

**Høgskolen
i Innlandet**

**“Jeg er redd jeg ikke skal være god nok. Kravet om at vi må
svare telefonen innen 10 sekunder skaper mye stress”**

**En kvalitativ studie om arbeidshverdag på akuttmedisinsk
kommunikasjonssentral 113**

A qualitative study regarding the everyday work at
the emergency dispatch center 113

Jostein Aure og Andreas Mastroanni

Veileder: Hanne Kilen Stuen

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

4PM791

Vår 2024

Antall ord: 23023

FORORD

Formålet med oppgaven har vært å sette fokus på en rolle i den akuttmedisinske kjeden som har fått liten plass innen forskning her hjemme i Norge: Medisinske operatører ved akuttmedisinsk kommunikasjonsentral 113 (AMK) hvor deres jobb er å ha første kontakt med pasient, pårørende eller tredjeperson i forbindelse med akutt sykdom og ulykker. Vi valgte å se på nyansatte medisinske operatører og hva vi kunne finne ut om deres arbeidshverdag og erfaringer med kollegastøtte.

Vi ønsker å takke alle de flotte medstudentene på kullet vårt ved Høyskolen i Innlandet, masterutdanning i psykisk helsearbeid, for masse ny kunnskap på tvers av profesjoner. Miksen av medstudenter med ulik bakgrunn som sykepleier, jordmor, vernepleier, sosionom, barnevernspedagog og psykomotorisk fysioterapeut var en tverrfaglig berikelse. Tusen takk til våre informanter og deres tid, og til ledelsen ved AMK som har vært positiv til denne studiet.

Videre vil vi takke hverandre for et godt samarbeid bestående av få uenigheter, mange faglige refleksjoner og at vi har gitt hverandre stort handlingsrom i måten å jobbe med oppgaven på samtidig som vi har hatt et felles fokus og målsetning.

Videreutdanningen er fullført og oppgaven skrevet i tillegg til full jobb, familie og barn. Tusen takk til dere også for tålmodigheten!

Og til slutt, men ikke minst, en stor takk til vår dyktige, dønn ærlige, tålmodige og alltid tilgjengelige veileder, Hanne Kilen Stuen.

Nes/Nannestad, 01.05.24

Jostein Aure og Andreas Mastroanni

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Medisinske operatører på akutt medisinsk kommunikasjonsentral, 113, har et viktig samfunnsoppdrag med å motta og vurdere medisinske nødtelefoner. Det finnes lite kunnskap om nyansatte medisinske operatørers arbeidshverdag.

Hensikt: Hensikten med denne masteroppgaven var å undersøke og beskrive nyansatte medisinske operatørers opplevelse av egen arbeidshverdag og deres erfaring med kollegastøtte.

Metode: Masteroppgaven er en kvalitativ studie med et eksplorerende og beskrivende design. Det ble gjennomført syv semistrukturerte intervjuer for å frembringe ny kunnskap og dybdeforståelse i de nyansattes arbeidshverdag. For analyse av datamaterialet benyttet vi systematisk tekstkondensering (STK) utviklet av Kirsti Malterud. Det teoretiske perspektivet var knyttet til moralsk distress, jobbkravressurs modellen og kollegastøtte.

Resultat: Et støyende og urolig arbeidsmiljø kommer frem blant de nyansatte som den mest belastende faktoren. Dette innebar korte svarfrister, støy, uro, høyt tempo, frykt for å gjøre feil og frykt for tilsynssaker. Manglende tid til å hente seg inn mellom oppdrag ble også vektlagt av informantene som utfordrende. Informantene beskrev ulike mestringsstrategier for å håndtere arbeidshverdagen. Moralsk distress var et gjennomgående tema i forhold til hva den nyansatte opplevde og erfarte på jobb, og hvordan de beskrev eget reaksjonsmønster

Oppsummering: Kunnskap om nyansattes opplevelser og erfaringer er et viktig tiltak for å redusere psykiske og fysiske plager i tillegg til moralsk distress. Tilrettelegging for støttesamtaler samt økt fokus på moralsk distress kan være nyttig for å håndtere en arbeidssituasjon som til tider kan være moralsk utfordrende.

Nøkkelord: Medisinsk operatør, moralsk distress, psykisk helse, psykisk helsearbeid, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral, arbeidshverdag, kollegastøtte

Summary

Background: Emergency medical dispatchers (EMDs) have an important societal mission of receiving and evaluating medical emergency calls. There is limited knowledge regarding the daily work of newly hired EMD's.

Purpose: The purpose of this Master's thesis was to investigate and describe newly employed EMDs' experience of their own working day and collegial support.

Method: The Master's thesis is a qualitative study with an exploratory and descriptive design. Seven semistructured interviews were conducted to generate new knowledge and an in-depth understanding of the daily work of new employees. To analyze the data we used systematic text condensation (STC), developed by Kirsti Malterud. The theoretical perspective was related to moral distress, the job-demand- resource model and colleague support.

Results: A work environment characterized by noise and disturbance is emphasized by the newly employed as the most burdensome factor. This contained short response deadlines, noise, unrest, high pace, fear of making mistakes and fear of supervisory matters. The lack of time to recover between tasks was emphasized as challenging by the informants. The informants used various coping strategies for dealing with their day-to-day work. Moral distress was a recurring theme in relation to what the newly employed experienced at work, and how they described their own reaction pattern.

Conclusion: The knowledge of new employees' experiences is important in order to facilitate measures to reduce physical and psychological discomfort. Facilitation of collegial support conversations and an increased focus on moral distress can be useful for dealing with a work situation that can at times be morally challenging.

Keyword: Medical emergency dispatcher, moral distress, mental health, psychiatric health work, emergency medical dispatch center, working day, collegial support.

FORKORTELSER

AMK: Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

EFOK: Emosjonell førstehjelp og krisehåndtering

MO: Medisinske operatører

OPL: Operasjonsleder

RK: Ressurskoordinator

UKOM: Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten

KSO: Kollegastøtteordning

OUS HF: Oslo Universitetssykehus HF

NMI : Norsk medisinsk indeks. Beslutningsstøtteverktøy

SPAT: Simuleringsentral AMK

INNHALDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn	9
1.1.1 Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral.....	9
1.1.2 Tilsyn og offentlige rapporter.....	10
1.2 Hensikt	12
1.3 Problemstilling	12
1.3.1 Utdyping av problemstilling.....	12
1.3.2 Oppgavens overordnede perspektiv og avgrensninger.....	13
1.4 Begrepsavklaring og forforståelse	14
1.4.1 Helse og psykisk helse	14
1.4.2 Psykisk helsearbeid	15
1.4.3 Helsefremmende perspektiv	15
1.4.4 Kollegastøtte.....	16
1.5 Forforståelse	16
1.6 Litteraturgjennomgang	17
1.6.1 Tidligere forskning	18
1.7 Oppgavens oppbygning	19
2 TEORI	20
2.1 Bakgrunn	20
2.1.1 Stress og stresslidelser.....	21
2.1.2 Etikk og moralsk praksis	22
2.2 Moralsk distress	22
2.3 Jobbkraft-ressurs modell (JD-R)	27
2.4 Kollegastøtteordningen	28
2.4.1 Kollegastøtteordningen ved AMK	28
2.4.2 EFOK – Kollegastøtten i prehospital klinikk, Oslo Universitetssykehus HF29	
2.5 Kompetanseplan AMK	30
3 METODE	34
3.1 Design	34
3.2 Vitenskapsteori	35
3.2.1 Hermeneutikk	35
3.3 Utvalg og rekruttering	37

3.4 Datainnsamling	39
3.4.1 Forberedelse	39
3.4.2 Intervjuguide	39
3.4.3 Gjennomføring	42
3.4.4 Transkribering	44
3.5 Analyse av datamaterialet	45
3.5.1 Systematisk tekstkondensering.....	45
3.5.2 Analyseprosessen	47
3.7 Forskningsetiske overveielser	52
3.8 Personvern og godkjenninger	54
4 RESULTAT	56
4.1 Et stressende og urolig arbeidsmiljø der telefonene ringer konstant og jobben sitter i hele meg	57
4.1.1 Telefonen ringer konstant.....	57
4.1.2 Et gammelt og utdatert lokale	58
4.1.3 Frykten for å gjøre feil.....	59
4.1.4 Å nullstille seg og reflektere er viktig	60
4.1.5 Når jobben blir med hjem.....	62
4.2.1 Betydningen av formell kollegastøtte.....	63
4.2.2. Betydningen av lederstøtte og formell kollegastøtte	65
5 DISKUSJON	68
5.1 Et støyende og urolig arbeidsmiljø der telefonen ringer konstant og jobben kjennes i kroppen	68
5.1.1 Betydningen av støy og uro	69
5.1.2 Tempo, arbeidspress og tid til å hente seg inn	70
5.1.3 Følelsen av å være helt alene.....	72
5.2 Kollegaene holder meg oppe	73
5.2.1 Uformell kollegastøtte	73
5.2.2 Formell kollegastøtte	74
5.2.3 Organisert kollegastøtte.....	74
5.3 Metodediskusjon	76
5.3.1 Refleksivitet.....	76
5.3.2 Validitet.....	79
5.3.3 Relevans	80

6 OPPSUMMERING	83
Litteraturliste	85
Vedlegg 1: Vurdering fra SIKT	95
Vedlegg 2: Personvernombudets uttalelser	96
Vedlegg 3: Informasjonsskriv	97
Vedlegg 4: Samtykkeerklæring	101
Vedlegg 5: Intervjuguide	102

Liste over tabeller:

Tabell 1: Eksempler tema STK trinn 1

Tabell 2: STK trinn 1

Tabell 3: STK trinn 2

Tabell 4: Oversikt over identifiserte temaer STK trinn 4

Liste over figurer:

Figur 1: Moral distress model

Figur 2: JD-R modellen

Figur 3: Hermeneutiske spiral

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Det å være i arbeid spiller en avgjørende rolle både for den enkelte arbeidstaker og for samfunnet generelt. På samfunnsnivå handler det om verdiutvikling og økonomisk vinning, men for den ansatte handler det om selvtillit, sosialt nettverk og økonomisk trygghet (FHI, 2022). I tillegg har arbeid innvirkning på den enkeltes helse og sosiale tilknytning. Likevel viser forskning at arbeid også kan være en kilde til fysiske og psykiske helseplager (Veiersted & Knardalh, 2017). Økt oppmerksomhet de siste årene har bidratt til å løfte frem perspektivet om et psykososialt- og helsefremmende arbeidsmiljø (Arbeidstilsynet, u.å). I helsevesenet er det i dag store utfordringer med høy turnover, og særlig blant sykepleiere (Helsedirektoratet, 2021). Årsaken til dette er sammensatt, men en av de største årsakene er høy arbeidsbelastning og en opplevelse av dårlig ledelse (Dolonen, K.A., 2019). For en av Norges største nødmeldesentraler har problemet med høy turnover og stor arbeidsbelastning vært en utfordring over flere år. Til tider har bemanningen vært så lav at sentralen ikke har fått løst sitt samfunnsoppdrag på en tilfredsstillende måte, for å håndtere mengden av henvendelser til 113 (Statsforvalteren i Oslo og Viken, 2022; Tangestuen, V. & Sundby, J. C., 2022).

1.1.1 Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) er en del av den medisinske nødmeldetjenesten som skal håndtere henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp over hele landet (Akuttmedisinforskriften, 2015, §3). En statlig- og en kommunal del utgjør den akuttmedisinske kjeden, hvor den statlige delen er underlagt Helseforetakene og består av AMK og ambulansetjeneste. Helseforetaket har ansvaret for å etablere og drifte AMK i sitt område. Helt siden 70 tallet har det vært dedikerte telefonnummer til helse, brann og politi. Stortinget vedtok på slutten av 80 tallet Ot.Prop 26: *Etablering av medisinsk nødmeldetjeneste*, som et av de første landene i Europa og en egen akuttmedisin forskrift i 1990 (Lovdata). Krav til opplæring av operatører har juridiske og regulatoriske rammer og endringer i samfunnet har gitt høyere krav til effektiv medisinsk nødmeldetjeneste.

Derfor er AMK en viktig- og uunnværlig del av samfunnets sikkerhetsinfrastruktur (Samfunnssikkerhetsinstruksen, 2017; Helsedirektoratet, 2012). Myndighetskravet er at sentralene skal besvare 90% av alle henvendelser fra publikum innen 10 sekunder (Akuttmedisinforskriften, 2015, §15). Ansatte som primært besvarer 113 samtaler omtales som medisinske operatører (MO). En medisinsk operatør skal ifølge Akuttmedisinforskriften (2015, § 15) ha bakgrunn som sykepleier, paramedisiner eller ambulansefagarbeider. Det stilles krav til opplæring som operatør, men det er ingen betingelser knyttet til annen arbeidserfaring. Variasjonen av samtaler inn til AMK er stor og arbeidet er til tider preget av tidskrisiske hendelser, med begrenset bakgrunnsinformasjon og med et mulig, alvorlig skadeomfang. Dette krever raske beslutninger og god simultankapasitet. MO har en viktig rolle i den akuttmedisinske kjeden og er ofte “først på stedet” når det er skader eller sykdom som publikum varsler om (Helsedirektoratet, 2012). Ansvar for å besvare innkommende 113 samtaler innebærer å innhente informasjon, vurdere alvorlighetsgrad, gi adekvat rådgivning og beslutte primærtiltak (Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, 2020; Helsedirektoratet, 2012). MO har også mulighet til å kommunisere med innringer via bruk av video i kombinasjon med telefon (Norsk Luftambulans, 2020). På de større AMK-sentralene kan det være over 300 000 anrop i året og det skal derfor være mange ansatte på jobb samtidig, selv om det varierer noe gjennom døgnet (Statsforvalteren i Oslo og Viken, 2022).

Henvendelser til AMK kan inneha elementer som utfordrer den enkeltes medisinskfaglige bakgrunn og kan innebære problemstillinger med høy grad av kompleksitet, etiske dilemmaer, moralske utfordringer samt møte med engstelige pasienter og pårørende (Dreyer et al. 2011, s.9). MO skal likevel holde fokus på innringer og problemstillingen, ta raske og presise beslutninger, veilede og samtidig utnytte de teknologiske ressursene i AMK sentralen. Tidsfaktoren er kritisk da det kan stå mellom liv og død (Helsedirektoratet, 2012; Dreyer et al., 2011, s. 11).

1.1.2 Tilsyn og offentlige rapporter

I 2022 gjennomførte Statsforvalteren i Oslo og Viken tilsyn ved AMK Oslo Universitetssykehus HF. (Statsforvalteren i Oslo og Viken, 2022).

Bakgrunnen for tilsynet var sentralens håndtering av 113-samtaler etter flere hendelsesbaserte tilsyn de siste årene. Statsforvalteren påpekte blant annet at:

- Kravet om å besvare 90 prosent av henvendelser fra publikum innen 10 sekunder, blir ikke overholdt i lange perioder.
- Responsen til 113 er ikke alltid forsvarlige

Dette kunne bety at de som ringte inn til AMK måtte vente lenger enn de skulle på å få hjelp i akutte situasjoner og at innringere ikke alltid fikk nødvendig helsehjelp til rett tid. Det ble i tillegg avdekket en rekke andre forhold rundt arbeidsmiljøet som gav grunn til bekymring, blant annet med gamle lokaler, utdatert beslutningsstøtteverktøy, redusert trivsel og høyt arbeidspress. Det har også vært høy turnover på AMK som har resultert i mange nyansettelser. Tall fra 2018 frem til november 2022 viste at 70 ansatte hadde sluttet ved sentralen (Tangestuen & Sundby, 2022). Tallene de siste to årene viste at det i 2022 og 2023 ble ansatt 46 personer. I løpet av samme periode sluttet ca. 30 ansatte ved denne AMK (A.L. Finsrud, seksjonsleder AMK, personlig kommunikasjon, 19 februar 2024). Det å utdanne en nyansatt er en kostnadsfull og tidkrevende prosess på flere måneder, med ulike kurs og opplæring i sentralen, før MO kan arbeide selvstendig (A.L.Finsrud, seksjonsleder AMK, personlig kommunikasjon, 19.februar 2024).

En rapport fra Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM), *Gjentatte henvendelser til legevakt* (UKOM, 2024), peker på komplekse faktorer som påvirker den enkelte ansatte når det gjelder å kunne fange opp alvorlig sykdom hos innringer, samt den ansattes evne til god klinisk kommunikasjon. Det kan være utfordrende å identifisere hvilke behov den enkelte innringer har for helsehjelp og at tidspress og mange telefoner på vent påvirker den ansattes beslutningsevne. Rapporten peker også på manglende oppfølging og læring etter uønskede hendelser. Selv om rapporten primært har sett på legevaktsentralene er det store likheter i hvordan dette arbeidet gjøres ved AMK, og kompetansemålene fra Helsedirektoratet er like (Dreyer et al., 2011). I rapporten *Erfaringer fra kollegastøtteordninger* (UKOM, 2023) pekte UKOM på at det finnes få studier som beskriver effekten av ulike ordninger for kollegastøtte, men at trygge ansatte og stabilitet i stillingene er viktig for pasientsikkerheten. Rapporten beskriver kollegastøtte som ett av flere tiltak for et inkluderende arbeidsmiljø.

Verdens helseorganisasjon (WHO) fremhever også betydningen av helsefremmende tiltak på arbeidsplassen som viktig for trivsel og god psykisk helse blant de ansatte (WHO, 2021, Haugan, 2021).

Med dette som inspirasjon og kontekst kan masteroppgavens tema om nyansatte medisinske operatørs arbeidshverdag på AMK forankres innenfor fagfeltet psykisk helsearbeid. Fokuset på det helsefremmende perspektivet, om å styrke den enkeltes kontroll over egen helse og trivsel gjennom kunnskap, deltakelse og tilrettelegging av arbeidsforhold, står sentralt (avsnitt 1.5.1-1.5.3).

Fagfeltet vi skulle undersøke favnet både studieretningen og var relevant for eget arbeidsfelt som ambulansesarbeidere og kollegastøtter. Vårt utgangspunkt var å finne en AMK med et stort geografisk ansvarsområde, mange ansatte og hvor det var et potensiale for å få frem kunnskap om opplevelser og erfaringer hos informantene.

1.2 Hensikt

Hensikten med masteroppgaven var å undersøke, beskrive og få en økt forståelse av arbeidshverdagen og erfaringen med kollegastøtte hos nyansatte medisinske operatører på AMK. Vi tenker oppgavens resultater kan ha en mulig overføringsverdi til sammenlignbare arbeidsplasser innenfor helsevesenet, brannvesenet og politiet. Oppgavens relevans vil vi utdype i avsnitt 5.3.1.

1.3 Problemstilling

1.3.1 Utdyping av problemstilling

Med utgangspunkt i masteroppgavens bakgrunn og hensikt var problemstillingen følgende:

Hvordan opplever nyansatte medisinske operatører egen arbeidshverdag ved AMK og hvilke erfaringer har de med kollegastøtte?

Vi valgte en delt problemstilling med fokus på to sentrale begreper; arbeidshverdag og kollegastøtte. Dette valget gjenspeilet ønsket om å belyse to viktige aspekter som nyansatt medisinsk operatør på AMK. En todelt problemstilling gav oss mulighet til å undersøke temaene hver for seg, men også hvordan de henger sammen.

Dette har bidratt til å gi oss et helhetlig bilde av temaet i masteroppgaven og muliggjøre en dypere forståelse av kompleksiteten rundt arbeidshverdagen på AMK.

Utvalget av informanter bestod av syv medisinske operatører med utdanning som sykepleiere. Alle informantene hadde erfaring fra klinisk praksis, men med ulik lengde og bakgrunn. Begrepene psykisk helsearbeid, psykisk helse, medisinsk operatør m.m. utdypes i avsnitt 1.5.1.

1.3.2 Oppgavens overordnede perspektiv og avgrensninger

Masteroppgaven omhandler nyansatte medisinske operatører på AMK og oppgaven er avgrenset til deres opplevelser av egen arbeidshverdag og erfaringer med kollegastøtte. Dette var også en klar avgrensning til oppgavens størrelse og tid til rådighet. Det teoretiske perspektivet ble knyttet opp mot psykisk helsearbeid, empiri og analyseresultater. Masteroppgaven undersøkte opplevelsen av egen arbeidshverdag og erfaringer med kollegastøtte i lys av teori om moralsk distress, på bakgrunn av sentrale temaer som kom frem under intervjuene. Informantene fort om en arbeidshverdag hvor det å gi god medisinsk behandling kunne være utfordrende, hvor manglende ressurser, høye jobbkraav, trusler fra pasienter og pårørende var en del av arbeidshverdagen. Forskning viser at kontekstuelle- og individuelle faktorer knyttet til moralsk distress hadde betydning for turnover i helsevesenet og forårsaket psykiske og fysiske plager (Jansen et al., 2019).

