk trygghet, er viktig nettopp i deres arbeid på en akuttpsykiatrisk sengepost, samt hvorfor det er viktig å skape arena for felles læring, drøfting, refleksjon og som igjen ivaretar den enkeltes behov for faglig utvikling, støtte og behov for å søke forståelse av det som skjer.

## **2.2.1 Faglige forhold**

### **2.2.1.1 Psykiatrisk sykepleie**

Sykepleiefaget har utviklet flere egne sykepleiebegreper og sykepleieteorier. Hildegard Peplau var den første sykepleier som beskrev de psykodynamiske aspekter ved sykepleier-pasient- forholdet fra et sykepleieperspektiv, som var inspirert av psykoanalytisk tenkning, der hennes hovedarbeid var «Interpersonal Relations in Nursing» fra 1952 og ble utgitt på nytt i 1991 (Eide & Eide, 2007). Et hovedpoeng hos Peplau er at utviklingen av relasjon mellom pasient og sykepleier, er sentral for det terapeutiske utbyttet av sykepleien og i den sammenheng er sykepleierens evne til å forholde seg adekvat i de ulike roller gjennom de ulike faser av vesentlig betydning; orienteringsfasen, identifiseringsfasen, utforskningsfasen og løsningsfasen (Eide & Eide, 2007).

En definisjon av psykiatrisk sykepleie, med et klart humanistisk ideal, beskrives av Hummelvoll (2012, s 43):

*«Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/ redusere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer».*

Psykiatrisk sykepleie er en stor del av det totale omsorgs- og behandlingstilbudet som pasienten møter, men det er ikke alltid enkelt å vite hvilke sykepleiertilbud psykiatriske pasienter reagerer best på. Vanskene består bla av å kunne skille ut elementer som er virksomme, samtidig som man tar hensyn til at hver pasient er enestående og har behov for individuelt tilpasset tilbud (Hummelvoll, 2012).

I sykepleiesammenheng, snakker man om den tause kunnskapen. Med dette menes den praktiske kunnskap og erfaring som ikke lett kan forklares teoretisk, men en slik kunnskap utgjør en vesentlig del av praksisutøvelsen og den bør studeres- ved at det blir satt ord på erfaringer, kan man skape en mer reflektert fagkunnskap med overføringsverdi (Hummelvoll, 2012). Den kompetente praktiker er oppmerksom og nærværende i de den gjør, på en slik måte at både situasjon og personene som er involvert, bestemmer hvordan det skal handles (Hummelvoll, 2012). Den oppmerksomme praktiker er engasjert og opptatt av at arbeidet skal ha god kvalitet og etterlate gode minnespor hos pasienten, men dette forutsetter at praktikerens reflekterer før og i handling, og refleksjon etter handling (Hummelvoll, 2012). Samtidig er ikke kunnskap i handling konfliktfri, den har elementer av tvil og denne tvilen er viktig for å stimulere hjelperen til å stille spørsmål og bidra til ydmykhet, og at man derfor søker etter det som er best for akkurat denne pasienten eller situasjon, samtidig som den ikke må lamme en, slik at en ikke handler etter beste evne i situasjonen (Hummelvoll, 2012). *«Men å gi uttrykk for tvilen i et arbeidsfellesskap er nødvendig for å holde fag og etisk refleksjon levende i virksomheten»* (Hummelvoll, 2012, s 49).

Samtalen fremstår som det kanskje mest viktigste hjelpemiddelet i psykiatrisk sykepleie. Det er samtalen som muliggjør ekte møte med pasienten og som kan bidra til at tillit og ærlighet etableres i relasjonen, og det er samtalen mellom pasient og sykepleier som er grunnlaget for forståelse og terapeutisk samarbeid (Karlsson, 2008). Det er en kunst å snakke med mennesker som er i en psykisk krise, det gjelder å både treffe følelsesmessig, stemningsmessig og være ærlige ovenfor hverandre, og kunsten utvikles gjennom erfaring over tid, der møter med ulike pasienter bidrar til at sykepleieren kan stole på egen intuisjon og følelser i samtalen (Karlsson, 2008).

### **2.2.1.2 Miljøterapi**

Miljøterapi kan forstås som en fagideologisk tenkning, snarere enn en metode, og overordnet kan vi si at miljøterapi i dag betegner en samhandlingsform som preges av miljøterapeutens (sykepleierens) planlagte, tilrettelagte og systematiske bruk av det som skjer i samspillet mellom pasient og miljøterapeut i miljøet, i «her og nå»-situasjonen (Lillevik & Øien, 2015). For at det terapeutiske arbeidet skal forstås som miljøterapi, må den bidra til fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst, og den må bygge på et humanistisk ideal som preges av omsorg, anerkjennelse og respekt for menneskets egenverd og integritet (Lillevik & Øien, 2015). Miljøterapi er en kompleks og krevende terapiform, og det stilles strenge faglige krav til miljøterapeuten (Lillevik & Øien, 2015). Det må være en fagperson som har kompetanse og ferdigheter innenfor et bredt teoretisk og metodisk spekter, og som samtidig er i stand til faglig kritisk refleksjon (Lillevik & Øien, 2015).

Det er viktig å balansere mellom beskyttelse og utfordring i miljøterapi, og om en ikke makter dette, vil en kunne være overbeskyttende når brukere i realiteten er klare for utfordringer og vil da risikere å overstyre brukerens egen mestring (Lillevik & Øien, 2015). Dersom en derimot gir utfordringer når brukeren ikke har forutsetninger for å mestre situasjonen, vil det kunne føre til et redusert selvbilde og tapsopplevelser (Lillevik & Øien, 2015). Derfor er miljøterapeutens evne til å tilpasse tiltak til bruker og situasjon, avgjørende for resultatet.

Det må utvikles en bevissthet i kollegiet om at gode relasjoner til brukerne er et mål i seg selv og flere studier viser til hjelperholdninger som er viktige for relasjonen (Lillevik & Øien, 2015). Noen sentrale holdninger som bidrar til gode pasientrelasjoner, er å gi anerkjennelse og vise empati, å være konsentrert nærværende, å gi brukerens opplevelse forrang, å vise



likeverdighet, vær åpen og ærlig, våg å vise deg frem som person, våg å le av deg selv, le sammen med brukerne, skap trygghet, vis personlig omsorg, innlevelse, og vis at du vil den andre vel, gi støtte og formidle håp, vis evne til samarbeid, overfør makt tilbake til pasienten og vær forutsigbar med hensyn til både grenser og reaksjoner når grensene trækkes over (Lillevik & Øien, 2015).

### **2.2.1.3 Tverrfaglig samarbeid**

En forutsetning for å utvikle et terapeutisk miljø, er at de ulike yrkesgruppene skaper en fellesskapsfølelse, at man har et felles ansvar for kvaliteten av miljøarbeidet og for tonen som skal prege samarbeidet (Hummelvoll, 2012). Den enkelte medarbeider og personale som gruppe trenger bekreftelse, støtte og stimulering, for å beholde mot og optimisme i miljøarbeidet (Hummelvoll, 2012). Når forskjellige yrkesgrupper arbeider sammen, kan det oppstå stridigheter og konflikter om kompetanse, samt at personlige motsetninger og spenninger vi være med på å skape atmosfæren innad i personalgruppen (Hummelvoll, 2012). For at avdelingen ikke skal bli preget av undergrupper, som arbeider med sine egne, uoffisielle normer, trenger man jevnlig å arbeide med samarbeidsformene og et grunnleggende krav til de som skal arbeide sammen, er at de kjenner hverandre som personer og har innsikt i hverandres fagfelt for å kunne utnytte dette i arbeidet (Hummelvoll, 2012). Generelt kan man si at teamets oppgave er å skape terapeutisk realisme, med klare mål for arbeidet og den enkelte pasient og for å utnytte den tverrfaglige kompetansen så bør det holdes regelmessige møter hvor pasientens situasjon drøftes (Hummelvoll, 2012).

Et godt miljøterapeutisk arbeid krever systematisk kompetanseutvikling og i og med at miljøterapi er et vanskelig avgrenset begrep, vil feltet være åpent for subjektivism, synsing og påvirkning av generelle gruppeprosesser (Hummelvoll, 2012). Mye av personalets kunnskap er taus kunnskap, så er det viktig med faglig veiledning og systematisk utvikling av kunnskap, slik at den blir løftet frem og blir uttalt (Hummelvoll, 2012).

### **2.2.2 Juridiske forhold:**

Akuttpostene i psykisk helsevern og personalet der, er underlagt en rekke lovverk og forskrifter. De mest sentrale er spesialisthelsetjeneloven (1999), psykisk helsevernloven (1999) og arbeidsmiljøloven (2005).

Flere av pasientene innlagt i akuttpsykiatrien, sliter med å forstå hva som skjer rundt dem, de sliter med å regulere følelser og atferd og det er ofte det de trenger hjelp til når de selv eller

samfunnet/helsevesenet ellers ikke har klart å hjelpe dem, og innleggelse er nødvendig. Man kan si at psykisk helsevernloven (1999) gir en plikt og mulighet til å behandle pasienter med psykiske lidelser med tvang under visse kriterier, samtidig som en har en arbeidsmiljølov (2005) som skal beskytte de ansatte og gi de full trygghet for psykiske og fysiske skadevirkninger. Dette er en vedvarende stor utfordring i akuttpsykiatrien. Ofte er det sykepleiere som er ansvarshavende på enheten når leder ikke er tilstede og skal ivareta både pasienters behov og rettigheter, samtidig som man har ansvar for personell på post. Tiltakene som igangsettes, skal kunne godt som mulig, hensynta begge deler.

Arbeidsmiljøloven (2005) og psykisk helsevernloven (1999) er bare noen av flere lover som sykepleieren jobber under, og den må sees i sammenheng med annen lovgivning, spesielt pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999). Det må også sees i sammenheng med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016), som er en forskrift der formålet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

### **2.2.3 Verdimessige forhold:**

Ledelse og styring i profesjonelle organisasjoner er krevende da det er to beslutningssystemer som skal forenes; et byråkratisk system og et profesjonelt system- to hierarkier som bygges på forskjellige normsett (Johansen et al., 2010). *«Situasjonen i sykehus er svært kompleks, fordi det hele tiden må foretas prioriteringer mellom faglige, medisinske og pleiemessige hensyn på den ene siden og rent økonomiske, personellmessige og administrative hensyn på den andre siden»* (Johansen et al., 2010, s. 21).

Det kan skilles mellom rammebetingelser som ligger innenfor miljøterapiens myndighetsområde, og de som ligger utenfor, som faktorer som lovverk, forskrifter og økonomiske rammer som virksomheten og den enkelte miljøterapeuten er bundet av. Dette er faktorer vi alltid er nødt til å ta hensyn til, og som både skaper muligheter og begrensninger i våre tiltak (Lillevik og Øien, 2015). Samtidig har det det biomedisinske paradigmet opparbeidet kunnskapsmessig og diskursiv makt i det norske helsevesenet og den biomedisinske arkitekturen stadig forsterker og utvider sitt førerskap gjennom å være tilpasset dagens styrings- og kontrollsystemer i psykisk helsevern (Karlsson, 2008). Kombinasjon av det psykiatriske kunnskapsførerskapet som maktdiskurs og markedstilpasning av psykisk

helsevern truer rommet, tiden, tilstedeværelsen og samtalen i arbeidet med psykiske lidelser (Karlsson, 2008). Det å ha et handlingsrom, er en funksjon av økonomiske, strukturelle, kulturelle, sosiale, politiske, biologiske og teknologiske realiteter, så vel som maktforhold og andre reelle begrensninger- men ditt handlingsrom er også en konstruert oppfatning og du er medkonstruktør (Karp, 2016). Det å oppleve at du har handlingsrom, vitende om begrensninger og rammevilkår, er også en følelse, en følelse som er en funksjon av ytre omstendigheter, men også det du forteller deg selv (Karp, 2016).

UNN har en visjon som lyder: «*med pasienten- for pasienten*» og kjerneverdiene er kvalitet, trygghet, respekt og lagspill (UNN, 2023). Målet til sykehuset er å gi likeverdige og høyspesialiserte helsetjenester av internasjonal klasse i en landsdel med store avstander, spredt befolkning og et utfordrende klima, og UNN skal aktivt bidra til å styrke fagmiljøene i landsdelen og ivareta nasjonale og regionale kompetanse- og behandlingstjenester (UNN, 2023). Psykisk helse- og rusklinikken har i sin strategiske handlingsplan 2015-2025 et mål som bla omhandler å arbeide for økt frivillighet samt riktig og redusert bruk av tvang (UNN, 2016).

Sykepleieren har en rekke verdimeslige forhold å ta hensyn til og det foreligger yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019) som skal gi føringer for arbeidet, og grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Særlig her kan det trekkes frem punkt 1.5 som beskriver at ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og bruker yrkesetiske retningslinjer som et styringsverktøy (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det kan også trekkes frem punkt 4, som beskriver at sykepleieren viser respekt for kollegers og andres arbeid, og er til støtte i vanskelige situasjoner og dette er ikke til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer, at sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten og til sist at sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Jansen et al. (2020) har forsket på moralsk stress hos sykepleiere i akuttpsykiatrien og har gjennom sin kvalitative undersøkelse, avdekket at tvungen medisinerings, skjerming som kunne vært unngått og motstand mot bruk av skjerming og mot bruk av tvang, er alle

moralske stressfulle situasjoner for sykepleiere og at utilstrekkelige ressurser, psykisk dårligere pasienter og raskere utskrivelser, fører til overfladisk behandling. Få sykepleiere på kvelds- og helgeskift bekymrer sykepleierne når de skal følge opp de mest syke pasientene og dette må gjøres av ufaglært personale (Jansen et al., 2020). Å gi god omsorg når de utsettes for vold er moralsk utfordrende. Følelser av utilstrekkelighet, å være klemte mellom idealer og klinisk virkelighet og svikt ovenfor pasientene, skaper moralsk stress som fører til dårlig samvittighet og følelser av skyld, frustrasjon, sinne, tristhet, utilstrekkelighet, mental tretthet, følelsesmessig nummenhet og følelsen av å være fragmentert (Jansen et al., 2020). Jansen et al. (2020) konkluderer med at moralsk stress for sykepleiere i akuttpsykiatrien, kan være forårsaket av mange faktorer og resultere i mange forskjellige reaksjoner og at det kan føre til redusert kvalitet i omsorgen, og det er spesielt problematisk om moralsk stress resulterer i at sykepleieren distanserer og frakobler dem selv fra pasienten og deres indre (Jansen, 2020).

Hver dag mottar sykepleierne på jobb nye inntrykk fra pasientene, deres liv og deres tilstander, og det gjør noe med dem (Isdal, 2017). De får reaksjoner og de jobber i team som gjør det viktig å ha et faglig samarbeid og ved siden av den formelle delingen av informasjon (møter osv) og den uformelle delingen (samtaler, korridorprat) som de fortløpende gjør, så er det tre viktige arenaer for håndtering av faglige og emosjonelle utfordringer som ligger i arbeidet; debriefing, veiledning og konsultasjon (Isdal, 2017). Debriefing er en metode for å bearbeide noe vi har opplevd. Veiledning dreier seg hovedsakelig om hvordan hjelperen utfører sin oppgave og har som funksjon å lære, støtte og for å ha administrativ kontroll. Konsultasjon er å få bistand fra andre, bidrar til problemløsning og er et kortvarig og avgrenset arbeid som har rent faglig fokus (Isdal, 2017).

### **2.3 Oppsummering bakgrunn**

Sykepleiere i akuttpsykiatrien har en rekke faglige, juridiske og verdimeslige forhold de enhver tid må ta hensyn til. Denne bakgrunn er viktig for å forstå sykepleierens oppgaver i en akuttpost og videre er viktig for å forstå hvilke faktorer som kan være hemmende og fremmede for psykologisk trygghet på en slik arbeidsplass. Å drifte en avdeling som ivaretar en beredskap hele døgnet, vil si at vi har de oppgavene som til enhver tid er tilstede i enheten, men også en oppgave med å være i stand til å ta imot de som skulle ha akutt behov for hjelp. Dette krever en fleksibilitet av sykepleieren og det vil si at man stadig vil måtte endre på planer og legge om kursen. Det kan også føre til at ulike planlagte møter i tverrfaglige team,

utgår til fordel for direkte pasientbehandling. Samtidig så utgjør aldri sykepleieren alene behandlingen på enheten og støtten i det tverrfaglige og kontinuerlige utviklings- og evalueringsarbeidet er et premiss for å gi god behandling.

## 2.4 Avgrensning

Psykologisk trygghet er et fenomen som er forsket mye på og i denne oppgaven tar jeg i hovedsak for meg forløperne til dette, for å kunne svare ut problemstillingen som er faktorer som hemmer og fremmer psykologisk trygghet. Som jeg vil komme nærmere inn på i teoridelen, fokuserer jeg her i denne studien på psykologisk trygghet på gruppenivå, men også der jeg anerkjenner at det er individuelle faktorer som kan påvirke tryggheten. Jeg har intervjuet sykepleiere og de blir således en representant for en gruppe sykepleiere i akuttpsykiatrien. Selv om jeg har intervjuet på individnivå, så forstår jeg de faktorene som kommer frem, som et uttrykk for et mellommenneskelig fenomen i akuttpsykiatrien og denne definisjonen har implikasjoner for hvordan dataene tolkes. Den delte antakelsene gjør at respondentene beskrives som informanter som beskriver et fenomen i teamet og altså ikke bare sin egen reaksjoner på hva som skjer i teamet.

Det kunne vært skrevet mye om temaet i denne sammenhengen, som bla arbeidsmiljø, ledelse, kommunikasjon og møtekultur. Under intervjuene kom det frem mange faktorer som kunne vært omtalt, men jeg har valgt å fokusere på hovedfunnet og som fremsto som særlig viktig, men utfordrende i akuttpsykiatrien; faktoren med å få gjennomført tverrfaglige møter og samarbeid, for kunnskapsdeling og kontinuerlig evaluering/ korrigerende av arbeidet, som viser seg å kunne fremme (ved gjennomføring) og hemme (med manglende gjennomføring) psykologisk trygghet for sykepleierne. Herunder har jeg valgt å ikke omtale selve strukturen for gjennomføring av møtene, men omtalt funnet som at sykepleierne ønsker møteplasser (generalisert) for å kunne jobbe tverrfaglig og slik kunne det være også med på å øke den psykologiske tryggheten i enhetene. Akuttpsykiatrien her er særlig interessant, fordi psykologisk trygghet kan på mange måter sies å være helt nødvendig for å kunne utføre oppgavene i tverrfaglige team. Samtidig så har gjennomføring av møtearenaene også vært utfordrende å få til i denne konteksten, da driften på enhetene i perioder tillater kun de mest nødvendige pasientnære oppgavene.

