

Knut Anders Brevig

# Psykososialt arbeidsmiljø i ambulansetjenesten

Ambulansepersonells erfaringer med  
emosjonelle belastninger

Masteroppgave i Folkehelse

Veileder: Olav Garsjø

November 2022



Knut Anders Brevig

# **Psykososialt arbeidsmiljø i ambulansetjenesten**

Ambulansepersonells erfaringer med emosjonelle belastninger

Masteroppgave i Folkehelse  
Veileder: Olav Garsjø  
November 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Ambulansepersonells arbeidshverdag er preget av møte med mennesker i forskjellige helsetilstander og livssituasjoner. Disse møtene påvirker ambulansepersonellet på ulike måter og krever ulik kompetanse. En side av det psykososiale arbeidsmiljøet er risikoen for belastninger og psykisk uhelse. På tross av risikoen for belastninger er arbeidshverdagen også preget av meningsfullhet, trivsel og tilhørighet til yrkesgruppen. Det er lite kunnskap om de emosjonelle sidene ved ambulansepersonells arbeidshverdag.

**Hensikt/Formål:** Med masteroppgaven ønsker jeg å undersøke hvordan ambulansepersonell erfarer emosjonelle belastninger i sin arbeidshverdag. I dette ligger hva som kan være risikofaktorer for psykisk uhelse, men også hva som er helsefremmende i arbeidshverdagen og det psykososiale arbeidsmiljøet.

**Metode:** Masteroppgaven er en kvalitativ studie med bruk av individuelle intervjuer. Det ble gjennomført 7 intervjuer av ambulansepersonell med minimum 10 års tjeneste. Analysen av dataene er gjennomført med Tematisk analyse av Braun & Clarke.

**Resultater:** Det er flere sentrale funn. Den ene er at indirekte emosjonelle belastninger er den største prøvelsen for ambulansepersonellet. Videre så skaper faktorer i det organisatoriske arbeidsmiljøet sårbarhet for emosjonelle belastninger. Særlig gjelder det økt oppdragsmengde og krav til kompetanse. Sosial støtte på jobb og privat er en viktig beskyttende og helsefremmende faktor. Ambulansepersonellet opplever også at arbeidet gir høy grad av mening. Fremtidig er det behov for åpenhet og anerkjennelse av yrkets emosjonelle sider, og øke kunnskapen om yrkets emosjonelle sider er viktig.

**Konklusjon:** Kunnskap om ambulansepersonells erfaringer med emosjonelle belastninger må utvikles gjennom hele organisasjonen, på et individ, gruppe og leder nivå. Det er viktig at kompetansehevende tiltak settes på agendaen både i helseforetakene og i de prehospital studiene på universitet og høgskole. Det er viktig å ha åpenhet omkring yrkes helserisiko og hva som kan være helsefremmende. Salutogenese kan være en interessant teori for ambulansetjenestens helsefremmende utvikling.

**Nøkkelbegreper:** Ambulansepersonell, psykososialt arbeidsmiljø, emosjonelle belastninger, helsefremmende arbeidsplasser, salutogenese, kvalitativ metode.

# Abstract

**Background:** Ambulance personnel's everyday work is characterized by meeting people in different health conditions and life situations. These meetings affect the ambulance personnel in different ways and require different skills. One aspect of the psychosocial work environment is the risk of distress and mental illness. Despite the risk of strain, everyday work is also characterized by meaningfulness, well-being and belonging to the occupational group. There is little knowledge about the emotional aspects of paramedics' everyday work.

**Objective/purpose:** With my master's thesis, I want to study how ambulance personnel experience emotional strain in their everyday work. This includes what can be risk factors for mental illness, but also what is health-promoting in the working life and the psychosocial work environment.

**Method:** The master's thesis is a qualitative study using interviews. Seven interviews were conducted of ambulance personnel with a minimum of 10 years of service. The analysis of the data has been carried out with Thematic analysis by Braun & Clarke.

**Result:** There are several key findings. One is that indirect emotional strain is the among the biggest threats to the ambulance personnel. Furthermore, factors in the organizational work environment create vulnerability to emotional strain. In particular, this applies to the increased number of assignments and increased need for competence. Social support at work and in private life is an important protective and health-promoting factor. The ambulance personnel feel that the work gives a high degree of meaning. In the future, there is a need for openness and recognition of the profession's emotional aspects and increasing knowledge about the profession's emotional aspects is important.

**Conclusion:** Knowledge about ambulance personnel's experiences with emotional strain must be developed throughout the organization, at an individual, group and manager level. It is important that competence-enhancing measures are put on the agenda both in the ambulance services and in the pre-hospital studies at universities and colleges. It is important to be open about occupational health risks and what can be health-promoting. Salutogenesis can be an interesting theory for the ambulance service's health-promoting development.

**Keywords:** Ambulance personnel, psychosocial work environment, emotional strain, health-promoting workplaces, salutogenesis, qualitative research method.

# Forord

Gjennom en lang og interessant skriveprosess er det mange jeg vil takke. Selv om masteroppgaven er en individuell innlevering, så står det helt klart for meg at det er et resultat av et omfattende lagarbeid. Jeg vil først rette en stor takk til min veileder, professor Olav Garsjø ved NTNU, for kloke råd og innspill. Takk for alle diskusjonene. I forberedelsene og utformingen av masteroppgaven har jeg i ulike perioder av prosessen vært i kontakt med flere forskjellige fagpersoner. Særlig gjelder dette i utvikling av problemstilling, forskningsspørsmål og forskningsdesign. Det har vært nyttig for å prøve ut tanker og ideer mot de som har erfaring innen ulike tema.

Noen har jeg vært i kontakt med flere ganger. Takk til dere for å ha brukt av deres tid. De jeg i hovedsak har vært i kontakt med er:

- Halvor Nordby, Professor, Høgskolen i Innlandet
- Astrid Rønsen, Universitetslektor, NTNU.
- Hege Kletthagen, Førsteamanuensis, NTNU
- Signe Lohmann-Lafranz, Arbeidsmedisiner, NTNU/ St.Olavs hospital HF
- Silje Sveen, Stipendiat, NTNU
- Tone Bovim, Spesialrådgiver og psykologspesialist, RVTS ØST

Jeg har også vært deltager i en forskergruppe med kollegaer fra helseforetaket jeg jobber i. Gruppen er ledet av Phd, psykiatrisk sykepleier, Maria Løvsletten og Phd, psykologspesialist, Kerstin Søderstrøm. Jeg har presentert masterprosjektet regelmessig for tilbakemelding der. Gruppen er sammensatt tverrfaglig og består av flere med doktorgrad, som er i stipendiatstillinger eller er mastergradsstudenter. Forskergruppen er etablert i Divisjon psykisk helsevern i helseforetaket. Takk for all kunnskap dere har delt.

Masterprosjektet er gjennom prosessen blitt lagt frem for ledergruppen, arbeidsmiljøutvalg samt fagforum i prehospitale tjenester i eget helseforetak. Dette for å få tilbakemelding på relevans og nødvendighet av masteroppgaven. Takk til dere for å ha ønsket dette.

Jeg vil takke alle i ambulansetjenesten som har deltatt som intervjudeltagere, og jeg vil takke alle som har bidratt med råd, diskusjoner og heiarop. Ekstra takk til min arbeidsgiver som stiller opp for kompetanseheving.

Jeg vil til slutt takke min ektefelle, Monica, som har stått i alle svingningene. Og mine to sønner, Johannes og Henrik, som setter livet i perspektiv. Johannes på 4,5 år som alltid er så klok og Henrik som kom til verden bare noen måneder før innlevering. Aldri alene, folkens. Nå er pappa tilbake.

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>v</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>vi</b>
<b>Forord</b> .....	<b>vii</b>
<b>Introduksjon</b> .....	<b>11</b>
<b>1 BAKGRUNN FOR MASTEROPPGAVEN</b> .....	<b>12</b>
1.1 <i>Arbeidstilsynets tilsyn av ambulansetjenesten i Norge 2018-2019</i> .....	12
1.2 <i>Risiko for emosjonelle belastninger</i> .....	13
1.3 <i>Psykososialt arbeidsmiljø</i> .....	13
1.4 <i>Trivsel i yrket</i> .....	13
1.5 <i>Eksisterende forskningsgrunnlag</i> .....	14
1.6 <i>Masteroppgavens mål, problemstilling og forskningsspørsmål</i> .....	14
<b>2    OM AMBULANSETJENESTEN OG AMBULANSEPERSONELL</b> .....	<b>16</b>
2.1 <i>Generell beskrivelse av ambulansetjenesten</i> .....	16
2.2 <i>Historisk utvikling – fra transport til sykehusenes forlengede arm</i> .....	17
2.3 <i>Behov for kompetanse – fra etatsfag til universitetsfag</i> .....	17
<b>3    TEORI</b> .....	<b>19</b>
3.1 <i>Emosjonelle belastninger</i> .....	19
3.1.1    Strukturelle og sosiologiske belastninger .....	20
3.1.2    Direkte emosjonelle belastninger .....	20
3.1.3    Indirekte emosjonelle belastninger .....	20
3.2 <i>Salutogenese og utvikling av helsefremmende arbeidsplasser</i> .....	21
3.2.1    Opplevelse av sammenheng (OAS) .....	21
3.2.2    Generelle motstandsressurser (GMR).....	23
<b>4    METODE</b> .....	<b>24</b>
4.1 <i>Forberedelser og planlegging av datainnsamling</i> .....	24
4.1.1    Pilotintervjuer .....	24
4.1.2    Informasjon og forankring i ambulansetjenestens ledelse .....	25
4.2 <i>Utvalgsstrategi og rekruttering av deltagere</i> .....	25
4.2.1    Utvalgsstrategi .....	25
4.2.2    Rekruttering av deltagere .....	26
4.2.3    Karakteristikker ved deltagerne.....	26
4.3 <i>Datainnsamling</i> .....	27
4.3.1    Gjennomføring av intervjuene .....	27
4.3.2    Transkripsjon.....	27



4.4	<i>Forskningsetikk – etiske vurderinger i masteroppgaven</i> .....	28
4.4.1	Søknad om godkjenning av studien - Personvernombudet i helseforetaket .....	28
4.4.2	Etisk forsvarlighetsvurdering .....	29
4.4.3	Min plassering i forhold til tema i masteroppgaven .....	30
4.5	<i>Metode analyse – tematisk analyse</i> .....	32
4.5.1	Gjøre seg kjent med dataene .....	32
4.5.2	Utvikle innledende koder .....	32
4.5.3	Søke etter temaer .....	33
4.5.4	Vurdere potensielle temaer .....	33
4.5.5	Definere og navngi tema .....	33
<b>5</b>	<b>RESULTATER</b> .....	<b>34</b>
5.1	<i>De emosjonelle sidene ved arbeidshverdagen</i> .....	34
5.1.1	«De vanskelige situasjonene» .....	34
5.1.2	«Den store mengden av elendighet blir for mye» .....	37
5.1.3	«Du tar med hele deg selv inn i jobben» .....	38
5.2	<i>Krevende rammefaktorer skaper økt arbeidsbelastning</i> .....	39
5.2.1	«Økt oppdragsmengde er fiende nummer én» .....	39
5.2.2	«Økte krav og forventninger til oss».....	40
5.3	<i>Mestring av risiko for emosjonelle belastninger</i> .....	41
5.3.1	«Kollegasamholdet er en forutsetning for vi skal klare oss» .....	41
5.3.2	«Støtte fra privat nettverk er viktig» .....	42
5.3.3	«Humor er sunt» .....	42
5.4	<i>Meningsfullhet og trivsel i yrket</i> .....	43
5.4.1	«Tilhørighet til ambulansefamilien» .....	43
5.4.2	«Identitet som en hjelper i møte med pasient og pårørende».....	44
5.4.3	«Yrket gir perspektiv på eget liv».....	44
5.4.4	«Faget som lidenskap» .....	45
5.5	<i>Leders betydning for beskyttelse mot emosjonelle belastninger</i> .....	46
5.5.1	«Ledere må ta ansvar for ivaretagelse og skape tillit» .....	46
5.5.2	«Ledere setter standarden for kulturen på arbeidsplassen».....	47
5.5.3	Tilstedeværende ledere er en nødvendighet i en kompleks arbeidshverdag .....	48
5.5.4	Leders støtte på behovet for hvile .....	49
5.6	<i>Kompetanse skaper trygghet</i> .....	49
5.6.1	«Utvikling av motstandsressurser gjennom opplæring» .....	49
5.6.2	«Mester-svenn er optimalt for opplæring» .....	50
<b>6</b>	<b>DISKUSJON AV RESULTATER OG METODE</b> .....	<b>52</b>
6.1	<i>Hva kjennetegner faktorer som ambulansepersonell kan oppleve som emosjonelt belastende?</i> ....	52
6.1.1	Indirekte emosjonelle belastninger er den største prøvelsen .....	52
6.1.2	Faktorer i det organisatoriske arbeidsmiljøet skaper sårbarhet for emosjonelle belastninger ....	54
6.2	<i>På hvilken måte håndterer ambulansepersonell emosjonelle belastninger?</i> .....	55
6.2.1	Sosial støtte på jobb og privat.....	55
6.2.2	Yrket gir høy grad av mening .....	56
6.3	<i>Hvordan mener ambulansepersonell at organisasjonen de jobber i kan forebygge emosjonelle belastninger i fremtiden?</i> .....	57
6.3.1	Åpenhet og anerkjennelse av yrkets emosjonelle sider.....	57
6.3.2	Kunnskap om yrkets emosjonelle sider og ekstern hjelp når belastningene blir for store .....	57
6.4	<i>Funnene i lys av salutogen tenkning - Generelle motstandsressurser (GMR) og Opplevelse av sammenheng (OAS)</i> .....	58
6.4.1	Generelle motstandsressurser .....	59

6.4.2	Opplevelse av sammenheng .....	59
6.5	<i>Vurdering og diskusjon av metode</i> .....	62
6.5.1	Reliabilitet .....	62
6.5.2	Validitet .....	62
6.5.3	Andre metodiske vurderinger - Videre vei for forskning på temaet .....	63
<b>7</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>65</b>
	<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>67</b>
	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>72</b>

# Introduksjon

Min nysgjerrighet for ambulansearbeiderens arbeidshverdag startet for om lag 6 år siden. Etter å ha jobbet nær 20 år i psykisk helsevern og akuttpsykiatrien, har jeg de siste årene fått anledning til å jobbe tett på ambulansetjenesten i samhandlingsprosjekt mellom prehospitale tjenester og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Selv har jeg en grunnutdanning som sosionom og flere videreutdanninger, blant annet i rusbehandling og avhengighet. Jeg er med andre ord ikke utdannet innen ambulansefaget, men tilhører det prehospitale fagmiljøet gjennom undervisning, rådgivning og fagutvikling innenfor psykisk helse. Gjennom dette arbeidet har jeg i samtale med ambulanspersonell og deltagelse i ambulanseoppdrag fått innsikt i at de kan oppleve psykisk krevende og belastende situasjoner over tid. Situasjoner som kan påvirke ambulanspersonellens yrkesrolle og psykiske helsesituasjon (*Behnke et al., 2019; Lawn et al., 2020; Reid et al., 2022; Sterud et al., 2006*). Det har vært personlige beretninger fra ambulanspersonell om psykisk krevende situasjoner og hvordan møte med andre har påvirket dem. Det være seg pasienter, pårørende, publikum, samarbeidspartnere og kolleger. Situasjoner jeg tenker kan være emosjonelt belastende. I håndtering av dette opplever jeg at det stilles høye krav til utvikling av kompetansen i ambulansetjenesten.

Dette har gitt meg inspirasjon til å undersøke ambulanspersonells arbeidsmiljø nærmere. Jeg mener det er særlig behov for å undersøke ambulanspersonells erfaringer med emosjonelle belastninger. Det danner grunnlaget for dette masterprosjektet. Til det har jeg valgt et kvalitativt forskningsdesign med bruk av individuelle intervjuer. Datainnhenting er gjennomført i det helseforetak jeg selv er ansatt i. Gjennom masteroppgaven har jeg, i samråd med veileder, valgt å ikke navngi helseforetaket. Dette for å sikre best mulig anonymitet.

## Masteroppgavens inndeling

Masteroppgaven består av 7 kapitler. I kapittel 1 vil bakgrunnen for masteroppgaven bli beskrevet sammen med mål, problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel 2 vil ambulansetjenesten og ambulanspersonell bli nærmere presentert. Kapittel 3 vil være teorikapitlet, hvor ulike emosjonelle belastninger, og salutogenese som teori bli presentert. Kapittel 4 beskriver metoden brukt i masterprosjektet og hvor det vil bli sett på et kvalitativt forskningdesign med bruk av individuelle dybdeintervjuer. Det vil bli redegjort for masterprosjektets etiske vurderinger og til slutt bruk av tematisk analyse i utvikling av resultatene. Resultatene blir deretter presentert i kapittel 5. I kapittel 6 vil resultater og metode bli diskutert. Konklusjonen vil bli presentert i kapittel 7.

# 1 BAKGRUNN FOR MASTEROPPGAVEN

I dette kapittelet vil jeg vil si litt mer om bakgrunnen for masteroppgaven og hva jeg har tatt utgangspunkt i det. Det er flere grunner til hvorfor jeg tenker det er interessant å undersøke ambulanspersonells psykososiale arbeidsmiljø og erfaringer med emosjonelle belastninger. I dette kapittelet vil jeg derfor se på et tilsyn i ambulansetjenestene gjennomført av Arbeidstilsynet i perioden 2018-2019, ambulansetjenesten som en arbeidsplass med risiko for emosjonelle belastninger, hva psykososialt arbeidsmiljø betyr, undersøke mulige trivsefaktorer i ambulansetjenesten, se på eksisterende forskning og til slutt i kapitlet vil masteroppgavens mål, problemstilling og forsknings spørsmål bli beskrevet

## 1.1 Arbeidstilsynets tilsyn av ambulansetjenesten i Norge 2018-2019

Et utgangspunkt og inspirasjon for masteroppgaven er et tilsyn Arbeidstilsynet gjennomførte i ambulansetjenesten i Norge i perioden 2018-2019 (Andersen et al., 2020). En rekke ambulansestasjoner var inkludert i tilsynet. Formålet med tilsynet var forbedring av arbeidsmiljøet for ambulansetjenestene fra de ulike helseforetakene i Norge. Det psykososiale arbeidsmiljøet er en del av dette målet. Særlig viktig er det å forebygge uheldige belastninger som kan medføre helseplager, sykdom eller skade. I dette ligger også risiko for emosjonelle belastninger. Tilsynet viser at ansatte i ambulansetjenesten utsettes for en rekke risikoforhold som kan føre til ulike helseplager.

I rapporten fra Arbeidstilsynet kommer det frem at ambulanspersonell opplever *utfordringer med vold og trusler om vold i tjenesten*, og at dette er en del av ambulanspersonells forventede arbeidshverdag. Urovekkende er det at dette er en samfunnsutvikling som ser ut til å fortsette. Det forventes en økning av vold mot ambulanspersonell i årene som kommer (NOU 2015: 17). De funn Arbeidstilsynet har gjort har medført krav til helseforetakene om igangsettelse av tiltak for å forebygge vold og trusler i ambulansetjenesten. Det kan for eksempel være krav om opplæring i voldsrisikovurdering.

Videre interessant i rapporten er funnene om ambulanspersonells *opplevelse av emosjonelle krav, belastninger og stress*. Arbeidstilsynets inspektører fikk innsikt i at *andre emosjonelle sider ved jobben* er vel så belastende som vold og trusler (Andersen et al., 2020, s. 13). Det er med andre ord ikke bare vold og trusler som kan oppleves belastende, men også andre emosjonelle sider ved arbeidet.

«*Ambulansearbeidere peker på den emosjonelle belastningen i jobben som en kilde til slitasje, og som gjør at mange ikke orker å stå i jobben over lengre tid*» (Andersen et al., 2020, s. 13).

Rapporten undersøker mindre hva som ligger i *andre emosjonelle belastninger ved arbeidshverdagen* enn vold og trusler. Det vil derfor være viktig å undersøke hva som kjennetegner andre faktorer ambulanspersonell opplever som emosjonelt belastende.

## 1.2 Risiko for emosjonelle belastninger

I Arbeidstilsynets (u.å.-a) *krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø* pekes det på at det kan være en risiko for emosjonelle belastninger i yrker som jobber med andre mennesker.

*«Dette forekommer ofte i arbeidssituasjoner hvor arbeidstakere må kontrollere og regulere egne følelser og følelsesuttrykk for å imøtekomme krav i jobben. Dette er spesielt vanlig i yrker hvor man må undertrykke egne følelser i yrkesrollen»* (Arbeidstilsynet, u.å.).

Ambulanspersonell vil være det Ose & Busch (2020, s. 41) beskriver som en yrkesgruppe med høye emosjonelle krav. Det innebærer et yrke som må forholde seg til sterke følelser slik som sorg, sinne, fortvilelse, smerte i de relasjoner man møter (Halpern et al., 2009). Det kan være hos pasienter eller andre relasjoner, hvor man må undertrykke eller skjule sine egne følelser for å få gjennomført jobben (Ose & Busch, 2020). Utfordringen vil være å ta imot andres følelser og samtidig kontrollere sine egne. Det å stå i et yrke med høye emosjonelle krav over tid kan få ulike konsekvenser. I verste konsekvens orker man kanskje ikke fortsette i arbeidet (Andersen et al., 2020; Halpern et al., 2009; Petrie et al., 2018;). Det vil derfor være interessant å undersøke hvordan ambulanspersonell erfarer yrkesrollen.

## 1.3 Psykososialt arbeidsmiljø

Om *psykososialt arbeidsmiljø* fremhever Arbeidstilsynet (u.å.-a) at det er de mellommenneskelige forholdene, den enkeltes opplevelse av form og innhold av disse, som utgjør det psykososiale arbeidsmiljøet. Ose og Busch (2020) drøfter psykososialt arbeidsmiljø som psykiske og sosiale forhold ved arbeidsmiljøet.

Psykososialt arbeidsmiljø i ambulansetjenesten vil dermed omhandle interaksjonen ambulanspersonell møter i ulike relasjoner og reaksjonene på disse. Det kan handle om kontakten man har med pasient og pårørende i helseoppdrag. Det kan være det mellommenneskelige forholdet og det sosiale samspillet man har til kollegaer og til ledelsen. Hvordan det psykososiale arbeidsmiljøet påvirker arbeidshverdagen vil derfor være interessant å undersøke.

## 1.4 Trivsel i yrket

Det som også har gjort meg nysgjerrig, er inntrykket jeg har av at de fleste trives i jobben sin, synes den er meningsfull og blir i jobben i årevis. Det til tross av faren for eksponering av en rekke risikoforhold som kan gi helseplager, sykdom og skade (Andersen et al., 2020; Petrie et al., 2018; Spelten et al., 2022; Sterud et al., 2011). Det vil være samfunnsmessig nyttig å sørge for at flest mulig fortsetter å bli i yrket og ikke faller fra på grunn av arbeidsrelatert uhelse. Det er forventet en knapphet på

helsepersonell i årene som kommer (Helsedirektoratet, 2021). Det vil derfor være viktig å undersøke hvilke faktorer som ivaretar ansatte i ambulansetjenesten slik at disse forblir i yrket.

## 1.5 Eksisterende forskningsgrunnlag

For å forstå tematikken bedre har jeg også undersøkt eksisterende litteratur. Ose og Busch (2020, s. 40) viser til at det er lite forskning på hvordan følelser eller emosjoner fra pasienter, pårørende eller andre påvirker helsepersonellet som møter disse. Det er også lite kunnskap om hva som kan virke best i å forebygge belastninger helsepersonell kan erfare som resultat av dette (Lawn et al., 2020). Psykologspesialisten Per Isdal sier følgende:

*«Hjelperens reaksjoner har i liten grad blitt snakket om, det har ikke vært tatt opp i undervisningen av helsearbeidere, og knapt nok blitt skrevet om (i Norge)» (Isdal 2017, s. 19).*

Det meste av forskningslitteraturen jeg har funnet vektlegger risiko og negative helsekonsekvenser i ambulansesyret, og har mindre fokus på de helsefremmende faktorene ved arbeidet (Behnke et al., 2019; Lawn et al., 2019; Reid et al., 2022; Sterud et al., 2006). For å forstå ambulanspersonells erfaringer med emosjonelle belastninger mener jeg det vil være interessant å se både på risikofaktorer ved emosjonelle belastninger og faktorer som fremmer personlig vekst, mening og trivsel. Risikofaktorer for å forstå hva og hvilke situasjoner ambulanspersonell opplever som mulig emosjonelt belastende, og helsefremmende faktorer for å forhindre at uhelse oppstår.

## 1.6 Masteroppgavens mål, problemstilling og forskningsspørsmål

Som følge av bakgrunnen for masteroppgaven vil mål, problemstilling og forskningsspørsmål være:

Masteroppgaven har følgende mål:

- I. *Utvikle innsikt i hva ambulanspersonell vektlegger ved de emosjonelle sidene ved jobben.*
- II. *Bidra til å utvikle innsikt i helsefremmende tiltak som skal forbedre ambulanspersonellens arbeidshverdag og å forebygge mulige emosjonelle belastninger*
- III. *Masteroppgaven skal skape en større forståelse for ambulanspersonells psykososiale arbeidsmiljø i helseforetakene*

Masteroppgavens problemstilling:

*Hvordan erfarer ambulanspersonell emosjonelle belastninger i sin arbeidshverdag?*

Problemstillingen undersøkes i lys av 3 forskningsspørsmål:

- 1) *Hva kjennetegner faktorer som ambulansepersonell kan oppleve som emosjonelt belastende?*
- 2) *På hvilken måte håndterer ambulansepersonell emosjonelle belastninger?*
- 3) *Hvordan mener ambulansepersonell at organisasjonen de jobber i kan forebygge emosjonelle belastninger i fremtiden?*

## 2 OM AMBULANSETJENESTEN OG AMBULANSEPERSONELL

I dette kapitlet vil ambulansetjenesten og ambulanspersonell som yrkesgruppe bli nærmere presentert. En generell beskrivelse av ambulansetjenesten vil bli gjennomgått. Deretter vil det bli gjort forsøk på å beskrive litt mer om ambulansetjenestens historiske utvikling og til slutt den utvikling som har vært ut ifra økte kompetansebehov, profesjonalisering og utvikling av ambulansfagutdanningene.