Vi vurderte ulike teoretiske modeller som kunne svare på masteroppgavens problemstilling. Empirien i vår masteroppgave beskriver informantenes opplevelse av egen arbeidshverdag med høyt arbeidspress og høye jobbkraav i en organisasjon der den ansatte opplever å ha liten påvirkningskraft. Derfor mener vi modeller som belyser etikk, moral og høye jobbkraav, passer oppgaven godt. I tillegg var det relevant for oss å kunne knytte kollegastøtte inn i den teoretiske modellen. Andre modeller som kompleksitetsteori vektlegger også selve organisasjonen, noe vi ikke har fokusert på i denne oppgaven, da det er den enkelte ansattes opplevelser og erfaringer vi ønsker å undersøke. Det er forsket mye på stress og stressrelaterte plager hos helsepersonell, men vi har valgt å kun nevne dette kort, da dette ikke var hovedtema for oppgaven.

1.4 Begrepsavklaring og forforståelse

Vi vil i dette avsnittet definere sentrale begreper som vil være relevante for å forstå innholdet i oppgaven og redegjøre for vår forforståelse. Johannessen et al. (2016, s. 45) skriver det er viktig at leseren får den samme forståelsen som forfatteren og at nøkkelbegreper derfor blir avklart. Samtidig er det viktig å understreke at vitenskapelig kunnskap ikke kan betraktes som en evig sannhet (Malterud, 2017, s.17). Forskning spiller derfor en viktig rolle i en kontinuerlig utvikling og systematisering av kunnskap og vil derfor tilpasses og videreutvikles over tid (s.18). Vårt kunnskapsgrunnlag og forforståelse har derfor endret seg underveis i arbeidet med masteroppgaven. Dette vil vi komme tilbake til i kapittel 1.6 om forforståelse.

1.4.1 Helse og psykisk helse

I denne oppgaven er det WHO sin definisjon av helse og psykisk helse som legges til grunn. WHO definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (WHO, 1946). Nærmere definert er psykisk helse:

En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand, ikke bare fravær av sykdom og vansker. (WHO, 1946)

WHO's definisjon er en positiv helsedefinisjon som tar utgangspunkt i hva helse er eller bør være. I Ottawa-charteret vektlegges det at for å oppnå en slik tilstand av velvære må individet eller gruppen være i stand til å realisere sine drømmer, tilfredsstille behov og håndtere endringer i omgivelsene (WHO, 1986; Regjeringen.no, 2021, s.11).

1.4.2 Psykisk helsearbeid

På grunn av høy forekomst av psykiske lidelser og plager i Norge er psykisk helsearbeid sentralt

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke, søke og endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og som bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng, og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008, s. 98-103).

1.4.3 Helsefremmende perspektiv

Det helsefremmende perspektivet setter søkelys på å styrke den enkeltes kontroll over egen helse og trivsel gjennom kunnskap, deltakelse og tilrettelegging av arbeidsforhold. Ottawa-charteret er et viktig dokument innen helsefremmende arbeid som fremhever helse som ressurs og understreker viktighet av empowerment både på individ- og samfunnsnivå (Public Health Agency of Canada, 1986). I tillegg understreker Shanghai deklarasjonen (2016) at helse og velvære er viktig for å oppnå *Forente Nasjoners (FN) utviklingsagenda* for 2030. Dette innebærer samarbeid på tvers av sektorer for å fremme helse i et globalt perspektiv og en forpliktelse politisk til å investere i helsefremmende tiltak.

Dette perspektivet legger til rette for et salutogent syn på helse. Det vektlegger å styrke den enkeltes evne til mestring og helsefremmende adferd (Mittelmark et al., 2017). Gjennom helsefremmende tiltak kan arbeidsmiljø forbedres og det kan legges til rette for en bærekraftig arbeidsplass som ivaretar den ansattes fysiske- og psykiske helse.

1.4.4 Kollegastøtte

Kollegastøtte kan defineres som det å få profesjonell støtte fra en kollega som selv sitter med de samme opplevelsene, erfaringene og gjenkjennbarhet i arbeide til den ansatte i organisasjonen (Bjørklund, 1997; Kristoffersen, 2008). Vi har valgt å dele kollegastøtte inn i tre: 1) uformell - de uformelle samtaler mellom kollegene, 2) den formelle som er lederstøtte og 3) den organiserte kollegastøtten. I oppgaven beskriver informantene den *formelle* som de administrative lederne i avdelingen, mens Operasjonsleder inne i sentralen regnes som kollega, og herunder uformell kollegastøtte. Den organiserte kollegastøtten har utgangspunkt fra 1930 årene gjennom programmet for Anonyme Alkoholikere (AA) og som i 1950 årene ble utgangspunktet for politiet i Chicago og Boston for å etablere kollegastøtte som på engelsk heter peer-support (Bjørklund, 1997). Vi vil utdype dette mer i kapittel 2.2, hvor vi beskriver denne formen for kollegastøtte ved prehospitalet klinikk, OUS HF.

1.5 Forforståelse

Forforståelse kan defineres som den bevisste- og ubevisste kunnskapen, i tillegg til den oppfatningen vi som forskere tar med oss inn i forskningsprosjektet for å tolke det som skjer rundt oss (Johannessen et al., 2016, s. 34-35). Det innebærer at det er umulig å gjøre en helt objektiv tolkning eller vurdering av det som skal undersøkes eller hva man som forsker forventer av resultater. Med utgangspunkt i hermeneutisk vitenskapsfilosofi bruker vi det som er med oss i *ryggsekken* av erfaringer, kunnskap, faglige perspektiver og teoretisk referanseramme, som vår påvirkning gjennom forskningsprosjektet (Malterud, 2017, s. 44). Vi var åpne for at det underveis ville oppstå nye innsikter og perspektiver i interaksjon med dataene som ble samlet inn. Forforståelsen var derfor i kontinuerlig utvikling og vi måtte derfor være åpne for å reflektere og revidere denne gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2017, s 44 - 46). Innenfor hermeneutisk vitenskapsfilosofi er forforståelse sentralt og dette har vi beskrevet nærmere i kapittel 3.2.

Vår interesse for kollegastøtte og arbeidshverdagen i egen klinikk startet på videreutdanningen i psykotraumatologi RITS ® (Rekonstruksjon og integrasjon av traumatisk stress). Dette er en metode i psykisk stress- og krisebearbeidelse som også er godt egnet innen kollegastøtte (Soscon, 2015).

Studiet var på masternivå med 60 studiepoeng og eksamener ble avlagt ved Høgskolen i Innlandet i tidsrommet 2017-2020. Vi startet opp på masterstudiet i Psykisk helsearbeid i 2022, og i arbeidet med å planlegge masteroppgaven ble vi nysgjerrige på hvordan det var å være nyansatt medisinsk operatør på AMK. Gjennom eget arbeid i ambulansetjenesten og gjennom media, kjente vi noe til de utfordringene ansatte på AMK hadde.

Kommunikasjon med AMK er vesentlig for jobben vi gjør ute på ambulanse og MO har, som beskrevet i avsnitt 1.1.1., den initiale kontakten med innringer (pasienter, pårørende eller tredje part) for deretter å kalle ut ambulanse der kriteriene for dette er til stede (Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, 2020). Gjennom for forståelse og kunnskap om egen organisasjon, samt tilsynet fra Statsforvalteren, fokuset i media på arbeidsforhold og turnover ved AMK, var det derfor interessant for oss å se på arbeidshverdagen til nyansatte MO og deres erfaringer med kollegastøtte. Ved å forske på arbeidshverdagen til de ansatte ville det kunne bidra til økt fokus på deres rolle som nyansatt MO, i tillegg til en menneskelig faktor hvor det å forebygge fysisk og psykisk uhelse står sentralt. Vi har også latt oss inspirere av vårt arbeid og erfaring som kollegastøtter i Prehospital klinikk, Oslo Universitetssykehus.

1.6 Litteraturgjennomgang

Vi startet litteraturgjennomgangen rett etter nyttår i 2023 og det har vært en kontinuerlig og etappevis prosess helt frem mot innlevering av masteroppgaven i mai 2024. Vi har benyttet en systematisk tilnærming i ulike litteratursøk og snøballmetoden for å finne aktuell litteratur. Snøballmetoden er et begrep som beskriver hvordan vi gjennom funn av litteratur fant ny litteratur i kilder som kunne knyttes til oppgaven vår (Malterud, 2017, s.59-60; Thagaard, 2018, s. 54-56). I første omgang var dette for å få en oversikt over kunnskapsfeltet, uten å binde oss opp mot ulike retninger eller teorier. Dette var for å kunne bevare den induktive og utforskende tilnærmingen frem til analyseresultatene forelå.

Etter hvert som intervjuene var ferdige, dannet det seg et bilde om moralske utfordringer og jobb-krav knyttet til egen arbeidshverdag som MO på AMK.

1.6.1 Tidligere forskning

Vi har identifisert at det finnes både internasjonal- og nasjonal litteratur og forskning om nødmeldesentraler, helsepersonell og deres arbeidshverdag, men vi har ikke funnet forskning som er relatert til vår problemstilling om nyansatte ved AMK. Det ble søkt i databasene Oria, Cinahl, Medline, Pubmed, Psycinfo i tillegg til gråsonesøk Google Scholar, både på norsk og engelsk med søkeord som: kollegastøtte, arbeidshverdag, medisinsk operatør, 113, paramedisiner, paramedic, ambulansearbeider, AMK, jobbkrav, moralsk stress og distress. Det er flere norske doktorgradsavhandlinger og masteroppgaver som omtaler AMK, helsepersonell, arbeidsrelatert stress, moralsk stress, kollegastøtte og psykisk uhelse, men i andre kontekster.

Tidligere forskning på ansatte i helsevesenet, og spesielt de som arbeidet på denne type nødmeldesentral, viste at helsepersonell hadde økt risiko for å utvikle psykiske lidelser og stressrelaterte plager, sammenliknet med andre yrkesgrupper (Smith et al., 2019; Leinweber et al., 2011). Dette var både enkeltstudier og oppsummeringer. Tall fra NAV om legemeldt sykefravær viste at helsepersonell lå på topp i forhold til andre næringer og at dette i 2022 utgjorde over 9 millioner dagsverk (NAV, 2022).

Levekårsundersøkelsen (LKU-A) fra 2019 viste at 40% av sykepleierne hadde opplevd muskel og skjelettplager siste året og psykososiale og organisatoriske faktorer som tidspress, høye jobbkrav med samtidig lav kontroll, trusler om vold, manglende spisepauser, turnusarbeid og lav sosial støtte bidro til disse plagene (Andersen et al., 2019; Bernal et al., 2015; Delgado et al., 2017; Bakke et al., 2021).

I tillegg har det vært en økende interesse for forskning på moralske skader innenfor helsevesenet de siste årene, men det vitenskapelige fagfeltet er ungt og de fleste andre studier er gjennomført i en militær kontekst (Griffin et al., 2019; Lits & Kerig, 2019).

En norsk PHD om moralsk stress på akuttpsykiatrisk avdeling fra 2022 knytter etiske dilemmaer i arbeidshverdagen sammen med ansattes fysiske og psykiske plager (Jansen, 2022, fra Jansen et al. 2019). Det var også litteratur som knyttet ulike former for stress i arbeidshverdagen opp mot høy turnover, utbrenthet, sykefravær og andre belastningsplager (Karakachian & Colbert, 2019). Moralsk distress i litteraturen ble beskrevet som et stort problem innenfor helsevesenet, hvor en av konsekvensene er utbrenthet og mistrivsel, som igjen førte til at ansatte sluttet (Jansen et al., 2022;

Schluter et al., 2008). Dette beskrives i litteraturen som en negativ mestringsstrategi av moralsk distress (Oh, Y. & Gastman, C., 2015). I forhold til problemstilling og analyseresultatene pekte det seg derfor ut en teoretisk retning for masteroppgaven om moralsk distress som passet godt. Vi har benyttet faglitteratur, artikler, kunnskapsoppsummeringer, lover og forskrifter m.m. Vi har også brukt relevante studier til å finne sekundærkilder.

1.7 Oppgavens oppbygning

Denne masteroppgaven er inndelt i seks kapitler. Innledningsvis presenterer vi konteksten og utfordringsbildet blant nyansatte medisinske operatører på AMK, sammen med bakgrunn og problemstilling. I kapittel 2 begrunnes og beskrives valg av forskningsmetode og teoretisk tilnærming, og hvordan vi utforsket relevant litteratur og forskning i anerkjente databaser. I metodekapitlet (Kapittel 3) beskriver vi datasamlingen og analysen, med fokus på å sikre en rettferdig og nøyaktig gjengivelse av informantenes stemme og erfaringer. I kapittel 4 presenteres hovedfunnene av dataanalysen og vi vil gi beskrivelser av informantenes opplevelser og erfaringer, med eksempler og sitater, for å underbygge resultatene. Videre i kapittel 5 vil vi diskutere og sammenligne funn med relevant teori og forskning, utforske implikasjonene for praksis og fremtidig forskning, drøfte konsekvensene av funnene og overføringsverdi for lignende tjenester. Til slutt i masteroppgaven vil vi oppsummere svarene på problemstillingen for å bidra til en dypere forståelse av betydningen *arbeidshverdag og kollegastøtte* til nyansatte medisinske operatører ved AMK.

2 TEORI

Vi vil i dette kapittelet belyse relevant teori på bakgrunn av oppgavens problemstilling og analyseresultater. Det vil også være naturlig å trekke inn retningslinjer og anbefalinger fra myndighetene samt relevant lovverk om arbeidsmiljø. Vi vil også forklare begreper som etikk og moral i lys av modellen om moralsk distress.

2.1 Bakgrunn

Det er utviklet ulike teorier i de senere årene som beskriver sammenhenger i arbeidsmiljøet som stress, psykososiale faktorer, arbeidstakerens fysiske- og psykiske helse, organisasjon og ledelse. De ulike teoretiske modellene vektlegger forskjellige faktorer som påvirker den enkelte ansattes arbeidshverdag, men har likevel noen sentrale gjennomgående temaer som omhandler det psykososiale arbeidsmiljøet. Vi har i denne masteroppgaven valgt moralsk distress som teoretisk plattform ut ifra informantenes beskrivelse av egen arbeidshverdag på AMK. Utfordringen har vært at det finnes lite kvalitativ forskning innenfor helsevesenet om moralsk distress, i tillegg til at litteraturen definerer begrepet ulikt og det er uenigheter om hva begrepet egentlig betyr (Griffin et al., 2019). Ord som moralsk skade, moralske dilemma, moralsk usikkerhet og fysiske- og psykologiske påvirkninger, er noen begreper som egentlig omtaler det samme (Morley et al., 2019). Dette har ført til at moralsk distress har blitt et *paraplybegrep*. Studier på tvers av landegrenser og ulik organisering av ulike lands helsetjenester har også gjort det vanskelig å generalisere det vi har funnet av litteratur. I norske artikler opplever vi også at begrepene blir blandet sammen og at ordet *stress* og *distress* brukes om hverandre. Vi har derfor valgt å bruke en utvidet forståelse av moralsk distress (ubehag) som begrep og vil definere og begrunne dette ytterligere i avsnitt 2.1.2. Stressforskningen som vi bevisst velger å bevege oss rundt er et stort forskningsfelt, hvor utbrenthet og stressrelaterte plager er sentralt. Vi har valgt moralsk distress som hovedteori for denne oppgaven, men som det har vært mindre forsket på enn stress og stressrelaterte plager. I tillegg har teorien passet godt til opplevelsene og erfaringene blant nyansatte medisinske operatører. Likevel er det

viktig at vi kort nevner noe om stress og stresslidelser for å belyse hvordan dette knyttes opp mot moralsk distress.

2.1.1 Stress og stresslidelser

I rollen som nyansatt medisinsk operatør ved AMK vil det være ulike former for belastninger og stress de utsettes for i sin arbeidshverdag. Arbeidsrelatert stress kan forstås som en ubalanse mellom kravene i det arbeidet som utføres og MO evne til å møte disse kravene (Anstorp et al. 2014, s. 24). Vi fant to internasjonale studier som viste til reaksjoner som arbeidsrelatert stress, utbrenthet og posttraumatiske symptomer (Boland et al., 2018; Shakespeare-Finch et al., 2014). Traumatisk stress oppstår når en hendelse gjentatte ganger overvelder sentralnervesystemet og hvor den enkelte ikke klarer å hente seg inn. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en alvorlig tilstand der den enkelte har opplevd- eller vært vitne til gjentatte alvorlige hendelser. Minnene fra hendelsen gjenopplevs, og unngåelsesadferden blir så fremtredende at hverdagen blir tung å mestre. Søvnvansker, manglende matlyst, konsentrasjon, arbeidslyst og svekket sosial fungering er noen av reaksjonene på PTSD (Nordanger, 2014, s.45). Tidligere livserfaringer påvirker den enkeltes forutsetninger for selvregulering og er en sårbarhetsfaktor for å kunne utvikle posttraumatiske symptomer (Nordanger, 2014, s.45). I tillegg spiller alder, kjønn, erfaring og sosial støtte inn på hvor godt den enkelte håndterer den traumatiske hendelsen. PTSD blant ansatte innenfor psykiatrien er ikke ukjent, med høyt arbeidspress, aggresjon og vold, som en del av deres arbeidshverdag. Flere internasjonale studier peker på denne sammenhengen som signifikant (Zerach & Shalev, 2015; Baby, et al., 2014)

PTSD og sekundærtraumatisk stress henger sammen og betyr at man kan bli traumatisert av å høre om andres traumer (Bufdir, 2022). I jobben som helsepersonell kan enkelte selv påvirkes gjennom andres sykdom og gjentagende opplevelse av alvorlige hendelser. Man kan få fantasier i den forstand at man opplever redsel for at man selv kan være alvorlig syk eller utsettes for ulykke. Konsekvensen for den enkelte helsearbeider kan være lik symptomene på PTSD (Hesse, 2002; Williamson et al., 2020).

2.1.2 Etikk og moralsk praksis

For å forstå begrepet moralsk distress er det viktig å kjenne til hvordan etikk og moral er koblet sammen. Etikk handler om hva vi kan og ikke kan gjøre mot hverandre og dreier seg om prinsipper, normer, regler og retningslinjer (Johansen et al., 2016, s 83 - 84). Hvordan våre handlinger påvirker andre mennesker bedømmes ut ifra etiske standarder. Moral er hvordan vi faktisk velger å handle ut ifra våre egne etiske verdier. Etikken begrunner moralske valg, mens det kan være stor variasjon i moralen mellom mennesker. Utgangspunktet for moralsk praksis handler ikke om *meg* og mine kunnskaper, engasjement eller gode vilje, men *den andre* (Thomassen, 2006, s. 174-176). Begrunnelsen i handlingen vi foretar oss er avgjørende for hva slags etisk overveielse som ligger til grunn. For helsepersonell som sykepleiere, paramedisinere og ambulansarbeidere står omsorgsetikken sterkt, hvor det vektlegges menneskelige relasjoner og ansvar for hverandre (Pettersen, 2011, s. 51-64). Moralske og umoralske handlinger kan begrunnes i om de etiske normene er fulgt eller ikke. For en medisinsk operatør kan handlingen bli umoralsk dersom etiske prinsipper blir satt til side, enten som en pålagt handling, villet handling eller fordi den ansatte mangler moralsk kompetanse. Det å havne i konflikt med det man selv mener er moralsk riktig kan skape en indre konflikt hos den ansatte (Fourie, 2015; Alsvåg & Martinsen, 2018, s. 215-222). Likevel er det slik at evnen til å utøve omsorg ikke nødvendigvis bare kan baseres på etiske teorier, men at det

2.2 Moralsk distress

Dr. Andrew Jameton (1943-2022) var en av de første som beskrev moralsk distress i boken fra 1984 om etiske problemstillinger i sykepleie. Han beskrev dette som:

Et fenomen når du må gjøre ting som strider mot dine ønsker eller verdier og du ikke er i stand til å handle på den måten du selv mener er etisk og moralsk riktig på grunn av institusjonelle begrensninger (Jameton, 1984, sitert i Fourie, 2015).

