



Uio • Universitetet i Oslo

## Hvordan fungerer kollegastøtte?

*Ambulansepersonell og intensivsykepleieres  
opplevelse av kollegastøtte og emosjonell  
førstehjelp*

Jon Våge

MASTEROPPGAVE

Høst 2021

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

## **Forord**

Kollegastøtte betyr mye for meg, og har vært en hovedgrunn til at denne masteroppgaven ble til. Mitt ønske og mål om at flest mulig helsepersonell skal ha en kollegastøtteordning tilgjengelig har vært en viktig inspirasjonskilde for denne oppgaven.

Jeg har mange å takke for at oppgaven ble fullført, og ønsker å fremheve noen av dere.

Først ønsker jeg å takke min veileder, Halvor Nordby, for god og trygg veiledning i alle faser av oppgaven, og for din genuine interesse for fagfeltet. Det har vært inspirerende.

Videre ønsker jeg å takke alle informantene fra ambulanseavdelingen og medisinsk intensiv som har deltatt i studien. Takk for at dere har delt deres erfaringer, tanker og følelser. Uten dere hadde ikke dette blitt noe av. Takk også til ledere for de samme avdelingene som tillot meg å forske. Det har vært spesielt lærerikt å få innblikk i medisinsk intensiv.

En takk rettes også til Are Holen for gode innspill og tilbakemeldinger.

En stor og varm takk rettes til mine gode kollegaer og venner, Thor Sundby, Morten B. Steffensen og John-Dennis Frydenberg. Takk for at dere har tillatt meg å leve et liv som både leder og student. Deres engasjement, støtte og motivasjon har betydd utrolig mye i denne travle tiden.

Min gode venn, Øyvind Midttun. Takk for mange flotte innspill og for at du viste deg når jeg trengte det som mest i en kritisk fase av oppgaven.

Til slutt vil jeg takke mine aller viktigste støttespillere. Min samboer Kristin, som har vært en uendelig motivasjonskilde og støtte gjennom hele denne lange prosessen. Dine bidrag og innspill er sterkt verdsatt. Mine sønner Amund og Kjeran, som har kommet med sine bidrag. Dere vet selv godt hva det er! Takk til dere alle tre for at dere er i livet mitt og har gitt meg støtte og rom til å være student. Det har betydd mest for meg!

<b>Sammendrag</b>	Universitetet i Oslo, 01.12.2021
<p>Hvordan fungerer kollegastøtte? <i>Ambulansepersonell og intensivsykepleieres opplevelse av kollegastøtte og emosjonell førstehjelp</i></p>	
<p><b>Bakgrunn:</b> Ambulansepersonell og intensivsykepleiere står ofte i situasjoner med akutt syke og kritisk dårlige pasienter. Ofte opplever de hendelser som innebærer kontakt med andre menneskers lidelse, smerte og død. Det kan være mennesker med alvorlige skader eller tilstander som trenger akutt medisinsk eller psykisk hjelp. Hvordan blir de fulgt opp?</p> <p><b>Hensikt:</b> Målet med studien er å få en bedre forståelse av hvilke hendelser helsepersonell synes er mest belastende og hvordan de ser på kollegastøtte og emosjonell førstehjelp. Hvilke tilbud finnes, og hvor tilgjengelig er dette for den enkelte? Blir helsepersonell tilbudt kollegastøtte og emosjonell førstehjelp etter sterke opplevelser og/eller uønskede hendelser? I tilfelle – hvordan blir dette tilbudt, gjennomført og opplevd? I tilfelle ikke – hvordan blir ansatte ivaretatt etter slike hendelser og opplevelser?</p> <p><b>Metode:</b> Kvalitativ metode ble brukt for å besvare problemstillingen i oppgaven. Det ble gjort en casestudie og gjennomført dybdeintervjuer i to avgrensede avdelinger ved Oslo universitetssykehus HF (OUS), ambulansesavdelingen og medisinsk intensiv. Braun og Clarkes tematiske analyse ble brukt i analysearbeidet.</p> <p><b>Resultat:</b> Hendelser med barn og unge, identifisering med pasient eller pårørende og pårørendehåndtering viste seg å være mest belastende. Det kom samtidig frem at belastende hendelser også kan gi psykologisk vekst og resiliens. Det viser seg at informantene har høy terskel for å be om hjelp etter belastende hendelser. De stiller høye krav til seg selv, og det er forventninger om at de skal måtte tåle disse belastningene. Uformell kollegastøtte var den viktigste støtten for informantene. Tydeligst forskjell mellom avdelingene gjaldt støtte på organisatorisk nivå. Ambulansepersonellet blir ofte kontaktet etter belastende hendelser og har en organisert kollegastøtteordning som de er fornøyd med. Intensivsykepleierne har ikke systematisk oppfølging og mener sterkt at det er behov for det.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Kollegastøtteordning kan se ut til å ha betydning for opplevd ivaretagelse og trygghet. Et viktig funn er at det ikke ser ut til å holde med en organisert kollegastøtteordning. Siden terskelen for selv å ta kontakt ser ut til å være for høy, bør ordningen også være oppsøkende.</p>	
<p>Nøkkelord: kollegastøtte, debrief, psykologisk debrief, psykologisk førstehjelp, resiliens, paramedic, intensivsykepleie</p>	

<b>Abstract</b>	University of Oslo, 1 December 2021
<i>Peer support – how does it work? Paramedics and intensive care nurses experience of peer support and emotional first aid</i>	
<p><b>Background:</b> Paramedics and intensive care nurses are frequently in situations with acute and critically ill patients. They experience other people's suffering, pain and death. Patients with serious injuries or conditions who need urgent medical or psychological help is everyday life for these personnel. How do paramedics and intensive care nurses get support after such incidents?</p> <p><b>Objective:</b> The objective of the study is to gain a better understanding of what kind of incidents healthcare personnel perceive as burdensome, and how they receive peer support and emotional first aid. What support exist and how accessible is this to the individual? Are healthcare personnel offered peer support and emotional first aid after critical incidents? In case – how is this offered, implemented and experienced? In case not – what support do they receive after critical incidents?</p> <p><b>Method:</b> Individual qualitative in-depth interviews were conducted in two limited departments at Oslo University Hospital HF (OUS), the ambulance department and the medical intensive care unit. The interviews were analyzed using Braun and Clarke's thematic analysis.</p> <p><b>Results:</b> The analysis showed that the most stressful incidents involved children and adolescents, identification with the patients and their relatives and dealing with relatives. It also showed that stressful events can cause psychological growth and resilience. Barrier to seek support after stressful events seems to be too high. High expectations to cope and endure after critical incidents was stressful. Informal colleague support was most important for the informants. The differences between the departments were most evident when it came to support at the organizational level. Paramedics are often contacted after stressful incidents and have an organized peer support. The intensive care nurses do not have systematic support and strongly address the need for it.</p> <p><b>Conclusion:</b> Peer support may seem to have an impact on perceived care and safety. An important finding is that an organized peer support does not seem to be enough. Outreach from peer support, after critical and stressful incidents, seems to be important. This because the barrier for asking for support seems to be too high.</p>	
<p><b>Keywords:</b> peer support, debrief, psychological debriefing, psychological first aid, resilience, paramedic, intensive care nurse</p>	

## Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Introduksjon til tema.....	3
1.2	Eget utgangspunkt .....	5
1.3	Disposisjon .....	7
2	Helsepersonell og kollegastøtte.....	8
2.1	Prehospitalt arbeid – ambulansetjenesten.....	8
2.2	Inhospitalt arbeid – medisinsk intensiv .....	9
2.3	Sentrale begreper .....	11
2.4	Kollegastøtte i Prehospital klinikk - EFOK.....	17
2.5	Kollegastøtte inospitalt ved OUS .....	19
2.6	Forekomst av angst, depresjon, utbrenthet og PTSD .....	20
3	Metode.....	22
3.1	Design.....	22
3.2	Utvalgsriterier .....	23
3.3	Rekruttering .....	23
3.4	Utvalg .....	25
3.5	Digitale intervjuer.....	26
3.6	NVivo 12 .....	28
3.7	Tematisk analyse .....	31
3.8	Vitenskapsteoretiske hensyn.....	35
3.9	Godkjenninger .....	37
4	Resultater.....	38
4.1	Belastende hendelser .....	38
4.2	Hvem har gitt tilbud om oppfølging? .....	42
4.3	Terskel for kontakt.....	43

4.4	De ulike hjelperne.....	45
4.5	Ønsket oppfølging .....	54
5	Drøfting .....	56
5.1	Opplevelsen av belastende hendelser .....	56
5.2	Hvor mye skal man tåle? .....	60
5.3	Oppfølging.....	62
6	Konklusjon .....	70
7	Litteratur.....	72

Vedlegg:

1. Informasjonsskriv
2. Intervjumal
3. Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)
4. Godkjenning fra personvernombudet ved OUS

# 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon til tema

De to yrkesgruppene ambulanspersonell og intensivsykepleiere står ofte i situasjoner med akutt syke og kritisk dårlige pasienter. De utsettes derfor for flere hendelser som kan skape alvorlig stress, enn mange andre yrkesgrupper. Ofte opplever de hendelser som innebærer kontakt med andre menneskers lidelse, smerte og død. Det kan være mennesker med alvorlige skader eller tilstander som trenger akutt medisinsk eller psykisk hjelp. De møter pasienter og pårørende som er i krise eller dyp sorg. Noen gjør dette daglig i sitt arbeid.

For mange helsepersonell er det å kunne hjelpe andre mennesker i kritiske situasjoner en ønsket del av jobben, noe de synes er både givende og meningsfullt. Erfarent helsepersonell opptrer som oftest profesjonelt i slike situasjoner og er fokusert på arbeidsoppgavene (De Boer, Van Rikxoort, Bakker, & Smit, 2014). De har pasienten – og ikke seg selv – i fokus. Under slike omstendigheter vil pasienten vanligvis bli møtt med empati og omsorg, men egne sterke personlige følelser og tanker viser man gjerne ikke. Som helsepersonell vil man gjerne vise at man har kontroll over seg selv og står trygt i rollen som behandler, slik at pasienten ikke blir usikker (Vassend, 1997). Det er ikke sikkert at dette alltid er riktig. Noen ganger er det profesjonelt også å vise personlig engasjement og ekte følelser (Haavik & Toven, 2020).

Det kan også være mentalt krevende og utfordrende å være i denne type arbeid over tid. I perioder kan det skape stress og være belastende for dem som har slike jobber, og det er ikke uvanlig at man lar seg påvirke av andres lidelse (Van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker, & Nijkamp, 2015). Noen ender opp med å bli utbrent eller utvikler psykiske senskader. Andre synes dette kan bli for mye og slutter. Helsepersonell finner det ofte ikke naturlig å søke hjelp hos psykolog eller lege for denne type stress (Kristoffersen 2008). Helseledelse på alle nivå bør derfor være opptatt av at helsepersonell har alternative muligheter for å begrense slike belastninger. Det kan være gjennom å fokusere på hvordan man kan redusere emosjonelt stress og sørge for at helsepersonell blir tatt vare på av arbeidsplassen og kollegaene.

Kollegastøtte er én måte å gjøre dette på. Betydningen gir mening for de fleste. Det ligger i ordet: støtte fra andre kollegaer. Det finnes i dag ulike ordninger for kollegastøtte rundt om i Norge, og i verden. Organisert kollegastøtte, slik det vanligvis omtales, er et verktøy for å ivareta ansatte i en organisasjon (Kristoffersen, 2008). Det er også slik jeg kommer til å bruke begrepet gjennom oppgaven. Kollegastøtte, slik det er beskrevet i

litteraturen, skal være et støttetiltak for yrkesutøvere som i kraft av sitt yrke kan utsettes for arbeidsbelastninger som kan medføre sterkere stressreaksjoner (Kristoffersen, 2008). Den engelske betegnelsen på kollegastøtte er *peer-support*, der man kan oversette *peer* til likemann, og videre derfra kan man kalle det støtte fra likemenn, eller kanskje også for likesinnede (Bjørklund, 1997; Kristoffersen, 2008).

Opprinnelsen til kollegastøtte går tilbake i tid, og kan blant annet knyttes til programmet til *Anonyme Alkoholikere* (AA). Programmet ble etablert i USA i 1930-årene og eksisterer den dag i dag. Hensikten er at deltakerne skal få støtte fra likemenn. Basert på dette programmet, etablerte politiet i Boston og Chicago på 1950-tallet *peer support* eller *peer counseling*-grupper. Gruppene skulle hjelpe politifolk med rusproblemer. Erfaringene fra disse gruppene var positive, og de så at det også hjalp for andre utfordringer i yrket. Dette blir ansett som en slags forløper til dagens kollegastøtteordninger (Bjørklund, 1997).

I Norge banet politiet vei for organisert kollegastøtte. Både Oslo og Asker og Bærum politidistrikt laget støttetiltak på slutten av 1980-tallet for å hjelpe personell etter særs belastende hendelser. I 1991 ble dette videreutviklet av Rogaland politidistrikt, som startet den første organiserte kollegastøtteordningen (KSO) i politiet. Det ble gjennomført opplæring for en gruppe ansatte som senere fungerte som kollegastøtter (Bjørklund, 1997). KSO ble formelt innført i politiet nasjonalt i 1992 (Strype & Barland, 2007). Senere har ordningen blitt videreutviklet, både i politiet og innenfor andre akuttetater som ambulansetjeneste, brannvesen, forsvaret og redningsgrupper, samt helsevesenet og andre yrker der man kan bli utsatt for sterke belastende hendelser, som skoler og flyselskaper (Bjørklund, 1997; Kristoffersen, 2008).

En godt organisert kollegastøtteordning er blitt en viktig del av den psykososiale ivaretagelsen på mange arbeidsplasser. Fordelene ved en slik ordning, slik Kristoffersen (2008, s. 85) beskriver dem, er mange. Støttepersonene jobber i organisasjonen, de vet hva jobben går ut på og kjenner selv godt til arbeidsbelastningene. Kollegastøttene er ofte kjent blant de ansatte og har tillit i egne rekker. Ordningen sikrer høy grad av tilgjengelighet på bistanden og tidlig kontakt med ansatte som trenger støtte. Når slike tiltak er kjent og blir brukt, unngår man «sykeliggjøring» av ansatte som har fått kollegastøtte. Hensikten med kollegastøtte er primært å bistå og bearbeide jobbrelatert stress. Flere rapporter viser også at kollegastøtte har flere positive effekter, slik som færre sykedager, økt jobbtilfredshet og at de ansatte gjør en bedre jobb. Dessuten er en slik ordning lite økonomisk krevende (Kristoffersen 2008).



## 1.2 Eget utgangspunkt

Jeg jobber til daglig som leder ved Sentrum ambulansestasjon, og har vært tilknyttet ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) siden 1997. Jeg har jobbet direkte pasientrettet i over ti år før jeg gikk over i en lederstilling. I løpet av disse ti årene med pasientrettet arbeid var jeg spesielt opptatt av kollegastøtte og hvordan vi snakket sammen etter oppdrag. Siden 2010 har jeg vært en del av kollegastøtteordningen til Prehospital klinikk. Jeg har utdannet meg innen RITS<sup>®</sup>, en metode for psykisk stress- og krisebearbeidelse, og er uteksaminert til psykotraumatolog RITS<sup>®</sup> (Soscon, 2015). Jeg er opptatt av hvordan kollegaer og medarbeidere har det etter belastende hendelser og hvordan vi tar vare på hverandre. Som kollegastøtte har jeg hatt mange oppfølginger og hundrevis av samtaler med kollegaer.

Interessen for kollegastøtte har gjort at jeg har prøvd å undersøke hvilke andre som har en etablert ordning. Erfaringen fra samtaler med helsepersonell, både i OUS og ved andre sykehus, er imidlertid at det er få organiserte kollegastøtteordninger. Det at en kollegastøtteordning verken er vanlig eller kjent, vekket min interesse og er noe jeg ønsket å finne mer ut av.

Jeg ønsker å få en bedre forståelse av hvordan helsepersonell ser på kollegastøtte og emosjonell førstehjelp. Hvilke tilbud finnes, og hvor tilgjengelig er dette for den enkelte? Bli helsepersonell tilbudt kollegastøtte og emosjonell førstehjelp etter sterke opplevelser og/eller uønskede hendelser? I tilfelle – hvordan blir dette tilbudt, gjennomført og opplevd? I tilfelle ikke – hvordan blir ansatte ivaretatt etter slike hendelser og opplevelser?

For å kunne belyse dette på en god måte, vil jeg sammenligne to akuttavdelinger ved OUS. En avdeling uten en formell kollegastøtteordning, som jeg vil se opp mot ambulansetjenesten, med en etablert kollegastøtteordning som har fungert over flere år. Målet med oppgaven er å se om det er forskjeller mellom disse to avdelingene og hvordan de ansatte opplever å bli fulgt opp. Har organisert kollegastøtteordning betydning for en avdeling og de ansattes opplevelse av ivaretagelse etter sterke belastende hendelser eller uønskede hendelser?

Jeg ønsker også å bidra til diskusjonen om hvordan kollegastøtte fungerer. Er en slik ordning en god kvalitetsindikator på opplevd psykososial støtte og trygghet, og opplever helsepersonellet at støtten virker etter hensikten? Det er ikke forsket så mye på effekten av kollegastøtte. Går det likevel an å gjenkjenne noen av de positive effektene som er fremholdt i faglitteraturen?

Problemstillingen er derfor som følger: ***Hvordan ivaretas kollegastøtte og emosjonell førstehjelp i ambulansetjenesten og ved medisinsk intensiv ved OUS?*** Hvilke forskjeller er det mellom en avdeling som har dette organisert mot en avdeling som ikke har en organisert kollegastøtteordning?

Hva er det ambulanspersonell og intensivsykepleiere opplever som belastende hendelser? Er dette universelt eller er det forskjeller i hva de opplever som belastende? Blir man påvirket av de samme tingene? Er det lett å innrømme ovenfor seg selv og andre hvordan man blir påvirket og er det lett å be om hjelp og støtte? Er det en høy eller lav terskel for å be om hjelp? Blir man etter hvert motstandsdyktig for belastende hendelser eller blir man fortsatt preget etter flere år i tjeneste?

Hvem er det som ivaretar personellet når det skjer belastende hendelser? Er det kollegaer, leder, kollegastøtter eller andre? Hvordan foregår denne oppfølging i tilfelle? Hvordan ønsker ambulanspersonellet og intensivsykepleieren å bli fulgt opp? Skal det være tilfeldig eller satt i system?

Disse spørsmålene er noe av utgangspunktet for mine forskningsspørsmål, som jeg håper å få klargjort i denne oppgaven. Målet er å kunne vise informantenes meninger og opplevelser, og at dette kan være med på å sette fokus på ivaretagelse av helsepersonell etter belastende hendelser.

Mine forskningsspørsmål er:

- Hvordan har deltakerne opplevd belastende hendelser i sitt arbeid?
- Hvem har gitt tilbud om oppfølging etter belastende hendelser?
- Hvordan har deltakerne blitt fulgt opp etter belastende hendelser?
- Hvordan skulle deltakerne ønske at de ble fulgt opp etter belastende hendelser?

### *Avgrensninger*

Denne undersøkelsen kunne vært gjort ved flere avdelinger, og med flere personer, for å få et enda bredere erfaringsgrunnlag. Men, på grunn av oppgavens størrelse, metode og tid til rådighet for en masteroppgave, har jeg begrenset undersøkelsen til to avdelinger ved OUS.

Blant annet angst, depresjon, utbrenthet og PTSD har betydning for helsepersonellets mentale helse, og er ofte en indikator på hvordan de kan bli påvirket av sin arbeidssituasjon. Det er også dette som er oftest målt i studier om temaet. Det er i denne oppgaven ikke foretatt noen undersøkelse av forekomst av fravær, turnover eller av angst, depresjon, utbrenthet eller

PTSD ved de to avdelingene. Det er derfor heller ikke foretatt undersøkelser som direkte måler effekten av å ha en organisert kollegastøtteordning eller ikke, på disse lidelsene.

### *Metode i oppgaven*

For å svare på problemstillingen har jeg valgt kvalitativ metode med dybdeintervjuer. Jeg har gjennomført 16 intervjuer som jeg har transkribert og deretter gjennomført en tematisk analyse ved hjelp av et analyseprogram.

Jeg vil drøfte mine funn opp mot relevant forskning innenfor psykisk helse hos helsepersonell, kollegastøtte og oppfølging av helsepersonell etter belastende hendelser. Mye av kunnskapsgrunnlaget vil ligge i drøftingskapittelet.

### 1.3 Disposisjon

I kapittel 2 redegjør jeg for de to avdelingene og gir noe bakgrunnskunnskap om disse. Videre belyser jeg sentrale definisjoner og begreper som brukes i oppgaven. Jeg tydeliggjør også rammene for kollegastøtteordninger inhospitalt og prehospitalt. Avslutningsvis i kapittel 2 har jeg med forekomst av relevante lidelser.

I kapittel 3 beskrives utførlig metoden for oppgaven, der det beskrives alt fra utvalg og rekruttering, til gjennomføring av intervjuer og den tematiske analysen. De etiske og vitenskapsteoretiske hensyn vil også presenteres her.

I kapittel 4 vil jeg vise resultatene fra den tematiske analysen. Jeg vil gå gjennom de viktigste funnene og presentere dem med hjelp av sitater for å gi et best mulig inntrykk av informantenes meninger. De mest sentrale temaene fra analysen ble kalt; *belastende hendelser, terskel for kontakt og de ulike hjelperne*.

Kapittel 5 er drøftingskapittelet. Jeg vil ta utgangspunkt i de sentrale resultatene fra den tematiske analysen og drøfte mine viktigste funn opp mot relevant forskning innenfor fagfeltet. Her vil jeg også se om mine resultater kan bidra til en økt forståelse og om det vil kunne gi noen innspill til hvordan man bør se på oppfølging.

I kapittel 6 vil jeg komme med en konklusjon og innspill til videre forskning.

## 2 Helsepersonell og kollegastøtte

I dette kapittelet vil jeg først beskrive kort de to avdelingene, ambulansetjenesten og medisinsk intensiv, og si litt om utdanning og arbeidsoppgaver til ambulansearbeider/paramedic og intensivsykepleier. Videre vil jeg definere noen sentrale begrep og metoder. Jeg vil avslutningsvis redegjøre for kollegastøtteordningen til ambulansetjenesten og hvilken støtte som tilbys på medisinsk intensiv ved samme sykehus.

### 2.1 Prehospitalt arbeid – ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten Oslo universitetssykehus HF, er en del av Prehospital klinikk ved OUS. Ambulansetjenesten består av 19 ambulansestasjoner i Oslo, tidligere Akershus (nå Viken) og Glåmdalen. Avdelingen har ca. 620 fast ansatte og 170 ekstravakter. De aller fleste i tjenesten er utdannet ambulansearbeider og/eller paramedic. Denne ambulansetjenesten har ca. 180.000 ambulanseoppdrag i året (Oslo universitetssykehus HF, 2021a).

#### *Ambulansearbeider*

En autorisert ambulansearbeider på videregående nivå er utdannet med ett år på helse- og oppvekstfag og ett år på ambulansefag. Deretter har den kommende ambulansearbeideren to år som lærling i en ambulansetjeneste. Etter bestått fagprøve søker man Helsedirektoratet om autorisasjon som ambulansearbeider (Utdanning.no, 2021a) .

#### *Paramedic*

En paramedic har en utdanning på bachelornivå innenfor paramedisin. Den omfatter tre års studie på høyskole eller universitet. Studiet inneholder både praktisk og teoretisk undervisning (Utdanning.no, 2021a). Paramedisin er en relativt ny utdanning, der første kull ble uteksaminert fra OsloMet i 2017. Studiet er nå tilgjengelig ved flere universiteter og høyskoler.

Før bachelorprogrammet i paramedisin ble etablert, var det mulig å videreutdanne seg til paramedic med 60/90 studiepoeng på høyskolenivå, dersom man var autorisert ambulansearbeider. En stor del av paramedicene i ambulansetjenesten ved OUS har denne utdanningen. I oppgaven kommer jeg av praktiske hensyn stort sett til å bruke betegnelsen

paramedic om både ambulansearbeider og paramedic, siden de fleste informantene er paramedicere.

### *Arbeidsoppgaver - Ambulansearbeider / paramedic*

Ambulansearbeidere/paramedicer jobber med akuttmedisin prehospitalt, det vil si utenfor sykehus, og kan beskrives som bindeleddet mellom pasienten, sykehuset og annen helsetjeneste når det er behov (Utdanning.no, 2021a). Vanlige arbeidsoppgaver er blant annet å rykke ut og transportere pasienter til sykehus eller mellom ulike helseinstitusjoner. En ambulansearbeider/paramedic undersøker og identifiserer svikt i vitale organfunksjoner og gjennomfører akuttmedisinsk behandling. De pleier, viser omsorg og ivaretar pasienter og deres pårørende, det kreves derfor gode kommunikasjonsferdigheter. Det kreves også at man kvalitetssjekker og vedlikeholder medisinsk utstyr og utrykningskjøretøy (Utdanning.no, 2021a).

En ambulansearbeider/paramedic er ofte den første som pasienten kommer i kontakt med. Det kan være hjemme hos pasienten, på veien, i byen, i skogen eller andre steder hvor pasienten måtte befinne seg. Den medisinske innsatsen ambulanspersonellet utfører kan være avgjørende for pasientens liv og videre helbredelse. Som ambulansearbeider/paramedic må man også være forberedt på å arbeide på større skadesteder med mange pasienter involvert. Man risikerer at det kan være langt til sykehus og annen assistanse. Det kan være krevende situasjoner alene, kun sammen med en kollega. Det å ivareta egen sikkerhet er også viktig i slike situasjoner, da man som ambulanspersonell kan havne i fare, kanskje med blant annet utagerende og truende pasienter. Samarbeid med andre nødetater som politi og brannvesen er vanlig.