### 2.1 Generell beskrivelse av ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten i Norge er organisert i spesialisthelsetjenestens prehospitaltjenester og eies av de ulike helseforetakene i landets 4 helseregioner. Ambulanseoppdrag koordineres og gis støtte fra Akuttmedisinske Kommunikasjonsentraler (AMK), og ambulanspersonell er derfor i nær samhandling med denne helsetjenesten i de prehospitaltjenestene (*Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus, 2005*).

Pr 2021 er det ansatt ca 4800 ambulansarbeidere i ambulansetjenesten i Norge (Hauge, 2022). Det antas at en stor del av disse er ambulansfagarbeidere. Tjenesten rekrutterer også sykepleiere med ulik spesialisering, og det utdannes også nå paramedisinere. I de 4 helseregionene er det 530 ambulanser i drift pr 2021 (Statistisk sentralbyrå, 2022). Tidligere var tjenesten svært mannsdominert, men de siste 10-20 årene har tjenesten i større grad rekruttert kvinner. I tjenesten finnes det nå ca 2099 kvinner og 2703 menn. Man ser i utdanningene at kvinnene nå er i overtall, og utviklingen tilsier at om noen år vil det være flest kvinner i yrket (Hauge, 2022).

Ambulanspersonell skal gi øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (*Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus, 2005*). Ambulanseoppdrag kan være rutinepregede transporter mellom sykehus, det kan være bilulykker, pustestans på små barn og kvestelser til møte med psykotiske, selvpåførte skader og risikoen for vold. Ambulanspersonell jobber i menneskers hjem og nærmiljø, og er med det en utadrettet helsetjeneste. Ambulansetjenesten betjener i hovedsak biler, men enkelte helseforetak har også tilgang på ambulansbåter og fly (NOU 2015: 17)



## 2.2 Historisk utvikling – fra transport til sykehusenes forlengede arm

Halvor Nordby (2010) tematiserer at ambulansetjenesten ikke kun handler om transport, men i økende grad er sykehusenes forlengede arm. Denne utviklingen har skjedd gradvis de siste 40-50 årene. Frem til 1986 var ambulansetjenesten driftet av private tjenester, offentlige instanser som brannvesen, lokale sykehus og frivillige organisasjoner som for eksempel Røde Kors. Ambulansetjenesten var da regulert av lov om folketrygd, og finansiert over stats -og trygdebudsjettet. Fra 1986 ble tjenesten et fylkeskommunalt anliggende (Meld. St. 43 (1999-2000)). Eierne av ambulansetjenestene fikk fra 1986 dispensasjon for å drifte ambulansetjenesten i ytterligere 10 år før fylkeskommunen tok over organiseringen i 1996 og tjenesten ble lagt til spesialisthelsetjenesten. Fra 2014 er det helseforetakene i spesialisthelsetjenesten som eier og drifter ambulansetjenesten (Helsedirektoratet, 2014; NOU 2015: 17).

Tjenesten før 1986 var i stor grad preget av å utføre helsetransporter, og ambulanspersonell ble betraktet mer som sjåfører. Tidligere ble ambulansetjenesten ansatt som det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden (NOU 2015: 17).

I *Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus* (2005) §17 står det at en ambulanse skal være betjent av minst to helsepersonell, og at minst en av disse skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider. Tidligere, under privat eie, var mange ambulanser enmannsbetjente (NOU 2015: 17).

Det er en gradvis økning i antall ambulanseoppdrag pr år (Statistisk sentralbyrå, 2022). I 2011 var det nasjonalt 600.792 ambulanseoppdrag med bil. I 2021 har dette økt til 763.883 ambulanseoppdrag. På 10 år har antall ambulanseoppdrag i bil med andre ord økt med 163.091 oppdrag (Statistisk sentralbyrå, 2022).

Ser man på tall pr time på oppdrag for ambulanserbiler i løpet av året nasjonalt, var det i 2011 brukt 774.695 timer. Dette har i 2021 økt til 1.323.539 timer i oppdrag. I løpet av 10 år har oppdragstid økt med 548.844 timer (Statistisk sentralbyrå, 2022). Antall ambulanser i drift har økt noe de siste årene. I 2011 var 512 ambulanser i drift i Norge. I 2021 er antall ambulanserbiler 530 fordelt på helseforetakene (jfr.1.0). Økningen i antall oppdrag og timer brukt pr ambulanseoppdrag medfører redusert beredskapstid. Beredskapstiden er når ambulanspersonellet ikke er ute i oppdrag (NOU 2015: 17).

## 2.3 Behov for kompetanse – fra etatsfag til universitetsfag

Ambulansefaget ble fra 1996 etablert som en videregående opplæring med to år skole og to år i lære, hvor man deretter kan få autorisasjon som ambulansfagarbeider etter godkjent fagbrev (NOU 2015: 17). Denne praksisen er fortsatt gjeldene. Før 1996 var utdanning gjerne basert på kurs og intern opplæring etter mal av NOU 1976: 2 som beskrev akuttmedisinsk kompetanse, redningstekniskkompetanse og kjørekompetanse. Dette kurset hadde en varighet på ca 12 uker og inneholdt 200 kurstimer. I dag består tjenesten i hovedsak av ambulansfagarbeidere og sykepleiere med ulik spesialisering.

Kunnskapshevingen i de prehospitaltjenestene de seneste årene har gitt behandlingsmetoder og -diagnoseverktøy som tidligere var forbeholdt behandling i sykehusene. Eksempel på det kan være behandling av akutt hjerteinfarkt, og betydningen av å få rask hjelp, så tidlig som mulig (NOU 2015:17). Dette har medført krav om økt kompetanse i helsetjenesten og nye krav til utdanningene. Det er helsepolitisk ønsket at mer behandling skal skje utenfor sykehus (Meld. St. 7 (2019-2020)). I det legges store krav på helseforetakene i spesialisthelsetjenesten og den enkelte ambulansesarbeider, både medisinskfaglig og etisk. Ambulansetjenesten vil være en sentral aktør og inneha en nøkkelrolle i den akuttmedisinske kjeden (NOU 2015: 17).

Med bakgrunn i økte kompetansekrav har Helsedirektoratet i 2014 anbefalt ytterligere kompetanseheving i ambulansetjenesten og det anses som nødvendig med en egen ambulanséfagutdanning på bachelornivå (Helsedirektoratet, 2014; NOU 2015: 17). Det har derfor de seneste årene blitt utviklet bachelor i paramedisin ved flere utdanningsinstitusjoner i Norge, blant annet ved NTNU, Universitetet i Stavanger, Oslo Met og Universitetet i Tromsø. NTNU Gjøvik har tilbud om Nasjonalt paramedic-utdanning, som er et videreutdanningstilbud for faglært ambulansepersonell (NTNU, u.å.). Universitetet i Stavanger har også tilbud om en tverrfaglig master i *Prehospital critical care* (Universitetet i Stavanger, 2022).

Nordby (2010, s. 145) drøfter at det er et *slående faktum* at helsepersonell som jobber i ambulansetjenesten, ikke har sin egen profesjonstittel. De kalles ofte ambulansepersonell. Garsjø (2018, s. 180) diskuterer at profesjoner innebærer en monopolisert kompetanse. Det medfører at en yrkesgruppe har fått myndighet og ansvar innenfor et arbeidsområde. Det betyr en eksklusiv rett til å bestemme hvem som er kvalifisert eller ikke. Utdanning av paramedisinere kan kanskje være en dreining mot en slik profesjonalisering av de prehospitaltjenestene. Det legger grunnlaget for en interessant profesjonsdebatt, som ikke vil bli forfulgt nærmere i denne masteroppgaven.

## 3 TEORI

I dette kapitelet skal vi se på noen sentrale teorier for masteroppgaven i forståelsen av emosjonelle belastninger, og salutogenese for utvikling av helsefremmende arbeidsplasser.

### 3.1 Emosjonelle belastninger

Emosjonelt belastende er en hendelse når stressorer i hendelsen forstyrrer atferd, tanker eller følelser i deg på en ubehagelig eller negativ måte (Larson, 2020; Ose & Busch, 2020). Etter en stressfull hendelse kan man kjenne på sterkt fysisk og psykisk ubehag. (Risan & Skoglund, 2019). Kroppslige reaksjoner som svette, økt pust og uro kan oppstå. Negative følelser som sinne, redesel, tristhet, skam og skyld kan trolig gjøre seg gjeldene. Hendelser som skaper stress og oppleves som emosjonelt belastende vil kunne medføre at man utvikler helseproblemer, sykdom eller skade som resultat av det man har erfart (Andersen et al., 2020; Håkonsen, 2014; Lawn et al., 2020).

Hochschild (1983) tematiserer at emosjonelt arbeid er belastninger. I dette ligger det at arbeid med høye emosjonelle krav er belastende (Halpern, 2009). Ose & Busch (2020, s. 87) sier at hyppige små emosjonelle belastninger over lang tid, kan føre til sykdom på samme måte og like alvorlig som noen få og større enkelt hendelser. Psykiske sykdom som post traumatisk stresslidelse, angst, depresjon, selvmordstanker og skadelig bruk av alkohol samt søvnvansker (Fjeldheim et al., 2014; Lee et al., 2020; Naushad et al., 2019; Petrie et al., 2018; Reid et al., 2022; Sterud et al., 2011; Sterud et al., 2006)

Holen (2020, s. 158) perker på at reaksjoner etter en stressende hendelse ikke bare kan forklares av det som er stressoren, men også av tilleggsfaktorer. Slike tilleggsfaktorer kan være personlighet, genetikk og sosial kontekst.

Hochschild (1983) tematiserer at det kan være slik at de kulturene som er preget av mest emosjonelt arbeid, som vil være de best trentede på slikt arbeid, er de som minst anerkjenner at arbeidet kan være belastende. Sentralt er hvordan kulturen man jobber i ser og aksepterer noe som belastende. En holdning som at «*dette må du bare tåle, hvis ikke kan du finne deg en annen jobb*» kan prege noen kulturer (Ose & Busch, 2020; Isdal, 2017). Isdal (2017) mener at helsepersonells egne psykiske vansker eller reaksjoner har vært et tabu.

Isdal (2017, s. 61) omtaler at emosjonelle belastninger er *sterke inntrykk*, og at belastninger som er sterke og overveldende kan utvikle seg til traumer. Sterud et al. (2006) gjennomføre en systematisk litteraturstudie og fant at prevalensen for Post traumatisk stresslidelse (PTSD) blant ambulanspersonell er ca 20%. Det ble påvist i 5 av 7 studier. Reid et al. (2022) fant en høyre prevalens for PTSD blant mannlige ambulansarbeidere, og lavere for kvinnelige ambulansarbeidere, sammenlignet med den øvrige voksne befolkningen i Norge (N= 479).

Isdal (2017) deler belastninger inn i tre grupper:

- *Strukturelle og sosiologiske belastninger*
- *Direkte belastninger*
- *Indirekte belastninger*

Jeg vil ta utgangspunkt i disse som ulike former for emosjonelle belastninger ambulanspersonell kan møte.

### 3.1.1 Strukturelle og sosiologiske belastninger

Isdal (2017, s. 64) skriver at en del hjelpere jobber i *elendighetens nærhet* og at møte med elendigheten kan være en tung belastning. Ambulansepersonell skal gi akutt helsehjelp til alle utenfor sykehus med behov for øyeblikkelig hjelp (Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus, 2005). Ambulansepersonell jobber i menneskers hjem og nærmiljø, og vil derfor måtte forholde seg til sosioøkonomiske og psykososiale forhold i samfunnet. Dette innebærer forhold i samfunnsstrukturene. Det kan være møte med fattigdom, rusmisbruk og psykiske lidelser i et samfunn. Ambulansepersonell kan i oppdrag møte mennesker med kummerlige boforhold, se konsekvenser av vold i nære relasjoner, overgrep og ensomhet (NOU 2015: 17).

### 3.1.2 Direkte emosjonelle belastninger

Når ambulanspersonell er ute på oppdrag kan de møte hendelser eller handlinger som er direkte rettet mot dem, som kan være belastende. Dette omtaler Per Isdal (2017, s. 64) som *direkte belastninger* og innebærer at hjelperen selv blir direkte utsatt for hendelsen. Vold og trusler om vold kan være eksempel på det. Det er som nevnt (jfr. 1.2) en riksikofylt del av arbeidet for ambulanspersonell (Andersen et al., 2019; Spelten et al., 2022). Det kan være at ambulanspersonell blir slått, sparket, lugget, spyttet på og lignende. Det har vært flere mediasaker hvor dette beskrives, og hvordan ambulanspersonell møter trusler om å bli skadet eller drept (Johansen et al., 2021). Direkte belastninger kan også være at pasienter man forsøker hjelpe dør. Det kan være møte med mennesker som har tatt sitt liv, eller som har alvorlig selvskad i forsøk på å ta sitt liv (Isdal, 2017, s. 64). Det påpekes at disse direkte belastningene signaliserer fare eller at de er overskridende på en eller annen slags måte, og at dette er emosjonelle belastninger for de som opplever dem (Isdal, 2017).

### 3.1.3 Indirekte emosjonelle belastninger

For ambulanspersonell som møter mange mennesker i ulike livskriser vil disse menneskenes lidelse, smerte og vansker være en mulig kilde til belastninger. Isdal (2017, s. 69) drøfter at man som hjelper skal romme mange vonde følelser og virkligheter som blir formidlet av de man forsøker å hjelpe. Det er alt det man som ambulanspersonell opplever, mottar og tar inn av smerten og lidelsen fra andre som kan gi indirekte belastninger. Eksempel på indirekte belastninger kan derfor være håndtering av pasientenes vonde livssituasjoner preget av langvarig eller akutt sykdom, vold, overgrep, omsorgsvikt og psykisk smerte som alvorlig angst, psykose og depresjon.

Det kan også være møte med syke som ikke har prognose for bedring, møte med pårørende i disse situasjonene og hvor ambulanspersonell skal romme sorg og fortvilelse. Det er disse menneskene, i sårbare situasjoner, som kanskje opplever sin aller største livskrise, ambulanspersonell i mange tilfeller møter i sin arbeidshverdag. Isdal (2017, s. 70) skriver følgende « *Vi hører deres historier, vi ser deres smerte, og vi kjenner deres angst*». Det er med empati og omsorg ambulanspersonellet vil møte disse utfordringene, og det er en kompleks psykologisk oppgave å utføre (Larson, 2020).

## 3.2 Salutogenese og utvikling av helsefremmende arbeidsplasser

I forståelsen av helsefremmende tenkning er sosiologen Aaron Antonovsky sentral i utvikling av teorien om *salutogenese* (Antonovsky, 2012; Bakken, 2012; Garsjø, 2018; Hanson, 2004; Lindstrøm & Eriksson, 2015; Jenny et al., 2022). I salutogen tenkning er det en erkjennelse av at vi daglig utsettes for ulike stressorer som danner spenninger som vi må håndtere (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Gir man etter for spenningene vil det kunne skape sammenbrudd og øke muligheten for sykdom eller patogenese. Håndterer man disse spenningene vil det kunne gi god helse eller salutogenese (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Salutogen tenkning anerkjenner i sin forståelse av helse at man beveger seg på et kontinuum. Man er ikke *bare frisk* eller *bare syk*. Man kan bevege seg på helsekontinuumet mellom ytterpunktene helse-uhelse. Hvor på kontinuumet man befinner seg til enhver tid påvirkes av håndtering av stressorene. I en patogen tenkning vil forståelsen være på sykdom og risiko. I en salutogen tenkning vil man derimot være opptatt av hvilke ressurser, betingelser og faktorer som skaper helse (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 18).

I Arbeidsmiljøloven (2015) §1-1 står det nedfelt at loven skal sikre at arbeidsplassen er helsefremmende. Arbeidsplassen skal være en arena for å skape eller opprettholde god helse. Arbeidstilsynet (u.å.-b) omtaler i *Helsefremmende arbeidsplasser* at det *helsefremmende perspektivet* har en bredere betydningen enn risikoperspektivet. Det er ikke tilstrekkelig å sikre seg mot risikoforhold, men en arbeidsplass må også rette seg mot hva som er positivt og hva som fremmer helse.

Sentralt i forståelsen av salutogenese er begrepene *Opplevelse av sammenheng (OAS)* og *Generelle motstandsressurser (GMS)*, og hvordan disse virker gjensidig inn på hverandre. Under vil disse begrepene bli presentert.

### 3.2.1 Opplevelse av sammenheng (OAS)

I utviklingen av teorien om salutogenese så Antonovsky (2012), gjennom sin forskning, at det er noen fellestrekk ved mennesker som har opplevd belastende eller traumatiske hendelser, og som klarer seg godt i tiden etterpå. Disse menneskene hadde stor grad av *Opplevelse av sammenheng (heretter OAS)*.

OAS er viktig siden det kan anses som en mestringsressurs som gjør individet i stand til å velge mellom forskjellige strategier for å løse og håndtere problemer som oppstår i hverdagen (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 29). Grad av OAS vil dermed kunne påvirke

hvordan den enkelte oppfatter, vurderer og håndterer ulike stressorer eller arbeidskrav i arbeidshverdagen, samt spenningene de påfører den enkelte (Jenny et al., 2022, s. 322). Hvor man beveger seg på helsekontinuumet, mot helse eller uhelse, vil da påvirkes av grad av OAS (Antonovsky, 2012; Bakken, 2012; Hanson, 2004; Lindstrøm & Eriksson, 2015; Jenny et al., 2022). Det å ha en sterk OAS medfører at man er nær ytterpunktet *helse* på kontinuumet. En sterk OAS er særlig tilknyttet god psykisk helse.

Opplevelse av sammenheng består av tre komponenter, *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet* (Antonovsky, 2012; Bakken, 2012; Hanson, 2004; Lindstrøm & Eriksson, 2015; Jenny et al., 2022). Disse tre komponentene er i samspill med hverandre, og viser til ressurser i den enkelte og den enkeltes omgivelser. En sterk OAS består av alle disse tre komponentene.

## **Begripelighet**

Hanson (2004) forklarer at dimensjonen *begripelighet* omhandler at vi mennesker ser våre roller i tilknytning til helheten vi lever i, og at vi utvikler kunnskap om verden i en større sammenheng. Det vil kunne gi forståelse for hvorfor noe utvikler seg som det gjør, og med det skape forutsigbarhet i hverdagen.

Antonovsky (2012) definerer begripelighet på følgende måte:

*«Det handler om i hvilken grad man opplever et stimuli man utsettes for i det indre eller ytre miljø, er kognitivt forståelig, som velordnet, sammenhengende, strukturert og klar informasjon i stedet for støy, kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet og uforståelig. Personer som skårer høyt på begripelighet, forventer at stimuli som han eller hun møter i fremtiden, er forutsigbare, eller at hvis de kommer overraskende, i hvert fall vil kunne plasseres i en sammenheng og forklares (Antonovsky, 2012, s. 39).*

Hanson (2004) beskriver begripelighet som den historiske komponenten i OAS. Hvor historien bidrar til å skape forståelse for hvorfor noe er som det er akkurat nå. Begripelighet er en forbindelse mellom før og nå.

## **Håndterbarhet**

Den andre komponenten i OAS er *håndterbarhet*. Antonovsky (2012) definerer denne komponenten ut fra om man opplever å ha tilstrekkelige ressurser tilgjengelig for å mestre de krav man møter fra alle stimuliene i hverdagen. Hanson (2004) sier dette handler om de evner og muligheter man har til å påvirke sin situasjon og sine omgivelser. Det innebærer om man har tilgjengelige ressurser man selv har kontroll over, eller at det er ressurser som kontrolleres av legitime andre (Antonovsky, 2012, s. 40). Legitime andre vil være andre man har tillit til. På arbeidsplassen vil eksempel det kunne være ledelsen eller kollegaer. En sterk håndterbarhet gjør at man kan takle de hindringer man møter i hverdagen.

## Meningsfullhet

Den tredje komponenten i OAS er *meningsfullhet*. Der hvor de to foregående komponentene har vært kognitive komponenter, er meningsfullhet også en følelsesmessig komponent, eller begrepets motivasjonselement (Antonovsky, 2012, s. 41). Det innebærer at man føler noe er viktig, at man føler det gir mening. Hanson (2004) forklarer at meningsfullhet handler om fremtid. Det man utfører er noe man ønsker å oppnå resultater av i fremtiden. Den som har motivasjon for noe preges gjerne av engasjement, drivkraft eller energi (Hanson, 2004). Opplever man ikke noe som meningsfullt, så vil det kanskje heller ikke oppleves like begripelig eller håndterbart heller. Det vil kunne medføre en svak OAS. Uten motivasjon vil begripelighet og håndterbarhet være ustabile eller midlertidige. Antonovsky (2012, s. 44) mener at motivasjonskomponenten *meningsfullhet* derfor kanskje er den mest sentrale komponenten i OAS.

### 3.2.2 Generelle motstandsressurser (GMR)

Sentralt i salutogenese er også begrepet *Generelle motstandsressurser* (heretter GMR). Det definerte Antonovsky (1987) som «*enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning*» (referert i Langeland, 2017, s. 38). Disse karakteristikkene bidrar til å forebygge ulike stressorer, som gjør at spenningene ikke utvikler seg til negativt stress og med det fører til uhelse (Antonovsky, 1979, referert i Lindstrøm & Eriksson, 2015).

GMR vil dermed påvirke hvordan man håndterer stressorer i hverdagen, og hvor på helsekontinuumet man befinner seg (jfr avsnitt 3.2). Dette er ressurser som ligger i personen selv og i omgivelsene. Ressurser kan være alt fra tidligere livshendelser og personlighetstrekk, en holdning om at alt løser seg, selvbilde, til sosial støtte og arbeidsplassens organisering. GMR er en forutsetning for å utvikle OAS.

## 4 METODE

I masteroppgaven har jeg valgt å bruke kvalitativ forskningsmetode ved bruk av individuelle intervjuer. I et kvalitativ forskningsdesign har jeg mulighet til å utforske forskningsdeltagerens virkelighet og gå i dybden på disse for å produsere rike data, og finne det undersøkte fenomenets essens (Braun & Clarke, 2013; Kvale & Brinkmann, 2015; Locke et al., 2010; Malterud, 2012). Det gir et godt utgangspunkt for bruk av individuelle intervjuer. Intervjuer gir muligheten til å utforske og fortolke hver enkelt forskningsdeltagers særegne erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015). Med et fenomenologisk perspektiv kan jeg få rike data og dyp innsikt i hva forskningsdeltagerne mener, hva de opplever, hva de føler og tenker (Kvale & Brinkmann, 2015). Fenomenologien forsøker å forstå sosiale fenomener ut ifra deltagerens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppfattes av deltagerne selv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45).

I gjennomføring av intervjuene har jeg tatt utgangspunkt i intervjuundersøkelsens 7 stadier som beskrevet i Kvale & Brinkmann (2015, s. 137):

- 1) Tematisering
- 2) Planlegging
- 3) Intervjuing
- 4) Transkribering
- 5) Analysering
- 6) Verifisering
- 7) Rapportering

Jeg vil nå redegjøre hvordan jeg har planlagt og gjennomført datainnsamlingen, gjennomført utvalg og rekruttering, hvilke forskningsetiske vurderinger som er gjort i studien og til slutt redegjøre for bruk av Tematisk analyse.

### 4.1 Forberedelser og planlegging av datainnsamling

#### 4.1.1 Pilotintervjuer

I prosessen frem mot intervjuene forberedte jeg et sett av spørsmål jeg ønsket å undersøke. For å kunne ha en struktur og grad av tematisk likhet i intervjuene valgte jeg et semi-strukturert intervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Det tok utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene (jfr.1.6). En intervjuguide (se vedlegg 3) ga mulighet for å stille samme spørsmål til forskningsdeltagerne, men samtidig være åpen for tema som de selv kom på eller ønsket å fordype (Braun & Clarke, 2013, s. 78). Det ga også mulighet til å være fleksibel i forhold til når hvilke spørsmål ble stilt i løpet av intervjuet. Jeg kunne da gå tilbake på spørsmål som ikke hadde blitt besvart tilstrekkelig tidligere.



I utviklingen av forskningsspørsmålene og intervjuguiden besluttet jeg å gjennomføre 3 pilotintervjuer. Pilotintervjuene ble gjennomført med deltagere som har jobbet minimum 10 år i ambulansetjenesten, og som inntil nylig har vært i aktiv tjeneste samt er sertifisert for å jobbe i ambulanse. Deltagelse i pilotintervjuene fulgte samme kriterier for inklusjon som forskningsdeltagerne (jfr.4.2.1). Disse tre ble rekruttert ved direkte forespørsler fra meg. Gjennomføring av pilotintervjuene fulgte samme etiske retningslinjer som masterprosjektet ellers.