Moralsk distress er en subjektiv følelse av utilstrekkelighet og avmakt som oppstår når systemet og organisasjonen påvirker beslutninger tatt av den enkelte. distress kan forstås som akkumulering av stress som fører til et ubehag (distress). Som helsepersonell betyr dette at man er fanget i en situasjon hvor man ikke har kontroll

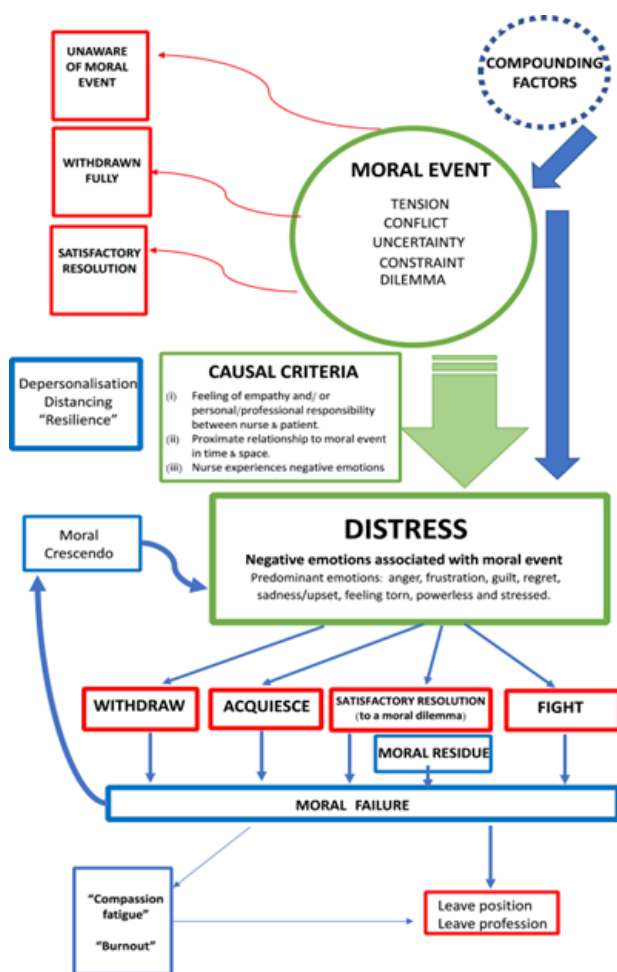
eller makt, til å utføre arbeidet på en annen måte. Summen er at det kan gå ut over moralen til den enkelte i større eller mindre grad, og kan skape en negativ psykologisk påvirkning (Oksavik et al., 2019). Ulike grader av belastninger kan oppstå for den enkelte ansatte, basert på den subjektive graden av opplevelsen (Jinkerson, 2016). Dette kan føre til en kumulativ effekt hvor moralsk distress påvirker den enkeltes arbeidshverdag og privatliv med ulike fysiske og psykiske plager (Jansen et al., 2019).

Denne dragningen mellom det å ville gjøre noe, og det å måtte gjøre noe, kan være psykologisk strevsomt når det strider mot dine ønsker eller verdier. I stor grad handler dette om å undertrykke en iboende etisk respons som oppleves som riktig, men som begrenses på grunn av den ansattes handlingsrom (Epstein & Delgado, 2010; Jansen et al., 2019). Dette aktiverer stress og en emosjonell ubalanse i kroppen. Hvilke typer moralske stressorer som utløser dette ubehaget handler vel så mye om hva den enkelte opplever som grenseoverskridende, enten ovenfor seg selv eller ovenfor pasienten (Currier et al., 2018). Litteraturen beskriver dette som en moralsk overtredelse, hvor man ikke gjør det man burde, som gir en opplevelse av utilstrekkelighet. Dette kan også knyttes til opplevelsen av å ikke gjøre nok eller det man skal i forhold til regler, prosedyrer eller lovverk. Moralsk distress beskriver også hendelser relatert til andre, hvor opplevelsen av å bli sveket er sentral, samt det å bevitne andres overtredelser (Litz & Kerig, 2019). Dette kan relateres til ulike etiske dilemmaer som:

- opplevelsen av å føle seg alene i jobbsituasjonen
- for høyt arbeidspress
- uforenelige krav på grunn av lav bemanning,
- manglende ledelse
- oppleve at kollegaer ikke følger rutiner og prosedyrer

For en MO kan dette også være hendelser av alvorlig karakter de bevitner i en telefonsamtale, over video eller dersom pasienter og pårørende fremsetter trusler. Dette kan skape en endring i den enkeltes virkelighetsoppfatning og en svekket tillit til seg selv, andre og verden rundt (Fourie, 2015). Jamesons definisjon av moralsk distress er kritisert å være for snever i sin begrepsavklaring. Det har derfor blitt utviklet ulike tolkninger, som igjen har gjort det vanskelig å finne en nøyaktig definisjon det er konsensus rundt (Griffin et al., 2019; Jinkerson et al., 2019).

Trine Lise Jansen skriver i sin doktorgradsavhandling fra 2023 og i artikkelen fra 2019 (Jansen et al., 2019) om hvordan sykepleiere på akuttpsykiatriske avdelinger erfarer moralsk stress, og at «moralske dilemma eller opplevelser av moralsk tvil» må inkluderes i begrepsforståelsen om moralsk distress (Jansen et al., 2019). Det er likevel forskning som viser at en videre forståelse av Jamesons begrep om moralsk distress er nyttig og som kan knyttes opp til AMK og medisinske operatørers opplevelse av egen arbeidshverdag og erfaringer med kollegastøtte. Vi har derfor valgt å ta utgangspunkt i Moral Distress Model av Morley, Bradbury-Jones og Ives (2021).



Figur 1: Moral distress model (Morley et al., 2021. Journal of Clinical Nursing, Volume: 31, Issue: 9-10, Pages: 1309-1326, First published: 22 August 2021, DOI: 10.1111/jocn.15988).

Morley et al. (2021) definerer moralsk distress som «et psykologisk ubehag som årsaksmessig kan relateres til en moralsk hendelse» (egen oversettelse).

Definisjonen består av tre sentrale elementer; en moralsk hendelse (moral event), psykologisk ubehag (distress) og en årsakssammenheng (causal criteria) mellom de to.

Moralsk distress er altså ulikt andre former for stress, ved at den også har en etisk dimensjon. For helsepersonell kan dette bety at den enkelte opplever å måtte gi pasienter utilstrekkelig behandling som etisk sett er riktig. Årsakene kan være indre- og ytre begrensninger i handlingsrommet, og at dette kan oppleves som umoralsk (Epstein, & Delgado, 2010; McCarthy et al., 2015). Indre begrensninger kan være den enkeltes mangel på moralsk kompetanse, manglende kunnskap og situasjonsforståelse, autonomi og manglende handlingskompetanse, ifølge Jameton. I tillegg kan indre begrensninger være dårlig selvtillit, konfliktsky, tvile på egen beslutningskompetanse og frykten for å bli oppsagt (Epstein & Delgado, 2010). Ytre begrensninger forstås som manglende lederstøtte, avdelingens økonomi og krav til effektiv drift, politiske føringer, frykt for tilsynssaker eller dårlig kommunikasjon med kollegaer. Dette hemmer den ansattes handlingsrom og fører til moralsk distress.

Respons på moralsk distress er individuelt, men omfatter i hovedsak 4 ulike kategorier ifølge Morley et al. (2021). Disse fant vi ingen norsk oversettelse på som lot seg bruke, så vi har valgt å bruke de engelske begrepene som de står. Tolkningen av begrepene er ut ifra egen oversettelse fra Morley et al., Moral distress model (2021):

Withdraw – distansering og unngåelse som et aktivt valg for å unngå moralsk distress. Dette kan være adferd som endres til å kun fokusere på det tekniske ved arbeidet og stenge ute den mellommenneskelige følelsen til de som feks ringer inn til AMK. Dersom distanseringen eller unngåelsen er total, vil man unngå å kjenne på moralsk distress, men empatien er ikke til stede

Acquiesce – handler om at utfallet aksepteres og helsepersonellet resignerer, selv om moralsk stress er til stede. Den enkelte fortsetter med jobben og godtar at situasjonen er som den er.

Fight – når moralsk distress er til stede så handler dette om å løfte hendelsen inn i et læringsperspektiv og at den adresseres i et system som er mottakelig for endringer. Det handler om å stå opp for pasienten, det moralske ubehaget og seg selv.

Satisfactory solution – selv om det er til det beste, og hensiktsmessig i situasjonen, så kan den enkelte likevel kjenne på et ubehag som skam, skyld og anger. Selv om handlingen var moralsk riktig, kan den gi moralsk usikkerhet til den eller de som stod i situasjonen. *Satisfactory solution* kan også forekomme dersom den moralske årvåkenheten ikke er på plass. Dette kan være bevisst eller ubevisst. Dersom det moralske kompasset er svekket eller “avskrudd”, vil ikke den moralske hendelsen oppleves hverken positiv eller negativ. Forskingen er ikke klar på hvilke langsiktige konsekvenser dette kan ha.

Det kan være utfordrende for den enkelte å håndtere dette på egenhånd, og det er derfor viktig at den ansatte mottar støtte for å styrke sine mestringsstrategier. Dersom den ansatte gjenkjenner følelsen av moralsk stress kan dette lette opplevelsen og bidra til en redusert belastning (Schluter et al., 2008). Gruppesamtaler der de ansatte kan reflektere og dele sine erfaringer er anbefalt for å bygge moralsk robusthet og minske moralsk distress. Her anbefaler litteraturen at det emosjonelle og moralsk distress bearbeides på lik linje, for en mer helhetlig tilnærming (Morley et al., 2021).

Gjennom erfaringer i kompetanse, organisatorisk håndtering av ulike situasjoner og lederstøtte, bygges moralsk resiliens opp, og kan styrke den enkeltes evne til å håndtere moralske utfordrende situasjoner i arbeidet som MO på AMK (Lachman, 2016). Resiliens er motstandskraft og evnen individet og organisasjonen har til å møte kritiske situasjoner for å opprettholde eller gjenvinne psykologisk stabilitet, til tross for moralsk distress. De personlige, biologiske, miljømessige eller systemiske kildene til resiliens er av betydning for hvordan den enkelte eller organisasjonen reagerer på en hendelse. Et eksempel kan være at MO har opplevd mange sterke inntrykk i møte med mennesker i krise etter en tid i jobben på AMK. Etter hvert gjør ikke dette like mye inntrykk og det kan oppleves som at jobben ikke påvirker selv om hendelsene er dramatiske. Dette kalles *depersonalisering*, og kan være et symptom på manglende evner og kunnskap til å håndtere moralsk distress på en hensiktsmessig måte (Kherbache, A et al., 2021).

Dette illustrerer nettopp hvor viktig det er å jobbe med moralske ferdigheter hos de ansatte. I fig 1, Moral distress model, topp venstre (unaware of moral event, withdrawn fully og satisfactory fully), viser at avkoblingen til en moralsk hendelse er total og at den ansatte ikke lar seg påvirke. Som beskrevet tidligere er langtidseffekten

av dette uklart jmf Morley et al. (2021). Det er derfor viktig at den ansatte får mulighet til å styrke sin moralske bevissthet og at arbeidsgiver legger til rette for å unngå moralsk distress.

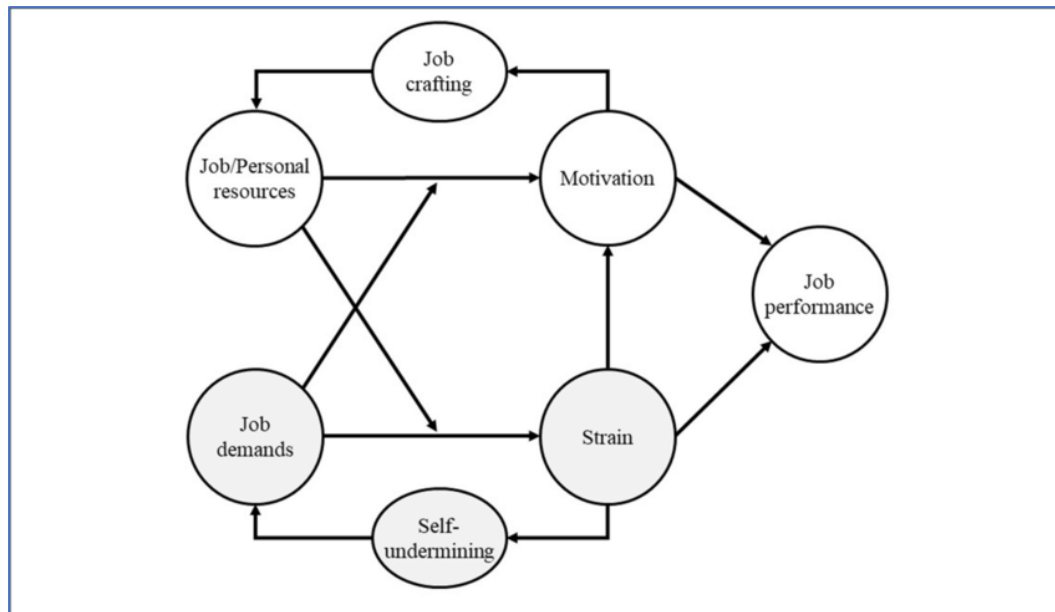
2.3 Jobbkraft-ressurs modell (JD-R)

Jobbkraft-ressurs-modellen ble i 2006 utviklet av forskerne Bakker og Demerouti som et alternativ til eksisterende modeller for en mer helhetlig forståelse av arbeidsmiljø (Bakker et al., 2007). Lignende teorier mente forskerne var for snevre og begrensende, slik at de ikke var så godt anvendelige. JD-R modellen søker å integrere flere variabler slik at modellen kan tilpasses ulike yrkesgrupper og bransjer. Helt sentralt i modellen er skillet mellom jobbkraft og jobbkraftressurser (Tummers et al., 2021). Avhengig av type organisasjon, arbeidsoppgaver, profesjon og omgivelser, vil ulike jobbkraft og jobbkraftressurser være situasjonsavhengig basert på hva som er stressfremkallende eller stressmotvirkende hos den ansatte.

Jobbkraft kan omfatte fysiske og/eller emosjonelle stressorer som støy, klagesaker, konflikter, mens jobbkraftressurser omfatter fysiske- psykologiske, - sosiale- og organisatoriske aspekter som måloppnåelse, vekst, stressreduksjon, lederstøtte, kollegial støtte og opplæring/videreutvikling (Bakker et al., 2007).

JD-R modellen peker på viktigheten av balansen mellom jobbkraft og jobbkraftressurser som avgjørende for den enkelte ansattes ytelse og velvære (Bakker et al., 2007; Bakker et al., 2014) jobbkraftene er høye og jobbkraftressursene lave, kan dette føre til fatigue og stress. I motsatt fall kan gode jobbkraftressurser motvirke effekten av høye jobbkraft og fremme motivasjon, engasjement og velvære hos den ansatte.

JD-R modellen trekker veksler på flere andre modeller om arbeidsrelatert stress, jobkdesign og motivasjon, men gir et mer nyansert rammeverk for å forstå, analysere og adressere komplekse utfordringer i arbeidsmiljøet.



Job Demands-Resources (JD-R) theory, adapted from Bakker and Demerouti (2017), Tummers et al 2021 ([PDF Leadership and Job Demands-Resources Theory: A Systematic Review](#) ([researchgate.net](#)))

Figur 2 JD-R modellen

2.4 Kollegastøtteordningen

2.4.1 Kollegastøtteordningen ved AMK

Den andre formen for kollegastøtte er den organiserte kollegastøtte, eksempelvis slik den er organiserte ved OUS og den formelle som innebærer det å få støtte fra ledelsen. Den organiserte fungerer primært ved at det tas kontakt med den ansatte eller ansatte tar kontakt med oss via vakttelefon for en støttesamtale. Dette gjøres vanligvis i løpet de neste to døgn etter en hendelse hvor målet er å støtte og hjelp til å stabilisere de følelsene den enkelte eventuelt måtte ha i etterkant. Mange kan ha bearbeidet hendelsen på egenhånd, for andre kan en telefonsamtale være til hjelp og andre trenger videre oppfølging med oppmøtebasert samtale. Forskjellen på disse to siste samtalene er at man ved en oppmøtebasert samtale har en mer strukturert tilnærming for å gå mer i dybden av hva som ligger i reaksjonen. Her bruker vi kunnskapen om integrasjon og rekonstruksjon av traumatisk stress, RITS®, som tilnærming (se kap. 2.4.2). Samtaleleder fra kollegastøtten legger til rette for at de ansatte selv skal reflekterer rundt deres reaksjoner ved hjelp åpne, reflekterende spørsmål. Målet er å normalisere reaksjonen, at vedkommende skal få en bedre forståelse for eget

reaksjons mønster, forsøke å forson seg med det for å komme seg tilbake i arbeidet som MO (Dyregrov, 2023 s.22-23).

Hovedmålet er å bistå og bearbeide emosjonelle og belastende hendelser. En slik organisering er lite kostnadskrevende (Kristoffersen, 2008). Denne formen for organisering ble startet av politiet på slutten 80-tallet og i 1991 ble det etablert en organisert kollegastøtteordning (KSO) av politiet i Rogaland, som også fikk opplæring for å være en «kollegastøtter» (Bjørklund, 1997). Ordningen har videreutviklet seg og er i dag en praksis man har innenfor flere nødetater som politi, forsvar og ambulansetjenester. Også innenfor andre yrkesgrupper hvor man kan utsettes for arbeidsrelatert stress finnes det kollegastøtteordninger (FHI, 2013).

Oslo Universitetssykehus HF har i sine overordnede prosedyrer, om psykososial støtte til ansatte ved kriser og traumatiske hendelser, følgende: “hensikten er å sikre god personalomsorg etter belastende hendelser, kriser, traumatiske eller potensielt traumatiske hendelser i arbeidssituasjonen” (*Oslo universitetssykehus HF, e-håndbok*)

2.4.2 EFOK – Kollegastøtten i prehospital klinikk, Oslo Universitetssykehus HF

Kollegastøtten i prehospital klinikk, EFOK (emosjonell førstehjelp og krisehåndtering), ble satt i system på 1990 tallet for Ambulansetjenesten i Oslo. Etter sammenslåing av ambulansetjenestene i Oslo og Akershus i 2003, og i senere tid Glåmdalen, består nå ambulansetjenesten ved Ous HF av 600 årsverk som er fordelt på 800 ansatte (Oslo Universitetssykehus HF, 2024). Totalt i prehospital klinikk er det nærmere 1000 ansatte. EFOK består i dag av 13 kollegaer med bakgrunn fra ambulansetjenesten og som alle har gjennomført deler av, eller hele videreutdanningen i psykotraumatologi RITS® (Soscon, 2015). RITS ® er en spesifikk metode til å bearbeide psykologisk stress og krise etter sterke hendelser. Metoden anvendes hovedsakelig i arbeidet med kollegastøtte, som en intervensjonsform til profesjonelle personer og yrkesgrupper (Psykotraumatologi.org, u.å). EFOK er organisert i en egen døgnkontinuerlig vaktordning 365 dager i året og er tilgjengelige for alle ansatte i Prehospital klinikk, herunder ambulanseavdelingen, AMK, luftambulansseavdelingen og pasientreiser – og syketransportavdelingen (Oslo universitetssykehus HF, 2024). Etter henvendelser til EFOK vil den som har vakt starte med telefonisk kontakt med den eller de ansatte som har vært involvert i

henvendelsen det gjelder. Første henvendelse skjer ved telefonsamtale hvor det deretter gjøres en vurdering hvorvidt man skal følge opp videre med oppmøtebasert samtale en til en eller i gruppe hvis det angår flere kolleger. EFOK og dens organisering blir presentert i løpet av opplæringsprogrammet for alle nyansatte i klinikken. I løpet av 2023 hadde 549 personer i klinikken fått oppfølging, hvorav 215 samtaler avsluttet etter kort tid og 50 personer fikk psykologisk debrifing. I tillegg ble 2 personer oppfordret til oppfølging hos fastlege/psykolog. I tillegg ble to personer henvist videre til bedriftshelsetjenesten for oppfølging (J.Våge, leder EFOK, personlig kommunikasjon, 30 april 2024)

2.5 Kompetanseplan AMK

Etter oppdrag fra Helsedirektoratet har Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) utarbeidet en kompetanseplan for AMK-sentralene (Dreyer et al., 2011). Det primære målet for kompetanseplanen var å sikre at helsetjenestens formålsbestemmelser ble ivaretatt. Dette inkluderte målsetninger om å levere tjenester på en god og likeverdig måte, samtidig som de ansatte skulle oppleve personlig- og faglig utvikling, samt oppnå optimal utførelse av arbeidsoppgaver. Det har også kommet en revidert utgave av kompetanseplanen i 2023 hvor felles grunnopplæring av operatører i AMK og ved legevaktsentraler skal være felles (KoKom, 2023).