## **2.2 Inhospitalt arbeid – medisinsk intensiv**

Medisinsk intensiv er en del av Akuttmedisinsk avdeling, Medisinsk klinikk i OUS. Avdelingen behandler alle kategorier indremedisinske pasienter som er akutt eller kritisk syke. Det kan være blant annet blodforgiftning (sepsis) eller akutt hjerte- eller lungesykdom (f.eks. KOLS, hjertestans). Enheten yter avansert behandling av intensiv og respiratortrengende pasienter og har et nasjonalt ansvar for alvorlig syke forgiftningspasienter. Det jobber rundt 100 sykepleiere og intensivsykepleiere ved avdelingen. Det jobber også

laboratorieassistenter, overleger og en psykiater ved avdelingen. Medisinsk intensiv behandler over 1300 pasienter i året (Oslo universitetssykehus HF, 2021b).

### *Intensivavdeling*

Norsk sykepleieforbund (NSF) definerer en intensivavdeling på denne måten:

*«En intensivavdeling er en sykehusenhet med spesialutdannet personell, som skal kunne behandle pasienter med truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner» (Norsk sykepleieforbund, 2004).*

Ved OUS finnes det flere intensivavdelinger. Det er medisinsk intensiv som er aktuell i denne studien.

### *Intensivsykepleier*

En intensivsykepleier har autorisasjon som sykepleier i Norge og har videreutdanning etter gjeldende rammeplan for intensivsykepleiere (NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Vanlige arbeidsoppgaver til en intensivsykepleier er å behandle akutt og/eller kritisk skadde pasienter, hvor det ofte er komplekse og livstruende situasjoner der sykdomstilstanden kan endres raskt. Det kreves kontinuerlig overvåking og pleie av pasienten for å opprettholde livsviktige funksjoner (Utdanning.no, 2021b). Intensivsykepleie innebærer også å legge til rette for en verdig død (Norsk sykepleieforbund, 2004).

En intensivavdeling bruker høyteknologisk og svært avansert utstyr, som det kreves at intensivsykepleieren mestrer. I henhold til yrkesbeskrivelsen har intensivsykepleiere et selvstendig medisinsk ansvar, som innebærer at man blant annet skal handle forsvarlig, ivareta pårørende og sikre pasientens autonomi, integritet og rettigheter. Med andre ord betyr dette at intensivsykepleiere skal ivareta den alvorlig syke pasienten og dens pårørende forsvarlig og omsorgsfullt. De bør derfor ha gode kommunikasjons- og samarbeidsevner, slik at de kan formidle budskap på en klar, korrekt og effektiv måte.

Intensivsykepleiere jobber ofte under press og må kunne takle stressende og krevende situasjoner (Utdanning.no, 2021b). Intensivsykepleie er kunnskapsbasert og favner følgende funksjoner; helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende, lindrende og palliative funksjoner. Arbeidsstedene kan blant annet være intensivenheter,

intermediærenheter, postoperative enheter og i prehospitaltjenester (NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017).

## 2.3 Sentrale begreper

I oppgaven kommer jeg til å bruke noen uttrykk og begreper som kanskje ikke er allment kjent. For å bedre kunne forstå disse uttrykkene og begrepene vil jeg presentere noen definisjoner/forklaringer som har betydning for oppgaven.

### *Belastninger og belastende hendelser*

Stress betyr påkjenning eller belastning. Det er et vidt begrep, og dekker blant annet et vidt spekter av krevende psykologiske påvirkninger. Langvarig stress kan ha negative følger og kan disponere for funksjonelle organplager, blant annet muskelspenninger, høyt blodtrykk og hjerteinfarkt. Det avgjørende for den subjektive opplevelsen av stress er ikke påkjenningens objektive intensitet, men i hvilken grad individet evner, og gis anledning til, å reagere på en psykologisk sett konstruktiv måte (Svartdal & Malt, 2021).

Belastende hendelser er mer uttalte enn belastninger. Caine and Ter-Bagdasarian, sier i De Boer et al (2014, s. 166) at: *«en belastende hendelse kan defineres som «en plutselig uventet hendelse som har en så følelsesmessig sterk påvirkning med styrke nok til å overvelde de vanligvis effektive mestringsferdighetene til et individ og forårsake betydelig psykologisk stress hos ellers friske personer»* (De Boer et al., 2014). Reaksjoner på belastninger (stress) og belastende hendelser er det sentrale i oppgaven min. Reaksjonene kan ha ulike former og styrke.

### *Angst*

Angst er psykiske forstyrrelser med omfattende og uforholdsmessig frykt og tilhørende atferd, der frykt og redsel er vanlige reaksjoner på ytre og indre hendelser som oppleves som truende eller farlige. Angst oppstår når tolkning av situasjon, følelser eller kroppsreaksjon utløser katastrofetanker. Kroppslige symptomer på angst er blant annet hjertebank, svette, ansenthet, varme- eller kuldefølelse (Norsk elektronisk legehåndbok, 2021a).

## *Depresjon*

Depresjon er karakterisert av senket stemningsleie, manglende interesse og glede, lavt energinivå og økt tretthet. Depresjon følges ofte av nedsatt selvtillit eller selvfølelse, selvbepreidelser eller skyldfølelse, selvmordstanker, konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser, appetitt- eller vektendring og deles inn i styrkene mild, moderat eller alvorlig (Norsk elektronisk legehåndbok, 2020a).

## *Tilpasningsforstyrrelse*

Tilpasningsforstyrrelse er en tilstand med subjektivt ubehag og følelsesmessige vansker som hemmer psykososial funksjon. Tilpasningsforstyrrelse er en mistilpasset reaksjon på en erkjent psykososial belastning, og kan oppstå i etter belastende livshendelser (tap av nære, separasjon) eller i perioder som med utviklingsmessig overgang eller krise. Symptomene kan variere og omfatte angst, depresjon bekymring eller en blanding av disse (Vandvik, 2020).

## *Posttraumatisk stresslidelse, PTSD*

Posttraumatisk stresslidelse, oftest forkortet PTSD (*posttraumatic stress disorder*), er en tilstand som kan oppstå etter å ha erfart, eller vært vitne til, alvorlige og/eller langvarige psykiske traumer. Dette kan for eksempel være ulykker, krig, katastrofer eller overgrep (vold, voldtekt eller seksuelle overgrep). PTSD kjennetegnes ved a) stadige gjenopplevelser (flashbacks) av hendelsen i både våken tilstand og i søvn, b) unnvikelse av handlinger eller situasjoner som minner om hendelsen, c) økt aktivering (hyperarousal), slik som økt irritabilitet, søvnproblemer, konsentrasjonsvansker og humørsvingninger og d) subjektiv følelse av personlighetsforandring. For å få diagnosen PTSD må man ha symptomer som vedvarer minst én måned etter den utløsende hendelsen (Norsk elektronisk legehåndbok, 2021b).

## *Utbrenthet*

Utbrenthet er definert som en «*langvarig (kronisk), arbeidsrelatert stressreaksjon, vanligvis med både fysiske og psykiske plager*» (Norsk elektronisk legehåndbok, 2020b). Utbrenthet kjennetegnes av a) høy grad av emosjonell utmattelse (overveldende følelsesmessig og fysisk



belastning), b) høy grad av depersonalisering (følelsesmessig distansering i forhold til pasienter eller arbeidsoppgaver) og c) lav grad av selvoplevd jobbytelse (negativ vurdering av egen prestasjon, følelse av ineffektivitet og nedsatt jobbrelatert selvfølelse) (Norsk elektronisk legehåndbok, 2020b).

### *Resiliens*

Store norske leksikon beskriver resiliens slik: «*Resiliens er psykologisk motstandskraft, de faktorer som har sammenheng med at man beholder en psykisk styrke og helse til tross for stress og påkjenninger. Å være resilient vil si at man er robust*» (Skre, 2021). I oppgaven bruker jeg resiliens for å beskrive blant annet psykisk vekst.

### *Debrief*

Debrief er en samlebetegnelse på strukturerte gjennomganger i etterkant av hendelser. Betegnelsen omfatter en rekke ulike metoder. Utgangspunktet kommer fra militæret, og blir ofte kalt *After Action Review* (AAR) (Tannenbaum & Cerasoli, 2013). Teknisk debrief blir også ofte brukt. En teknisk debrief er en strukturert gjennomgang av hendelsen. Hva skjedde, hvorfor skjedde det og hva kan vi lære av det? Målet er forbedring, og det er ofte ikke rom for å snakke om følelser i denne formen for gjennomgang (Firing, Moen, & Skarsvåg, 2015). Det norske flyvåpenet har utviklet dette videre og blandet psykologisk debriefing og teknisk debrief. De kaller det holistisk debriefing, der de tar de emosjonelle og kognitive aspektene med inn i den tekniske debriefen (Folland, 2009). Debrief er et uttrykk som går igjen i informantenes beskrivelser av oppfølging.

### *Psykologisk debriefing (PD)*

Psykologisk debriefing (PD) har også sitt utspring fra militæret. Under første og andre verdenskrig samlet lederne soldatene i grupper og debriefet dem etter de hadde vært i krigsinnsats (Litz, Gray, Bryant, & Adler, 2002). Forventningene var at dersom man delte personlige erfaringer etter slik innsats, ville det øke moralen og forberede dem bedre før neste slag. Parallelt med dette utviklet også militærpsykiatere metoder for slike samtaler, da de kunne «behandle» soldatene der de var. Dette skulle i teorien være bra for gruppesamholdet og redusere stigmaet for reaksjoner (Litz et al., 2002).

En psykologisk debriefing er en tidlig kriseintervensjon, og er en systematisk gjennomgang for mennesker som sammen har opplevd en dramatisk eller kritisk situasjon, eller som på annet vis har blitt sterkt berørt av en uventet hendelse. Dyregrov (2002) påpeker at PD ikke er et verktøy for å forhindre utbrenthet eller håndtere stress etter mildt oppskakende hendelser. Det er en prosess for grupper som har arbeidet med alvorlige stress- eller krisehendelser, eller grupper som har opplevd livstruende eller alvorlige hendelser sammen.

Det er også ønskelig at det skal kunne forebygge PTSD, men det er ikke hovedformålet. PD utføres hovedsakelig i grupper, og skal ledes av personer med opplæring i metoden. I denne gruppesamtalen går man igjennom ulike aspekter ved hendelsen, som hva som hendte, inntrykk som har festet seg, tanker før og etter hendelsen og reaksjoner som de involverte opplever (Dyregrov, 2002). Metoden skal føre til en strukturering av kriseopplevelser, fordi PD sammenfatter de forskjellige opplevelsene og perspektivene fra den enkelte gruppedeltaker til en helhet.

Målet med PD er å forhindre unødvendige ettervirkninger og fremskynde den normale dempingen av ettervirkninger. Den skal stimulere til gruppesamhold og støtte, og opprettholde gruppeånd og motivasjon for fremtiden. Videre skal den fremme et tankemessig «grep» om situasjonen og stimulere til eventuell følelsesmessig ventilerings. Hensikten er også å normalisere deltakernes opplevelse og erfaring og sikre mer hjelp for dem som trenger det. PD er ikke psykoterapi, men disse møtene hjelper i den første organiseringen av opplevelsene etter et tap eller en traumatisk opplevelse (Dyregrov, 2002).

Psykologiske debriefinger foregår normalt noen dager etter hendelsen og varer vanligvis mellom to og tre timer. I en tidlig fase etter hendelsen er ofte innsatspersonellet for oppgivet til å ta inn over seg alt som har skjedd, og den fulle psykologiske virkningen av hendelsen har enda ikke meldt seg. Redningspersonell har ofte lært seg å undertrykke egne emosjoner under innsats, og benektelse og unngåelsesstrategier fortsetter ofte en tid etter hendelsen. For tidlig psykologisk debriefing tett opp mot hendelsen kan derfor være kontraindisert (Dyregrov & Mitchell, 1988).

Det finnes flere typer psykologisk debriefing, og en av de tidligste og mest omtalte modellene, er *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD), utviklet av Jeffrey T. Mitchell (1988). Metoden er utviklet som en intervensjon for å hjelpe profesjonelt innsatspersonell etter hendelser med stor følelsesmessig belastning. CISD brukes primært i grupper, men kan også brukes til enkeltindivider av innsatspersonellet (Dyregrov & Mitchell, 1988). CISD har

som mål å dempe de umiddelbare reaksjonene og forebygge senere og mer alvorlige reaksjoner som PTSD (Dyregrov & Mitchell, 1988). Metoden består av syv trinn; *introduksjonsfase, faktafase, tankefase, reaksjonsfase, symptomfase, undervisningsfase og tilbakeføringsfase* (Mitchell, 1983). Fokuset skal være på deltakernes opplevelser, inntrykk og reaksjoner og skal tilrettelegge for gruppens iboende samhold, solidaritet og støtte (Dyregrov & Mitchell, 1988). Anbefalingen er å bruke personer som er utdannet innen mental helse til å lede disse samtalene, da sterke emosjonelle reaksjoner kan få utløp under gruppeprosessen. Uten kunnskap og erfaring i å lede slike prosesser, kan et psykologisk debriefingsmøte utvikle seg til en negativ opplevelse for det involverte personellet (Dyregrov & Mitchell, 1988).

### *Kritikk mot psykologisk debriefing*

Siden debrifing har blitt brukt på mange måter og i ulike former, har det kommet kritikk mot bruken av PD, og da spesielt CISD brukt som individuell psykologisk debriefing. I forskningen finner jeg at det er uenighet om PD har noen effekt. Rose et al. (2002) gjennomførte en systematisk gjennomgang av 15 randomiserte kontrollerte studier (RCT), som konkluderte med at det ikke finnes evidens for at CISD hjelper mot forebygging av PTSD. I tillegg mente de å finne at det faktisk kunne øke sannsynligheten for PTSD, i stedet for å forebygge den (Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2002). De mener at på bakgrunn av dette må PD opphøre. Basert på denne RTC-gjennomgangen kom det anerkjente britiske kunnskapssenteret *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) ut med en anbefaling om å ikke bruke psykologisk debrifing for å forhindre eller behandle PTSD (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). NICE er et kunnskapssenter som utarbeider retningslinjer for behandling i helsetjenesten (Malt, 2019). Denne anbefalingen medførte at mange profesjonelle tjenester sluttet å bruke metoden (Hawker, Durkin, & Hawker, 2011).

### *Forskning på kritikken*

I ettertid har det kommet flere artikler som har imøtegått denne kritikken (Arendt & Elklit, 2001; Dyregrov, 2002; Hawker et al., 2011; O'Toole & Eppich, 2021; Tamrakar, Murphy, & Elklit, 2019), og der den ene artikkelen viser at i 14 av 15 av disse RCT'ene til Rose et al. (2002) var PD (CISD) gjennomført som en individuell intervensjon mot pasienter (eks. brannskadde) og andre sivile ofre utsatt for sterke traumer, og ikke mot profesjonelle personer

som metoden er beregnet på (Tamrakar et al., 2019), eller som en gruppeintervensjon (Arendt & Elklit, 2001). En annen interessant kritikk er at metoden ble brukt av personer som ikke var utdannet til det og på steder som ikke var egnet til det. Det var heller ikke satt av nok tid til å gjennomføre samtalene. Flere av samtalene ble utført av sykepleiere uten utdanning i metoden, mens pasienten fortsatt var i sengen på avdelingen (Tamrakar et al., 2019). Gjennomsnittstiden på samtalene som ble brukt på disse pasientene var 44 minutter. Langt under de anbefalte to–tre timene som metoden anbefaler (Dyregrov, 2002).

Everly (2002) sier at CISD ikke var tiltenkt å brukes utenfor programmet *Critical Incident Stress Management* (CISM). CISM er et helhetlig kriseintervensjonsprogram for profesjonelle som også tar for seg blant annet kriseberedskap, opplæring og informasjon, individ- og familiekonsultasjoner og oppfølgingstjenester. CISD er kun én del av dette programmet, og det vil ikke være hensiktsmessig å bruke dette som eneste intervensjon (Everly, Flannery, & Eyler, 2002). Man kan ut fra dette si at kritikken som har kommet mot psykologisk debriefing, ikke burde fått den slagkraften som det åpenbart har fått, med entydig anbefaling om at PD som metode bør opphøre. Arendt og Elklit (2001) sier også at bruken av PD kan være problematisk, men dersom man bruker metoden slik den er tenkt, på profesjonelle grupper, ledet av utdannet personell, mot de riktige hendelsene og med nok tid til å gjennomføre, viser PD en preventiv effekt (Arendt & Elklit, 2001).

### *Defusing*

Defusing, også kalt avlastningssamtale, skiller seg fra psykologisk debriefing ved at den helst skal avholdes innen åtte timer etter hendelsen (Dyregrov, 2002), ellers inneholder den mye av det samme. Hensikten med en avlastningssamtale er stort sett det samme som med PD, men man får muligheten på et tidligere tidspunkt til å ta en rask gjennomgang av hendelsen og få satt ord på den og gjenopprette en sosial og kollegial forbindelse slik at man ikke isolerer seg fra andre (Dyregrov, 2002). En avlastningssamtale holdes ofte samme dag, varer helst ikke mer enn 90 minutter, bør holdes i mindre grupper, være uforstyrret og ledes av en som har opplæring i å lede slike møter/samtaler (Dyregrov, 2002). Dyregrov (2002) sier at blant helsepersonell kan avlastningssamtaler ofte være nok for å få forståelse for hva som har skjedd, for eksempel etter et dødsfall etter et kirurgisk inngrep. Denne tidlige gjennomgangen av hendelsen, for å sette ting i perspektiv, kan gjøre det unødvendig med flere

oppfølgingsmøter (Dyregrov, 2002). Defusing er et uttrykk som går igjen i informantenes beskrivelser av oppfølging i oppgaven.

## 2.4 Kollegastøtte i Prehospital klinikk - EFOK

Kollegastøtteordningen i ambulansetjenesten i Oslo ble etablert på 1990-tallet. Ordningen ble kalt EFOK, en forkortelse for *emosjonell førstehjelp og krisehåndtering*, og det er under dette navnet kollegastøtteordningen er kjent og kalles internt. EFOK består i skrivende stund av 13 faste kollegastøtter, som alle er ansatt i ambulanseavdelingen og AMK-avdelingen, og er tilgjengelig for alle avdelingene i Prehospital klinikk. Kollegastøtteordningen er en del av området helse, miljø og sikkerhet (HMS) til klinikken og er direkte underlagt klinikkleder. Det foreligger egne nivå 2-prosedyrer for ordningen. Nivå 1-prosedyrer gjelder for hele sykehuset, mens nivå 2 gjelder for avdeling eller klinikk.

Kollegastøttene har videreutdanning i psykisk stress- og krisebearbeidelse (Psykotraumatologi RITS®). Utdanningen er godkjent for studiepoeng (inntil 60 stp.) som kan bygges ut til en bachelorgrad og inngå som en del av en relevant mastergrad (Soscon, 2015). RITS® står for *rekonstruksjon og integrasjon av traumatisk stress* og er en spesifikk metode til psykologisk stress- og krisebearbeidelse etter sterke hendelser. Metoden anvendes i hovedsak til kollegastøtte, som en intervensjonsform til profesjonelle personer og yrkesgrupper (Psykotraumatologi.org, 2016).

Metoden er utviklet av psykiater og psykolog Are Holen, og benytter en kognitiv og emosjonell tilnærming og omfatter bearbeidelse av dysfunksjonelle tanker og følelser. Den rommer innslag av avspenning og har en selvpsykologisk og narrativ tilnærming. En RITS®- samtale tar utgangspunkt i episodiske minner, tanker og fantasier fra den traumatiske hendelsen. Det arbeides med indre og ytre rekonstruksjon av den traumatiske situasjonen for å oppnå en restrukturering av hendelsens innflytelse på opplevelse, tanke og handling i hverdagen. Målet med metoden er å fremme tilpasning og bygge ned belastende rester fra hendelsen (Soscon, 2018). RITS® kan brukes både til enkeltindivider og på grupper.

RITS® er en variant av PD, men skiller seg metodisk fra CISD ved at den har en annen oppbygning og gjennomføring av samtalen. EFOK-personellet skal bruke metoden etter hensikt og innenfor de rammene som metoden er laget for: mot profesjonelt innsatspersonell etter sterke belastende hendelser. Den nevnte kritikken mot PD (og CISD) er således ikke

rettet mot RITS<sup>®</sup>. Den vanligste intervensjonen kollegastøttene bruker i sin oppfølging er avlastningssamtaler.

### *Organiseringen av EFOK*

EFOK har en døgnkontinuerlig vaktordning som er tilgjengelig hele året. Det er et eget vaktnummer som kan nås av alle, når det skulle være behov for det. Hensikten er et lavterskeltilbud for alle ansatte. Alle nyansatte får informasjon om ordningen, og den blir presentert for nye lærlinger og for paramedisinstudenter ved OsloMet, der mange kommer til å ha praksis ved ambulansetjenesten OUS. Ledere på vakt (operativ leder på ambulanse eller operasjonsleder AMK) har ofte en god oversikt over mange av de oppdragene som pågår, og har et særskilt ansvar for å varsle EFOK ved hendelser som kan ha vært belastende. Dette kan være alt fra trusselsituasjoner, skade på eget personell, alvorlig sykdom/død på barn, selvdrap, personell involvert i trafikkulykker eller annet. Det kan også være relatert til andre belastende hendelser som at man har vært involvert i uønskede hendelser i forbindelse med pasientbehandling.

Det er imidlertid ikke bare ved åpenbare belastende hendelser EFOK blir varslet. Man har også mulighet til å ta kontakt selv der man føler behov for det, eller man kan ta kontakt på vegne av en kollega. Når det har oppstått en slik hendelse, skal EFOK varsles, og vil ta kontakt med involvert personell. Personellet blir da oppringt av vakthavende kollegastøtte og får samtale. En avlastningssamtale (defusing) kan ta fra noen minutter til timer, alt etter behov. Man har da også mulighet til å avtale flere oppfølgingssamtaler, enten på telefon eller oppmøte. Dette kan gjøres én til én eller i grupper. Dersom hendelsen er alvorlig, vil man raskt bli kontaktet for en første avlastningssamtale, men oftest vil man vente noen dager før man tar kontakt, slik at den psykologiske ettervirkningen er etablert og den første egenbearbeidingen har startet. EFOK-vakten kan også være en del av teknisk debrief etter hendelser. Ved større alvorlige hendelser kan man gjennomføre RITS<sup>®</sup>-samtaler, og man bruker da denne spesifikke metoden i samtalen. Dette skal vurderes i hvert enkelt tilfelle av kollegastøtten som følger opp.

De som er kollegastøtter, får kompensasjon for vaktordningen. Alle som har samtaler med EFOK får også dette kompensert ved oppmøtesamtaler. Dette for at det skal være lavest mulig terskel for samtale.

Det er også ledere som fungerer som kollegastøtter i ordningen. EFOK er også for ledere i klinikken, og det finnes ledere på flere nivåer. Alt fra operative ledere og operasjonsledere, til enhetsledere og seksjonsledere. Lederne blir også tilbudt kollegastøtte, og ordningen blir også brukt av dem. Det kan nok oppleves som utfordrende for en leder om vedkommende skal ha kollegastøttesamtale med en underordnet. Det er derfor formålstjenlig at det også er ledere med i EFOK-gruppa. Leders rolle vil bli diskutert mer i denne oppgaven.

## 2.5 Kollegastøtte inhospitalt ved OUS

I motsetning til Prehospital klinikk finnes det ikke organiserte kollegastøtteordninger ved de fleste avdelinger inhospitalt ved OUS. Dette gjelder også for medisinsk intensiv. Det er imidlertid utarbeidet en prosedyre (nivå 1) som gjelder for hele OUS; *Psykososial støtte til ansatte ved kriser og traumatiske hendelser* (Fjærtøft, 2018). Hensikten med prosedyren er å sikre god personalomsorg etter belastende hendelser, kriser, traumatiske eller potensielt traumatiske hendelser i arbeidssituasjonen. I denne prosedyren fremkommer det at nærmeste leder har ansvar for å sørge for oppfølging med støtte, informasjon og hensiktsmessige tiltak når slike situasjoner oppstår. Det er også leder ved avdelingen som har ansvar for å utarbeide lokale prosedyrer (nivå 2) og sørge for å få på plass hensiktsmessige støtteordninger (Fjærtøft, 2018).

Det er i nivå 1-prosedyren laget en fremgangsmåte for psykososial støtte til ansatte, som beskriver blant annet hvilke tiltak som skal gjøres i akutfasen, hvordan man skal gi psykologisk førstehjelp og gjennomføre støttesamtaler, individuell tilrettelegging og hvordan man kan følge opp videre. Det foreligger ikke noe kurs eller utdanning i hvordan dette skal utføres. Det vil være opp til hver enkelt leder hvordan dette løses lokalt.

Det er i tillegg en tverrfaglig støttegruppe (*psykososial gruppe*), som er sammensatt av ressurspersoner ved OUS (psykologspesialister, psykiatere, spesialsykepleier og jurist) som ledes av arbeidsmiljøavdelingen ved OUS. Psykososial gruppe er opprettet for å gi råd og støtte til ledere, enkeltindivider og grupper etter alvorlige hendelser og kriser på jobb. Gruppen skal være et supplement til oppfølging i linjen og bistand fra andre faginstanser, og både leder og den enkelte ansatte kan ta kontakt. Det er imidlertid i begrenset omfang de kan følge opp ansatte direkte med egne samtaler (Fjærtøft, 2018).