Pilotintervjuene hadde en varighet på 60-90 minutter. Intervjuene ble gjennomført så realistisk og målrettet som mulig, og jeg anser de som nært opp til ordinære forskningsintervju. Det var satt av tid i etterkant av intervjuene for gjennomgang av spørsmålenes innhold, hvordan de ble opplevd og om det var temaer jeg burde gå nærmere inn på. Det ble også tematisert hvordan det følte å bli intervjuet av meg. Intervjuene ble ikke transkribert, men det ble gjort notater og jeg skrev refleksjonsnotat i etterkant.

Innsiktene som pilotintervjuene ga medførte utvikling av nye spørsmål, presisering og utdyping av spørsmål og fremmet viktigheten av å gå i dybden på temaer.

#### 4.1.2 Informasjon og forankring i ambulansetjenestens ledelse

I forberedelser til utvalg -og rekrutteringsprosessen (jfr.4.2) avtalte jeg møte med ledelsen for ambulanseavdelingen i helseforetaket for å informere om masterprosjektets formål og gjennomføring. Det har vært viktig å forankre masteroppgaven til øverste ledernivå for å skape interesse for temaet. Det var også viktig for å legitimere informasjonen ut i organisasjonen og at ansatte kan bruke tid på deltagelse. Det ble deretter informert om studien i ambulanseavdelingens ledermøte, hvor ledere fra alle geografiske områder var representert sammen med sine mellomledere. Til slutt ble det sendt ut informasjonsskriv og invitasjon til deltagelse via avdelingsleder for ambulanseavdelingen til alle ansatte (se vedlegg 2). Det ble invitert til deltagelse i masteroppgaven på alle informasjonsskjermer som befinner seg på hver ambulansestasjon. For å sikre anonymitet ved deltagelse ble det bedt om at svar på deltagelse ble sendt direkte til meg.

## 4.2 Utvalgsstrategi og rekruttering av deltagere

### 4.2.1 Utvalgsstrategi

Kriteriet for inklusjon i masteroppgaven er autoriserte ambulansearbeidere som har jobbet i tjenesten i minst 10 år, og som er i aktiv tjeneste i helseforetaket uansett stillingsprosent. Grensen på 10 år ble satt for å kunne få rike beskrivelser av den arbeidshverdag ambulanspersonell kan møte. Det ble ikke satt krav til at man må ha opplevd bestemte type situasjoner eller ha erfart emosjonelle belastninger.

Jeg har en antagelse og forforståelse av at etter 10 års arbeid, har den enkelte ambulansarbeider en bredde i å håndtere en rekke kritiske situasjoner som handler om

liv, død og egne reaksjoner. Etter 10 års erfaring bør man også ha tilstrekkelig fartstid til å kunne se kritisk på egen rolle, virksomheten i helseforetakene, utdanningsystemene og trekk ved samfunnsutviklingen samt den historiske utviklingen av ambulansesfaget.

En sammenligning av forskjeller, i erfaring av emosjonelle belastninger, mellom kjønn, alder og utdanning ville kunne være interessant å undersøke. Med årsak i masteroppgavens omfang har ikke dette blitt tatt videre hensyn til i denne oppgaven.

#### 4.2.2 Rekruttering av deltagere

Det er til sammen 500-600 ansatte i ambulansetjenesten i helseforetaket, fordelt på 26 ulike ambulansestasjoner i 4 geografiske ambulanseområder. Ambulansetjenesten har sitt virke både i tettbefolkede urbane boområder samt i store rurale distrikter. Det var mål om å rekruttere forskningsdeltagere fra alle 4 ambulanseområdene, og fra både ambulansestasjoner i urbane og rurale områder. Bakgrunnen for dette er å få variasjon innenfor utvalget, slik at studien kan skape så rike beskrivelser som mulig av fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2015).

I rekrutteringsprosessen var målet å rekruttere 7-8 forskningsdeltagere. I samråd med veileder var det en antakelse om at dette antallet ville kunne gi tilstrekkelig beskrivelser. Det viste seg å stemme. Til sammen ble det gjennomført 7 intervjuer. Det ble vurdert at nytt intervju ikke ville tilføre særlig ny informasjon eller nye tema (Kvale & Brinkmann, 2015). 5 intervjuer ble gjort ansikt-til-ansikt. 2 ble gjort digitalt, dels på grunn av Covid 19-situasjonen og dels på grunn av turnus i jobbsituasjonen og stor avstand til bosted.

#### 4.2.3 Karakteristikk ved deltagerne

Intervjudeltagerne består av 3 kvinner og 4 menn. Eldste deltager er 53 år og yngste deltager er 37 år. Gjennomsnittlig arbeidserfaring fra ambulansetjenesten er 21 år. Den med lengst fartid har jobbet 28 år og den med minst erfaring har jobbet i ambulansetjenesten i 15 år. Eldste år for ansettelse er 1993 og yngste år er 2006.

Alle deltagere er autorisert som ambulansearbeidere, slik inkluderingskriteriet tilsier. Flere av deltagerne startet først som ambulansefagarbeider og utdannet seg deretter til sykepleier. Det er totalt 5 med ambulansefagarbeider utdanning og hvor de har gått i lære i 2 år (jfr.2.3). Noen har utdannet seg ytterligere til sykepleier, slik at det er til sammen 4 med sykepleierutdanning. Alle deltagere har gjennomført 2 årig videreutdanning som Nasjonal paramedic (jfr.2.3) eller har annen relevant helsefaglig videreutdanning. En av deltagerne har bachelorgrad i annen helsefaglig utdanning i tillegg. En av deltagerne har også mastergrad innenfor helsefag.

De fleste av deltagerne har i løpet av sin yrkeskarriere også hatt andre stillinger innenfor helsevesenet, og flere har eller har hatt stillinger i andre helseforetaks prehospitaltjenester. Utvalget representerer ambulansestasjoner fra både urbane og rurale områder.

## 4.3 Datainnsamling

I dette avsnittet skal vi se på hvordan jeg har gjennomført intervjuene og transkripsjonen av intervjuene.

### 4.3.1 Gjennomføring av intervjuene

For å sikre best mulig anonymitet ønsket jeg at intervjuene ikke skulle avholdes i helseforetakets omgivelser. De ble derfor avholdt i nøytrale lokaliteter. Dette for å sikre at ingen knyttet vårt møte til intervjuenes gjennomføring. Intervjuene hadde en varighet mellom 54 minutter og 1t 45 minutter, med et gjennomsnitt på 1 time og 15 minutter.

Innledningsvis i gjennomføringen av intervjuet sikret jeg at samtykke ble undertegnet (se vedlegg 2) og deretter gjennomgikk jeg innhold fra tidligere utsendt informasjon om formål med masteroppgaven. Det var viktig å presisere at det var mulig å trekke seg fra studien når det måtte være ønskelig. Deretter ble det igjen informert om at intervjuet ville bli tatt opp på lydfil med en lydopptaker, og at denne ville bli brukt til transkripsjon og analyse av intervjuet. Det ble så informert om at intervjuet er semi-strukturert ved bruk av intervjuguide.

Gjennom intervjuet var jeg opptatt av å innta en aktiv, lyttende og nysgjerrig holdning. Erfaringene fra intervjuene er at jeg opplevde at intervjuguiden fungerte godt. Den sikret en god struktur i intervjuet, samt at den har gitt muligheter for ulike spørsmålstyper. Samme intervjuguide ble brukt til alle intervjuene og det ble ikke gjort endringer underveis. I alle intervjuene ble det gitt svar eller kom frem temaer som medførte behov for oppfølgings spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 170).

Hovedinntrykket er at forskningsdeltagerne svarte rikt og utfyllende. Det gjenspeiler seg i tiden brukt pr intervju. Det var viktig at forskningsdeltagerne fikk snakke ferdig om relevante tema, samt tid til tanke og refleksjon underveis. For noen var det uvant å prate om emosjonelle sider ved seg selv eller sine opplevelser.

Etter hvert intervju skrev jeg ned erfaringer og hovedpoeng i refleksjonsnotat til bruk for egen utvikling som intervjuer, og som notat i forkant av transkripsjonen.

### 4.3.2 Transkripsjon

Jeg innledet transkripsjonen (Kvale & Brinkmann, 2015) til hvert intervju ved å se på refleksjonsnotatet jeg hadde skrevet, samt at jeg gjennomhørte intervjuets lydfil én gang i forkant. Dette var til hjelp for å kunne få innsikt i intervjuets helhet før jeg startet selve transkripsjonen. Transkripsjonen har blitt gjennomført av meg uten bistand fra andre. Det har blitt utført en omformet transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Det har medført at jeg har omskrevet transkripsjonen til en mer formell og skriftlig stil. Det innebærer at jeg ikke har tatt med intonasjon, åndedrett, dialekt eller stemmeleie i transkripsjonen. Jeg har ønsket dette siden jeg er har vært mer ute etter temaene som ble beskrevet, mer enn det språklige uttrykket. Jeg opplever også at jeg gjennom intervjuet har klart å fange eventuelle stemninger eller stemmeleier ved å spørre utfyllende eller oppfølgende om dette, noe som da kommer med som ord og tema i

teksten. For eksempel «Jeg hørte stemmen din briste. Hvis jeg forstår deg rett så er dette vanskelig å prate om. Kan du si litt mer om hva du synes er vanskelig?» Eller, det kan være non-verbale uttrykk som blikk, pauser, eller smil. Non-verbale uttrykk ga også mulighet for oppfølgende og utdypende spørsmål. Dette gjør at jeg lettere unngår å feiltolke i analysen av transkripsjonen. Det at jeg har skrevet transkripsjonen i en mer skriftlig stil har også vært viktig for tidsbruken i etterarbeidet, ved at jeg har unngått å bruke tid på å skrive dialektord og lignende. Svakheten med ikke å skrive helt ordrett, med bruk av disse språklige uttrykkene, kan være at jeg i formidlingen av rapporten mister noen fargerike ord og uttrykk som hadde vært interessant for leseren. Det vil heller ikke være forskningsdeltagernes helt presise dialektord og uttrykk.

## 4.4 Forskningsetikk – etiske vurderinger i masteroppgaven

Et kvalitativt forskningsdesign med bruk av individuelle intervjuer gjør at deltagerne må dele følelser, tanker, opplevelser fra jobben sin. Dette er informasjon som kan være sensitiv for den enkelte og må behandles med aktsomhet (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2012; Ruyter et al., 2014). I intervjuene kan deltagerne være i en sårbar situasjon, og kanskje dele erfaringer de tidligere ikke har snakket med andre om. Det medfører store krav til etisk håndtering av selve intervjuet, analysen og brukene av dataene i etterkant (Fangen, 2022). Som nevnt i avsnitt 4.1.2 og 4.3.1 var det nødvendig å informere om masteroppgavens årsak og bakgrunn, og innhenting av *informert skriftlig samtykke* om deltagelse fra deltagerne. Dette for å sikre at informasjonen er mottatt og forstått (Kvale & Brinkmann, 2015; Fangen, 2022; Malterud 2012; Neumann & Neumann, 2012; Ruyter et al., 2014). Informasjon om masteroppgaven samt samtykke ble gjentatt før intervjuene startet.

I presentasjon av resultatene (jfr. kapittel 5) vil forskningsdeltagere være anonymisert. Der hvor det vises til utsagn eller situasjoner som kan gjenkjennes, har enkel omskriving blitt foretatt. Navn blir ikke brukt i teksten, men begrepet *forskningsdeltager* eller *deltager*.

Navn og kontaktinformasjon på forskningsdeltagerne har vært lagret på minnepenn i låsbart skap. Det samme gjelder lydfiler av intervjuene. Hvert navn har hatt tallkode 001-007 som har blitt brukt ved organisering av transkripsjon og analyse. Tallkodene er holdt atskilt fra navnelistene. Det er kun jeg som har kjennskap til forskningsdeltagernes identitet, og det er ingen andre som har hatt tilgang til lydfiler eller transkripsjonen.

### 4.4.1 Søknad om godkjenning av studien - Personvernombudet i helseforetaket

For å få tilgang til ansatte fra helseforetaket som deltagere i masteroppgaven tok jeg kontakt med Personvernombudet i helseforetaket for å drøfte hvordan dette kunne gjøres. Jeg ble bedt om å skrive søknad og søke studien godkjent gjennom Personvernombudet i helseforetaket (Se vedlegg 1). Da jeg var usikker på om masteroppgaven også måtte søkes godkjent gjennom Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) ba jeg også om at Personvernombudet gjorde en vurdering på om en slik søknad var nødvendig til NSD. Det ble vurdert at det ikke er nødvendig med ytterligere søknad

og at Personvernombudet er tilstrekkelig. Masteroppgaven er godkjent for gjennomføring av helseforetaket og NTNU.

#### 4.4.2 Etisk forsvarlighetsvurdering

Gjennom hele masteroppgaven har det blitt gjort vurdering på oppgavens etiske forsvarlighet. Under er dette satt opp i skjema etter oppsett i Ruyter et al. (2014, s. 221). Den tar utgangspunkt i fordeler og risiko/ubehag for den enkelte, for gruppen og for samfunnet samt for vitenskapen. De vurderinger som er gjort søker hele tiden å øke nytten av forskningen og minimere risikoen.

<b>Fordeler</b>	<b>Risikoer / Ubehag</b>
<p><i>For den enkelte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direkte mulighet til å formidle og dele sine livserfaringer.</li> <li>- Påvirke egen arbeidshverdag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Åpner seg opp om mulige traumatiske hendelser med påfølgende psykiske reaksjoner</li> <li>- Frykt for at anonymisering ikke overholdes</li> </ul>
<p><i>For gruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mer systematisert kunnskap om ambulanspersonells arbeidshverdag i Norge</li> <li>- Kartlegge områder for behov av kompetanseheving</li> <li>- Iverksette psykososiale tiltak i arbeidshverdagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubehag ved avdekking av kunnskapsmangel og påfølgende stigmatisering fra andre helsetjenester</li> <li>- Et ensidig negativt fokus i undersøkelsen på belastninger og problemer vil kunne medføre tap av yrkesstolthet og kollektiv selvfølelse.</li> </ul>
<p><i>For samfunnet:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nytte for samfunnet ved utvikling av sentrale aktør i den akuttmedisinske kjeden</li> <li>- Bidra til å ivareta helsepersonell som det er meldt færre av i fremtiden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vurderes ingen kjente risikoer for samfunnet</li> </ul>
<p><i>For vitenskapen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Økt kunnskap om emosjonelle sider ved ambulansfaget</li> <li>- Gi mulighet til å avdekke nye forskningsspørsmål</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vurderes ingen kjente risikoer for vitenskapen</li> </ul>

Tabell 1

Samlet sett vurderes det at masteroppgaven har fordeler som overveier de mulige negative konsekvensene. Det innebærer at undersøkelsen vurderes å ikke påføre individ, gruppe eller samfunn et ubehag, byrde, bryderi eller skade (Ruyter et al., 2014). Masteroppgaven vurderes å være til nytte på individ, gruppe og organisasjonsnivå i ambulansetjenesten.

#### 4.4.3 Min plassering i forhold til tema i masteroppgaven

Min utdanning -og yrkesbakgrunn er, som nevnt i introduksjonen, ikke ambulansefagarbeider, paramedisiner eller sykepleier i ambulansetjenesten. De siste årene har jeg likevel vært tett på det prehospitale fagmiljøet i rollen som rådgiver. Det innebærer at jeg over flere år har blitt kjent med ulike kulturer i ambulansetjenesten, fått faglige relasjoner og samhandlet med ambulansetjenestens samarbeidspartnere. Det gjør at jeg opplever selv og oppleves av andre, til å ha en faglig identitet og tilhørighet til ambulansetjenesten.

Forskerens rolle i kvalitativ forskning krever et bevisst og kritisk forhold til seg selv, til forskningsdeltagerne og til de data man skaper (Ruyter et al., 2014, s. 238). Forskeren ønsker å oppnå noe, skape ny praksis eller forbedre noe gjennom sin forskning. Det mener Ruyter et al. (2014) medfører et behov for å synliggjøre den rollen man har i forskningen, og drøfte hva slags innvirkning synliggjøringen har på den vitenskapelige gjennomføringen.

Neumann & Neumann (2012) tematiserer begrepet *situering*. Det betyr å plassere seg selv i forhold til det tema man skal undersøke. I mitt tilfelle gir det leseren av masteroppgaven innsikt i sentrale forutsetninger kunnskapen har blitt produsert under (Neumann & Neumann, 2012, s. 14). Både det at jeg tilhører det prehospitale miljøet og at jeg gjennomfører datainnhenting i eget helseforetak mener jeg er viktig å ha åpenhet rundt. Det kan farge resultatene på måter jeg ikke har klart å finne ut av. Neumann & Naumann (2012, s. 90) sier at det er uunngåelig i kvalitativ forskning at forskerens plassering farger temaet. Det er derfor viktig reflektere over hvordan og på hvilken måte man påvirker forskningen. Situering handler om at det er relevant hvordan man opplever og oppleves av de man skal samhandle med i intervjuene. Det er videre relevant den posisjonen man selv har i temaet som skal undersøkes og det er relevant hva man presenterer i en skriftlig rapport. Neumann & Neumann (2012, s. 17-39) deler situering inn i tre former:

- Feltsituering
- Selvbiografisk situering
- Tekstsituering.

Under vil disse tre formene for situering bli beskrevet.

## **Feltsituering**

Denne formen for situering handler om hvordan andre oppfatter og påvirkes av meg som intervjuer (Neumann & Neuman, 2012). Bevissthet rundt feltsituering i intervjuer er relevant for hvordan vi opplever og oppleves av deltagerne. Dette siden det bidrar til å påvirke hva de snakker om, på hvilken måte de snakker om det og hvor mye de vektlegger å snakke om noe (Neumann & Neumann, 2012, s.17). Feltsituering har jeg forsøkt tatt hensyn til ved innledning av hvert intervju. Det har jeg gjort ved å forklare at det er den enkelte deltagers egne erfaringer jeg er ute etter, med egne ord og beskrivelser. Jeg har også forsøkt underveis i intervjuene å stille åpne og utdypende spørsmål. Det har jeg gjort for å få så rike beskrivelser, refleksjoner og utsagn som mulig.

## **Selvbiografisk situering**

Neumann & Neumann (2012, s. 20) påpeker at i et fenomenologisk perspektiv er fortid og fremtid alltid til stede i nå-tid. Det gjelder vår erfaring og for forståelse av fenomener. Selvbiografisk situering er en refleksjon over egen sosiale posisjon og erfaring. Det som påvirker meg, forskningsdeltagerne og situasjonen vil være min utdanning, faglige interesser og tilhørighet til faglige forståelsesmåter. Siden jeg tidligere har jobbet som behandler i psykisk helsevern, var jeg bevisst på å ikke gli over i et terapeutisk intervju, som har til mål å forbedre en persons livssituasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 60). En slik rolle ville fort blitt lik terapeutens rolle, og ville medført at jeg gikk utover intervjuets mål og rammer. Intervjuguiden var her til stor hjelp for holde strukturen i intervjuet, når de sterkeste reaksjonene kom fra enkelte deltagere. Intervjuguiden ga samtidig mulighet for åpne spørsmål og flere oppfølgingsspørsmål der det var behov for utdypende svar.

Jeg har reflektert over min forkunnskap og stilt meg flere spørsmål. Har jeg vært tilstrekkelig åpen for andre svar som kanskje strider med min forståelse? Kanskje kan det være slik at ambulansesfaget er påvirket av andre faktorer enn det jeg har forestilt meg. Det at jeg etter hvert intervju har skrevet refleksjonsnotat har vært til god hjelp. Da har jeg fått tid til å rydde i egne tanker og følelser.

## **Tekstsituering**

Tekstsituering innebærer refleksjon over hva teksten eller rapporten man skriver kan ha av konsekvenser ved publisering (Neumann & Neumann, 2012, s. 96-101). Tekstsituering vil omhandle hva jeg vektlegger i en tekst og hva jeg utelater. Hva slags konsekvenser har det ved at jeg i analysen av intervjuene velger å fremheve noen koder, undertema og temaer kontra andre. Det å unnlate noen koder og sitater i analysen har jeg forsøkt ivare tatt ved å sette de inn i eget dokument, som ikke inkluderes i masteroppgaven (jfr. 4.6.2). Dataene i dette dokumentet kan være relevant for andre rapporter eller fagutvikling senere. De valg vi tar i teksten påvirker innholdet, og tekstsituering er noe vi alle gjør, bevisst eller ubevisst (Neumann & Neumann, 2012, s. 100).

## 4.5 Metode analyse – tematisk analyse

I analysen av forskningsdataene har jeg benyttet *Tematisk analyse* (Braun & Clarke, 2006). Analysemetoden ble valgt fordi den har en fleksibel tilnærming til forskjellige data, og analysemetoden identifiserer mønster i datamaterialet. Datamaterialet presenteres som ulike hovedtema. Hovedtemaene vil gi en god anledning til å utfordre og iverksette ulike forbedringsprosesser i ambulansetjenesten.

Tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006), tar utgangspunkt i seks faser. Disse er:

- 1) Gjøre seg kjent med dataene
- 2) Utvikle innledende koder
- 3) Søke etter temaer
- 4) Vurdere potensielle temaer
- 5) Definere og navngi tema
- 6) Produsere en skriftlig rapport

Under vil fase 1-5 bli beskrevet. Se vedlagte skjema (vedlegg 4) for eksempel på oppsett av fase 2, 3, 4 og 5 for utvikling av ett av hovedtemaene (jfr. kapittel 5). Dette hovedtemaet er navngitt som «*De emosjonelle sidene ved jobben*». Kapittel 5 i denne masteroppgaven vil utgjøre fase 6, *produksjon av en skriftlig rapport*, i tematisk analyse.

### 4.5.1 Gjøre seg kjent med dataene

I denne fasen startet jeg med å lese igjennom transkripsjonene av alle de 7 intervjuene. Jeg hadde en fri gjennomlesning uten å gjøre notater. Det gjorde at jeg kun konsentrerte meg om teksten og innholdet. Etter første gjennomlesning, leste jeg nok en gang igjennom alle transkripsjoner. Da med mål om å gjøre notater i marginen. Dette gjorde jeg for å starte prosessen med å lete etter mening og mønster. Jeg merket meg sitater fra forskningsdeltagerne jeg synes kunne illustrere koder på en god måte. Jeg tok også notater parallelt i egen notatbok for å fremheve ideer som måtte komme. Det var nyttig slik at jeg kunne gå tilbake for å lese notater senere i prosessen.

### 4.5.2 Utvikle innledende koder

Fase 2 startet etter at jeg nok en gang hadde lest igjennom transkripsjonene. Denne gangen med øye for å utvikle de innledende kodene. Jeg kodet fortløpende, etter hvert som jeg leste gjennom transkripsjonene igjen. Jeg forsøkte finne koder som gikk på tvers av intervjuene, og som var gjentagende for deltagerne. Jeg satte opp kodene i skjemaet, i kolonnen for fase 2. Det ble ført ett skjema pr transkripsjon.

I fase 2 så jeg mye til problemstillingen og forskningsspørsmålene for å finne de mest relevante kodene. De kodene og sitatene jeg ikke fant relevante, overførte jeg til eget dokument. Dette dokumentet så jeg deretter over gjentatte ganger i løpet av prosessen. Det var nyttig for å se om det var noe jeg hadde utelatt og om noen hadde utviklet seg til relevante koder i løpet av prosessen. I det jeg førte kodene inn i skjemaet så startet jeg også å sette ulike farger på dem, i forsøk på å starte en innledende kategorisering mot tema (Braun & Clarke, 2006).



Jeg valgte å kode både enkeltsitater og hele avsnitt. Det ble gjort for å kunne utvikle koder på rikest mulig måte. Jeg innledet med å kode de fire første intervjuene, deretter tok jeg en pause hvor jeg begynte å se etter sammenhenger og mønster. Etter dette så kodet jeg de tre siste. Dette skyldes blant annet at datamaterialet har vært stort, og kodene svært mange. Jeg ønsket å få et større overblikk midt i prosessen.

Kodene ble utviklet slik at de kunne beskrive en egenskap eller karakteristikk ved det jeg undersøkte (Braun & Clarke, 2006).

#### 4.5.3 Søke etter temaer

I fase 3 startet jeg med å sette opp alle koder, utviklet fra hver transkripsjon, på eget ark med fargekoder. Da fikk jeg god oversikt over alle kodene pr intervju og i hvilken kategori eller farge de tilhørte. Jeg fikk en oversikt over hvilke koder som kan høre sammen, hvilke som supplerer hverandre og hvilke som eventuelt var overflødige. Ble de vurdert som ikke relevante, ble de overført til eget dokument. Med bakgrunn i fargeoversikten over alle koder, utviklet jeg ett tankekart for hver farge (Braun & Clarke, 2006). Da kunne jeg lettere se etter mønster. Hvilke koder passer til hvilket potensielle tema. Hvert potensielle tema hadde da mange forskjellige koder tilknyttet seg. Flere av kodene var i denne fasen brukt på flere potensielle tema, da de overlapper hverandre.

#### 4.5.4 Vurdere potensielle temaer

Fase 4 er nært knyttet til fase 3. Det medfører at denne fasen startet da jeg hadde en oversikt over mulige temaer. Temaer jeg mente hadde støtte i kodene og da utgjorde et sammenhengende mønster. I fase 4 gjennomgikk jeg alle potensielle undertema og grupperte disse i eget oppsett. Jeg målte de opp imot hverandre. Det var meget nyttig da jeg fant ut at undertema jeg tenkte passet til ett hovedtema snarere ville være mer relevant i ett annet hovedtema. Jeg fant også ut at noen mulige temaer ikke hadde tilstrekkelig støtte og dermed ikke ble inkludert. Etter denne prosessen var ferdig førte jeg de inn i skjemaet, og mente jeg da hadde belegg for å kunne si at undertemaene ville utgjøre et hovedtema sammen.