Kvaliteten på informasjonsinnhenting og at innringer møter trygghet og omsorg er av stor betydning for utfallet av henvendelsen. Personellet må opptre lyttende og observerende – uten mulighet for å kunne bruke øynene for å klargjøre situasjonen. Prosessen i forløpet av telefonsamtalen krever god struktur og systematikk, kombinert med fagkunnskap, oversikt, ro, kommunikasjonsevne, empati og teknisk kunnskap. (Dreyer et al., 2011, s.6)

Kompetanseplanen fastsetter overordnede retningslinjer og rammer for rekruttering, opplæring oppfølging og kvalitetssikring av ansatte i sentralene.

Refleksivitet og kollegial erfaringsutveksling anbefales innført i AMK sentralene og det vises til arbeidsgivers ansvar etter Helsepersonelloven §16 om å utøve forsvarlig virksomhet. Dette innebærer blant annet tilstrekkelig faglig bemanning. Samtidig skal Lov om arbeidsmiljø (2007) sikre et trygt arbeidsmiljø som skal gi den ansatte et grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Dette stiller krav til organisering, fysisk arbeidsmiljø, HMS og andre arbeidsmiljøfaktorer som også er viktige for medisinske operatører.

a) Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøet i Norge er regulert gjennom arbeidsmiljøloven (aml.), (Arbeidsmiljøloven, 2005). Det juridiske ansvaret for god arbeidshelse ligger hos arbeidsgiver og skal ifølge formålsparagrafen i Arbeidsmiljøloven, 2005:

§ 1-1.Lovens formål

Lovens formål er:

- a. å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet
- b. å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet,
- c. å legge til rette for et godt ytringsklima i virksomheten,
- d. å legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon,
- e. å gi grunnlag for at arbeidsgiver og arbeidstakerne i virksomhetene selv kan ivareta og utvikle sitt arbeidsmiljø i samarbeid med arbeidslivets parter og med nødvendig veiledning og kontroll fra offentlig myndighet,
- f. å bidra til et inkluderende arbeidsliv.

(Arbeidsmiljøloven, 2005)

Videre i kapittel fire i Arbeidsmiljøloven står det beskrevet spesifikt om arbeidsmiljøet:

Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Standarden for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal til enhver tid utvikles og forbedres i samsvar med utviklingen i samfunnet. (Arbeidsmiljøloven § 4-1 (1))

Arbeidsmiljøloven § 4-3 regulerer kravene til det “psykososiale arbeidsmiljøet, og skal forhindre at den ansatte utsettes for negative forhold av psykososial karakter”. Et dårlig psykososialt arbeidsmiljø kan føre til ulike helseplager, både fysisk og psykisk, med høyt sykefravær og turnover som en konsekvens (Arbeidstilsynet, u.å.). Arbeidstilsynet skal påse at virksomheter følger lovene som regulerer arbeidslivet og utføre tilsyn, rådgivning og informasjon. I tillegg skal de bidra til å “skape helsefremmende arbeidsplasser” (Arbeidstilsynet, u.å.) ved å regulere ulike forhold i arbeidsmiljøet som psykososialt arbeidsmiljø, organisatorisk arbeidsmiljø og helsefremmende arbeidsplasser. Utgangspunktet er at “arbeidsplassen skal være et sted som både skal fremme- og opprettholde god arbeidshelse” (Arbeidstilsynet, a,b,c, u.å.) Arbeidsmiljøloven stiller strenge krav til organisasjonen og forhold ved arbeidsmiljøet, hvor” krav til helse og sikkerhet, fysiske og psykososiale forhold, tilrettelegging, medvirkning og utvikling, står sentralt” (AML, kap. 4, 2005). Studie viser at fokus på ansattes helse kan bidra til å redusere stress og psykiske- og fysiske belastninger, i form av lederstøtte, kollegastøtte, autonomi og tilbakemeldinger. Samtidig kan tidspress, arbeidsmengde og manglende anerkjennelse føre til uønskede belastninger (Bakker et al., 2005)

Helsepersonelloven (Hpl.) (1999), regulerer også den enkeltes ansattes plikt til å utøve forsvarlig helsehjelp.

Dette innebærer at de “skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidskarakter og situasjonen for øvrig” (Hpl., §4, 1999). I tillegg hviler det et ansvar for arbeidsgiver å organisere virksomheten slik at helsepersonellet kan utføre sitt arbeid i samsvar med loven (Hpl., §16, 1999)

Sommeren 2023 innførte AMK skjermpause for de ansatte, på bakgrunn av Statsforvalterens tilsyn i 2022 og en intern forbedringsundersøkelse (A. L. Finsrud, seksjonsleder AMK, personlig kommunikasjon, 22. april 2024). Dette skulle bidra til at MO kunne forlate operatørplassen i 10 minutter utenom ordinær pauseavvikling for å kunne trekke seg tilbake og hente seg inn. De fikk tildeltidspunkt for skjerm pausen når de kom på jobb og måtte selv passe på å gjennomføre denne til riktig tid. Dersom de satt opptatt i en nødsamtale mistet de muligheten til å ta denne pausen senere.

3 METODE

I dette kapitlet gjør vi først gjøre rede for valg av forskningsdesign og vårt vitenskapsteoretiske perspektiv. For å belyse problemstillingen valgte vi å benytte en kvalitativ forskningsmetode hvor vi ønsket å forstå og beskrive hvordan mennesker oppfattet verdenen (Johannessen et al, 2016, s.95). Begrunnelse for valg av metode handlet om hva vi som forskere mente ville gi oss data med god validitet, som var egnet til å belyse problemstillingen på en best mulig måte (Dallan, 2012, s.111).

Problemstillingen lød som følger:

Hvordan opplever nyansatte medisinske operatører egen arbeidshverdag ved AMK sentralen og hvilke erfaringer har de med kollegastøtte?

Det er to hovedretninger innen forskningsmetoder, kvantitative- og kvalitative, hvor kvalitativ sikter mot å forstå og beskrive (Malterud, 2017, s.38-39; Johannessen et al, 2016, s. 27). I kvalitative metoder er det en styrke at meningsinnholdet og informantenes subjektive opplevelse vektlegges. Vår målsetning med masteroppgaven var å frembringe kunnskap om nyansattes opplevelser knyttet til arbeidshverdag og kollegial støtte. Videre i kapitlet vil vi beskrive utvalg og rekruttering, datainnsamling, dataanalysen og til slutt etiske vurderinger og personvern hensyn.

3.1 Design

I denne masteroppgaven har vi benyttet et eksplorerende og beskrivende design med semistrukturerte intervjuer for å frembringe ny kunnskap og dybdeforståelse. På denne måten ville vi kunne gi et detaljert og rikt innblikk i informantens opplevelser og erfaringer. Dette designet er spesielt egnet ifølge Malterud (2017, s.31-32) når det foreligger begrensede data fra tidligere forskning og vi samtidig stiller oss åpne til de dataene som ble samles inn. Med denne tilnærmingen lot vi dataene «snakke» for seg selv. Nye innsikter og teorier basert på de empiriske funnene sto sentralt. En induktiv tilnærming ville kunne belyse oppgavens problemstilling, og kunne bidra til å få frem nyanser og detaljerte beskrivelser av hva informantene opplevde og erfarte. Malterud (2017, s.188 - 190) skriver at ved en induktiv tilnærming brukes forskning og teori til å belyse og drøfte funn. For å analysere informantenes utsagn tok vi utgangspunkt i

relevante teorier, basert seg på hva vi mente ville besvare oppgavens problemstilling på best mulig måte, etter at intervjuer og analyse av resultater var gjennomført.

Malteruds systematisk tekstkondensering (STK) ble brukt som analysestrategi. STK er en metode egnet for tverrgående analyse av kvalitative data og kan forankres i masteroppgavens vitenskapsteoretiske grunnlag (Malterud, 2017, s. 26-29 og s. 97). Vi vil utdype dette ytterligere i kapittel 3.5.1.

3.2 Vitenskapsteori

Vitenskapsteori handler om hvilke fremgangsmåter vi benytter for å oppnå kunnskap og hvilket perspektiv vi som forskere benytter (Thomassen, 2013, s. 14-15). I kvalitativ forskningsmetode søkes kunnskap om hvordan virkeligheten oppfattes av de involverte ved hjelp av data som tolkes og analyseres (Malterud, 2017, s 36).

3.2.1 Hermeneutikk

I vår oppgave vil vi ha en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk er en vitenskapsteoretisk retning som fokuserer på tolkning og forståelse av tekst og kontekst (Malterud, 2017, s.28). Denne tilnærmingen er spesielt egnet når vi som forskere ønsker å få innsikt i menneskelige erfaringer og meningsinnhold. I hermeneutikken handler det om å tolke og forstå betydning som ligger i tekstene, og hvordan dette formes av kontekst og forståelseshorisont. Vi vil derfor i denne oppgaven utforske informantenes subjektive opplevelser, holdninger og perspektiver. Hermeneutikken er knyttet til læren om kunnskapens natur og hvordan kunnskap blir oppnådd. I hermeneutikken må vi erkjenne at all kunnskap og forståelse er påvirket av fortolkningsprosesser og subjektive forståelser. Vi som forskere er derfor ikke ute etter den absolutte objektive sannhet, men å forstå informantenes meningsunivers (Thomassen, 2006, s. 162-164; Dallon, 2014, s. 57). Denne masteroppgaven er således forankret innenfor et sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn og en hermeneutisk tilnærming, ved fortolkning, subjektivitet og forståelse av kontekstuelle forhold og betingelser (Thomassen, 2006, s. 80-182).

Vi vil bruke funnene og mønstrene som dukker opp for å danne grunnlaget for teoretiske perspektiver og konklusjoner. Vår eksplorerende tilnærming går ut på at det

åpner opp for å utforske nye temaer og perspektiver som kan dukke opp underveis (Johannessen et al. 2016, s. 46-48).

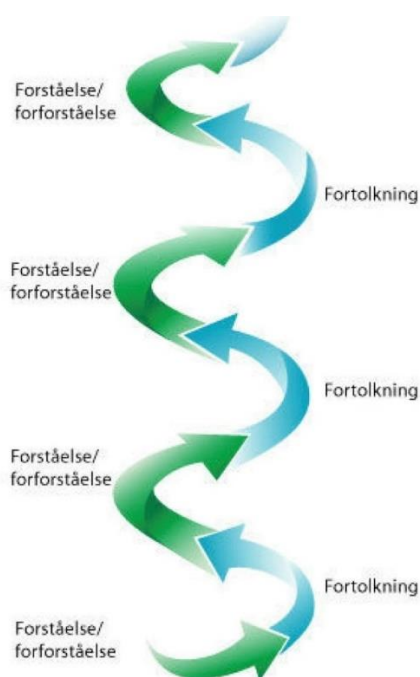
Til sammen mener vi dette gir rom for en dybdeforståelse av informantenes perspektiver, samtidig som vi er åpne og ydmyke for ny innsikt og kunnskap. Resultatene vil tolkes i lys av informantenes opplevelse. Det er derfor viktig at vi er nysgjerrige som forskere og ikke begrensede. Masteroppgavens forankring innenfor hermeneutikken passer godt med Malteruds plassering av STK i vitenskapsfilosofien (Malterud, 2017, s.96-97).

Det å tolke tekst innenfor hermeneutikken vektlegges spesielt forholdet mellom deler og helhet, og betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237; Malterud, 2017, s.28). Vårt kunnskapssyn som forskere har hatt betydning for hvordan vi har samlet inn data, hvordan disse er analysert og hvordan vi har forstått og tolket resultatene. Dette betegnes i litteraturen som den hermeneutiske sirkel, hvor vi starter med en forforståelse og hvor nye fortolkninger gjennom intervjuene danner grunnlaget for ny forståelse. Det var filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) som rettet fokus på at ny mening oppstår i en pendelbevegelse, hvor forforståelse og forståelse utdypes og endres. «Sirkelen har ingen formal natur. Den er verken subjektiv eller objektiv, men beskriver forståelsen som et samspill mellom overleveringens bevegelse og fortolkerens bevegelse» (Gadamer, 2010, s. 331). Grunnlaget for hermeneutikken ligger i sirkelens form hvor det er forbindelser mellom det som skal fortolkes, forforståelsen og sammenhengene. Til slutt ender vi tilbake til utgangspunktet, men med økt kunnskap og forståelse (Thomassen, 2006, s. 91-92). Fortolkningsprosessen i den hermeneutiske sirkel skjer ved en stadig bevegelse mellom helhet og del i materialet man søker å forstå, og dette bringer oss videre i forståelsen (Thomassen, 2013, s. 91-92).

Den hermeneutiske spiral (fig. 3) utvider forståelsen av den hermeneutiske sirkel ved å inkludere nettopp dette at forståelse utvikler seg over tid og de ulike stegene fra tid til annen har overlappet hverandre. Når vi beveget oss videre langs spiralen endte vi ikke tilbake til utgangspunktet, men fant stadig ny forståelse. All forståelse handler om at vi allerede har forstått noe, hvor forforståelsen vi bærer med oss kan påvirke hvordan vi tolker delene ut fra helheten, og helheten fra delene (Johannessen et al., 2016, s. 34 - 35). Den hermeneutiske spiral har således vært sentral i hele arbeidet

med denne masteroppgaven fra forforståelse til transkripsjon, analyse og fortolkning av datamaterialet.

Fig 3. Den hermeneutiske spiral:



(<https://www.forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>)

3.3 Utvalg og rekruttering

Inklusjons - og eksklusjonskriterier

Utvelgelsen av respondentene ble gjort blant nyansatte medisinske operatører ved AMK som hadde 6 -18 måneders ansettelsesforhold. Vi valgte å strekke nyansatt perioden til 18 måneder på grunn av den lange opplæringstiden de oppga på tre måneder før de var selvstendige. Derfor var dette et strategisk utvalg. Det betyr at vi valgte ut den gruppen informanter som best kunne besvare oppgavens problemstilling (Dallan, 2017, s. 116-117; Malterud, 2017, s.58). Det var derfor et mål å komme i kontakt med den enkelte nyansatte medisinske operatøren på AMK som hadde opplevelser og erfaringer knyttet til egen arbeidshverdag og kollegastøtte. I masteroppgaven ble følgende inklusjonskriterier satt for å kunne delta:

- Nyansatt medisinsk operatør
- Ansatt mellom 6-18 måneder
- AMK Oslo universitetssykehus HF
- Menn og kvinner
- Utdanning som sykepleier, paramedisiner eller ambulansesfagarbeider

Prøvetiden etter ansettelse ved sykehuset er 6 måneder. Formålet med avtale om prøvetid er å gi både arbeidsgiver og arbeidstaker mulighet til å prøve ut arbeidsforholdet. Arbeidstaker må få prøve seg i stillingen, og få opplæring i sine nye arbeidsoppgaver og de krav som stilles. Fra leders side stilles det krav om oppfølging av arbeidstaker i prøvetiden (Oslo Universitetssykehus HF, e-håndbok, 2024).

De ni første ukene etter ansettelse består av kurs, opplæring, innfasing med veileder og flere delprøver som må bestås før de får jobbe selvstendig som MO. Dersom man ikke består delprøvene eller det av andre grunner blir vurdert nødvendig så utvides opplæringen (L. Gangmark, fagkoordinator AMK, personlig kommunikasjon 3.april 2024). På bakgrunn av dette, og kvalitetssikringen om erfaringer i utvalget, valgte vi å strekke perioden nyansatt til 18 måneder for inkludering.

Denne AMK-sentralen er blant Norges største og mottok 236 607 anrop i 2023 (Helsedirektoratet, 2024) og dekker en befolkning på ca. 1,5 millioner mennesker (Oslo Universitetssykehus HF, 2024). Sentralen har ca. 125 ansatte (A.L. Finsrud, seksjonsleder AMK, personlig kommunikasjon, 19 februar 2024). Dette kunne gi verdifulle data da vi visste at det var et stort arbeidspress på de ansatte og at sentralen hadde utfordringer med høy turnover. Ved andre AMK-sentraler i Norge var det langt færre henvendelser per år og turnover var etter det vi kjenner til lavere.

Klinikkleder og HR ble informert om prosjektet før vi avklarte med enhetsledere om tillatelse til å intervju ansatte. I rekrutteringsprosessen var det en kombinasjon av oppmøtebasert informasjon, varsling via klinikkens kommunikasjonsplattform, samt med den avdelingen som sto for rekruttering av nyansatte.

Informantene hadde grunnutdanning som sykepleier og flere hadde videreutdanning som spesialsykepleier. Noen hadde jobbet i flere år med erfaring fra hjemmesykepleie, legevakt eller inne på sykehus, mens andre hadde liten klinisk erfaring før de hadde startet på AMK. Informantene besto av begge kjønn og var i alderen 24-56 år.

3.4 Datainnsamling

Malterud skriver at hensikten med datasamlingen er å omsette utvalgt informasjon om masteroppgavens problemstilling til observasjoner og tekster. Dette handler om hvordan vi samler inn relevante og rike data for deretter å systematisere, fortolke og sammenfatte disse empiriske dataene (Johannessen et al., 2016). Dette er noe av forutsetningene for utvikling av ny kunnskap og at teksten skapes i samhandling mellom oss og informantene (Malterud, 2017, s.69-70).

3.4.1 Forberedelse

Da vi hadde begynt å rekruttere informanter avtalte vi fortløpende via mail og telefon hvor og når intervjuene skulle gjennomføres og lot det være opp til informantene å bestemme tidspunkt (slik at dette skulle passe på best mulig måte). Vi hadde snakket mye om våre egne antagelser og tanker om intervjusituasjonen og om betydningen av å stille åpne spørsmål. Våre forberedelser innebar å sette seg godt inn i intervjuguiden på forhånd slik at denne kunne brukes som en slags huskeliste, uten at vi trengte lese opp spørsmålene. I tillegg testet vi ut de tekniske løsninger som bruk av Nettskjema, diktafonapp på mobiltelefon og ekstern diktafon.

3.4.2 Intervjuguide

Vi utarbeidet intervjuguiden i løpet av august og september 2023 (vedlegg nr.5). Det ble lagt opp til et semistrukturert intervju basert på våre tidligere erfaringer med å føre samtaler og at et intervju i mer samtaleform ville kunne skape en mer avslappet interaksjon mellom intervjuer og informant. Vår erfaring er slik Kvale & Brinkmann beskriver en fortolker; *«fortolkeren går utover det som direkte blir sagt, og finner frem til meningsstrukturer og betydningsrelasjoner som ikke fremtrer umiddelbart i en*

tekst» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 234). Dette for å sikre kvalitet og pålitelighet til de dataene som samles inn. En kompetent forsker vil kunne styre samtalen på en hensiktsmessig måte, formulere gode oppfølgingsspørsmål og fange opp nyanser i det informantene forteller og bygge tillitt. Det semistrukturerte intervjuet har noen forhåndsbestemte temaer og spørsmål, men det skal gi forskeren fleksibiliteten til å følge opp nye temaer underveis. Kvale og Brinkmann (2015, s.162) skriver at forskeren på denne måten får en viss kontroll samtidig som det åpner opp for en tillitsfull og dypere samtale med informanten. Det var en stor fordel at vi har lang erfaring med å planlegge samtaler og kunne samhandle godt med informantene. Malterud skriver at når informantene forteller konkrete historier skapes også det mest robuste materialet (Malterud, 2017, s.70). Intervjuguiden ble utformet i fasen med prosjektbeskrivelsen med inspirasjon fra det kvalitative forskningsintervjuet fra Malterud (2017, s.133-134) og Johannessen et. al., *Utforming av intervjuguide* (s.147-151). Vi var særlig oppmerksomme på overganger til sensitive spørsmål og at vi ikke måtte etterlate informantene i en emosjonell ubalanse i etterkant av intervjuet. Derfor var det viktig å kunne runde av intervjuet med en samtale etter at diktafon var skrudd av, for å begrense en eventuell ansenhet hos informanten.