Det er usikkert hvor kjent både psykososial gruppe og denne prosedyren er, og hvordan man blir fulgt opp i de ulike avdelingene. Et av målene med oppgaven er å undersøke hvordan medisinsk intensiv løser dette.

## 2.6 Forekomst av angst, depresjon, utbrenthet og PTSD

Det blir i oppgaven vist til en del forskning der disse diagnosene blir brukt. For å gi et bedre bakteppe til drøftingen, velger jeg å ta med forekomsten av disse lidelsene hos ambulanspersonell og intensivsykepleiere.

### *Forekomst av angst, depresjon, utbrenthet og PTSD hos ambulanspersonell*

En rekke studier viser at ambulanspersonell har vist en høyere grad av utbrenthet, PTSD, angst og depresjon sammenlignet med den generelle befolkningen (Alexander & Klein, 2001; Baqai, 2020; Berger et al., 2012; Bigham et al., 2014; Fjeldheim et al., 2014; Halpern, Gurevich, Schwartz, & Brazeau, 2009b; Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich, 2014; A. Jonsson, 2003; Lawn et al., 2020; Michael, Streb, & Hällner, 2016; Pek et al., 2015; Petrie et al., 2018; Reid et al., 2021; Skogstad et al., 2013; Smith, 2003; Sterud, Hem, Ekeberg, & Lau, 2008; Sterud, Hem, Lau, & Ekeberg, 2008; Streb, Hällner, & Michael, 2014; Van Der Ploeg, 2003; Wild et al., 2018).

En systematisk oversikt over 27 internasjonale studier utført på 30 878 ambulanspersonell, fant en estimert prevalens på følgende; PTSD 11 prosent, depresjon 15 prosent, angst 15 prosent og generelt psykologisk stress 27 prosent (Lawn et al., 2020).

En studie gjennomført i den norske befolkningen viser at utbredelsen av PTSD var på 3,8 prosent for menn og 8,5 prosent for kvinner (Heir et al., 2019). En norsk studie (Reid et al., 2021) viser en forekomst av PTSD hos ambulanspersonell på 5 prosent (4,7 prosent på menn og 5,3 prosent på kvinner). Den samme undersøkelsen viser at 8,6 prosent av ambulanspersonellet lider av moderat til alvorlig depresjon og 2,9 prosent lider av moderat til alvorlig angst (Reid et al., 2021).

Årsakene til økt forekomst av disse lidelsene begrunnes ofte med at ambulanspersonell jevnlig blir utsatt for traumatisk stress (som livstruende hendelser, trusler og vold, trafikkulykker m.m.) (Baqai, 2020; Halpern et al., 2009b; A. Jonsson, 2003; Lawn et al., 2020; Michael et al., 2016; Petrie et al., 2018; Reid et al., 2021; Sterud, Hem, Ekeberg, et



al., 2008; Streb et al., 2014). Men følelse av utilstrekkelighet, skam, feilbehandling, redsel for å smitte andre – som har blitt aktualisert under Covid19-pandemien – kan også føre til posttraumatisk stress (Reid et al., 2021).

Det er ikke bare de store og mest alvorlige hendelsene som preger ambulanspersonell. Oppdrag der man transporterer og gir omsorg til kronisk syke og terminale pasienter, eller oppdrag der man opplever ensomhet og sosial nød, kan være mer stressende enn mer opplagt belastende oppdrag (Sterud, Hem, Ekeberg, et al., 2008).

### *Forekomst av angst, depresjon, utbrenthet og PTSD hos intensivsykepleiere*

Flere studier viser at også intensivsykepleiere har høyere forekomst av angst, depresjon, utbrenthet og PTSD (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015; G. Colville, Hammond, & Perkins-Porras, 2015; G. A. Colville et al., 2017; De Boer et al., 2011; Gillespie & Melby, 2003; Greenberg et al., 2021; Levi, Patrician, Vance, Montgomery, & Moss, 2021; Moss, Good, Gozal, Kleinpell, & Sessler, 2016; Reader, Cuthbertson, & Decruyenaere, 2008; Salmon & Morehead, 2019; Van Mol et al., 2015; Vifladt, Simonsen, Lydersen, & Farup, 2016).

En systematisk oversikt over flere internasjonale publikasjoner (med til sammen 14.770 respondenter) som omhandler medfølelsesutmattelse (*compassion fatigue*) og utbrenthet, viser medfølelsesutmattelse på mellom 7,3 % og 40 % og utbrenthet som varierer fra 0 % til 70 % (Van Mol et al., 2015). Noen studier viser forekomsten av PTSD til mellom 6 % og 33 % (G. A. Colville et al., 2017; Levi et al., 2021; Salmon & Morehead, 2019).

Noen av årsakene til at intensivsykepleiere har høyere forekomst av disse lidelsene kan være at de stort sett har pasienter med komplekse behandlingsbehov, som trenger konstant overvåking og livreddende behandling, og at de stadig opplever traumatiske og stressende hendelser. De står ofte i etiske dilemmaer (når kan/bør/skal man avslutte behandlingen?) (Teixeira, Ribeiro, Fonseca, & Carvalho, 2014), og må ofte forholde seg til pasienter som dør (Todaro-Franceschi, 2013). De må også håndtere pårørende som er i krise og sorg, noe som også kan være krevende (Levi et al., 2021; Van Mol et al., 2015).

## 3 Metode

### 3.1 Design

For å besvare problemstillingen til oppgaven, har jeg valgt kvalitativ forskning som metode. Jeg gjorde en casestudie og intervjuet to avgrensede avdelinger ved Oslo universitetssykehus HF (OUS), ambulanseavdelingen i Prehospital klinikk og medisinsk intensiv i Medisinsk klinikk. Ved å benytte dybdeintervjuer i casestudier, antar man at informantene vil formidle sine egne opplevelser og erfaringer og at det kan gi innblikk i hvordan organisasjonen fungerer innad (Tjora, 2012). I denne oppgaven gjelder det oppfølgingen etter belastende hendelser.

Målet med kvalitativ forskning er å komme bak tallene, utforske hvordan individer oppfatter og tolker omgivelsene og virkeligheten rundt seg og avdekke sosiale mønstre. Slike intervjuer er «eksplorerende i sitt vesen» (Krumsvik, 2014). Ved å bruke kvalitativt forskningsintervju som metode vil jeg, ifølge Tjora (2012, s. 24), kunne identifisere tema og forhold som ikke hadde kommet opp som spørsmål eller svaralternativ ved design av oppgaven og ved utarbeidelse av intervjumalen. Et semistrukturert intervju er noe mellom en åpen samtale og en avgrenset spørreskjemasamtale (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuet tar utgangspunkt i en intervjuguide, det gir muligheter for oppfølgingsspørsmål som ikke er forhåndsdefinert, men som følger av svarene informantene gir.

Et kvalitativt forskningsintervju bør inneholde både faktaspørsmål og meningsspørsmål, og det bør være deskriptivt i formen. Informantene oppfordres til å beskrive så nøyaktig som mulig det de opplever og føler, og hvordan de handler (Kvale & Brinkmann, 2015). Slik kan informantene komme inn på personlige opplevelser og erfaringer som utgjør personavhengige aspekter som forskeren på forhånd ikke kunne forutsett (Tjora, 2012). Dette kan også kalles en fenomenologisk tilnærming (Krumsvik, 2014). Formålet med et kvalitativt forskningsintervju er å forstå sider ved dagliglivet til den man intervjuer fra vedkommendes perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). Et mål med oppgaven er at jeg ved hjelp av kvalitativ metode kunne komme tettere innpå hva den enkelte informant mener. Jeg ville prøve å forstå deres forhold til kollegastøtte ut fra deres erfaringer og synspunkter, og på den måten bedre forstå hvordan oppfølging etter belastende hendelser foregår i de to ulike avdelingene, og hvordan de ønsker den skal være.

### 3.2 Utvalgskriterier

Utvalget mitt er ambulansesarbeidere og paramediser i ambulansetjenesten og sykepleiere og intensivsykepleiere ved medisinsk intensiv ved Ullevål sykehus, begge ved OUS. Grunnen til at jeg valgte medisinsk intensiv og intensivsykepleiere er fordi de, som ambulansesarbeidere, ofte står i situasjoner med akutt syke og kritisk dårlige pasienter. Intensivsykepleierne har gjerne pasientene over lengre tid. Selve avdelingen ble tilfeldig valgt, det kunne også vært andre akuttavdelinger, som medisinsk intensiv ved Rikshospitalet. Ullevål ble forespurt først og da ledelsen der ga meg innpass ble dette den foretrukne avdelingen.

For å begrense utvalget valgte jeg ikke å ta med andre yrkesgrupper ved avdelingene, som leger eller psykiater. Dette fordi de har andre ansvarsområder, arbeidsoppgaver og roller enn de nevnte i utvalget.

Disse to utvalgene ble valgt fordi det ved ambulansetjenesten finnes en organisert kollegastøtteordning. Jeg ønsket å finne mer ut hvordan de opplever ordningen i dag. Videre ønsket jeg å finne ut hvordan intensivsykepleiere, som ikke har en organisert kollegastøtteordning, opplever å bli fulgt opp etter belastende hendelser. Kriteriet for å delta i studien var at deltakerne hadde minimum tre års arbeidserfaring i sin nåværende eller tilsvarende stilling, og at de hadde opplevd belastende jobbrelaterte hendelser. Det var ikke et krav at man hadde fått oppfølging i etterkant.

### 3.3 Rekruttering

Før jeg startet rekrutteringsprosessen ba jeg om tillatelse til å gjennomføre intervjuene som et ledd i et forskningsprosjekt i de to avdelingene. Jeg hadde på forhånd ikke noe kjennskap til medisinsk intensiv og hvordan de jobbet med kollegastøtte, annet enn at jeg visste at de ikke hadde noen organisert kollegastøtteordning.

Jeg tok derfor kontakt med avdelingslederne i ambulanseavdelingen og ved medisinsk intensiv, orienterte dem om prosjektet og sendte dem et informasjonsskriv (vedlegg 1). Tidligere avdelingsleder ved medisinsk intensiv viste seg å være avdelingsleder ved AMK-sentralen i prehospital klinikk. Hun var min «døråpner» inn til medisinsk intensiv. I informasjonsskrivet ble det gitt utfyllende informasjon om formålet og bakgrunnen for prosjektet, hva det ville innebære å være med i prosjektet og hvordan det ville bli gjennomført. Det stod hva som ville skje med dataene etter endt studie og om informantenes rettigheter. Informasjonsskrivet inneholdt også et samtykkeskjema som skulle signeres av de

som valgte å delta i studien. Begge lederne var entusiastiske for prosjektet og gav meg mulighet til å kontakte ansatte i sine respektive avdelinger. Deretter sendte jeg ut informasjonsskrivet i ambulanseavdelingen og ved medisinsk intensiv. I ambulanseavdelingen ble informasjonen sendt til ledere ved 15 ambulansestasjoner, som informerte sine ansatte ved hjelp av e-post og Workplace (intern sosial media-kanal ved OUS) og ved oppslag. Ansatte ved Sentrum stasjon hvor jeg er leder og ved en annen stasjon hvor jeg er stedfortredende leder, fikk ikke anledning til å delta i prosjektet. Dette bestemte jeg tidlig i prosessen, både for å sikre pålitelighet til intervjuprosessen, men også for å unngå eventuelle interessekonflikter.

De som ønsket å la seg intervju tok direkte kontakt med meg på e-post eller SMS. Til sammen fikk jeg ti aktuelle informanter fra ambulanseavdelingen, og endte opp med å intervju åtte av dem. To personer ble ikke inkludert, den ene var ansatt på samme stasjon som meg og den andre hadde tidligere jobbet som kollegastøtte og ville regnes som inhabil. Det var også et passende antall personer jeg hadde planlagt i utgangspunktet ut fra et praktisk forskerperspektiv for masteroppgaven. Ifølge Tjora (2012, s. 33) vil en empirisk mastergradsoppgave basert på dybdeintervju typisk trenge 8 til 15 informanter (Tjora, 2012). Med åtte respondenter fra hver avdeling, hadde jeg mer enn et minimum av informanter.

Ved medisinsk intensiv sendte avdelingsleder ut informasjon som en del av ukenytt på e-post. I tillegg ble det satt opp et oppslag på avdelingen. Dette alene gav ingen respondenter, innledningsvis. Flere uker gikk uten at jeg fikk noen respons. Etter en henvendelse til leder ved avdelingen, mente hun at årsaken kunne være slitne ansatte etter mye press grunnet koronapandemien. Etter noen uker la tidligere avdelingsleder ved medisinsk intensiv ut et innlegg på avdelingens Facebook-side, og reklamerte for prosjektet. Dette resulterte i at jeg raskt oppnådde mitt mål om åtte respondenter også her.

### *Rekruttering – noen utfordringer*

Utvalget av informanter er ikke styrt av noen; det var opp til den enkelte å ta kontakt. Jeg antar at noen ledere motiverte sine ansatte til å melde seg, men det vet jeg ikke sikkert. En utfordring med et begrenset antall, og denne måten å rekruttere på, er at jeg kan risikere å få et noe ensidig utvalg. Man kan anta at de som melder seg, mener at dette er et viktig tema og er noe som de er positive til og er fornøyde med (ambulanseavdelingen) eller at de skulle ønske at de hadde en slik ordning (medisinsk intensiv). Man kan også risikere å få de som kun er kritiske til en slik ordning. Utfordringen er at de som er mer likegyldige til en slik ordning

ikke melder seg. Det vil være vanskelig å få tak i hva de mener. Det er ikke uvanlig at det er vanskelig å rekruttere informanter, og at man derfor sitter igjen med en følelse av at det er viktige erfaringer man ikke får undersøkt (Tjora, 2012). Som jeg kommer tilbake til i resultatdelen, kan jeg si at jeg ikke fikk noen som var kritiske til ordningen, slik at det er mulig at jeg hadde et noe ensidig utvalg. Dette må det tas høyde for

### 3.4 Utvalg

I utvalget av informanter endte jeg opp med åtte informanter i hver avdeling, til sammen 16 informanter (tabell 1). Utvalget i ambulanseavdelingen bestod av seks menn og to kvinner. To er utdannet ambulansesarbeider og seks er paramedic. Gjennomsnittsalderen var 40 år, med et aldersspenn fra 26 til 56 år. Gjennomsnittlig ansiennitet var 15 år, med et spenn fra 4 til 30 år. Én bodde alene, de syv andre hadde samboer eller var gift. To hadde ikke barn og de seks andre hadde fra ett til tre barn hver.

Utvalget ved medisinsk intensiv bestod av syv kvinner og én mann. To sykepleiere og seks med videreutdanning som intensivsykepleiere. Gjennomsnittsalderen var 41 år med et aldersspenn fra 30 til 49 år. Gjennomsnittlig ansiennitet var også her 15 år. Tre bodde alene og fem hadde samboer eller var gift. Fire av informantene hadde ikke barn og fire hadde fra ett til tre barn hver.

#### Oversikt utvalg begge avdelinger

Tilhører avdeling	Ambulanse (8)		Medisinsk intensiv (8)	
Kjønn	Menn (7)	Kvinner (9)		
Alder	< 30 år (1)	30 – 39 år (6)	40 - 49 år (7)	≥ 50 år (2)
Ansiennitet	< 5 år (1)	6 – 10 år (3)	11 – 20 år (6)	> 20 år (6)
Sivilstatus	Bor alene (4)	Samboer / gift (12)		
Barn	Ingen (6)	Ett barn (2)	To barn (4)	Tre barn (4)

Tabell 1: Oversikt utvalg

Selv om man ved bruk av kvalitativ metode ikke skal tenke på representativitet på samme måte som i kvantitativ metode, ønsket jeg noe variasjon i alder og kjønn. Ambulanseavdelingen har en ansattgruppe som består av ca. 60 prosent menn og 40 prosent kvinner, og i min undersøkelse har jeg 25 prosent kvinneandel fra avdelingen. Ved medisinsk intensiv jobber det i hovedsak kvinner (10 prosent menn) og det speiler også informantene fra

denne avdelingen. Det er vanskelig å få et representativt utvalg med så få informanter, og siden jeg var avhengig av at informantene meldte seg selv, hadde jeg ikke kontroll på fordelingen av alder og kjønn. Ut fra forutsetningene mener jeg at jeg har et representativt utvalg fra hver avdeling og at dette øker egnetheten for sammenligninger mellom de to gruppene.

For å sikre informantene anonymitet, unnlater jeg å ta med alder og kjønn når jeg refererer eller siterer dem. Jeg forsøker også å unnlate dialektuttrykk i sitatene. Slike uttrykk omskrives til bokmål. Når informanter fra ambulanseavdelingen (ambulansesarbeider/paramedic) siteres, vil det stå paramedic. Når jeg siterer fra medisinsk intensiv (sykepleier/intensivsykepleier) vil det stå sykepleier. På denne måten kan man skille avdelingene fra hverandre.

### 3.5 Digitale intervjuer

På grunn av den pågående koronapandemien var det ikke mulig å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt. Selv om de aller fleste informantene var fullvaksinert, var det ikke tilrådelig med oppmøtesamtaler. Det ble derfor bestemt at alle intervjuene skulle gjennomføres digitalt, ved hjelp av Zoom (Zoom Video Communications, 2021). Zoom er en programvare for videokonferanser, og er UiOs foretrukne tjeneste for videomøter. Ved hjelp av dette programmet kan man ha møte med både lyd og bilde, og det er også mulighet for å ta opp lyd fra møtet.

Informantene som hadde meldt seg ble kontaktet og det ble avtalt tid for intervju. Da ble det samtidig sendt en lenke til Zoom-møte på e-post. I samme e-post fikk informantene informasjonsskrivet på nytt, slik at de var helt oppdaterte om hensikten med intervjuet. I informasjonsskrivet var det også et samtykkeskjema. Samtlige informanter signerte og sendte det tilbake. Intervjuene ble gjennomført på Zoom i perioden mai-juni 2021. Det ble først gjennomført et pilotintervju. Det ble gjort for å se om noe burde endres eller korrigeres i intervjuguiden. Det dukket ikke opp behov for slike justeringer. Dermed kunne pilotintervjuet inkluderes i utvalget.

Min intervjuguide (vedlegg 2) hadde forskningsspørsmålene som hovedtema. Det var mellom seks og ni underspørsmål til hvert tema i tillegg til bakgrunnsinformasjon om informantene. Intervjuguiden bestod av til sammen 38 spørsmål.

Det er viktig at intervjueren har kompetanse i å gjennomføre slike semistrukturerte intervjuer, da intervjueren selv er forskningsinstrumentet (Kvale & Brinkmann, 2015). Som leder har jeg gjennom mange år hatt svært mange ansatt samtaler og ansettelsesintervjuer, og som en del av kollegastøtteordningen har jeg også en utdanning innenfor RITS<sup>®</sup>, og dermed bred erfaring i å intervju og følge opp personer i samtaler. Jeg mener derfor at jeg hadde et godt nok utgangspunkt i å kunne gjennomføre intervjuene.

Det som var viktig for meg i gjennomføringen, var at informantene kjente seg komfortable i intervjusituasjonen. Alle intervjuene startet med litt småprat og innhenting av bakgrunnsinformasjon. Vi startet ikke direkte på hovedspørsmålene om belastende hendelser. Bakgrunn og hensikt med prosjektet ble også snakket om. Det er også viktig å ha med seg at når man stiller seg til disposisjon for et slikt intervju, kan det medføre en form for belastning for informanten. Det å bruke tid i et intervju og føle at man i noen grad utleverer seg eller utfordres til å være konkret, krever noe av informantene som kan oppleves ubehagelig eller belastende (Tjora, 2012). Det å skape trygghet er derfor viktig, spesielt når en del av intervjuet handler om belastende hendelser og reaksjonene på dem. Dette er nokså personlig og kan i seg selv være belastende. Alle informantene ble også på nytt fortalt at dersom de angret seg og ikke ønsket å delta, også etter intervjuet var gjennomført, hadde de mulighet til å trekke seg. Ingen informanter gjorde det.

I denne situasjonen var det viktig for meg å gå inn i intervjuene som forsker, ikke som hjelper. Når mennesker forteller om belastende hendelser og hvordan de har opplevd dem, kan det være lett å gå inn i rollen som kollegastøtte med et ønske om å utforske mer rundt hendelsene. Det ville jeg ikke gjøre, fordi det ikke var hensikten med intervjuet. Jeg var imidlertid forberedt på at det kunne komme følelsesreaksjoner som ville bli håndtert og fulgt opp.

Gjennomføring av intervjuer i Zoom har flere sider. Ikke alle er vant med dette digitale programmet, noe som medførte at det av og til ble litt tekniske utfordringer, både med lyd og bilde. Det var ikke alle som fikk kameraet til å fungere, eller hadde det påslått (dette var valgfritt, men med en mild oppfordring om å ha det på). Det å ikke kunne se informanten eller intervjueren gjør intervjuet mindre personlig, man går glipp av noe interaksjon som er mulig bare når man møtes ansikt til ansikt. Det skaper en viss avstand som jeg skulle ønske ikke var der. Både jeg som intervjuer og informanten kan gå glipp av viktig nonverbal kommunikasjon. I en intervjuetsetting der man møtes ansikt til ansikt, vil man kunne lese både kroppsspråk og ansiktsuttrykk lettere. Det kan gi intervjuer verdifulle tilbakemeldinger og

man har mulighet til også å ta hensyn til informantens nonverbale tilbakemeldinger. Dette kan i noen tilfeller være viktig når man snakker om belastende hendelser og hvordan dette har preget en. De intervjuene der begge hadde kameraet på, opplevde jeg som noe mer nære. Dette er ut fra mitt perspektiv, og jeg vet ikke noe om hvordan den enkelte informant opplevde akkurat dette. Men i det hele opplevde jeg at informantene var aktive under intervjuet. De delte sine erfaringer, tanker og følelser med meg.

En positiv side ved å intervju digitalt, var at det trolig gjorde det lettere å holde tiden som var satt av. Det brakte kanskje inn den distansen som gjorde at intervjuet begrenset mulighetene til å fokusere på synlige følelsesmessige reaksjoner, som kanskje hadde kommet tydeligere frem ansikt til ansikt, med kroppsspråket mer tilgjengelig. Begrensninger i det sosiale på grunn av det digitale, gjør kanskje også at det blir mindre utenomsnakk, at man holder seg mer til strukturen som er satt. Snitt-tiden for intervjuene var 45 minutter.

I alle intervjuene ble det tatt lydopptak direkte i Zoom, i tillegg til et backup-opptak ved hjelp av mobiltelefon og en ekstern mikrofon (i tilfelle tekniske problemer med Zoom-opptaket). Opptakene ble senere lagret sikkert med passordbeskyttelse på datamaskin og slettet fra opprinnelig lagringsplass. Kandidatene ble kodet med nummer, slik at opptak og notater ikke kan spores til navn. Oversikten er også lagret sikkert med passordbeskyttelse.

Det er ikke alltid lett å vite når man har nok informanter i kvalitativ forskning. Kvale og Brinkmann sier det enkelt: «*Intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite*» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Etter å ha intervjuet åtte personer i hver avdeling, opplevde jeg at det ikke kom særlig ny informasjon. Jeg opplevde at jeg hadde tilstrekkelig med informanter og at det var en del likheter i svarene. Forskjellene mellom avdelingene og mellom de som hadde og de som ikke hadde en kollegastøtteordning, kom også tydelig frem. Dersom jeg hadde opplevd at det stadig kom ny informasjon frem i intervjuene, var jeg forberedt på å ta inn flere informanter.

### 3.6 NVivo 12

Til tematisk analyse har jeg brukt programmet NVivo 12 (QSR International Pty Ltd., 2018) som digitalt verktøy. Programmet ble lastet ned fra UiOs nettsider. NVivo er spesialutviklet til analyse av kvalitative data. Det har en rekke funksjoner som gjør analysearbeidet lettere og mer oversiktlig. I programmet kan man ta inn alle former for filer, bilder og artikler, som man



vil bruke i prosjektet. Programmet har gode søkemotorer. Det gjør at man kan søke etter ord i hele materialet, og lage tabeller og oversikter over innholdet.