#### 4.5.5 Definere og navngi tema

I fase 5 tok jeg en ny runde på alle undergruppene jeg hadde utviklet, og gjorde endelig valg på om de kunne støtte et hovedtema. Her benyttet jeg også fargekoder for å få oversikt. Deretter, når valget var tatt og en vurdering på om undertemaene utgjorde et mønster, ble hovedtema navnsatt. Hovedtemaene jeg har utviklet støttes av flere undertema. Når hovedtema ble navnsatt, ble dette ført inn i skjemaet. Et tema kjennetegnes ved at det fanger noen viktige trekk ved datamaterialet som er relatert til forskningsspørsmålene, og som går på tvers av datamaterialet (Braun & Clark, 2006, s. 82).

## 5 RESULTATER

I dette kapitlet vil forskningsresultatene blir fremlagt. Som nevnt i avsnitt 4.5 har det gjennom bruk av Tematisk analyse blitt utviklet ulike temaer. Analysen har gitt 6 hovedtema. Disse er:

- 1) De emosjonelle sidene ved arbeidshverdagen
- 2) Krevende rammefaktorer skaper økt arbeidsbelastning
- 3) Mestring av risiko for emosjonelle belastninger
- 4) Meningsfullhet og trivsel i yrket
- 5) Leders betydning for beskyttelse mot emosjonelle belastninger
- 6) Kompetanse skaper trygghet

Under hvert hovedtema vil det bli presentert flere beskrivende undertema. Disse er basert på en rekke sentrale koder som er utviklet gjennom analysen (Se eksempel på analyseprosessen i vedlegg 4).

### 5.1 De emosjonelle sidene ved arbeidshverdagen

Dette temaet omhandler ambulanspersonellens erfaringer med situasjoner som de opplever som særlig krevende i arbeidshverdagen, hvordan yrket påvirker egen helse-og livssituasjon. Funnene gir innsikt i faktorer som påvirker ambulanspersonellens følelser, tanker og atferd. Temaet har tre undertema.

#### 5.1.1 «De vanskelige situasjonene»

Forskningsdeltagerne gir uttrykk for at det ikke er de store hendelsene i samfunnet som er mest krevende, men derimot de små og hverdagslige livskrisene for enkeltmennesket. Hendelser som i større eller mindre grad har blitt normaliteter i arbeidshverdagen. Ved store hendelser mobiliseres gjerne hjelpeapparatet rundt den enkelte ambulansarbeider. Det skjer ikke på samme måte ved hverdagslige hendelser. En deltager sa det slik:

*«Det er ikke de store hendelsene, som Utøya og Regjeringskvartalet, hvor jeg jobbet begge steder, men det er hele mengden av de små hendelsene som tar meg ... det som er hverdagen».*

Flere av deltagerne snakket mye om *De stygge sakene*. Dette er oppdrag som de møter regelmessig i hverdagen. De stygge sakene er gjerne preget av stygge syn av skadede og døde. En deltager hadde denne opplevelsen:

*«Ja, jeg husker det veldig godt. De gutta. Hvordan de ... han ene satt i sofaen når vi kom inn, hadde tatt overdose, husker ikke av hva. Han andre ... han valgte å avslutte livet, at han skøyt seg. Jeg gikk ikke helt opp i ansiktet hans, jeg så at det var helt*

*vrengt bakover, jeg valgte å ikke gå helt oppi og holdt meg litt tilbake. Jeg så at det ikke var noe vi kunne gjøre ... ja, det er liksom ...».*

Det kan også være slik at de stygge sakene gjerne karakteriseres av konsekvenser for en selv og aktivisering av alle sanser som syn, lukt, hørsel og smak. En deltager beskriver et slikt oppdrag:

*«Allerede når vi er på veg ut så kjenner jeg følelsen ... ubehag ... skjelvingen i brystet ... akkurat som når du fryser. Det er nervøsiteten som tar over ... Vi kommer frem, får beskjed om at han ligger rett innenfor døra. Makker tar opp døra og der lå han. Jeg rakk aldri å forberede meg. Synet i seg selv var greit nok, faktisk sagt nesten bedre enn forventet. Men, det som satt igjen var lukten av krutt, blod og tenner på gulvet ... Og det sleit jeg med lenge. Den blod og kruttlukta har nok satt seg litt selv om det er mange år siden ... jeg holdt på å si at hvis jeg får sånn rå blodlukt, ikke mat, men i jobb.. da er jeg rett tilbake der».*

Selv om de stygge sakene kan prege emosjonelt, så er likevel alle deltagerne tydelige på at denne delen av arbeidet gjerne er prosedyrestyrt. Det er noe de håndterer. Da går de inn i «jobb-bobla». Det innebærer fullt fokus på hvordan hjelpe den skadde eller gjøre andre nødvendige vurderinger. En deltager opplevde å skulle utøve førstehjelp på et lite barn, som døde etter å ha blitt stygt kvestet. Deltageren fortalte følgende:

*«Det er stygt. Det er veldig stygt og vondt å skulle behandle ungen som ble drept ... faglig så synes jeg ikke det var vanskelig, jeg har alltid kommet i mål med denne enkle, grunnleggende førstehjelpen vi lærte. Så det er den måten å løse det på, enten en hardt skadd eller alvorlig syk person har jeg alltid kommet i mål med det jeg har lært ... akkurat det å prøve å yte førstehjelp på et dødende barn er vi jo drillt på, det kan vi jo, så vi går inn i en jobbmodus så lenge vi driver med det. Selv om det er stygt, så vil nok de fleste av oss ikke få reaksjon, eventuelt ... før etterpå da».*

Det som alle forskningsdeltagerne har erfaringer med og som de karakteriserer som det aller vanskeligste, er de situasjonene hvor de kjenner *avmakt og maktesløshet*. Det som kjennetegner slike situasjoner er hverdagen med dødsfall, sykdom eller den enkelte families kriser. En forskningsdeltager har følgende erfaring:

*«Det er ikke de store ulykkene som er vanskelig og mest belastende for min del. Folk utenfor ambulansetjenesten tror det er de store hendelsene som er verst, de hendelsene som står i media. Der man tenker at det er mye blod, at det er det visuelle. Det er i hvert fall det folk spør om ... «Åh, dere må se mye fælt». Men, det er de hverdagslige situasjonene som er rettet inn mot familier som er verst egentlig».*

Dette er de situasjonene hvor de ikke føler de strekker til og hvor de føler de ikke kan støtte seg til nok kunnskap eller prosedyrer. Det er situasjoner hvor de selv skal gi emosjonell støtte til pårørende eller dødende personer. Forskningsdeltageren som over beskrev håndteringen av det døde barnet, sier videre:

*«Men, rett etterpå skal jo vi prøve å yte ... være der for dem som har vært i det, de pårørende. Det et eksempel på en vond og vanskelig situasjon å stå i. Det er det mest utfordrende. Det koster ... det er det som er vondest er å stå sammen med foreldrene eller dem som er rundt der etterpå. Det er vanskelig. For det gjør jo vi.»*

Det som oppleves vanskelig er at ambulanspersonellet sjeldent helt vet hva de skal si og gjøre. Dette er situasjoner preget av sorg og fortvilelse, og som de opplever å ikke ha et prosedyreverk å slå opp i. Den vanlige handlekraften blir satt på prøve og ord blir fattige. En deltager problematiserer følgende:

*«Hva skal du si juleaften når faren til en på 10 år ligger død, liksom? Hva skal man si da? Du blir litt ... hva skal jeg si ... fattig da. Du blir fattig på ordet. Det blir ... det blir følelsesladd ... det er jo ingen tvil om det».*

Flere av forskningsdeltagerne synes det er svært krevende å møte kreftsyke pasienter og særlig bistå i transport til palliativ behandling. Den lindrende behandlingen av livets siste fase. En deltager har følgende opplevelse:

*«Jeg tenker kreft da ... type kreftpasienter er de jeg kanskje synes er vanskeligst ... som går mest emosjonelt innpå meg ... de dårligste kreftpasientene».*

Deltageren sier videre:

*«Du har en familiesetting ... Det kan jo være.. Vi hadde ei jente i slutten av 20-årene, nylig blitt mamma, terminal, transporteres til palliativ behandling. Sånne turer gjør vondt da. Der du ser på hele livssituasjonen».*

I slike situasjoner føler flere seg rådville, og kjenner gjerne på at de skulle gjort mer enn de klarer. En av deltagerne fortalte om en slik opplevelse i møte med en kreftsyk pasient som skulle transporters fra hjemmet til palliativ behandling:

*«Vi skulle flytte henne over på båren. Så kommer gutten. Han er i tenårene. Vi drar henne over på båra, smertelindrer, informerer godt ... og så drar vi over på båra. Så skal vi trille ut. Så kommer vi ut i gangen, og der står sønnen og mannen. Plutselig gikk det opp for meg, helt akutt «Dette er siste gangen jeg triller deg ut fra huset ditt», og der står pårørende helt oppløst i tårer. Jeg husker at vi senket ned igjen båra, og dem fikk si «hade». Da kjenner jeg at jeg at blir helt overflødig. «Hva gjør jeg nå?» tenkte jeg».*

Under transporten opplevde deltageren dette:

*«Så begynner tårene hennes å renne. Heldigvis så drev jeg og ordnet litt med utstyret, men jeg tenkte «hva er det jeg gjør nå?». Dette har ingen lært meg, «hva er det jeg gjør nå?». Jo, jeg tar hånden hennes og så begynte jeg også å gråte. Dette er en situasjon som sitter veldig godt igjen i meg».*

Det som kan oppleves som emosjonelt belastende beskrives å være varierende eller i et kontinuum, at hva som oppleves vanskelig kan forandre seg avhengig av hvilken livssituasjon eller livsfase de befinner deg i. Fra håndterbart til emosjonelt belastende. Det flere sier er at etter de fikk barn ble de mye mer sårbare for emosjonell påvirkning enn de var før. Som en deltager sa det:

*«Hva som er emosjonelt belastende kan forandre seg avhengig av den livssituasjonen du befinner deg i, det kan forandre seg med alder og hva som er viktig for deg der og da».*

Når en pasientens historie er *gjenkjennbart i eget liv* og situasjoner oppleves tett på i egen hverdag, opplever flere av deltagerne seg sårbare for emosjonelle belastninger. Det er da nøden kommer tettest på. En forskningsdeltager som selv har barn, opplevde følgende situasjon med en kreftsyk kvinne som skulle transporteres til palliativ behandling:

*«Vi kommer opp til bolig, vi tar båren inn og da hører vi at pasienten roper at «la båra bli stående ute». Da sier hun, «Jeg skal gå ut av egen leilighet for siste gang selv». Vi hjalp henne, for hun var tydelig preget av sykdommen, og så sier jeg ... «den bamsen som ligger på stua og den rosa jakka som henger i gangen» ... ja sa.. «jeg må bare spørre hvor gammel ungen din er ...» Hun svarte, «ungene mine er 5 og 7 år gamle, og nå skal jeg dø i fra dem når dem virkelig trenger meg». De var ikke til stede da, men var på skole og barnehage. Pappaen var til stede. Det traff meg midt i hjertet».*

Deltagerens makker hadde ikke barn, og hadde ikke reagert på hendelsen. For makkeren var det kun et helt vanlig oppdrag. De snakket i etterkant om at de hadde reagert helt forskjellig på hendelsen. Den ene med barn, den andre uten barn.

Flere av forskningsdeltagerne jobber i sitt eget nærområde. Det innebærer en risiko for at de må reise ut på *oppdrag til familie, venner og bekjente*. Flere av deltagerne uttrykker at dette er til stor belastning, og er en frykt som aldri helt vil slippe taket. Flere av deltagerne har opplevd å bli kalt ut på oppdrag for å yte livbergende førstehjelp til nære relasjoner. Det er en uforutsigbarhet i å aldri vite om det er noen man kjenner som er neste oppdrag. En deltager fortalte følgende om sin emosjonelle beredskap i årene etter et slikt oppdrag:

*«Ryggsekken min består mye av det her. Vi må ta høyde for og være forberedt på at neste oppdrag kan være at vi må hente våre egne unger i dag. Det kan være faren din, det kan være venner. Jeg har dette med meg den dag i dag, litt for mye. Jeg kunne nok ha trengt litt profesjonell hjelp for å rydde i dette».*

### 5.1.2 «Den store mengden av elendighet blir for mye»

Konsekvensene av å oppleve emosjonelle belastninger i arbeidshverdagen kan medføre at man blir overveldet og at den fysiske og psykiske helsesituasjonen blir påvirket. Den emosjonelle slitasjen kommer over tid. En av deltagerne fortalte om hvordan årsaker i arbeidshverdagen, over tid, har medført diagnostisering av en Post traumatisk-stresslidelse (PTSD). En av deltagerne kunne forklare hvordan det kan utvikle seg:

*«... de fleste håndterer nok de første hjertestansene og de første trafikkulykkene og slikt, men det er når du begynner å få den store mengden at trøbbelet begynner å komme. Det er når du er på det hundrede dødsfallet, det er da du egentlig begynner å få en del problemer da, tror jeg. Det er da man begynner å kjenne på det. Når du da står inne på julaften for 10 gang, og du skal avslutte etter en hjertestans og det er unger, det er besteforeldre og alt mulig ... det er den store mengden elendighet som vi opplever gjennom et helt yrkesliv som blir samlet opp».*

Den emosjonelle aktiveringen kan gjøre at enkelte kjenner på mye stress i kroppen, at noen får søvnevansker og at det ikke lar seg gjøre å sove når man er på vakt. Det skaper en slitsomhet. Frykten for å bli utbrent er til stede hos enkelte. En deltager sa:

*«Man kan bli utbrent fordi du er så aktivert, prosessen går i kroppen hele tiden, at du er så PÅ. Jeg gikk nok i ganske mange år og var så PÅ. Nesten litt nervøs for hva som kan skje, tenkte «hvis-om-dersom-at». Jeg fant ut at, hvis jeg skal holde ut, så jeg må legge dette vekk».*

Flere av deltagerne tematiserte også bruk av alkohol som en følelsesregulator og hvordan bruken kan bidra til å dempe følelser og gjøre det lettere å åpne seg opp om det som er vanskelig. Erfaringer med bruk av alkohol som følelsesregulator er ikke nødvendigvis alle deltagere kjent med personlig, men noe man kan se at kollegaer bruker. Enkelte steder i ambulansetjenesten anses det også som en del av kulturen. Det å møtes for å drikke øl og prate. En deltager har følgende erfaring:

*«... må nok si at jeg har tydd til alkohol innimellom ... ikke så mye i voksen alder vil jeg si, men særlig i ung alder. Da pratet vi kanskje vi litt bedre og ledigere når vi kunne utagere litt og møtes for å drikke øl. Det har også vært en kultur der jeg jobber. At vi møtes for å drikke øl. Ikke for å debriefe, men for å snakke om andre ting».*

En annen deltager bruker alkohol mer aktivt i perioder for å dempe følelsene etter å ha kommet hjem fra vakt. Deltageren fortalte om egen hverdag:

*«... da kan det være lett for, i hvert fall blant dem jeg kjenner da og meg selv inkludert, når du kommer hjem da er der veldig lett å sige ned i sofaen, sette seg ned og ta en dram da, rett og slett. Og sånn som jeg har brukt det ... jeg har aldri reparert og sånn ... men det er fort gjort at når jeg først tar en cognac, så er ett glass for meg, er hele flasken, liksom. Det blir en sannhet. Da tømmer jeg den flasken og da er jeg fornøyd. Og så kan det gå til neste gang ... og da blir det en ny runde. Så det er mer mengden enn at det er så ofte. Når det først blir drikking, så blir til at du drikker til det er tomt».*

### 5.1.3 «Du tar med hele deg selv inn i jobben»

Det psykososiale arbeidsmiljøet preges også av at yrkesrollen ikke utøves i et lukket arbeidsmiljø. Man kan la seg påvirke av de relasjoner man møter i hverdagen, både i jobb og privat. I utøvelsen av yrket, hvor man skal gi omsorg og empati, vil det å ha det bra selv være en viktig faktor. Den enkelte ambulansearbeider vil kunne bli preget av hendelser i eget privatliv. Det er som alle deltagerne sier at de tar med hele seg selv inn i arbeidshverdagen og i ambulanseoppdragene. Flere av deltagerne reflekterte over hvordan egne livshendelser har preget dem i yrkesrollen. Erfaring fra deltagerne er at det råder en holdning i ambulanseskulturen at man ikke kan ta med privatlivet på jobb. Dette anses ikke mulig av deltagerne. En av deltagerne har gjort seg noen refleksjoner i forhold til sin og kollegaers holdning til dette:

*«Jeg har pratet med mange kollegaer om livene deres, ikke bare jobben, men hele livet. Der er vi nok ikke flinke til å tenke ... for når vi går på jobben så tar vi på oss uniformen ... og da er vi på jobb. Og så glemmer vi at livet faktisk går ved siden av her. Livet kjører*

*fortsatt på selv om vi er på jobb. Der er vi nok ikke flinke til å ta hensyn, der er ikke jeg nok flink nok til å ta hensyn heller».*

Det å skape en kultur på arbeidsplassen for at man kan være åpne om hvordan man har det, hvordan man føler seg og om det er noe vanskelig som påvirker arbeidet er for mange viktig. En deltager sier det slik:

*«Jeg mener det skal være lov i et yrke hvor man jobber så tett på sykdom og elendighet, så må det være rom for at du skal kunne komme på jobb og si at «i dag har jeg skikkelig dårlig dag». Jeg synes nesten det burde være en plikt å si i fra om slikt, for da vet kollegaene dine hvordan du har det og hvordan du kan reagere».*

Ansvar for en slik åpenhet plasseres ikke bare hos individet eller hos kollegagruppen, men også hos arbeidsgiver. En deltager forteller dette:

*«Det jeg kanskje synes er litt vondt er at arbeidsgiver er veldig tydelig på at «nå er du på jobb, så privatlivet legger du igjen hjemme». Slik er det jo ikke. Alt påvirker jo hverandre. Det er hånd i hanske. Jeg tror jo, sett ut ifra ambulanseteksten, så er dette noe folk må lære seg å kjenne på. De må se den store sammenhengen i livet».*

## 5.2 Krevende rammefaktorer skaper økt arbeidsbelastning

Dette tema handler om hvordan deltagerne ser det psykososiale arbeidsmiljøet og det organisatoriske arbeidsmiljøet i sammenheng med hverandre. De rammene ambulanspersonellet jobber i vil påvirke mye av hverdagen, slik som relasjoner og håndtering av oppdragene. Undertemaene her handler om *økt oppdragsmengde og økte krav i hverdagen*.

### 5.2.1 «Økt oppdragsmengde er fiende nummer én»

En betydelig trussel mot arbeidsmiljøet ambulanspersonellet opplever er økt *oppdragsmengde*. Dette blir faktisk kalt fiende nummer én av flere deltagere. For deltagerne, som har jobbet i mange år, så sier de at de merker en markant økning i antall oppdrag. Det er særlig i de sentrumsnære ambulansstasjonene at arbeidsbelastningen oppleves særs høy. Oppdragsmengden får flere konsekvenser. Det gjør at de opplever redusert tid til samtale og restitusjon mellom oppdragene, de har ikke tid til de uformelle samtalene på vaktrommet, pleie relasjoner til kollegaer og de får heller ikke fulgt opp yngre kollegaer slike de mener de burde. Deltagerne uttrykker at oppdragsmengden er den største fienden for å forebygge emosjonelle belastninger og utvikle ambulansetjenesten som en helsefremmende arbeidsplass. Oppdragsmengden er det som gjør at alt annet kommer på toppen, slik som type oppdrag, forhold til leder, gjennomtrekk av ansatte og bruk av vikarer, relasjon til makker og kollegaer eller helseforetakenes dårlige økonomi. Oppdragsmengden gjør at flere opplever at alt rundt yrkesutøvelsen mer stressfullt. En deltager beskriver det slik:

*«Oppdragsmengde er sinnssykt høy. Det kjøres og kjøres. Du rekker ikke.. det er et viktig moment på arbeidsplassen ... du rekker virkelig ikke å sette deg ned å puste. Du*

*står og leverer på legevakten, så får du melding om.. «du vi har en kode 1 ... kan dere ta den ... nei, dere må ta den». Du får ikke restituert deg mellom oppdrag og du får ikke brukt tiden mellom oppdragene».*

En annen deltager har følgende erfaring om økt oppdragsmengde og arbeidsbelastning:

*«Det er nettopp en av de tingene som har gjort at yrket er blitt mer belastende, for du har ikke tid til å bearbeide på samme måte som før. Den tiden mellom oppdragene tror jeg er veldig verdifull. Det er veldig viktig».*

For mange av deltagerne er det et stort spørsmål hvordan de skal klare å fortsette å håndtere jobben med fortsatt økt oppdragsmengde, og noe som gjør at de ser på fremtiden som problematisk. Flere har tidligere sett for seg det å skulle jobbe med ambulansesfaget resten av yrkeskarrieren, men hvor dette nå føles usikkert.

### 5.2.2 «Økte krav og forventninger til oss»

I tillegg til en økt oppdragsmengde så opplever også deltagerne *økte krav og forventninger* til sin yrkesrolle. Det oppleves økte krav om kompetanse og kunnskap i tjenesten, og det oppleves forventninger fra samfunnet om at ambulansetjenesten alltid skal være tilgjengelig. Det er behov i samfunnet som styrer oppdragsmengden. Det er en erkjennelse av at samfunnsutviklingen påvirker arbeidshverdagen. Et eksempel det vises til er den opplevde økningen av personer med psykisk uhelse i samfunnet, som gjør at det også blir flere ambulansoppdrag med psykiatri. Flere av deltagerne opplever at de blir sendt ut på et mangfold av oppdrag de tenker ambulanse ikke er nødvendig. Det gjør noe med både oppdragsmengde og motivasjon. En deltager sier følgende om økte krav og forventninger til yrkesrollen:

*«Jeg tenker at i den utviklingen som har skjedd siden jeg startet midten av 2000-tall til dagens ambulansarbeider, er det kanskje mye som har skjedd. Vi blir tillagt mye mer ... vi skal kunne mye mer, faglig sett, medisinsk teknisk, journalføring, prosedyrer, det er stadig mer inne i ambulansen som det kreves at vi skal mestre, men det er ingen ... systemet rundt oss hvor blir det av? ...vi gjør alt vi nå».*

I det så ligger det en frykt for å gjøre skade på pasienter fordi arbeidsoppgavene har blitt flere, og det er også en frykt for å bli straffet av systemet de jobber i hvis de gjør feil. En deltager beskriver redselen økte krav og forventninger kan gi:

*«Bare det at du kjenner en redsel gjør jo at mange blir usikre, unødvendig usikre. Være redd for at du ikke husker, og det er stadig vekk endringer på prosedyrene, ganske mange endringer også, og det tror jeg stresser folk, inkludert meg selv, ganske mye. Du er redd for å ikke få med deg de faglige oppdateringene og retningslinje som kommer».*



## 5.3 Mestring av risiko for emosjonelle belastninger

På tross av at deltagerne opplever risiko for emosjonelle belastninger i sin arbeidshverdag, så har de fleste jobbet i lang tid, over flere år. Det å klare å stå i yrkesrollen over så mange år sier noe om at erfarent ambulanspersonell har strategier og mestringsressurser for hvordan de får til det. Dette hovedtemaet vil se nærmere på hva som virker inn på det å mestre risiko for emosjonelle belastninger.