Jeg omtaler i oppgaven en arbeidsgruppe eller team litt om hverandre, der både det er små team med ulike vaktlag ilt døgnet/ uken og det er et helt team på enheten, som i alle som jobber der. Et team forstås som det Levin & Rolfsen (2015, s 13) avgrenser det til på følgende

*måte: «et team består av minst to personer som har ansikt-til- ansikt- relasjoner i samspill om utføring av arbeidsoppgaver. Det må eksistere over en viss tid, det må etableres følelsesmessige forbindelser mellom medlemmene, de må ha felles mål og ledelse mot målet, en felles forståelse av prestasjonskrav, og det må være bestemte kriterier for medlemskap».*

Jeg har valgt å omtale møtearenaer som en samlebetegnelse for møter og ikke gå særskilt inn på de ulike møteplassene, der dette omhandler alt fra det Isdahl (2017) kaller debriefing, veiledning og konsultasjon. Debrief er en egen metode og er ment for ivaretagelse av personale og i denne oppgaven fokuserer jeg på støttende miljø og det å ha anledning til å møtes for evaluering. Betegnelsen psykologisk trygghet og trygghet brukes litt om hverandre.

## 3 Teori

### 3.1 Psykologisk trygghet

Det er gjort mye forskning på psykologisk trygghet, og rammene av en slik oppgave tillater ikke at alt gjennomgås eller nevnes, men jeg har valgt ut noen metaanalyser og enkeltstudier på psykologisk trygghet, samt at bøkene til Amy C. Edmondson (2018), står sentralt i min teoriforståelse. Amy C. Edmondson betraktes som en pioner på fagfeltet, og i denne oppgaven, har jeg først og fremst tatt utgangspunkt i hennes operasjonalisering av fenomenet. Størstedelen av forskere innen psykologisk trygghet, refererer til hennes definisjon av fenomenet: «*a shared belief that the team is safe for interpersonal risk-taking*» (Edmondson, 1999, s. 354).

Psykologisk trygghet handler om en opplevelse av å kunne si hva en mener, komme med innspill og forslag, dele sin kompetanse og være seg selv uten å frykte at denne åpenheten vil medføre negative konsekvenser eller andre sosiale sanksjoner. Denne opplevelsen bunner i en forventning om hvordan andre vil møte deg og at man respekterer hverandres kompetanse, har positive intensjoner ovenfor hverandre, er interesserte i hverandre som mennesker, møter hverandre med tillit og respekt og evner å delta i konflikthåndtering og konstruktive diskusjoner (Edmondson, 2018). Edmondson (2018) sier at psykologisk trygghet skal bygge et arbeidsmiljø med fokus på ærlighet, samarbeid og hvor utfordringer og effektivitet verdsettes. Vi lever i et samfunn, som på kort tid har store endringer og det er krav til effektivitet og kvalitet på det vi leverer. Vi må ha en trygghet til å ta opp kontroversielle saker, slik at vi klarer å levere ut fra forventningene og det er nødvendig at medarbeidere kan være helt åpne om sine erfaringer og sine meninger (Edmondson, 2018). Edmondson (2018) hevder at opplevelsen av fenomenet, oppstår i relasjoner mellom mennesker og mengden opplevd mellommenneskelig risiko i relasjonene, bør være lav for at psykologisk trygghet skal utvikles.

Dersom oppgaver skal løses ved samarbeid, så er man avhengige av å vise hverandre støtte og tillit, noe som bidrar til å skape psykologisk trygghet i teamet (Edmondson, 1999). Gjensidig avhengighet baserer seg på at medlemmene av teamet må samarbeide og stole på hverandre for å få gjennomført oppgaver og dette har innvirkning på psykologisk trygghet (Edmondson, 1999). Den frie utveksling av ideer, bekymringer eller spørsmål er forhindret av mellommenneskelig frykt, langt oftere enn ledere forstår, da denne frykten sjelden kan sees,

dette går forbi i stillhet og ingen andre vet om dette, enn den som holdt igjen (Edmondson, 2018).

Selv om psykologisk trygghet og tillit har mye til felles, så er det ikke det samme.

Psykologisk trygghet handler om en opplevelse på gruppenivå og tillit referer til en interaksjon mellom to individer eller parter (Edmondson, 2018). Psykologisk trygghet i et arbeidsmiljø er ikke det samme som at man alltid er enig for å være grei med hverandre, heller ikke at man gir utvetydig ros eller ubetinget støtte. Du kan si at det er det stikk motsatte. Det handler om åpenhet, om å gjøre det mulig å ha produktiv uenighet og fri deling av ideer og konflikter som uunngåelig oppstår, får partene til å snakke åpenhertig om hva som plager dem (Edmondson, 2018). Tryggheten skaper grunnlag for tøffe meningsbrytninger, gnisninger og friksjon. Dette er noe som verdsettes og samtidig er de som argumenterer hardt og er dypt uenige i møte, er på god fot etterpå (Kvalnes, 2022).

Psykologisk trygghet er ikke alt du trenger for høye prestasjoner. Ledere har to viktige oppgaver og det ene er å bygge psykologisk trygghet og det andre er at de må sette høye standarder, inspirere og få mennesker til å nå disse, samtidig som man deler, skjerper og kontinuerlig fremmer et verdig formål (Edmondson, 2018).

### **3.2 Utvikling av begrepet psykologisk trygghet**

Viktigheten av psykologisk trygghet er godt dokumentert og går helt tilbake til organisasjoners endringsforskning på tidlig 1960 tallet. Professor Edgar Schein og Warren Bennis beskrev allerede da behovet for psykologisk trygghet, for å hjelpe mennesker til å håndtere usikkerheten og angsten som endringer i organisasjoner kan medføre (Edmondson, 2018). Senere viste professor William Kahn i 1990, at psykologisk trygghet fremmer engasjementet til ansatte, at de er mer villig til å tro at de blir gitt fordelene av tvilen, hvis de opplever tillit og respekt på jobben (Kahn, 1990).

Edmondson (1999) gjorde så en avhandling i 1999 om feil begått i sykehus og en av nøkkelinnsiktene fra dette arbeidet var at psykologisk trygghet er ikke individuell forskjell, men heller en funksjon på arbeidsplassen som ledere kan og må hjelpe til med å skape. Det er mangel på frykt som er nøkkelfordet. Både Edmondson og Kahn mener at psykologisk trygghet er en opplevelse av å ikke frykte mulige negative konsekvenser ved uttrykkelse av personlige meninger. Avhandlingen påvirket senere Google's Project Aristotle i 2015, som viste at psykologisk trygghet var vesentlig forskjellig på tvers av ulike team i selskapet og at det muliggjorde både teamprestasjoner og teamlæring (Edmondson, 2018). Ledet av Julia



Rozovsky, gjorde de en stor studie på 180 ulike team fra hele organisasjonen og så på teammedlemmenes bakgrunn, utdanning, hobbyer, venner, personlige egenskaper og mer. De fant ingenting som ga utslag for hvorfor noen team blomstret og andre feilet, men fant etterhvert ut at selv om arbeidstakerne var ekstremt smarte og effektive, så trengte de et psykologisk trygt arbeidsmiljø for å kunne bidra med talentet som de hadde å by på (Duhigg, 2016). De fant også 4 andre faktorer som kunne forklare teamets prestasjon; klare mål, pålitelige kollegaer, meningsfullt arbeid og en tro på at arbeidet gjorde en forskjell, men psykologisk trygghet var den klart viktigste av dem alle og var grunnlaget for de fire andre (Duhigg, 2016).

### **3.3 Psykologisk trygghet- på individ- eller gruppenivå?**

I forskningen er det ulike syn på analysenivå på psykologisk trygghet. Kahn (1990) formulerer psykologisk trygghet som en individuell opplevelse av å kunne være seg selv og uttrykke seg uten frykt for negative konsekvenser på selvbilde, status og karriere (Kahn, 1990, s. 708). Edmondson (1999) sier at psykologisk trygghet finnes i grupper og hun fant at medlemmene av en arbeidsgruppe ofte har lik oppfatning av psykologisk trygghet, men at tilstanden varierer betydelig mellom arbeidsgrupper internt i en organisasjon. Edmondson (1999) hevder at det å betrakte psykologisk trygghet som et individuelt fenomen, vil indikere at det finnes personlighetsforskjeller, som hun argumenterer imot. I likhet med Frazier et al. (2017) ser jeg begrepsdannelsen til Kahn og Edmondson, som utfyllende ovenfor hverandre, noe som både tar utgangspunkt i Edmondson (2002) sin påstand om at psykologisk trygghet er et mellommenneskelig fenomen som utvikles i en gruppe og Kahns begrepsdannelse, fordi opplevelsen skapes i individet. På den måten er det et gruppefenomen, fordi det ikke kan oppstå alene og opplevelsen oppstår først og fremst i grupper i en organisasjon og ikke i organisasjonen som helhet (Edmondson & Lei, 2014).

### **3.4 Hva påvirker psykologisk trygghet**

Kahn (1990) identifiserte tidlig, fire forløpere til psykologisk trygghet: gruppedynamikk, støttende og tillitsfulle mellommenneskelige relasjoner, fleksibel, støttende og avklarende ledelse og organisasjons- normer som ga trygge rammer. Det er også verdt å undersøke sammenhengen mellom ulike typer atferd og psykologisk trygghet. Egenskaper i retning av åpenhet, ærlighet, direkte og indirekte relasjoner er det vi ser etter og støttende lederskap, og læringskultur blant lederteamene, preger arbeidsmiljøene som opplever psykologisk trygghet (Edmondson & Lei, 2014). Genuine spørsmål, formidler respekt for den andre personen, som

er et vesentlig aspekt som påvirker psykologisk trygghet (Edmondson, 2018). Det er også flere forskere som har funnet resultater som tilsier at man skal støtte om det å skape gode møtearenaer. Lag gode arenaer for informasjonsdeling, og sett av tid til refleksjon over praksis (Edmondson, 1999) og evaluering/ debrief (Hunt et al, 2021).

Opplevelsen av psykologisk trygghet påvirkes av både reaksjonsmønsteret og oppførselen til leder av gruppa (Edmondson & Lei, 2014). En refleksjonsprosess kan hindres av frykt for å fornærme noen med mer makt enn seg selv (Edmondson, 2002). Inkluderende ledelse, som er en type relasjonell ledelse, er funnet å predikere psykologisk trygghet. Nembhard & Edmondson (2006) definerer inkluderende ledelse som at lederen inviterer til og verdsetter andres bidrag, ved å inkludere i diskusjoner og beslutninger. De fant i sin studie av helsearbeidere, at høy status yrkesmessig, var positivt korrelert med psykologisk trygghet, men at inkluderende ledelse bidro til å moderere denne effekten og utjevne effekten av statusforskjeller (Nembhard & Edmonson, 2006).

Støttende omgivelser, både støttende ledere, kollegaer og organisasjonsklima er viktig når vi ser på årsaker til psykologisk trygghet. Fraizier et al (2017) finner støtte for relasjonen mellom psykologisk trygghet og positive lederrelasjoner generelt, og viser til at dette understreker viktigheten den nærmeste lederen spiller i å forme arbeidskonteksten og fremme psykologisk trygghet. Flere studier viser også en klar sammenheng mellom psykologisk trygghet og transformasjonsledelse. Transformasjonsledelse innebærer at lederen gjennom sin atferd og kommunikasjon, støtter oppgaveorienterte prosesser gjennom å oppmuntre til å fokusere på det som gir jobben mening, inspirerer medarbeidere til å utforske innovative løsninger, og styrker fokuset på kollektive mål (Schaubroeck et al, 2011). Schaubroeck et al (2011) viste i deres studie hvordan lederatferd påvirker tillit til leder, som påvirker psykologisk trygghet og lag styrke, som igjen påvirker effekten på teamprestasjoner. Ma et al (2021) gjorde en studie under COVID-19 og fant at tjenende lederskap har en direkte positiv effekt på psykologisk trygghet, og at psykologisk trygghet har en medierende effekt på den negative sammenhengen mellom tjenende lederskap og utbrenthet hos sykepleiere. Personale som jobber under tjenende ledere kan være mindre utsatt for utbrenthet, fordi de vil få nødvendige ressurser, enten til å håndtere høye jobbkrav eller å komme seg etter utbrenthet (Ma et al, 2021). Detert og Burris (2007) fant at de to ledelsesformene transformasjonsledelse og lederåpenhet, styrker medarbeidernes ytringsatferd, og at denne sammenhengen delvis medieres av psykologisk trygghet.

Det er tre praksiser som stadig må repeteres, på interaktive og læringsorienterte måter, for å kunne skape og holde ved like et klima av åpenhet og er et ansvar for ledere på alle nivå i organisasjoner; sette scenen, invitere til deltagelse og det å respondere produktivt (Edmondson, 2018). Du setter scenen for psykologisk trygghet, for hver gang du forsøker å få folk med, med felles mål og en delt verdsettelse for hva de står ovenfor (Edmondson, 2018). Den viktigste egenskapen er evnen til å ramme inn arbeidet, og ledere må sette forventninger om feil, usikkerhet og gjensidig avhengighet (Edmondson, 2018). Å invitere til deltagelse, på en måte som folk finner overbevisende og genuin, gjør at de blir trygg på at deres stemme er velkommen (Edmondson, 2018). For å forsterke et klima med psykologisk trygghet, så er det avgjørende at ledere, på alle nivåer, responderer produktivt på risikoen folk tar når de snakker (Edmondson, 2018). Produktiv respons er karakterisert av tre elementer; å uttrykke takknemmelighet, avstigmatisere det å gjøre feil og sanksjonere klare brudd. Dette fører til at man orienterer seg mot kontinuerlig læring (Edmondson, 2018).

### **3.5 Hva psykologisk trygghet kan føre til**

Forskere har kartlagt en rekke utfall av psykologisk trygghet. Lance Frazier med kollegaer (2017) har gjort en stor metaundersøkelse for å komme inn på kjernen av hvor stor betydning psykologisk trygghet faktisk har på å utvikle positiv teamkultur og de måler effektstørrelser og korrelasjoner mellom psykologisk trygghet og ulike elementer som for eksempel relasjon til leder, lederatferd og ekstrarolleatferd i teamarbeidet. De har konkludert med at psykologisk trygghet fremmer læringsatferd og kunnskapsdeling, som videre kan fremkalle teamprestasjoner, engasjement, forpliktelse og tilfredshet (Frazier et al., 2017). Forskning på effekter av psykologisk trygghet, indikerer at det er en relasjonell tilstand som er nødvendig for læring, endring og utvikling i team og organisasjoner. Minimalt med mellommenneskelig risiko er avgjørende for å fostre positive utfall av psykologisk trygghet (Frazier et al., 2017).

Psykologisk trygghet fremmer engasjement. Det er sett på som en viktig faktor i arbeidslivet og viktig for å forebygge høy turnover og en plass der en arbeidstakers engasjement virkelig betyr noe, er i helsevesenet (Edmondson, 2018). Helsepersonell som står i frontlinjen har høyt stress og et emosjonelt ladet arbeid og uengasjert personell fører til sikkerhetsrisiko og turnover i personalgruppa. I en studie på klinisk personell på et stort sykehus i 2009 fant Rathert et al (2009) at psykologisk trygghet var relatert til forpliktelsen til organisasjonen og til pasientsikkerhet. Forfatterne noterte at et arbeidsmiljø der personale følte det var trygt å si ifra om problemene, var spesielt viktig i helsevesenet, for å få personale til å føle seg i stand

til å gi trygg pleie og være engasjert i jobben (Rathert et al, 2009). Rathert et al (2009) fant at helsearbeidere som opplevde at arbeidsplassen var preget av en kontinuerlig forbedringskultur, også rapporterte høyere grad av psykologisk trygghet, som igjen påvirket resultater og forpliktelse til virksomheten.

Hunt, et al (2021) har funnet at psykologisk trygghet er en avgjørende faktor for trygg og effektiv pasientbehandling, spesielt i psykiske helsetjenester, hvor åpne og oppriktige diskusjoner er avgjørende, når så mange kliniske beslutninger er komplekse og tvetydige og er summen av subjektive observasjoner av en pasient. Vi er avhengig av samarbeid mellom tverrfaglige team for å ta beslutningene og det er viktig å forsikre seg om at alle i teamene kan føle seg fri til å si ifra, og maksimal involvering er avgjørende for trygg og optimal helsehjelp (Hunt, et al, 2021).

Fryktløs kommunikasjon, som psykologisk trygghet gir, er avgjørende for å ta komplekse beslutninger, ofte raskt, som ikke har noen presedens og som har alvorlige konsekvenser (Edmondson, 2018). Klinisk personell som selv føler at de er støttet av et høyt nivå av psykologisk trygghet, er i stand til å støtte og skape relasjoner med pasientene, som fører til et positivt klinisk utfall for pasienten (Edmondson, 2018). I team som er av midlertidig karakter, eller som har stor utskiftning av medarbeidere, kan det derfor være vanskelig å utvikle psykologisk trygghet (Nembhard & Edmondson, 2011). Det er en tendens til å være mer sammenfall av psykologisk trygghet blant mennesker som jobber tett sammen over tid og som har lyktes med samarbeidet da de har funnet måter å jobbe sammen på, og har gjerne etablert en trygg teamkultur (Edmondson, 1999).

Det må skapes mening av det som skjer på arbeidsplasser, og læring er viktig for å både kunne forstå, utvikle og ivareta helsepersonell. Opplevd mellommenneskelig risiko i team, påvirker kvaliteten i diskusjonsprosesser, som videre har en påvirkning på organisasjonens evne til å tilpasse seg endring (Edmondson, 2002). Manglende opplevelse av psykologisk trygghet reduserer informasjonsdeling blant medlemmene, hvilket gir lavere grad av læring og en negativ effekt på prestasjoner og effektivitet i team (Edmondson & Lei, 2014).

*«Sammenhengen mellom psykologisk trygghet og effektivitet er teoretisk sett logisk, spesielt når det er usikkerhet og behov for enten kreativitet eller samarbeid for å gjennomføre oppgaven»* (Edmondson & Lei, 2014, s 36).