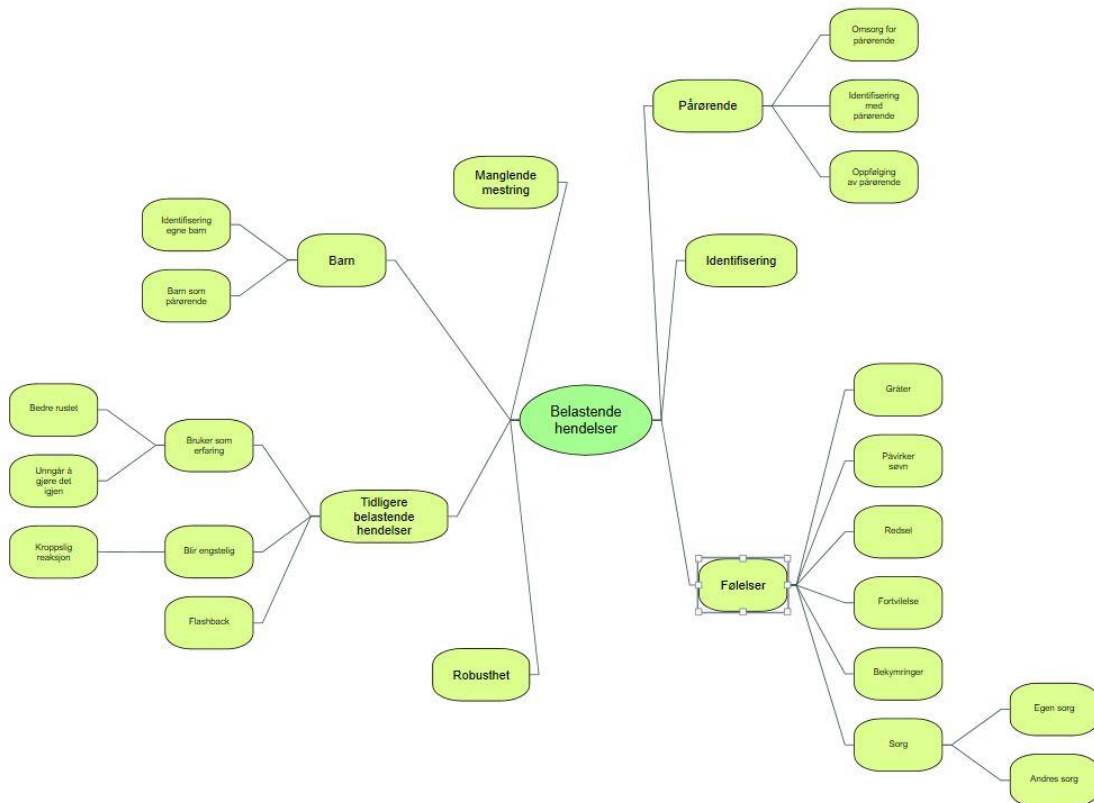
Lydfilene fra alle intervjuene ble lastet inn i NVivo, som har en egen funksjon som gjør transkriberingsarbeidet mye lettere. Når man åpner lydfilen, kan man velge funksjonen «*transkribering*». Når man da skriver, kan man skille mellom intervjuer og informant, og man får hele tiden tidslinjen som en egen kolonne. På denne måten har man kontinuerlig oversikt over tiden, og man kan i etterkant gå tilbake til nøyaktig samme sted dersom man trenger å lytte til deler av intervjuene senere. Da intervjuene var transkriberte, lagret jeg dem som rene tekstfiler i samme program. Også her ble tidslinjen lagret. Filene ble lagret med informantnummer og hvor de jobbet (eks. *Informant 11 - Intensiv-sykepleier, Medisinsk intensiv*). Det ble ikke lagret navn dette programmet.

Etter at transkriberingen var gjennomført kunne jeg bruke NVivo til å lage koder i analysearbeidet (mer om koding i kap. 3.7 tematisk analyse). Når jeg hadde kommet frem til de koder jeg ville bruke, eller som jeg fant underveis, kunne jeg markere teksten og knytte dette direkte til den aktuelle koden. All tekst jeg da hadde markert, ble lagret under denne koden. Ved å klikke på den enkelte koden kunne jeg få frem alle de ulike intervjuene og den eksakte teksten som var markert. På denne måten hadde jeg god oversikt over hvor innholdet fra alle kodene stammet fra, og hvem som hadde sagt noe om det i intervjuet (eks. *Informant 12 – Paramedic, Ambulanseavdelingen*). I oversikten over kodene kom det også frem i hvor mange filer (intervjuer) kodene var blitt brukt, og hvor mange ganger de hadde blitt brukt totalt (figur 1). Dette gjorde hele materialet oversiktlig. Det ble lett å lage en god struktur på kodene, og ikke minst, å se hvilke koder som var høyfrekvente og hvilke som ble lite brukt. Dette gjorde arbeidet med å sammenkoble liknende koder enklere. Det var også lettere å finne frem til sitater når det var koblet på denne måten.

Name	Files	References
BAKGRUNNSINFORMASJON	16	134
BELASTENDE HENDELSER	16	406
Belastende hendelse - beskriv	16	26
Belastende hendelse som har	16	51
Hvor ofte	13	15
Private hendelser påvirket på j	12	16
Barn	12	24
Belastende hendelse - uten op	10	11
Påvirket forhold til jobb	10	19
Pårørende	10	21
Tidligere belastende hendelser	8	11
Identifisering	8	16
Mestring	8	9
Påvirket av tidligere belastend	6	6

Figur 1. Koder i NVivo

Da jeg hadde kodet ferdig alle intervjuene, kunne jeg bruke NVivo til å lage tankekart i den tematiske analysen (figur 2). Denne funksjonen gjør det mulig å få en god oversikt og man kan bruke disse tankekartene for å lettere gjennomføre tematisk analyse.



Figur 2. Eksempel på tankekart – belastende hendelser

### 3.7 Tematisk analyse

I arbeidet med å analysere de innsamlede dataene, har jeg tatt utgangspunkt i Virginia Braun og Victoria Clarkes tematiske analyse i seks trinn. Metoden er anerkjent og er kanskje den mest hyppig brukte metoden for kvalitativ dataanalyse (Eggebø, 2019). Jeg har brukt deres artikkel "Using thematic analysis in psychology" (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse er en metode for å indentifisere, analysere og rapportere mønster eller tema man finner i data. Tematisk analyse er også en måte å vise leseren hvordan man har kommet frem til funn og resultater. Braun og Clarke har også skrevet en nyere artikkel som utdyper metoden og som forsvarer bruken av den (Braun & Clarke, 2021). Som beskrevet, består denne metoden av seks trinn. I det følgende vil jeg gå gjennom og vise hvordan jeg har gjort den tematiske analysen.

#### *Trinn 1 – Bli kjent med datamaterialet*

Trinn 1 handler om å bli godt kjent med datamaterialet. Ifølge Braun og Clarke er det viktig å dykke så langt som mulig inn i datamaterialet, slik at man blir godt kjent med både dybde og bredde av innholdet (Braun & Clarke, 2006). Dersom man har gjennomført intervjuene selv, har man allerede en viss oversikt. Ved å transkribere intervjuene, får man mulighet til å bli enda bedre kjent med materialet. Når man strukturerer materialet i tekstform, blir det lettere å få oversikt og struktureringen er i seg selv en start på analysearbeidet (Kvale & Brinkmann, 2015). Braun og Clarke (2006) anbefaler at man transkriberer verbatim, det vil si at man skriver ned ordrett det som blir sagt, gjerne også der man definerer pauser, latter, etc., slik at man i etterkant bedre kan skjønne innholdet ut fra den måten det ble sagt på, der man kan skjønne litt av stemningen og at man ikke mister viktig informasjon på veien (Braun & Clarke, 2006). Etter transkriberingen anbefales det at man leser nøye igjennom hvert intervju flere ganger, slik at man blir så godt som mulig kjent med innholdet. Allerede her kan man begynne å se etter mønstre og tenke på koder. Som tidligere nevnt lastet jeg alle lydfilene inn i NVivo og transkriberte alle intervjuene der. Deretter leste jeg gjennom samtlige intervjuer to ganger, og gjorde notater underveis. De brukte jeg senere til å lage koder. Notatene lagret jeg også i NVivo.

### *Trinn 2 – De første kodene*

Neste steg i modellen til Braun og Clarke (2006) er å lage de første kodene. Kodene skal på en måte identifisere interessante aspekter ved dataene som man senere kan analysere. Videre sier de at koding vil på en måte avhenge av om temaet er teoridrevet eller datadrevet. Dersom det er datadrevet, vil temaene avhenge av dataene, mens det i teoridrevne temaer vil man kanskje møte innholdet med spesifikke spørsmål som man vil kode ut fra. Ifølge forskerne er det viktig at man jobber systematisk gjennom hele datasettet og at man sørger for å kode så bredt som mulig, for så mange temaer eller mønstre man finner. Man vet ikke hva man vil få brukt for senere (Braun & Clarke, 2006). Man kan også bruke flere koder på samme data-uttrekk. Setninger før og etter selve uttrekket skal også inkluderes, slik at man beholder konteksten for koden.

I mitt prosjekt tok jeg først utgangspunkt i notatene jeg tok underveis i transkriberingsarbeidet, og lagde koder ut fra dette. Videre lagde jeg også koder underveis når jeg jobbet meg gjennom intervjuene. I gjennomgangen var det flere utsagn som kunne plasseres inn i ulike koder. Da jeg var ferdig med kodingen, hadde jeg en lang liste med ulike koder som var kommet frem både med bakgrunn i intervjumalen og det som kom frem i intervjuene.

### *Trinn 3 – Leting etter tema*

Det tredje trinnet i modellen begynner når man har kodet ferdig datasettet. Her skal man refokusere og samle de ulike kodene inn under mer overordnede temaer. Det er ifølge Braun & Clarke (2006) i denne fasen man starter analyseprosessen av de kodene man har valgt, og vurderer hvordan man kan sette sammen de ulike kodene og skape mer overordnede temaer. De sier at det i denne prosessen kan være nyttig blant annet å lage tankekart eller temakart ved å flytte kodene litt rundt der de kan passe. Da vil man bedre kunne se sammenhenger mellom kodene og de ulike temaene. Noen koder kan ende opp med å bli et overordnet tema. Andre kan bli undertema. Noen koder kan dessuten bli fjernet. Koder som ikke passer inn under de definerte temaer, kan man foreløpig legge i en diverse-mappe. Kanskje, kanskje ikke, får man bruk for noen av dem senere. Ved slutten av denne fasen sitter man igjen med en samling overordnede tema og undertema samt alle utsagn som er kodet under hvert tema (Braun & Clarke, 2006).

I dette trinnet av prosjektet, brukte jeg en delvis induktiv fremgangsmåte, ved å samle kodene under tema med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Induktiv tilnærming brukes ofte ved prosjekter der kvalitative data skal lede til nye begreper gjennom datastyrt analyse (Malterud, 2011). Jeg fant flere tema (se tabell 2 i kap.4 og nummerering derfra).

Første temaet var om belastende hendelser, der informantene fortalte hvilke opplevelser de mente var mest belastende. Ut fra svarene her kom det frem flere undertemaer. Informantene opplevde hendelser med barn og unge (1a) som verst, da dette vekket sterkeste reaksjoner. Pårørendeoppfølging (1b) ble også opplevd som belastende, da dette kunne være krevende situasjoner. Informantenes identifisering (1c) med pasient eller pårørende gjorde at de kunne bli mer påvirket av situasjonen og at det opplevdes som nærmere en selv. Psykologisk vekst (1d), der man opplever mestring og kommer styrket ut av en belastende hendelse, var det siste undertemaet her.

Neste tema handler om terskelen for å be om hjelp, der undertemaene blant annet handlet om hvilke forventninger det var til å tåle (2a) det man opplevde i arbeidet sitt og hvor robust (2c) man bør være i jobben. Men også hvor høye krav (2b) informantene stiller til seg selv? De siste undertemaet er om det oppleves lettere å hjelpe andre enn å be om hjelp selv (2d).

Tema nummer tre handlet om oppfølging. Dette temaet fikk undertemaer etter hvem som følger opp etter belastende hendelser. Det er blant annet den uformelle kollegastøtten (3a) en får fra kollegaene, manglende nettverk på arbeidsplassen (3b) og de ulike rollene lederne har (3c). De to siste undertemaene var manglende systematisk oppfølging (3d) og organisert kollegastøtte gjennom EFOK (3e).

#### *Trinn 4 – Revurdering av tema*

I trinn fire skal man gå kritisk gjennom og revurdere temaene. Man skal nå vurdere om det er noen «tema» som egentlig ikke er et tema, det vil si at det ikke er nok data til å støtte dannelsen av et tema, og om temaet derfor bør endres. Man kan også tenke seg at det er flere tema som er såpass like at de kan samles til ett tema, mens andre derimot trenger kanskje å deles opp til flere ulike tema (Braun & Clarke, 2006). Dette trinnet inneholder to nivå av revurdering. Fase én handler om å revurdere datauttrekkene og kodene på hvert enkelt tema og for å se om de danner et mønster (en sammenheng). Om det danner et mønster, kan man gå

til fase to. Dersom det ikke danner et mønster, må man se om temaet i seg selv er problematisk eller om det er noen data som ikke passer inn. Fase to er å gjøre en ny kritisk vurdering av om de temaene man har passer inn og gir et godt bilde av hele datamaterialet. Artikkelforfatterne anmerker at man kan fortsette å kode og revurdere i «det uendelige», da dette er en prosess man kan gå dypere og dypere inn i. Det er derfor viktig at man setter grensen der man selv er rimelig fornøyd og mener at man sitter igjen med en liste over tema som representerer datamaterialet på en god og rimelig helhetlig måte (Braun & Clarke, 2006).

Jeg brukte mye tid på dette og kom etter hvert frem til at de temaene jeg hadde funnet, var representative og gode nok til at jeg ville jobbe videre med dem.

### *Trinn 5 – Definer og gi temaene navn*

I denne fasen skal man til hvert enkelt tema prøve å finne treffende navn, som fanger essensen på en god måte. For hvert enkelt tema skal man prøve å fange hva som er historien for temaet, og se om det passer med den overordnede historien som man vil formidle basert på egne forskningsspørsmål og data. Til slutt i denne fasen skal man prøve å gi en god og konsis forklaring på de temaene man har funnet og gi dem navn som er treffende, presise og fengende på måter som kan gi leseren en forståelse av hva temaet handler om (Braun & Clarke, 2006).

Temanavnene jeg endte opp med var: *belastende hendelser, terskel for kontakt og de ulike hjelpere* (tabell 2).

### *Trinn 6 – Skriv rapporten*

Det siste trinnet i Braun & Clarkes (2006) tematiske analyse er å skrive selve rapporten. Når man har arbeidet ferdig med temaene skal man fortelle en overbevisende historie om datamaterialet sitt. Det er viktig å finne gode uttrekk og sitater som kan illustrere tema og undertema på nyanserte måter. Man må ha argumenter som passer til og er relatert til forskningsspørsmålene (Braun & Clarke, 2006).

### 3.8 Vitenskapsteoretiske hensyn

#### *Pålitelighet og egen forskerrolle*

Et annet ord for pålitelighet er reliabilitet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) handler det om troverdigheten og konsistensen til forskningsresultatene. Reliabilitet behandles i sammenheng med om det ville vært mulig for andre forskere å reprodusere et resultat (Kvale & Brinkmann, 2015). Det som også er med på å påvirke påliteligheten er refleksivitet, som innebærer at forskeren erkjenner og overveier betydningen av eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2011).

Det er med bakgrunn i min egen interesse og engasjement for kollegastøtte at jeg har valgt å undersøke dette temaet. Jeg er selv en del av kollegastøtteordningen i ambulansetjenesten og er klar over at det kan være med å påvirke både min forforståelse og hvordan jeg tolker resultatene. Det er ifølge Malterud (2011) vanlig at en slik forforståelse er en viktig motivasjonsfaktor for å forske innenfor et tema (Malterud, 2011). Tjora (2012) sier også at det er vanlig at forskere har et spesielt engasjement innenfor temaet de skal forske på. Siden kvalitativ forskning omhandler fortolkning, vil det være vanskelig å oppnå fullstendig nøytralitet (Tjora, 2012). Det har vært viktig for meg i alle faser av oppgaven å ha min egen rolle i bakhodet og forsøke å sikre pålitelighet til oppgaven. Fra jeg utviklet intervjukjemaet, gjennomførte intervjuene, transkriberte og gjennomførte tematisk analyse til senere tolkning og drøfting av funn har fokuset vært å få frem informantenes meninger. Av samme grunn har jeg i resultatdelen brukt mye sitater.

Med en utførlig metodebeskrivelse av oppgaven og analysearbeidet mener jeg det vises stor grad av transparens, og at det dermed styrker påliteligheten og troverdigheten til oppgaven.

Det kan være noen svakheter med studien i forhold til pålitelighet. En svakhet kan være at jeg har forsket alene, og at det er første gang jeg gjennomfører en slik undersøkelse. Tidlig og nær kontakt med veileder mener jeg har demmet opp noe for dette. En annen svakhet kan være min tilknytning til ambulanseavdelingen. Siden jeg er godt kjent med ambulanseavdelingen, men ikke like kjent med intensivavdelingen, kan dette medføre at mine tolkninger bærer preg av min forforståelse og egne erfaringer fra egen avdeling. Jeg har større kunnskap om en ambulansesarbeiders hverdag, enn arbeidshverdagen til en intensivsykepleier. Det er derfor mulig at underforståtte meninger og utsagn fra de to ulike gruppene vil kunne tolkes forskjellig og dermed ubevisst påvirke mine funn. Jeg har derfor forsøkt å fordype meg

i forskning innenfor feltet, som jeg har brukt når jeg har tolket og drøftet egne funn. I tillegg har dette vært et fokus når jeg har hatt veiledning. Noe som også kan være med å sikre påliteligheten.

### *Relevans*

Kollegastøtte er et aktuelt tema, som har blitt enda mer aktualisert under den pågående pandemien. Flere helsepersonell etterspør kollegastøtte, og det har i de siste årene vært et økt fokus på dette i helsevesenet (Amdahl, 2019; Tømmerbakke, 2020).

Fra før er det kjent at både ambulansesarbeidere og intensivsykepleiere har belastende yrker, og at det er forhøyet forekomst av angst depresjon, utbrenthet og PTSD i disse gruppene (Adriaenssens et al., 2015; Lawn et al., 2020), og at kollegastøtte har en antatt effekt i forhold til forebygging av disse lidelsene (Sterud, Hem, Ekeberg, et al., 2008). Det er også kjent at det ofte er manglende systematisk oppfølging etter belastende hendelser (Levi et al., 2021).

Forskning har også vist at terskelen for helsepersonell å be om hjelp er høy (Steege & Rainbow, 2017). Dette er kanskje uavhengig om man har en kollegastøtteordning eller ikke. Selv om man har en kollegastøtteordning, er ikke det ensbetydende med at den blir brukt eller har en effekt. Med denne oppgaven mener jeg å kunne vise at en oppsøkende kollegastøtteordning er et viktig kriterium for at en slik ordning skal ha best mulig effekt. Altså at personellet selv slipper å be om hjelp, men at de blir kontaktet etter gitte hendelser og situasjoner. Dette er relevant når man skal organisere og/eller evaluere kollegastøtteordninger.

### *Gyldighet*

Gyldighet er et annet ord for validitet (Krumsvik, 2014). Med det menes blant annet om man har brukt riktig metode for å finne svar på de spørsmålene man stiller og representerer svarene den virkeligheten som har blitt studert? Som jeg har beskrevet i metodekapittelet, mener jeg å ha brukt riktig metode for å kunne svare på min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Jeg har hatt som mål å ha en kontinuerlig prosessvalidering av mitt prosjekt. Med dette menes at man validerer prosjektet gjennom alle fasene; planleggingsfasen, intervjusettingen, transkriberingen, analysen og selve rapporteringen (Kvale & Brinkmann, 2015). Veileder har



også bidratt underveis med innspill og kommentarer etter å ha lest igjennom analyse, resultater og drøfting. Dette mener jeg er med på å styrke validiteten for oppgaven.

Generalisering (også kalt overførbarhet) handler om resultatene kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015). Selv om det er et relativt lite utvalg, er resultatene ganske entydige, og jeg antar at man kunne funnet tilsvarende resultater med et annet informantutvalg innenfor lignende avdelinger. Jeg mener derfor at disse funnene er overførbare.

### 3.9 Godkjenninger

Studien er godkjent hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 3) og personvernombudet ved OUS (vedlegg 4). Jeg har også fått godkjenning fra avdelings- og klinikkledere ved aktuelle avdelinger og den enkelte informant som har levert skriftlig samtykke.

## 4 Resultater

I dette kapittelet skal jeg ta for meg resultatene fra den tematiske analysen av intervjuene i oppgaven. Delen er delt opp i samme struktur som forskningsspørsmålene, ved at hver underdel presenterer resultater opp mot et forskningsspørsmål. I hver del går jeg først kortfattet igjennom innholdet fra intervjumalen under hvert forskningsspørsmål, slik at det fremkommer hva jeg snakket med informantene om under dette spørsmålet. Deretter kommer jeg til å gå igjennom temaene jeg fant i den tematiske analysen.

Med en fenomenologisk tilnærming er jeg opptatt av å vise informantenes erfaringer og hvordan de opplever disse temaene. For å kunne legge det tettest mulig opp mot deres virkelighetsforståelse, velger jeg å bruke en del sitater.

Når jeg er inne på resultatene og temaene fra den tematiske analysen, kommer jeg til å henvise til tallene 1-3 for hovedtema, og a-e for undertema (Eks: 1c = *Identifisering* under temaet *Belastende hendelser*). Følgende hovedtema og undertema kom frem under den tematiske analysen:

1. Belastende hendelser	2. Terskel for kontakt	3. De ulike hjelperne
a) Hendelser med barn og unge er verst	a) Forventninger om å tåle	a) Uformell kollegastøtte
b) Pårørendeoppfølging	b) Høye krav til en selv	b) Manglende nettverk
c) Identifisering	c) Robust	c) Lederens ulike roller
d) Psykologisk vekst	d) Lettere å hjelpe enn å be om hjelp	d) Manglende systematisk oppfølging
		e) EFOK

Tabell 2: Hovedtema og undertema fra tematisk analyse

### 4.1 Belastende hendelser

Første del i intervjuguiden, under forskningsspørsmålet «*Hvordan har deltakerne opplevd belastende hendelser i sitt arbeid?*», er også det første temaet i den tematiske analysen.

Informantene ble i intervjuene spurt hva de mente var en belastende hendelse, deretter ble de bedt om å fortelle om en belastende hendelse som hadde preget dem, på hvilken måte de var preget og hvor lenge de var preget av hendelsen. Videre utforsket jeg hvordan denne hendelsen senere har preget forholdet til jobben deres, og om informantene har hatt belastende hendelser uten å ha blitt fulgt opp av noen i ettertid. Se ellers intervjumal (vedlegg 2). I det

følgende vil jeg presentere de viktigste funnene fra den tematiske analysen opp mot disse spørsmålene.

Dette er helsepersonell som har jobbet ved akuttavdelinger over en tid, og samtlige informanter har opplevd belastende hendelser. Det var et inkluderingskriterium for deltakelse. Det er forskjell i beskrivelsene av belastende hendelser; respondentene kommer fra ulike arbeidsmiljø og det påvirker svarene. Siden det er mange ulike personer som ble intervjuet, er det også ulike beskrivelser av belastende hendelser. Det som allikevel er tydelig i intervjuene og i den tematiske analysen, er at behandling av barn og unge oppleves som verst, etterfulgt av ivaretagelse av pårørende. De to delene skiller seg ut som det mest belastende. Det kommer dessuten tydelig frem at der informantene identifiserer seg med pasienten eller pårørende, oppleves det som ekstra belastende.

#### *Hendelser med barn og unge er verst (1a)*

I flertallet av intervjuene kom det frem at noe av det mest belastende var å håndtere barn og unge, både som pasienter og som pårørende. Dette kunne være for eksempel ved omsorgssvikt, hjertestans hos barn, selvmord og selvmordsforsøk blant unge, eller når barn er pårørende til alvorlig syke eller skadde.

*«Ehh, alt det her med trafikkulykker og det som skjer der, er noe vi trener på og driver med, som vi forventer å se. Men det å komme til en familie hvor kanskje mor og far drikker og et lite barn sitter aleine, eller en unggutt sitter aleine og... Nei, det er bare sorgen. Det er kanskje verre enn alt det andre.» (Paramedic)*

Sitatet viser hvordan barn og unge ofte er i en klasse for seg. Dette gjelder både for informanter med og uten barn selv.

Medisinsk intensiv er en voksenavdeling. De har sjeldent barn som pasienter, men en del unge pasienter, og barn som pårørende.

*«Men de hendelsene som jeg opplever som mest belastende (...), de situasjonene hvor vi har barn som pårørende, de synes jeg kan være veldig belastende. (...) det siste var jo en arbeidsulykke, (\*beskrivelse av hendelsen), som ikke gikk bra. Og han hadde jo to barn, og, ja, jeg tror de*

*var åtte og ti eller noe, som skulle komme og si «ha det» til faren sin. Det synes jeg var vanskelig.» (Sykepleier)*

Hendelser med barn og unge kom tydeligst frem iblant ambulanspersonellet, men det var også fremtredende blant sykepleierne. Ambulanspersonellet har flere barn og unge som pasienter og de ser også omgivelsene de er i, i motsetning til sykepleierne som har disse pasientene/pårørende inne på avdelingen. Disse forskjellene kan gjøre at ambulanspersonellet blir påvirket i større grad.

### *Pårørendeoppfølging (1b)*

Det å følge opp voksne pårørende som er i krise er også beskrevet som belastende. På ambulansen kommer man ofte i den akutte situasjonen, når hendelsen akkurat har skjedd. Det er ikke alltid man får til å følge opp pårørende slik man ønsker, fordi man må haste inn til sykehus. Ved intensivavdelingen må man ofte følge opp de pårørende over tid, og forholder seg til deres krise og sorg sammen med dem. Dette er beskrevet av flere som veldig tøft og utmattende psykisk.

*«Men jeg synes nok kanskje pårørendearbeid er det som er tyngst faktisk, og som går mest inn på meg i jobben min. (...) Jeg synes det er mentalt slitsomt. Man må gi så veldig mye av seg selv som person for å følge dem opp og stå i det med dem på mange måter, og oppleve det de går igjennom. Det er jo veldig tungt det de står oppi. Det krever jo veldig mye av en som person, synes jeg. Mer som person enn som intensivsykepleier.»*

*(Sykepleier)*

En annen beskriver det på denne måten:

*«Hun var jo selvfølgelig i sjokk, men det bare ble så belastende for oss som var der, fordi vi fikk ikke tid til å ta vare på henne som vi skulle holde i live til organdonasjonen. Istedenfor så hadde vi fullt fokus på mor. Og det var veldig mye i ettertid. Hun ringte hele tiden, hver dag, ville ha informasjon; «kunne vi ha redda?», «kunne hun ha overlevd?», «kunne hun ha våknet ifra koma?», sånne ting. Så det har vært, det synes jeg har vært det mest belastende, egentlig.» (Sykepleier)*

Pårørendearbeid er en viktig del av jobben i begge avdelingene. Selv om det er ulikt hvor lenge en må forholde seg til de pårørende, oppleves det som en belastende side av arbeidet for så å si alle informantene, både blant ambulanspersonell og sykepleierne.