### 5.3.1 «Kollegasamholdet er en forutsetning for vi skal klare oss»

Sentralt for ambulanspersonellet står kollegasamholdet. Det er sosial støtte fra kollegaene på ambulansstasjonen og i øvrig ambulansetjeneste, ambulanspersonellet først og fremst søker. Det være seg sosialt samvær, omsorg og råd. En deltager sier det så tydelig at dette samholdet er en forutsetning for at de skal klare seg og håndtere arbeidshverdagen. Det livet man har på ambulansstasjonen er viktig. I vaktrommet eller i ambulansstasjonen så får man en mulighet til å ventilere, diskutere og lære. Det sier flere gir en styrke og motstandskraft. Det at man vet at man har støtte fra flere, i «flokket sin», skaper trygghet. En beskriver betydningen av samholdet på vaktrommet slik:

*«Den er jo ... hva skal jeg si.. det er der du får utløp for hva du har vært igjennom i løpet av dagen. Hvis du har vært på noe som ikke har vært så greit, så blir det luftet. Og så ... jeg føler vi er flinke til å støtte hverandre. I hvert fall de fleste av oss. Vi kanskje tar noen unna litt, inn på et rom, snakker sammen. Og så går igjennom ting ...».*

I kollegasamholdet er også *makkeren* av stor betydning, og som anses som den viktigste relasjonen i arbeidshverdagen. Makkeren er den man jobber med i ambulansen, og dermed tilbringer mye tid med. Det å ha god kjemi med makker er svært viktig. Det er gjerne makker man samtaler med, som man deler opplevelsene med og som man har de sterke inntrykkene sammen med. Det skaper tette og nære bånd. Det er også makkerparet som ofte har den umiddelbare uformelle debrifingen. Det er samtalen man avholder i etterkant av et emosjonelt vanskelig oppdrag. En samtale om å høre hvordan det står til, hva man gjorde bra, hva man kan gjøres annerledes neste gang. Det å ha en makker man samarbeider godt med skaper trygghet. En deltager sier følgende:

*«Jeg merker veldig forskjell på om jeg jobber med en makker som har erfaring og som er trygg, en som jeg er på bølgelengde med. Da koser jeg meg veldig».*

En annen deltager forklarte litt om viktigheten av makkeren:

*«Makker er veldig viktig. Skaper trygghet og forutsigbarhet. Det gjør jobben mye enklere. Man gjennomfører ting mer intuitivt».*

Det er flere av deltagerne som mener at ambulanspersonellet bør ha tilgang til ekstern samtalehjelp hvis de belastende hendelsene blir for store, og at dette gis som tilbud i organisasjonen. Noen utenfor tjenesten som kan bistå, og som forstår hverdagen til ambulanspersonellet. En deltager har følgende mening:

*«Det er som jeg sier at når du har fylt den sekken, så renner det over.. og da trenger du noe annet enn makker og ambulansefamilien for å rydde i det ... at det ville være godt med noen eksterne ... Noen som er litt på sidelinjen».*

### 5.3.2 «Støtte fra privat nettverk er viktig»

For mange av deltagerne er den sosiale støtten de får i privatlivet, av venner og familie, av helt sentral betydning. Når oppdragene har vært tøffe og krevende, så er det å komme hjem til omsorg, samvær og felleskap med de nære relasjonene det som gjør hverdagen levelig. Det å kunne samtale om emosjonelle belastninger og vanskeligheter med noen man vet bryr seg vil kunne gjøre godt. Flere av deltagerne har også samboere eller ektefeller som selv jobber i nødetatene eller er helsepersonell. En deltager forteller hvor viktig det er:

*«... Jeg er i lag med ei som driver med samme yrke. Det er med positivt fortegn for da har du støtte, forståelse og en sparringspartner hjemme. Det er viktig for meg».*

Det at man møtes hjemme med forståelse av at man ikke alltid orker å være i sosiale lag, at man i perioder kan være litt stille og tankefull, at man har behov for å trekke seg tilbake er viktig. En slik støtte og forståelse mener flere er viktig for funksjonen i privatlivet, men også for funksjonen på jobben. En deltager beskriver denne forståelsen og aksepten fra de hjemme:

*«Det å ha alenetid er viktig. Det er viktig for meg. Det kan være at jeg er alene med familien en ettermiddag, så sier jeg «jeg går inn på soverommet, og jeg vil være i fred».*

### 5.3.3 «Humor er sunt»

Kjemien med makker, og samspillet mellom kollegaer er gjerne styrt av at kollegaene har mye humor. Humor anses som en viktig ventilator for de fleste, og det er særlig galgenhumor som flere trekker frem. Det kan være en morbid form for humor som omhandler møte med døden, stygge skader og mennesker man møter i tjenesten. Humoren bidrar til å avdramatisere og normalisere krevende situasjoner. Humor brukes som en måte å ta opp ting på, en måte å tilnærme seg de stygge tingene på. En deltager har gjort følgende refleksjon:

*«Humoren er jo der, og det er jo veldig mye galgenhumor og sånn.. og den tror jeg er veldig viktig. Det tror jeg er en ventil som er veldig viktig og som jeg tror kanskje er viktigere enn det folk tror. Du blir bevisst på det når du har jobbet en del år, som du som fersk kanskje ikke forstår helt betydningen av da».*

En deltager fortalt om en hendelse hvor de hadde vært nødt til å gi førstehjelp til et barn som etter hvert døde. Barnet hadde vært utsatt for en ulykke, og det var svært trist og sorgfullt. Alle involverte i ambulansetjenesten hadde møttes etter på, etter vakt, for å debrifing og støtte hverandre i sosialt samvær med noen øl. Deltageren forteller:

*«Det ble etter hvert en god stemning selv om vi hadde vært på et trist oppdrag, det tror jeg er en frigjøring. Du har jo vært ute i en veldig trist setting. Vi sitter og prater tull, det*

*var en veldig løssluppen stemning. Det tror jeg er en ubevisst frigjøring og håndtering av det triste vi har vært borti ... Det var helt uformelt, og vi var bare sammen».*

## 5.4 Meningsfullhet og trivsel i yrket

Det som også har kommet frem gjennom analysen er betydningen av hva som er meningsfullt og hva som skaper trivsel i yrkeshverdagen. Temaet vil bli belyst gjennom fire undertemaer. Det er *tilhørighet til ambulansefamilien, identitet som en hjelper i møte med pasient og pårørende, at yrket gir perspektiv på eget liv og lidenskapen for faget man er utdannet i.*

### 5.4.1 «Tilhørighet til ambulansefamilien»

Det prehospitale miljøet man er en del av trekkes frem som helt sentralt for trivselen i hverdagen. Det er gjennom det medleverskap man opplever å ha på ambulansestasjonen at bånd og relasjoner styrkes. Et medleverskap som gjør at man forsøker å spise måltider sammen, har hyggestunder sammen, deler historier og hvor man overnatter i samme lokaler. Lange vakter gjør at mye tid brukes i lag. Opplevelsene og erfaringene de har sammen gjør at de får en *tilhørighet til ambulansefamilien*, eller som noen kaller det, «*min andre familie og mitt andre hjem*». En deltager beskriver betydningen av denne tilhørigheten:

*«Det er tette bånd mellom oss. Det er ekstremt tette bånd. Det er hele tiden situasjoner som knytter oss sammen. Ambulansefamilien er som andre familier. Det skjer brudd i denne familien, det er litt venner og uvenner, og så er det gråt og så er det klemmer, trøst og irritasjon, så er vi på fest og danser med hverandre, og så kjefter vi på hverandre ... Jeg kjenner på en skikkelig sorg i forhold til en kollega som nå skal slutte som jeg har kjent i flere tiår».*

En annen deltager beskriver hvordan det oppleves at kollegaene passer på hverandre, og særlig hvis noen utenfra kritiserer tjenesten:

*«... Hvis det er noen som klager eller snakker negativt om oss ... det kan være privatpersoner, folk på sykehus. Det er fortsatt slik at enkelte tror at vi bare kjører benbrudd eller bare sitter på rumpa hele dagen. Da blir det litt slik at folk ikke skal komme og pirke på oss ... vi har faktisk veldig mye å gjøre. Det blir en sterk lojalitet».*

Noen snakker også om at det ikke bare er ambulansefamilien man er en del av, men en utvidet «blålysfamilie» hvor politiet og brannvesenet også er del av nettverket. Dette forsterkers gjerne av at de finner venner og partnere innenfor denne blålysfamilien, og hvor det også kan være kultur for fester og sosiale sammenkomster på tvers av nødetatene. En deltager beskriver hvordan nødetatene er tilknyttet hverandre:

*«Vi er på en helt annen planet, det er noe som binder oss sammen. Det kan jeg nesten ikke forklare det. Dette er har noe med tradisjon å gjøre «det er vi med blålysene». Vi har en måte kommunisere på som du ikke finner så mange andre steder, dette gjelder også med de som jobber i mottak ... det er vel derfor jeg aldri har begynt å jobbe med*

*noe annet, for jeg har en blålysidentitet og jeg klarer ikke kvitte meg med den ... den vil liksom ikke slippe meg, selv om jeg gjerne vil pushe den bort i perioder, så vil den ikke slippe tak i meg».*

Tilhørigheten som oppleves skaper stolthet, lojalitet og det å føle man er del av noe større enn seg selv.

#### 5.4.2 «Identitet som en hjelper i møte med pasient og pårørende»

Det som skaper mest meningsfullhet for alle deltagerne er møtet de har med pasienter og pårørende. Møtene de har med syke mennesker og mennesker i sårbare situasjoner, og det at man får yte godt mot andre mennesker. De får mulighet til å bidra til at noen får det bedre, eller til og med overlever. Det er en betydelig faktor for trivsel og mening. En av deltagerne med lang arbeidserfaring sa følgende:

*«Det som er mest meningsfullt er å hjelpe syke folk, de som har et problem ... ja, det er ... jeg har jobbet i helsevesenet i alle år ... all min tid».*

En annen svært meningsfull side ved arbeidshverdagen er å få anerkjennelse og takknemlighet fra pasienter og pårørende. Det er en anerkjennelse av at man har gjort en god jobb, at man har utgjort en forskjell for den enkelte og at den rollen man utøver har en nytte i samfunnet. En deltager forklarte dette slik om sin identitet:

*«... for meg er det en veldig viktig del av identiteten. Sånn er det nok for veldig mange andre også. Hva skal jeg si.. enten blir du veldig kort i yrket og forsvinner fort. Eller så blir du lenge, og da blir du gjerne veldig lenge. Det skyldes nok at det er veldig givende å være her, og det blir på mange måter en livsstil. Det blir en del av livsstilen din det å hjelpe folk, det å være der for folk og bidra. Enten å bidra på det rent medisinske, men det kan også være en redningsaksjon for den sakens skyld. Så er det en del av livsstilen og livsførselen din».*

#### 5.4.3 «Yrket gir perspektiv på eget liv»

Flere av deltagerne forteller også at jobben i ambulansetjenesten, hvor de har kommet tett på død, ulykker og nød, setter eget liv i perspektiv. Flere uttrykker at den erfaringen og kunnskapen de har ervervet, har gjort det lettere å ta stilling til eksistensielle spørsmål i hverdagen, som «hva er det som er viktig i mitt liv?». En deltager hadde følgende refleksjon:

*«... nå er det slik, at den som ikke opplever den siden av livet ... jeg tror jeg hatt mange på båra mi som kunne ha bytte bort hele formuen sin og bankkontoen sin mot helsa mi. Så dette er en livslærdom jeg drar med meg i hvert fall, som gir meg mye mer enn lønningen. Det gir en mening, og at man ser at man har det som man har det. Det setter ting i perspektiv. Du setter perspektiv på livet faktisk. Det er en gave, egentlig. Det tror jeg man lærer seg etter hvert».*

Kunnskapen man får gjennom utdanning og erfaring har også den funksjon at man opplever selvutvikling og personlig vekst. Det gir mulighet for å utvikle sider ved eget liv

som oppleves verdifullt, og man får brukt hele seg selv i yrket og privat. Eksempler på det kan være kunnskap om sykdom og helse, stressmestring og psykiske reaksjoner. Det blir en kunnskap om å leve liv. En deltager sa det slik:

*«Jeg tenker at med årene at det vonde jeg har opplevd har gitt meg like mye mening som det gode jeg har opplevd. «Slik er livet» du får en ... blir klokere på livet på en måte. Du lærer jo av det. Jeg har brukt mye av min livserfaring, også privat, i jobben. Jeg har fått igjen ting tilbake fra pasienter og pårørende som har gitt mening».*

#### 5.4.4 «Faget som lidenskap»

Det å være fagperson, og det å få mulighet til å yte den helsehjelpen de er utdannet til og har trent på over er en lang yrkeskarriere skaper trivsel og mening. En av deltagerne snakket om hvordan den tilliten du får av andre mennesker er en sterk drivkraft. Deltagerne sa:

*«Det er faget som blir sentralt. Det at du får lov til å utøve det man har utdannet seg til, at det gir en mening det du gjør. Det er de faglige utfordringene jeg liker da. Det er det som er drivkraften, ikke sant. Vi hadde i går et oppdrag med en 2 uker gammel baby. Jeg og makker kommer frem, går inn og der kommer moren med denne lille babyen. Bare gir den til oss ... «her» liksom. Det er det som er drivkraften min, den tilliten vi får, den tryggheten vi skaper, den relasjonen vi danner».*

Det å kunne få bidra med sitt fag og sin kunnskap for mennesker som virkelig trenger det står sterkt. Det at man som profesjonsutøver får brukt kunnskapen sin på situasjoner som er kritiske og akuttmedisinske. Kun enkle transportoppdrag er ikke det som skaper utfordringer, for de fleste. En sier det slik:

*«... du ønsker å være der den dagen det er noe som skjer og behov for den kunnskapen. Da ønsker du å være der. Jeg tror det er slik at hvis du fikk beskjed om at heretter skal du bare kjøre grønne turer, så tror jeg folk hadde sluttet å kjøre sykebil. Det er ikke derfor dem er der. Vi er der for de gangene det er sving over ting.. og du betyr noe for enkeltmennesket i en kritisk situasjon og du gjør en forskjell for folk. Slik tror jeg det er for kollegaene mine, i hvert fall er det slik for min egen del. Og, så er det ikke slik at jeg ønsker at noe skal skje, men jeg ønsker å være del av det hvis det først skjer noe. Da får man brukt hele seg selv og faget sitt, det du har trent på i en hel yrkeskarriere. Noen vil ikke få brukt det og andre vil få brukt det en eller flere ganger».*

Alle deltagerne har gjennomført videreutdanninger etter grunnutdanningene og flere av deltagerne har tilleggsutdanninger utover det å jobbe i ambulansetjenesten. Det som går igjen, er at det å oppleve faglig utvikling skaper mestring og trivsel. Det er også slik at faget da gir avkobling og skaper livsgnist i yrkesrollen. Som en deltager sa; *«Jeg brenner veldig for yrket mitt».* Det å ta utdanninger, holde seg faglig oppdatert og det å jobbe med mangfoldig problematikk skaper variasjon. Flere uttrykker at variasjon i arbeidsoppgaver er viktig for motivasjon og interesse. En deltager sa det enkelt:

*«Jeg liker variasjon. Det er nok derfor jeg trives så godt i ambulansetjenesten også, at det er så variert».*

## 5.5 Leders betydning for beskyttelse mot emosjonelle belastninger

Ledere har en nøkkelrolle i å utvikle det arbeidsmiljøet, og en vesentlig rolle i å ivareta alle ansatte. Deltagerne er opptatt av både ansvarliggjøring og støtte ledere i den funksjonen de har i organisasjonen. For deltagerne er lederen og organisasjonens betydning for å skape et trygt, faglig og sosialt miljø svært sentralt.

### 5.5.1 «Ledere må ta ansvar for ivaretagelse og skape tillit»

Deltagerne er opptatt av at leder må være noen man har tillit til og som man kan prate med om hverdagen oppleves vanskelig. Alle gir uttrykk for at arbeidshverdagen er kompleks og krevende, og det er derfor viktig med trygge ledere som ivaretar den enkelte. Det innebærer et lederskap som tåler ulike reaksjoner og som klarer å se den enkelte. En deltager uttrykker dette slik:

*«Noen ganger må det være lov å være sårbar og reagere. Da må man ha tillit til å kunne gå til leder, du må kunne ha en lufteventil. Det synes jeg er kjempeviktig. For hvis du ikke har det? ... ».*

Dette handler mye om leders rolle og hvordan leder må ha kunnskap om risiko for emosjonelle belastninger. Flere av deltagerne opplever at denne kunnskapen og beskyttelsen fra lederen er for dårlig i dag. En deltager uttrykker seg slik om beskyttelse fra sin leder mot emosjonelle belastninger:

*«Nei, det kan jeg vel si er altfor dårlig. Det vil jeg vel egentlig påstå. Det er som jeg har nevnt at ved de store hendelsene og når media er involvert så mobiliseres det, men det hverdagslige har lite fokus».*

Flere av deltagerne er bekymret for at lederne ikke får tid i sin arbeidshverdag til å sette emosjonelle belastninger på agendaen. De er også bekymret for at økonomiske forhold i helseforetaket setter begrensninger for ledere med tanke på å iverksette tiltak. Bekymringen går på at lederne blir mer lojale mot den økonomiske ivaretagelsen enn mot den enkelte ambulansearbeider. Det gjør at flere føler at ansvaret legges over på den enkelte ansatte for å forebygge emosjonelle belastninger. En deltager sa det slik:

*«... Jeg føler ikke at de gjør så mye. Jeg synes ansvaret legges på arbeidstaker. Det er den enkelte ambulansearbeider som må «skru opp korken og tømme seg til leder». Fokuset blir liksom mer.. type spørsmål som ... «Er det noe fra nattvakt ... neivel ... reis hjem».*

### 5.5.2 «Ledere setter standarden for kulturen på arbeidsplassen»

Det å bli møtt med forståelse av leder på at hverdagen kan være vanskelig og krevende synes flere av deltagerne er helt sentralt. Det å ha lederstøtte på at man har vært i vanskelige saker og at man har et system for å ivaretagelse. Det er viktig at leder går foran og skaper en åpenhet om at det er lov å ha følelser og reagere på hendelser. Deltagerne mener at leder setter standarden for hvordan kulturen skal være. En deltager uttrykte dette slik:

*«... vi må ha et system for å skape aksept for at hverdagen kan være vanskelig. Vi må ufarliggjøre det litt. Det er helt greit å bli berørt, det helt normalt. Det er helt greit å gråte på jobb, det er helt greit å bli sint. Alt det er greit. Du er ikke syk i hodet. Jeg tror mange går rundt og er litt redd for å fremstå som syke, svake, ikke fremstå som bra nok, ikke ha et tøft nok image».*

Det å skape en god kultur preget av åpenhet, tillit og anerkjennelse handler også for enkelte om at leder jobber for å skape en god atmosfære. Leder blir en rollemodell for hvordan tankesettet skal være på ambulansestasjonen. En deltager beskriver hvordan det oppleves å bli møtt av en irritert leder:

*«Irritasjonen tar du fort med deg inn i oppdragene. Det er bare å tenke hverdagslig på deg selv, hvis du får en dårlig start på dagen hjemme, så tar du det med deg utover dagen. Det preger deg noen timer fremover. Dette gjelder gjennom hele lederlinjen. Det å spørre seg hvordan skal «jeg skape en god dag for de rundt meg». Det handler om at leder må skape en god atmosfære».*

Deltagerne mener også at lederne har ansvar for å sette sammen vaktlag og makkerpar som har god kjemi, og som passer sammen fordi det gir økt trygghet. Bevissthet rundt det fra leder skaper troverdighet og tillit til lederen. En deltager sa det slik:

*«Vaktsammensetning er viktig. Hvordan er relasjonene mellom makkerne, hvis kjemien ikke er der. Bevissthet rundt det. Det går på å ha relasjon med de du skal jobbe med, hvordan du skal samarbeide og løse oppdragene. Det er viktig for trygghet».*

Flere er også opptatt av at leder har en bevissthet i forhold til det å sette sammen vaktlag med ulik alder, kjønn og erfaring for å skape bredde og variasjon. De mener lederne bør bestrebe at yngre ikke kjører sammen, men har med seg en rutinert makker.

Det oppleves fra flere av deltagerne at det brukes mye vikarer. Det gjør det vanskelig å holde på makkerpar. Når det er mye bruk av vikarer, så vil man måtte jobbe med noen man ikke kjenner eller har jobbet med tidligere. Det skaper et annet stress og press. En deltager sa det slik:

*«Ting skal gjerne skje fort innimellom, det er ikke alltid like lett å planlegge ting på veg ut. Og hvis du kjører mye med vikarer så bruker du mye tid og energi på å planlegge noe som egentlig er helt opplagt med en fast makker. I istedenfor for å tenke på andre ting, så må du planlegge hva du skal gjøre. Du må løse oppdrag på en annen måte, og særlig må du kanskje gjøre enda mer selv. Det kan skape økt stress».*

### 5.5.3 Tilstedeværende ledere er en nødvendighet i en kompleks arbeidshverdag

En tilstedeværende ledelse er noe som også blir fremhevet av deltagerne som viktig for å ivareta ansatte. For å kunne skape et trygt miljø som beskytter mot emosjonelle belastninger og som forsterker ambulansefamilien er det viktig at ledere kommer raskt på banen når noe oppstår. Det handler om å forstå den kulturen de er satt til å lede, det å klare å fange opp meninger og holdninger i arbeidsmiljøet. En deltager sa følgende:

*«Det er viktig at ledelsen forstår kulturen. Det er viktig at ledelsen kommer så tidlig på banen og får oppklart hva ting handler om. Det kan være vanskelig, men jeg tror, i hvert fall på de mindre stasjonene, at de får med seg veldig mye ved å ta denne kaffekoppen, ut av kontoret og ta kaffekoppen. Da vil mye av praten automatisk så gå over til det som er «elefanten i rommet» der og da».*

Deltagerne mener at en leder som er til stede, både fysisk og mentalt, lettere klarer å fange opp om noen av de ansatte har det vanskelig, om de trenger ekstra oppfølging eller om de trenger veiledning på noe. En leder som er til stede og nærværende skaper trygghet. En deltager uttrykker seg om hva god ledelse er:

*«En god leder for meg er en som hører etter, som er interessert, som ikke bare stryker alle etter hårene og som er tydelig, som stiller forventninger og ansvar til den enkelte. Det er viktig at leder er nærværende og til stede, og at leder er troverdig. Det er viktig at de tar seg tid og hører på oss, som ser og anerkjenner».*

Slik flere opplever det, så er det en for stor avstand mellom ledere og ansatte i dag, og at det skyldes mye at ledere ikke har tid eller tar seg tid til å prioritere å være nærværende. En deltager sier det slik:

*«Seksjonslederne skal jo jobbe med dette, men de har heller ikke tid. Så det blir ofte neglisjert, og det er jo noe de oftest skårer dårlig på i medarbeiderundersøkelser også».*

I forhold til at ledere må forstå hva som kan være belastende så sier en av deltagerne følgende:

*«Nei, men når avstanden blir så stor så har dem ikke ... jeg tror ikke de kjenner på dette selv. Så selv om dem ønsker å ha aksept, tror ikke jeg at dem egentlig skjønner».*

Gjennom økt tilstedeværelse mener ambulansepersonellet at avstanden mellom ansatte og ledere vil kunne bli redusert. Det skaper økt trygghet i en kompleks hverdag.



#### 5.5.4 Leders støtte på behovet for hvile

Flere av deltagerne er opptatt av at det er viktig at de får støtte fra ledernivåene på at de trenger tid til samtale og refleksjon mellom oppdragene, og at oppdragsmengden er for stor til at de får god restitusjon. Det å bli sett og forstått på dette er betydningsfullt. Flere av deltagerne har vært borte fra yrket en periode med permisjon, fordi de hadde behov for en pause. Etter kort tid har de kommet tilbake da savnet etter yrkesrollen har vært for stor. Pausen som ble gitt var derimot nøkkelen for å kunne stå i jobben lengre, og man kom tilbake med ny energi. Flere av deltagerne mener at arbeidsgiver bør gi rom for at man kan ta slike pauser i løpet av yrkeskarrieren, eller kunne jobbe forskjellige steder i organisasjonen. Det opplever deltagerne vil kunne gi en god arbeidshelse. En deltager sier det slik:

*«Da kan det være mange små ting som gjør at gnisten synker ... arbeidsgnisten. Jeg tror at hvis arbeidsgiver hadde vært mer åpen på å dele stillinger på arbeidssted eller gi permisjoner, ved å gi permisjoner så ville vi hatt en mer motivert gjeng. Men, her må vi være klar over at vi er vanvittige forskjellige. Noen kjører kun ambulanseveien, men andre, meg selv inkludert, vi vil gjerne ha en liten avstikker. Ha en annen impuls i perioder».*

### 5.6 Kompetanse skaper trygghet

Ambulansepersonellet mener kunnskap vil være en av de fremste faktorene for å skape trygghet i arbeidshverdagen mot emosjonelle belastninger. Det være seg kunnskap om pasienter, sykdommer, behandlingsmetoder og alt som virker i møte med pasient og pårørende. Det er også kunnskap om seg selv, sine egne og kollegaers reaksjoner på emosjonelle belastninger, lederes kompetanse og forståelsen av hvordan faktorer i samfunnet fungerer. Forskningsdeltagerne ser at gjennom økt kunnskap utvikler man motstandsressurser for å tåle yrket bedre. Det er av stor verdi å opprettholde en mester-svennopplæring for å skape et trygt arbeidsmiljø, særlig for de yngre.

#### 5.6.1 «Utvikling av motstandsressurser gjennom opplæring»

Det å anerkjenne at yrket har risikofaktorer for emosjonelle belastninger er en viktig erkjennelse i yrket. Det er derfor viktig med åpenhet i organisasjonen om dette. En slik erkjennelse og åpenhet skaper muligheten for å kunne få kunnskap om egne reaksjoner. Det å forstå hvorfor man reagerer som man gjør i bestemte situasjoner. Deltagerne mener slik egenkunnskap gjør at man kan forebygge emosjonelle belastninger ved at man tar hensyn i bestemte oppdag. Det er en kunnskap man gjerne får med erfaring. Eksempel på det kan være at man unngår eksponering. En deltager kunne fortelle:

*«Jeg og kollegaene mine var ute på et oppdrag hvor det var en drukning på et lite barn. Vi drev med gjenopplivning ute på stranda, og da sa jeg høyt ... «se minst mulig på ansiktet på ungen». En av kollegaene mine bruker det som et eksempel, for han hadde hørt jeg si det høyt og det er han veldig glad for at han hørte på den dag i dag, for nå har han blitt pappa selv. Det handler om å prøve å skåne seg fra de sterkeste inntrykkene»*

Det er viktig å vite at man blir berørt og påvirket, og at organisasjonen setter dette på agendaen. En sier:

*«Slike reaksjoner kan en lett komme borti fort som fersk ambulansarbeider, som fersk i faget. Kanskje blir det lagt litt lokk på, det blir lagt litt bort og så mange år senere så kan det komme tilbake igjen, og du skjønner kanskje ikke hvorfor du reagerer som du gjør på neste sak som er lik. Hvis du da ikke er klar over hvorfor du reagerte som du gjorde på første sak, så kan det bli vanskelig».*

Gjennom det å få opplæring om og erfaringer fra yrkets emosjonelle sider, vil man kunne få nødvendig innsikt om seg selv. Man vil kunne oppleve mestring av vanskene og man vil lettere kunne ivareta hverandre som kollegaer. Kunnskapen gjør at man blir tryggere i rollen og man utvikler økt toleranse. En deltager sier følgende.