## 4 Metode

### 4.1 Casestudie

Denne studien er gjort med utgangspunkt i følgende problemstilling: *Hva hemmer og hva fremmer psykologisk trygghet, hos sykepleiere på en akuttpsykiatrisk sengepost i spesialisthelsetjenesten?*

For å kunne belyse denne problemstillingen stiller dette krav til både design og metode. Casestudier er en inngående studie av en eller noen få undersøkelsesenheter der hovedpoenget er å oppnå rikholdig informasjon om de enhetene som studien retter oppmerksomheten sin mot og forskerens primære interesse er å studere et fenomen ved å rette oppmerksomhet mot en enhet som representerer det empiriske grunnlaget for å utvikle en forståelse (Thagaard, 2018, s. 51). Casestudie bidrog til at jeg kunne svare ut problemstillingen, dog er et sentralt element er en nærmere definisjon på hva en undersøkelsesenhet er (Jacobsen, 2015). I denne studien er en undersøkelsesenhet, sykepleiere, og siden psykologisk trygghet er en opplevelse i en gruppe så ber jeg her respondentene om å redegjøre for en egenskap ved denne gruppen, grad av psykologisk trygghet og hvordan det arter seg i gruppen. Da blir respondentene i denne undersøkelsen informanter som gir opplysninger om en gruppe og ikke bare sin egen subjektive opplevelse og således støtte Edmondsons (1999, s 354) definisjon av psykologisk trygghet.

I og med at casen går dypt inn i en organisasjon er det en såkalt enkeltcase- studie og er godt egnet til å gi «tykke beskrivelser» (Jacobsen, 2015). Studien har et eksplorerende preg og har som fordel å beskrive hvordan hendelser påvirker hverandre og hvordan spesielle resultater produseres (Jacobsen, 2015). I dette tilfelle; hva hemmer og hva som fremmer sykepleiernes psykologiske trygghet.

### 4.2 Innsamling av data

I denne studien, har jeg benyttet meg av kvalitativ metode, som kjennetegnes av åpne data og er en intensiv studie (Jacobsen, 2015) og ble gjennomført med det individuelle, åpne og semistrukturerte intervjuet. Metoden har som hensikt å få frem hvordan mennesker forstår og fortolker en situasjon og egner seg ofte til å avklare et uavklart tema og få frem en nyansert beskrivelse av temaet (Jacobsen, 2015). Samtidig er den kvalitative tilnærmingen induktiv, en åpen metode der jeg som forsker forøker å legge så få føringer som mulig på den innsamlede informasjonen (Jacobsen, 2015). Dette passet til min undersøkelse, da jeg først etter

innhenting av informasjon, strukturerte den og for så sette den i kategorier som ble forbundet med hverandre, og gjorde at jeg fikk informasjon som er virkelighetsnær, da den som undersøkes definerer hvilken informasjon som er relevant (Jacobsen, 2015). Det som er viktig å se på i den kvalitative forskningens kvalitet, er forskerens samspill mellom forskningen og resultatene og om rollen til han/ hun er troverdig (Jacobsen, 2015). For å oppnå en åpen informasjonsutveksling, er det nødvendig at det etableres en tillitsrelasjon og jeg gjorde dette ved å møte godt forberedt; først informerte intervjuobjektet kort om undersøkelsen, startet intervjuet ved å stille åpne spørsmål, inntok en lyttende posisjon og viste intervjuobjektet at jeg forsto, tok notater, stilte oppfølgingsspørsmål og avsluttet på en mild måte (Jacobsen, 2015). Dette var med på å skape en viss grad av tillit, til tross for at temaet psykologisk trygghet kan være sensitivt. Samtidig er det viktig å ta med seg at mennesker ikke er en homogen gruppe og jeg tilpasset intervjustilen til den som ble intervjuet (Jacobsen, 2015). Dette har gitt meg muligheten til å tegne et mest mulig riktig bilde av hvordan ansatte faktisk opplever sin arbeidssituasjon og at jeg har klart å beskrive deres verden som sett ut ifra deres ståsted og ikke min forforståelse (fortolkende validitet).

Jeg er selv ansatt som leder på en av de andre akuttpostene. Selv om ikke respondentene jobbet på denne enheten, kjenner de nok til meg og de vet at jeg sitter i en seksjonsledelse med deres leder. Dette kunne vært med på å påvirke hva de svarer, det vil kunne være med på å påvirke undersøkelseeffekten og muligens være med på at de tok hensyn til hva de svarte, hvor kritiske og åpne de var. På den andre siden, kunne det være med på å skape en tillit, i den forstand da de visste at jeg hadde innsikt i deres arbeid og en forståelse for det det kom med, da jeg selv kjenner kontekst.

Jeg har gjennomført såkalte ansikt- til- ansikt intervju med 4 sykepleiere, med varighet i ca 1-1,5 t. Den var til en viss grad strukturert (semistrukturert) da jeg har et spesielt tema jeg ønsker å belyse og hadde en intervjuguide med tema, med fast rekkefølge og kun åpne svar. Jeg gjennomførte intervjuet på sykehuset og tok opp intervjuet med en telefon (via app diktafon) og båndopptaker, slik at jeg kunne være tilstede med respondenten for å få til en god samtale, der jeg la til rette for åpenhet og naturlig kontekst (i den grad det er mulig).

Den kvalitative tilnærmingen egner seg der vi ønsker å se sammenheng mellom individ og kontekst, der vi vet lite om temaet som vi ønsker å undersøke og trenger fleksible undersøkelsesopplegg og egner seg best hvis vi skal utvikle nye teorier og hypoteser og finne ut hva som er innholdet i et fenomen (Jacobsen, 2015). Det er skrevet mye om psykologisk

trygghet siste år, men jeg finner ingen undersøkelser gjort på faktorer for sykepleiere i akuttpsykiatrien og mener at intervjuet ga rik informasjon for å belyse tema.

### **4.3 Utvalg**

I denne studien har jeg benyttet meg av strategisk utvelging av deltakere (sykepleiere med ansiennitet over 1 år og som ikke har en direkte rolle i ledelsen) som jobbet på to ulike akuttposter. I og med at sykepleiere er en ettertraktet og begrenset ressurs, samtidig som de er vesentlige for å kunne opprettholde drift, ønsket jeg å spesifikt intervju denne faggruppen. De har i tillegg arbeidsoppgaver der psykologisk trygghet både utgjør en viktig forutsetning (læring og samarbeid er kritisk for å oppnå gode resultater) og (muligens) samtidig utfordres. Ved å intervju sykepleiere ville jeg ha gode forutsetninger for å gi bedre innsikt i problemstillingen.

Det kunne tenktes at jeg kunne intervjuet ulike faggrupper, da psykologisk trygghet er i denne sammenhengen noe som oppleves i en gruppe og som skapes av hele den tverrfaglige personalgruppen. Samtidig så ser jeg verdien i å kunne få informasjon fra en gruppe som har likt ansvarsområde og oppgaver, som muligens vil gi meg et større sammenligningsgrunnlag og større overføringsverdi. På den andre side kan man si at sykepleiere vil kunne svare på en måte, da de har en sterk faggruppe og er i overtall, og det kan tenkes at det som fremmer og hemmer psykologisk trygghet hos dem, vil være noe annerledes enn andre faggrupper. De jobber også tett opp mot ledelse (ansvarshavende når leder ikke er tilstede) og har en sterk posisjon og påvirkningskraft.

### **4.4 Intern gyldighet**

I kvalitative undersøkelser og når det gjelder den interne gyldigheten, er det viktig å se på om studieobjektene gir en sann representasjon av virkeligheten, om forskeren gir en sann representasjon av data og om resultatene gjenspeiler virkeligheten (Jacobsen, 2015). Selv om jeg har argumentert om hvorfor jeg har valgt gruppe som analysenivå og sykepleiere i utvalget, så påvirkes psykologisk trygghet også av en rekke individuelle faktorer og personalgruppa består som nevnt av et tverrfaglig team. Jeg har også gitt respondentene mulighet å se igjennom og kommentere intervjuene, som er en måte å forsikre seg at jeg har klart å beskrive virkeligheten på en god og forsvarlig måte.

For å kunne trekke kausale slutninger, må dataene ha intern validitet. Det innebærer at vi er sikre på at effekten vi observerer skyldes variabelen vi undersøker for, og ikke en annen,

bakenforliggende variabel som gir en spuriøs korrelasjon. Vi må også kunne si hvilke mekanismer (mellomliggende variabler) som forklarer sammenhengen (Skog, 2004). Studier som måler faktorer på ett tidspunkt, som bruker selvrapporing som målemetode, som ser på for enkle sammenhenger og som trekker slutninger på tvers av nivå kan utgjøre sentrale utfordringer i forskningen på psykologisk trygghet. Det kan også tenkes at i akuttpsykiatrien, der det varierer mye både arbeidsbelastning og det totale inntrykket av påkjenninger siste tid, kan være med på hvordan respondentene svarer og muligens kunne vært annerledes om jeg hadde spurt på et annet tidspunkt, eller sågar andre respondenter. I akuttpsykiatrien kan det også være svært varierende arbeidsbelastning, emosjonelt stress som kan påvirke kontekst og særlig kan følelser og projeksjoner skape en gruppedynamikk som kan påvirke også opplevelsen av psykologisk trygghet i perioder.

#### **4.5 Relabilitet**

Relabiliteten ved kvalitative studier handler om å se på om undersøkelsesopplegget påvirker de som undersøkes og stimuliene metoden kan gi til undersøkelsesobjektene, samtidig som en burde se på om det har vært gjort feil i nedtegningen og analysen av data (Jacobsen, 2015). Jeg har transkribert alle intervjuene i sin helhet for å kunne unngå feil i nedtegningen og for å være sikker på at jeg har fått med meg hva respondentene har sagt, en nøyaktig gjengivelse av intervjuene. Jeg har også her brukt direkte sitater i store deler av empirien.

#### **4.6 Analyse av data**

Etter gjennomføringen av intervjuene, satt jeg igjen med notater og innspilte lydbånd og jeg foretok meg en tekstanalyse og så på hvordan jeg skal kunne trekke ut noe fornuftig av informasjonsmengden (Jacobsen, 2015). Jeg reduserte noe av kompleksiteten og forenklet og strukturerte den for å få oversikt (Jacobsen, 2015). Jeg hadde ønske om å få tilført noe og gjennom å sammenstille intervjuene jeg hadde gjort, kunne jeg påpeke mønstre, regulariteter, avvik eller underliggende årsaker og jeg kunne trekke frem sentrale detaljer som kanskje gir en ny innsikt ved fenomenet psykologisk trygghet. Den kvalitative analysen er en veksling mellom enkelte deler og detaljer og helheten, og jeg vil da bruke en hermeneutisk metode, kalt den hermeneutiske spiral (Jacobsen, 2015). Jeg gjennomgikk dataene og kategoriserte funnene etter faktorer som fremmer og hva som hemmer psykologisk trygghet. Jeg så at møtearenaene for drøfting, læring, evaluering og korrigerende, var det ønsket mer av fra sykepleierne og så at dette var en særlig utfordring i akuttpsykiatrien, men viktig for å styrke og utvikle den psykologiske tryggheten. Dette var ikke noe jeg på forhånd hadde som et



hovedfokus, men det kom tydelig frem under intervjuene og den videre prosessen og analysen gjorde meg særlig oppmerksom på det.

Analysen av de kvalitative dataene dreier seg om fire forhold: dokumentere, utforske, systematisere og kategorisere og sammenbinde (Jacobsen, 2015).

#### **4.6.1 Dokumentasjon**

Når det gjelder dokumentasjon, er første del i kvalitativ analyse, renskrivning av intervjuet eller det som kalles rådata (Jacobsen, 2015). Etter undersøkelsen satt jeg igjen med opptak av intervjuene samt notater som jeg tok underveis. Jeg renskreiv notatene og gikk igjennom og sjekket disse, like i etterkant etter intervjuene og sjekke notatene mot hukommelsen for så laget en full oppsummering (Jacobsen, 2015). Jeg transkriberte så opptakene og skrev ut intervjuene i sin helhet og gjorde så en et kort sammendrag av funn.

#### **4.6.2 Kategorisering**

Når det gjelder kategorisering, foretok jeg en såkalt innholdsanalyse, som er basert på at det som intervjuobjektet har sagt i et intervju kan reduseres til færre og mer overordnede og meningsfylte kategorier (Jacobsen, 2015). Kategorisering vil innebære at jeg bryter opp psykologisk trygghet i mindre biter og videre samler ulike deler av teksten (Jacobsen, 2015).

Jeg brukte en såkalt første- syklus koding, der ordene, setningene og teksten kategoriseres ut fra visse kriterier, som kan hjelpe meg med å forholde meg til et fåtall kategorier (Jacobsen, 2015). Resultatet av dette ble tabell 1 og der jeg trakk ut det som jeg vurderte som faktorer som fremmer og hemmer psykologisk trygghet. Jeg gjorde så en andre- syklus koding, der jeg som forsker etablerer kategorier etter den første analysen (Jacobsen, 2015). Dette resulterte i tabell 2, der jeg trakk ut aktuelle faktorer som hadde med gjennomføring av tverrfaglige møter, drøftinger og evalueringer. Så tok jeg skrittet fra analyse av en enhet til analyse på tvers av enheter og kunne dermed gjennom en slik kobling, sammenligne ulike enheters utsagn og samme fenomen og dermed finne ulike databiter og plassere dem i de ulike kategoriene (Jacobsen, 2015). Dette førte til 3 hovedkategorier underlagt hovedfunnet.

Jeg ønsker åpenhet i min tilnærming til datainnsamlingen, som vil si at kategoriseringen er fundert i data og skal springe ut fra tilgjengelig informasjon (Jacobsen, 2015). Da jeg har brukt en intervjuguide, dannet jeg på forhånd noen kategorier og jeg definerte først hva de enkelte kategoriene innebærer, slik at jeg kunne bruke denne definisjonslisten til å lete etter data og plassere dem i kategorier og videre skape ulike nivåer (Jacobsen, 2015). I

intervjuguiden, så valgte jeg å få frem såkalte kritiske hendelser, altså få frem fortellinger hos respondenten som kunne forklare og vise noen av faktorene jeg var ute etter. Fortellingene om de kritiske hendelsene, ga meg innsikt i både konkrete eksempler fra arbeidshverdagen og således kunne trekke ut faktorer som fremmer og hemmer psykologiske trygghet. Det ga meg også en helhetsforståelse om hvorfor faktorene var viktige for dem og hvordan jeg som forsker kunne forstå disse inn i en konkret sammenheng.

Jeg delte så psykologisk trygghet inn i 5 hovedkategorier, «din mening er forventet og velkommen på arbeidsplassen», «å stille spørsmål og spørre om hjelp», «hvordan man snakker om og lærer av feil», «å være seg selv og si hva du mener, komme med innspill, forslag og dele sin kompetanse/ erfaringer- uten å frykte negative konsekvenser», «påpeke mulige mangler og farer». Det er dog en utfordring og kan være en motsetning, at jeg har dannet kategorier ut ifra hvordan jeg forstår psykologisk trygghet, samtidig som jeg ønsker en åpen tilnærming til informantene og empirien. Samtidig så var dette et semistrukturert intervju, så på en eller annen måte, vil jeg allerede ha en viss forforståelse allerede i utformingen av intervjuguiden.

Respondentene var informert på forhånd om at vi skulle snakke om arbeidsmiljøfaktorer (se vedlegg). Hverken før eller under selve intervjuet, ble begrepet psykologiske trygghet nevnt, da jeg anså det som viktig at de kunne fortelle åpent om sine erfaringer og ikke være opptatt av at det skulle passe inn eller at de måtte forstå eller lese om fenomenet på forhånd.

### **4.6.3 Sammenbinding**

Når det gjelder sammenbinding, så satt jeg igjen med flere typer informasjon om ulike tema/ fenomener, om undersøkelsesenheten og om konteksten da dataen ble innsamlet og jeg koblet disse dataene for å se om det er noen kausale sammenhenger mellom dem (Jacobsen, 2015).

Her fikk jeg en oversikt over mange faktorer og trakk ut en av de jeg så kunne spesifikt være særegen for akuttpsykiatrien. Her kom jeg frem til at de planlagte tverrfaglige møtene, refleksjon-arenaene og gjennomgang etter ulike hendelser, var noe som var savnet og ble i en rekke ulike temaer, nevnt som noe som gjennomføres men var noe sykepleierne selv så som nyttige og ønsket mer av. Jeg delte så inn dette hovedfunnet inn i 3 hovedkategorier, som jeg så fokuserte drøftingen videre på.

Jeg fant ingen store avvik, jeg tegnet en modell for å illustrere sammenhengene jeg fant og videre forsøkte å forstå hvorfor de henger sammen (Jacobsen, 2015). Direkte sitater er viktig å

benytte seg av i denne metoden (Jacobsen, 2015) og jeg brukte flere sitater fra respondentene for å få frem deres egne ord og beskrivelser.

## 4.7 Forskningsetiske utfordringer

«All vitenskapelig virksomhet krever at forskerne forholder seg til etiske prinsipper som gjelder så vel internt i forskningsmiljøer som i relasjon til omgivelsene» (Thagaard, 2018, s 20). Normer for vitenskapelig redelighet er presisert og definert i en innstilling fra de nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH) (Thagaard, 2018). Under innsamlingen jeg foretok meg i kvalitative data, fikk jeg som forsker data som kan knyttes til de personene som deltar i prosjektet og NESH presiserer at forskeren skal respektere deltagerens autonomi, integritet, medbestemmelse og frihet (Thagaard, 2018). Jeg fikk deltagerens informerte samtykke og dette innebærer at jeg ga respondenten tilstrekkelig informasjon om forskningsfeltet, formålet, finansiering, hvem som fikk tilgang til informasjon, hvordan resultatene er tenkt brukt og om følgene av å delta i forskningsprosjektet samt ga sitt samtykke til presentasjon av resultatene (Thagaard, 2018). Jeg søkte NSD og fikk godkjenning til å gjennomføre studien og respondentene fikk skriftlig informasjon også før intervjuene og informasjon om at de til enhver tid kunne og hvordan de kunne trekke seg fra studien. Ingen av respondentene trakk seg.

Jeg har også påsett at jeg har behandlet informasjon om personlige forhold konfidensielt, altså at jeg har aidentifisert personlige opplysninger og publisering av materialet skal være anonymisert (Thagaard, 2018). Selv om jeg har brukt hunnkjønn på alle respondentene, til tross for at det var en mann og 3 damer og ikke gjengitt hele historier som har vært fortalt, så er det en risiko til enhver tid at andre som jobber med informantene kjenner til, både historier og trekk ved det som fortelles. Jeg ga alle respondentene mulighet til å lese igjennom oppgaven for å komme med innspill, hvorav en av informantene ønsket dette. Hensynet til konfidensialitet, omfatter også varsomhet men hvordan vi lagrer data- herunder lagret jeg personifisert opplysninger sikkert og separat fra forskningsmaterialet (Thagaard, 2018). Diktafonen var innelåst, separat fra annet materiale og jeg benyttet appen «Diktafon» som er godkjent av UiT og NSD.