### *Identifisering (1c)*

Et annet undertema som kom frem, var identifisering med pasient og pårørende. Flere beskriver at det ofte er belastende fordi informantene identifiserer seg med personene (pasient eller pårørende) og tenker at dette kunne skjedd med meg eller med noen av mine. En sykepleier beskriver det slik:

*«...de barna var på alder med mine barn. (...) jeg identifiserte meg med henne og med mannen og alt. (...) Men, det satte seg på en eller annen måte i kroppen min da. Jeg gråt, jeg sykla på vei hjem og klarte ikke å slutte å tenke på henne. Jeg begynte å lukte de luktene som var inne på det pasientrommet. Aldri opplevd noe sånt før. Og lukte lukten av henne og hennes hud, og barna. Nei, da kjente jeg bare - det er ikke normalt at jeg skal ha det sånn.» (Sykepleier)*

Eller som en paramedic beskriver det:

*«Det var en dame i 40-årene som skulle hjem fra (\*navn på sykehuset). Hadde cancer med metastaser til skjelett og hjerne, og hadde ikke veldig mange dager igjen. Men hun hadde ytret ønske om å få lov til å dø hjemme og når vi skulle kjøre henne hjem, kom vi inn i gangen - det første vi ser der er barnesko. Men hverken mann eller barn er hjemme akkurat da, det er kun hjemmesykepleieren. Så har hun fått en sykehjemsseng i stuen og over der har barna hengt opp tegninger. De var nok en fire-fem år, for det var sånne typiske barnetegninger. Det stod at de ønsket at mamma skulle bli bra igjen. Og det er, altså uansett om det hadde vært første eller om det hadde vært nylig, så tror jeg det hadde påvirket meg like mye i dag som det gjorde for (\*antall) år siden. Samtidig så får man også et litt annet perspektiv på livet. Man blir kanskje litt mer - man blir jo litt mer glad for*

*det man har. Men nei, jeg tenker fortsatt på den familien hver gang jeg kjører forbi det huset og ser det.» (Paramedic)*

Når informantene identifiserer seg på denne måten, oppleves hendelsen mye nærmere på et personlig plan, og det påvirker mer. Det å knytte seg selv inn til en situasjon eller hendelse som er alvorlig, kan prege hvordan man selv ser på sitt eget liv og forholdet til sine egne nære/pårørende. Identifisering kom tydelig frem hos flertallet av informantene som belastende, både blant sykepleierne og ambulanspersonellet.

### *Psykologisk vekst (1d)*

Belastende hendelser har ikke bare en negativ påvirkning. En annen side ved belastende hendelser er at mange opplever at de kommer styrket ut av dem og at de opplever en form for psykologisk vekst.

*«Egentlig så føler jeg at de hendelsene gjør egentlig at jeg blir litt mer forberedt på hva annet man kan møte. Og så er man også litt mer var på hvordan man reagerer i forskjellige situasjoner. Man lærer jo å kjenne seg selv på en annen måte. Jeg føler ikke at jeg er noe mindre glad i jobben min, av å være i sånne hendelser. Jeg føler meg heller mer forberedt på at sånn kan jobben være, etter sånne hendelser.» (Paramedic)*

Det at man oppleve at man kommer styrket ut av belastende hendelser, vitner om en grad av resiliens eller motstandsdyktighet. Dette temaet kom frem både blant sykepleiere og ambulanspersonellet. Mer enn halvparten av begge gruppene beskriver at selv om det er belastende hendelser, så opplever de en mestring når de jobber godt sammen, eller når de har prøvd alt som står i sin makt for å redde pasienten(e).

## 4.2 Hvem har gitt tilbud om oppfølging?

Denne delen av intervjuet omhandler hvem som har gitt tilbud om oppfølging etter belastende hendelser, om det var en leder eller andre, og om det finnes en egen ordning som ivaretar dette. Videre spurte jeg om de selv har tatt kontakt dersom de har hatt behov for oppfølging, og om det er lett å ta kontakt dersom de har behov (se ellers vedlegg 2 for andre spørsmål).

På spørsmål om hvem som har gitt tilbud om oppfølging, sier samtlige informanter at de har fått oppfølging fra sine nærmeste kollegaer, fra leder, kollegastøtteordning, psykolog eller andre. Andre som blir nevnt er samboere, familie, venner, leger eller andre kollegaer de ikke jobber sammen med.

På spørsmål om det finnes en ordning som ivaretar behovet for oppfølging, svarer samtlige som jobber i ambulanseavdelingen at det er kollegastøtteordningen EFOK som har gitt tilbud om dette. De som jobber på medisinsk intensiv, sier at det ikke finnes en formell ordning som ivaretar dem.

Mer om dette kommer i avsnittet «De ulike hjelperne».

### 4.3 Terskel for kontakt

Tema nummer to, *Terskel for kontakt*, har flere undertemaer; 2a) forventninger om å tåle, 2b) høye krav til en selv, 2c) robust og 2d) lettere å hjelpe enn å be om hjelp.

Når man har valgt ambulansetjenesten eller intensivsykepleien, har man valgt å jobbe med akutt dårlige pasienter og å jobbe på et felt der det er små marginer mellom liv og død. Man vet i stor grad hva yrket går ut på og hva man kan forvente av situasjoner. Pasienter som kommer på en intensivavdeling, er alle dårlige og trenger akuttbehandling. Det er ikke sjelden at pasienter dør mens de ligger på intensivavdelingen. I ambulansetjenesten kommer man ofte ut for pasienter som er hardt og livstruende skadet, har fått hjertestans eller har andre medisinske eller kirurgiske akutttilstander som krever umiddelbart innsats. I begge disse yrkene ligger det også en forventning om at man skal tåle en del (2a) og være forberedt til kunne stå i disse situasjonene (De Boer et al., 2014). Dette er en forventning som både ligger hos en selv og som en tror at andre forventer av en (Van Mol et al., 2015). En sykepleier sier dette om hvordan hen ble møtt da hen ville snakke om en belastende hendelse med en kollega:

*«(...) da prøvde jeg meg på en eldre kollega, en skikkelig garva intensivsykepleier. Jeg er liksom det selv også, men hun er enda mer, og var bare sånn; "Nei! - takler du ikke sånne ting, så kan du ikke ha denne jobben!» (Sykepleier)*

Informantene stiller altså høye krav til seg selv (2b) og kollegaer, og har store forventninger til at man må være *robust* (2c) nok til å kunne stå i det.

*«(...) fordi det å jobbe på en intensivavdeling, det er jo per def. belastende, så hvis man skal være intensivsykepleier og jobbe som intensivsykepleier, så er det belastende. Det kommer man ikke utenom. Det finnes jo ikke en intensivavdeling som det ikke er belastende på en eller annen måte.»*

*(Sykepleier)*

Eller som en paramedic sier det:

*«Det er jo en del av det yrket du har, og jobben du skal utføre. Vi skal måtte se blod, klin og innvoller og brudd og slikt, og det må du bare forholde deg til. Og så er det å spjelke og tape og så er det å kjøre på sykehus, og så vaske og være klar for neste tur. Det er så brutalt!» (Paramedic)*

Det er også flere som sier at det å be om hjelp til å takle ting sitter langt inne. Som det kommer frem i undertema 2d, synes informantene det er lettere å hjelpe enn å be om hjelp:

*«Det er mye lettere å hjelpe enn å be om hjelp. Jeg tror det er litt sånn typisk i sånne yrker som vi har, at vi identifiserer oss veldig som hjelperen og får litt vondt i magen av å selv trenge hjelp.» (Sykepleier)*

En annen sykepleier synes det kan være utfordrende å snakke med kollegaer om hvordan hen har det:

*«Jeg snakker nok mer om det overfladisk. Jeg nevner ikke det der om at... Som jeg sa, intensivsykepleiere er ganske sterke folk. Og med mye meninger. Og det er ikke til alle jeg sier at jeg er stressa eller har høye skuldre, eller sånt. Sånne ting nevner man ikke! (...) Ja, man skal tåle det og man skal stå i det, eller så har man ikke noe der å gjøre (he, he).»*

*(Sykepleier)*

Det er flere som, på bakgrunn av forventninger fra andre (2a), beskriver at det kan oppleves som flaut å ta kontakt for å be om oppfølging: *«Fordi jeg tror kanskje folk går og føler som meg, men kanskje ikke sier det høyt, for det er jo litt flaut.»* Da jeg spurte sykepleieren hvorfor det er flaut: *«Det er liksom å grue seg, og tro at man ikke er bra nok. Man får jo liksom den følelsen da, litt sånn dårlig selvtillit. Og så føler jeg at alle andre har god selvtillit. Men de har jo sikkert ikke det.» (Sykepleier)*



En paramedic sier det omtrent likt: «*Noen vil kanskje synes det er litt leit eller flaut å måtte ringe og si at dette taklet jeg ikke, eller dette orket jeg ikke, eller jeg trenger hjelp til å prate med noen (Paramedic).*» Mange informanter sier at det skal en del til før de ville bedt om hjelp eller ønske om samtale/oppfølging. Det er lett å be om hjelp på vegne av andre, men ikke på vegne av en selv. Jeg forstår dette som forventninger om å tåle og hva andre forventer av deg. Det handler nok også om hvordan arbeidsmiljøet er og hvem som jobber der. Hvem trekkes til disse yrkene? De fleste, fra begge avdelingene, er tydelige på at man bør være robust for å kunne stå i en slik jobb over tid. De aller fleste informantene var enige om at terskelen for å ta kontakt selv var for høy.

#### 4.4 De ulike hjelperne

I det følgende vil jeg se forskningsspørsmål to: «*Hvem har gitt tilbud om oppfølging etter belastende hendelser?*», i sammenheng med hvordan informantene har blitt fulgt opp.

Med utgangspunkt i forskningsspørsmål tre: «*Hvordan har deltakerne blitt fulgt opp etter belastende hendelser?*», ble informantene bedt om å fortelle om en konkret oppfølging etter en hendelse, om man ble fulgt opp alene eller sammen med andre i en gruppe og hvem som leder oppfølgingen. Jeg utforsket hvilken betydning samtalen hadde, hvordan oppfølgingen hjalp til å bearbeide tilstanden og på hvilken måte samtalen var viktig for å ivareta informanten. Videre undersøkte jeg om informantene hadde fått den oppfølgingen de mente de trengte og på hvilken måte en slik oppfølging har betydning for jobbtilfredshet og funksjonsevne på jobb.

#### *Den uformelle kollegastøtten (3a)*

Som beskrevet tidligere er det mange som følger opp etter en hendelse, både formelt og uformelt. Samtlige informanter i begge avdelingene beskriver kollegaer som en form for kollegastøtte. Dette kom frem i den tematiske analysen om den uformelle kollegastøtten. Kollegaene er lett tilgjengelige, på vaktrom, på post sammen eller i ambulansen. De sier at de treffes i sosiale sammenhenger utenfor jobb eller at man lett kan ringe eller sende SMS til hverandre. Mange har tett kontakt med kollegaene også på fritiden, noe som gjør at flere har mange ulike arenaer for å snakke om hendelser som berører. På jobb er det ofte sine nærmeste kollegaer en tilbringer mest tid sammen med, kjenner best og deler mest erfaringer med.

Kollegaer opplever ting sammen, og kan i den anledning snakke om hendelser direkte. Kollegaene kjenner ofte godt til hva man har vært med på eller opplevd, og kan ofte relatere seg til lignende hendelser.

*«(...) vi har mulighet til å snakke sammen. Det at vi er to når vi snur pasienten, det er så mye debriefing under snuing, du aner ikke. Fordi du klarer å ta opp en hendelse fra i går, eller ta opp det hvordan det var i stad, eller hvordan du kan unngå at det blir sånn og sånn, eller hva synes du om legens forordning her? Altså, det er så mye kollegastøtte på uformelt vis.»*  
(Sykepleier)

Eller som en paramedic beskriver det:

*«Etter at du har vært på et oppdrag med en kollega, så er det naturlig å snakke med en kollega om hva vi har vært med. Debriefe oss selv om det vi har vært med på, på turen. Snakker igjennom, hva gjorde jeg, hva gjorde du? Gjorde vi det riktig, gjorde vi det feil? Så mye av den bearbeidinga du har mentalt, skjer jo på den måten.»* (Paramedic)

Det er likevel ikke alle som har gode og tette kollegaer, eller har det samme nettverket på arbeidsplassen. Dette kom også frem i undertema 3b – *manglende nettverk* (fra temaet De ulike hjelperne). Disse vil ha mer begrensede muligheter til oppfølging: *«Men, jeg tror nok at det er noen som ikke har så mange nære relasjoner på jobb, som kanskje sitter med mindre muligheter for å snakke sammen.»* (Sykepleier)

Flere beskriver at det ikke er alle kollegaer en vil dele sine følelser og opplevelser med. Noen beskriver også at de synes det er vanskelig å dele for mye med sine kollegaer av sine innerste tanker og følelser.

*«Fordi som jeg sa, vi snakker jo veldig mye med hverandre, vi kollegaene, men det er jo også veldig sånn tilfeldig og avhengig av hvem av kollegaene dine som sto i den situasjonen sammen med deg. For det er jo sånn at du har bedre kontakt med noen kollegaer enn andre. Ja, så, så det er ikke alle ..., jeg kan jo ha stått i den situasjonen med noen jeg ikke føler det er like naturlig å betro følelsene mine til.»* (Sykepleier)

Det viser seg at selv om det er mest naturlig å snakke med sine kollegaer, er det ikke alle som har den samme muligheten til å gjøre det. For de som ikke har så godt nettverk på arbeidsplassen, vil det begrense denne form for oppfølging. Dette gjelder for både ambulanspersonellet og sykepleierne.

### *Lederens ulike roller (3c)*

Leder er nevnt av mange som en som også kan følge opp etter belastende hendelser. De fleste har sagt at de har et godt forhold til sin nærmeste leder. Lederen kjenner den ansatte og ivaretagelse av ansatte skal være en del av lederoppgaven. Lederen har som regel også god kjennskap til arbeidet på avdelingen og vet hva arbeidet går ut på og hvilke situasjoner som kan være belastende. God kjemi med nærmeste leder oppleves også som støttende.

Det har imidlertid blitt nevnt noen problematiske sider ved å bli fulgt opp av sin nærmeste leder. En side som flere har nevnt handler blant annet om at lederen har (minst) to roller – en rolle som hjelper og en rolle som overordnet – og når disse rollene blandes kan det medføre utfordringer. En leder kan påvirke karrieremuligheter til den ansatte og man kan tenke seg at man er redd for å vise seg svak for sin nærmeste leder, og da ikke få samme mulighet til ansvar og utvikling gjennom jobben. Dette vil høyne terskelen for å ta kontakt og be om hjelp.

*«Den største utfordringen er vel kanskje interessekonflikten du har, fordi du ønsker å være en ansatt som fremstår som trygg og flink, og ikke gjør noen feil og ikke har noen problemer og ikke er en belastning. Ehm., og det er vanskelig å få det sammen med at du kanskje har et problem eller synes noe er vanskelig på jobb eller, ja. Så jeg føler det er to sider som er vanskelig å kombinere.» (Paramedic)*

Et annet aspekt er at lederen også har ansvar for å følge opp dersom det har skjedd en behandlingsfeil eller skjedd andre avvik som kan ha personalmessige konsekvenser. Det vil da ikke være hensiktsmessig at denne lederen har oppfølging i slike saker. Flere beskriver det som noe problematisk å dele sine personlige tanker og følelser med sin nærmeste leder og at dette ikke føles naturlig.

*«Fordi jeg synes det å skulle prate med leder om vanskelige hendelser, jeg føler at det blir galt. Jeg føler at det blir å blande to roller som ikke burde*

*blandes. (...) Men jeg har jo også pratet med sjefen om ting, litt sånn kort og konkret, men de trenger på en måte ikke vite dine innerste tanker.»*

*(Paramedic)*

Noen sier også at man antar at lederen har det så travelt, og ikke har tid til å følge opp, og at dette vil høyne terskelen for å ta kontakt med lederen.

*«Intuitivt så tenker jeg at det ikke er nærmeste ledere som nødvendigvis trenger å gjøre det best, da ikke sant? Fordi nærmeste leder skal du jo forholde deg til med så mange andre ting. Praktiske ting. (...) Men, så det rent personlig for meg, så ville det nok vært lettere at det var en annen som hadde det ansvaret.» (Sykepleier)*

Lederoppfølging har flere positive sider, men som vi kan se over, finnes det flere problematiske områder som gjør at det ikke er optimalt at man kun skal følges opp av nærmeste leder etter belastende hendelser. Dette kommer frem hos både ambulansespersonellet og sykepleierne.

### *Manglende systematisk oppfølging (3d)*

På spørsmål om det finnes en ordning som ivaretar sykepleierne på medisinsk intensiv etter belastende hendelser eller når de har behov for det, er svaret samstemt: Det mangler en systematisk oppfølging. De har psykiater tilknyttet avdelingen, og psykiateren debriefer noen ganger etter spesielle hendelser, men det er tilfeldig om det blir iverksatt noen oppfølging. En sykepleier sier det på denne måten:

*«Altså, det med oppfølging sånn i etterkant, det er jo litt sånn sporadisk for oss da (...) Det hender jo, men da er det vi selv som tar initiativ til det, at vi har en debrief i etterkant. For noe kan jo være tøft for noen og ikke for andre og så videre, så det er kun i helt spesielle tilfeller vi gjør det. Og det er nok ikke helt systematisk.» (Sykepleier)*

Selv om det er beskrevet manglende systematisk oppfølging, er det av og til mulig å for eksempel bli fulgt opp av psykiater eller delta på en debrief der man går igjennom hendelsen.

## Psykiater

På medisinsk intensiv er det tilknyttet en psykiater som jobber fast på avdelingen. De ansatte forteller at psykiaterens oppgave å ivareta pasienter og pårørende, men også kunne ivareta ansatte som har behov for oppfølging etter belastende hendelser. Flere har sagt at de synes det er fint at psykiateren er tilgjengelig på avdelingen, og noen (to) forteller at det har vært en ordning der hen har organisert en samling kalt «ventilen», der man kan ta opp ulike tema. Psykiateren beskrives som godt likt, en som kjenner avdelingen godt og er tidvis tilgjengelig. I analysen kommer det likevel frem at terskelen for å ta kontakt med psykiateren er høy, og at det ikke er alle som har hatt oppfølging av hen. Dette blir sagt av flere.

*«Jeg tror terskelen er høy for alle. Vi føler jo kanskje at det er jo ikke bare for oss den psykiateren er der, heller. De har jo mye å gjøre ellers, så jeg føler ikke at det er så mye rom for det heller, på mange måter. Man sier at det er et tilbud, men jeg vet ikke hvor lett tilgjengelig det tilbudet egentlig er da.» (Sykepleier)*

Det er også utfordrende at de må be om samtale dersom de har behov for det. Andre igjen sier at de i noen tilfeller har fått tilbud om samtale, men at de har avslått tilbudet. Noen er usikre på om det fortsatt er anledning til å bruke psykiateren som støtte:

*Vi har en psykiater som er tilknyttet avdelingen. Men jeg synes den ordningen er forsvunnet og jeg har ikke fått noe informasjon om at vi kan benytte oss av det nå. Spesielt nå sist siden korona kom, så har nok det forsvunnet veldig og fokuset blitt på korona, rett og slett. Så jeg føler ikke vi har noe tilbud som er til oss.» (Sykepleier)*

Felles for alle sykepleierne er at oppfølgingen av psykiateren fremstår som tilfeldig. Man må be om det selv og det kan virke som terskelen for å ta kontakt med psykiateren er høy.

## Debriefing på medisinsk intensiv

Etter spesielle hendelser blir det det av og til iverksatt en debrief på medisinsk intensiv. Det er ikke alle sykepleierne som har deltatt på denne form for oppfølging eller som har fått tilbud om det. De sykepleierne som har deltatt, omtaler debriefen som en teknisk gjennomgang, der

man går igjennom behandlingsforløpet. Debriefen blir gjennomført noen dager, opptil uker, etter hendelsen. Debriefen er som regel styrt av ansvarlig lege eller psykiater på avdelingen. Ofte er dette samtaler med mange deltakere, og varigheten er rundt en time. Det er uklart hvem som har anledning til å delta på debriefen, men noen sier at det er for dem som har hatt direkte kontakt med pasienten og de pårørende. Noen forteller at lederen også deltar i debriefen, selv om hen ikke har vært involvert i hendelsen.

Informantene som har deltatt på debrief, satte pris på oppfølgingen og fikk en bedre situasjonsforståelse. De får et bredere perspektiv. De forteller også at det hjelper å få en større forståelse for behandlingen og valgene som ble tatt. Noen sier at debrief kanskje hjelper med å bearbeide den belastende hendelsen, men det oppleves ikke som en plass der man får tid til å snakke om følelsene sine og hvordan man hadde det. På spørsmål hva dette tilbudet betyr for jobbtilfredshet og funksjonsevne på jobb, svarer en sykepleier:

*«Ja, det betyr jo at man kan gjøre seg ferdig med ting. Altså, hadde det ikke vært det, så hadde man kanskje, i hvert fall lenger, gått og grubla på ting kanskje, eller, ja, alt ifra "Gjorde jeg riktig?", "Var det sånn og sånn?", "Kunne det ha vært gjort annerledes?", ikke sant, man kan jo gjøre seg mange sånne tanker, men jeg føler absolutt at det er med på å avslutte sånn at man kan gå videre til neste tilfelle da.» (Sykepleier)*

Selv om det mangler en systematisk oppfølging, blir det etter visse hendelser iverksatt tiltak. Informantene som har deltatt på debrief, har en positiv opplevelse av oppfølgingen fra lege eller psykiater..

### *EFOK (3e)*

Samtlige informanter fra ambulanseavdelingen sier at det er kollegastøtteordningen EFOK som har fulgt opp etter belastende hendelser, i tillegg til leder og andre kollegaer. Alle har blitt oppringt av EFOK etter hendelser, og fått muligheten til å snakke om belastende hendelser. Flere har tatt kontakt med kollegastøtteordningen selv. De fleste sier de har deltatt i gruppesamtaler, og i én til én-samtaler. En person sier at hen ikke har vært med på gruppesamtale. Hen har imidlertid sørget for at andre har fått tilbud og blitt fulgt opp. Det er ulikt hvor mye den enkelte har blitt fulgt opp, fra to ganger til flere.

Noe av det som blir fremhevet som positivt med EFOK, er at det er en etablert og lett tilgjengelig ordning, som er satt i system med kollegaer utdannet innenfor kollegastøtte. Dette skaper trygghet, forteller de. En paramedic sier det slik:

*«Jeg er veldig fornøyd med EFOK. Det synes jeg fungerer veldig bra. Bare det å vite at de er der – nå er nok ikke jeg den flittigste brukeren av dem tror jeg – men det at du kan, når ikke noe annet hjelper, så kan du ringe. Da er det noen som er på jobb og som har den telefonen, som du kan ringe. Det er helt genialt!» (Paramedic)*

Informantene i ambulanseavdelingen synes det er viktig at kollegastøttene kjenner godt til yrket og arbeidsplassen. En sier det slik:

*«Nei, altså det er jo fordi vi har jo en ganske spesiell jobb. Og de som ikke har vært i dette yrket, vet egentlig ikke hva det dreier., eller hva vi gjør og hva slags inntrykk man kan få. Så det å ha noen å prate med som har fått litt ekstra opplæring i sånne samtaleteknikker, som i tillegg vet hva jobben dreier seg om, det gjør det mye lettere å prate med dem, fordi du vet også at de forstår hva du prater om. Så det er ikke noen helt utenforstående som kanskje ikke vil skjønne de utfordringene som vi møter da. Derfor så tenker jeg at det er viktig at de har fotfeste i våres hverdag.» (Paramedic)*

Flere trekker frem at kollegastøtten stiller de «riktige» spørsmålene, får tak i det som oppleves som belastende for den enkelte og hvordan man kan bli påvirket. Det blir også nevnt av flere at det ikke nødvendigvis bør være noen som står en veldig nær. En paramedic sier det på denne måten:

*«Jeg snakker jo mye med andre kollegaer i starten, som regel, men det er jo ikke sånn at man alltid får gravd fram det som er viktig da, nødvendigvis. (...) EFOK, de er litt mer flinke til stille akkurat de riktige spørsmålene og treffe- ja, trykke på de rette knappene for å få fram det som faktisk har ligget og gnagd litt. Og så er det jo ikke nødvendigvis alt man vil dele med alle. Det kan være lettere å ta en litt seriøs prat med noen som akkurat det tidspunktet er litt utenforstående og som man ikke står oppå hver dag ellers.» (Paramedic)*

En paramedic understreker hvor viktig det er å bli kontaktet av EFOK etter belastende hendelser, nettopp fordi det kan være en høy terskel for å ta kontakt selv:

*«Det jeg mener er viktig, det er nok det at det blir varslet for deg. Nettopp fordi det kan være vanskelig å strekke ut den handa selv. Det er fullt mulig at det ikke gjelder alle, men jeg tipper at det gjelder mange av oss, at det er vanskelig å innrømme overfor seg selv at du kanskje hadde hatt behov for å prate.» (Paramedic)*

Flere synes det er positivt at EFOK vil avklare hvordan man har det etter en varslet belastende hendelse. En paramedic beskriver en telefonisk oppfølging etter en alvorlig hendelse på denne måten:

*«Da ringte de fra EFOK. Jeg prøvde å avfeie han med å si "Takk for at du ringer, men jeg trenger ikke" Men, da slapp jeg ikke unna. (...) Jeg har vært (\*yrkesbeskrivelse), så jeg skjønner jo språket/tankegangen bak spørsmålene hans. Han stiller spørsmål som gjør, sjøl om jeg sitter og nikker og smiler og har det bra, så stiller han spørsmål for å avdekke hvordan jeg har det. Og først etter en time så sa han at, da er vi ferdige, jeg skjønner at du ikke trenger noe mer hjelp. Men jeg skjønner jo at dem ikke slipper meg før de er sikre da, og det er veldig bra. (...) Jeg har full tillit!» (Paramedic)*

En annen paramedic forteller om en oppmøtesamtale hen har hatt, én til én, etter en belastende hendelse:

*«Ja, jeg har hatt det en gang. Og det syns jeg også fungerte veldig godt, fordi det var en tur som det var litt vanskelig å legge fra seg. (...) Så det er klart at det har jo noe for seg. Det å kunne prate ordentlig ut om ting, det gjør det lettere å gå videre, legge det fra seg og så på en måte starte på nytt igjen og ikke ha det fortsatt med seg i ryggsekken.»*

Jeg følger opp med: «Kom det opp andre ting i den samtalen som handlet om deg og din person?»