*«Toleranse. Man tåler mer og mer etter hvert som man får mer erfaring. Man takler ting bedre. Men, hvis det oppstår problemer så kan sekken bli full. Og da kan den jo renne over. Men, som menneske så tåler man jo mer etter hver som man er igjennom ting. I hvert fall føler jeg det slik. Nå har jeg jobbet lenge i tjenesten og har sett en del. Jo mer kunnskap du har jo mer tåler du, jo mer erfaring. Jeg har jo følelser og tanker, så man blir jo påvirket. Den dagen du blir så kald at du ikke tenker på noe lenger, da tror jeg at jeg må gi meg. Hvis man ikke blir berørt ... Men, slike hendelser opplever man dagligdags ... det går jo».*

Gjennom tryggheten som oppstår med kunnskapen erfarer deltagerne at de vil kunne utvikle bedre motstandsressurser mot stressorer i hverdagen. Når man i tillegg støtter seg på prosedyrer og retningslinjer opplever de å kunne få gode forutsetninger for å håndtere hverdagen.

### 5.6.2 «Mester-svenn er optimalt for opplæring»

Når forskningsdeltagerne ser tilbake på starten av sin egen yrkeskarriere, så har det for de fleste vært en nødvendighet å ha en rutinert makker. Det å være del av et støttende arbeidsmiljø som har hatt mange *mestere*. Noen mener at hvis de ikke hadde hatt en erfaren kollega som makker, så ville de ikke holdt ut og sluttet for lenge siden. Slike kolleger kaller flere av deltagerne for «bautaer». «Bautaer» er gode, trygge og erfarne kollegaer. Dette er kollegaer som også er trygge å snakke om vanskelige følelser til. Disse har gjort at deltagerne gradvis har fått en eksponering til kritiske situasjoner tilpasset modenhet og ferdigheter. En delte sin erfaring fra oppdrag da han var fersk ambulansarbeider:

*«... for jeg gjorde det med en trygg bauta ved siden av meg. Det har gjort at jeg har modnet veldig fint inn i rollen. Så jeg har aldri opplevd at ting har vært skikkelig guffent, for i starten når ting var guffent har jeg hatt en trygg bauta ved siden av meg i form av en erfaren makker»*

Mester-svennopplæringen erfarer deltagerne er viktig for å ivareta nye og unge kollegaer. Det er viktig at organisasjonen legger til rette for at unge får mulighet til å

lære av de eldre og rutinerte. En av deltagerne fortalte om et oppdrag som føltes veldig vanskelig og den støtten som ble gitt av en erfaren makker var helt sentral:

*«... Da husker jeg kollegaen min kom bort til meg, holdt rundt meg og ga meg en god klem. Da begynte jeg å gråte ordentlig. At min kollega, en voksen mann, sto der sammen med meg og gråt. Det var så godt og støttende. Det var en trygg og god følelse. Det med livserfaring er så kjempeviktig».*

En annen deltager forteller om hva som kan være optimale læringsforhold:

*«Det tror jeg er den optimale læringsarenaen, det å få lov til å finne ut av de stygge sidene av jobben i trygge rammer, og trygge rammer vil da si en erfaren kollega som du kan lene deg på. Det tror jeg er viktig. For jeg tror det viktigste i vårt yrke er å finne strategier på å stå i vanskelige ting».*

## 6 DISKUSJON AV RESULTATER OG METODE

I første del (6.1-6.3) av kapittelet vil forskningsspørsmålene bli diskutert i lys av sentrale funn.

De sentrale funnene er:

- Indirekte emosjonelle belastninger er den største prøvelsen
- Faktorer i det organisatoriske arbeidsmiljøet skaper sårbarhet
- Sosial støtte på jobb og privat
- Arbeidet gir mening
- Behov for åpenhet og anerkjennelse av yrkets emosjonelle sider
- Kunnskap om yrkets emosjonelle sider og ekstern hjelp når belastningene blir for store

I 6.4 vil forskningsspørsmålene og funnene bli diskutert med utgangspunkt i salutogen tenkning med bruk av *Generelle motstandsressurser (GMR)* og *Opplevelse av sammenheng (OAS)*.

Til slutt i kapittelet vil det bli foretatt en diskusjon av masteroppgavens metode (6.5).

### 6.1 Hva kjennetegner faktorer som ambulansepersonell kan oppleve som emosjonelt belastende?

I svar på dette forskningsspørsmålet er de viktigste funnene at *Indirekte emosjonelle belastninger er den største prøvelsen* og at *faktorer i det organisatoriske arbeidsmiljøet skaper sårbarhet*.

#### 6.1.1 Indirekte emosjonelle belastninger er den største prøvelsen

En viktig bakgrunn (jfr.1.2) for valg av problemstilling for masterprosjektet, er Arbeidstilsynets tilsyn av ambulansetjenesten i Norge 2018-2019 (Andersen et al., 2020). I denne rapporten fremheves det at ambulansepersonell utsettes for vold og trusler om vold. Vold og trusler er et kjent problem som ambulansepersonell møter både nasjonalt og internasjonalt (Andersen et al., 2020; Lawn et al., 2020; Reid et al., 2022; Spelten et al., 2022; Sterud et al., 2006). Det å bli utsatt for vold eller trusler om vold vil anses som *direkte belastninger* (Isdal, 2017). Som nevnt (jfr. 3.1.2) er dette belastninger som ambulansepersonellet selv er direkte utsatt for. Vold og trusler har i svært liten grad blitt tematisert som kilde til emosjonelle belastninger for deltagerne i denne masteroppgaven. Det er interessant, siden det meldes om en forventet økning av slike problemer (NOU 2015: 17). Kan det være slik at vold og trusler får for stor oppmerksomhet til sammenligning med andre emosjonelle belastninger? Arbeidstilsynets inspektører fikk som tidligere nevnt (jfr. 1.1) inntrykk av det er andre emosjonelle sider

ved arbeidshverdagen som er vel så belastende som vold og trusler. Det stemmer godt over ens med resultatene i denne masteroppgaven. Vold og trusler er åpenbart svært viktig i forståelsen av de emosjonelle belastninger ambulanspersonell møter, men det forklarer ikke alt. Det er også andre viktige sider ved arbeidshverdagen, slik som erfaringer med *indirekte emosjonelle belastninger* (jfr. 3.1.3). I resultatene (jfr.5.1) kunne man lese om *de vanskelige situasjonene, om den store mengden med elendighet og at man bruker hele seg selv i yrket*. Isdal (2017) drøftet at de *indirekte belastningene* er alt det som hjelperen ser, hører og tar inn av andres problemer.

«Det er kanskje all denne lidelsen hjelpere blir eksponert for som kanskje er den største, vanligste og mest vedvarende belastningen vi blir utsatt for i vårt arbeid» (Isdal, 2017, s. 70).

Resultater i masteroppgaven viser at ambulanspersonell møter mange *stygge hendelser* (jfr. 5.1.1), hvor de opplever mye blod, død eller alvorlig skadede. Forskningsdeltagerne opplever å håndtere disse hendelsene godt etter hvert som de får erfaring og at de støtter seg fagkunnskap. Det er også viktig at de tidlig i karrieren har støtte fra en erfaren kollega. Det er når ambulanspersonellet er ferske i yrket de er mest sårbare for utvikling av traumer, og hvor alvorlighetsgraden påvirkes av tilgang på sosial støtte (Fjeldheim et al., 2014; Sterud et al., 2008). Det deltagerne forteller kan skje, er at belastningene over tid fyller seg opp. Hendelsene blir for mange og *mengden av elendighet blir for mye* (jfr. 5.1.1). Når det blir for mye vil helsen kunne påvirkes. Flere studier viser at ambulanspersonell gjennom yrkeslivet kan utvikle post-traumatisk stresslidelse (PTSD), angst, depresjon og selvmordstanker, og at det kan være høyre forekomst av disse psykiske helseplagene sammenlignet med andre yrker i befolkningen (Fjeldheim et al., 2014; Lee et al., 2020; Naushad et al., 2019; Petrie et al., 2018; Reid et al., 2022; Sterud et al., 2011; Sterud et al., 2006). Muskel -og skjelettlidelser er også helseproblemer som dominerer mye og som kan skyldes at psykisk uhelse setter seg som kroppslige symptomer (Andersen et al., 2020; Sterud et al., 2006).

Et sentralt funn i resultatene er indirekte emosjonelle belastninger som skaper avmakt og maktesløshet. En avmakt og maktesløshet i det å møte andres lidelse. Hvor ambulanspersonellet kjenner at egen kompetanse ikke strekker til og hvor disse erfaringene møter empati og omsorgsroller i eget liv (Halpern et al., 2009). Slik sett gir deltagerne uttrykt for at det er skille mellom den handlingsorienterte delen av yrket, slik som å yte førstehjelp på skadde, og det å gi emosjonell støtte til pasient og pårørende. Den fysiske førstehjelpen ser ut til å være styrt av kunnskap og prosedyrer, mens den emosjonelle førstehjelpen er styrt av personlige erfaringer og egne følelser. Det kan derfor virke som om ambulanspersonellet opplever å være mindre beskyttet følelsesmessig i de hendelsene, og at de har ikke fått profesjonalisert den emosjonelle delen av jobben. Disse emosjonelle belastningene synes å bli mer private, og mindre gjenstand for debriefing i *ambulansfamilien*. Det er gjerne de store hendelsene, og de stygge sakene, som får mest aksept for at kan være vanskelige (Petrie et al., 2018). Det som har berøring til eget hverdagsliv, det man synes er trist, leit og sorgfullt får ikke like mye kollektiv oppmerksomhet i hverdagen fra kollegaer og ledere (Halpern et al., 2009; Isdal, 2017; Larson, 1993). Disse hendelsene blir del av flere hverdagslige hendelser, som forskningsdeltagerne opplever at fagmiljøet forventer at ambulanspersonellet skal håndtere. Det settes ikke av tid til å bearbeide disse hverdagshendelsene psykologisk, og ansvaret for det opplever ambulanspersonellet at de selv må ta (Lawn et al, 2020). Disse hendelsene kan samle seg opp over tid, til slutt bli for mye og med det påvirke

helsesituasjonen negativt (Hochschild, 1983; Larson, 1993; Lawn et al., 2020; Naushad et al., 2019; Petrie et al., 2018).

### 6.1.2 Faktorer i det organisatoriske arbeidsmiljøet skaper sårbarhet for emosjonelle belastninger

Arbeidstilsynet (u.å.-c) beskriver om *organisatorisk arbeidsmiljø* at det omhandler hvordan arbeidet og arbeidsplassen er organisert. For ambulanspersonell kan eksempler på det være bemanning, arbeidstidsbestemmelser, fysisk utforming av ambulansestasjon og hvordan en ambulanse er innredet. Denne masteroppgaven har størst oppmerksomhet rettet mot den relasjonelle delen av arbeidshverdagen, det som utgjør det psykososiale arbeidsmiljøet. Det er likevel slik at både det psykososiale arbeidsmiljøet og det organisatoriske arbeidsmiljøet må ses i sammenheng, siden de har glidende overganger (Ose & Busch, 2020, s. 35). Oppdragsmengde, krav og forventninger til de ansatte og behovet for hvile inngår også i rammene for det organisatoriske arbeidsmiljøet. Disse rammene har en innvirkning på hvordan emosjonelle belastninger erfares.

Økt oppdragsmengde oppleves av deltagerne i masteroppgaven som fiende nummer én. Det begrunnes med at oppdragsmengden fører til at man ikke får tid til hvile, man får ikke tid til å bearbeide emosjonelle inntrykk, man får ikke tid til å være sosial med kollegaer og man får ikke mulighet til å følge opp yngre ansatte. Konsekvenser av oppdragsmengde støttes av annen forskning (Andersen et al., Harrison, 2020; Lawn et al., 2020). Oppdragsmengden har ambulanspersonellet lite kontroll over. Det er forhold som oppstår i samfunnet som styrer dette og AMKs koordinering av oppdragene (Reid et al., 2018; Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus, 2005). Det at man opplever å ha lite påvirkning på oppdragsmengden vil kunne gi en lav opplevelse av autonomi i arbeidet (Harrison, 2018). Forskningsdeltagerne opplever at de må rykke ut på alle mulige oppdrag, at de må gjøre alt (jfr.5.2.2) samtidig som at kravene til kompetanse har økt (jfr. 2.3). Dette i sammenheng med økt oppdragsmengde gjør at ambulanspersonellet kan oppleve lav kontroll og høye krav i arbeidshverdagen (Regehr & Millar, 2007, s. 56). Det vil kunne gi en opplevelse av arbeidsrelatert stress. Hvor påvirket av man blir av dette stresset vil kunne avhenge av opplevd støtte fra kollegaer og ledere (Regehr & Millar, 2007). Lite sosial støtte (jfr. 6.2.1), lav kontroll og høye krav skaper sårbarhet for emosjonelle belastninger (Regehr & Millar, 2007).

Problematiske er det også at deltagerne opplever å ikke få støtte fra nærmeste ledelse på behovet om nok hvile og resitusjon mellom oppdragene, samt manglende anerkjennelse av at yrket har sine emosjonelle sider. En slik manglende forståelse skaper en uheldig avstand mellom ansatte og ledelsen (Lawn et al., 2007). Denne avstanden gjør at man har mindre tillit til at ledelsen vil kunne være til hjelp når man opplever arbeidsrelaterte stressorer. Det gjør at ambulanspersonellet lettere søker støtte utenfor organisasjonen, til venner og familie (Lawn et al., 2007). Det vil gi økt risiko for at taushetsplikt ikke overholdes og man kan påføre nettverket historier de ikke er i stand til å romme (Lawn et al., 2007).

## 6.2 På hvilken måte håndterer ambulanspersonell emosjonelle belastninger?

Sentrale funn for å besvare dette forskningsspørsmålet er *sosial støtte på jobb og privat*, og at *yrket gir høy grad av mening*.

### 6.2.1 Sosial støtte på jobb og privat

For ambulanspersonellet står, kollegasamholdet (jfr. 5.3.1), det å ha tilhørighet til ambulansfamilien (jfr. 5.4.1) og god kjemi med makker (jfr. 5.3.1) meget sentralt. Det er hos disse relasjonene sosialt samvær, omsorg og råd søkes. Betydningen av å ha tillit til leder (jfr. 5.5.1), ha en leder som er tilstedeværende og som er bevist sin rolle i å forme kulturen (jfr. 5.5.2 og 5.5.3), er også svært viktig. Sosial støtte ser ut til å være den faktoren som kanskje gir aller størst beskyttelse mot emosjonelle belastninger (Andersen et al., 2020; Fjeldheim et al., 2014; Lawn et al., 2020; Lee et al., 2020; Regehr & Millar, 2007; Reid et al., 2022; Sterud et al., 2006). Sosial støtte innebærer å oppleve at noen bryr seg, noen å spørre om hjelp, opplevelsen av å ha noen nær i livet, noen man kan fortelle sine næreste tanker til (Larson, 1993). Det handler da om å bli sett, bli hørt og bli tatt på alvor. Flere deltagerer snakket også om at de opplever å være del av en utvidet «blålysfamilie» hvor de møter ansatte i fra brannvesenet og politiet. Der opplever de å treffe på likesinnede, samme type humor og oppleve støtte. Humor er viktig for ventilasjon og friggjørende prat (Lawn et al., 2020). Flere av deltagerne snakket om at de tar med hele seg selv inn i arbeidshverdagen. Det gjør at de av og til har behov for å kunne si at i dag har de en dårlig dag. Det er da viktig at det tas på alvor av kollegaer og ledere. Deltagerne uttrykker behov for at de i større grad kan få si at et oppdrag har vært vanskelig. Særlig gjelder det oppdrag som kan gi *indirekte emosjonelle belastninger*. Det å øke åpenheten rundt slike tanker og følelser opplever deltagerne er viktig for å bli sett, hørt og tatt på alvor av kollegaer og ledere. Sosial støtte gir tillit og trygghet til omgivelsene i hverdagen, og gir beskyttelse mot belastninger og god helse i arbeidshverdagen (Fjeldheim et al., 2014; Lawn et al., 2020; Lee et al., 2020; Regehr & Millar, 2007; Reid et al., 2022; Sterud et al., 2011; Sterud et al., 2006).

Det er bekymringsfullt for deltagerne når de opplever at de sosiale relasjonene i arbeidshverdagen har blitt svakere med årene. De uttrykker en svekkelse av *ambulansfamilien* og at ledere ikke har tid eller interesse for denne delen av jobben. Det vil kunne true den sosiale støtten. Det bør derfor være et mål om at den sosiale støtten, fra kollegaer og ledere, forsterkes.

Det er ikke kun i ambulansfamilien eller på arbeidsplassen ambulanspersonellet søker sosial støtte. Det søkes og gis også i privatlivet, i hovedsak fra familie. Familien eller andre nære relasjoner er en kilde til hjelp, tillit og omsorg (Regehr & Millar, 2007). Det er på denne arenaen deltagerne finner ro, rekreasjon og glede. Flere bruker oppfølging av barnas aktiviteter som avkobling, i tillegg til egne natur -og kulturaktiviteter (jfr. 5.3.5). Flere av deltagerne har samboere eller ektefeller som også jobber i helsevesenet. Disse opplever ekstra støtte, siden de kan dele historier og ha forståelse for hverandre hverdag. Det å balansere privatlivet og jobblivet blir av flere sett på som avgjørende for å oppleve velvære i hverdagen (Lawn et al., 2020). Der hvor deltagerne har opplevd

problemer i privatlivet, kan jobbhverdagen også blitt påvirket. Et eksempel som er brukt av deltagerne er det å være i en prosess på skilsmisse. Det er da man ønsker en åpenhet for at hverdagen er vanskelig, og at jobben da kan bli påvirket.

I følge Reid et al. (2022) er det en sammenheng mellom økt risiko for post traumatisk stress symptomer og sivil status blant ambulanspersonell. Ambulanspersonell som er ugifte, uten partner eller som har lite sosialt nettverk er mer utsatt for psykisk uhelse i yrket. Forskning viser også, som tidligere nevnt, at det er når ambulanspersonellet er ferske i yrket de er mest sårbare for utvikling av traumer, angst og depresjon, og hvor alvorlighetsgraden påvirkes av tilgang på sosial støtte (Fjeldheim et al., 2014). Det er kanskje da ledere og kolleger bør være ekstra oppmerksomme, når de har yngre ansatte uten sterkt sosialt nettverk. Det er viktig at man forstår og anerkjenner kollegaer, ledere, venner og familie som viktige relasjoner for å utvikle god psykisk helse i arbeidshverdagen (Naushad et al., 2019).

### 6.2.2 Yrket gir høy grad av mening

En viktig faktor for håndtering av emosjonelle belastninger er den positive opplevelsen ambulanspersonellet møter i hverdagen ved å utgjøre en forskjell i samfunnet, i å utøve faget sitt og møte pasienter -og pårørende. Særlig det å bruke kunnskapen sin for hjelpe sårbare mennesker i ulike livskriser står sterkt for deltagerne. Ambulanspersonellet gir uttrykk for en meningsfullhet i yrket sitt, og som gjør at noen tenker at de vil jobbe med dette i hele sin karriere. Sterud et al. (2011) viser til at flere studier viser at ambulanspersonell opplever stor grad av *jobbtilfredsstillelse*. De trives i jobben sin. I *Opplevelse av sammenheng* (jfr. 3.2 og 6.4.2.3) er meningsfullhet motivasjonskomponenten (Hanson, 2004). Schnell et al. (2013, s. 8) mener at mening i arbeidslivet består av 4 drivere eller komponenter. Det er *betydning, sammenheng, retning og tilhørighet*. *Betydning* handler om at den enkelte må kjenne på at den innsats som legges ned har en effekt på det man ønsker å oppnå. Opplevelsen av betydning vurderes å være sterk hos ambulanspersonellet. De opplever å ha en viktig rolle i samfunnet og for de pasienter -og pårørende de møter. *Sammenheng* omhandler den rolle den enkelte innehar og at denne rollen er forstått. Det er også sentralt at man får en identitet til denne rollen. Ambulanspersonellet opplever å ha en sterk identitet til yrket sitt. De vurderes også ha en klarhet i den rolle de utøver. Det som kan true rolleforståelsen er alle oppdrag man mener er unødvendige oppdrag for ambulansetjenesten, som bidrar til økt oppdragsmengde og økte krav (jfr.5.2.2). *Retning* tar for seg behovet man har for normer, verdier og etiske retningslinjer som er retningsgivende for det arbeidet man skal gjøre. Det som organisasjonen ønsker å bli assosiert med. For å skape god retning trenger man å ha tillit til organisasjonen og ledelsen. Det er det ikke alltid at ambulanspersonellet har. *Tilhørighet* handler om den fellesskapsfølelse som råder i organisasjonen. En tilknytning til andre relasjoner i organisasjonen, og hvor man opplever et støttende og inkluderende arbeidsmiljø. Ambulansfamilien står sterk i ambulansetjenesten og tilhørighet til denne gir stor grad av mening. Som tidligere nevnt, er deltagerne engstelige for at ambulansfamilien står svakere nå enn før. Tilstedeværelse av disse driverne skaper opplevelse av meningsfullhet (Schnell et al, 2013). Victor Frankl (1947) mente at *nysgjerrighet* er en av de viktigste komponentene for et meningsfullt liv. Den lidenskap deltagerne har for faget sitt, oppleves i stor grad å handle om nysgjerrighet. De er nysgjerrige på å ville



lære mer og ville vite mer. Det gir grunnlag for personlig vekst og at yrket setter perspektiv på eget liv (jfr. 5.4.3).

### 6.3 Hvordan mener ambulanspersonell at organisasjonen de jobber i kan forebygge emosjonelle belastninger i fremtiden?

Dette forskningsspørsmålet må ses i nær sammenheng med de to andre. Alle funnene tematiserer forandringsønsker eller uttrykker behov for å ivareta forhold slik de er eller har vært. Her vil jeg fremme to funn til. Det første er *Åpenhet og anerkjennelse av yrkets emosjonelle sider*. Det andre er *Kunnskap om yrkets emosjonelle sider og ekstern hjelp når belastningene blir for store*.

#### 6.3.1 Åpenhet og anerkjennelse av yrkets emosjonelle sider

Et viktig budskap og ønske deltagerne har fremmet er at det jobbes med å skape en åpenhet i organisasjonen om yrkets emosjonelle sider. Flere av deltagerne uttrykte at yrket er «macho» eller at yrket har en «hard kultur». Det gjør at det å åpne seg opp om hva som er emosjonelt belastende og psykisk krevende i hverdagen kan være vanskelig. Kanskje er man redd for å fremstå som svak, at man ikke mester jobben sin eller at man får et dårlig rykte som makker (Halpern et al., 2009). Grunnene kan kanskje være mange. Det å jobbe med liv-død-problematikk (Nordby, 2010) har vi sett også handler om indirekte emosjonelle belastninger. Det er særlig de mindre hverdagslige hendelsene, de som skaper følelsesmessig nærhet til eget liv, som deltagerne ønsker større åpenhet rundt. Deltagerne uttrykker at det behov for at dette temaet settes på agendaen, og at det jobbes med holdningen og anerkjennelsen av yrkets emosjonelle sider i alle deler av organisasjonen. Det gjelder hos den enkelte, i kollegagruppen og hos lederne. Det er særlig mot lederne oppfordringen kanskje uttrykkes sterkes. Dette begrunnes med at deltagerne mener lederne må ta ansvar for ivaretagelse og skape tillit (jfr. 5.5.1) og det at lederne går foran som gode rollemodeller og setter standarden for kulturen (jfr. 5.5.2). Involverte ledere som gir god støtte er helsefremmende, og gir særlig god effekt på ansattes psykiske helse (Naushad et al., 2019; Regehr & Millar, 2007; Sterud et al., 2011).

#### 6.3.2 Kunnskap om yrkets emosjonelle sider og ekstern hjelp når belastningene blir for store

Et viktig tiltak for å møte utfordringen med emosjonelle belastninger er å sørge for økt kunnskap og økte ferdigheter i det å håndtere de emosjonelle sidene ved yrket (Lawn et al, 2020; Petrie et al., 2018). Det er behov for at alle nivåene i organisasjonen øker sin kunnskap (Lawn et al., 2020). Forskningsdeltagerne uttrykker at økt kunnskap er i nær sammenheng med det å skape åpenhet og en holdning om at yrket har emosjonelle sider. Et viktig tiltak for å styrke ivaretagelse av unge og ferske ambulansarbeidere er å sikre oppfølging av en erfaren kollega, en «bauta» (jfr. 5.5.2). Det vil kunne gi mulighet til sosial støtte gjennom et mester-svennperspektiv (Fjeldheim et al., 2014).

Ambulansetjenestens kunnskapsbehov har flere sider. Et kunnskapsbehov er hvordan man kan gi bedre emosjonell førstehjelp til pasient og pårørende. De sakene som, tidligere nevnt, i stor grad skaper følelse av avmakt eller maktesløshet. Et mål vil kunne være å sette dette inn i studieplaner i utdanningene og i den etatsvise opplæringen i ambulansetjenesten. Tema vil kunne være møte mennesker i krise, i sorg og i siste fase av livet.