Det siste grunnprinsippet i en etisk forsvarlig forskningspraksis er knyttet til konsekvensene forskningen kan ha for deltagerne og det etiske ansvaret ivaretas ved å unngå at forskningen medfører negative konsekvenser for dem (Thagaard, 2018). I min undersøkelse, møtte jeg personer som muligens opplevde at intervjusituasjonen ga en mulighet for å reflektere over

psykologisk trygghet og at de kan oppleve å kjenne seg igjen i teksten og muligens se egne utsagn i en analytisk sammenheng som kan virke provoserende (Thagaard, 2018). Jeg lot respondentene få muligheten til å se over oppgaven og innarbeide innvendinger fra deltakerne i presentasjonen (Thagaard, 2018).

Under analysen av dataene vil det være forskningsetiske utfordringer ved å ta vare på informantens perspektiv gjennom presentasjon av data samt analysen. Det er en utfordring, i hvordan jeg representerer informanten i måten jeg analyserer teksten på, samt det er viktig å beskytte informantens integritet i analysen og presentasjonen (Thagaard, 2018). Dette er og blir en utfordring, men jeg har arbeidet for å nyansere den teoretiske forståelsen, som kan både gi uttrykk for forståelse av deltakeren vurderer situasjonen sin og mener jeg har presentert et relevant perspektiv i faglig sammenheng (Thagaard, 2018). Min egen forforståelse og hvilke briller jeg har på meg som forsker vil kunne påvirke hva jeg velger å legge vekt på, samt hvordan jeg analyserer det som respondentene kommer med.

Ved formidling av arbeidet, har jeg tatt hensyn til det jeg først var inne på- betydningen av å skjule informantens identitet, men utfordringen vil være å anvende få respondenter fra samme arbeidsplass da deltakerne kan avsløre hverandre (Thagaard, 2018). Det kan være vanskelig å få til en sikker anonymisering her, men jeg møtte dette bla med å bruke respondenter fra to ulike sengeposter for å begrense denne risikoen, samtidig som jeg ga deltakerne anledning til å lese igjennom teksten før publikasjon. Jeg informerte også respondentene om faren for å ikke få til en sikker anonymisering før intervjuet startet.

Når det gjelder informert samtykke, kan det være vanskelig for deltakerne i denne kvantitative undersøkelsen å forstå hva de egentlig samtykker til og jeg forberede de på at resultatet vil settes i en faglig sammenheng som kan oppleves fremmedgjørende (Thagaard, 2018). En annen forskningsetisk utfordring kan være å vurdere konsekvenser for deltagerne, jeg vil kunne risikere at deltagerne opplever det som problematisk å bli konfrontert med mitt perspektiv, men også her har jeg forsøkt å møte dette ved å presentere min tolkning nyansert (Thagaard, 2018). Jeg har her vært særlig oppmerksom på å gjøre rede for hva som er mitt faglige perspektiv og hva som er min fortolkning, og arbeidet for å utvikle en forståelse av deltagerens situasjon uten å være deres talsperson (Thaagard, 2018).

## 5 Funn

For å komme frem til faktorer for psykologisk trygghet som var hemmende og fremmende i denne studien, så jobbet jeg frem en intervjuguide, der jeg først forsøkte å få frem viktigheten av samarbeid og psykologisk trygghet i akuttpsykiatrien som kontekst. Jeg delte så inn psykologisk trygghet, inn i 5 ulike kategorier for å få frem historier og eksempler på disse, som kunne få frem faktorer som var avgjørende for psykologisk trygghet i disse situasjonene. Siste del av intervjuet, var generelle betraktninger om arbeidsplassen og betydningen av psykologisk trygghet i deres arbeidshverdag.

I fremstillingen her velger jeg å først skjematisk fremstille alle funnene i en tabell (tabell 1) der jeg har delt inn faktorene i fremmende og hemmende for psykologiske trygghet. Så vil jeg presentere det som kom frem i første del av intervjuene, behovet i akuttpsykiatrien for å møtes for tverrfaglig samarbeid. Så velger jeg å presentere hovedfunnet som fremsto som særlig viktig, men utfordrende i akuttpsykiatrien; faktoren med å få gjennomført tverrfaglige møter og samarbeid, for kunnskapsdeling og kontinuerlig evaluering/ korrigering av arbeidet, som viser seg å kunne fremme (ved gjennomføring) og hemme (med manglende gjennomføring) psykologisk trygghet for sykepleierne. Respondent D understøtter hovedfunnet med en historie som hun fortalte om, der hun beskrev viktigheten med å bli kjent med hverandre i kollegiet og viktigheten med å ha en møteplass i etterkant av hendelser på jobben. Hun fortalte om en situasjon med en utagerende pasient, der hun opplevde at kollegaene rundt seg, skapte mer utrygghet med å gripe raskt inn i en situasjon, der hun opplevde å ha kontroll og samarbeid med pasienten. Det var ikke enighet i ettertid om situasjonen var en potensielt farlig situasjon, men beskriver at dette var en situasjon som de snakket om i ettertid og at dette ga henne mulighet til å forklare vurderinger og væremåte, som både hun og kollegaene tar med seg videre i arbeidet: *«mine kollegaer er mer trygg når vi kommer i slike situasjoner, de rykker ikke ut like fort. De er tett på, de er nær for å kunne gripe inn om noe skjer, men jeg får muligheten til å bruke meg selv på en slik måte. Men det er fordi vi har snakket veldig mye etterpå».*

Møteplassene viste seg å være spesielt viktig i analysen, selv om teorikapittelet behandler flere variabler enn akkurat møteplasser. Betydningen av møteplassene var noe som fulgte som et resultat av analysen – det var ikke intendert eller planlagt og fulgte ikke naturlig fra teorien. Dette blir så fokus videre i presentasjon i funn og diskusjon, og jeg har valgt å dele hovedfunnet inn i 3 kategorier som belyser funnet.

## **5.1 Faktorer som hemmer/ fremmer psykologisk trygghet hos sykepleierne i akuttpsykiatrien**

Etter intervjuene satte jeg igjen med en rekke beskrivelser/ fortellinger fra arbeidsplassen, og fra dette trakk jeg ut faktorer som kan beskrives som hemmende og fremmende for psykologisk trygghet. Funnene er sortert i følgende tabell:

## Psykologisk trygghet

### • Funn

<i>Fremmende faktorer</i>	<i>Hemmende faktorer</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Din mening betyr noe og det er en forventning om at du skal bidra</li> <li>• Tillit til kollega og trygg på hvordan man blir møtt. Får støtte og ser hverandre.</li> <li>• Respekt, vennlighet og høflighet. Tillit til at den andre vil deg vel.</li> <li>• Synlig og tilstedeværende leder som ser den enkelte ansatte.</li> <li>• Tydelig ønske og positiv feedback fra leder/ kollega etter innspill</li> <li>• Rom for å stille spørsmål, der man sammen reflekterer sammen over svaret</li> <li>• Godt tverrfaglig samarbeid, aksept for at det er løpende kontakt med spesielt overlege</li> <li>• Klare forventninger om hvordan vi samarbeider og opptre på jobb</li> <li>• Åpenhet fra mottaker</li> <li>• Møteplasser for drøfting, læring og innspill</li> <li>• Aksept og støtte hos hverandre gjør det lett å spørre/ få hjelp</li> <li>• Gi god behandling til pasientene og møte dem med verdighet</li> <li>• Individuelle forskjeller, hva du selv står for og hvordan du vil være.</li> <li>• Spillerom til å kunne få gjøre en god jobb hos pasienten.</li> <li>• Lik verdi på innspill, på tvers av profesjoner. Lett å stille spørsmål av/ til alle i kollegiet</li> <li>• Trygg i seg selv og ikke opptatt av å bevise noe</li> <li>• Gode erfaringer med å spørre om og få hjelp. Sammen gjør vi det bedre.</li> <li>• Gjennomgå ulike situasjoner i ettertid fremmer læring, forståelse og samhold</li> <li>• Erfaring og kunnskap gjør at man blir tryggere</li> <li>• Plikt til å gripe inn, ingen valg å unnlate eller overse. Unngå lignende hendelser</li> <li>• Man får ansvar i takt med erfaring og kompetanse</li> <li>• Retningslinjer på at man gjennomgår visse hendelser</li> <li>• Du vet at det er greit å gjøre feil og innstillingen er at man lærer av feil</li> <li>• Du kjenner de du jobber med og har en rekke drøftinger på vakt og "uformelle debrief"</li> <li>• Står aldri alene om en avgjørelse, vi jobber i team og tar beslutningene sammen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadig utskiftning av kollega. Vikaroverleger</li> <li>• Møteplasser for drøfting og gjennomgang av hendelser uteblir</li> <li>• Snakker om og ikke med</li> <li>• Høyt press og mangelfull tid til å drøfte før beslutninger tas</li> <li>• Vanskelig å fremme faglig uenighet med spesialist i møter da det kan fremstå som tvil av dens kunnskap</li> <li>• Henvendelser om hjelp blir møtt med sukk og tydelig negativt kroppsspråk</li> <li>• Ufaglærte som kommer med innspill blir møtt med at de ikke har kompetanse til å uttale seg</li> <li>• Når man sier ifra om noe, blir det ikke håndtert eller fulgt opp.</li> <li>• Leder støtter deg ikke når du har sagt ifra og trenger det.</li> <li>• Vil ikke legge stein til byrden, ved å påpeke mangler/ feil etter alvorlige hendelser</li> <li>• Det signaliseres at meningen din har ingen verdi</li> <li>• Bagatellisering ved påpekning av fare/ risiko</li> <li>• Manglende feedback på det man kommer med kan skape frustrasjon og konflikter</li> <li>• Nyansatt, uerfaren og utrygg på hva som forventes</li> <li>• Sterk enighet i gruppa, redd for å si noe dumt.</li> <li>• Opptatt av å være flink og bevise for andre at man vet og ikke trenger å spørre om hjelp</li> <li>• Redd for å ødelegge relasjon til din kollega om du sier ifra</li> <li>• Ikke mulig å gi veiledning til noen som ikke vil ha det og tilbakemeldinger oppfattes som kritikk</li> <li>• Kjenner ikke hverandre og utrygg på hvordan vi tar imot hverandres innspill</li> <li>• Hvordan man har det totalt i livet sitt, gjør noe med hvordan man håndterer uenighet</li> <li>• Du unnlater å komme med innspill, hjelp og spørsmål til kollega, pga dens større erfaring/ kompetanse</li> <li>• Stress, høy arbeidsbelastning, sliten</li> </ul>

Tabell 1.0. Funn av faktorer som fremmer og hemmer psykologisk trygghet

Som man kan se, så var det mange faktorer som kom frem og flere av disse er kjent fra teorien om psykologisk trygghet. Flere av disse faktorene kan sees som individuelle faktorer slik som Kahn (1990) hevder, som er egenskaper hos den ansatte, som for eksempel «trygg i seg selv», «individuelle faktorer, hva du selv står for og hvordan du vil være» eller «nyansatt, uerfaren og utrygg». Samtidig så ser vi flere faktorer som har med miljøet på enheten og måten man møter hverandre på, som «tillit til kollega og trygg på hvordan man blir møtt», «får støtte og ser hverandre», «respekt, vennlighet og høflighet. «tillit til at den andre vil deg vel» eller «henvendelser om hjelp blir møtt med sukk og tydelig negativt kroppsspråk». Det er også flere faktorer som omhandler ledelse, som «synlig og tilstedeværende leder som ser den enkelte ansatte» og «tydelig ønske og positiv feedback fra leder/ kollega etter innspill» eller «når man sier ifra om noe, blir det ikke håndtert eller fulgt opp» og «leder støtter deg ikke når du har sagt ifra og trenger det».

Dette er alle faktorer som påvirker opplevelsen av psykologisk trygghet og gjenfinnes i litteraturen (Edmondson, 2018, Frazier, 2017, Kahn, 1990) og kan generaliseres til de fleste arbeidsmiljø. Jeg ønsket så å se på noen av faktorene, som kanskje er spesielt for konteksten og sykepleiere i akuttpsykiatrien. Jeg sitter igjen etter intervjuene, med en forståelse av at det er et stort handlingsrom for sykepleierne å både være seg selv, komme med innspill og påpeke feil/ mangler, men det er av vesentlig betydning at man må legge til rette for møteplasser. Sykepleierne selv oppgir at de gjerne skulle hatt mer av dette og gjennomgang av ulike situasjoner i etterkant av ulike hendelser for læring, ivaretagelse, evaluering og korrigerende av arbeidet. Dette er noe de fleste av dem kommer tilbake til.

Det kan forstås som at vi skal ikke ta for gitt at det finnes en god og felles arena i akuttpsykiatrien for å kunne utvikle psykologisk trygghet i et tverrfaglig arbeidsfellesskap, at skal vi se på fremmende og hemmende faktorer for psykologisk trygghet i denne konteksten så forutsetter dette et møtested. Dette belyser respondentene under intervjuene og oppgir at det er behov for mer av tverrfaglige møter og evalueringer og at de i noen situasjoner er manglende. Respondent C sier at «*jeg tenker det er viktig, men jeg synes ikke vi gjør det så veldig mye*» og respondent D sier at tankene kan ofte komme i etterkant av situasjoner og «*den der debriefen som man gjerne skulle ønske at det hadde kommet en invitasjon til å ta*» eller som respondent A sier: «*men det er nok ikke alltid det blir fulgt opp, at man har de her, det kunne godt vært at man hadde flere sånne her ettersamtaler der man har samtaler om hva man får til og hvor vi kanskje har et rom for forbedring*». Respondent D sier også noe om at tid og det å ha nok rom til å gjennomføre evalueringer og gjennomganger etter hendelser, noe som kan utgå i en hektisk



hverdag i akuttpsykiatrien: «det er vel det her stresset som alle er under, (...) klare å ta unna alle korridorpasienter og forskjellig lidelsesspekter som man er vitne til. Og ja, det er tøft og det er tungt. Jeg ser folk har gått doble vakter, går masse overtid og er slitne og kommer liksom ikke i mål med noe». Alle respondentene sier noe om at å komme med innspill og dele faglig kunnskap er en del av jobben. Dette gjøres spesielt på morgenmøtene alle har daglig, men at de gjerne skulle hatt anledning å møtes mer for å både evaluere, lære av feil og kunne stille spørsmål, slik som respondent C sier: «det er jo viktig å bli hørt, men jeg syntes vi kan bli enda bedre. På å snakke om ting og snakke om feil og stille spørsmål. Det er ikke sånn at man føler at man, jeg kommer ikke på at det ikke blir tatt imot, men det betyr ikke at man ikke kan bli bedre».

Det kan se ut som den svært nødvendige fleksibiliteten som akuttpostene innehar, har også en slagside der viktige tverrfaglige møter, evalueringer og gjennomganger i enkelte perioder ikke gjennomføres, utsettes eller avlyses. Samtidig er den kontinuerlige drøftingen på de ulike vaktlagene, av stor betydning, eller som respondent C beskriver det som «det er jo igjen litt forskjell fra akutt til døgnenhet. Der var jo på en måte ting mye mer satt i system. Men jeg føler, at der var liksom ikke så avhengige av at man var så på. Altså der kunne man ha møter 4 timer hver dag. Alt var så planlagt og man måtte følge alt som var planlagt. Men i akuttpsykiatrien så må mye mer være sånn, vi kan godt legge planer men man må bare agere når det er nødvendig. Man er mer avhengige i akuttpsykiatrien, at man sier ifra og er på hele tiden».

Hvorfor er det det da viktig å ha en arena for tverrfaglig samarbeid i akuttpsykiatrien?

Behovet for møtearenaer kom godt frem i første del av intervjuet og presenteres videre her.

## **5.2 Behovet i akuttpsykiatrien for å møtes for tverrfaglig samarbeid, kunnskapsdeling og evaluering**

Det kommer frem i intervjuene at respondentene er alle enige i at de er helt avhengige av å samarbeide og koordinere med sine kollegaer i løpet av arbeidsdagen. De oppgir alle en særdeles avhengighet til hverandres arbeid for å få kontinuitet og forutsigbarhet, for både pasientene og personale. De trekker alle frem den tverrfaglige behandlingen som gis og teamarbeidet som premiss for å gi god behandling. Viktigheten med å samkjøres og å møtes trekker respondent A frem på følgende måte: «ja, vi tenker vi er jo veldig avhengige av hverandre, så spesielt for å få litt kontinuitet i behandlingen. Av at man har faste kjørelinjer så at ikke noen gjør noe, og en annen person utfører noe helt annet. Så er det veldig viktig for at det skal bli forutsigbart for pasienten og at dem får den, på en måte, behandlingen da som er planlagt av både behandler og vi personale. (...) at det ikke blir misforståelser (...) Ja så selve det her teamarbeidet er viktig på posten da for å gi godt behandlingsforløp til pasientene vi har».

Respondent B oppgir at man merker stor forskjell på om hun samarbeider med kollegaer med erfaring og om du samarbeider godt med dem, på den måten at man forstår hverandre og snakker samme språk. *«samarbeid er jo helt, helt avgjørende for at vi skal være et godt miljø, både for pasientene og for vi som jobber der»*. I tillegg til å støtte opp om viktigheten av samarbeid, så trekker også respondent D frem at det er viktig *«i tillegg faglig og heve seg selv og utvikle seg hele veien»*.

Videre utdyper respondentene om hvorfor det er viktig å tverrfaglig samarbeide og møtes, og de beskriver alle viktigheten med at de utfyller hverandre og slik jeg forstår det, er ydmyk ovenfor hverandres kompetanse og sammen skaper et bredere perspektiv i arbeidet med pasienten. Respondent B trekker frem viktigheten med helhetstenkningen og avhengigheten av samarbeidet som *«komplisert og sammensatt, og det kan være mange ting som spiller inn. Hvordan skal vi behandle den her pasienten? Hvordan skal vi se det her bilde av hvordan utarter denne sykdommen seg? Eller hva skal man tenke når pasienten skrives ut, hvordan oppfølging pasienten trenger hjemme, hva må man gjøre her?»*. De beskriver også alle at de trenger innspill hos hverandre for å gi god behandling og at det er mange skjønnsmessige vurderinger i jobben og det kommer frem at man kan se symptomene hos pasientene på flere ulike måter, slik som respondent C oppgir *«så er det jo også litt hvordan vi forstår pasienter, fordi man kan forstå symptomer på ulike måter. Og da er det jo veldig godt å drøfte og kunne se ting ifra flere sider»*. Eller som Respondent B beskriver det som: *«altså vi jobber jo med mennesker. Det er jo ikke A4 og rett frem. Så det er jo klart man må jo se menneskene og hva de har behov for og hva er det som må til? Ja det er jo skjønnsmessige vurderinger ofte»*.