*«Ja, vi pratet jo egentlig om mange forskjellige turer og hendelser, også. Hvor det egentlig da - hvor den personen sa at det er jo ikke den ene turen*



*isolert som gjør det vanskelig å legge det i fra seg. Men det har vært mange forskjellige typer turer, som gjør at den ene hendelsen, på en måte, blir sånn - toppen, da. Så selv om man ikke tenker over det der og da, så ha man også luftet ut mange andre ting du kanskje har hatt med deg i ryggsekken som du ikke har vært klar over.» (Paramedic)*

Når man først har samtaler, er det naturlig at man også kommer inn på andre belastende hendelser som har påvirket. Dette medfører at man kan fange opp hendelser som av en eller annen grunn ikke var varslet tidligere.

På spørsmål hva denne ordningen betyr for jobbtilfredshet og funksjonsevne på jobb, svarer en paramedic:

*«Det betyr veldig mye, det er jo som vi sier, at vi kommer borti mye forskjellig, og vi er forskjellige personer og jeg tror hvis man ikke hadde hatt en sånn type støtteordning, så kunne det blitt veldig tungt. Det er jo ikke alle som har et så godt arbeidsmiljø rundt seg, og har så gode kollegaer man stoler på, hvor man kan snakke med disse tingene, og da er det godt å ha på en måte EFOK som en nøytral part man kan snakke med, som- som, og det er på en måte- ja, det er anonymt, ehh, det er ingen som får vite på en måte hva man snakker med EFOK om, som gjør at jeg tror flere kanskje holder ut lengre i yrket, da.» (Paramedic)*

Det er også noen som sier at det kan være utfordringer med ordningen, for eksempel dersom ledere er kollegastøtter. Noen påpeker at det kan være utfordrende om kollegastøtten er en kollega man ikke har et godt forhold til, og at man da avstår fra samtalen, selv om man har behov. Det blir også nevnt fra noen at en kollegastøtte med for nær tilknytning kan være utfordrende. Det er altså ikke alltid at ordningen treffer alle, og det kan som nevnt være ulike årsaker som gjør at enkelte avstår fra å snakke med kollegastøtteordningen.

### *Får man den oppfølgingen man trenger?*

På spørsmål om informantene har fått den oppfølgingen de trenger, spriker svarene tydelig mellom ambulanseavdelingen og medisinsk intensiv. Samtlige deltakere i ambulanseavdelingen svarer at de har fått den oppfølgingen de mener at de trenger, og at dette er et resultat av at man blir fulgt opp av EFOK og fanget opp av kollegaer eller nærmeste

leder. De mener også at dersom man ikke blir kontaktet, har man et ansvar for å ta kontakt selv. Men dette er igjen et spørsmål om terskel for kontakt.

Ved medisinsk intensiv svarer de fleste at de ikke får den oppfølgingen de trenger. De ønsker en mer organisert oppfølging, der noen tar kontakt med dem og følger opp etter belastende hendelser. Disse informantene beskriver et behov for å både bli mer sett og fulgt tettere opp. Videre ønsker de tid og anledning til å snakke om belastende hendelser uten å måtte etterspørre det selv, siden terskelen som beskrevet kan være høy. En sykepleier beskriver den manglende oppfølgingen på denne måten:

*«Jeg tenker jo at den er mangelfull, så for min del så skulle jeg jo ønske at vi hadde et annet... et tilbud da. For jeg føler ikke vi har det, så jeg synes det er mangelfullt og jeg synes vi hadde hatt godt av å ha hatt et tilbud som var litt satt i system, kanskje, slik at det ble faktisk gjort. Det er jo en krevende jobb, så... hvis man skal holde ut i den i alle år så tror jeg man hadde hatt godt av å hatt litt hjelp til å bearbeide enkelte hendelser.» (Sykepleier)*

Dette bringer oss over i neste del, som nettopp handler om hvordan informantene ønsker å bli fulgt opp.

#### 4.5 Ønsket oppfølging

Denne avsluttende delen av intervjuene er knyttet til forskningsspørsmål fire, og handler om hvordan informantene skulle ønske at de ble fulgt opp etter belastende hendelser. De blir spurt hva som er viktig for den enkelte med oppfølging. Jeg spør også om hvordan de skulle ønske at oppfølging ble iverksatt, om de vil bli kontaktet, eller selv be om hjelp ved behov. Videre blir terskelen for selv å ta kontakt utforsket, og om informantene kunne vært på en arbeidsplass uten noen form for støtte. Betydningen av hvordan man blir fulgt opp, når og hvem som følger opp, ble også diskutert. Avslutningsvis spurte jeg om det er noe som gjør at man ikke ønsker oppfølging av leder, kollegastøtte eller andre.

Noen av disse spørsmålene er som nevnt allerede besvart i de tidligere avsnittene. Det jeg tar for meg i denne delen, er hvordan de ulike informantene ser for seg at oppfølgingen etter belastende hendelser bør være.

### *Ønsket oppfølging ved medisinsk intensiv*

Sykepleierne på medisinsk intensiv ønsker at oppfølgingen skal bli satt i et system. Det kommer ikke frem klare forventninger til hvordan dette systemet skal se ut, eller hvordan det skal organiseres. Noen ønsker at det blir satt av mer tid til oppfølging etter hendelser, og at de skal bli kontaktet av en kollega eller noen andre og spurt hvordan man har det. Det bør være nært nok i tid, slik at man ikke venter for lenge med oppfølgingen. Flere er opptatt av å slippe å måtte be om hjelp selv, men at heller noen tar kontakt og spør hvordan man har det. En sier at hen kunne tenke seg en umiddelbar avlastningssamtale rett etter hendelsen (for eksempel etter en belastende eller ekstra krevende pasienthendelse), med en anledning til også å snakke om følelser i denne samtalen. Noen sier det hadde vært fint om kollegaer fikk kurs eller utdanning i å ha slike samtaler, slik at de kunne stille de «riktige» spørsmålene og følge opp vanskelige samtaler. Informantene mener det er viktig at en slik ordning består av flere ulike personer, slik at man kan velge, siden det ikke alle man går overens med eller vil åpne seg for. De ønsker ikke at det skal være ledere, fordi ledere kan følge opp på andre måter.

### *Ønsket oppfølging ved ambulanseavdelingen*

I ambulanseavdelingen opplever informantene at de får den oppfølgingen de trenger. Det er allikevel noen som kunne tenke seg å ha en mer strukturert og årlig oppfølging, for å lufte noen av belastningene man blir utsatt for i yrket. En sier det slik:

*«Og kanskje det også skulle vært en årlig greie, eller annethvert år, at man hadde en kort prat. For det er mye av de hverdagslige tingene som sliter på også. Ikke bare de store hendelsene, men kanskje man skulle hatt en kort prat for å lufte ut noe av det man drar med seg i hverdagen.» (Paramedic)*

Det at man blir kontaktet av en kollegastøtte etter hendelser, senker terskelen for å ta imot hjelp og støtte, mener de fleste informantene fra ambulanseavdelingen. De forteller at denne kontakten gjør at man blir fulgt godt opp, selv om man ikke alltid har behov for det. Det er allikevel mange hendelser som ikke blir fanget opp av kollegastøtteordningen, ifølge informantene.

Det er mange likheter mellom ambulansespersonellet og intensivsykepleierne, men det er også tydelige forskjeller. Dette vil jeg presentere mer i det følgende drøftingskapittelet.

## 5 Drøfting

Problemstillingen min er: *Hvordan ivaretas kollegastøtte og emosjonell førstehjelp i ambulansetjenesten og ved medisinsk intensiv ved OUS?* For å besvare dette, vil jeg i denne delen drøfte mine funn fra resultatdelen opp mot forskningsspørsmålene. I denne drøftingen vil mye av kunnskapsgrunnlaget også komme frem ved at jeg ser funnene i lys mot forskning på blant annet psykisk helse hos helsepersonell, kollegastøtte og oppfølging av helsepersonell etter belastende hendelser.

I analysen av intervjumaterialet identifiserte jeg tre hovedtemaer: *belastende hendelser, terskel for kontakt og de ulike hjelpene.*

Som jeg viste i gjennomgangen av resultatene, er det mange fellestrekk i hva ambulanspersonell og intensivsykepleiere opplever som belastende hendelser i arbeidshverdagen. Hendelser med barn og unge er mest belastende, sammen med blant annet identifisering og pårørendeoppfølging. Informantene trakk også frem en viss grad psykologisk vekst etter belastende hendelser, og at dette kan være med på å bygge resiliens.

De fleste i begge gruppene kjenner på forventningen om at man skal måtte tåle en del i disse yrkene og at det er for høy terskel for å be om hjelp. Informantene mener at det er lettere å tilby hjelp til andre enn å be om hjelp selv. Det er imidlertid forskjellig hvordan informantene blir fulgt opp etter hendelser. Der ambulanspersonellet har en organisert kollegastøtteordning som følger opp, mener intensivsykepleierne at de ikke har en god nok ordning. Intensivsykepleierne mener de ikke blir godt nok fulgt opp etter belastende hendelser og ønsker en bedre organisering av kollegastøtte.

### 5.1 Opplevelsen av belastende hendelser

Under forskningsspørsmålet og temaet *belastende hendelser* kom det frem fire undertemaer: 1a) hendelser med barn og unge er verst, 1b) pårørende, 1c) identifisering og 1d) psykologisk vekst.

Noe av det informantene oppgir som mest belastende er når barn og unge er involvert, som pasienter, men også som pårørende. At det oppleves som ekstra belastende når barn er involvert, kommer også frem i andre studier der man har sett på hva ambulanspersonell og intensivsykepleiere synes er mest belastende (De Boer et al., 2014; A. Jonsson, 2003; Lawn et al., 2020; Reid et al., 2021; Sterud, Hem, Ekeberg, et al., 2008). Dyregrov (2018) mener at

noe av årsaken til at barn påvirker helsepersonell så sterkt, er fordi barn anses som mer uskyldige og ute av stand til å klare seg selv. Dette forsterker hjelperens behov og skaper et høyere nivå av personlig engasjement (Dyregrov, 2018). En annen faktor, ifølge Dyregrov, som gjør at barn kan ha så sterk innvirkning på helsepersonell, er at «barnet i oss» blir aktivert og at bevisste og ubevisste lag av minner og fantasier fra vår egen barndom påvirker reaksjonene.

Dyregrov sier videre at når barn er involvert, kan det naturlige forsvaret bryte sammen. Der man vanligvis er i stand til å distansere seg mentalt fra emosjonelt belastende situasjoner, blir man i disse tilfellene overinvolvert og kan identifisere seg med det traumatiserte eller døde barnet og foreldrene (Dyregrov, 2018). Tanker på barn en selv er glad i, egne eller andres, kommer inn som en tilleggsdimensjon. Helsepersonellet kan lett tenke seg at hendelsen kunne rammet noen av sine kjære, og siden de fleste hjelperne av og til tenker at noe galt kan skje med noen man er glad i, er det ikke vanskelig å la de indre bildene av disse barna ta de rammede barnas plass (Dyregrov, 2018).

I min undersøkelse kom det frem at både ambulanspersonellet og intensivsykepleierne synes det er belastende og til tider utfordrende når de har pasienter eller pårørende i denne gruppen. Det bør derfor finnes en arena der helsepersonell kan ta opp slike hendelser. Ved alvorlige skader eller ulykker som involverer barn, skal kollegastøttesystemet til ambulansetjenesten i utgangspunktet tre i kraft. Men, der dette ikke blir fanget opp, som ved medisinsk intensiv, vil man være avhengig av den uformelle kollegastøtten. Et system der dette blir fanget opp, eller dersom man sørger for lav terskel for kontakt, vil kunne være forebyggende etter slike belastninger.

### *Identifisering med pasient eller pårørende*

Jonsson og Segesten (2004) sier at identifisering er en sterk medvirkende årsak til posttraumatiske stressreaksjoner hos helsepersonell. De sier at det påvirker mest når det er barn involvert, men selv om det ikke er barn involvert, vil identifisering med pasient eller pårørende være belastende (Anders Jonsson & Segesten, 2004). Informantene fra begge avdelingene sier at det ikke nødvendigvis er de hardest skadde pasientene eller de største ulykkene som er verst. De opplever det mer belastende når de kan identifisere seg med pasient eller pårørende. Det samme kommer frem i en studie av De Boer et al. (2014), der det påpekes at de mest belastende hendelsene for intensivsykepleiere ikke var når noen døde eller var

hardt skadde, men der de hadde et nært forhold til, eller identifiserte seg med, pasienten eller de pårørende (De Boer et al., 2014).

Dette finner jeg igjen i mitt materiale, der informantene fra begge avdelingene beskriver at de lett kan identifisere seg med pasient eller pårørende, og sette seg selv inn i samme situasjon. Det vil da kunne oppleves som belastende. Dette er nok også en av årsakene til at intensivsykepleierne opplever det belastende å stå i situasjoner over tid der de må ivareta pårørende (1b). Flere informanter blant sykepleierne beskriver at situasjoner med pårørende som er i krise eller sorg, også kan være belastende å stå i fordi pårørende kan være krevende. Flere studier beskriver at en av årsakene til at intensivsykepleiere blir utbrent, er at de må forholde seg til såkalt krevende pårørende (Burgess, Irvine, & Wallymahmed, 2010; Van Dam, Meewis, & Van Der Heijden, 2013; Van Mol et al., 2015). Dette stemmer godt med det flere av intensivsykepleierne sa i intervjuene. Flere ble mentalt slitne og psykisk utmattet etter pårørendeoppfølging, og dette preget dem tydelig på et personlig nivå. Når det ikke er et system som ivaretar intensivsykepleierne etter slike opplevelser, som kan vare over tid, så er dette som tidligere nevnt noe som kan føre til utbrenthet. For paramedicene varer ofte ikke disse relasjonene så lenge, men de kan allikevel oppleves belastende når man identifiserer seg med dem. Ut fra funnene og forskning på dette, mener jeg det er viktig at identifisering og ivaretagelse av pårørende blir anerkjent som en belastning og at man derfor bør ha lavere terskel for å følge opp ved slike hendelser.

### *Psykologisk vekst og resiliens*

Som det kommer frem i resultatkapittelet, har ikke belastende hendelser bare negativ innvirkning. På tvers av avdelingene sier flere at de kan oppleve psykologisk vekst (1d) etter belastende hendelser og føler at de kommer styrket ut av det. Et annet ord for dette er resiliens, og kan i denne sammenhengen beskrives som de ressursene individet har til å håndtere de utfordringene og påvirkningene som potensielt sett ellers kan føre til negativ psykisk stress, en form for motstandskraft (Reid et al., 2021).

En undersøkelse gjort blant ambulanspersonell i Norge, viste at over 90 prosent av respondentene, selv om de ble utsatt for mange belastende hendelser, ikke rapporterte om mental uhelse på grunn av disse hendelsene. Dette mener forfatterne (Reid et al., 2021) viser at det er stor grad av resiliens blant ambulanspersonellet. De mener at noen av årsakene kan være at ambulanspersonellet er bedre trent og mer forberedt på stressende hendelser, og at de

har et velfungerende kollegastøtte-apparat (Reid et al., 2021). Reid et al. påpeker også at over 75 prosent av deres respondenter opplevde posttraumatisk vekst etter belastende hendelser. Posttraumatisk vekst betyr mer enn å bare komme tilbake til en «normalfunksjon» etter en stressende episode, den indikerer «*positive psykologiske forandringer som et resultat av å kjempe med meget sterke livsutfordringer*» (Reid et al., 2021, s. 6). Dette viser også at helsepersonell som arbeider med høy grad av belastende hendelser, kan lære av og modnes emosjonelt av disse hendelsene, selv om de i en periode har blitt påvirket psykisk (Reid et al., 2021).

Arrogante og Aparicio-Zaldivar (2017) sier i deres studie med intensivsykepleiere at resiliens, utbrenthet og helse henger sammen (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). De sier at resiliens ikke bare er med på å forbedre den mentale helsen, den er også med på å bufre for utbrenthet, og de mener at dette også vil medføre høyere kvalitet på pasientbehandling, mindre feilbehandling, færre sykehusinfeksjoner og bedret overlevelse for pasientene. Resiliens vil også, ifølge dem, hjelpe helsepersonell til å finne gode strategier for å kunne stå i stressende og belastende situasjoner (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Ifølge Salmon og Morehead (2019) er resiliens en anerkjent medvirkende faktor for å forebygge PTSD hos intensivsykepleiere, og de sier at resiliens er en av de viktigste faktorene for å komme seg etter et emosjonelt traume (Salmon & Morehead, 2019).

Colville et al. (2017) kommer til noenlunde samme konklusjon i sin studie blant ansatte på en intensivavdeling. Resiliens, som det er mulig å bygge opp, vil kunne forebygge stressreaksjoner og kunne gi mestringsstrategier for å stå i belastende situasjoner, mener de. Forfatterne sier at dersom avdelinger blant annet gir ansatte større muligheter for å delta på debrief og samtaler med erfarent personell, kan det være med på å forebygge utbrenthet og posttraumatisk stress (G. A. Colville et al., 2017).

Mine funn stemmer godt med den nevnte forskningen. Flere av intensivsykepleierne i min undersøkelse sier også at de bruker sin erfaring når de står i vanskelige situasjoner, og at de har bygget opp en form for robusthet som hjelper dem i det daglige. Men, siden de sjelden har organisert oppfølging etter belastende hendelser, kan de gå glipp av å få utnyttet fordelene en slik oppfølging kan ha på oppbygging av resiliens.

Forskningen til Reid et al. (2021) samsvarer også med mine funn ved at ambulanspersonellet fremhevet opplevelsen av psykologisk vekst etter belastende hendelser

(Reid et al., 2021). Oppfølging etter slike hendelser mente flere var en medvirkende årsak til å kunne være bedre forberedt og mer moden for andre belastende hendelser.

## 5.2 Hvor mye skal man tåle?

I resultatdelen, under forskningsspørsmålet «*Hvem har gitt tilbud om oppfølging etter belastende hendelser?*», presenterte jeg tema nummer to; *terskel for kontakt*. Temaet har flere undertemaer; forventninger om å tåle (2a), høye krav til en selv (2b), robust (2c) og lettere å hjelpe enn å be om hjelp (2d)

### *Forventning om å tåle*

Når man jobber i en akuttavdeling som intensivsykepleier eller ambulanspersonell, ligger det en forventning om at man må tåle en del emosjonelle belastninger (Steege & Rainbow, 2017). Denne forventningen ligger hos den enkelte selv, men de antar at den også ligger hos andre. Jeg fant tilsvarende i min undersøkelse. Informantene forteller om egne forventninger, men kjenner også på en uttrykt forventning fra kollegaer og ledere. Det er lett å se for seg at den som ansetter en intensivsykepleier eller ambulanspersonell, har en forventning om at man skal tåle de vanligste belastningene i jobben. At man er robust (2c) nok til å kunne være i situasjoner man utsettes for. Når det er sagt, er det forskjell på hva helsepersonell skal tåle. Det er forskjell på om man reagerer sterkt på at en pasient dør, noe som i disse yrkene ofte skjer med pasienter, eller om man reagerer sterkt fordi det var så mange tilleggsdimensjoner i rammen rundt dødsfallet (De Boer et al., 2014). Dette kan som tidligere nevnt være barn og unge pasienter, eller at man identifiserer seg med pasient eller pårørende.

Dersom man er kjent med yrket man har gått inn i, er man også ofte kjent med utfordringene og hvilken belastning det kan være å stå i et slikt arbeid. Men man kan ikke vite om man holder ut over tid i en slik jobb, og for noen blir det for mye med disse belastende hendelsene (Adriaenssens et al., 2015; Salmon & Morehead, 2019). Om de slutter fordi de ikke får hjelp til å bearbeide følelser, tanker og fantasier, eller om de slutter av andre grunner, er utenfor temaene i min oppgave. Selv om det er en tanke om at man skal tåle en del, er det alltid en grense for hva man kan forvente at helsepersonell skal kunne stå i, uten at man får sterke reaksjoner (Adriaenssens et al., 2015).



### *Supersykepleier – og superparamedic*

I en studie om utmattelse blant sykepleiere (Steege & Rainbow, 2017), ble «supersykepleier» brukt som et begrep. I studien kom det frem at flere opplevde en forventning at man skulle være sterk og vise at man tålte å stå i situasjoner. Dette gjaldt spesielt de mest erfarne sykepleiere, som mente at det var en del av jobben. Det førte til at de ikke ville vise svakheter overfor kollegaer, og derfor unnlot å si ifra når de var psykisk slitne. Sykepleierne anså det som et svakhetstegn om man viste symptomer på utmattelse eller at man ikke tålte, og at det medførte også at det var vanskeligere å snakke om. Sykepleierne ba heller ikke om hjelp eller støtte i disse situasjonene. Det kom frem at mange av disse sykepleiere hadde høye forventninger til seg selv og hva de måtte tåle – derav begrepet supersykepleier (Steege & Rainbow, 2017).

Missouridou (2017) sier at forventningen om profesjonalitet kan påvirke hvordan man håndterer belastende hendelser. Dersom man toner ned hvordan belastende og traumatiserende hendelser virker på seg selv fordi man føler at man må være i stand til å takle alle krav på jobben, kan dette bidra til en illusjon av usårbarhet, og at man må være en «supersykepleier» for å kunne stå i jobben (Missouridou, 2017). Hjelpere som frykter å bli oppfattet som mindre profesjonelle dersom de vedkjenner seg sårbare mot enkelte vonde opplevelser, vil – dersom disse følelsene allikevel kommer – kjenne at de kommer til kort i yrket (Haavik & Toven, 2020).

Supersykepleiere og superparamedicere finner jeg også i min undersøkelse. Både paramedicene og sykepleierne uttrykte at det ligger en forventning om at man skal tåle en del i denne jobben. Det kom tydelig frem at dette både var en egen forventning, men også en forventning man trodde andre hadde til seg. Flere hadde også opplevd å få tilbakemelding fra mer erfarne kollegaer om hva det er forventet at man skal tåle, og at dersom det ikke skjer, så har man ingenting i dette yrket å gjøre. Én sykepleier sa imidlertid at det hadde gått opp for hen at det ikke var slik at man skulle tåle alt. Når denne anerkjennelsen kom til hen, så senket det terskelen til å be om hjelp og støtte, og hen snakket mer om det med kollegaer.

Dersom terskelen settes for høyt, enten selv eller av andre, kan det medføre at man ikke får luftet ut egne tanker, følelser og fantasier, og man kan da få psykisk uhelse, som angst, depresjon, utbrenthet og PTSD (Adriaenssens et al., 2015; Lawn et al., 2020). Noen vil føle at de kommer til kort og slutte av den grunn (Haavik & Toven, 2020). Man kan anta at dersom denne forventningen om å tåle ikke blir snakket om, og dersom supersykepleieren og

superparamedicinen ikke får lov til å «ta av seg kappen sin», så vil det kunne medføre en økt turnover på avdelingene.

### 5.3 Oppfølging

Tema nummer tre, de ulike hjelperne, er relatert til forskningsspørsmålet «*Hvordan har deltakerne blitt fulgt opp etter belastende hendelser?*». De undertemaene som ble funnet, gjaldt den uformelle kollegastøtten (3a), manglende nettverk (3b), lederens ulike roller (3c), manglende systematisk oppfølging (3d) og EFOK (3e).

#### *Støtte fra kollegaer*

Samtlige informanter sa at de henter mest støtte hos sine nærmeste kollegaer eller andre kollegaer – den uformelle kollegastøtten (3a). Etter belastende hendelser er det kollegaene som er de foretrukne å snakke med hendelsen om. Det blir beskrevet mange varianter av dette, enten det er i ambulansen etter oppdrag, på vaktrommet, eller når intensivsykepleierne og paramedicene har anledning til å snakke ellers på arbeidsplassen. Mange har gode kollegaer som de også treffer på fritiden, eller som de har lett for å ta kontakt med på telefon eller via sosiale medier. Denne form for kollegastøtte har en positiv påvirkning for å unngå negative psykiske ettervirkninger (Haavik & Toven, 2020; Tuckey & Hayward, 2011).