Et annet kunnskapsbehov er hvordan forstå påvirkningen de emosjonelle sidene av yrket har på egen hverdag og på organisasjonen. Det vil kunne gjøre at det prehospitale miljøet skaper kunnskap, forståelse og oppfølging av den psykiske uhelsen som kan oppstå (Halpern et al., 2009; Naushad et al., 2019; Lawn et al., 2020; Lee et al., 2020; Regehr & Millar., 2007; Petrie et al., 2018). Lawn et al. (2020) diskuterer behovet for at kunnskap om psykisk helse og velvære på arbeidsplassen bør være et kontinuerlig tema fra ambulansespersonellet starter til de går av med pensjon. De diskuterer videre at det er lite forskning på hvordan man forbereder studenter og ansatte i ambulansetjenesten på de mulige psykiske stressorene de kan møte i yrket. Petrie et al. (2018) poengterer viktigheten av at ambulansetjenesten som organisasjon er klar over mulige belastninger, og at det iverksettes programmer som sørger for å gi kunnskap, trening og oppfølging av hendelser. I dag så finnes kollegastøtte ordningen «Emosjonell førstehjelp og krisehåndtering», forkortet til EFOK, i Norge (Bellika, 2020). EFOK-kontakter er ambulansespersonell med en videreutdanning i emosjonell førstehjelp og krisehåndtering. For mange vil en slik oppfølging være tilstrekkelig etter en hendelse. For andre vil ikke slik oppfølging være passende. I en master (Våge, 2021) som undersøkte ambulansespersonells opplevelser med kollegastøtteordningen, var ett av hovedfunnene at kollegastøtteordningen ikke ser ut til å være tilstrekkelig. Dette funnet støttes av forskningsdeltagerne her i denne masteren. Det uttrykkes behov for ekstern hjelp når belastningene blir for store (jfr. 5.3.1). Det kan derfor være nødvendig at ambulansetjenesten også vurderer en ordning for ekstern bistand.

## 6.4 Funnene i lys av salutogen tenkning - Generelle motstandsressurser (GMR) og Opplevelse av sammenheng (OAS).

Salutogen tenkning vil være opptatt av de faktorer som fremmer helse på en arbeidsplass (Antonovsky, 2012; Bakken, 2012; Behnke et al., 2019; Garsjø, 2018; Hanson, 2004; Jenny et al., 2022; Lindstrøm & Eriksson, 2015). Ambulansespersonell har, som nevnt, en arbeidshverdag med mange mulige stressorer. Det er nærliggende å tenke at ambulansespersonellet er i bevegelse på helsekontinuumet gjennom hele sin yrkeskarriere (jfr.3.2). De emosjonelle belastningene vil håndteres på forskjellig vis gjennom karrieren med utgangspunkt i de erfaringer man erverver og de ressurser man har til rådighet. Det å kunne styrke ambulansetjenestens *Generelle motstandsressurser* og *Opplevelse av sammenheng* vil være interessant for å utvikle ambulansetjenesten som helsefremmende arbeidsplasser. Ikke minst vil det være interessant for at ambulansespersonellet skal utvikle gode mestringsressurser for å stå i yrke over tid.

### 6.4.1 Generelle motstandsressurser

Generelle motstandsressurser vil være ressurser som ligger i kunnskapen den enkelte ambulansarbeider har, hvor meningsfullt man mener noe er og hva slags sosioøkonomiske styrker man har i form av økonomi, boforhold og sosialt nettverk (Lindstrøm & Eriksen, 2015). Utvikling av GMR for ambulanspersonell vil være preget av både livserfaringer på jobben, men også i privatlivet. Sosial støtte på jobb og privat vil derfor være viktig for å utvikle gode motstandsressurser (Antonovsky, 2012; Hanson, 2004). Det gir også en innsikt i at hendelser som skjer i privatlivet eller på jobb har en gjensidig påvirkning på hverandre, og som medfører at ambulanspersonell møter arbeidsoppgaver med hele seg og sin livshistorie. Flere av deltagerne har uttrykt at de har utviklet motstandsressurser etter mester-svennperspektivet tidlig i sin karriere. De fikk en naturlig progresjon til både direkte og indirekte belastninger, ved siden av en trygg og erfaren «bauta». GMR er ressurser som man har tilgjengelig og tar i bruk i utøvelsen av yrkesrollen, som vil bidra til å løse ulike krav eller stressorer man møter i jobben (Jenny et al., 2022).

### 6.4.2 Opplevelse av sammenheng

Utvikling av *Opplevelse av sammenheng* innebærer utvikling av motstandsressurser som vil gi ulike strategier for å løse og håndtere stressorer som oppstår i arbeidshverdagen (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Det vil være sentralt å se på hva slags faktorer som kan styrke OAS i ambulansetjenesten og hvordan det kan bidra til å utvikle ambulansetjenesten som helsefremmende arbeidsplass.

### **Begripelighet i ambulansetjenesten**

*Begripelighet* handler om at hendelser eller situasjoner som oppstår kan plasseres i en sammenheng og forklares. (Antonovsky, 2012; Hanson, 2004). Det handler om å vite hva som finnes av løsninger, vite hva som skjer og hvorfor noe utvikler seg som det gjør (Hanson, 2004, s. 120). Kunnskap vil derfor være sentralt for å utvikle begripelighet. Det kan være fagkunnskap, kunnskap om arbeidets innhold, om trekk ved samfunnet som påvirker arbeidet, sin egen yrkesrolle og organisasjonens rolle. Gjennom egen historie vil man kunne forstå hvorfor privatlivet påvirker reaksjoner i arbeidshverdagen. Innsikt i arbeidsplassens historie vil kunne forklare hvordan den har utviklet seg og i hvilken kontekst man utfører arbeidet i. Det vil gi mulighet for at man lærer hvorfor man gjør som man gjør, og at det er i sammenheng med andres roller og gjøremål. For å skape økt begripelighet for ambulanspersonellet vil det derfor kunne være viktig at man øker kunnskapen om egne emosjonelle reaksjoner og yrkets emosjonelle sider. Begripelighet handler også om evnen man har til å ta til seg informasjon fra omgivelsene og hvordan man tolker denne informasjonen (Hanson, 2004). Tilbakemelding fra andre, som ledere, kollegaer, pasient og pårørende vil være viktige kilder til informasjon for ambulanspersonellet. God begripelighet fører til bedre beslutninger, mindre usikkerhet og økt innsikt i prosesser som oppstår i arbeidshverdagen (Behnke et al., 2019; Jenny et al., 2022). Hanson (2004) mener også begripelighet fører til mindre utenforskap i arbeidshverdagen, som vil styrke faktorer for sosial støtte. Det vil være viktig for opprettholdelse av ambulansfamiliens rolle og funksjon.

## Håndterbarhet i ambulansetjenesten

Kunnskap er en viktig faktor i *håndterbarhet* også. Hanson (2004) påpeker at håndterbarhet derfor er avhengig av bekriplighet. Man må vite ha som skal utføres og hvordan noe skal utføres. Hvor stort behovet er for kunnskap og erfaring, avhenger av hvor komplisert oppgaven oppleves. Som resultatene av denne masteroppgaven viser, så står ambulanspersonellet i mange kompliserte situasjoner. Kunnskapen gjør at man kan håndtere de krav som stilles, og med det oppnå bedre kontroll (Regehr & Millar, 2007). Eksempel på kunnskap vil være den enkeltes fagkunnskap, evne til kommunikasjon og inngå tillit i relasjoner (Hanson, 2004). Håndterbarhet forutsetter at ambulanspersonellets gis ressurser og støtte fra organisasjonen. Ressurser kan være prosedyrer, retningslinjer, kompetansehevende tiltak på utøvelse av yrket. Støtte kan være fra kollegaer, ledere og samarbeidspartnere som politiet. Hvor håndterbart noe er vil også avhenge av de påvirkningsmuligheter man har. Ser man deltagerens opplevelse av økt oppdragsmengde, så vil håndterbarheten være svak. Det er lite den enkelte ambulansarbeider får gjort med antall oppdrag. I håndteringen av hverdagen ser vi av resultatene i denne masteroppgaven at kollegasamholdet i ambulansfamilien, sosial støtte i jobb og privat nettverk, rekreasjon på fritiden og humor er viktig. Mye av dette opplever ambulanspersonellet selv å ta ansvar for. De etterlyser en enda tydeligere ledelse og organisasjon på bistand til å håndtere de emosjonelle sidene av yrket. Det vil kunne styrke håndterbarheten av denne delen av arbeidshverdagen, og med det også ambulansetjenesten som helsefremmende arbeidsplass.

## Meningsfullhet i ambulansetjenesten

Ett av funnene i denne masteren er ambulanspersonells opplevelse av meningsfullhet i yrket. Betydningen av *meningsfullhet* i OAS sammenfaller godt med de 4 komponentene *betydning, sammenheng, retning og tilhørighet* (Schnell et al., 2013) diskutert i avsnitt 6.2.2. Deltagerne opplever sterk motivasjon for faget sitt, møte med pasient – og pårørende og at yrket gir perspektiv på eget liv. De har også en sterk tilhørighet og identitet til ambulansfamilien. Ambulanspersonellet opplever at de har en viktig rolle i samfunnet. Det at man føler noe er viktig, gir det også mening (Hanson, 2004). Dette er faktorer som skaper positivitet og trivsel i arbeidshverdagen. Det å hjelpe mennesker i sårbare livssituasjoner er en sterk driver for ambulanspersonellet i denne masteroppgaven. Det handler om deltagerens faglighet, etikk og moral i hjelperollen. Meningsfullhet er den viktigste komponenten i OAS (Antonovsky, 2012). Uten motivasjon vil bekriplighet og håndterbarhet være mindre stabile. Det er trivsel og meningsfullhet som gjør at ambulanspersonellet kan klare å stå i mye. Frankl (1947, s. 32) siterte Nietzsche: «*Den som vet hvorfor han skal leve, tåler nesten hvilket som helst hvordan*». Det er et sitat som kan passe godt til ambulanspersonellens opplevelse av mening. Meningsfullhet kan gi svar på *hvorfor* ambulanspersonell trives, opplever personlig vekst og ønsker et liv i ambulansfamilien. Meningsfullhet er derfor viktig å opprettholde i yrket, med støtte fra god begriplighet og god håndterbarhet.

## Oppsummering av *Opplevelse av sammenheng* i ambulansetjenesten

Hanson (2004, s. 126) utviklet en skjematisk oppsummering av hvordan OAS kan se ut på en arbeidsplass. Denne har blitt fritt oversatt til norsk av Bakken (2012, s. 9). Bakken (2012) opplyser at skjemaet passer generelt til mange ulike arbeidsplasser, og at det er viktig å tilpasse den til de ulike arbeidsplassene. På neste side vil det presenteres faktorer med bakgrunn i masteroppgavens funn som kan utvikle en sterk OAS i ambulansetjenesten. Disse faktorene supplerer de generelle faktorene utviklet av Hanson (2004). En sterk OAS vil kunne utvikle gode motstandsressurser hos den enkelte og bidra til å utvikle ambulansetjenesten som helsefremmende arbeidsplass

Begripelighet	Håndterbarhet	Meningsfullhet
<p><b>Kunnskap om:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Omverdenen og samfunnet</li> <li>- Prehospitale tjenester</li> <li>- Ambulansetjenestens historie</li> <li>- Arbeidsinnholdet</li> <li>- Arbeidsmiljøet</li> <li>- Egen rolle som ambulansarbeider</li> <li>- Behov for endringer i virksomheten</li> <li>- Lovverk</li> </ul> <p><b>Tilbakemelding fra:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ledere</li> <li>- Kollegaer</li> <li>- Pasienter</li> <li>- Pårørende</li> <li>- Samarbeidsinstanser</li> </ul>	<p><b>Ressurser og støtte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akuttmedisinsk materiell og verktøy</li> <li>- Sosial støtte jobb og privat</li> <li>- Tydelig organisasjon</li> <li>- Prosedyrer og retningslinjer</li> <li>- EFOK</li> </ul> <p><b>Påvirkningsmuligheter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oppdragsmengde</li> <li>- Responstid og arbeidstempo</li> <li>- Planlegging av arbeidet</li> <li>- Beslutninger og beslutningsstøtte</li> </ul> <p><b>Kompetanse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yrkeskunnskap</li> <li>- Yrkesferdigheter</li> <li>- Sosial kompetanse</li> <li>- Kommunikasjon</li> <li>- Profesjonsutvikling</li> </ul> <p><b>Kapasitet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysisk</li> <li>- Psykisk</li> </ul>	<p><b>Motivasjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faget</li> <li>- Visjoner i organisasjonen</li> <li>- Mål i pasientbehandlingen</li> <li>- Rettferdig fordeling av goder og lønn</li> <li>- Pasient og pårørende</li> <li>- Kollegasamholdet</li> <li>- Anerkjennelse fra pasient, pårørende, kollegaer og ledere</li> <li>- Identitet som en hjelper</li> </ul> <p><b>Verdier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etikk og moral</li> <li>- Yrkesetikk</li> <li>- Organisasjonens og egne verdier</li> <li>- Rettferdig behandling</li> </ul> <p><b>Positive opplevelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relasjon til makker</li> <li>- Relasjon til kollegaer</li> <li>- Relasjon til ledere</li> <li>- Ambulansefamilien</li> <li>- Blålysfamilien</li> <li>- Humor</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pauser mellom oppdrag og vakter</li> <li>- Avkobling på fritid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mestring og selvfølelse</li> <li>- Variasjon i arbeidsoppgavene</li> </ul>
--	--	---

Tabell 2

## 6.5 Vurdering og diskusjon av metode

*I metodediskusjonen under diskuterer jeg masteroppgavens reliabilitet og validitet, samt styrker og svakheter ved metodiske valg jeg har gjort. Jeg drøfter også veien videre for nye forskningsspørsmål eller vinklinger på tematikken.*

### 6.5.1 Reliabilitet

Gjennom masteroppgaven har det vært gjort forsøk på å skape en rik og beskrivende innsikt i ambulanspersonellens erfaringer med emosjonelle belastninger, og faktorer som påvirker de emosjonelle sidene ved arbeidshverdagen. Reliabilitet omhandler forskningsresultatenes *konsistens og troverdighet* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Jeg mener å gi stryke til masteroppgavens reliabilitet gjennom en åpenhet og innsikt i hvordan forskningsresultatene har blitt utviklet, og hva som kan ha påvirket dem, slik som situering (jfr. kapittel 4.4.3). Det mener jeg vil gi oppgaven troverdighet. Bruk av intervjuguide mener jeg også styrker konsistensen, siden alle deltagerne har blitt spurt om det samme. Jeg tenker dette gir en mulighet for reproduksjon av forskningsresultatene om nødvendig.

Siden det er kun jeg som har vært intervjuer, gjennomført transkripsjonen og analyse vil det være en forutsigbarhet i datainnhenting og analysen av denne.

Svakheter ved masteroppgaven vil kunne være at andre vil kunne tolke dataene forskjellig (Kvale & Brinkmann, 2015). Det kan også være at jeg har utelatt viktige tema, som jeg ikke har klart å formulere eller fange opp. Jeg har forsøkt å unngå det ved å transkribere så ordrett som mulig, uten for mye tolkning i analysen. Med det har jeg hatt en *semantisk* tilnærming til analysen (Braun & Clarke, 2006, s. 84). Uklarheter i utsagn eller formulering fra deltagerne, har blitt forsøkt avklart med oppfølgende spørsmål. Det vil kanskje kunne gi grunnlag for mindre variasjon av tolkninger i datamaterialet.

### 6.5.2 Validitet

Validitet vil omhandle studienes sannhet, riktighet og styrke (Kvale & Brinkmann 2015, s. 276). Det innebærer om masteroppgaven undersøker det den sier den skal undersøke. For å skape sannhet er det viktig at kvalitative studier er preget av ærlighet, forskers selvrefleksjon, åpenhet og kvalitetssikring av data (Tracy, 2010). Rike beskrivelser gir innsikt i et fenomen, og kredibiliteten styrkes ved at man bruker data fra forskjellige kilder og fra forskjellig forskning (Tracy, 2010). Det har jeg forsøkt å gjøre.

Masteroppgaven er gjennomført med 7 forskningsdeltagere i kun ett helseforetak. Det kan være en svakhet. Det innebærer en klar begrensning til å kunne generalisere funnene, både i samme helseforetak og andre, siden annet ambulanspersonell kan være ha andre erfaringer. Jeg tror likevel at mange av funnene som gjøres i masteroppgaven er gjenkjennbart for annet ambulanspersonell også. Det skyldes at ambulansetjenesten samlet sett er en liten helsetjeneste i antall ansatte, og de vil møte på mange av de samme situasjonene samme hvor de jobber. Flere av forskningsdeltagerne har i tillegg ansettelsesforhold i flere helseforetak, eller de har jobbet i andre helseforetak tidligere, som gjør at de har en bred erfaring. Utdanningsløpene er også svært like nasjonalt, noe som i seg selv skaper gjenkjennbarhet. I dialog med prehospitale tjenester fra ulike deler av Norge har jeg fått likheter bekreftet over tid. Gjennom bevisstgjøring og refleksjon i de tiltakene jeg har gjennomført, mener jeg å ha minimert mulige feilkilder.

I utvalget satte jeg en grense på minimum 10 års arbeidserfaring for inklusjon i intervjuene (jfr. 4.2). 10 år ble satt vel vitende om at studien vil kunne mangle beskrivende erfaringer fra ambulanspersonell som er yngre i yrket. Yngre ansatte som kanskje kan se hverdagen på annen måte og med annen faglig oppdatert kunnskap. Denne ekskluderingen vil kunne være en svakhet ved masteroppgaven.

Det vil også være et spørsmål om jeg har funnet de riktige kildene gjennom de forskningsdeltagerne jeg har møtt. Hva er grunnen til at akkurat de meldte seg? Alle deltagerne oppga som grunn at det er viktig tema og at de selv er interessert i temaet. Hva med alle de som ikke har samme refleksjoner om egne erfaringer? Vil de si det samme? Den oppriktighet jeg opplever at forskningsdeltagerne har vist gjennom intervjuene, mener jeg bidrar til å skape rike beskrivelser og med det troverdighet i forskningsresultatene.

Bruk av tematisk analyse ble blant annet valgt fordi jeg opplever at metoden gir en god fleksibilitet (Braun & Clarke, 2006) og at den passer inn i en realistisk fremstilling av forskningsdeltagernes erfaringer, meninger og språk (Braun & Clarke, 2006, s. 85). Andre analysemetoder ville kunne komme frem til andre tema og ikke minst en annen presentasjon av forskningsresultatene. Jeg synes likevel at tematisk analyse har fungert godt, og gir da mulighet for presentasjon av flere tema fagfeltet kan jobbe videre med å utvikle på sikt.

### 6.5.3 Andre metodiske vurderinger - Videre vei for forskning på temaet

I vurderingen av kvalitativ metode valgte jeg, som tidligere nevnt, intervju. Det mener har vært riktig for å undersøke forskningsdeltagerens erfaringer. I vurderingen av kvalitativt forskningsdesign vurderte jeg også *Fokusgruppeintervjuer* (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervjuer egner seg godt i utforskning av felles erfaringer, holdninger eller synspunkter hos helsepersonell (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervju ble valgt bort, da jeg ønsket å legge til rette for en åpen dialog med deltagerne og at det ga mulighet for å samtale om sensitive tema som egen sårbarhet, reaksjonsmønster og følelsesliv. Ved valg av fokusgruppeintervju var jeg engstelig for at ambulanspersonellet ville legge bånd på seg i en gruppediskusjon og at de da ikke ville snakke fritt om hva de selv erfarer. I pilotintervjuene fikk jeg bekreftet at dette var en fornuftig strategi, da mange av temaene som kom opp var av sensitiv karakter. Tilbakemeldingen var at flere av de erfaringer som ble snakket om, ble snakket om for første gang med en annen.

Jeg tror et kvalitativt forskningsdesign med bruk av fokusgruppeintervjuer kan være interessant i nye studier. Flere av temaene som har kommet frem i intervjuene omhandler kulturen i ambulansetjenesten. Det vil også være interessant å få innsikt i hvordan ambulanspersonell diskuter de ulike spørsmålene i en gruppe, og om man da får frem andre tema enn i individuelle intervjuer.

Det kan også være interessant i forståelsen av ambulanspersonells psykososiale arbeidsmiljø at det gjennomføres flere kvantitative studier, som for eksempel spørreundersøkelser. Man vil gjennom bruk av kvantitative studier har mulighet til å nå flere forskningsdeltagere, undersøke andre forskningsspørsmål og kunne oppnå bedre generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289) enn i denne masteroppgaven.

I fremtidige studier ville det kunne være interessant å sammenligne forskjeller mellom ambulansfagarbeidere, sykepleiere og etter hvert paramedisinere. Dette for å se om utdanningsnivået og innhold av utdanningsforløpet har noe å si for hvordan de emosjonelle sidene ved jobben erfares. Det vil også være interessant så sammenligne kjønn for å se om det er forskjeller mellom menn og kvinner i erfaringer med emosjonelle belastninger. Dette opplever jeg er særlig aktuelt siden kvinner nå i større grad enn før søker seg til ambulansfagutdanningene og yrket (jfr. kapittel 2). Reid et al. (2022) har sett at det er forskjeller i forekomst av Post-traumatisk stresslidelse mellom mannlige og kvinnelige ambulansarbeidere (jfr. kapittel 3.1).



## 7 KONKLUSJON

Ambulansepersonell har et yrke med høye emosjonelle krav og en arbeidshverdag med en risiko for emosjonelle belastninger (Ose & Busch, 2020). Studier viser at yrket har en risiko for ulike psykiske lidelser -og helseplager (Fjeldheim et al., 2014; Lee et al., 2020; Naushad et al., 2019; Petrie et al., 2018; Reid et al., 2022; Sterud et al., 2011; Sterud et al., 2006). Inntrykket er at yrkets emosjonelle sider får lite oppmerksomhet i ambulansetjenestens hverdag og at dette tematiseres lite i kompetansehevende tiltak. (Isdal, 2017; Lawn et al., 2020).

Et sentralt funn i denne masteroppgaven er at *indirekte emosjonelle belastninger* oppleves som vanskeligst. Det vil være møte med pasienter -og pårørendes lidelse, sykdom, sorg, tap og død. Dette er hverdagshendelser ambulansespersonellet opplever har nærhet til eget liv og er gjenkjennbart til egen hverdag. I slike situasjoner opplever ambulansespersonell avmakt og maktesløshet. De opplever egen kompetanse på emosjonell førstehjelp og krisehåndtering ikke strekker til. I løpet av en karriere er den totale mengden med lidelse og elendighet også en faktor for emosjonelle belastninger.

Et annet sentralt funn i denne masteren er ambulansespersonellens erfaring med at rammefaktorene i arbeidsmiljøet skaper en sårbarhet for emosjonelle belastninger. Det er særlig opplevelsen av *økt oppdragsmengde og økte krav og forventninger* som skaper denne sårbarheten. Konsekvenser av økt oppdragsmengde oppleves blant annet å være mindre tid til restitusjon mellom oppdragene, mindre tid til å være sosial med kollegaer og mindre tid til oppfølging av yngre kollegaer. Økt oppdragsmengde legger seg på toppen av alt annet og gir konsekvenser for det psykososiale arbeidsmiljøet.

En av de viktigste funnene for beskyttelse eller håndtering av emosjonelle belastninger er *sosial støtte*. Støtte fra kollegaer og ledere anses som svært viktig. For flere er kollegasamholdet en forutsetning for å klare seg i arbeidshverdagen. Særlig viktig er det at yngre ambulansespersonell har mulighet til å jobbe med erfarne kollegaer. Sosial støtte tidlig i karrieren ser ut til å være nødvendig. Sosial støtte i privatlivet er også et sentralt funn. Det å bli møtt hjemme med omsorg, empati og forståelse er viktig. De som har partner som selv jobber i helsevesenet rapporterer dette som en ressurs for støtte og forståelse.

Sentralt er det også at det jobbes for en større åpenhet og anerkjennelse av yrkets emosjonelle sider. Forskningsdeltagerne i denne masteroppgaven mener det ligger et særlig ansvar på leder for å skape en kultur for det. Det å åpne seg opp om hva som er emosjonelt belastende og psykisk krevende i hverdagen kan være vanskelig. Gjennom at yrkets emosjonelle sider snakkes åpent om vil man kunne forhindre at dette blir et tabu (Isdal, 2017).

I fremtiden vil det være viktig at kunnskap om yrkets emosjonelle sider settes mer på agendaen. Det være seg hos ambulansetjenesten og hos utdanningsinstitusjonene. Kunnskap om hvordan gi emosjonell førstehjelp til pasient og pårørende, slik at

ambulanspersonellet lettere kan mestre slike situasjoner. Like viktig er det også at ambulanspersonellet gis mulighet til kompetanse på sine egne reaksjoner, sine egne følelser. Der hvor ambulansetjenestens egne ressurser ikke strekker til i oppfølging av ansatte, slik som bruk av kollegastøtteordningen (EFOK), så vil det vær viktig å vurdere å en ordning med støtte fra eksterne ressurser.

Salutogenese (Antonovsky, 2012) er et teoretisk rammeverk for forståelse og utforming av tiltak som kan flytte fokus fra helserisiko til helsefremmende prosesser i ambulansetjenesten. Med salutogenese gir det mulighet til å skape kunnskap om hvordan man kan akseptere og håndtere ulike stressorer i den prehospitale hverdagen, og bidra til å skape motstandsressurser i organisasjonen på et individ, gruppe og ledelsesnivå. Det å utvikle ambulansetjenesten med mål om å styrke *Opplevelse sammenheng*, med bevissthet på komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, vil kunne gi gode muligheter for en helsefremmende arbeidsplass og organisasjon. Dette vil trolig kreve ytterligere studier og mer forskning i fremtiden.