Det som også kommer frem, er at tverrfaglig samarbeid, med drøftinger, evalueringer og korrigeringer, er en stor del av hverdagen og består mye av ad hoc møter med ulike fag- og ufaglærte. Viktigheten av kontinuerlig samarbeid og vurderinger, med de som er på jobb til enhver tid, er en del av arbeidshverdagen og av særlig betydning for å gi god pasientbehandling og ikke minst ivareta hverandre. Alle respondentene trekker frem felles morgenmøter som en av de viktige arenaene for tverrfaglig samarbeid, et møte som oftest starter dagen på akuttposten og der man sammen planlegger dagen og drøfter ulike tiltak. Respondent A sier også noe om samarbeidet i det daglige og *«ja på vakt (..) omså så at man tar ut noen av posten bare for å drøfte noe eller evt ved vaktskifte etter rapporten»*. Samtidig så er det forskjellig hvor mye de snakker på vakt sammen. Respondent C beskriver det som *«det varierer litt hvor godt vi kjenner hverandre og hvor trygge vi er på hverandre»* og videre *«min erfaring er iallefall at de som jeg jobber mye sammen med, vi prater mer om ting i ettertid. Kanskje*

*ikke sånn formelt, at nå skal vi sette oss ned å snakke, men vi prater om det når vi har behov eller når det oppstår eller når det har vært, altså litt sånn uformell debrief. Og vi kan snakke om ting som vi syntes vi gjorde bra og ting som vi gjorde dårlig».*

Videre snakker alle respondentene enstemmig i, at det er av stor betydning på deres arbeidsplass, at man snakker i ettertid om hendelser som går bra og spesielt hendelser som ikke går så bra og der man gjør direkte feil. De trekker frem at det er viktig for læring og evaluering i ettertid, og at det kan tas med som en kunnskap videre i arbeidet og for å planlegge konkrete tiltak fremover. De trekker spesielt frem situasjoner med tvangsbruk og der det har vært sikkerhetsmessige utfordringer og vanskelige vurderinger som måtte foretas og som har fått ulike konsekvenser for både pasienten og personale. Dette sier bla respondent C noe om; *«jeg tenker, det er jo spesielt viktig, å prate om de der situasjonene, hvor vi har måtte bruke tvang. Altså, med mange ting, men både hva som har ledet opp til det, var det noe vi kunne gjort annerledes eller funket det veldig bra, eller er det lurt å gjøre sånn? (..) Og mye i forhold til selvsikring (..) fordi det er alltid vanskelig når man står i situasjoner der og da, når skal du gripe inn? Og når skal du på en måte ha is i magen? Og det er ikke lett når man står som enkeltperson i de, så det er veldig nyttig når du prater igjennom og tenkt ut en sånn strategi»* Det er både for å lære om hvordan hvorfor det ble som det ble, en hjelp til å forstå, men også som en ivaretagelse etter sterke inntrykk i arbeidet og at man føler seg inkludert. Respondent D beskriver også dette: *Samholdet, det å føle seg trygg, absolutt. Men det her å kunne utvikle seg og stadig være i bevegelse, at man ikke blir stående fast på noe vi ikke får gjort noe med eller ikke forstår, eller den der kontinuerlige utviklingen. Kjenne at man blir sett og hørt, og få være med i prosessene som skjer, på positive og negative prosesser».*

Respondent B sier at hun opplever å bli hørt og at meningen er velkommen. Hun sier ikke noe eksplisitt om at hun ønsker mer av drøftinger, men oppgir behovet for at spesielt leder kan stå for noe og som har forventninger til sine ansatte, som også gjør at de ansatte vet hvor de har lederen. Respondent B sier videre at det er viktig at saker blir tatt tak i når man løfter disse og sier ifra: *«det vil være hemmende, det vil være dårlig for min del, hvis jeg har en leder som ikke støtter det når du trenger det (..) sånne viktige ting, det er jo hvordan du har det på jobb og det er klart at hvis man opplever at det bare ikke blir ikke noe bedre, da kan man tenke at dette gjør man ikke, det orker man ikke flere ganger, det var jo ikke vits».* Samtidig så trekker Respondent A frem at det ikke er bare viktig å møtes og drøfte, men at det blir tatt tak i det som kommer frem og at man blir enige om konkrete tiltak, som igjen, slik jeg ser det, bidrar til psykologisk trygghet: *«og da er det litt sånn, at når man kommer med de forslagene da, at man ser at det faktisk blir gjort noe med. Ja, også skjer det ingenting, fordi da blir det fortært sånn, ikke orker (..) at man*

tenke at det ikke er noe vits fordi det ikke blir gjort noe med, så det er jo viktig at det blir tatt på alvor»

Dette fører meg til hovedfunnet og som jeg skal fordype oppgaven videre i.

### 5.3 Betydningen av møteplasser

Hovedfunnet i oppgaven er: **Gjennomføring av tverrfaglige møter, gjennomganger av ulike hendelser og evalueringer, bidrar til psykologisk trygghet og er med på å ivareta og stabilisere sykepleiere i akuttpsykiatrien og som medfører god pasientbehandling.**

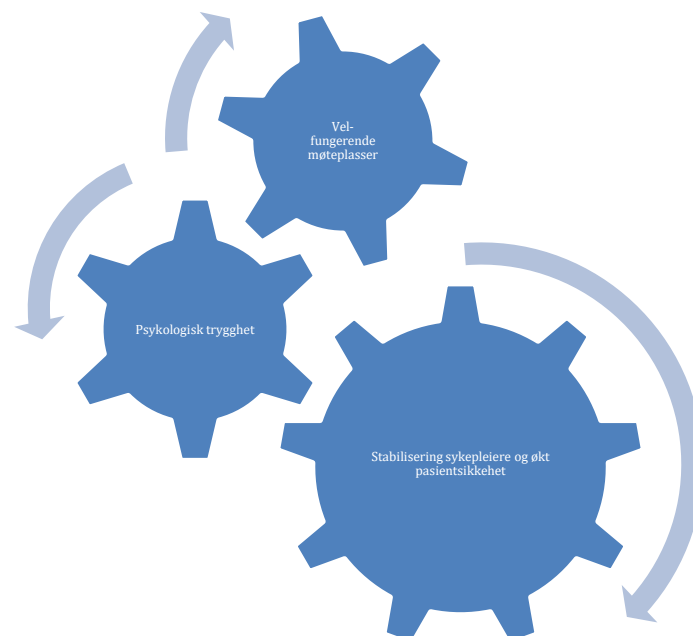
Fra tabell 1 kan man således underkategorisere en tabell som omhandler faktorer som kommer frem når det gjelder tverrfaglige møter, gjennomganger og evalueringer og som enten fremmer (når de gjennomføres) eller hemmer (når de uteblir) psykologisk trygghet for sykepleiere i akuttpsykiatrien.

<b>Psykologisk trygghet</b> <b>Tverrfaglige møter, gjennomganger og evalueringer</b>	
<b>Gjennomføring kan føre til..</b> <b>Fremmende faktorer</b>	<b>Manglende gjennomføring kan føre til..</b> <b>Hemmende faktorer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Møteplasser for drøfting, læring og innspill</li> <li>• Din mening betyr noe og det er en forventning om at du skal bidra</li> <li>• Rom for å stille spørsmål, der man sammen reflekterer sammen over svaret</li> <li>• Godt tverrfaglig samarbeid, aksept for at det er løpende kontakt hverandre</li> <li>• Klare forventninger om hvordan vi samarbeider og opptre på jobb</li> <li>• Gjennomgå ulike situasjoner i ettertid fremmer læring, forståelse og samhold</li> <li>• Retningslinjer på at man gjennomgår visse hendelser</li> <li>• Står aldri alene om en avgjørelse, vi jobber i team og tar beslutningene sammen</li> <li>• Du kjenner de du jobber med og har en rekke drøftinger på vakt og "uformelle debrief"</li> <li>• Du vet at det er greit å gjøre feil og innstillingen er at man lærer av feil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Møteplasser for drøfting og gjennomgang av hendelser uteblir</li> <li>• Når man sier ifra om noe, blir det ikke håndtert eller fulgt opp.</li> <li>• Snakker om og ikke med</li> <li>• Høyt press og mangelfull tid til å drøfte før beslutninger tas</li> <li>• Vanskelig å fremme faglig uenighet med spesialist i møter da det kan fremstå som tvil av dens kunnskap</li> <li>• Vil ikke legge stein til byrden, ved å påpeke mangler/ feil etter alvorlige hendelser</li> <li>• Manglende feedback på det man kommer med kan skape frustrasjon og konflikter</li> <li>• Kjenner ikke hverandre og utrygg på hvordan vi tar imot hverandres innspill</li> <li>• Nyansatt, uerfaren og utrygg på hva som forventes</li> <li>• Du unnlater å komme med innspill, hjelp og spørsmål til kollega, pga dens større erfaring/ kompetanse</li> <li>• Ufaglærte som kommer med innspill blir møtt med at de ikke har kompetanse til å uttale seg</li> </ul>

Tabell 2.0. Hvordan gjennomføring eller manglende gjennomføring av tverrfaglige møter, gjennomganger og evalueringer, bidrar til faktorer som hemmer eller fremmer psykologisk trygghet i akuttpsykiatrien.

Du kan si at faktorene som fremmer psykologisk trygghet i denne tabellen henger sammen med de hemmende, eller; gjennomfører du tverrfaglige møter, gjennomgang av ulike hendelse og evalueringer, så fremmer du psykologisk trygghet, på samme måte vil manglende gjennomføring av disse møtene risikere å hemme psykologisk trygghet. Psykologisk trygghet er ikke noe man gjør, men å legge til rette for og gjennomføre arenaene for samarbeid, drøfting og evaluering, gjør at man skal kunne oppleve at din mening er forventet og velkommen på arbeidsplassen. Det gjør at du har en arena for å stille spørsmål og spørre om hjelp og der man får en kultur, normer som Kahn (1990) påpeker, for hvordan man snakker om og lærer av feil og kan påpeke mulige farer og der man kan være seg selv og komme med innspill og dele sin kompetanse- og bli trygg på at dette kan du gjøre- uten å frykte negative konsekvenser. Alt det psykologisk trygghet handler om. I team som har stor utskiftning av medarbeidere, kan det være vanskelig å utvikle psykologisk trygghet (Nembhard & Edmondson, 2011). Psykologisk trygghet kan være med på å stabilisere personalgruppa og fremmede faktorer for dette, vil bidra kunne til mindre turnover. Mindre turnover kan føre til mer psykologisk trygghet og sammen kan fører de til bedre pasientbehandling og pasientsikkerhet (Hunt et al, 2021, Edmondson, 1999).

Sammenhengen kan vises i følgende figur:



*Figur 2.0. Velfungerende møteplasser kan føre til psykologisk trygghet og til stabilisering av sykepleiere og økt pasientsikkerhet.*

Respondentene beskrev flere ulike hendelser som kunne være med å belyse viktigheten med å få gjennomført møtearenaene. Det fremkom en del faktorer og det som jeg fokuserer på fremvises i tabell 2. Jeg har valgt videre å utdype disse funnene og hva de bidrar til, inn i 3 underkategorier for å understreke funnene og hva de bidrar til i forhold til psykologisk trygghet; å bli kjent med hverandre og bidra til et godt arbeidsmiljø, forventninger på arbeidsplassen og dele kunnskap som bidrar til forståelse og fagutvikling.

### **5.3.1 Å bli kjent med hverandre og bidra til et godt arbeidsmiljø**

Alle respondentene kommer inn på, at det er en forskjell på hvem de jobber sammen med og i hvilken grad de da kan stille spørsmål, komme med innspill, påpeke feil og være seg selv på jobb. Selv om de oppgir at de stort sett opplever at de kan komme med dette, så sier de også noe om forskjellen mellom nyansatte og erfarne, og mest om hvor mye de arbeider sammen. Det er en stor personalgruppe som jobber på enhetene og det er av stor betydning for både personale og pasientene at alle kan samhandle med hverandre og at det kan være trygt å ta mellommenneskelig risiko, uansett hvem du arbeider sammen med eller hvor mye erfaring du har. De individuelle faktorene som jeg tidligere var inne på, oppgir alle respondentene at kan selvfølgelig spille inn her. Det å i større grad, invitere til felles møteplasser og se til at disse blir gjennomført, kan gjøre at flere møtes oftere og blir i større grad kjent både med hverandre og hvilke forventninger og rammer som arbeidsplassen setter. Dette kan bidra til å fremme psykologisk trygghet for hele gruppa.

Respondent A belyser dette med å beskrive en hendelse der hun tok kontakt med en annen ansatt og fikk hjelp til noe og beskriver grunnen til at hun kunne ta kontakt med følgende; *«at jeg er trygg på den personen jeg spurte og at vi kommer godt overens på jobb og bruker hverandre mye på jobben, og drøfter situasjoner og så var jeg trygg på hvordan jeg kom til å bli møtt»*. Hun sier også noe om at en situasjon, der hun valgte å holde inne med det hun mente: *«men siden det var så tydelig enighet hos behandlerne og jeg var relativt fersk, da lot jeg være å stille spørsmålstegn til det som ble gjort. Ja utfra at jeg var litt utrygg og kanskje ikke ønsket å, som ny, og at man var litt sånn ydmyk og stille i starten (..) så i sånne situasjoner kan det være litt vanskeligere å stille spørsmålstegn når det er til noen, for eksempel, som har større faglig kompetanse enn deg selv»*.

Respondent B oppgir at det å være kjent med hverandre har betydning for når man påpeker mangler og farer og sier: *«Det har jo betydning, hvem du jobber på lag med. Hvem kjenner man, hvem vet du at du kan stole på? Du har jo et naturlig bedre forhold til noen du jobber mye med på ditt*

vaktlag». Og videre *«hvordan man blir møtt når man sier ifra, det har jo mye å si og det har jo betydning for om du tør å si ifra eller tenke at det er greit å ta opp ting»*

Respondent C sier *«hvis man er trygg på hverandre, så kan man snakke om alt det der, men hvis man at man vet at man har støtte i den andre og den andre din støtte, så kan man snakke om alt»*. På spørsmål videre om det har noe å gjøre med åpenhet, så svare hun videre: *«Ja, det er kjempeviktig. Ellers er det jo, altså prøv å gi noen veiledning som ikke vil ha det. Det nytter ikke»*.

Det er i perioder behov for innleid arbeidskraft for å dekke spesialistkompetanse i akuttpostene. Overlegene er sentrale fagpersoner som har det overordnede ansvaret for behandlingen av pasienten. De er avhengige av godt tverrfaglig samarbeid for å kunne gjøre gode vurderinger og hvilke tiltak som skal settes inn. Flere av tiltakene er sykepleierne og det øvrige miljøpersonale ansvarlige for å igangsette og gjennomføre. Respondent C beskriver hvilke utfordringer innleid ansatte tidvis kan skape: *«noen ganger så kommer det overleger som har svært sterk oppfatning av hvordan ting skal være (..) de er veldig opptatt av at det må være på deres vis (..) hvis noen signaliserer at din mening og din erfaring, ikke er noe de trenger å lytte til. Det er ikke så veldig okei»*. Viktigheten med å være kjent med de du er på vakt med, beskriver alle respondentene. Dette har noe å si for den totale belastningen de opplever ilt arbeidshverdagen og er sentral i forhold til det å føle seg trygg.

Psykologisk trygghet bidrar til trivsel og til et sted der du kan være deg selv og gjør at du tør å ta den mellommenneskelige risikoen i et arbeidsfellesskap. Det å ha det bra på jobben og ivareta seg selv og andre, er særdeles viktig i akuttpsykiatrien. Det å ha møtearenaer for drøfting og der en kan dele innspill og bekymringer for farer og feil, er viktig for pasientbehandlingen, men også for å kunne forebygge moralsk stress og høy turnover. Møtearenaene kan bidra til å sette scenen, invitere til deltagelse og det å respondere produktivt, slik Edmondson (2018) påpeker. Det kan også føre til at du i større grad opplever mening med jobben og at du er en viktig del av arbeidsplassen (Edmondson, 2018).

Respondent B sier det slik: *«jobben er jo en stor del av livet ditt og kunne være seg selv og ha det fint på jobb og det er rom for at alle kan gjøre feil, og alle gjør jo feil innimellom, men at du vet at det er greit. Det er menneskelig, du blir ikke halshøgd fordi du har gjort en feil og man kan snakke om det og lære av det og innstillingen er at man lærer av feil»*. Hun sier videre at: *«det er jo kjempeviktig at man er på en slik plass, at man kan være seg selv og man får utfordret seg og hvor man får tenke selv og komme med meninger og bidra med noe og du selv ser at du er en viktig brikke i et stort, at du har en viktig rolle»*.