De fleste av informantene beskriver at det er lett å snakke med kollegaer, fordi de kjenner godt til arbeidet og kan lett gjenkjenne situasjoner eller ha lignende erfaringer. Det oppleves både som støttende og som verdifullt. Men det kommer også frem, i begge gruppene, at når informantene snakker om en hendelse, vil ofte kollegaene fortelle om lignende hendelser eller erfaringer. Da kan den opprinnelige hendelsen forsvinne i andres behov for å fortelle. I disse situasjonene får man delt historier, men man opplever ikke å få bearbeidet sine egne opplevelser og følelser på en god måte. Det blir overfladisk, og flere opplever at de ikke blir sett av kollegaen. Her vil en kollegastøtteordning kunne representere noe mer enn hjelpen og støtten helsepersonell kan få av kollegaer.

Hvor mye informantene snakker med sine kollegaer avhenger av de ulike arbeidsmiljøene og hvem av kollegaene man jobber med. De ønsker ikke å dele sine følelser med alle kollegaer. Det fremstår derfor også som tilfeldig når man har mulighet til å dele og

ikke. I ambulansetjenesten kjører man ofte med samme kollega (makker) og blir godt kjent. Dette gjør at man kanskje deler mer og at det er lettere å snakke sammen. Samtidig er det flere som forteller at det er stor forskjell på hvem man har som makker den aktuelle vekten, og om det er rom for å snakke om sine følelser. Det kommer også frem at noen makkere er mer «hardhudet» enn andre, og der forventningene til å tåle (2a) kommer inn igjen. Da unngår informantene å snakke om det. Enten fordi de tror at den andre har disse forventningene, eller fordi man selv tenker at dette må man tåle.

På medisinsk intensiv jobber man også turnus, men de følger ikke nødvendigvis de samme vaktene. Det er derfor mer tilfeldig hvem man jobber med, og man har ikke like stor mulighet til å følge hverandre opp over flere vakter. Manglende nettverk (3b) gjør også at noen ikke har like stor tilgang på kollegaer å dele sine opplevelser og følelser med. Informantene har dermed mindre muligheter for den uformelle kollegastøtten. Studien til Cronquist et al. (2006) påpeker at uformell kollegastøtte kan foregå i lukkede grupper og dermed være ekskluderende for andre. I disse tilfellene vil det bare være mulig for de som er innenfor disse lukkede gruppene å gi eller få støtte (Cronqvist, Lutzen, & Nystrom, 2006). Flere sier at den ikke kan snakke med andre utenfor jobb om sine opplevelser, tanker og følelser knyttet til jobben. Informantene begrunner det med taushetsplikten, men også at andre utenforstående ikke forstår hvordan det er å stå i denne jobben og dermed ikke har forutsetninger for å skjønne hvordan dette påvirker dem. Dermed begrenser også det hvem man kan få støtte av.

I min undersøkelse ser det ut som kontinuitet til kollegaer kan ha betydning, men også hvem man kan snakke med og hva man kan snakke om. Her kan vi skille mellom en sosial relasjon og en mellommenneskelig relasjon (Strømfors, 2000). En sosial relasjon oppnås ved å dele felles erfaringer og hendelser. Dette skjer ofte på et mer overfladisk nivå og kan gjelde de fleste kollegaer. En mellommenneskelig relasjon baserer seg på at det finnes en personlig relasjon og at man forholder seg til den «bestemte andre». Det mellommenneskelige blir en særdimensjon og baserer seg på en gjensidig deltakelse (Strømfors, 2000, s. 40). Det er gjerne i den mellommenneskelige relasjonen de nære kollegaene er, der man kan dele mer av sine tanker og følelser. Det vil altså ha betydning for den enkelte hvem man kan dele følelsene sine med, og på hvilket nivå man deler dem. Når dette i tillegg kan bli tilfeldig, så kan det være utfordrende å få bearbeidet følelsene sine etter belastende hendelser.

### *Manglende nettverk*

Som det kom frem i intervjuene, har ikke alle informantene et like godt nettverk på arbeidsplassen sin (undertema 3b – manglende nettverk), og får dermed ikke ta like stor del i den uformelle kollegastøtten. Dette kom frem ved begge avdelingene.

Adriaenssens et al (2015) fant i flere studier at akuttsykepleiere med manglende sosialt nettverk, hadde signifikant økt grad av utmattelse, devaluering av seg selv og lavere selvtillit (Adriaenssens et al., 2015). De som hadde et større nettverk og fikk støtte fra kollegaer, hadde mindre fare for utmattelse og utbrenthet (Adriaenssens et al., 2015). I studien til Sterud et al. (2008) viser det at også ambulanspersonell opplevde manglende støtte av medarbeidere som belastende. Dette mente artikkelforfatterne trengte å undersøkes mer, for å se på sammenhengen mellom manglende støtte og negativ effekt på helse (Sterud, Hem, Ekeberg, et al., 2008).

I min undersøkelse sier de fleste informantene i begge gruppene at de hadde et godt arbeidsmiljø, men det var ulikt hvor mange kollegaer de så på som nære og hadde en mellommenneskelig relasjon med. Flere, både paramedicere og sykepleiere, mente at det var kollegaer som ikke var like inkludert i arbeidsmiljøet og at de dermed ikke hadde samme mulighet til å snakke ut og bearbeide med sine kollegaer etter belastende hendelser. Her er det imidlertid noe forskjell på ambulanseavdelingen og medisinsk intensiv.

Paramedicene kjører ofte med faste makkerer, og har dermed en økt mulighet til å snakke med kollegaer, dersom de føler seg trygge nok til det. Intensivsykepleierne jobber ofte alene med pasientene og har ikke samme mulighet til å snakke med kollegaer i løpet av vekten. Man kan derfor anta at det er en viktig forskjell her, der intensivsykepleiere med manglende nettverk har enda mindre mulighet enn ambulanspersonellet til å få støtte. Manglende nettverk på arbeidsplassen, sammen med manglende støtte, viser at det kan være fordelaktig med et velfungerende kollegastøttesystem eller annen organisatorisk oppfølging. En slik ordning vil også fange opp dem som ikke har like gode relasjoner på arbeidsplassen sin og som ikke får de positive fordelene med den uformelle kollegastøtten.

### *Belastninger som ikke blir fanget opp*

Hendelser som er tydelig belastende blir det ofte fokus på, for eksempel en kritisk dårlig pasient over tid, eller en alvorlig ulykke prehospitalt. Slike hendelser blir fort kjent på

arbeidsplassen og blant kollegaene, og det er gjerne da man iverksetter oppfølging av kollegastøtte eller organiserer debrief på avdelingen. Disse hendelsene blir det også snakket mye om, og personellet som var involvert blir ofte gjenstand for både spørsmål og omsorg.

Informantene i min undersøkelse forteller imidlertid at det blir større utfordringer når det er snakk om identifisering (1c), pårørende (1b) eller barn og unge (1a) som ikke er synlige for andre enn de som står i situasjonen. Da er det ofte vanskeligere for kollegaer å fange opp og tilby støtte, og de må selv ta ansvar for å ta det opp med kollegaer. Disse hendelsene vil sannsynligvis heller ikke bli fanget opp initialt av kollegastøtter. Dette fant også De Boer et al (2014) når de så på støtte for intensivsykepleiere, og de mente at denne manglende støtten kunne være medvirkende årsaker til utvikling av utbrenthet og PTSD (De Boer et al., 2014).

Igjen blir terskelspørsmålet avgjørende for den som står i situasjonen, men også hvor tett man er sine kollegaer. Den uformelle kollegastøtten henger dermed tett sammen med hvordan arbeidsmiljøet er og hva det er greit å snakke om, hvor nær man er kollegaene sine, om man får tid til å prate og om kollegaene klarer å fange andres opplevelser.

### *Behovet for å bli stilt de riktige spørsmålene*

Informanter fra både ambulanseavdelingen og medisinsk intensiv forteller at når de snakker med kollegaer, så blir de gjerne ikke utfordret på følelser og hvordan man blir påvirket av hendelser. Søkelyset er heller på selve hendelsen. Når de «riktige spørsmålene» ikke blir stilt, eller det ikke blir «trykket på de riktige knappene», blir samtalene mer overfladiske. Det blir dermed ikke gått inn i kjernen av følelsene eller opplevelsen og hva den betyr for vedkommende. Da får man ikke en større forståelse for hvorfor man reagerer som man gjør, eller hjelp til å bearbeide hendelsen. Kollegastøtter med kompetanse på denne typen samtaler, vil på en bedre måte kunne hjelpe til med dette.

De Boer (2014) fant i sin studie at 84 prosent av sykepleierne opplevde støtte blant kollegaene som viktigst. Noen av disse synes det var god nok kollegastøtte, mens andre igjen mente at de trengte mer og bedre oppfølging i tillegg, for eksempel av en kollegastøtteordning (De Boer et al., 2014).

Dette viser også mine resultater. De fleste informantene opplevde at den uformelle kollegastøtten var viktigst, men samtlige sa at det er behov for en ordning som kan ivareta dem når den uformelle støtten fra kollegaer ikke er nok. Informantene har også behov for nok

tid til å prate og at de man prater med har kompetanse og trygghet til å følge opp på en bedre måte.

### *Oppfølging fra leder*

Ledere har flere roller (3c). De har det administrative ansvaret og ansvaret for personaloppfølging. En leder skal følge opp medarbeidere som trenger hjelp og støtte, men også når noe har gått galt og man kanskje må gi sanksjoner i form av advarsler eller lignende. Det er lederen som har ansvaret for vakter og turnus, og som skal forvalte det som blir bestemt fra høyere hold, enten det handler om effektivisering, innsparinger eller annet som påvirker drift og arbeidsmiljø.

I resultatdelen viste jeg at de fleste informantene har et godt forhold til nærmeste leder. De får støtte og mener at de kan gå til lederen når de har behov for det. Noen har et såpass nært forhold til sin leder at de kan prate med hen om vanskelige emosjonelle saker, mens de fleste er tydelige på at de forholder seg til lederen med praktiske ting, men ikke ønsker å dele sine innerste tanker og følelser med hen. Noen frykter at dersom de deler tanker og følelser med lederen, kan lederen tolke det som et svakhetstegn. Informantene tror det igjen kan føre til at de ikke blir anbefalt til mer ansvar, eller at det kan påvirke referanse ved eventuell jobbsøking andre steder. Dette vil derfor være til hinder for å snakke lederen om belastende hendelser. I studien til De Boer et al. kom det frem at kun 10 prosent ønsket støtte fra leder etter belastende hendelser (De Boer et al., 2014).

Noen forskere anbefaler at ledere får utvidet kompetanse om hvordan belastende hendelser og annet arbeidsrelatert stress påvirker den ansatte, hvordan ledere best kan følge opp etter slike hendelser og hvordan fokus og kunnskap på resiliens også er forebyggende (Lawn et al., 2020; Scholes, 2013). Med økt forståelse for behovet for oppfølging vil en leder også kunne tidligere tilby relevant støtte til sine ansatte og sørge for en tilpasset organisering som ivaretar dette.

### *Manglende systematisk oppfølging*

Samtlige informanter fra medisinsk intensiv sier at de har blitt fulgt opp av kollegaer (3a) og i noen grad leder (3c). Men, det kommer tydelig frem at det mangler en systematisk oppfølging (3d) etter belastende hendelser. Dette kommer frem i flere deler av intervjuene, og er en felles

oppfatning. Noen forteller om oppfølging de har hatt gjennom debriefing eller med psykiateren som er tilknyttet avdelingen. Informantene som har vært med på dette, synes det var positivt og nyttig. Selv om det i hovedsak er en gjennomgang av en hendelse eller et pasientforløp, har de fått økt forståelse for situasjonen og dermed også en form for bearbeidelse. De fleste synes det er et godt tiltak, men det fremstår som tilfeldig og altfor sjelden. Dersom det forekommer en slik form for oppfølging, er det kun etter spesielle hendelser og det er ikke satt i system, forteller informantene. Man må enten be om det selv, eller så er det fordi en lege eller psykiateren tar initiativ til det.

Tatt i betraktning beskrivelsen av hverdagen på medisinsk intensiv, står de ofte i belastende hendelser, og de opplever at oppfølgingen de får er sporadisk. De er avhengige av den uformelle kollegastøtten eller at noen andre tar initiativ til debrief eller samtale. Når det ikke er en organisert oppfølging, er det antakeligvis også en høyre terskel for å be om hjelp eller støtte fra psykiateren eller å be om debrief. Dersom det hadde vært en ordning som slo inn automatisk, eller at det var formalisert et system med en eller annen form for kollegastøtte, kan man anta at terskelen ville vært lavere. Det ville trolig gitt opplevelsen av en større trygghet og en bedre oppfølging. Flere av intensivsykepleierne sier at de ofte går hjem fra jobb og er så mentalt slitne at de trenger tid for seg selv og ikke orker å være sosiale. Dette har ifølge dem selv aktualisert seg enda mer under den pågående pandemien.

Flere studier viser at en kollegastøtteordning eller annen organisert oppfølging er en viktig årsak til at helsepersonell holder ut i en slik belastende jobb som intensivsykepleiere har (G. A. Colville et al., 2017; De Boer et al., 2014; Harder, Lemoine, & Harwood, 2020; Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg, & Nygren, 2008). En annen positiv effekt av å ha støtteordninger for ansatte, er at pasienter ofte er mer fornøyde med behandlingen ved avdelinger som har dette på plass (Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004). Man kan derfor anta at en organisert oppfølging av intensivsykepleierne kunne gitt flere positive effekter.

### *Oppfølging fra organisert kollegastøtte*

I ambulanseavdelingen svarer informantene at de i tillegg til å bli fulgt opp av kollegaer (3a) og ledere (3c), har blitt fulgt opp av EFOK (3e) i en eller annen grad. Det er en gjennomgående positiv holdning til denne kollegastøtteordningen blant informantene og det blir sett på som en trygghet at ordningen er der. Det at man blir kontaktet etter visse hendelser

er en avgjørende suksessfaktor, mener de, samt at det er kollegaer som kjenner godt til yrket og arbeidet som er støttepersoner. Informantene trekker også frem verdien av at det er personer med utdanning og kompetanse innenfor tegn og symptomer på stress og utbrenthet, men også har kompetanse til å følge opp ved å «stille de riktige spørsmålene». Kompetanse innenfor kollegastøtte fremheves også i flere studier (Feuer, 2021; Lawn et al., 2020).

Informantene beskriver samtidig noen utfordringer med ordningen. Man er avhengig av at hendelsen blir fanget opp. Når det er organisert på den måten som EFOK er, ligger det en forventning i at man blir oppringt når man har opplevd en belastende hendelse. Dersom man derimot ikke blir oppringt, kan det svekke tilliten til ordningen og for noen føre til at man stoler mindre på systemet. Terskel for kontakt spiller igjen inn her, at det er lettere å hjelpe enn å be om hjelp (2d), og at det, dersom man ikke blir kontaktet av en kollegastøtte, vil det være en høyere terskel for å be om hjelp til seg selv.

Ordningen skal være godt kjent i avdelingen, det samme med at man blir kontaktet eller kan ta kontakt selv. Det bør kunne gjøre terskelen lavere, men om den reelt sett gjør det er et annet spørsmål. Både ambulanseavdelingen, og medisinsk intensiv kan informere ansatte om hva som kan være belastende hendelser og hvordan man kan bli påvirket av dem. Ved å informere om dette, kan man også normalisere reaksjoner helsepersonell får på hendelser som ikke blir fanget opp av andre, men som går på de allerede nevnte, men mindre synlige belastningene: *identifisering (1c)*, *pårørende (1b)* eller *barn og unge (1a)*, eller andre belastende hendelser som ikke er så synlige.

Noen informanter forteller også om andre utfordringer. Det er for eksempel ikke alle personer i ordningen informantene har tillit til, eller som de ønsker å bli fulgt opp av. Det kan også være vanskelig med ledere, siden de har flere roller (3c). Andre beskriver at det er noen i ordningen de ikke har god nok kjemi nok med til å ville åpne seg for. Informantene forklarer at de i disse tilfellene ville avstått fra oppfølging. Derfor bør det være et mål at kollegastøttene tilbyr muligheten for å kunne snakke med noen andre, dersom noen avslår tilbud om samtale. Men, det kan være vanskelig for en som avslår å innrømme at det er på grunn av at «feil» person tar kontakt.

Kollegastøtteordningen bruker både avlastningssamtaler (defusing) og RITS<sup>®</sup>-samtaler (en variant av psykologisk debrifing) i sin oppfølging. Sistnevnte har det som tidligere nevnt vært kritikk mot (Rose et al., 2002). Informantene i undersøkelsen ble ikke spurt spesifikt om de hadde vært i avlastningssamtaler eller i RITS<sup>®</sup>-samtaler. Det ble derfor ikke spesifisert i



resultatdelen. En god del samtaler i året blir allikevel gjennomført med RITS<sup>®</sup>-metoden, etter spesielt belastende hendelser, både på som gruppeintervensjon og i enkeltsamtaler. Tuckey (2013) viser til at når psykologisk debriefing blir brukt i profesjonelle grupper etter traumatiske hendelser, senkes faren for alkoholmisbruk, mens livskvaliteten øker ved at man finner ny mening etter hendelsen og dermed bedrer fremtidsutsiktene (Tuckey & Scott, 2013). Flere andre studier støtter også videre bruk av denne metoden (Harder et al., 2020; Hawker et al., 2011; O'Toole & Eppich, 2021; Tamrakar et al., 2019).

Studien til Sterud et al (2008) sier at det ikke er direkte vist at ambulansearbeidere med en organisert kollegastøtte tilgjengelig, rapporterte om lavere stress, men de som svarte at de *ikke* hadde organisert kollegastøtte, hadde signifikant høyere treff på tre av syv stressorer (Sterud, Hem, Ekeberg, et al., 2008). I studien til Reid et al (2021), var det sammenheng mellom økte posttraumatiske stress-symptomer og manglende tilgang til en kollegastøtteordning. Den samme studien viste også at de som ikke hadde tilgang til en kollegastøtteordning (og/eller manglet partner) viste tegn til negativ emosjonell vekst, noe som støtter at god sosial og emosjonell støtte er med på å begrense PTSD og er med på å bygge posttraumatisk vekst og resiliens (Reid et al., 2021).

Man kan derfor ut fra dette anta at en kollegastøtteordning har effekt. Når i tillegg samtlige informanter fra ambulanseavdelingen mener at dette har en positiv effekt og at det gir en trygghet, tilsier erfaringen og tilbakemeldingene at det er gunstig med en organisert kollegastøtteordning. Reid et al (2021) konkluderer i sin studie med at det på institusjonelt nivå anbefales robuste kollegastøtteprogram for å redusere de negative effektene av et åpenbart krevende yrke (Reid et al., 2021). Flere andre studier støtter også innføring av kollegastøtte eller annen oppfølging som et organisatorisk tiltak for å ivareta ansatte i disse yrkesgruppene (Bohström, Carlström, & Sjöström, 2017; Greenberg et al., 2021; Halpern, Gurevich, Schwartz, & Brazeau, 2009a; Harder et al., 2020; O'Toole & Eppich, 2021; Peterson et al., 2008; Tamrakar et al., 2019).

Det er også funn som kan tilsi at en organisering alene ikke er nok. Verdien av at man blir kontaktet av en kollegastøtte kan virke som en viktig faktor for bruken av en kollegastøtteordning. I undersøkelsen av kollegastøtteordningen (KSO) i politiet kom det frem at ordningen var godt kjent, den nøyte stor respekt og flertallet mente at det var en viktig ordning. På tross av dette var det bare 10 prosent som benyttet seg av ordningen (Strype & Barland, 2007). Tatt i betraktning de utfordringene og belastningene politiet kan stå i, kan man anta at også i politiet er terskelen for å ta kontakt med KSO høy. Hvordan en organisert

oppfølging fungerer i praksis er derfor noe som bør være med i vurderingen av kollegastøtteordningen.

## 6 Konklusjon

Undersøkelsen viser at det er flere likheter mellom avdelingene og hvordan informantene opplever arbeidshverdagen. Det ikke mulig å avdekke store forskjeller på hvordan ambulanspersonell og intensivsykepleiere opplever belastende hendelser. Hendelser med barn og unge, identifisering og pårørendearbeid virker til å påvirke dem mest. Det samme gjelder den uformelle kollegastøtten, der de fleste ser på sine nærmeste kollegaer som den viktigste støtten. Terskelen for å selv be om hjelp ser ut til å være for høy i begge avdelingene.

Det utkrystalliserer seg et ønske fra det man kan kalle «supersykepleiere» og «superparamedicer» om å kunne «ta av seg kappen» – slippe å måtte tåle alt. Dette viser hvor viktig det er at denne terskelen er noe kollegaer snakker sammen om, og at det er mulig å være åpen for når noe er over egen tålegrense. Felles for avdelingene er også at flere opplever at de får en psykologisk vekst etter visse belastende hendelser. Ut fra disse funnene bør man i fremtiden ha mer fokus på resiliens, både blant ambulanspersonell, intensivsykepleiere og annet helsepersonell som står i belastende situasjoner. Økt kompetanse innenfor menneskers adferd i stress og krise og hvordan man kan bli påvirket av for eksempel belastende hendelser, vil kunne bidra til at personellet bygger opp resiliens for å være bedre mentalt forberedt og hindre psykisk uhelse.

Selv om det er mange likheter, har jeg i oppgaven også vist at det er flere forskjeller mellom gruppene. Det som peker seg ut, er at ambulanspersonellet formidler en større grad av trygghet når de snakker om belastende hendelser. Det er vanskelig å konkludere med om den organiserte kollegastøtteordningen er avgjørende, eller om det er andre faktorer som spiller inn. Har for eksempel kontinuiteten med makker og bedre tid til å snakke sammen i den uformelle kollegastøtten betydning? Dette kan jeg ikke konkludere med, men det er nærliggende å tro at alt dette har betydning. Selv om både sykepleierne og paramedicene har en høy terskel for å be om hjelp, skiller ambulansavdelingen seg ut ved at kollegastøtten også kontakter personellet etter belastende hendelser. Sykepleierne må gjerne be om det selv. At kollegastøtteordningen EFOK tar kontakt etter hendelser ser ut til å ha stor verdi, og er kanskje et av de viktigste suksesskriteriene for ordningen.

Denne undersøkelsen har også vist at en organisert kollegastøtteordning kan se ut til å ha betydning for opplevd ivaretagelse og trygghet. En slik ordning vil sannsynligvis kunne bidra til økt trygghet på jobb, bedre arbeidsmiljø og bedre pasientbehandling. Det foreligger bred støtte fra forskning om at det vil være fordelaktig å organisere en eller annen form for kollegastøtte. I oppgaven har jeg også vist til forskning som sier at manglende tilgang til kollegastøtteordninger kan medføre negativ emosjonell vekst.

Et sentralt funn fra min undersøkelse, og et viktig bidrag til debatten, er at en kollegastøtteordning i seg selv ikke ser ut til å være nok. Den bør også være organisert på en slik måte at ordningen slår inn etter gitte parametere, og dermed er oppsøkende. Dette siden terskelen for selv å ta kontakt ser ut til å være for høy for helsepersonell. Dersom ordningen baserer seg på at den enkelte selv skal ta kontakt, kan man anta at ordningen ikke vil fungere så godt som ønsket.

Det bør forskes mer på kollegastøtte og effektene man kan få av denne type oppfølging. Det kunne også vært interessant å forske mer på hva som skal til for å få senket terskelen for å be om hjelp og støtte. Hvordan kan en godt organisert kollegastøtteordning bidra til at supersykepleierne og superparamedicene kan legge kappene på hylla?

På bakgrunn av det jeg har vist gjennom oppgaven, anbefaler jeg at helsepersonell tilbys en godt organisert og oppsøkende kollegastøtteordning. Ordningen bør være tilpasset den enkelte avdeling den har til hensikt å virke i.