Den 19. september 2023 gjennomførte vi et pilotintervju med en kollega som tidligere har gjennomført en kvalitativ masteroppgave innenfor avvikshåndtering i ambulansetjenesten. Dette ga oss en meget nyttig erfaring også med tanke på spørsmålsstillingen og intervjuform. Vi justerte på noen av spørsmålene og formuleringene i intervjuguiden og fikk ferdigstilt den i etterkant av de erfaringene som kom frem. Et eksempel på justering var spørsmål 7 og 8, om hvordan de forsøkte å håndtere reaksjonene som oppsto i etterkant av en belastende hendelse. Her lagde vi et alternativ i spørsmål 8, kun for de som hadde brukt formell kollegastøtte for å få frem erfaringene med det. Intervjuguiden ble grundig diskutert med veileder mens vi jobbet med prosjektskissen og andre relevante dokumenter. Vi innledet intervjuguiden med å gjennomgå den informasjonen de allerede hadde fått om prosjektet. I tillegg repeterte vi hensynet til personvern for samtykke. Vi oppfordret informantene til å dele historier som kunne belyse deres opplevelser og erfaringer, men presiserte at vi ikke ville komme til å beskrive taushetsbelagte opplysninger i oppgaven.

Andre del av intervjuguiden bestod av spørsmål om informanten selv, alder, utdanning, arbeidssted, arbeidserfaring og hvor lenge vedkommende har vært ansatt

som medisinsk operatør. Videre ønsket vi informasjon om de viktigste trivselsfaktorene og hvordan de opplevde sin egen arbeidshverdag. Vi ønsket også å få frem det psykososiale og hva som ga mening i arbeidshverdagen.

I neste del av intervjuguiden søkte vi informasjon om arbeidsrelatert stress, hva den enkelte opplevde som emosjonelt belastende hendelser i rollen som MO og om de kunne fortelle om en eller flere hendelser de ikke følte var ferdig bearbeidet emosjonelt.

I siste halvdel av intervjuet ønsket vi å finne mer ut av om de hadde, og eventuelt hvordan de hadde, blitt fulgt opp etter emosjonelt belastende hendelser. Her fokuserte vi først på den uformelle kollegastøtten mellom de ansatte. Deretter ønsket vi å få frem erfaringer med den organiserte kollegastøtten i klinikken (EFOK). Her skilte vi videre i intervjuguiden mellom de som hadde fått oppfølging av EFOK og deres opplevelse og nytte, kontra de som ikke hadde fått denne oppfølgingen. Vi var også interessert i hvilken informasjon informantene hadde fått om EFOK fra tidligere, deres tanker om hvorfor de ikke hadde blitt fulgt opp, om de hadde hørt andre kolleger som hadde snakket med EFOK og til slutt om informantens tanker og behov for oppfølging.

Til slutt ønsket vi innsikt i hvilke mestringsstrategier den enkelte informanten hadde for å takle arbeidshverdagen på AMK. Herunder eksempler på fritidsaktiviteter, strategier som å snakke med kolleger og/eller venner og familie. Vi ønsket helt til slutt å få vite litt om hva som kunne være bevaringsområder og som gjorde at de ville bli værende i jobben som MO ved aktuell AMK sentral. Det var like viktig for oss å få frem det som fungerte og som informantene opplevde som positivt. Før intervjuet ble avsluttet stilte vi spørsmålet: «Er det noe vi ikke har spurt om som du har lyst til å fortelle eller er det andre ting du tenker er viktig?» Som beskrevet tidligere ønsket vi også og runde av intervjuet etter at diktafon var skrudd av for å høre med informantene hvordan de opplevde samtalen og det vi hadde snakket om. På denne måten kunne vi bidra til å dempe uro eller bekymringer som hadde bygget seg opp under intervjuet, som er i tråd med Johannessen et. al. (2016, s.149).

Videre i forberedelsene registrerte vi konto i Nettskjema og lastet ned DiktafonApp for deretter å ta en test hvor vi leste inn deler av intervjuguiden. Vi overførte så materialet til Nettskjema hvor vi lyttet til det vi hadde lest inn og fikk teksten

transkribert. Erfaringen var at ikke alle ord ble stavet riktig, men at teksten var forståelig og at med litt korrektur i transkripsjonen så ble det et nøyaktig resultat.

Første uken etter utsendelse av invitasjonene til deltagelse meldte det seg to informanter til prosjektet. Vi valgte å avvente fjorten dager til før vi tok ny re kontakt med avdelingsleder ved AMK og seksjonsleder for medisinske operatører for å purre på nytt. Vi bestemte oss raskt etter dette for å avtale intervjuer med de to som hadde meldt interesse og gjennomføre disse intervjuene i håp om at dette ville kunne bidra til å stimulere til økt rekruttering. Denne metoden kalles snøballmetoden ved at disse informantene igjen rekrutterte nye som var innenfor kriteriene for inkludering (Malterud, 2017, s. 59-60; Thagaard, 2018, s. 54-56. I etterkant av det andre intervjuet som ble gjennomført på ettermiddagen, etter endt arbeidstid, meldte det seg en til som ville delta hvorpå intervjuet ble gjennomført tre dager etterpå. Dette intervjuet ble gjennomført på dagtid etter informantens eget ønske. Etter endt intervju rekrutterte informanten ytterligere to nyansatte innenfor inkluderingskriteriene som ville delta i prosjektet og før vaktskifte samme dag ble intervju av kandidat nr. 4 gjennomført. Deretter gikk det ikke mange dagene før de neste tre informantene var rekruttert og intervjuene gjennomført.

Vi opplevde av at det var enklest for de ansatte å gjennomføre intervjuene på dagtid når de befant seg på jobb. Dette på bakgrunn av at de da kunne delta i arbeidstiden og at det gjennomgående var overbemanning på dagvaktene som da gjorde at de kunne tas ut av AMK sentralen og avse 45-60 minutter.

3.4.3 Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført i en-til-en form på bakgrunn av vår erfaring med denne måten å gjennomføre samtaler med kolleger. Et argument for oss var at informanten ikke skulle oppleve å være i en situasjon hvor to forskere stilte mot en informant under intervjuet. Seks av intervjuene ble gjennomført ved fysisk oppmøte på informantens arbeidsplass, men det siste intervjuet ble gjennomført digitalt på Teams. Bakgrunnen for dette var at informanten ikke skulle på arbeid på en god stund og at det derfor var hensiktsmessig å få gjort intervjuet uten å måtte vente for lenge.

De oppmøtebaserte intervjuene ble gjennomført i et eget rom vi fikk tildelt i samme bygg hvor AMK er lokalisert. Dette var tidligere et kontor som nå var innredet med

stoler og et bord hvor vi kunne få sitte uforstyrret. Vi møtte opp i god tid slik at vi fikk forberedt oss og organisert rommet til å ta imot hver enkelt informant. Organisering i rommet var at intervjuer og informant satt i hver sin stol med ca. 1,5 m avstand seg imellom, litt skråstilt, ansikt mot ansikt. Dette for at intervjuer skulle kunne oppnå bedre kontakt, både verbalt og non-verbalt, ovenfor informanten. Vi kunne bedre få tak i, og oppfatte hva informanten sa. Bordet sto ved siden av oss og der la vi telefonen med DiktafonApp og den separate diktafon for back-up.

Vi startet hvert intervju med å presentere oss selv, forhåndstakke for at de ville sette av tid til å delta i prosjektet, deretter gikk vi igjennom informasjonsbrevet og la vekt på forståelsen av samtykkeskjemaet før de signerte. Alle signerte på samtykkeskjemaet før oppstart av intervjuet. Videre forklarte vi om taushetsplikten vår, sikker bruk av Nettskjema (via Feide, høyskolen i Innlandet) og bruken av DiktafonApp på telefonen.

Underveis i hvert enkelt intervju fikk enkelte oppfølgings spørsmål tilpasset det enkelte intervjuet. Etter hvert enkelt intervju ble dataene overført til sikker lagring i nettskjema sin nettsky. Her ville vi kunne spille av intervjuene i etterkant og få dem transkribert. Vi benyttet i tillegg en diktafon for å sikre lydopptaket mot eventuelt tekniske feil ved Nettskjema og/eller Diktafon-appen. Vi benyttet oss av en liten notatblokk under de to første intervjuene, men fant raskt ut at denne kunne vi greie oss uten og at vi oppnådde bedre kontakt med informantene når alt fokuset lå i intervjuet/samtalen. Vi var underveis forberedt på at temaer som dukket opp kunne påvirke informanten emosjonelt. Straks etter hvert intervju overførte vi til Nettskjema og vi noterte ned i en notatblokk hva vi hadde observert og inntrykket vi hadde fått av informanten under intervjuet.

Intervjuene ble fordelt på oss begge med en skjevhet på fem intervjuer versus to intervjuer. Bakgrunnen for dette var at rett i etterkant av intervjuet med informant nummer to ble det rekruttert fire nye informanter som tok direkte kontakt med den ene av oss. Det ble da naturlig for oss at han gjennomførte intervjuene på bakgrunn av den direkte kontakten, og at han kunne gjennomføre intervjuene i løpet av de to neste dagene. I totalvurderingen var også vektlagt rekrutteringens fremdrift og tidsrammen vi hadde til gjennomføring. Det syvende intervjuet ble gjort via Teams på bakgrunn av hva som var praktisk gjennomførbar for at informanten kunne delta. Dette

intervjuet forløp på samme måte som de oppmøtebaserte og det var ingen ting som tydet på at informasjonen som kom frem var av en annen karakter. Samtidig opplevde vi det som betryggende å ha gjennomført noen intervjuer fysisk i forkant og at vi hadde god kjennskap til intervjuguiden. Bakdelen med Teams var at nærheten til informanten ble noe svekket, men det er ingen grunn til å tro at dette endret noe av opplysningene som kom frem.

3.4.4 Transkribering

Vi benyttet oss av Nettskjema, DiktafonApp på mobiltelefon og ekstern diktafon som verktøy under intervjuene. Intervjuene ble transkribert digital etter overføring til Nettskjema. Vår erfaring var at denne var ganske nøyaktig, men vi måtte likevel gjennomgå hvert enkelt intervju samtidig som vi lyttet til lydopptaket. Dette sikret at transkripsjonen var identisk med intervjuet slik at vi ikke skulle gå glipp av viktige data. Transkripsjonene ble konvertert fra tekstfil til Word og lagret i datasystemet til Høgskolen i Innlandet via Office 365 med innlogging. Det gjorde det mulig for begge forskere å kunne legge inn kommentarer i tekstens marg. Dette gjorde også at vi kunne sitte hver for oss med analysen, men samtidig arbeide i det samme dokumentet. Kommentarene ble lagt inn fortløpende som en umiddelbar respons på det vi leste samt med gjentatte gjennomlesninger for å sikre grundighet og forståelse.

Fordi vi var to forskere om denne oppgaven, fikk vi mulighet til å dobbeltkontrollere alle rå-data samt diskutere intervjuene underveis. Dette gjorde oss godt kjent med datamaterialet. Intervjuene ble foretatt i løpet av en tre ukers periode, og vi tok de innledende analysene umiddelbart etter hvert enkelt intervju var gjennomført. Da vi var ferdige med siste intervju tok vi en ny gjennomgang av alle intervjuene vi hadde hatt. Vi la ned et betydelig arbeide med transkriberingsprosessen. Vi hadde også drøfting med veileder i denne prosessen på teams

3.5 Analyse av datamaterialet

Det var flere ulike kvalitative analysemetoder vi kunne benyttet i denne masteroppgaven. Valget falt på STK da vi mente denne passet godt i en tverrgående analyse hvor det å se etter forskjeller og variasjoner i informantens opplevelser, erfaringer, følelser og holdninger, står sentralt (Malterud, 2017, s. 92-93). Som uerfarne forskere mente vi denne trinnvise og systematiske metoden, ville passe oss godt.

3.5.1 Systematisk tekstkondensering

Systematisk tekstkondensering (STK) ble brukt som analysestrategi (Malterud, 2017). STK er en metode egnet for tverrgående analyse av kvalitative data og kan forankres i masteroppgavens vitenskapsteoretiske grunnlag. Kirsti Malterud beskriver STK som en «pragmatisk metode for tverrgående analyse av data» (2017, s.97) og er spesielt godt egnet for forskere med ingen eller lite erfaring. Metoden handler om å undersøke hvordan virkeligheten utspiller seg i konkrete og praktiske sammenhenger (pragmatisk), i motsetning til positivismen som rangerer teori høyere enn praksis (Thomassen, 2006, s. 44-45).

Vi valgte å anvende STK for analyse av intervjuene (Malterud, 2012; Malterud, 2017, s. 97). Malterud beskriver at denne metoden egner seg spesielt godt for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener, spesielt når materialet kommer fra ulike informanter og krever utvikling av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2017, s. 97). Den deskriptive tilnærmingen synliggjør informantenes erfaringer og opplevelser av dem selv, uten underliggende meninger om hva som egentlig ble sagt. Vi vil presentere opplevelser og erfaringer fra våre informanter, uten at vi trenger å spekulere i alle mulige fenomener. STK passet godt for vår masteroppgave da vi er nye innen forskningsfeltet og et format som er tilpasset kvalitative intervjuer.

Analyseprosessen følger en strukturert fremgangsmåte i fire trinn (Malterud, 2017 s.98-108).

1. Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer.
2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering
3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I det første trinnet oppnås et helhetsinntrykk ved å lese teksten i et fugleperspektiv, med problemstillingen som bakteppe, og trekke ut foreløpige temaer fra datamaterialet. Deretter blir relevant tekst identifisert og meningsbærende enheter plukkes ut for å systematiseres og knyttes til de foreløpige temaene fra trinn 1. Temaene utvikler seg gradvis til reviderte kodegrupper med mulige subgrupper (Malterud, 2017, s.104). Denne prosessen beskriver Malterud som koding og dekontekstualisering. Dette betyr at deler av teksten tas ut av sin opprinnelige sammenheng for å leses senere i tilknytning til tekstelementer i lys av teoretiske perspektiver. Denne prosessen er dynamisk og de meningsbærende enhetene kan endre plassering, og kodegrupper kan sammenslås og justeres i underveis (Malterud, 2017, s.103-105). I trinn tre fortsetter den tverrgående analysen og kodegrupper deles inn i subgrupper med «felles trekk». Deretter kondenseres dette i form av sitater i jeg-form, som sammenfatter innhold i subgruppene (Malterud, 2017, s.107). I det siste trinnet, trinn fire, settes kondensatene sammen, rekontekstualiseres og omskrives som en analytisk tekst i tredjeperson (Malterud, 2017, s.108-109). Det er viktig at teksten skal være gjenkjennelig fra den opprinnelige sammenhengen, men presentere et utvalg av fellestrekk og nyanser fra flere informanter. Overskriftene i analysens siste del utvikles fra resultatkategoriene. Dette betegnes som hovedfunn.

Analyseprosessen kan oppfattes som mekanisk og oppskriftsmessig, men i praktisk utførelse innpasses trinnene organisk, med gjentatte tilbakeskritt for å sikre grundighet og presisjon. Analysestegene går over i hverandre og vi erfarte at vi flere ganger gikk tilbake for å forsikre oss om at vi hadde fått med all informasjon som var relevant. Følgende gir en inngående beskrivelse på hvordan vi har benyttet STK i analysen av intervjuene.

3.5.2 Analyseprosessen

Vi vil i dette avsnittet gjøre rede for trinn 1-3 i STK for å beskrive gangen for å komme frem til resultatene i trinn 4. Trinn 4 vil bli presentert i kapittel 4, resultater.

I den innledende fasen av analysen fokuserte vi på å bli kjent med det omfattende materialet, som bestod av 65 sider tekst fra transkriberingen og nesten 25000 ord i tekststørrelse 11. Datamaterialet bestod i hovedsak av sitater. Stikkordene fra det enkelte intervjuet ble deretter ført inn i et excel-dokument med ulike overordnede temaer. Hver informant hadde fargekode og nummer i tabellen hvor vi samlet alle temaene i rader knyttet til den enkelte informant. Dette gav oss en god oversikt på hva intervjuene handlet om. Begge forskere arbeidet uavhengig av hverandre når vi skulle finne overordnede temaer fra intervjuene. Vi lagde følgende tabell for å illustrere foreløpige temaer fra tre informanter og har tatt ut deler av dette arbeidet fra informant nr.1 (rød), informant nr.2 (gul) og informant nr.3 (grønn). Temaene er ikke bearbeidet, men skrevet inn som utsagn i stikkordsform.

Informant 1	Informant 2	Informant 3
Opplæringen var bedre før	Intens lyd og støy	Ensom jobb
Føler meg alene på jobb	Stress av ikke å mestre	Overlatt til meg selv
Det kollegiale gir trivsel	Drømmer ofte	Blir ikke sett av leder
Ledere har for mye å gjøre	Syke barn	Sen oppfølging av EFOK
Høy puls	Trusler fra innringer	Øresus
Veiledning er viktig	Feilvurderinger	Får ikke puste
Tar med tvilen hjem – gjorde jeg rett	Ikke tid til å snakke med kollegaer	Gode kolleger
Å se døde barn	Ikke tid til å nullstille	Redd for å gjøre feil

Tabell 1: Eksempler tema STK trinn 1

Etter å ha gjennomgått intervjuene flere ganger satt vi tilbake med ulike temaer som handlet om informantenes opplevelse av egen arbeidshverdag og erfaringer med kollegastøtte.

Datamaterialet var rikt på sitater og eksempler fra hverdagen i forhold til opplevelse av arbeidshverdag og erfaringer med kollegastøtte. De foreløpige temaene var som følger:

Foreløpige temaer
Redd for å gjøre feil
Overlatt til seg selv så fort opplæringen var ferdig
Frustrerende at alle er opptatte hele tiden
Mye støy i sentralen
Døde barn
Ikke kunne hjelpe fort nok - stresset av telefoner på vent
Tavla på veggen er stressende
Skjermpause - stor nytte av pause fra skjermen for å hente seg inn
Samtaler med kollegaer er viktig etter vanskelige samtaler
Føler seg sett av kollegaer
For få folk i sentralen til tider
Legge fra seg jobben, men blir med hjem
Ør i hodet etter jobb
Nytte av organisert kollegastøtte
Legge fra seg jobben
Kollegastøtten fungerer ikke alltid
Det er godt å bli sett av leder
Utfordrende samtaler (kommunikasjonsvansker, trusler, syke barn, ukjent adresse)
Hjelpe de som kommer med trusler

Tabell 2: STK trinn 1

Trinn 2: Fra temaer til koder

I dette trinnet organiserte vi datamaterialet nærmere ved å markere meningsbærende enheter i teksten fra intervjuene. Med temaene fra trinn 1 som veiledning, ble relevante tekstavsnitt manuelt markert med en markeringsfarge. Tekst som ikke var relevant for oppgavens problemstilling ble tatt ut av de transkriberte intervjuene. Vi var åpne for ny informasjon og markerte heller for mye enn for lite.

Det var absolutt en fordel at vi var to som kunne bidra inn i analysen med ulike nyanser og detaljer, selv om dette også bidro til diskusjoner om hva funnene egentlig handlet om og hva de foreløpige temaene kunne kodes som.