Arbeidsmiljøet er som nevnt tidligere, av vesentlig betydning i akuttpsykiatrien, og ivaretagelsen av hele personalgruppa, kan bedres med at man sørger for å møtes regelmessig. Det gjør også noe med hvordan hver enkelt opplever å kunne ivareta seg selv. Respondent C oppgir at det er både viktig for å gjøre en god jobb men også i forhold til det å ta vare på seg selv og for at man kan bli værende i akuttpsykiatrien: *«at man får snakket om den jobben man har gjort, men altså på godt og ondt. Og at man liksom, for da også, man må snakke om det, også er man liksom ferdig slik at man ikke tar jobben med seg hjem. Det blir på en måte, altså hvis du ser på deg selv som et verktøy, så blir det som å holde det verktøyet vedlike, du må olje det, du må snakke om det, så kan man fortsette å fungere».*

Å skape møtearenaer for å sammen drøfte og evaluere, er også viktig for hvordan man forholder seg til ulike hendelser og hverandre i ettertid. Kompleksiteten i arbeidet og beslutningsgrunnlaget som forelå før man for eksempel gjorde valg om behandlingstiltak eller nødrettsvedtak, er ikke bestandig åpenbar for andre som ikke var tilstede i drøftingen. Det trengs en helhetlig forståelse av hvorfor og hvordan det ble og en ydmykhet ovenfor de som sto i situasjonen og for hvordan dette omtales i ettertid. Dette viser til respekt for den enkelte og vissheten om at vi vil hverandre vel. Både respondent A og D trekker frem at mangelen på felles møtearena eller drøfting, kan i enkelte tilfeller føre til at man snakker om og ikke med hverandre i arbeidsmiljøet: Respondent A: oppgir: *«det er viktig at det er flere som tar det ansvaret, hvis man mener at noe er urett, eller at man sier ifra om det og at man har et system på det, at man enten melder avvik i et system eller at man tar det til leder, så det ikke bare blir visking og tisking mellom ansatte, for det er sjelden positivt for arbeidsmiljøet»* Hun forteller videre om opplevelser fra en annen arbeidsplass, der det ikke var noe åpent rom for drøfting og sier at *«da blir det mer sånn snikksnakk mellom personalet og det førte gjerne til dårlig stemning og misnøye».* Respondent D oppgir at *«feil skjer hele tiden. Noen ganger, så får man snakket åpent om det, og andre ganger så kan det lett bli at det blir skitsnakk på en måte. Den gjorde sånn og sånn. Og ja, man snakker om, i stedet for til».*

### **5.3.2 Forventninger på arbeidsplassen**

Edmondson (2018) beskriver som nevnt, tre sammenhengende praksiser som kan være med på å skape psykologisk trygghet; sette scenen, invitere til deltagelse og det å respondere produktivt. Å skulle sørge for å gjennomføre møtearenaene, som igjen kan bidra til mer psykologisk trygghet, gir også en mulighet til å gjennomføre disse tre praksisene og i større grad styrke en kultur og legge tydelige normer for hvordan det forventes å samarbeide med hverandre. Flere av respondentene oppgir at det å være ny, ikke bare handler om utrygghet i



seg selv, men de har et behov for å finne ut av hvordan man samarbeider med hverandre, før de tar den mellommenneskelige risikoen, som psykologisk trygghet bunner i. De trekker alle frem viktigheten av å få tydelige føringer fra spesielt ledelsen om hvordan man skal samhandle med hverandre og hva som er forventet av dem å skulle gjøre. Respondent A sier at hun etter å ha jobbet en stund på enheten, nå vet jeg mer om hva som er forventet og er selv mer trygg på å komme med innspill, spørsmål og fremme uenighet: *«det at man vet, at selv om man ikke får gjennomslag, så er det nå akseptert og ønskelig fra avdelingslederen at vi tar opp ting når vi har et annet syn på hvordan ting kan gjøres»* og at *«har man god tillit til de man er sammen med og på en måte har lært erfaringsbasert at det blir tatt imot, at alle forslag blir tatt imot okei, så er jo kanskje terskelen mindre for å ta opp ting, selv om du er uenig»*. Selv om det er lettere for henne å ta opp ting, beskriver hun også utfordringene som fortsatt eksisterer og kan underbygge viktigheten med at psykologisk trygghet er et kontinuerlig arbeid: *«hvis flere er enige om en ting og du sitter fortsatt på og har en annen mening, så kan det være vanskeligere og man kanskje føler at man er den eneste som tenker den tanken»*.

Respondent B er kanskje den som tydeligst tar frem behovet for tydelig ledelse og at det stilles forventninger til deg som ansatt: *«men det tenker har mye å si med tydelig ledelse. Synlig og tydelig ledelse, hvor du føler at lederen har en forventning til deg. At du skal bidra med det du er ansatt for å være»* Hun trekker også frem det som hun kan tenke er en utfordring for andre i personalgruppa *«om det er en ekstravakt, eller som vanligvis ikke er en del av den faste gruppa, kanskje de er ufaglærte kanskje kommer de med meninger som andre kanskje tenker at det har man ikke kunnskap å uttale seg om (..) men det burde ikke være sånn, men jeg tenker at det skjer jo sikkert»*.

I og med at det er mange skjønnsmessige vurderinger på enheten og det skjer feil og uheldige hendelser, så kan det være krevende å finne en form å snakke om dette på i ettertid. Psykologisk trygghet handler om å kunne komme med innspill og meninger, men det handler også at et miljø er trygt nok for det å kunne snakke om de situasjonene som ikke gikk som tenkt. Vi trenger å finne gode måter å snakke om disse situasjonene. Dette for å kunne lære av disse og dette bidrar til å «sette scenen» slik Edmondson (2018) beskriver det, og avstigmatisere det å gjøre feil, med en omforent forståelse av at her blir det å skje feil og feilvurderinger, men dette er en del av jobben og vi må kunne snakke om dette på sak og ikke person. Respondent C trekker frem at det kan særlig være vanskelig å snakke om situasjonene der personalet har blitt skadet eller utsatt for noe. Hun vil ikke legge stein til byrden i

etterkant og ønsker å ta hensyn og sier: *«det kan være vanskelig å finne den rette måten å snakke om det på, fordi av og til så er det jo situasjoner hvor det kunne vært unngått».*

Respondent D oppgir viktigheten med at forventningene som stilles til deg som sykepleier, er en viktig avklaring og med på å sette rammene for samarbeid og at det må uttales. Hun understøtter også viktigheten med å «sette scenen» på følgende måte: *«er du nyansatt og ikke kjenner strukturen, har du en annen bakgrunn og ikke kjenner til hva de andre kan og du. Hva er dine egne forventninger? Kanskje litt den samme biten som, hvorfor man har forventningssamtalen med studentene våre når de kommer. At den kanskje kunne vært benyttet som en teknikk i forhold til vårt felles miljø mellom oss»*

### **5.3.3 Dele kunnskap, som bidrar til forståelse og fagutvikling**

Det å jobbe med helheten i behandlingen, er viktig i akuttpsykiatrien. Det å tverrfaglig møtes og evaluere og korrigere arbeidet, bidrar også til kunnskapsdeling, fagutvikling og forståelse for pasienten/ situasjonen. Sykepleierne har en viktig funksjon med å dele sin kunnskap, både i møter og i veiledning til andre faggrupper og de som er på vakt, på samme måte som andre faggrupper bidrar med sin faglige forståelse. Assistentene har også en viktig funksjon, bla å observere pasientenes symptomer og funksjoner og ivareta pasientene i det daglige. Det er av stor betydning at personalgruppa møtes for å drøfte helheten, og det å involvere de som enhver til jobber rundt pasienten er viktig for å kunne gi gode vurderinger og iverksette behandlingstiltak.

Overlegen har det overordnede faglige ansvaret og er avhengig av å få gode observasjoner og drøftinger med sykepleierne og den øvrige personalgruppa, men som respondent A sier så er det ikke alltid enkelt å stille spørsmål ved de vurderingene som gjøres: *«om den som bestemmer behandlingen som kanskje er overlegen på posten, og da føle at man gir uttrykk for at man tviler på dens kunnskap, og det er på en måte tema og alvorlighetsgrad som har noe å si og at det er enklere å drøfte om det er noe dagligdags i posten, enn hvis det er med tanke på pasient og behandlinga, som er litt mer komplekst».* Respondentene er alle enige at det er en del av jobben å drøfte tverrfaglig og at det er et særskilt krav til også sykepleierne og dele av kompetansen sin, slik som respondent A oppgir: *«jeg syntes jo det kan være litt viktig, i hvert fall for de som jobber fast 100% og som kanskje er vernepleiere eller sykepleiere, at det stilles litt krav. At man ikke bare blir sittende, uten å få på en måte, med den kunnskapen man har og ikke deler den».*

Respondent B oppgir at hennes meninger betyr noe og beskriver at det finnes retningslinjer som gjør at det er noen situasjoner som skal snakkes om; *«ja det er jo en sånn situasjon som ikke*

*gikk så bra, som kunne vært håndtert bedre. Der man snakket i ettertid og fant ut hva som gjorde, hva som var med på å bidra til at situasjonen ble som den ble» og på spørsmål om hvorfor hun tror denne konkrete situasjonen ble snakket om i ettertid og hvilke faktorer som spilte inn, så oppgir hun: «Så det er jo forskjell på ting, men noen ting er jo mer åpenbare enn andre (..) det er jo retningslinjer, det bør og skal jo være sånn at man snakker etter slike situasjoner».*

Respondent C trekker frem at en større del av personalgruppa gjerne skulle vært inkludert i møter og at de ikke deltar på morgenmøtene eller teammøter rundt pasientene og sier: *det er mange av assistentene som jobber 100% fordi om de ikke er ansatt i det. Og inkludere mer. Fordi jeg tenker at jeg som fast ansatt og sykepleier, kjenner det trygt å komme med innspill og meningene mine, så er det ikke sikkert at assistenten gjør det, som kanskje er enda mer sammen med pasientene enn det jeg er» og sier videre at «..og det vil vi alle tjene på eller bli mye tryggere for oss også på jobb, ved å vite at andre spør om hjelp og det å løfte hele gruppa».*

Respondent D oppgir også at ligger en forventning om at hun skal dele av sin fagkunnskap og at det ligger mer som en god forventning og at andre har tillit til henne. Men hun ønsker også mer av møter for å fremme fagutvikling og forståelse, og at det i travle perioder kan utgå: *«det at man felles kan stille spørsmål og ha refleksjon rundt det som er og refleksjon tar tid. Så sånn som situasjonen er nå, så kjenner jeg mer på det at tida ikke er der til å reflektere. Vi lytter, okey du sier det, men utifra det vi må gjøre så må det bli sånn og sånn. Det blir liksom kort prosess».*

## 6 Analyse

Videre vil jeg drøfte hovedfunn, etter hvert inndelt i 3 tema for å belyse empirien som særlig kom frem i intervjuene, oppimot gjeldende teori om psykologisk trygghet.

Psykologisk trygghet har vist seg å være viktig i alle arbeidsfellesskap, men det er ikke like godt dokumentert utviklingen av og forutsetninger for psykologisk trygghet, som effektene (Edmondson & Lei, 2014). Jeg har funnet en studie som er knyttet til psykologisk trygghet og psykisk helsevern bla Hunt et al (2021). Edmondson (2009) har forsket i helsevesenet, men jeg finner ikke noen dirkte knyttet til akuttpsykiatri. Jeg ønsket i denne studien å snakke med sykepleierne for å høre hva de selv syntes er viktige faktorer som fremmer og hemmer psykologisk trygghet, og jeg finner intervjuene og funnene jeg har gjort som nyttige og kan ha en overføringsverdi til andre psykiatriske akuttenheter. En side er at sykepleierne rapporterer mye av gjenkjennbare faktorer fra litteraturen, og det var nok et funn som ikke var særlig overraskende. Dette støtter også opp om at psykologisk trygghet kommer fra et allmennmenneskelig behov for å høre til, kunne være seg selv og oppleve at man bidrar på den måten man kan og ønsker, og sykepleierne i akuttpsykiatrien er ingen unntak. Det at respondentene også rapporterer om at det er vanskelig å utvikle psykologisk trygghet når det i perioder er høy turnover i kollegiet, er også noe som kan overføres til mange arbeidsplasser, slik Nembhard og Edmondson (2011) hevder. Individuelle faktorer og hendelser som særlig har vært utfordrende siste tid på arbeidsplassen som kan gjøre utslag, er også noe som kan generaliseres til andre arbeidsplasser. Behovet for trygghet og måten man blir møtt av hverandre og særlig hvordan leder forvalter sin maktposisjon i møte med sine ansatte, er noe som jeg finner særlig interessant og var noe jeg på forhånd av studien, jeg trodde jeg kom til å fordype meg mer i.

Underveis i intervjuene og i det videre arbeidet med kategorisering og funn, så fant jeg det likevel påfallende og noe de fleste respondentene stadig kom tilbake til, at vi kan ha gode intensjoner, ønsker og planlegge for at alle skal kunne være seg selv og komme med innspill og bekymringer, men at vi står i et stadig høyt press og at selve arbeidet på en akuttpost, vanskeliggjør det i perioder å finne møteplasser for å kunne dele det man har med hverandre i et tverrfaglig kollegia. Enn så utfordrende det er, enn så forståelig det er, at det utsettes, avlyses eller i det hele tatt planlegges for i en sengepost med drift av pasienter med store behov og komplekse sammensatte livssituasjoner, så er dette noe sykepleierne kommer tilbake til. Enten det var snakk om hvorfor det er viktig å gjennomføre tverrfaglige møter eller

hva som hemmer og fremmer psykologisk trygghet på arbeidsplassen. Det fremkom som tydelig for meg, at vi stadig snakker om forbedringsprosjekt eller fagutvikling, på ulike nivå i sykehuset, og at vi nedsetter stadig nye arbeidsgrupper for å jobbe med for eksempel stabilisering av sykepleiere, men sykepleierne selv oppgir at det er av stor betydning å snakke mer sammen med hele den tverrfaglige personalgruppa, for å finne løsninger, bidra til fagutvikling, trivsel og ivaretagelse av seg selv og hverandre.

Det å møtes tverrfaglig for å drøfte, evaluere, korrigere og ivareta behovet for fagutvikling og forståelse, gir den ansatte mulighet til å både bli kjent med hverandre og setter en kultur, en norm og felles forståelse om at vi jobber med mennesker i en kompleks situasjon, der behandlingen er sammensatt og at vi noen ganger gjør feil, men at vi må dele ansvaret for å finne løsningen og korrigere arbeidet kontinuerlig. Det gjør også at sykepleieren og det øvrige kollegiet, får komme med det de har og der de også har mulighet for å drøfte sin egen tvil og kunne reflektere over arbeidet, som gjør at personalet både blir ivaretatt samtidig som vi utvikler oss og behandlingen vi gir til hver enkelt pasient.

Det kan høres enkelt ut, dette er noe som mange muligens kunne forstått på forhånd, uten noen studie eller videre begrunnelse. Jeg vil si at det også er en god grunn til at vi prioriterer tid sammen med pasienten i stedet for å stadig møtes og det er også en del av akuttpostenes oppdrag- å kunne være i beredskap og agere når det trengs. Samtidig så kan vi alltid finne grunner til at det ikke går og begrunne disse med gode argumenter, men studien viser at vi burde gjøre mer for å få til de tverrfaglige møteplassene. Det vi setter søkelys mot og jobber for, kan vi i større grad få til. Det vil ikke si at vi ikke allerede gjør en god del av dette i akuttpsykiatrien, men studien viser hva møteplassene kan føre til, og at vi kan oppnå flere resultater for både den enkelte pasient, den enkelte ansatte og den generelle fagutviklingen i de akuttpsykiatriske enhetene. Det betyr heller ikke at jeg med studien oppgir en slags løsning på alle utfordringer i akuttpsykiatrien, men det viser til at psykologisk trygghet kan fremmes ved at vi møtes oftere og hemmes om vi ikke skaper tilstrekkelig rom for dette.

Handlingsrommet, er som tidligere nevnt (Karp, 2016) basert på bla ytre rammer, men også det vi forteller oss selv hva vi har mulighet til. Studien kan bidra til å vise viktigheten av tverrfaglige møter, opp imot det å skape psykologisk trygghet på enheten, en trygghet som bidrar til stabilisering av sykepleierne og som vi tar med oss i alle deler av arbeidet med pasientene. Dette kan føre til årsak-virkningssammenhenger og kan ha tilbakeføringsløyper. Velfungerende møteplasser kan bidra til psykologisk trygghet som igjen bidrar til å gjøre slike

møteplasser enda mer velfungerende og som kan føre til stabilisering av sykepleiere og økt pasientsikkerhet. Møteplasser kan, i tillegg til å være en faktor i seg selv, også kan virke i interaksjon med andre variabler. Et eksempel kan være at tilgangen på møteplasser kan gjøre en egnet lederstil enda mer effektiv eller det vil også kunne fremme samhold som også er en annen faktor.

Jeg skal nå drøfte og analysere dette videre, basert på tidligere oppdelingen av hovedfunnet; gjennomføring av tverrfaglige møter, gjennomgang av ulike hendelser og evalueringer, bidrar til psykologisk trygghet og er med på å ivareta og stabilisere sykepleiere i akuttpsykiatrien og som medfører god pasientbehandling

## **6.1 Å bli kjent med hverandre og bidra til et godt arbeidsmiljø**

Funnene i studien, viser at sykepleierne opplever forskjell på psykologisk trygghet i ulike vaktlag og i ulike situasjoner. Siden Edmondson (2018) oppgir at psykologisk trygghet, ikke er noe man til enhver tid har, men er en opplevelse av at man kan ta mellommenneskelig risiko i møte med andre, så kan det underbygge vissheten om at det vil nok alltid være en risiko for forskjeller i ulike situasjoner og kontekster og at dette er et vedvarende arbeid. Respondentene oppgir at den psykologiske tryggheten påvirkes av hvor mye de har jobbet med hverandre og i hvilken grad de er vant å drøfte med hverandre. Altså mengden erfaringer har faktisk noe å si. Det er av betydning i akuttpsykiatrien at vi har mest mulig trygghet til de fleste i arbeidsmiljøet, og det må legges til rette for at vi kan samles regelmessig flest mulig, for å bli trygg på å en større del av det tverrfaglige kollegiet.

Det vil i perioder være et gap mellom hva som er mulig å oppnå og ønsket man har om å møtes. Enkelte ganger er for eksempel sykepleieren eller overlegen alene om mange av oppgavene som skal gjennomføres på kort tid i pasientnært arbeid, og da kan nok ikke tiden for refleksjon prioriteres, slik respondent D beskrev det som «kort prosess». Samtidig skal vi da være klar over hva vi forsaker og at ressursene som det planlegges for i akuttpsykiatrien, ikke bare skal handle om at vi skal kunne gi direkte pasientbehandling, men at gjennomføring av ulike møtearenaer må det være rom for, slik at sykepleierne og resten av personalgruppa, kan bli tilstrekkelig trygg på hverandre og erfare at vi blir møtt på det vi kommer med. Denne erfaringen drar vi med oss videre, i både uformelle og formelle møter videre. Erfaringene vi tar med oss i møtene med hverandre, som alle respondentene enstemmig oppgir, gjør noe med tryggheten i hele gruppa og det gjør at de kan oppleves mer trygt å være på jobb uavhengig

vaktsammensetning. Dette ivaretar også den enkelte og gjør at vi kan reflektere og drøfte med de som er på jobb, når du har behov for debrifing, veiledning og/ eller konsultasjon.

Enkelte av respondentene kommer også inn på det å være ny, og at kunnskap om arbeidet og erfaringen du etter hvert får på arbeidsplassen, om at det er greit å stille spørsmål, være kritisk og snakke om feil, gjør at du blir mer trygg på å ta mellommenneskelig risiko utover i arbeidsforholdet. Dette, i tilknytning til at flere respondenter oppgir at det er stadig flere nye på arbeidsplassen som kan tyde på høy turnover, forsterker behovet slik jeg ser det, med å gjennomføre de ulike møtearenaene slik at vi blir kjent med både hverandre og arbeidet vi gjør tverrfaglig. Respondent C oppgir også, i en fortelling fra møtet med vikaroverleger, om at vi må særlig være oppmerksomme på at vi har en ukjent kollega som bærer mye av behandlingsansvaret og makten til å kunne beslutte tiltak rundt pasienten. Dette krever kanskje ytterligere behov for tverrfaglige møter, for å bli kjent og igjen bidra til å skape psykologisk trygghet i gruppa.