Det anbefales at det i fremtiden utvikles flere og ulike studier, som vil gi oss en dypere innsikt i ambulanspersonells hverdag i Norge. Det gir det prehospitale fagfeltet mulighet for økt kunnskapsgrunnlag i ivaretagelse av den viktigste ressursen, menneskene.

# REFERANSELISTE

Andersen, G.R., Edle, U., Brox, M. & Solstad, G.S. (2020). *Arbeidstilsynets tilsyn og veiledning i ambulansetjenesten i 2018-2019*. Direktoratet for arbeidstilsynet. <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/rapporter-fra-tilsynsprojekter/arbeidstilsynets-tilsyn-og-veiledning-i-ambulanse-tjenesten-i-2018-2019.pdf> Hentet: 01.10.21

Antonovsky, Aaron (2012). *Helsens mysterium – Den salutogene modell*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Arbeidstilsynet (u.å.-a). *Psykososialt arbeidsmiljø*. Arbeidstilsynet.no <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/psykososialt-arbeidsmiljo/>

Arbeidstilsynet (u.å.-b). *Helsefremmende arbeidsplasser*. Arbeidstilsynet.no. <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/helsefremmende-arbeidsplassar/>

Arbeidstilsynet. (u.å.-c). *Organisatorisk arbeidsmiljø*. Arbeidstilsynet.no <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/organisatorisk-arbeidsmiljo/>

Arbeidsmiljøloven. (2015). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv (LOV-2005-06-17-62*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmiljoeloven>

Bakken, B. (2012). *Helsefremmende arbeidsplasser – En innføring i helsefremmende tankegang*. (1.opplag). Idebanken.org. <https://materieell.idebanken.org>

Behnke, A., Conard, D., Kolassa, I-T. & Rojas, R. (2019). Higher sense of coherence is associated with better mental health and physical health in emergency medical services: results from investigations on the revised sense of coherence scale (SOC-R) in rescue workers. *European Journal of Psychotraumatologi*, 10:1 2019. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1606628>

Bellika, B. (2020, 18. september) *Helse Fonna: Ambulansetenesta blir pilot for kollegastøtteordning*. Ambulanseforum. <https://ambulanseforum.no/artikler/ambulansetenesta-blir-pilot-for-kollegastotteordning>

Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research*. Sage Publications.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

Fangen, K. (2022, 06.september). *Kvalitativ metode*. Forskningsetikk.no <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>

Fjeldheim, C.B., Nöthling, J., Pretorius, K., Basson, M., Ganasen, K., Heneke, Cloete, K.J. & Seedat, S. (2014) Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees. *BMC Emergency medicine*, 14:11. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-14-11>

Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus (2005). *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. FOR-2005-03-18-252. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2005-03-18-252>

Frankl, V. (1947) *Livet er mening* (2019). Cappelen Damm.

Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid – fra individ til systemorientering tekning og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B. & Brazeau, P. (2009). What makes an incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention. *Work & Stress*, vol.23, No. 2, 173-189. <https://doi.org/10.1080/02678370903057317>

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbeidslivet*. Studentlitteratur.

Harrison, J. (2018). Organisational factors impacting om health for ambulance personnel. *International Journal of Emergency Services*, vol. 8, No. 2, 134-146. <https://doi.org/10.1108/IJES-02-2018-0013>

Hauge, F.O. (2022, 13. april). *Kvinnene tar over ambulansetjenesten*. <https://ambulansforum.no/artikler/kvinnene-tar-over-ambulansetjenesten>

Helsedirektoratet. (2014). *Kompetansebehov i ambulansefag. Rapport fra arbeidsgruppe*. IS- 0425. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetansebehov-i-ambulansefag/Kompetansebehov%20i%20ambulansefag.pdf/\\_/attachment/inline/0590ef1a-bfbd-4737-869b-d79f8210f16b:b41e92bf7c3da08c0d44753b9387ce402dcd87d3/Kompetansebehov%20i%20ambulansefag.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetansebehov-i-ambulansefag/Kompetansebehov%20i%20ambulansefag.pdf/_/attachment/inline/0590ef1a-bfbd-4737-869b-d79f8210f16b:b41e92bf7c3da08c0d44753b9387ce402dcd87d3/Kompetansebehov%20i%20ambulansefag.pdf)

Helsedirektoratet. (2021). Rapport «Estimert mangel på helsepersonell». <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/estimert-mangel-pa-helsepersonell/innledning-og-oppsummering>

Hochschild, A.R. (1983). *The managed Heart – commercialization of the human feeling* (2012). University of California Press.

Holen, A. (2020). Posttraumatisk stressforstyrrelse. I M.T Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (158-168). Gyldendal Norske Forlag.

Håkonsen, K.M. (2018). *Psykologi og Psykiske lidelser*. (5.utgave). Gyldendal

Isdal, P. (2017). *Smittet av volden – om sekundær traumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene* (2018). Fagbokforlaget.

- Jenny, G.J., Bauer, G.F., Vinje, H.F., Brauchli, R., Vogt, J. & Torp, S. (2022). Applying salutogenesis in the workplace. M.B Mittelmark et al. (Red), *The Handbook of salutogenesis* (321-336). <https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3>
- Johansen, R.V., Fallsen, W.F. & Christiansen, T.W. (2021, 27.november). *Når det blir farlig å gå på jobb*. Aftenposten.no  
<https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/OrzA7q/naar-det-blir-farlig-aa-gaa-paa-jobb-2021>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. (3.utgave). Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2017). Salutogenese og tilhørighet. I G.Tellnes (red.), *Helsefremmende samhandling* (s.38-46). Fagbokforlaget.
- Larson, D.G. (1993). *The helpers journey – empathy, compassion and the challenge of caring*. (2020), Reasearch Press.
- 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, 348. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02752-4>
- Lee, W., Lee, Y-R., Yoon, J-H., Lee, H-J. & Kang, H-J. (2020). Occupational post-traumatic stress disorder: an updated systematic review. *BMC Public Health*, 20:768. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08903-2>
- Lindstrøm, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese – Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal Norske Forlag AS.
- Locke, L.F., Silverman, S.J. & Spirduso, W.W. (2010). *Reading and understanding research* (3. utgave). Sage Publications.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Meld. St. 43 (1999-2000). *Om akuttmedisinsk beredskap*. Sosial og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/6d416043caa545e1ace76fef809637f8/no/pdfa/stm199920000043000dddpdfa.pdf>
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse -og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Naushad, V.A., Bierens, J.J.L.M., Nishan, K.P., Firjeeth, C.P., Mohammad, O.H., Maliyakkal., A.M., Chalihadan, S., Schreiber, M.D. (2019). A systematic review of the impact of disaster on the mental health of medical responders. *Prehospital and Disaster medicine*, vol 34, No.6, 632 - 643. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19004874>

- Neumann, C.B. & Neumann, I.B. (2012). *Forskeren I forskningsprosessen – en metodebok om situering*. Cappelen Damm Akademisk.
- Nordby, H. (2010). *Etikk og kommunikasjon - i prehospitalt medisinsk arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- NOU 2015:17. (2015). *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Helse -og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/pdfs/nou201520150017000dddpdfs.pdf>
- NOU 1976:2. (1976). *Utdanning av ambulanspersonell*. Kirke og utdanningsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ebca85112c2497fab091ca52db5f7d/no/pdfs/nou197619760002000dddpdfs.pdf>
- NTNU (u.å.) *Om nasjonal paramedic-utdanning*.  
<https://www.ntnu.no/studier/aarparamed/om-nasjonal-paramedic-utdanning>
- Ose, S.O. & Busch, H.J. (2020). HMS I offentlig sektor – Forebygging av sykefravær og tidlig avgang fra arbeidslivet. Gyldendal Norsk Forlag.
- Petrie, K., Milligan-Saville, J., Gayed, A., Deady, M., Phelps, A., Dell, L., Forbes, D., Bryant, R.A., Calvo, R.A., Glozier, N. & Harvey, S.B. (2018). Prevalence and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53:897-909.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1539-5>
- Regehr, C. & Millar, D. (2007). Situation critical: High demand, low controll, and low support in paramedic organizations. *Traumatology*, vol.13, Nr.1, 49-58. <https://doi.org/10.1177/1534765607299912>
- Reid, O.B., Næss-Pleym, L.E., Bakkeland, K.E., Dale, J., Uleberg, O. & Norstrand, A.E. (2022). A cross-sectional study of mental health-, posttraumatic stress symptoms and post exposure changes in Norwegian ambulance personell. *Scandinavian Journal of Truma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 30:3. 1-9.  
<https://doi.org/10.1186/s13049-021-00991-2>
- Risan, P. & Skoglund, T.H. (2019). *Psykologi i operativ tjeneste – stress og psykiske lidelser*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Ruyter, K.W., Førde, R., & Solbekk, J.H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. (3.utgave, 2018). Gyldendal Akademisk.
- Schnell, T., Höge, T. & Pollet, E. (2013). Predicting meaning in work: Theory, data, implications, *The Journal of Positive Psychology*.  
<http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2013.830763>
- Spelten, E., Van Vuuren, J., O´Meara, P., Brodie, T., Grenier, M., Ferron, R., Helmer, J. & Agarwal, G. (2022). Workplace violence against emergency health care workers: What

strategies do workers use? *BMC Emergency Medicine*, 22:78.  
<https://doi.org/10.1186/s12873-022-00621-9>

Statistisk sentralbyrå. (2022, 31. mai). 09556: Ambulansetjenesten, etter region, statistikkvariabel, år og aktivitet.  
<https://www.ssb.no/statbank/table/09556/tableViewLayout1/>

Sterud, T. Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance service: a systematic review. *BMJ Health Service Research*. 6:82. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-82>

Sterud, T., Hem, T., Ekeberg, Ø. & Lau, B. (2008). Occupational stressors and its organizational and individual correlates: A nationwide study of Norwegian ambulance personnel. *BMC Emergency Medicine*, 8:16. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-8-16>

Sterud, T., Hem, E., Lau, B. & Ekeberg, Ø. (2011). A comparison of general and ambulance specific stressors: Predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational medicine and Toxicology*, 6:10. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-6-10>

Tracy, S.J. (2010). Qualitative quality: Eight "Big-Tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*. 16(10). 837-851.  
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

Universitetet i Stavanger. (2022, 06. mai). *Prehospital Critical Care master*.  
<https://www.uis.no/nb/studier/prehospital-critical-care-master>

Våge, J. (2021). *Hvordan fungerer kollegastøtte? Ambulansepersonell og intensivsykepleieres opplevelse av kollegastøtte og emosjonell førstehjelp*. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Samling for Helseledelse og helseøkonomi.  
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/92257>

# VEDLEGG

**Vedlegg 1:** Vurdering av personvernombud

**Vedlegg 2:** Informasjon og samtykkeerklæring ambulanspersonell

**Vedlegg 3:** Intervjuguide

**Vedlegg 4:** Utdrag fra analyseprosessen



## **Vedlegg 1**

Knut Anders Brevig

knut.anders.brevig@[REDACTED]

Divisjon psykisk helsevern og divisjon prehospitale tjenester Utdanningssted: NTNU Gjøvik

Personvernombudet i [REDACTED] personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Saksbehandler: Spesialrådgiver Birgit Hovde

Vår ref.: 15240081

[REDACTED], 10.09.2021

### **PERSONVERNOMBUDETS VURDERING I SAK 15240081 AMBULANSETJENESTEN OG PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ**

Viser til innsendt melding til personvernombudet, og tilhørende saksdokumentasjon. Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Sykehuset Innlandet (SI). Den dataansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SI å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger er derfor meldt til personvernombudet.

#### **Om saken – prosjektansvarliges beskrivelse**

##### **Formål**

Masterprosjekt i regi av NTNU Gjøvik, Master i Folkehelse. Studien er en kvalitativ studie av ambulanspersonells erfaringer med emosjonelle belastninger i sin arbeidshverdag. I studien er det behov for å intervju 5-8 ansatte i ambulansetjenesten.

#### **Hvem er de registrerte?**

Ansatte

#### **Samles det inn nye opplysninger eller gjenbrukes det opplysninger som allerede er samlet inn?**

Nye opplysninger

#### **Hvor / hvordan behandles opplysningene?**

papir

#### **Annet**

Intervjuet vil bli gjennomført med opptak på lydfil. Det vil deretter bli transkribert og analysert på papir.

#### **Utdyp ved behov**

Siden jeg jobber i [REDACTED] vil opplysninger også kunne bli lagret på sikkert område, der hvor det er nødvendig. Dette vil jeg få tilgang til gjennom rollen i SI.

### **Lagring av koblingsnøkkel**

Papir, innelåst

### **Annen lagring av koblingsnøkler**

Sikkert område SI om nødvendig

### **Datoer**

Oppstart 01.08.2021

Avslutning 30.06.2022

### **Av dokumentasjons og oppbevaringshensyn bevares opplysningene til**

30.06.2027

### **Benyttes det databehandlere?**

nei

### **Annet eller kommentar til personvernombudet**

Ber gjerne om en vurdering av om søknad til NSD eller REK er nødvendig. Sist nevnte er vel uaktuelt siden det ikke er pasientopplysninger studien omhandler.

Personvernombudets vurdering

Den innmeldte saken er en kvalitetsstudie og dataansvarlig er [REDACTED] HF. Personvernombudet har diskutert dataansvaret med innmelder, og ser det mest naturlig at SI tar dataansvaret i og med at studenten er ansatt i SI og at studien er nært knyttet til den ansattes fagfelt / arbeidssted. Ambulansepersonell skal intervjues om emosjonelle belastninger i arbeidshverdagen. Personvernombudet mener at dette prosjektet ikke faller inn under REKs mandat.

Personvernombudet har vurdert at behandlingen av personopplysninger er i tråd med personopplysningsloven og personvernforordningen. Behandlingen av personopplysninger kan trå i kraft, forutsatt at vilkårene under er oppfylt.

Etter ikrafttredelse av ny personopplysningslov, er behandlingsgrunnlaget personvernforordningen artikkel 6.1 bokstav a.

Opplysningene kan være i særskilt kategori, derfor omfattes også behandlingen av personvernforordningens artikkel 9. Vilkåret for å oppheve forbudet mot å behandle særskilte opplysninger er her personvernforordningen artikkel 9.2 bokstav a.

**Vilkår:**

- Behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet i melding og øvrig dokumentasjon
- Ved vesentlige endringer sendes det endringsmelding til personvernombudet.
- Prosjektet / saken er forankret hos avdelingsjef for det aktuelle fagområdet i SI
- Behandlingen av personopplysninger foregår i henhold til rutiner for informasjonssikkerhet i SI – her under bruk av:
  - Nettskjemas diktafonløsning – for lydopptak
  - Behandling av opplysninger på område o:/sensitiv
  - Hvis behov, bestill mappe og tilganger på o:/sensitiv i henhold til prosedyre 50165 i Kvalitetsportalen.
  - Kodeliste som kobler pseudonymiserte data, lagres og oppbevares separat enten på tilgangsstyrt prosjektområde på o:/sensitiv eller i papirform – nedlåst
  - Innhenting av samtykke må være i henhold til personvernforordningen artikkel 4 punkt 11 og artikkel 7
  - Endring av tekst i samtykkeskriv etter avtale

Dette dokumentet er lagret i Public 360, og er ikke unntatt offentlighet. Saken er registrert i protokoll over behandlingsaktiviteter i SI, i henhold til personvernforordningens artikkel 30.

Vennlig hilsen

Per Christian Jørgensen

Personvernombud

Birgit Hovde

Saksbehandler

## Vedlegg 2

# Vil du delta i forskningsprosjektet

## *Ambulansepersonell og psykososialt arbeidsmiljø?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan ambulansepersonell erfarer emosjonelle belastninger i sin arbeidshverdag. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Ambulansepersonell i Norge og internasjonalt møter psykisk krevende situasjoner regelmessig i sin arbeidshverdag. Situasjoner preget av et bredt spekter av menneskelig lidelse, og krav om høy kompetanse. I hver situasjon står den enkelte ambulansearbeider, med sine tanker, reaksjoner og erfaringer. For mange kan hendelser som har vært psykisk krevende bli normaliteter med tiden, på godt og vondt. Hva har dette å si for den enkelte og hvordan lærer man å tåle den jobben man utøver? Studien ønsker å gå nærmere inn på ambulansepersonellens rolle og arbeidshverdag i Norge.

### **Målet for studien er blant annet:**

- Bidra til å skape forståelse for emosjonelle belastninger og risikofaktorer ambulansepersonell kan møte
- Hvordan belastninger håndteres.
- Forebygge helseproblemer for ansatte
- Bidra til å utvikle ambulansetjenesten som helsefremmende arbeidsplass og utforske trivselsfaktorer
- Undersøke kompetansebehov i tjenesten og for studiene på universitet/høgskole.
- Bidra til økt kunnskapsgrunnlag i en viktig helsetjeneste også for fremtiden.

Det er derfor ønskelig å undersøke: *Hvordan erfarer ambulansepersonell emosjonelle belastninger i sin arbeidshverdag?*

Studien gjøres som masteroppgave i studiet «Master i Folkehelse» ved NTNU Gjøvik.

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

NTNU Gjøvik

*Masteren gjennomføres i samarbeid med [REDACTED], Divisjon prehospitaltjenester.*

### **Dataansvaret i studien?**

Dataansvarlig ved Administrerende direktør i [REDACTED].

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

Henvendelse om deltagelse går til deg som har jobbet minimum 10 år i ambulansetjenesten og er i aktiv tjeneste. Siden du har jobbet minimum disse årene antas det at du har opplevd et mangfold av ulike ambulanseoppdrag, gjort erfaringer og hatt opplevelser som er relevant for studien samt at du har jobbet tilstrekkelig lenge til å ha gjort deg kjent med organisasjonen du jobber i.

Studien tar ikke utgangspunkt i sammenligninger mellom kjønn, alder, utdanningsbakgrunn eller arbeidssted i ambulansetjenesten. Det er likevel ønskelig med en variasjon av disse faktorene.

Det vil være ønskelig med 5-8 intervjupersoner.

Henvendelsen går via divisjonsledelsen. Ønsker du å delta i studien sender du svar direkte tilbake til meg (Knut Anders Brevig) og det er kun jeg som vil ha innsikt i din deltagelse.

Knut.anders.brevig@

Telefon: 41502537

Jeg vil deretter gjøre et utvalg på bakgrunn av det antall deltagere jeg får tilbakemelding i fra.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju. Selve intervjuet vil ta ca. 60 minutter. I tillegg kommer kort presentasjon. Intervjuet vil være basert på en del forberedte tema og spørsmål fra meg som intervjuer.

Intervjuet inneholder spørsmål som for eksempel hva slags hendelser kan oppleves som emosjonelt belastende i ambulansetjenesten. Hvilke erfaringer har du for å håndtere emosjonelle belastninger når du opplever dem? Hvordan tas det hensyn til emosjonelle belastninger i din organisasjon?

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Dette vil bli brukt i analyse av intervjuet og slettes etter master prosjektets avslutning.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

- Det er kun intervjuer som vil ha tilgang til lydfilene.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lydfilene lagres på minnepenn og vil være innelåst i skap kun for intervjuer. I teksten vil navnet ditt bli erstattet av et alias kun intervjuer vet identiteten av. Teksten vil også bli omskrevet slik at du som enkeltperson ikke vil kunne gjenkjennes.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Dine personopplysninger vil bli slettet og makulert når masterprosjektet er avsluttet. Det vil etter planen være i mai/juni 2022.

## Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg. Det gjelder ikke hvis materialet allerede er behandlet og publisert i henhold til formålet.
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Personvernombudet i Sykehuset Innlandet har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- NTNU Gjøvik/ [REDACTED] ved masterstudent Knut Anders Brevig,
- [Knut.anders.brevig@ntnu.no](mailto:Knut.anders.brevig@ntnu.no) (41502537)

Eller

- NTNU professor Olav Garsjø ([olav.garsjo@ntnu.no](mailto:olav.garsjo@ntnu.no), (47400888))

Eller

- [REDACTED] HF Personvernombud: Per Christian Jørgensen,
- [peronvernombudet@ntnu.no](mailto:peronvernombudet@ntnu.no) 90224732

Ta kontakt om det er noe du lurer på

Med vennlig hilsen

Knut Anders Brevig  
*Masterstudent*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Ambulansetjenesten og psykososialt arbeidsmiljø* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i studien og til at mine opplysninger behandles frem til prosjektets avslutning.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### Vedlegg 3

#### INTERVJUGUIDE

Informasjon om studien. Bakgrunnen for hvorfor og hva som er målet for studien.

0. Kort presentasjon av deg selv: Alder, utdanning, hvor du jobber, år i tjenesten
1. Hva opplever du gjør en hendelse emosjonelt belastende?
2. Kan du fortelle om en eller flere hendelser som har vært belastende for deg, hendelser du ikke blir helt ferdig med?
3. Hvordan forsøker du å håndtere reaksjonene som oppstår i og etter psykisk krevende og emosjonelt belastende hendelser?
4. Er det aktiviteter eller måter du forsøker å koble av fra jobben på når du ikke er på jobb, og som kan hjelpe deg stå i jobben?
5. Hva er de viktigste trivselsfaktorer i din arbeidshverdag?
6. Hva opplever du gir deg mening i arbeidshverdagen?
7. Hvordan erfarer du at arbeidsgiver jobber for å beskytte deg mot emosjonelle belastninger i arbeidshverdagen?
8. Er det noen temaer vi har snakket om som du vil si noe mer om, eller om det er noen andre spørsmål du tenker er viktige at jeg spør om?

#### Vedlegg 4

Eksempel på gjennomføring av Tematisk analyse hvor følgende faser er ført inn i skjemaet: 2) Innledende koder, 3 og 4) Utvikling av undertema, og Trinn 5) Hovedtema.

Eksemplet tar utgangspunkt i utvikling av hovedtemaet: *De emosjonelle sidene ved arbeidshverdagen.*

<b>Trinn 2 – Innledende koder</b>	<b>Noen beskrivende utsagn og stikkord til kodene</b>	<b>Trinn 3 og 4 Undertema / Potensielle tema</b>	<b>Trinn 5 Hovedtema</b>
Forståelse av emosjonelt belastende	-Det er noe som du aldri blir helt ferdig med - Kanskje mer sterke inntrykk - Noe som påvirker deg	De vanskelige situasjonene	DE EMOSJONELLE SIDENE VED ARBEIDSHVERDAGEN
De stygge hendelsene	-Stygge syn av død og skade - Ofte hendelser tidlig i karrieren - Barn som er involvert er vanskelig - Hverdagslige hendelser vi møter ofte -Påvirker ofte sansene		
Føler avmakt og maktesløshet	-Håndtering av hverdagskrisene -Fattige på ord - Ikke prosedyrestyrte hendelser - Ikke nok kunnskap -Situasjoner preget av sorg og fortvilelse -Føler seg rådville		
Gjenkjennbarhet til eget liv	-Opplevelser tett på egen hverdag - identifisere seg med pasient eller pårørende -I samme livsfase selv -Ofte når man har barn selv		



Frykten for oppdrag på familie	-Jobb i sitt egen nærområde -Redsel for at hvert oppdrag kan være familie eller venner -Risiko som er i hverdagen		
De små hendelsene, ikke de store	-Hendelser som er blitt normaliteter - Møter de ofte i hverdagen -Snakkes ikke så ofte om de små -Store hendelser for stor plass		
Psykisk helse blir påvirket	-Opplevelse av stress -Frykt for utbrenthet ved overaktivering -Utvikling av psykiske senskader -Vanskelig å sove på vakt	Den store mengden av elendighet blir for mye	
Slitasjen kommer over tid	-Slitsomheten kommer etter mange år med stressfulle hendelser -Antall saker over tid - Fysisk og psykisk sliten		
Alkohol som selvregulator og avkobling	-Drikking med kollegaer -Drikking alene etter vakt -Snakker bedre med alkohol - Få slappe av		
Gjenopplevelse av hendelser	-Flashbacks -Kjenne lukt og smak - Sterke inntrykk		
Overveldende opplevelser	-Følelsene blir aktivert -Snakker for lite om hva som er vanskelig og vondt -Trenger ventilerings		
Frykt for å gjøre feil mot pasienter	-Redd for å skade pasienter -Mye som skal kunnes -Ting kan glippe		

	- Hektisk og stressfull hverdag		
Ambulansefamilien har blitt svekket	-Sosial støtte var sterke før -Gjorde mer med kollegaer -ikke tid til å være sosial på jobb -Ikke lett å være ny	Det er det relasjonsbaserte som gjør noe med oss	
Du tar med deg hele deg selv i oppdragene	-Tar med hele din livserfaring i oppdragene - Bruker din væremåte og personlighet i kontakt med folk		
Legge igjen privatlivet hjemme	-Ledere kan mene det -Ikke mulig da privatlivet påvirker -Problemer hjemme kan bli problemer på jobb		
Ikke ta med jobben hjem	-Noe man hører, men som ikke lar seg gjøre å gjennomføre - Stress og hendelser på jobb kan påvirke fungering hjemme - Sosial tilbaketrekning privat		
Personlig kjemi med makker sentralt	-Makker er svært viktig -Makker gir trygghet og forutsigbarhet -Debrief med makker nødvendig - Samtale som ventilasjon		
Hauk over hane på vaktrommet	-Snakke om hendelser på vaktrommet kan være slitsomt -Aldri fred fra død og nød -Konkurransen i hvem som har opplevd det verste		