Malterud (2017, s.101) beskriver dette som filtrering ved å skille relevant tekst fra irrelevant. Vi fikk veldig mange kodegrupper, men etter hvert så vi hvordan noen av disse kodegruppene kunne slås sammen og justeres slik at vi satt tilbake med et overkommelig antall. Dette var også en prosess vi brukte god tid på og det var nyttig å ta noen dagers pause mellom øktene vi satte av til analysearbeidet. Det gav oss rom til å justere kodegruppene og enes om navn. Til slutt satt vi tilbake med tolv kodegrupper som representerte oppgavens problemstilling samt informantens stemme. På et tidligere tidspunkt satt vi med meningsbærende enheter som var koblet til flere kodegrupper. Malterud (2017, s.104) skriver at dette kan tyde på at kodene ikke har vært presise nok. Dette tok vi til følge og reformulerte, justerte og slo sammen kodegrupper. Følgende tolv koder: ble med videre i prosessen:

Kodegruppe		Undergruppe
Arbeidsmiljø og fysiske forhold		Støy, dårlige lokaler, fysisk organisering, tavle på veggen som stresser
Mentalt velvære og stressmestring		Stress, behov for å nullstille, håndtere press, ikke tid til skjermpause
Kollegial støtte og samarbeid		Behov for kollegial støtte, behov for uformelle samtaler, samarbeidsutfordringer, fellesskap og sosialt miljø
Ledelsesstøtte og oppfølging		Behov for støtte av leder, bli sett og hørt av leder, tilbakemelding fra leder, strukturert oppfølging fra leder, manglende støtte fra ledere
Opplæring og utvikling		Behov for bedre opplæring, simuleringstrening, faglig og personlig utvikling

Faglig identitet og kompetanse		Vurdering av egne ferdigheter og kompetanse, savner tid til faglige diskusjoner og gjennomgang av hendelser
Emosjonell påvirkning og mestring		Blir påvirket av samtaler, vanskelig å håndtere egne følelser, mestring av krevende oppdrag
Effektivitet og arbeidsorganisering		Bedre struktur, bedre bemanning i perioder, organisering av arbeidsstasjoner
Kommunikasjon med kollegaer og ledelse		Behov for dialog og kommunikasjon med ledere, tid til å snakke med kollegaer, støtte fra kollegaer, viktig og bli sett og hørt
Selvrefleksjon og læring		Ofte etterpåkløkskap, ikke tid til egenrefleksjon, må lære av hverandre og erfaringer
Balanse mellom arbeid og privatliv		Påvirkes utenom jobb, behov for å kunne legge fra seg jobben når jeg går hjem, helgene er stressende, når jeg kommer hjem må jeg koble av
Sikkerhetsaspekter og risikovurdering		Redd for å gjøre feil, frykt for tilsynssak, kritisk til egne beslutninger, er låst til indeks.

Tabell nr. 3: STK trinn 2

Trinn 3: Fra kode til mening

I dette trinnet ble fokuset rettet mot abstrahering av kunnskap representert i hver av kodegruppene. Vi identifiserte meningsaspekter innen hver kode, organiserte dem i subgrupper, og kondenserte deretter innholdet for å frembringe meningen. Malterud (2017, s. 106) bruker metaforen om klesvask som skal sorteres i skuffer og hvor kodegruppene representerer en skuff i kommoden. De ulike kodegruppene omfatter nå tekst med ulike nyanser som representerer meningsaspekter fra de ulike informantene. Fordi det er ulike nyanser knyttet til den enkelte kodegruppen opprettet vi derfor subgrupper, slik at kodegruppen også dekket flere underkategorier. Tekstene ble tolket ut ifra vår forforståelse og faglige perspektiv, men at informantens stemme tydelig

kom frem. Det ble formulert et kondensat for hver kodegruppe formulert som en sammenfatning av subgruppene og skrevet om til en analytisk tekst i tredjeperson (Malterud 2017, s.106-108). Teksten skal ifølge Malterud kjennes igjen fra den opprinnelige sammenhengen og representere et utvalg med fellestrekk og variasjoner fra flere av informantenes historier.

Kondensatet skal være i *jeg-form* (Malterud, 2012; Malterud 2017, s.106-108).. For å synliggjøre arbeidet i den tverrgående analysen vil vi trekke frem følgende kondensat:

Det var en gang jeg fikk en telefon om knivstikking, hvor det var flere av publikum som var hysteriske og oppstemte. De hindret meg i at jeg fikk drevet med veiledning over telefon. Frustrasjonen vokste i meg. Selv om jeg skulle være profesjonell ble jeg fly forbannet. Jeg ble kjempefrustrert og sint på dem som forhindret at jeg fikk gjort jobben skikkelig. Akkurat da skulle jeg ønske at lederne kunne vært mer til stede eller at jeg kunne snakket med en kollega. Det hadde betydd mye for meg at de skjønnte hvor tøft jeg hadde det etterpå.

Kondensatet oppsummerer informantens opplevelse av kodegruppen emosjonell påvirkning og mestring, hvor etiske problemstillinger førte til moralsk distress og jobbkrauet om å skulle hjelpe ble satt på prøve.

Trinn 4: Fra kondensering til beskrivelser

Den siste fasen av analysen involverte sammenfatning og rekontekstualisering av funnene og presenteres som resultater i masteroppgaven som en analytisk tekst (Malterud, 2012; Malterud 2017, s. 108-109). Vi utarbeidet innholdsbeskrivelser for hver kodegruppe og subgruppe, eksemplifisert ved utvalgte sitater fra transkripsjonen for å konkretisere hovedfunnene og nyansene i informantenes opplevelser og erfaringer. Kodegruppene fikk nye beskrivende navn for å formidle hovedfunnene og subgruppene har vi organisert i egne avsnitt. Etter Malteruds STK fikk subgruppene egne undertitler for å unngå at vi ble for detaljerte i analysen og ikke ledet til at presentasjonen ble for fragmentert (Malterud, 2017, s.109). Vårt ansvar var å være så

tekstnære som mulig slik at informantenes stemme ble bevart. Sitatene som ble valgt ut hentet vi direkte fra intervjuene og var rettet mot oppgavens problemstilling. Til slutt satt vi tilbake med to hovedkategorier som presenteres som hovedfunn i kapittel 4. Subgruppene i trinn 4 er bearbeidet i forhold til undergruppene i trinn 3. Det vil si at vi har slått sammen flere undergrupper og gitt disse nye navn.

Hovedkategorier	Underkategorier
Et stressende og urolig arbeidsmiljø der telefonen ringer konstant og jobben sitter i hele meg	Telefonen ringer konstant Et gammelt og utdatert lokale Frykt for å gjøre feil Å nullstille seg og reflektere er viktige Når jobben blir med hjem
Kollegastøtte er ryggen som bærer	Betydningen av formell kollegastøtte Betydningen av uformell kollegastøtte Betydningen av organisert kollegastøtte, EFOK

Tabell nr. 4: Oversikt over identifiserte temaer STK trinn 4

3.7 Forskningsetiske overveielser

Vi har under hele forskningsprosessen veiet etiske hensyn tung i møte med våre informanter og forvaltningen av deres oppfatninger og erfaringer. I Johannessen et al (2016, s. 83) beskrives etikk som forholdet mellom mennesker og hvordan mennesker skal forholde seg til hverandre. Vårt ansvar som forskere handler derfor om hva vi kan og ikke kan gjøre mot andre mennesker. Vi er underlagt strenge etiske standarder som skal beskytte informantenes rettigheter og norske lover og forskrifter (Malterud, 2012; Malterud, 2017, s. 211).

Generelle forskningsetiske retningslinjer

De nasjonale forskningsetiske komiteene (Forskningsetikk.no) utarbeidet i 2014 generelle forskningsetiske retningslinjer. Disse er ment som oppstart til forskningsetiske hensyn og prinsipper og innebefatter også de som selv ikke er forskere:

- 1. Respekt.** Personer som deltar i forskning, som informanter eller på annen måte, skal behandles med respekt.
- 2. Gode konsekvenser.** Som forsker skal man etterstrebe at ens aktivitet har gode konsekvenser, og at mulige uheldige konsekvenser er akseptable.
- 3. Rettferdighet.** Et hvert forskningsprosjekt skal være rettferdig utformet og utført.
- 4. Integritet.** Forskeren plikter å følge anerkjente normer og å opptre ansvarlig, åpent og ærlig overfor kolleger og offentlighet.
(Forskningsetikk.no)

Vi har lagt vekt på ansvaret for våre informanter gjennom hele forskningsprosessen og tatt etiske hensyn og ivaretagelse av personvern og anonymitet. Dette beskriver vi nærmere i kapittel 3.8.

I utarbeidelsen av prosjektskissen startet arbeidet med refleksjon over etiske overveielser opp mot informantene. Herunder det å utforme informasjonsskrivet som beskrev ivaretagelse av informantene i tråd med de forskningsetiske prinsipper, tilbud om oppfølging dersom man skulle få en reaksjon i etterkant, info om masteroppgavens tema og oppbevaring av data. Det ble så med dette som bakgrunn utarbeidet et skriftlig samtykkeskjema. Dette ville være kontrakten mellom oss og informantene. Informasjonsskrivet og samtykkekontrakt ble godt igjennom sammen med informantene i forkant av signering før gjennomføringen av intervjuene. Vi var forberedt på at det under intervjuene kunne reaktiveres ubehagelige og potensielt ubearbeidede traumer de hadde hatt både, både personlig og gjennom jobben som nyansatt MO, og hvordan vi fulgte dette i samtalen.

3.8 Personvern og godkjenninger

I oppstartsfasen med masteroppgaven sendte vi inn prosjektbeskrivelse, informasjonsbrev, samtykkeskjema og intervjuguide sendt inn til godkjenning hos Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT).

Informasjonsbrevet og samtykkeskjemaet beskrev bakgrunn, mål og hensikt, samt hvordan informasjonen og anonymiteten til informantene skulle ivaretas. Videre at det var frivillig å delta og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi årsak. Informasjonsskrivet inneholdt kontaktinformasjon til hvem som var ansvarlig for forskningsprosjektet og vår kontaktinformasjon. Samtykkeskjemaene og diktafon ble oppbevart innelåst i en skuff på vårt kontor etter gjennomført intervju og kontoret var låst for uvedkommende. Underveis i denne prosessen hadde vi jevnlig dialog med veileder fra Høgskolen i Innlandet.

Vi utarbeidet en datahåndteringsplan etter gjeldene retningslinjer fra Høgskolen i Innlandet som en del av prosjektbeskrivelsen. Samtidig søkte vi godkjenning hos personvernombudet i OUS (vedlegg 2). Dette var et digitalt søknadsskjema hvor godkjenningen fra SIKT skulle legges ved (vedlegg 1).

Informantene var ikke blant våre arbeidskolleger i ambulanseavdelingen, men vi valgte allikevel, for å ivareta informantenes integritet, å ha et klart og tydelig skille mellom vår rolle som forskere og kollegastøtter. Vi avklarte med vår leder i EFOK at vi ikke skulle gå inn som kollegastøtter ovenfor informantene som deltok i oppgaven i en periode på tre år etter at forskningsprosjektet er avsluttet. Dette betyr at andre representanter i EFOK vil ivareta informantene i denne perioden. Innad i kollegastøttegruppen vil vi ikke opplyse om årsaken til at vi ikke skal følge opp disse, men følge våre ordinære prosedyrer for å videreformidle oppfølging uten å måtte oppgi årsak. I kollegastøttegruppa er det også en streng taushetsplikt og det er kun vår leder som er informert om årsak til at vi ikke skal følge opp informantene.

Vi benyttet Nettskjema, opprettet hos TSD (Tjenester for sensitive data) og DiktafonApp. Alt av data som ble samlet inn gjennom nettskjema og DiktafonApp ble lagret og oppbevart i et sikkert system etter retningslinjer for opptak og bearbeiding av intervjuer i studentprosjekter (inn.no). OneDrive FEIDE er en skybasert tjeneste mens FEIDE er et påloggings- og autentiseringssystem for universitet- og høgskoler i Norge. Gjennom denne løsningen fikk vi en sikker og pålitelig håndtering av data for

bruk i denne oppgaven. Selve datahåndteringen behandlet vi i tråd med personvernregler og relevante etiske retningslinjer. Det vil si at alle data ble behandlet konfidensielt og anonymisert. Vi hadde fokus på å ikke utlevere informantene, men samtidig bevare essensen i utsagn. Informantene ble kun benevnt med arbeidstittel MO og dialekter eller andre variasjoner ved informantenes språk, ble oversatt til bokmål for å sikre deltakernes anonymitet. Alle informanter ble informert om bruken av Nettskjema, DiktafonApp og hvordan dataene ble lagret frem til oppgaven var ferdig. Vi fikk godkjent lagring av data frem til 31.12. 24

For å ivareta deltakernes personvern og konfidensialitet har vi implementert nøye og sikret anonymiseringsprosedyrer. Dette innebærer fjerning av all informasjon som kan identifisere deltakerne på kjønn, alder og bakgrunn, og sikret at all kommunikasjon om deltakerne skjedde på en sikker og konfidensiell måte.

4 RESULTAT

I dette kapitlet vil vi presentere resultatene fra analysen og vi har vektlagt informantenes egne utsagn for å bevare det induktive og nærhet til informantene. Analyseresultatene er basert på de kvalitative intervjuene og peker på oppgavens problemstilling:

Hvordan opplever nyansatte medisinske operatører egen arbeidshverdag ved AMK og hvilke erfaringer har de med kollegastøtte?

- **Et stressende og urolig arbeidsmiljø der telefonen ringer konstant og jobben sitter i hele meg**

Arbeidsmiljøets påvirkning på nyansatte medisinske operatørers opplevelser av egen arbeidshverdag

- **Kollegastøtte er ryggen som bærer**

De ulike formene for kollegastøtte, uformell, formell og organisert

De to hovedkategoriene oppsummerer informantenes opplevelse av egen arbeidshverdag og erfaringer med kollegastøtte. Hovedfunnene fra analysen gir innsikt i sentrale temaer som påvirker nyansatte medisinske operatørers arbeidsopplevelse i en kompleks og utfordrende arbeidshverdag. Det første hovedfunnet er *et stressende og urolig arbeidsmiljø der telefonene ringer konstant og jobben sitter i hele meg*, beskriver de ansattes opplevelse av arbeidsmiljøet ved sentralen og peker på fysiske og psykiske reaksjoner på stress og belastninger. Disse reaksjonene varierte, men mange av informantene beskrev arbeidshverdagen på AMK som krevende og emosjonelt belastende. Mange beskrev at de kunne oppleves som emosjonelt belastende både på jobb og i fritid. Mange av informantene beskrev at de ofte hadde hodepine, øresus og stive skuldre som kunne relateres til arbeidet. Det andre hovedfunnet var *kollegastøtte er ryggen som bærer*, og handlet om informantenes opplevelser og erfaringer med de ulike formene for kollegastøtte på

arbeidsplassen. Informantene pekte på den positive opplevelsen det ga når aktivitetsnivået og bemanning ga rom for samtaler.

4.1 Et stressende og urolig arbeidsmiljø der telefonene ringer konstant og jobben sitter i hele meg

Informantene beskrev en hektisk arbeidshverdag på grunn av høyt støynivå, konstant strøm av telefoner og lys- og lydsignaler. Spesielt det at alle MO satt fysisk i samme rom kom frem som en belastning og mange oppga at tidspresset gjorde dem engstelige for å gjøre feil.

4.1.1 Telefonen ringer konstant

Informantene beskrev en krevende arbeidssituasjon med mange telefoner, korte svarfrister og at deres arbeidsprestasjon til enhver tid var synlig på en stor tavle på veggen. Når tallene var røde var sentralen ikke innenfor myndighetskravet hvor 90% av telefonene skulle tas innen 10 sekunder som satt dem under et konstant press. En av informantene uttrykte dette på følgende måte:

Inne på sentralen er det en kamp hver dag. Det er støy overalt – høye stemmer og telefoner som ringer konstant. Den blinkende røde lampen på skjermen og alarmen som går når det er telefoner på vent – og den lyden er så stressende. Tempoet er til tider så høyt og vi må ta raske avgjørelser, og ofte er det liten tid til å gjøre gode nok vurderinger før det må sendes ut ambulanse. Klokka går og vi blir hele tiden påminnet om hvor raskt vi klarer å ta telefonen. Pulsen stiger når tallene er røde fordi vi ikke tar telefonene raskt nok.

Flere av informantene vektla at de måtte håndtere flere samtaler samtidig internt i sentralen og samtidig ivareta innringer. Dette skapte ifølge flere informanter stress og manglende tid til å håndtere situasjonen på en tilfredsstillende måte.

Mange av informantene beskrev at de ofte opplevde hodepine, øresus, øresmerter og uro i kroppen på grunn av arbeidspresset. En av informantene fortalte følgende:

Jeg har begynt å bruke ørepropper når jeg kommer hjem fordi det har vært så mye støy på jobb. Er både kokt i hodet og i ørene. Det har jo hendt jeg tar en paracet fordi jeg har vondt i hodet og nakken etter jobb, men det er ikke så rart sånn som arbeidsdagen er noen ganger.

4.1.2 Et gammelt og utdatert lokale

De gamle uslitte lokalene med dårlig ventilasjon, kombinert med utforming av sentralen, var også et gjennomgående tema blant informantene. Rommet var stort og åpent, og delt inn ved at de satt ved egne pulter som var plassert i to rekker med frontene vendt mot hverandre. På hver operatørpult var det fire store pc skjermer som begrenset utsikten og muligheten til å ha kontakt med kollegaer som satt på pulten rett ovenfor. I det samme rommet som MO satt Operasjonsleder (vaktleder) og Luftambulanseskoordinatorene for Sør-Norge. Ressurskoordinatorene som koordinerte ambulansene satt i et eget rom. En av informantene beskrev følgende:

Sånn vi sitter nå så er det vanskelig å se hvem som er ledig. De store skjermene tar nesten all utsikt. Hvis jeg bare kunne snudd meg rundt sånn at jeg så hvem som var opptatt eller ikke, så hadde jeg ikke følt meg så alene når jeg trengte å få hjelp av en kollega.

Flere av informantene mente det ville være mer hensiktsmessig å sitte med ryggen mot hverandre for å kunne snu seg og enklere se hvem som var opptatt eller ikke. RK som koordinerte ambulansene basert på vurderingene som var tatt av MO, satt et annet sted i bygget. Flere informanter opplevde det som utfordrende at de ikke satt i samme rom. En av informantene fortalte:

Avstanden til RK'ene har bare blitt større etter at de ble flyttet. Når jeg ikke har øyekontakt med de jeg skal samarbeide med så kan det til tider være vanskelig. Noen ganger ser de ikke at jeg har gjort endringer i oppdraget fordi de har også mye å gjøre. Det kan jo få konsekvenser for både pasient og de på ambulansen. Så forsvinner det kollegiale også, og det kan fort bli misforståelser og misnøye.

Viktige beskjeder og opplysninger i oppdraget kunne bli borte. Informantenes opplevelse var at denne organiseringen av arbeidsmiljøet gjorde det vanskeligere å utføre den jobben de ønsket på grunn av denne organiseringen av arbeidsmiljøet.

4.1.3 Frykten for å gjøre feil

Informantene beskrev et betydelig press på grunn av den kontinuerlige strømmen av samtaler inn til AMK, med høyt tempo og kort svarfrist. I tillegg beskrev informantene en bekymring og en opplevelse av å ikke ha tilstrekkelig tid til å håndtere enkelte oppdrag godt nok. Frykten for å gjøre feil var et sentralt tema hos alle informantene og en av dem uttrykte dette på følgende måte:

Noen ganger har jeg ingen ting mer å gi. Det kan være ganske slitsomt og jeg kan bli veldig lei meg når det ikke går som jeg vil. Det blir liksom en kamp mot klokka og seg selv. Da kjenner jeg spesielt på frykten for å gjøre feil. At jeg burde gjort noe annerledes. Det er jo sånn du tenker på etterpå. Det er også litt sånn ubehagelig, og så vet jeg ikke om jeg husker alt det jeg skulle skrive når jeg endelig har tid til å skrive ferdig. Så da lurte jeg på om dette var riktig jobb for meg.

Flere informanter fortalte om en todelt frykt for å gjøre feil. Det ene handlet om feil som fikk en direkte konsekvens for pasienten, særskilt barn, og det andre handlet om trusselen for en potensiell klagesak eller tilsynssak, med påfølgende konsekvens for den ansatte.

I tillegg var det noen av informantene som fortalte om særdeles voldsomme handlinger de hadde blitt vitne til over telefon. Noen ganger var det så travelt at ingen andre fikk med seg hva slags samtale de nettopp hadde hatt. Da måtte de stå i det selv. En av informantene fortalte:

Det verste er frykten for å gjøre feil, fordi konsekvensene kan være enorme – tilsynssaker er ingen spøk, og det er slitsomt. Men når du sitter der alene og føler deg overveldet, da skulle du ønske at noen var der for å hjelpe deg og ikke bare være redd for å gjøre feil og få klagesaker selv om du gjør så godt du kan. Det er som om det aldri er tid til å puste ut.

Det var også flere av informantene som fortalte at bruk av video opplevdes både positivt og negativt. Video kunne være belastende på grunn av sterke visuelle inntrykk, men at dette ofte var avklarende i forhold til hva som hadde skjedd og gjorde jobben med å vurdere pasienten eller hendelsen enklere. En av informantene fortalte at det også lå en slags forventning i å bruke video når det gjaldt barn.

Bemannings situasjonen var noe alle informantene trakk frem. Det kom frem utsagn som *“tilstrekkelig bemanning gir meg ro og reduserer stressnivået ved at jeg føler meg tryggere på jobb”*. Det var også flere informanter som fortalte om mange samtaler inn til AMK som de opplevde som unødvendige. Dette var ofte pasienter og pårørende som manglet andre gode alternativer til helsehjelp og MO brukte mye tid på å forklare innringer at de ikke kunne hjelpe og de opplevde også å motta kjeft og trusler fra fortvilte pasienter og pårørende.