## 7 Litteratur

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. In (pp. 649-661). Oxford ; New York :
- Alexander, D. A., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76-81. doi:10.1192/bjp.178.1.76
- Amdahl, P. (2019). Vil ha mer system for kollegastøtte. Retrieved from <https://sykepleien.no/2019/10/vil-ha-mer-system-kollegastotte>
- Arendt, M., & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(6), 423-437. doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00155.x
- Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 110-115. doi:10.1016/j.iccn.2017.04.010
- Baqai, K. (2020). PTSD in paramedics: history, conceptual issues and psychometric measures. *Journal of Paramedic Practice*, 12(12), 495-502. doi:10.12968/jpar.2020.12.12.495
- Berger, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., . . . Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001-1011. doi:10.1007/s00127-011-0408-2
- Bigham, B. L., Jensen, J. L., Tavares, W., Drennan, I. R., Saleem, H., Dainty, K. N., & Munro, G. (2014). Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey. *Prehospital Emergency Care*, 18(4), 489-494. doi:10.3109/10903127.2014.912703
- Bjørklund, R. A. (1997). *Politipsykologi*. Oslo: I samarbeid med Politihøgskolen.
- Bohström, D., Carlström, E., & Sjöström, N. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*, 32, 28-33. doi:10.1016/j.ienj.2016.08.004
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352. doi:10.1080/14780887.2020.1769238
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129-140. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x
- Colville, G., Hammond, J., & Perkins-Porras, L. (2015). Post-traumatic stress symptoms in intensive care staff working in adult and paediatric settings. *Critical Care*, 19, P531. doi:10.1186/cc14611
- Colville, G. A., Smith, J. G., Brierley, J., Citron, K., Nguru, N. M., Shaunak, P. D., . . . Perkins-Porras, L. (2017). Coping With Staff Burnout and Work-Related Posttraumatic Stress in Intensive Care\*. In (pp. e267-e273). [Philadelphia, PA] :
- Cronqvist, A., Lutzen, K., & Nystrom, M. (2006). Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 405-413. doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00631.x
- De Boer, J., Lok, A., Van'T Verlaat, E., Duivenvoorden, H. J., Bakker, A. B., & Smit, B. J. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the

- risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 73(2), 316-326. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.009
- De Boer, J., Van Rikxoort, S., Bakker, A. B., & Smit, B. J. (2014). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. *Nursing in Critical Care*, 19(4), 166-174. doi:10.1111/nicc.12020
- Dyregrov, A. (2002). *Psykologisk debriefing*. Bergen: Fagbokforl.
- Dyregrov, A. (2018). *Katastrofepsykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Dyregrov, A., & Mitchell, J. T. (1988). Psykologisk Debriefing. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 25, ss. 217-224.
- . Retrieved from [https://kyber.blob.core.windows.net/krisepsykologi-umbraco/1293/psykologisk\\_debriefing.pdf](https://kyber.blob.core.windows.net/krisepsykologi-umbraco/1293/psykologisk_debriefing.pdf)
- Eggebo, H. (2019). Tematisk analyse - metodeartikkelen som løyser alt. Retrieved from <http://helgaeggebo.no/tematisk-analyse-metodeartikkelen-som-loyser-alt/>
- Everly, J. G. S., Flannery, J. R. B., & Eyer, V. A. (2002). Critical Incident Stress Management (CISM): A review of the literature. *Psychiatric Quarterly*, 73(3), 171-182. doi:10.1023/a:1016068003615
- Feuer, B. S. (2021). First Responder Peer Support: An Evidence-Informed Approach. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36(3), 365-371. doi:10.1007/s11896-020-09420-z
- Firing, K., Moen, A., & Skarsvåg, K. (2015). Debriefing to learn from extreme events: The case of Utøya. *International Journal of Training and Development*, 19, 301-309. doi:10.1111/ijtd.12064
- Fjeldheim, C. B., Nöthling, J., Pretorius, K., Basson, M., Ganasen, K., Heneke, R., . . . Seedat, S. (2014). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees. *BMC Emergency Medicine*, 14(1), 11. doi:10.1186/1471-227x-14-11
- Fjærtøft, J. B. (2018, 28.09.2018). Psykososial støtte til ansatte ved kriser og traumatiske hendelser i E-håndboksprosedyre nr. 10958 ved Oslo universitetssykehus HF. 7.
- Folland, R. (2009). Holistic Debriefing: A Paradigm Shift in Leadership.
- Gillespie, M., & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: A comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 842-851. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00802.x
- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occupational Medicine*, 71(2), 62-67. doi:10.1093/occmed/kqaa220
- Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B., & Brazeau, P. (2009a). Interventions for critical incident stress in emergency medical services: a qualitative study. *Stress and Health*, 25(2), 139-149. doi:10.1002/smi.1230
- Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B., & Brazeau, P. (2009b). What makes an incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention. *Work & Stress*, 23(2), 173-189. doi:10.1080/02678370903057317
- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2014). Downtime after Critical Incidents in Emergency Medical Technicians/Paramedics. *BioMed Research International*, 2014, 483140. doi:10.1155/2014/483140
- Harder, N., Lemoine, J., & Harwood, R. (2020). Psychological outcomes of debriefing healthcare providers who experience expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 330-346. doi:10.1111/jocn.15085
- Hawker, D. M., Durkin, J., & Hawker, D. S. J. (2011). To debrief or not to debrief our heroes: that is the question. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(6), 453-463. doi:10.1002/cpp.730

- Heir, T., Bonsaksen, T., Grimholt, T., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., Lerdal, A., & Schou-Bredal, I. (2019). Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. *BJPsych Open*, 5(5). doi:10.1192/bjo.2019.62
- Haavik, M., & Toven, S. (2020). *Ivaretakelse av hjelpere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jonsson, A. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 79-84. doi:10.1136/emj.20.1.79
- Jonsson, A., & Segesten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), 215-223. doi:10.1016/j.aaen.2004.05.001
- Kristoffersen, J. I. (2008). Krisepsykologi i praksis. In K. Dyregrov & A. Dyregrov (Eds.), (pp. 82-97). Bergen: Fagbokforlaget.
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge Eds.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lawn, S., Roberts, L., Willis, E., Couzner, L., Mohammadi, L., & Goble, E. (2020). The effects of emergency medical service work on the psychological, physical, and social well-being of ambulance personnel: a systematic review of qualitative research. *BMC Psychiatry*, 20(1). doi:10.1186/s12888-020-02752-4
- Levi, P., Patrician, P. A., Vance, D. E., Montgomery, A. P., & Moss, J. (2021). Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Unit Nurses: A Concept Analysis. *Workplace Health & Safety*, 69(5), 224-234. doi:10.1177/2165079920971999
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2), 112-134. doi:10.1093/clipsy.9.2.112
- Malt, U. (2019). NICE i Store medisinske leksikon på snl.no. Retrieved from <https://sml.snl.no/NICE>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforl.
- Michael, T., Streb, M., & Häller, P. (2016). PTSD in Paramedics: Direct Versus Indirect Threats, Posttraumatic Cognitions, and Dealing With Intrusions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9, 57-72. doi:10.1521/ijct.2016.9.1.57
- Missouridou, E. (2017). Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24, 110-115. doi:10.1097/JTN.0000000000000274
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *Jems*, 8(1), 36-39.
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). A Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. A Call for Action. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), 106-113. doi:10.1164/rccm.201604-0708st
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Post-traumatic stress disorder. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Norsk elektronisk legehåndbok. (2020a). Depresjon. Retrieved from <https://legehandboka-no.ezproxy.uio.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/depresjoner/depresjon>
- Norsk elektronisk legehåndbok. (2020b). Utredning ved mistenkt utbrenthetssyndrom. Retrieved from <https://legehandboka-no.ezproxy.uio.no/handboken/kliniske-kapitler/arbeidsmedisin/arbeidsrelaterede-sykdommer/sykdommer-og-plager/utbrenthetssyndrom>
- Norsk elektronisk legehåndbok. (2021a). Angst. Retrieved from <https://legehandboka-no.ezproxy.uio.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/symptomer-og-tegn/angst>



- Norsk elektronisk legehåndbok. (2021b). Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Retrieved from <https://legehandboka-no.ezproxy.uio.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdommer/posttraumatisk-stresslidelse>
- Norsk sykepleieforbund. (2004). Definisjoner. Retrieved from <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning-0>
- NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere. (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20170512210950/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%20september2017.pdf>
- O'Toole, M., & Eppich, W. (2021). In support of appropriate psychological debriefing. *Medical Education*. doi:10.1111/medu.14588
- Oslo universitetssykehus HF. (2021a). Ambulanseavdelingen. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/prehospital-klinikk/ambulanseavdelingen#les-mer-om-ambulanseavdelingen>
- Oslo universitetssykehus HF. (2021b). Medisinsk intensiv. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/akuttmedisinsk-avdeling/medisinsk-intensiv#les-mer-om-medisinsk-intensiv>
- Pek, E., Fuge, K., Marton, J., Banfai, B., Gombos, G. C., & Betlehem, J. (2015). Cross-sectional survey on self-reported health of ambulance personnel. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1), 14. doi:10.1186/s13049-015-0087-1
- Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 506-516. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04743.x>
- Petrie, K., Milligan-Saville, J., Gayed, A., Deady, M., Phelps, A., Dell, L., . . . Harvey, S. B. (2018). Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(9), 897-909. doi:10.1007/s00127-018-1539-5
- Psykotraumatologi.org. (2016). Psykotraumatologi RITS. Retrieved from <http://psykotraumatologi.org/norsk-versjon/psykotraumatologi-rits.html>
- QSR International Pty Ltd. (2018). NVivo 12Pro: QSR International Pty Ltd. Retrieved from <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Reader, T. W., Cuthbertson, B. H., & Decruyenaere, J. (2008). Burnout in the ICU: Potential consequences for staff and patient well-being. *Intensive Care Medicine*, 34(1), 4-6. doi:10.1007/s00134-007-0908-4
- Reid, B. O., Næss-Pleym, L. E., Bakkelund, K. E., Dale, J., Uleberg, O., & Nordstrand, A. E. (2021). *A Cross-sectional Study of Mental Health, Posttraumatic Stress Symptoms and Post Exposure Changes in Norwegian Ambulance Personnel*. Research Square Platform LLC. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-903117/v1>
- Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD000560
- Salmon, G., & Morehead, A. (2019). Posttraumatic Stress Syndrome and Implications for Practice in Critical Care Nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 31(4), 517-526. doi:10.1016/j.cnc.2019.07.007
- Scholes, J. (2013). Building emotional resilience: small steps towards big change. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 263-265. doi:10.1111/nicc.12060

- Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H. S., Heir, T., & Weisaeth, L. (2013). Work-related post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 63(3), 175-182. doi:10.1093/occmed/kqt003
- Skre, I. B. (2021). Resiliens i Store norske leksikon på snl.no. Retrieved from <https://snl.no/resiliens>
- Smith, A. (2003). Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel: a review of the literature. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 75-78. doi:10.1136/emj.20.1.75
- Soscon. (2015). Studieplan - Videreutdanning i psykisk stress- og krisebearbeidelse (Psykotraumatologi RITS). Retrieved from <https://www.soscon.com/Kurstyper/tabid/461/ArticleId/13/STUDIEPLAN-Videreutdanning-i-psykisk-stress-og-krisebearbeidelse-Psykotraumatologi-RITS.aspx>
- Soscon. (2018). Om oss. Retrieved from <https://www.soscon.com/Omoss.aspx>
- Steege, L. M., & Rainbow, J. G. (2017). Fatigue in hospital nurses — ‘Supernurse’ culture is a barrier to addressing problems: A qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 67, 20-28. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.11.014
- Sterud, T., Hem, E., Ekeberg, Ø., & Lau, B. (2008). Occupational stressors and its organizational and individual correlates: A nationwide study of Norwegian ambulance personnel. *BMC Emergency Medicine*, 8(1), 16. doi:10.1186/1471-227x-8-16
- Sterud, T., Hem, E., Lau, B. R., & Ekeberg, Ø. (2008). Suicidal Ideation and Suicide Attempts in a Nationwide Sample of Operational Norwegian Ambulance Personnel. *Journal of Occupational Health*, 50(5), 406-414. doi:10.1539/joh.l8025
- Streb, M., Hällner, P., & Michael, T. (2014). PTSD in Paramedics: Resilience and Sense of Coherence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 452-463. doi:10.1017/s1352465813000337
- Strype, J., & Barland, B. (2007). *En evaluering av kollegastøtteordningen i politi- og lensmannsetaten*.
- Strømfors, G. (2000). *Kollegaveiledning i sosialt arbeid*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Svartdal, F., & Malt, U. (2021). stress i Store norske leksikon på snl.no. Retrieved from <https://snl.no/stress>
- Tamrakar, T., Murphy, J., & Elklit, A. (2019). Was Psychological Debriefing Dismissed Too Quickly? : Assessment of the 2002 Cochrane Review.
- Tannenbaum, S. I., & Cerasoli, C. P. (2013). Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-Analysis. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 55(1), 231-245. doi:10.1177/0018720812448394
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2014). Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *Journal of Medical Ethics*, 40(2), 97-103. doi:10.1136/medethics-2012-100619
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Todaro-Franceschi, V. (2013). Critical Care Nurses' Perceptions of Preparedness and Ability to Care for the Dying and Their Professional Quality of Life. In (pp. 184-190). Philadelphia, PA :
- Tuckey, M., & Hayward, R. (2011). Global and Occupation-Specific Emotional Resources as Buffers against the Emotional Demands of Fire-Fighting. *Applied Psychology*, 60, 1-23. doi:10.1111/j.1464-0597.2010.00424.x
- Tuckey, M., & Scott, J. (2013). Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: A randomized controlled trial. *Anxiety, stress, and coping*, 27. doi:10.1080/10615806.2013.809421



- Tømmerbakke, S. G. (2020, 26.04.2020). Slik jobber OUS med å støtte de ansatte. Retrieved from <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/04/26/slik-jobber-ous-med-a-stotte-de-ansatte/>
- Utdanning.no. (2021a). Yrkesbeskrivelse ambulansesarbeider. Retrieved from <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/ambulansesarbeider>
- Utdanning.no. (2021b). Yrkesbeskrivelse intensivsykepleier. Retrieved from <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/intensivsykepleier>
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*, 42(2), II-57. doi:10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a
- Van Dam, K., Meewis, M., & Van Der Heijden, B. I. J. M. (2013). Securing intensive care: towards a better understanding of intensive care nurses' perceived work pressure and turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 31-40. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05981.x
- Van Der Ploeg, E. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(>90001), 40i-46. doi:10.1136/oem.60.suppl\_1.i40
- Van Mol, M. M. C., Kompanje, E. J. O., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 10(8), e0136955. doi:10.1371/journal.pone.0136955
- Vandvik, I. H. (2020). Tilpasningsforstyrrelse i Store medisinske leksikon på snl.no. Retrieved from <https://sml.snl.no/tilpasningsforstyrrelse>
- Vassend, O. (1997). *Kommunikasjon og pasientbehandling*. Oslo: Spartacus.
- Vifladt, A., Simonsen, B. O., Lydersen, S., & Farup, P. G. (2016). The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 36, 26-34. doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.004>
- Wild, J., El-Salahi, S., Tyson, G., Lorenz, H., Pariante, C. M., Danese, A., . . . Ehlers, A. (2018). Preventing PTSD, depression and associated health problems in student paramedics: protocol for PREVENT-PTSD, a randomised controlled trial of supported online cognitive training for resilience versus alternative online training and standard practice. *BMJ Open*, 8(12), bmjopen-2018-2002. doi:10.1136/bmjopen-2018-022292
- Zoom Video Communications. (2021). Zoom. Retrieved from <https://zoom.us/>

# Vil du delta i et forskningsprosjekt om kollegastøtte i helsevesenet?

Jeg søker deltakere til mitt forskningsprosjekt: «*Hvilken opplevelse har ambulanspersonell i ambulansetjenesten og sykepleiere ved intensiv-/akuttavdelinger av kollegastøtte og emosjonell førstehjelp?*» Formålet er å se på betydningen av støtte etter belastende jobbrelevante hendelser.

## Formål

Dette prosjektet er en del av min master i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn. Bakgrunnen for prosjektet er at ved Ambulansetjenesten Oslo universitetssykehus HF har man utviklet en ordning og et prosedyreverk for kollegastøtte (EFOK – Emosjonell førstehjelp og krisehåndtering), som har vært brukt siden 1990-tallet. Innhospitalt i OUS er det ikke et tilsvarende system. Det vekker min nysgjerrighet og har vært utgangspunktet for mitt masterprosjekt.

Målet med studien er å kartlegge hva som kan tilbys av støtte etter belastende jobbrelevante hendelser i ambulansetjenesten og ved akutt-/intensivavdelinger ved OUS. For å kunne besvare denne problemstillingen, søker jeg deltakere som har minst tre års arbeidserfaring i sin nåværende eller tilsvarende stilling, og som har opplevd belastende jobbrelevante hendelser. Det er ikke et krav at man har fått oppfølging i etterkant. Detaljert kjennskap til hvordan egen virksomhet legger til rette for oppfølging, er heller ikke nødvendig (bare positivt).

## Hva innebærer deltakelse i studien?

Informasjonen i studien innhentes gjennom én-til-én intervjuer, med ansatte i ambulansetjenesten OUS og ved en intensivavdeling ved OUS. Intervjuene er planlagt gjennomført i perioden mai-juni 2021. Intervjuene antas å ha en varighet på cirka 45 minutter, og kan gjøres i arbeidstiden. Intervjuene vil pga. forholdene rundt Covid-19 kunne gjennomføres digitalt (Zoom) eller som en vanlig telefonsamtale, dersom det ikke lar seg gjøre å møtes personlig.

Jeg har utarbeidet en intervjuguide til gjennomføringen og det vil kunne være aktuelt å stille oppfølgingsspørsmål underveis der det er naturlig. Dette for å få en bedre innsikt på området det spørres om. Forskningsspørsmålene mine er blant annet:

- Hvordan har deltakerne opplevd belastende hendelser i sitt arbeid?
- Hvem har gitt tilbud om oppfølging etter belastende hendelser?
- Hvordan har deltakerne blitt fulgt opp etter belastende hendelser?
- Hvordan skulle deltakerne ønske at de ble fulgt opp etter belastende hendelser?

Da intervjuet er semistrukturert og har til formål å kartlegge funksjonsevne, tanker, følelser og opplevelser deltakerne har hatt og hvordan det har påvirket dem, vil det være en for stor oppgave å skulle skrive ned svarene underveis i intervjuet uten at intervjueren vil miste viktig informasjon, eller at det forstyrrer intervjuet. Derfor blir intervjuet tatt opp på en lydopptaker som blir en viktig kilde i analysearbeidet, og deretter transkribert til tekst.

## Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Gjennom studien vil det kun være student og veileder som har tilgang til personrelaterte opplysninger som er innhentet gjennom intervjuet. Svarene vil bli anonymisert. Da dette er temaer som omhandler ens egne opplevelser, tanker og følelser, skal

## Vedlegg 1

informantene være trygge på at det er en streng konfidensialitet. Ingen opplysninger eller hendelser vil kunne spores tilbake til den enkelte informant. I masteroppgaven vil det ikke fremkomme person- eller hendelsesopplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til enkeltpersoner, da oppsummeringen av studien vil foregå i form av «*mens en tredjedel av respondentene opplevde fenomenet på denne måten, opplevde resten av gruppen det annerledes*». Informantene vil dermed ikke kunne kjenne seg eksplisitt igjen i publikasjonen. Notater og lydopptak vil lagres sikkert med passordbeskyttelse og vil ikke være tilgjengelig for andre. Alle personopplysninger vil bli slettet etter at studien er ferdig.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. desember 2021.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. For deg som ansatt i ambulansetjenesten vil det ikke få noen innvirkning på ditt forhold til undertegnede, som selv er en del av kollegastøttegruppen EFOK (og leder), dersom du ikke vil delta i studien, eller senere trekke deg fra studien.

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

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, institutt for helse og samfunn, er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

**Dersom du ønsker å delta, eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg, Jon Våge, på e-post [jon.vage@studmed.uio.no](mailto:jon.vage@studmed.uio.no) eller telefon 95 25 10 07.**

Veileder i denne studien er Halvor Nordby. Han kan kontaktes på e-post [halvor.nordby@medisin.uio.no](mailto:halvor.nordby@medisin.uio.no), eller telefon 90 13 51 54.

Studien er meldt til NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med dem på e-post ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17. Du kan også kontakte personvernombudet ved UiO, Roger Markgraf-Bye@admin.uio.no.

Studien er også meldt til personvernombudet ved OUS og godkjent av ledere av ambulanseavdelingen og medisinsk intensiv ved OUS.

Jeg håper dette er noe som du synes er viktig og høres spennende ut og at du har lyst til å delta i mitt prosjekt!

Vedlegg 1

Med vennlig hilsen

Jon Våge  
Masterstudent ved UiO

KLIPP HER -----

## **Samtykkeerklæring**

**(kan gis direkte til intervjuer, eller sendes som bilde pr epost – ferdig signert)**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvilken opplevelse har ambulanspersonell i ambulansetjenesten og sykepleiere ved intensiv-/akuttavdelinger av kollegastøtte og emosjonell førstehjelp?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i prosjektet.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Intervjumal

## Spørsmål

### 1.1 Bakgrunnsinformasjon

- 1.1.1 Kjønn
- 1.1.2 Alder (år)
- 1.1.3 Arbeidssted
- 1.1.4 Utdannelse
- 1.1.5 Ansiennitet (år med fast ansettelse)
- 1.1.6 Ansiennitet på nåværende arbeidsplass
- 1.1.7 Bosituasjon (bor du alene eller sammen med noen?)
- 1.1.8 Har du barn?

### 1.2 Har du opplevd belastende hendelser i ditt arbeid?

- 1.2.1 Hva mener du er en belastende hendelse?
- 1.2.2 Kan du fortelle om en eller flere belastende hendelser på jobb som har påvirket deg og din funksjonsevne? (følelser, anspenhet, uro etc. – utdype/finne bedre støttespm.)
- 1.2.3 Har belastende jobbrelaterte hendelser påvirket deg i hverdagen?
  - 1.2.3.1 *Hvor lenge? Dager? Uker? Måneder? År?*
  - 1.2.3.2 *Hvordan har dette påvirket dine tanker og følelser?*
  - 1.2.3.3 *Har det påvirket søvn og konsentrasjon? Opplevd uro eller anspenhet?*
- 1.2.4 Hvordan påvirket hendelsen ditt forhold til jobben?
  - 1.2.4.1 *Lyst til å slutte, stimulert til å fortsette eller ingen endring?*
- 1.2.5 Har du hatt belastende hendelser på jobb uten å bli fulgt opp av noen?
- 1.2.6 Hvor ofte opplever du belastende hendelser?
  - 1.2.6.1 *Hver uke, måned, halvår, år eller sjeldnere?*
- 1.2.7 Hender det du får tanker om tidligere belastende hendelser når du er på jobb?
- 1.2.8 Har denne/disse hendelsen(-e) medført at du har hatt fravær fra jobb?
  - 1.2.8.1 *Hvor lenge?*
- 1.2.9 Har belastende private hendelser påvirket deg på jobb?
  - 1.2.9.1 *Hendelser privat – sykdom, skade*
  - 1.2.9.2 *Hvor lenge?*

### 1.3 Hvem har gitt tilbud om oppfølging etter belastende hendelser?

- 1.3.1 Hvem har gitt deg oppfølging etter belastende hendelser (leder/andre)?
- 1.3.2 Finnes det en ordning som ivaretar deg ved slike hendelser?

## Vedlegg 2

### *1.3.2.1 I tilfelle: Hvordan er den?*

- 1.3.3 Hadde det spilt noen rolle for deg om du hadde blitt fulgt opp av kollegaer?
- 1.3.4 Har du selv tatt kontakt dersom du har hatt behov for oppfølging?
- 1.3.5 Er det lett å ta kontakt dersom du skulle ha behov for det?
- 1.3.6 Finnes det utfordringer ved å bli fulgt opp av nærmeste leder, slik du ser det?

## 1.4 Hvordan har du blitt fulgt opp etter sterke hendelser?

- 1.4.1 Kan du fortelle om en konkret oppfølging etter en hendelse.
- 1.4.2 Ble du fulgt opp alene eller sammen med andre i en gruppe?
- 1.4.3 Hvem styrte oppfølgingen?
- 1.4.4 Hvilken betydning hadde samtalen/oppfølgingen for deg?
- 1.4.5 På hvilken måte hjalp oppfølgingen/samtalen deg til å bearbeide din tilstand?

### *1.4.5.1 Endret det hvordan du hadde det?*

- 1.4.6 På hvilken måte var samtalen viktig for å ivareta deg?
- 1.4.7 Har du fått den oppfølgingen du mener du trengte?
- 1.4.8 På hvilken måte betyr denne oppfølgingen noe for din jobbtilfredshet og funksjonsevne på jobb?

### *1.4.8.1 Lyst til å slutte, stimulert til å fortsette eller ingen endring?*

## 1.5 Hvordan skulle du ønske du ble fulgt opp?

- 1.5.1 Hva er viktig for deg med oppfølging?
- 1.5.2 Ville du foretrukket å bli kontaktet, eller vil du selv be om hjelp ved behov?
- 1.5.3 Hvor mye skal til for at du tar kontakt selv? (Innlede med de «usynlige oppdragene»)
- 1.5.4 Kunne du vært støtte foruten?
- 1.5.5 Betyr det noe hvordan du blir fulgt opp, når og av hvem?
- 1.5.6 Er det noe som kunne gjøre at du ikke ønsker å bli fulgt opp av leder/kollegastøtte?

## 1.6 Er det noe annet du ønsker å tilføye til slutt?



## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Hvilken opplevelse har ambulansepersonell i ambulansetjenesten og sykepleiere ved intensiv-/akuttavdelinger av kollegastøtte og emosjonell førstehjelp?

### Referansenummer

308462

### Registrert

15.04.2021 av Jon Våge - jonvaa@uio.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Halvor Nordby, halvor.nordby@medisin.uio.no, tlf: 90135154

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Jon Våge, jon.vage@studmed.uio.no, tlf: 95251007

### Prosjektperiode

01.01.2021 - 01.12.2021

### Status

25.05.2021 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 25.05.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 25.05.21 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn taushetsbelagt informasjon. Det kan være hensiktsmessig at du avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 01.12.21.

## LOVLIG GRUNNLAG

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

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>



Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Line Raknes Hjellvik

Lykke til med prosjektet!

Postadresse:  
Trondheimsveien 235  
0514 Oslo

Sentralbord:  
02770

Org.nr:  
NO 993 467 049 MVA

[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

## PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Jon Våge, seksjonsleder ved Ambulansetjenesten OUS

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus

Dato: 26.5.2021

Saksnummer: 21/09513

### Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet:

*«Hvilken opplevelse har ambulanspersonell av kollegastøtte og emosjonell førstehjelp?»*

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er Universitetet i Oslo.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved OUS.
4. Prosjektet er forelagt NSD.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert.
6. Data lagres aidentifisert. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres separat og avlåst.
7. Data slettes eller anonymiseres etter prosjektslutt.
8. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen

*Silje Vettelund Melås*

Personvernrådsgiver

Oslo universitetssykehus HF  
Direktørens stab | Personvern