Å legge til rette for møtearenaene, der man drøfter eventuelle uenigheter, ulike måter å forstå pasientenes atferd og symptomer, bidrar til bedre behandling, slik Hunt et al (2021) og Edmondson (1999) understøtter. Det bidrar også med at vi i større grad har mulighet å snakke med hverandre og ikke om hverandre. Å snakke om og ikke med, bidrar ikke til noe godt i et arbeidsmiljø slik respondentene A og D også oppgir, men kan være et resultat av ansattes frustrasjon og manglende forståelse av den/de andres beslutninger. Å snakke om og ikke med, kan hemme psykologisk trygghet og føre til et arbeidsmiljø, der det å snakke åpent om feil og være åpent kritisk til hverandre blir utrygt og man viser ikke hverandre respekt og lar tvilen komme den andre til gode, som Edmondson (2018) og Kahn (1990) oppgir er grunnleggende for psykologisk trygghet. Et miljø som er preget av respekt for hverandre, uavhengig av hvor enige vi nødvendigvis er, gjør at vi kan ha tøffe meningsbrytninger og fokusere på sak og ikke havne i personkonflikter. Det gjør også at sykepleierne kan utøve faget etter de etiske retningslinjene for sykepleiere og er til støtte samtidig som det ikke er til hinder for å ta oppbrudd på faglige, etiske eller kollegiale normer, og motarbeider enhver form for diskriminerende atferd ovenfor kollegaer.

Respekt ovenfor kollega, vil også si at man har respekt for den andres tid og mulighet for å kunne høre på det du har å si, og det må tas hensyn til hvor og når. Det vil ikke si at man til enhver tid skal motargumentere eller komme med alt man tenker, man skal også ha tillit til at din kollega gjør et godt arbeid til tross for at du selv ikke hadde gjort det på den måten eller

du ikke selv forstår hvorfor. Vi må løse oppgavene sammen og som Edmondson (1999) viser til, er man avhengige av å vise hverandre støtte og tillit, noe som bidrar til å skape psykologisk trygghet i teamet. Det skal dog alltid være rom for å stille hverandre kritiske spørsmål, slik blir vi også bedre kjent med hverandre og sørger for at lojaliteten ligger hos pasienten og behandlingen vi gir. Pasientgruppen i akuttpsykiatrien har som nevnt redusert autonomi og det er viktig at vi forvalter makten helsepersonellet besitter, med den største omsorg og forsiktighet. Vi skal stille spørsmål til hverandre, men det er mange måter å stille spørsmål på og måten det gjøres på, bør vise åpenhet og ydmykhet til hverandres arbeid. Det er ikke slik at vi skal kunne forvente å kunne være oss selv på alle måter på arbeidsplassen, vi har også et ansvar for å tilpasse oss den/ de andre rundt oss. Psykologisk trygghet handler mer om at vi skal kunne komme med det vi har, samtidig som vi også må sørge for å delta inn i fellesskapet med vår væremåte, på en måte som viser respekt til kollegaene. Vi skal kunne gi hverandre rom til å forsøke, til å feile og til å seire.

Støttende omgivelser, er viktig og underbygges slik som Fraizier et al (2017) trekker frem. Støttende omgivelser, både støttende ledere, kollegaer og organisasjonsklima, er viktig når vi ser på årsaker til psykologisk trygghet og at egenskaper som åpenhet, ærlighet, direkte og indirekte relasjoner. Støttende lederskap og læringskultur blant lederteamene preger arbeidsmiljøene som opplever psykologisk trygghet (Edmondson & Lei, 2014). Respondent D ga et godt bilde på dette i fortellingen av at andre kollegaer hadde grepet inn i en situasjon der hen selv opplevde at hen ikke trengte hjelp, men at det gjorde situasjonen mer utrygg. Hun ga også et godt eksempel på det at de i tverrfaglige møter hadde snakket mye om situasjonen og at hun i ettertid opplevde å få en annen forståelse for og av sine kollegaer, og et større rom til å gjøre en god jobb med pasientene. Dette er et godt eksempel på hva gode møtearenaer kan føre til, både for sykepleieren, kollegaen og pasienten. Dette støttes således også opp om at psykologisk trygghet handler om at vi vil hverandre vel slik Edmondson (2018) og Kahn (1990) oppgir. Om vi vil hverandre vel, så tolker vi det du sier på en helt annen måte enn om man tror at du er ute etter å ta meg.

## **6.2 Forventninger på arbeidsplassen**

Edmondson (2018) viser til 3 sammenhengende praksiser som kan bidra til psykologisk trygghet; sette scenen, invitere til deltagelse og respondere produktivt. Sørger vi for å skape og opprettholde de ulike tverrfaglige møtearenaene, har også leder og arbeidsplassen en mulighet for å utøve disse praksisene på møteplassene. Alle respondentene ga også uttrykk



for at dette var viktig, på en eller annen måte. Respondent B oppga et ønske om en tydelig ledelse som sto for noe og på en måte viste vei i arbeidshverdagen. Respondent D foreslo at det å si noe om hvordan man forventet at man skulle samarbeide og uttrykke meningene sine, kunne gjennomføres ved forventningssamtaler. Respondent A oppga at det å få positive tilbakemeldinger fra leder når man hadde uttrykt sine meninger og innspill og snakket om feil i møter, var viktig for at hun gjorde det videre.

Ved å i større grad legge til rette for ulike tverrfaglige møter, har leder anledning til å kontinuerlig sette scenen og lage organisatoriske normer slik Kahn (1990) oppgir. Det kan presenteres at, her er det forventet at vi skal jobbe og drøfte tverrfaglig hvordan vi forstår og behandler ulike pasienter og problemstillinger. Det forventes at alle medarbeiderne kommer med det de har og at vi snakker med og ikke om, og i akuttpsykiatrien er det ofte komplekse problemstillinger som vi trenger å løse sammen og noen ganger så blir det ikke helt som vi har ønsket eller tenkt. Det må være tydelig at feil og påpekning av farer må komme frem og vi må sammen løse disse og vi må forholde oss til det som vi bestemmer oss for, til tross for at uenigheter på tvers av fag eller forståelser som vil forekomme.

Det å respondere produktivt på det som ansatte kommer med, kan føre til at ansatte føler at de er en viktig brikke, slik respondent B oppgir, er viktig for å oppleve at man føler mening med jobben og at det er mulig å komme med halvtenkte løsningsforslag og at vi kan reflektere kritisk over vår egen praksis. Dette støttes av Edmondson (2018) som beskriver at psykologisk trygghet kan føre til ytterligere opplevelse av mening i arbeidshverdagen. Det å respondere produktivt til ansatte vil også si at leder sier ifra når ansatte ikke forholder seg til behandlingsplanen eller det som er planlagt. Det gjør det trygt å vite at det reageres fra leder når praksis avviker fra retningen som er gitt og en setter tydelige forventinger til arbeidet fremover. Samtidig så er det ingen behandlingsplan i akuttpsykiatrien som ikke endres underveis. Det er viktig at vi støtter og gir utfordringer til pasientene, i tråd med pasientens utvikling og dette er en krevende miljøterapeutisk vurdering, der det kan gå raskt i bedringen og behandlingen må tilpasses deretter.

Det å ha anledning å utøve disse tre praksisene som Edmondson (2018) beskriver, vil kunne bidra til at sykepleierne og den øvrige personalgruppen vet hva som forventes og vil kunne fremme psykologisk trygghet, som også kan overføres til de alle de uformelle møtene man har i løpet av arbeidshverdagen. Det kan også bidra til at de ansatte er trygge på at det forventes at de rapporterer feil som de gjør og at dette blir håndtert på en respektfull måte av både leder og

kollegaer og er ikke noe som skal holdes skjult eller ties ved. Som respondent B oppgir, vi vet at innstillingen er at vi lærer av feil og at ingen blir halshugget av dette.

Det er en utfordring for leder å kunne nå alle sine medarbeidere i akuttpsykiatrien, der lederspennet er 40-50 ansatte og ofte 20-30 tilkallingsvikarer i tillegg til de som arbeider mer eller mindre fast. Å kunne gjennomføre tverrfaglige møter, gjør at leder kan nå flere ansatte og stille forventninger i arbeidet med de 3 sammenhengende praksisene som nevnt ovenfor. Selv om det nok til enhver tid vil også være en utfordring med nok tid i akuttpsykiatrien, om hva man skal prioritere å fokusere på i disse møtene, all den tid det ofte er komplekse problemstillinger, så kan man gjennom å invitere til deltakelse og sette scenen, ha mulighet til å respondere produktivt til flere av de ansatte i møtene og slik fremme psykologisk trygghet. Det kan settes en forventning i arbeidet, om at vi skal alle bidra i diskusjonene og at hver og en, er en viktig bidragsyter inn i arbeidet på enheten. Respondentene ønsket flere gjennomganger, etter samtaler som respondent A kalte det for, for å kunne evaluere og korrigere arbeidet. De oppga også viktigheten med å få plass til å reflektere over arbeidet og således ivaretok seg selv og pasientens interesser. Ved å legge til rette for møteplasser, kan forventningene bli tydeligere for de ansatte og gir leder en mulighet til å vise med handling at; her skal vi kunne komme med innspill, spørsmål og drøfte åpent feil og korrigere arbeidet. Det gir også ledere mulighet å være tett på drift og mulig det kan gi viktige pekepinner på hva som rører seg på enheten og hva som det kan være viktig å ta tak i, av både pasienttiltak og arbeidsmiljøtiltak.

Respondent C oppga at det kunne være krevende å finne måter å snakke i ettertid av situasjoner der ansatte hadde blitt skadet eller der ansatte hadde bidratt med å eskalere en situasjon, og der hun ikke ønsket å «legge stein til byrden». Dette er som hun sier, krevende å finne en form å snakke om, som nok er gjenkjennbar for mange i akuttpsykiatrien der skjønnsmessige vurderinger ikke har gått som ønsket eller at man opplever at man selv uønsket har bidratt til å eskalere en situasjon. Samtidig så er risikoen tilstede til enhver tid, enn så lenge vi jobber med mennesker som kan reagere voldsomt eller at vi som hjelpere også kan feilvurdere/ feiltolke situasjoner og reagere på en uhensiktsmessig måte.

Det vil nok alltid være krevende å finne formen å snakke om dette, men om vi tar i bruk Edmondsons (2018) sammenhengende praksiser, så vil det kunne hjelpe oss i gjennomgangen i etterkant. Det vil gi som ledere muligheten til å sette scenen ved å si noe om at vi forventer at vi snakker om disse situasjonene i etterkant, det vil gi oss muligheten til å si noe om at det

er ikke alltid vi møter pasientens uttrykk/behov på en hensiktsmessig måte og at vi kommer til å gjøre feil, men at vi har en plikt og en mulighet til å evaluere og lære av det som skjer. Det er en balansegang. Det er ikke slik at et miljø preget av psykologisk trygghet, er et miljø der man kan gjøre som man vil og der det skjer tjenestemessige forsømmelser og der forventningene er at ingen skal sanksjoneres i ettertid. Faglige føringer, etiske og juridiske retningslinjer skal følges og en del av det som gjør det trygt for personalgruppa og pasientgruppa, er at man vet at dette tas tak i og håndteres trygt og profesjonelt. Det styrker på mange måter ivaretakelsen av det å snakke med og ikke om, ansatte kan være trygge på at ting blir håndtert der det skal, noe som ikke gir grobunn i spekulasjoner eller mistillit.

### **6.3 Dele kunnskap, som bidrar til forståelse og fagutvikling.**

Som nevnt, så har Hunt, et al (2021) funnet at psykologisk trygghet er en avgjørende faktor for trygg og effektiv pasientbehandling i spesielt psykisk helsetjenester, der vi er avhengig av tverrfaglig samarbeid og åpne og oppriktige diskusjoner. Dette har på mange måter min studie underbygget. Behovet for tverrfaglige drøftinger for å kunne danne en helhet og ikke minst forstå hvordan vi best kan hjelpe pasienten, er av vesentlig betydning og det å skape en arena for dette, vil kunne fremme psykologisk trygghet. Det å møtes vil også bidra til, at en kan dele kunnskap på tvers av profesjoner noe som kan føre til en bredere forståelse og en kontinuerlig fagutvikling og er som respondent C oppgir, en del av jobben.

Det er flere faggrupper som skal arbeide sammen, og dette bidra til faglig uenighet og ulike forståelser og noen ganger grupperinger der alle ikke drar i samme retning. Det er viktig at dette kommer frem og at en samlet får drøftet utfordringene og løsningene slik at vi drar i samme retning. Det å invitere til deltakelse som Emondson (2018) beskriver, er også et uttrykk for at din mening er viktig og settes pris på. Å legge til rette for og forvente deltakelse i møtene, kan føre til at sykepleiere opplever at deres mening og medvirkning, er av stor betydning. Eller som respondent A beskriver det som, det skal stilles krav slik at man ikke blir sittende med kompetanse uten å dele denne. Det vil også si at sykepleierne og den øvrige personalgruppa må by på seg selv, og bidra med kompetanse og innspill. Leder har et særskilt ansvar for å legge til rette for psykologisk trygge tverrfaglige arenaer. Sykepleieren og medarbeiderne har et ansvar for hvordan vi deltar, bidrar og hvordan vi snakker med hverandre og tar imot hverandres ytringer, som påvirker opplevelsen av psykologisk trygghet i gruppa.

Å gjennomføre ulike tverrfaglige møter vil ikke løse hele behovet for fagutvikling, men det kan bidra inn i dette arbeidet på daglig basis. Det kan bidra til en nysgjerrighet til en stadig forståelse og utvikling, og en trygghet om at vi kan dele tvilen som vi så ofte må ta innover oss i krevende etiske, moralske, faglige og juridiske vurderinger. Det vil kunne bidra til ivaretagelse av personell som må fatte vurderinger og tiltak der mange motstridende hensyn må ivaretas. Pasientene vil kunne få behandling og hjelp som utøves etter helhetlige vurderinger og faglige retningslinjer. Plikten til å evaluere, korrigere og drive med fagutvikling er ikke bare lovpålagt etter forskrift i ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og etiske retningslinjer for sykepleiere, det er også UNNs retningslinjer i avvikshåndtering og slik som respondent B oppga, det er enkelte hendelser som man rutinemessig skal gjennomgå.

Den tause kunnskapen som er redegjort for tidligere i oppgaven, er en vesentlig del av kunnskapen til sykepleieren og som Hummelvoll (2012) beskriver det så trengs det arena for å tydeliggjøre denne, forstå, reflektere og sette ord på tvil og slik blir vi faglig sterkere og gir bedre omsorg og behandling til pasienten. Dette er et krevende arbeid og flere kan nok oppleve, at selv om det legges til rette for å møtes og for å dele også den tause kunnskapen, så kan være vanskelig å uttale den slik at andre kan forstå det. Men det å forsøke å sette ord på denne, gjør at du ikke bare deler denne kunnskapen med andre, men at også du selv blir bevisst på hva og hvorfor man gjør som man gjør. Det gjør også overføringsverdien sterkere til andre situasjoner og man kan bli tryggere i jobben. Samtidig er det viktig at vi forholder oss til det som er konkret og at diskusjonene kan mulig gjøres bedre ved at vi er i en diskusjon med beskrivende argumenter og resonnementer.

Som de etiske retningslinjer for sykepleiere oppgir, skal sykepleieren ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet. I en personalgruppe med flere ufaglærte er dette særlig viktig, men det er også viktig ovenfor hverandre som sykepleiere eller andre fag og ufaglærte. Respondent C oppga at hun også ønsket å inkludere assistentene i større grad i tverrfaglige møter. Hun argumenterte godt med at de bruker mye tid sammen med pasientene og alle vil tjene på å bli tryggere ved å vite at assistentene spør om hjelp og hun oppga at det kunne være med på å løfte hele gruppa. Det er en viktig betraktning å ta med når man planlegger for møter. Samtidig så er de faste ansatte faglærte, ofte sykepleierne, ansvarlig på enheten og skal særlig veilede alle vikarer og ufaglærte i jobben med pasientene videre. Det er som beskrevet, en omfattende drift hele døgnet på en akuttpsykiatrisk sengepost og under møtene kan ikke pasientene levnes til seg selv. Det er alltid noen som da naturlig ikke kan være på møtet og

ofte kan dette bli assistentene. Da blir det en viktig avveielse å ta, og mulig hensikten til møtet kan hjelpe med å svare på dette. Er det viktigst med fagkompetanse og videre veiledning til andre ansatte, eller er det viktigst å samle de som har brukt mest tid med pasienten og fremme psykologisk trygghet, uavhengig fagbakgrunn og fagforståelse. Det som fremkom fra respondent C gir et viktig perspektiv på psykologisk trygghet for sykepleierne og viser avhengigheten vi alle har til hverandre i det daglige, for å skape trygghet på arbeidsplassen. Dette er igjen avgjørende for å at også assistentene skal kunne spørre om hjelp og kunne dele sin kunnskap.

Respondent D oppga at det lå som en god forventning om at hun skulle dele av sin fagkunnskap, men at disse møtearenaene i travle perioder kunne utgå. Samtidig så oppgir Edmondson & Lei (2012) at psykologisk trygghet har stor betydning for effektivitet på arbeidsplassen og at funnene er generaliserbare for alle, spesielt der det er behov for enten kreativitet eller samarbeid for å utføre arbeidet. Det kan vel i aller største grad sies om akuttpsykiatrien og det kan således argumenteres for, at å sette av tid til gode møter med tverrfaglige drøftinger, vil også i travle perioder effektivisere arbeidet. Å gjennomføre disse møtearenaene kan bidra til mer psykologisk trygghet som igjen muliggjør det å ta felles krevende avgjørelser. Vi kan således bli gode på å ta de riktige beslutningene ved å se en sak fra flere sider og tilstreber å finne løsninger ved at man tør å ta risikoen og motiverer til engasjement, i det å utforske og utfordre til læring som igjen øker teamets prestasjon slik som Edmondson & Lei (2012) har kommet frem til. Disse erfaringene som skapes gjennom gode og effektive formelle møter, kan tas med i de korte uformelle møtene som skjer til stadighet i det daglige. De uformelle møtene kan få en bedre kvalitet ved at psykologisk trygghet har blitt fremmet på tvers av faggruppene og en større del av personalgruppa. Slik forstår vi også pasientens utfordringer med et bredere perspektiv og kan iverksette tiltak som både er individuelt tilpasset og faglig forankret. Å gjennomføre de tverrfaglige møtearenaene i større grad enn det gjøres i dag, vil muligens gjøre at sykepleierne og personalgruppa over tid, ser fordelene som dette kan gi. Selve møtearenaene kan da legitimeres og det blir en forankring i måten man jobber på, samtidig som ferdighetene i møtegjennomføringen utvikles og den psykologiske tryggheten kan styrkes underveis, som igjen kan bidra til enda mer velfungerende møteplasser.