4.1.4 Å nullstille seg og reflektere er viktig

Informantene var samstemte i at det å nullstille seg etter samtaler og sette av tid til å reflektere over hendelser, var viktig for å kunne være mentalt forberedt til neste telefonsamtale. De opplevde ofte lite eller ingen tid til å bearbeide følelsene og reflektere over det de hadde gjort. Informantene fortalte at det nylig hadde blitt innført 10 minutters skjerm pause i løpet av vekten som et tiltak for å avlaste. De forklarte at

det opplevdes frustrerende når det ikke var tid til å ta disse pausene til forhåndsbestemte tidspunkt og at de ikke kunne tas igjen senere.

Det er ikke alltid tid til å nullstille etter en heftig samtale, men når det går så føles det godt. Når jeg får tid til en skjermpause, får jeg et pusterom. Da kan jeg samle tankene og senke skuldrene. Spesielt etter krevende samtaler har jeg behov for å nullstille. Dessverre er ikke dette alltid mulig fordi telefonene ringer hele tiden

Sitatet uttrykker et stort behov for å kunne hente seg inn når behovet er der og at de opplevde manglende tid til å nullstille etter en samtale. Bare det å kunne spise lunsj sammen var noe flere påpekte som et savn. Flere kom med utsagn som «*når jeg har pause sitter jeg ofte helt alene*» og «*noen ganger hadde det vært godt å ha noen å snakke med når jeg spiser*», som viser informantenes behov og betydningen av pause, for å nullstille sammen med andre på AMK.

Informantene fremhevet flere utfordringer med å være nyansatt MO på AMK. Fra opplæringen, med tett oppfølging over lang tid, til opplevelsen av å plutselig skulle stå alene. Flere av informantene ga detaljerte beskrivelser av hvordan de opplevde å være nyansatt. En av dem sa det slik:

Ja, en og samme veileder som jeg satt med da i to måneder en til en. Etter tiden med veileder: Helt forferdelig! Det var helt grusomt! Det var sånn, går dette bra?

Informantene ønsket en mer strukturert opplæring, avsatt tid til faglige diskusjoner og en arena der MO kunne dele erfaringer etter hendelser og få faglig påfyll. Flere vektla betydningen av opplæringen fra erfarne kollegaer som uvurderlig og at dette var til god hjelp for å håndtere usikkerhet og stress. Majoriteten av informantene satt med et inntrykk av at det var kortere opplæring for de som ble ansatt i dag versus den

informantene selv hadde hatt for 6-18 måneder siden. Dette gjorde at de kunne føle på en usikkerhet i arbeidshverdagen og en bekymring for hvordan de nyeste kollegene hadde det på jobb.

Samtidig var adrenalin et de kjente og det uforutsigbare, noe alle informantene beskrev som en viktig motivasjon for å ha søkt denne jobben ved AMK. Informantene kom med utsagn som «*jeg liker den utfordringen jobben gir meg*» og «*jeg liker spenningen og adrenalin et når jeg ikke vet helt hva som kommer*». Likevel beskriver de ulike plager som de relaterer til arbeidet.

Jeg må jo takle at jeg ikke vet hva som kommer i neste telefon. Når jeg sitter og tar telefoner er det adrenalin, og det at jeg synes det er morsomt med litt spenning. Jeg er jo først til noen på alt. Likevel er det jo en veldig krevende jobb. Det er jo som jeg sier, mange av de gamle kollegaene som jeg har pratet med, det er bare sånn. Men, nei, det er jo galt at det skal være sånn.

4.1.5 Når jobben blir med hjem

Felles for alle informantene var at de hadde egne mestringsstrategier de benyttet for å kunne legge fra seg jobben, og hvor et tydelig fellestrekk var fysisk aktivitet og at de brukte naturen aktivt.

Heldigvis har jeg funnet en god mestringsstrategi for å håndtere stress gjennom regelmessig trening. Det bidrar til å opprettholde en balansert livsstil til tross for arbeidets utfordringer. Også har jeg jo min egen familie. Barn og sånt. Det tar fokuset vekk fra jobben og jeg får tankene over på andre ting.

Uttrykket «*legge fra seg jobben*» når de gikk ut døra på AMK brukte flere av informantene. Dette selv om det ikke alltid var like lett å glemme det som hadde skjedd på jobb. En av informantene med flere års erfaring som sykepleier fortalte:

Jeg tenker jeg er flink til å legge fra meg jobben når jeg går ut døra her og kommer hjem. Men, jeg skal ikke si at jeg ikke tenker på ting som har skjedd. For noen ting dukker opp med jevne mellomrom. Spesielt hendelser med barn. Jeg har jo hatt døde barn, hvis man kan si det sånn. Det er noe som tar på og jeg kan kjenne smerten til mora som sitter der. Det kan jeg tenke på. Men, jeg er ferdig når jeg går ut.

Her vektla de med klinisk kompetanse fra tidligere at observasjon-, vurdering- og handlingskompetansen de hadde med seg kunne gi dem mestring selv i de krevende samtalene. Dette mente informantene var en styrke og til god hjelp i en travel arbeidshverdag.

4.2 Kollegastøtte er ryggraden som bærer

Informantene snakket varmt om sine kollegaer og fortalte hvor viktig det var å kunne snakke med en kollega for å tåle belastningene og holde ut i en travel hverdag. Det å dele tanker, opplevelser og erfaringer fortalte informantene var av stor betydning når dette lot seg gjøre.

4.2.1 Betydningen av formell kollegastøtte

Samtaler og støtte fra kollegaer ble trukket frem som en meget viktig faktor for å forebygge arbeidsrelatert stress, ivareta trivsel og mestring, samtidig som informantene hadde et ønske om at dette burde tilrettelegges på en bedre måte.

Jeg opplever utrolig støtte i mine kollegaer når jeg har hatt noen virkelige stressende samtaler. Det å ha noen å snakke med og stole på, og dele det vanskelige med, gjør en stor forskjell. Når noen andre anerkjenner det jeg føler og tenker, fordi de har opplevd det samme, gjør en forskjell.

Enkelte brukte uttrykk som at kollegaene er «ryggraden» i jobben. Noen opplevde allikevel utfordringer med å få tid til uformelle samtaler seg imellom, kunne spise lunsj sammen og kunne prate om krevende samtaler.

Kollegastøtten her er fantastisk. Vi deler erfaringer og gir hverandre støtte når vi står overfor vanskelige samtaler. Kollegaene er ryggraden i denne jobben. Vi støtter hverandre og jobber som et team, spesielt når situasjonen blir krevende. Det gjør arbeidet mer overkommelig, men dessverre er det ikke alltid tid til dette. Særlig når det er travelt og det er da vi kanskje trenger det mest. Men samtidig, når vi endelig får tid til å snakke sammen, dele erfaringer og støtte hverandre, da føles det som om vi kan klare alt. Absolutt alt. Men når du sitter der alene og føler deg overveldet, da skulle du ønske at noen var der for å hjelpe deg og ikke bare være redd for å gjøre feil og få klagesaker selv om du gjør så godt du kan. Ja, for jeg vil jo hjelpe de som ringer inn.

Det mange beskrev var at det ofte var mer tid til uformell prat på dagvakter i ukedagene, og på nattevakter.

Mange av informantene trakk frem samarbeidet med kolleger som en viktig støtte. Å dele erfaringer og utfordringer med andre som forsto situasjonen, bidro til et følelsesmessig fellesskap. Dette var det viktigste bidraget til at de hadde en positiv opplevelse av egen arbeidshverdag. Det at mange hadde de samme utfordringene var i seg selv en støtte blant de nyansatte MO. Opplevelsen av at alle som jobbet på AMK hadde et sterkt ønske om å hjelpe andre mennesker sto veldig sterkt.

Når jeg ser kollegaene mine som har et smil rundt munnen og jeg skjønner det har vært en fin dag for dem, så er det en bra start på dagen.

Flere av informantene fortalte at det hadde skjedd en tydelig forbedring når det gjaldt fokuset og muligheten til å dele erfaringer. Noen opplevde også at enkelte operasjonsledere i større grad la til rette for at MO kunne ta seg en liten pause fra

sentralen og ved behov ta en prat med operasjonslederen på vakt. Det kom frem at dette var veldig individuelt og personavhengig ut ifra hvem operasjonsleder som var på vakt. En informant beskrev betydningen av lederoppfølging og ivaretagelse på følgende måte:

Det var det siste oppdraget jeg hadde på nattvakten før jeg skulle gå hjem om morgenen. Dødsfall på et barn. Da kom operasjonslederen og sa til meg at jeg ikke måtte dra hjem nå. Jeg gikk og satte meg og tenkte gjennom hele oppdraget fra start til slutt. Det er jo med det samme rett etter oppdraget du husker det.

Mange av informantene hadde også fokus på viktigheten av det sosiale blant kollegene som en viktig drivkraft til egen trivsel i jobben på AMK. De opplevde å ha skapt en ny giv og et økt fokus på det å ta vare på hverandre både ved å hjelpe hverandre på jobb og, ved behov, avse tid til uformell kollegastøtte. Det var mange som uttrykte at flere kolleger ikke orket belastningen og hadde valgt å slutte. En av informantene fortalte om dette når folk sluttet:

Det påvirker meg definitivt når noen slutter. Jeg kan forstå det, men det blir veldig urolig og påvirker trivselen for alle her. Noen ganger lurte jeg på hvorfor, selv om jeg innerst inne vet at de nok er slitne av alt maset her.

4.2.2. Betydningen av lederstøtte og formell kollegastøtte

Enkelte informanter beskrev at de opplevde positiv støtte og oppfølging fra ledelsen. Det å bli sett som enkeltperson og ikke bare som en del av gruppen var viktig. Annerkjennelse og tilbakemeldinger fra leder hadde stor betydning for dem. En av informantene fortalte om sin positive opplevelse med leder:

Lederstøtten og de regelmessige samtale etter hendelser har vært avgjørende for meg. Å vite at det er støtte tilgjengelig, gjør jobben tryggere. Det å bli anerkjent for arbeidet mitt gir meg en følelse av stolthet og motivasjon.

Likevel var det flere av informantene som påpekte at det var begrenset eller manglende støtte fra ledelsen, og kollegene ble derfor enda viktigere for å håndtere stress og emosjonelle påkjenninger. Enkelte informanter uttrykte behov for bedre kommunikasjon og tilstedeværelse fra lederne. Som en av informantene uttrykte:

Jeg føler virkelig at det mangler støtte fra lederne her og selv om jeg har bedt om oppfølging etter en krevende hendelse, har det vært minimal respons. Det får meg til å føle meg litt alene i stressende situasjoner, og det påvirker definitivt jobbegasjementet mitt. Jeg opplever mangel på støtte og oppfølging etter sterke hendelser. Det er noe jeg tror kan påvirke meg. Kolleger er veldig flinke til å gi tilbakemeldinger. Men, det er jo det at lederne sitter på kontoret og ikke i sentralen. Så de får jo ikke med seg så mye av hva vi driver med. En regelmessig oppfølging fra lederne kunne virkelig gjort en forskjell.

Mange av informantene uttrykte behovet for en mer støttende ledelsesstil og tilgjengelige ledere som kunne bistå ved alvorlige hendelser.

4.2.3 Betydningen av organisert kollegastøtte, EFOK

Når det kom til den organisert kollegastøtte (EFOK) hadde informantene ulik erfaring. Noen opplevde at den ga verdifull støtte og oppfølging etter belastende hendelser, mens andre følte at oppfølgingen kom for sent eller var utilstrekkelig for å møte deres behov. Dette kunne påvirke deres tillit til organisasjonens evne til å ivareta dem etter belastende hendelser.

Jeg var med på gruppesamtale med EFOK. Følte egentlig ikke at jeg selv hadde behov, men jeg bestemte meg for å reise fordi jeg var nysgjerrig. Det var kjempefint. Jeg fikk en helt annen oversikt over hele oppdraget jeg hadde vært med på, høre hva de andre hadde opplevd og jeg fikk liksom hele bildet. Det var så godt å kjenne at andre hadde følt det samme som meg.

En annen informant fortalte at EFOK hadde har vært tilgjengelig gjennom kollegastøtten og at disse samtale hadde hjulpet vedkommende videre etter en hendelse. Noen deltagere var mer kritiske til oppfølgingen fra EFOK- som både handlet om involveringen og tidspunktet.

Selv om EFOK tok kontakt, følte jeg at oppfølgingen var begrenset. Det virket som om de ikke presset på, og jeg valgte å si at jeg ikke trengte ytterligere oppfølging.

En annen informant pekte på at kollegastøtten ofte kom for sent. Dersom den ansatte i hadde vært på jobb i etterkant kunne vedkommende hatt 150-200 telefonsamtaler siden hendelsen. Da var det vanskelig å huske. Som en informant fortalte:

Hadde de tatt kontakt tidligere ville det kunne ha hjulpet meg med å håndtere det emosjonelle stresset knyttet til denne ene konkrete hendelsen.

Informanten hadde et ønske om at den formelle kollegastøtten var mer tilgjengelig når de trengte den mest.

5 DISKUSJON

Vi vil i dette kapittelet diskutere resultatene av analysen på bakgrunn av oppgavens problemstilling: *Hvordan opplever nyansatte medisinske operatører egen arbeidshverdag ved AMK og hvilke erfaringer har de med kollegastøtte?*

Hensikten med oppgaven var å finne mer kunnskap om opplevelsen til nyansatte medisinske operatører knyttet til egen arbeidshverdag ved AMK, og hvilke erfaringer de hadde med kollegastøtte. Oppgaven var basert på kvalitativ metode med en hermeneutisk tilnærming. Det ble gjennomført syv semistrukturerte intervjuer av nyansatte medisinske operatører på AMK. Alle var utdannet sykepleiere, men med noe variert bakgrunn. De hadde vært ansatt på AMK mellom 6 og 18 måneder når intervjuene ble gjort. Vi la vekt på at informantens stemme skulle komme frem gjennom en induktiv tilnærming, for deretter å knytte empirien opp mot teori. Vi fant begrenset litteratur om nyansatte medisinske operatører og at det tidligere var skrevet lite om temaene knyttet til vår problemstilling. Vi brukte Malteruds STK som analysemetode. Analysen resulterte i to hovedfunn:

- 1) **Et støyende og urolig arbeidsmiljø der telefonen ringer konstant og jobben kjennes i kroppen**, viste hvordan opplevelser av egen arbeidshverdag og stresspåkjenninger påvirket informantene i større eller mindre grad.
- 2) **Kollegastøtte er ryggen som bærer**, hvor de ulike formene for kollegastøtte var av stor betydning for informantene når dette lot seg gjennomføre.

5.1 Et støyende og urolig arbeidsmiljø der telefonen ringer konstant og jobben kjennes i kroppen

Vi har trukket frem tre temaer som kan knyttes til funn i oppgaven, anvendt teori og annen litteratur. Følgende temaer diskuteres i lys av teori om moralsk distress, jobbrelasjons modell og litteratur vi har med i oppgaven.

- Betydningen av støy og uro
- Tempo, arbeidspress og behovet for å hente seg inn
- Følelsen av å være helt alene

5.1.1 Betydningen av støy og uro

Informantene beskrev billedlig hvordan utformingen av sentralen var begrensende med arbeidsstasjoner vendt mot hverandre og store pc skjermer som hindret MO å se hverandre. Dette begrenset muligheten til å se om noen av kollegaene var ledig for å kunne få støtte under- eller etter endt oppdrag. Informantene oppgav dette som stressende og en begrensning de selv ikke hadde noen mulighet til å påvirke, som er i tråd med det Morley et al. (2021) skriver om. Dette handlet om den fysiske organiseringen av sentralen som kunne bidra til å øke stresset hos den ansatte. For at vi skal kunne snakke om moralsk distress vil den moralske hendelsen og det psykologiske ubehaget ha en sammenheng. Deres begrensende mulighet til å kunne påvirke kan gi en følelse av at de er *lite verdsatt* i en organisasjon (Morley et al. 2021). Informantene hadde 6-18 måneders erfaring og flere var relativt nye i jobben. Dette kunne for enkelte gjøre det vanskeligere å varsle enn for eksempel en med lengere ansiennitet. Det at alle MO var plassert i samme rom resulterte ofte i at støynivået var høyt. Denne støyen gjorde det, til tider, vanskelig å konsentrere seg og kan også gå utover det å høre hva innringer sa. MO kompenserte dette ved å heve stemmen som igjen resulterte i økt støy i sentralen. Utfordringene angående utforming av sentralen kunne også knyttes til jobb-krav ressursmodellen til Bakker og Demerouti, som har fokus på sammenhengen mellom helse og produktivitet (Bakker et al., 2007). Sentralens utforming påvirket informantenes evne til å prestere slik de selv ønsket, i tillegg til at de ble fysisk påvirket av støyen.

Oslo Universitetssykehus beskriver støy i e-håndbok som ligger tilgjengelig for alle ansatte. Støyen informantene forteller om kan relateres til støy som kan gi helseskader. E-håndboken beskriver følgende: “*Sjenerende støy kan også ved lavere nivå gi uspesifikke helseplager som; stress, irritasjon, muskelspenninger, nedsatt konsentrasjonsevne, nedsatt arbeidsevne og blodtrykksøkning*” (Oslo Universitetssykehus HF e-håndbok).

Noen av faktorene benevner litteraturen som sammensatte og unngåelige, mens andre faktorer sees på som uunngåelige (Morley et al., 2021). I modellen for moralsk distress (jmf.fig.1, s. 28) er dette illustrert øverst til høyre (compounding factors). Dette var faktorer som enten økte eller dempet moralsk distress hos MO. For eksempel var dårlig kommunikasjon en faktor som kunne unngås, mens utformingen av sentralen og manglende ressurser ikke var faktorer MO selv kunne påvirke.

Informantene uttrykte ønske om en optimalisering av arbeidsstasjonene for å fremmekommunikasjon og samhandling mellom MO inne i sentralen, bedre samhandlingen mellom dem samt at et lavere støynivået kunne bedre den enkeltes konsentrasjon. I Arbeidsmiljøloven, kapittel fire, (2005), beskriver den fysiske utforming av arbeidsmiljøet for at arbeidsgiver skal sikre et trygt og helsefremmende sted å jobbe, hvor organisering, HMS, psykiske og fysiske forhold står sentralt.

Noen av informantene opplevde også at samarbeidet med ressurskoordinatorerne (RK) kunne oppleves utfordrende ved at de satt i et annet rom. Kommunikasjonen med dem foregikk kun ved bruk av headset og dermed ikke noen man så fysisk i løpet av vekten og samhandlet med ansikt til ansikt. Denne avstanden følte noen hadde medført et større skille mellom MO og RK når det gjaldt blant annet oppfattelsen av *“nødvendige og unødvendige oppdrag”*. For flere informanter skapte dette frustrasjon ved at de ytre begrensningene hemmet den ansattes handlingsrom og kunne føre til moralsk distress (Epstein & Delgado, 2010). Informantene fortalte at samarbeidet mellom MO og RK kunne vært enklere dersom de kunne samhandlet ansikt til ansikt. Dette ville også kunne styrke det kollegiale på AMK.

5.1.2 Tempo, arbeidspress og tid til å hente seg inn

Arbeidshverdagen til informantene ble påvirket av både av det fysiske arbeidsmiljøet og det til tider høye arbeidspresset med å måtte besvare 90% av nødsamtalene innen 10 sekunder som er myndighetskravet, jmf. Akuttmedisinforskriften. Informantene fortalte om stress som *“telefonen ringer konstant, telefoner på vent så jeg svarer med en gang”* og *“jeg rekker ikke å gjøre meg helt ferdig med forrige telefon før jeg må ta en ny”*. Dette beskrev en politisk styrt prosess hvor lovgiver har satt en tidsfrist på hvor raskt telefonene på AMK skal besvares. Dette var også utenfor de ansattes

kontroll, men bidrar til en travel hverdag som gjør at operatørene ofte er i tvil om de foretar gode nok vurderinger.