## 7 Konklusjon

Mitt inntrykk er at sykepleierne opplever å stort sett kunne komme med innspill, spørsmål og kunne avdekke farer og feil på arbeidsplassen. Det virker dog som det kan variere noe, både med hvor godt de kjenner hverandre, hvilken erfaring de har og hvor trygg de er på det som de kommer med og ikke minst hvordan de har erfart at det blir tatt imot. Dette sammenfaller med at psykologisk trygghet er ikke noe man skaper for så ha en varig endring, men at det kan variere og er en umiddelbar opplevelse, om det er trygt å ta mellommenneskelig risiko.

Mange av faktorene kunne også gjenkjennes i øvrig forskning som er gjort på psykologisk trygghet og således støtter denne undersøkelsen mye av det som allerede er skrevet en del om. Det som likevel kom tydelig frem underveis, var at de opplevde at deres mening var velkommen, men de skulle gjerne hatt flere møtearenaer for å kunne bidra og dette kunne både hjelpe til med å få et helhetsperspektiv i den tverrfaglige behandlingen og det ivaretok også sykepleierens behov for støtte, forståelse og faglig utvikling. Dette førte meg til hovedfunnet; gjennomføring av tverrfaglige møter, gjennomgang av ulike hendelser og evalueringer, bidrar til psykologisk trygghet og er med på å ivareta og stabilisere sykepleiere i akuttpsykiatrien og som medfører god pasientbehandling.

Arenaene for å skulle kunne komme med innspill og drøftinger, gjennomgå ulike hendelser, og skape rom for å faktisk ha reel mulighet til å utvikle den psykologiske tryggheten i et stort tverrfaglig arbeidsfellesskap som sengepostene i akuttpsykiatrien er, viser seg i denne studien til å være en viktig faktor som sykepleierne selv oppgir og etterspør i større grad. Selv om det ofte er gode grunner til å ikke prioritere det å møtes tverrfaglig på ulike møtearenaer da tiden og samtalene sammen med pasienten er av avgjørende betydning, så viser studien at vi trenger begge deler. Selv om prioriteringen av oppgaver i vår arbeidshverdag, tidvis ligger utenfor vår kontroll (plutselige mange samtidigheter/ akutte hendelser) så ligger en del av dette innenfor vår kontroll- det vi fokuserer på og det vi sammen jobber mot- det får vi ofte gjennomført. Dette er også et viktig ledelsesansvar, både å jobbe med kulturen og normene for hva som prioriteres på sengepostene, men også hvordan vi tilrettelegger i arbeidshverdagen og ikke minst holder frem viktigheten av å få disse gjennomført.

Det å gjennomføre møtene ved hjelp av Edmondsons (2018) sammenhengende praksiser, legger til rette for å styrke den psykologiske tryggheten hos sykepleierne og den øvrige personalgruppa. Det gir en direkte effekt på hver enkelt medarbeiders mulighet til å delta, drøfte, få forståelse og kunnskap, og vi blir i større grad kjent med hverandre og vi kan dele

våre vurderinger og kunnskap. Det å lære av hendelser som ikke går som ønsket og ha et kontinuerlig lærende miljø, er en måte å jobbe på som enhver sengepost på et sykehus i Norge har føringer for, både i interne retningslinjer og nasjonale lovverk. I akuttpsykiatrien, viser studien at vi særlig må ha fokus på å møtes mer enn vi gjør i dag og dette kan ha gode effekter på både arbeidsmiljø, stabilisering av sykepleierne og pasientsikkerhet. Det gir en svært viktig effekt på pasientbehandlingen, all den tid vi er helt avhengig av hverandres jobb og er der for å kunne gi den beste behandling. Dette kommer som oftest, som et resultat av en bred forståelse av pasientens utfordringer og lidelse, og som krever en helhetlig løsning, som best gis av en tverrfaglig sammensatt personalgruppe, i et støttende, lærende, åpent og utviklende psykologisk trygt miljø. Således kan resultatet og verdien av denne studien, overføres også til andre psykiatriske akuttenheter i Norge da oppgavene og utfordringene på mange måter er det samme, selv om organiseringen er noe forskjellig.

Studien kan også være med på å synliggjøre den komplekse og viktige jobben sykepleierne gjør på akuttpsykiatriske enheter. Vurderingene og beslutninger som er sammensatt og får flere konsekvenser for både kollegaer og pasienter. Studien viser hvorfor det å møtes tverrfaglig på ulike møtearenaer, må være et daglig fokus og planlegges inn med tilstrekkelige ressurser på enhetene. Samtidig som vi må implementere denne praksisen med de tilgjengelige ressursene vi til enhver tid har. Slik jobber vi kontinuerlig for å bidra til psykologisk trygghet for sykepleierne og den øvrige personalgruppa. Velfungerende møteplasser kan bidra til psykologisk trygghet, som igjen bidrar til å gjøre slike møteplasser enda mer velfungerende. Får sykepleieren en opplevelse av psykologisk trygghet i arbeidshverdagen, kan vi gi best mulig behandling til pasientene. Det kan ivareta sykepleierens behov for støtte, åpenhet, refleksjon og faglige utvikling, og som videre kan bidra til å stabilisere denne knappe ressursen som sykepleierne representerer.

## **7.1 Videre forskning**

Det er flere videre veier for forskning, i lys av denne studien. Det kunne vært interessant å se på egenskaper med møteplassene og hvordan vi kan utvikle effektive arenaer. Det kunne videre vært nyttig å forske på, hvilke møtearenaer som er mest hensiktsmessige i akuttpsykiatrien, for å bidra til størst mulig grad av psykologisk trygghet og som kan bidra til godt tverrfaglig samarbeid på enhetene. Burde vi opprette for eksempel egne sikkerhetsteam som kan bidra inn i dette arbeidet på enhetene? Respondentene trekker frem at morgenmøtene er en viktig arena, men hvordan gjennomføres disse og er det utviklingspotensial i de allerede

planlagte møtene på enhetene? Dette for å se på hva som er formålstjenlig i akuttpsykiatrien og mulig bidra med best mulig utnyttelse av den tiden som vi allerede bruker på tverrfaglige møter i hverdagen? Fremmer denne måten å gjennomføre møtene på, psykologisk trygghet?

Det kunne også vært nyttig å forske på hvilke holdninger, forståelse og normer som ligger i en slik sengepost til å det å møtes tverrfaglig. Er det bare sykepleierne som har ytterligere behov for å møtes på en sengepost eller deles dette av det øvrige kollegiet?



## Referanseliste

- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmilj%C3%B8loven>
- Bolman, L.G & Deal, T.E. (2018). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse.* (6. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Detert, J.R. & Burris, E.R. (2007). Leadership behavior and employee voice: Is the door really open? *Academy of Management Journal*, 50(4), 869–884.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.5465/AMJ.2007.26279183>
- Duhigg, C. (2016, 25. februar). What google learned from its quest to build the perfect team. *The New York Times Magazine.*  
<https://www.nytimes.com/2016/02/28/magazine/what-google-learned-from-its-quest-to-build-the-perfect-team.html>
- Edmondson, A. C. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly*, 44(2), 350-383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Edmondson, A. C. (2002). The local and variegated nature of learning in organizations: A group-level perspective. *Organization science*, 13(2), 128-146.  
<https://doi.org/10.1287/orsc.13.2.128.530>
- Edmondson, A. C. & Lei, Z. (2014). Psychological Safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*, 1(1), 23-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305>
- Edmondson, A.C. (2018). *The fearless organization: Creating Psychological safety in the Workplace for Learning, Innovation og Growth.* John Wiley & Sons, inc.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk.* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20ledelse>

Frazier, M. L., Fainshmidt, S., Klinger, R. L., Pezeshkan, A. & Vracheva, V. (2017). Psychological Safety: A Meta-Analytic Review and Extension. *Personnel Psychology*, 70(1), 113-165. <https://doi.org/10.1111/peps.12183>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg). Gyldendal akademisk

Hunt, D.F., Bailey, J., Lennox, B.R., Crofts, M. og Vincent, C. (2021). Enhancing psychological safety in mental health services. *International journal of mental health systems*, 15(33), <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00439-1>

Ilnér, S.O. (2012). *Akuttpsykiatri*. Gyldendal Akademisk.

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

Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3 utgave). Cappelen Damm akademisk.

Jansen T-L, Hem MH, Dambolt LJ & Hanssen I. (2020). Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics*, 27(5), 1315-1326. <https://doi.org/10.1177/0969733019877526>

Johansen, S.T., Olsen, T.H., Solstad, E. & Torsteinsen, H. (2010) Ledelsesutfordringer i hybride organisasjoner: forslag til et teoretisk rammeverk. *Nordiske organisasjonsstudier*, 12(3), 8-29.

Kahn, W. A. (1990). Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *Academy of management journal*, 33(4), 692-724. <https://doi.org/10.2307/256287>

- Karlson, B. (2008). *Se mennesket: om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Gyldendal akademisk
- Karp, T. (2016). *Til meg selv: Om selvledelse*. Cappelen Damm.
- Kvalnes, Ø. (2022). *Ytringsklima* (2. utg). Cappelen Damm.
- Levin, M. & Rolfsen, M. (2015). *Arbeid i team: Læring og utvikling i team* (2. utg). Fagbokforlaget
- Lillevik, O.G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi?. *Sykepleien*, (5), 60-63.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066>
- Ma, Y., Naveed, A. F., Ahmed, F., Muhammad, K. I., Saeed, U., Muhammad, F. M., & Raza, A. (2021). Curbing nurses' burnout during COVID-19: The roles of servant leadership and psychological safety. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2383-2391. <https://doi.org/10.1111/jonm.13414>
- Nembhard, I.M. & Edmondson, A.C. (2006). Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of organizational behavior*. 27(7), 941–966.  
<https://doi.org/10.1002/job.413>
- Nembhard, I.M. & Edmondson, A.C. (2011). Psychological safety: A foundation for speaking up, collaboration, and experimentation. I K.S. Cameron & G.M Spreitzer (Red.), *The Oxford handbook of positive organizational scholarship*. Oxford University Press.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-06-62). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven>

- Rathert, C., Ishqaidef, G, May, D.R. (2009). Improving work environments in health care: Test of a theoretical framework. *Health Care Management Review*. 34(4), 334–343. <http://dx.doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181abce2b>
- Schaubroeck, J., Lam, S.S.K. & Peng, A.C.Y. (2011). Cognition-based and affect-based trust as mediators of leader behavior influences on team performance. *Journal of Applied Psychology*, 96(4), 863–871. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022625>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5 utgave). Fagbokforlaget
- Universitetssykehuset Nord- Norge. (2016, 2. mai). *Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF: Strategisk utviklingsplan 2015 – 2025.* <https://unn.no/Documents/Om-oss/Strategiske%20utviklingsplaner/Psykisk%20helse-%20og%20rusklinikken.pdf>.
- Universitetssykehuset Nord- Norge. (2022). UNN- boka. [https://unn.no/Documents/Om-oss/Utredninger%20etc/Nasjonalt%20helse-%20og%20sykehusplan%20\(2016\)/Utredning%20stedlig%20ledelse/Bakgrunnsdokumenter/7%20UNN-boka.pdf](https://unn.no/Documents/Om-oss/Utredninger%20etc/Nasjonalt%20helse-%20og%20sykehusplan%20(2016)/Utredning%20stedlig%20ledelse/Bakgrunnsdokumenter/7%20UNN-boka.pdf)
- Universitetssykehuset Nord- Norge. (2023, 12. mai). *Om oss. Visjoner, verdier, strategier og mål.* <https://unn.no/om-oss#visjon-verdier-strategier-og-mal>.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

#### Vil du delta i forskningsprosjektet

- ***"Hva hemmer og hva fremmer gode arbeidsmiljøfaktorer, hos sykepleiere i akuttpsykiatrien?"***

- Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hva som bidrar til gode arbeidsmiljøfaktorer for sykepleiere i akuttpsykiatrien. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

- **Formål**

Formålet med prosjektet, er å identifisere faktorer i arbeidsmiljøet som fremmer og hemmer trivsel og gode arbeidsvilkår for sykepleiere i akuttpsykiatrien. Problemstillingen er som nevnt «Hva hemmer og hva fremmer gode arbeidsmiljøfaktorer i akuttpsykiatrien». Jeg håper å synliggjøre erfaringer som sykepleiere selv sier er viktig og hva som kan gi gode vilkår, for å kunne gjøre en best mulig jobb og ikke minst gi motivasjon og ønske om å bli værende i jobben over tid. Dette er en masteroppgave som jeg skriver i erfaringsbasert ledelse.

Jeg ønsker at erfaringene til sykepleierne som jobber i akuttpsykiatrien skal synliggjøres og forhåpentligvis kommer det frem relevant kunnskap som også andre kan dra nytte av, og muligens kan jeg dele dette i form av undervisning til relevante mottakere.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Handelshøyskolen ved UiT er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg ønsker å intervju sykepleiere som har jobbet i mer en ett år i akuttpsykiatrien- jeg vil intervju 4 sykepleiere i denne studien og håper på å få intervju 2 sykepleiere fra to ulike enheter på samme sykehus.

Jeg vil få hjelp av fagutviklingsenhet og lokale ledere, til å rekruttere deltakere til denne undersøkelsen og i den forbindelse sender de ut aktuell informasjon.

- **Hva innebærer det for deg å delta?**

Jeg har ønske om å intervju deg- ca 45- 60 min, om dine erfaringer om hvordan du opplever ulike arbeidsmiljøfaktorer. Bla hvordan du opplever det å kunne søke hjelp i din arbeidshverdag, komme med innspill og komme frem med dine erfaringer og forslag, og om hvordan du opplever at dere snakker om feil som skjer på din arbeidsplass Jeg vil ta opp intervjuene på båndopptaker og gjøre notater underveis.

**Det er frivillig å delta**

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

**Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

- Rakel M. Tobiassen vil ha tilgang til dine opplysninger, samt veileder Svein Tvedt Johansen.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data og jeg vil lagre datamaterialet på en forskningsserver.

Jeg vil anonymisere opplysningene som fremkommer slik at de ikke kan knyttes til deg.

**Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes juni 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Handelshøyskolen ved UiT, har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

**Dine rettigheter**

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

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

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

- Handelshøyskolen ved UiT ved Svein Tvedt Johansen ([svein.t.johansen@uit.no](mailto:svein.t.johansen@uit.no)) eller Rakel M. Tobiassen ([rma00@post.uit.no](mailto:rma00@post.uit.no), tlf 91322919)
- Vårt personvernombud: Sølvi Brendeford Anderssen ([personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no), tlf 776 46 153).

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

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Svein Tvedt Johansen  
(Veileder)

Rakel M. Tobiassen  
(Student)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «hva hemmer og hva fremmer gode arbeidsmiljøfaktorer, hos sykepleiere i akuttpsykiatrien?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Spørsmål- intervjuguide

#### «Hva hemmer og hva fremmer psykologisk trygghet, hos sykepleiere i akuttpsykiatrien»

---

##### *DEL 1- OM RESPONDENTEN/ GENERELL INFO OM ARBEIDSSTEDET*

---

*Hvor lenge har du jobbet der du arbeider nå?*

*Kan du fortelle litt om jobben din og hva du gjør der? (om hva dere gjør, dine oppgaver, hvor mange personer som jobber der, på hvilken måte dere samarbeider med hverandre, hvor mye dere er avhengig av hverandres jobb og hjelp og i hvor stor grad dere trenger å samkjøres/ koordineres med hverandre)?*

*Hvordan vil du si, at behovet på din arbeidsplass, er for å stille spørsmål, drøfte og få innspill hos hverandre ila arbeidsdagen? (Kan du fortelle litt om hva dette kan være og opplever du at det er greit å stille spørsmål og utfordre hverandres meninger på din arbeidsplass og at dine kolleger gjør dette?)*

*Vil du si at det er viktig på din arbeidsplass- at dere snakker i ettertid sammen om ting som går bra og spesielt ting som ikke går så bra- også der man gjør direkte feil? Har du eksempler på hvilke situasjoner du tenker det er viktig å snakke om, hva som kan komme ut av det og fortelle litt om hvorfor det er viktig akkurat på din arbeidsplass?*

*Er det av betydning på din arbeidsplass- at du og dine kollegaer kan påpeke mulige farer og mangler? Fortell litt om det*



---

*DEL 2- SPESIFIKKE HENDELSER- FORTELLINGER OM HEMMENDE OG FREMMENDE ARBIEDSMILJØFAKTORER*

---

**1: Din mening er forventet og velkommen på arbeidsplassen.** Fortell om en gang du var komfortabel/ opplevde det, og en gang du ikke opplevde det. Hvilke faktorer spilte inn/ hva utgjorde forskjellen?

**2: Å stille spørsmål og spørre om hjelp.** Fortell om en gang du var komfortabel med å gjøre det og en gang du ikke opplevde det.. Hvilke faktorer spilte inn/ hva utgjorde forskjellen?

**3: Hvordan man snakker om og lærer av feil.** Fortell om en gang du snakket om feil som var begått og en gang du ikke var komfortabel med å gjøre det.. Hvilke faktorer spilte inn/ hva utgjorde forskjellen?

**4: Å være seg selv og si hva du mener, komme med innspill, forslag og dele sin kompetanse/ erfaringer- uten å frykte negative konsekvenser.** Fortell om en gang du var komfortabel med å gjøre det og en gang du ikke var det.. Hvilke faktorer spilte inn/ hva utgjorde forskjellen?

**5: Påpeke mulige mangler/ farer.** Fortell om en gang du var komfortabel med å gjøre det og en gang du ikke opplevde det, evt en gang du ikke var komfortabel med å gjøre det men gjorde det likevel. Hvilke faktorer spilte inn/ hva utgjorde forskjellen?

---

*DEL 3- GENERELLE BETRAKTNINGER OM ARBEIDSPLASSEN*

---

**Opplever du at det er en forventning på arbeidsplassen- at du skal si ifra, stille spørsmål, komme med innspill, fortelle om og lære av feil, at du kan være deg selv og si dine meninger/ erfaringer og at det forventes at du påpeker mulige mangler/ farer?**

**Har du erfaringer fra andre arbeidsplasser, der du har opplevd det annerledes/ likt?**

**De temaene vi har snakket om i dag- om å være seg selv, om å kunne fritt spørre ved usikkerhet og dele bekymringer/ og eller innspill og tanker du har, eller kunne snakke om**

*feil som er begått; hvor viktig tenker du det er for deg i din arbeidshverdag? På hvilken måte?*

*Er det noe du vil tilføye?*