På veggen inne i sentralen hang den store tavlen som lyste opp og målte tidsfristen på besvarelsen av samtalene. Røde tall indikerte at de lå under tidskravene og hvor et slikt press også ville kunne påvirke MO i jobben i møte innringer. Spesielt i de periodene hvor de beskriver utfordringen med undermanning i sentralen. Dette beskriver flere faktorer MO selv ikke kunne påvirke og er en del av de ytre begrensningene i teorien om moralsk distress (Epstein, E.G. & Delgado, S., 2010; McCarthy et al. 2015) og jobbkrav-ressurs modellen (Bakker et al., 2007). Analysen av intervjuene viste at disse faktorene påvirket informantene negativt ved at de kunne tvile på egne beslutninger fordi arbeidspresset var høyt. Mange informanter opplevde dette i perioder som overveldende og stressende, med stor bekymring for å gjøre feil. Ingen av informantene viste tegn eller symptomer på arbeidsrelatert stress.

Konsekvensene av feilvurderinger ble beskrevet som todelt – det ene var konsekvens for at pasienten ikke skulle få nødvendig helsehjelp og den andre var en redsel for tilsynssak og eventuelt konsekvensen for den enkelte i ettertid. De var tydelige på at det å få inn oppdrag som omhandlet alvorlig syke eller skadde barn var noe de gruet seg til. Gjennomgående her var at det å distansere seg fra oppdraget opplevdes som mer utfordrende og vanskelig. Dyregrov (2018) skriver at noe av årsaken til at helsepersonell påvirkes så sterkt av barn, er fordi de anses som ute av stand til å klare seg selv og er mer uskyldige. Dermed forsterkes behovet for hjelp og helsepersonellet blir mer personlig engasjert (Dyregrov, 2018). De kan dermed identifisere seg med barnet og dens foreldre (Dyregrov, 2018).

Informantene balanserte mellom profesjonelle plikter og personlige verdier, som for mange førte til en indre konflikt med emosjonell belastning og tvil om egne ferdigheter og kompetanse. I tråd med teorien om moralsk distress var det en tydelig årsakssammenheng mellom et moralsk hendelsesforløp og en opplevelse av et psykologisk ubehag i flere sammenhenger og nivåer (Fourie, 2015). Informantene måtte til tider ta beslutninger som var i strid med deres egen motivasjon og overbevisninger. Av og til opplevde de begrensninger og ressurser som hindret de i å handle i samsvar med sitt moralske kart. Det var ingen av informantene som viste tegn til eller symptomer på arbeidsrelatert stress slik Anstorp et al. (2014, s. 24)

beskriver som ubalanse mellom kravene i det arbeidet som utføres og MO evne til å møte disse kravene.

5.1.3 Følelsen av å være helt alene

Informantene beskrev dagens opplæring hvor enkelte nye kom rett til praktisk opplæring i sentralen hvor veileder sto ansvarlig for all opplæringen, var en bekymring i arbeidshverdagen for flere av informantene. Arbeidsgiver plikter å gi opplæring som er nødvendig, men det er ikke definert spesifikk opplæring for nyansatte MO utover standard nyansattplan i e-håndboken ved OUS (Oslo Universitetssykehus HF e-håndbok). Ved vår henvendelse til AMK sentralen (se kap. 3.3) om dokumentasjon på hvilken type opplæring som gis bekreftet fagkoordinator at de bruker KoKoms grunnopplæring for AMK personell, etterfulgt av funksjonsspesifikk opplæring i ni uker som kunne forlenges hvis den nyansatte ikke besto kravene til opplæring. De hadde utarbeidet en todelt løsning for denne interne opplæringen som besto av ulik tilnærming til de som hadde AMK erfaring fra tidligere og de som ikke hadde erfaring fra AMK, avhengig av deltakere og annen aktivitet. En av løsningene var, slik flere av informantene tok opp som bekymring, at nye operatører kunne få 1:1 opplæring med veileder fra dag en, uten tilsvarende tre måneders opplæringsprogram de selv hadde hatt. Denne besto av «*en måned på SPAT (AMK simuleringssentral) i tillegg til to måneder i AMK sentralen med veileder 1:1*», ifølge informantene (kapittel 3.3). Her kan det tyde på at intern kommunikasjon mellom ledelsen og de ansatte fremstår som uklare når vi ser på hva opplæringsplanene til sentralen viser versus inntrykket til de ansatte.

Deres bekymring for opplæringen tolket vi som to-delt. Den ene bekymringen gikk på usikkerheten om hva de nyeste kollegene satt på av kunnskap til å håndtere arbeidet som MO. Den andre bekymringen gikk på det medmenneskelige som handlet om omsorg ovenfor de nyeste kollegene i sentralen. Informantene uttrykte selv følelsen av å bli overlatt til seg selv og føle seg alene etter endt opplæring. De følte på et stort ansvar når de jobbet selvstendig etter to månedene sammen med en trygg veileder.

På et tidspunkt må man opptre selvstendig og håndtere å bli overlatt til seg selv, samtidig er det en forventning om at man spør og eventuelt søker mer opplæring hvis man er usikker eller lurer på noe. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere

beskriver: «sykepleieren har ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig» (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

5.2 Kollegaene holder meg oppe

Vi har valgt å ta for oss de tre ulike typene kollegastøtte som kan knyttes til funn i oppgaven, anvendt teori, annen litteratur.

- Uformell kollegastøtte
- Formell kollegastøtte
- Organisert kollegastøtte

5.2.1 Uformell kollegastøtte

Uformell støtte fra kollegaer var ifølge informantene essensielt for den enkeltes trivsel, samhold og utholdenhet i arbeidet. Uformell kollegastøtte ble av mange beskrevet som en viktig mestringsstrategi for å håndtere moralsk distress er kjent og støttes i annen forskning (Forozeya et al., 2019; Deady, & McCarthy, 2010).

Informantene opplevde uformell pauseprat og støttesamtalene som betryggende. Dette kunne bidra til å se situasjonen på en annen måte og gi den belastende hendelsen en annen mening. Ifølge Musto og Schreiber (2012) kan denne type uformelle samtaler mellom kolleger være viktig fordi de kan bidra til at den ansatte slår seg til ro med at de har gjort så godt de kan. Flere av informantene fortalte om hendelser der de var usikre om de hadde gjort det de kunne for å hjelpe pasienten, og at disse tankene kunne følge de videre gjennom arbeidsdagen eller hjem. Musto & Schreiber (2012) påpeker at ansatte som ikke føler de har gjort det de kan, står i fare for å ville slutte. Dette viser at denne type støttesamtaler kan bidra til å motvirke turnover, samtidig som det reduserer den psykiske belastningen hos den ansatte.

De aller fleste informantene oppga at de ønsket den uformelle kollegastøtten, men at de ofte brukte fysisk aktivitet eller satte av tid helt for seg selv for å bearbeide arbeidsdagen etter endt vakt. Her oppfattet vi det som noe selvmotsigende, hvor det å legge fra seg jobben omtales i litteraturen som en *negativ mestringsstrategi* på

moralsk distress (Jansen et al., 2019), men at dette var faktisk det informantene beskrev. Vi tenkte at det kunne være vanskelig å «skru» av den emosjonelle bryteren, og at de brukte dette som en mestringsstrategi, for å håndtere livet utenom jobb, kunne være problematisk. Dette støttes blant annet av Helmers et al. (2020) og Isdal (s. 31-32, 2017), der det å legge fra seg jobben som en mestringsstrategi kan gjøre vondt verre.

5.2.2 Formell kollegastøtte

Flere av informantene vektla også det å bli sett og hørt av ledelsen også kunne vært en god måte å få adressert det moralske stresset ved at de involverte MO i organiseringen av det fysiske arbeidsmiljøet. Dette kunne påvirke deres arbeidsmoral og følelse av tilhørighet i organisasjonen. Enkelte informanter ønsket en bedre kultur for tilbakemeldinger på jobben de gjorde og slik vi tolket det beskrev de også et sterkt ønske om mer systematisk gjennomgang av hendelser og faglige diskusjoner. De fleste informantene mente det var kollegastøtte som bidrar til bearbeiding av emosjonelle belastninger (Bjørklund, 1997; Kristoffersen, 2008) når den kom til riktig tid og at organisasjonen la til rette for det.

5.2.3 Organisert kollegastøtte

Noen informanter erfarte at den organiserte kollegastøtten kom for sent. De hendelsene de følte behov for å snakke om, ble overskygget av arbeidspresset og de mange andre telefonene de hadde håndtert før EFOK tok kontakt. Da dette dreier seg om flere dager var det flere informanter som opplyste at de «nesten ikke husket» hendelsen EFOK ringte for. Det kom også fram at en av informantene ikke følte et eget behov for oppfølging da EFOK tok kontakt etter en større hendelse, hvor det skulle være en felles gruppesamtale med de involverte. Likevel valgte informanten å reise for å erfare hva en gruppesamtale innebar. Informanten fortalte at dette var en positiv opplevelse, og at det var et behov som vedkommende selv ikke hadde forstått var til stede. Helhetsbildet ble tydeligere, og det hadde vært en god følelse å høre hvordan andre hadde opplevd og erfart oppdraget. I ettertid hadde informanten snakket med andre kollegaer på AMK om hvor viktig det er med denne type samtaler.

Det å kunne bidra inn i en gruppeprosess og kanskje hjelpe andre enn deg selv til å bearbeide en hendelse, vil kunne være positivt. «Selv om ikke du føler behov for det, så snyter du de andre for helhetsbildet» uttrykte en av informantene. En av årsakene til at mange tenker at de ikke har behov for oppfølging, kan tolkes som en negativ mestringsstrategi på lik linje som å «legge fra seg jobben», slik Morley et al (2021) beskriver i sin modell. Derfor er det viktig at den ansatte får tilrettelegging for å øke egen forståelse om tanker, følelser, etiske- og moralske utfordringer, for å bygge resiliens. Slik det fremstår nå, så er dette overlatt i stor grad til den enkelte ansatte og ikke av arbeidsgiver, til å håndtere moralske- og emosjonelle belastninger selv.

I arbeidet med å forebygge at ansatte blir utbrente, slutter i jobben eller yrket, skriver også Schluter et al. (2008) at de trenger å bli møtt med mer støtte i de periodene hvor det er stress og utfordringer. Styrking av de ansattes mestringsstrategier, og det å styrke deres evne til å gjenkjenne følelser som oppstår fra moralsk distress, kan se ut til å redusere moralsk distress hos sykepleiere (Schluter et al., 2008). Derfor vil det kunne være nyttig å bruke en allerede etablert ordning med kollegastøtte (EFOK) inn i denne type arbeid.

Flere studier viser at moralsk distress er en betydelig faktor for at sykepleiere skifter jobb og noen forlater yrket helt og at dette kan være et symptom på at det mangler gode nok tiltak som bevarer et godt arbeidsmiljø (Nei et al., 2015; Jansen et al., 2019; Fourie, 2015; Barlem & Ramos, (2015). Jansen et al. (2019) skriver at det er problematisk dersom den ansatte ikke får mulighet til å håndtere moralsk stress på en hensiktsmessig måte. Ved å forebygge depersonalisering gjennom støttesamtaler og bevisstgjøring, kan dette motivere den ansatte til etisk refleksjon og dermed være mindre sårbare for moralsk distress. Dette understøtter behovet våre informanter beskriver for en bedre tilrettelegging for refleksjon og tid til å hente seg inn. I tillegg viser resultatene i oppgaven at informantene ikke selv er bevisste på hvordan moralsk distress påvirker i det daglige. Det å oppleve moralsk distress uten å kunne sette ord på det, kan føres til en forsterkning av ubehaget. Derfor er det viktig å øke denne kompetansen hos den nyansatte. Sosial støtte er en viktig årsak til at ansatte blir i jobben (Nei et al., 2015).

5.3 Metodediskusjon

Vi har i denne oppgaven benyttet kvalitativ metode for å belyse problemstillingen:

Hvordan opplever nyansatte medisinske operatører sin arbeidshverdag ved AMK sentralen og hvilke erfaringer har de med kollegastøtte?

Ved å benytte semistrukturerte intervjuer kunne vi fokusere mindre på årsakssammenhenger og heller være mer opptatt av å forstå hvordan mennesker møter verden (Johannesen et al 2016, s. 93). Metoden ga oss ny innsikt og kunnskap om hvordan vi kunne forstå arbeidshverdagen til nyansatte MO på AMK. Som analysestrategi valgte vi Malteruds systematisk tekstkondensering (STK). For å drøfte analysekvalitet vektlegger Malterud refleksivitet, validitet og relevans (Malterud, 2017 s.18). Dette innebærer å redegjøre for metodiske styrker og svakheter i masteroppgaven. Det at vi har vært to masterstudenter ser vi på som en styrke ved at vi har kunne diskutere funn og reflektere i tillegg til diskusjoner med veileder og deltakelse på opponentskapseminaret. Diskusjonene med medstudenter, som har hatt betydning for valg av metode, teori og valg av Malteruds analyse strategi, har vært nyttig, lærerikt og en motivasjon i vårt arbeid. I tillegg har vi hatt stor nytte av faglige diskusjoner med veileder fra Høgskolen i Innlandet, som har «holdt tilbake», dyttet oss frem, utfordret, inspirerte og vært kritisk konstruktiv til det vi har gjort. Dette har i stor grad styrket oppgaven og gitt oss mer forståelse på hva forskning innebærer av strategi, metode og det å være tro mot forskningens grunnprinsipper.

5.3.1 Refleksivitet

Refleksivitet kan forstås som forskerens forutsetninger og tolkningsramme (Malterud, 2017, s. 19). Vi har redegjort for vår forforståelse og vi har hatt mye fokus på å reflektere over hvilken betydning vår rolle og involvering i kollegastøtteordningen og også om vårt ståsted som forskere har hatt i forskningsprosessen. Begge har også måtte granske og vurdere vår rolle som forskere i arbeidet med denne masteroppgaven. Vårt ståsted og utgangspunkt er knyttet til spesialisthelsetjenesten, ambulansetjenesten og vår rolle som kollegastøtter. På denne måten var det en kort avstand og nærhet til temaet vi har forsket på. Styrken lå derfor i kjennskap til fagfeltet og samtaleerfaring vi hadde som kollegastøtter, særlig i intervjusituasjonen. Intervjuerens kunnskap og samtaleferdigheter beskrives av Kvale & Brinkmann, S.

(2015, s. 195) som viktig for kvaliteten på selve intervjuet. Vi er likevel innforstått med at vår forforståelse kan ha påvirket hvordan vi har tolket informantenes utsagn i intervjuet og i ettertid, og muligens tatt oppgaven i en annen retning enn om vår forforståelse hadde vært annerledes.

I møte med informantene opplevde vi at vi oppnådde en god interaksjon og at informantene delte vårt engasjement for temaet, at de var motiverte for å bidra og at de ønsket å fortelle om sine erfaringer. For vår egen del var vi i forkant oppmerksomme på at vi kunne la oss påvirke av vår forforståelse i måten vi tolket, leste og samlet dataene slik Malterud beskriver (Malterud 2017, s.44). Ville vi fremstå som forskere eller som kollegastøtter ovenfor informantene under intervjuene?

Med oss inn i intervjuene hadde vi vår brede erfaring fra samtaler med kolleger, både en til en og grupper. Vår tilnærming har da vært kollegastøtte og herunder bearbeiding av traumatiske hendelser med bakgrunn i RITS ®. Ingen av oss hadde erfaring med forskning eller forskningsintervjuer annet enn den grundige opplæringen vi har kunne tilegne oss gjennom studiene ved Høgskolen i Innlandet, Master i psykisk helsearbeid. Kvale og Brinkmann (2015, s 86) sier noe om at fokuset i intervjuet skal være rettet mot informanten og at vi gjennom dette skal innhente den kunnskapen gjennom dialog. Dette var noe vi tilstrebet å følge gjennom vårt møte med informantene og vi satt begge igjen med en følelse av å lykkes med dette i etterkant av intervjuene også i ettertid med STK analysen av materialet.

Vi oppdaget, litt til vår overraskelse, at når vi var i intervjusettingen var vår forforståelse lagt bort i den forstand at vi var hundre prosent tilstedeværende i rommet sammen med informanten. Sammen med informant fikk vi en felles forståelse av hva som ble fortalt. Det betydde at vår opplevelse var at vi hadde oppmerksomheten rettet mot hva den enkelte informanten fortalte om sin opplevelse av arbeidshverdagen. Vi hadde en tanke om at det kunne komme fram mangelfull tid til uformell kollegastøtte i sentralen. Noe overaskende ble det da at det viste seg at enkelte ga uttrykk for det motsatte, at de faktisk prioriterte å snakke med kolleger om vanskelige oppdrag.

Vi fikk bekreftet at det var faktorer vi ikke ante om allerede etter gjennomføringen og transkriberingen av det første og det andre intervjuet. Her kom det tydelig fram temaer vi ikke hadde diskutert, eksempelvis betydningen av at alle MO satt i samme rom og den støyen det skapte. Videre kom det også frem at så og si alle informantene

ofte tok med seg jobben hjem etter endt vakt ved at de for eksempel tenkte på avgjørelser de hadde tatt i løpet av vakten var riktig eller gale

Samtidig skal vi være ærlige på at det har det vært en utfordring å forske på egen organisasjon at har preget prosesser underveis. Innledningsvis startet vi med mange tanker om forbedringstiltak og vi måtte gå noen steg tilbake for å orientere det mot informantenes opplevelser og erfaringer. Dette har også jevnlig blitt diskutert med veileder.

Vi rekrutterte totalt syv informanter som var innenfor rammene våre på seks til åtte informanter i vårt forskningsprosjekt. Det var dog kun en mann som ble inkludert og om dette påvirket resultatet i noen retning er vanskelig å si. Det vi så var at denne mannlige informanten ikke skilte seg ut fra de seks kvinnelige informantene i sine svar, men at hovedtrekkene var like.

Videre valgte vi å ikke avholde intervjuene sammen, men en og en, og har beskrevet vår begrunnelse tidligere i oppgaven. Vi var også åpne for at vi dermed kunne ha hatt ulike måter å stille, og i måten å følge opp spørsmålene, og at vår væremåte kan ha hatt betydning for svarene. Dette selv ved likheten vi hadde fra forskningsetisk opplæring, felles utarbeidet intervjuguiden og erfaring fra EFOK samtaler.

Det at intervjuene ble avholdt i et eget rom vi fikk tildelt i samme bygg hvor AMK var lokalisert og ikke på et helt nøytralt sted skyldtes logistikken med å få gjennomført intervjuene i deres arbeidstid. Informantene måtte ha en nærhet til AMK sentralen dersom det skulle skje en stor, alvorlig hendelse hvor de måtte tilbakekalles å gå i innsats.

a) Det å skrive sammen

Å jobbe som en forskningsduo med felles bakgrunn innen ambulansefag, sykepleie og utdanning og arbeid innen emosjonell førstehjelp og krisehåndtering i EFOK, gav oss en unik fordel med tanke på innsikt og forståelse for medisinske operatørers arbeidshverdag. Gjennom videreutdanningen i psykisk helsearbeid fikk vi grundig forskningsetisk opplæring, noe som har vært avgjørende for å sikre at alle trinn i forskningsprosessen overholder høye etiske standarder. Opplæringen har utrustet oss med verktøyene for å håndtere sensitive temaer og sikre at deltakernes rettigheter og anonymitet blir ivaretatt. I tillegg har vi kunne diskutere etiske dilemmaer oss

imellom. Denne felles bakgrunnen la til rette for en dypere innsikt i informantenes opplevelser og behov, og la til rette for en grundigere analyse av dataene vi samlet inn. Etablerte klare roller og ansvarsområder mellom oss som forskere fremmet et effektivt samarbeide og bidro til å opprettholde høye etiske standarder gjennom hele forskningsprosessen. Den åpne kommunikasjonen vi hadde gjennom hele prosessen var avgjørende for å diskutere tolkninger, utfordringer og potensielle etiske dilemmaer. Vi som forskere brukte en felles terminologi og forøkte å forstå implisitte nyanser i dataene som kunne være utfordrende for eksterne å fange opp. Dette kunne bidra til en smidig og effektiv forskningsprosess.

Rapporteringen av forskningen vil også være preget av transparente og åpne beskrivelser av metoder, funn og tolkninger. Dette bidrar til etterprøvbarhet og tillit til forskningsresultatene og er en nøkkelfaktor for å opprettholde integritet gjennom hele forskningsprosessen.

5.3.2 *Validitet*

Validitet handler om kunnskapens gyldighet og hvorvidt metoden representerer en logisk vei for å besvare problemstillingen. Har vi undersøkt det vi skal undersøke. (Malterud, 2017, s.192) Også underveis i selve intervjuet og at dataene skal representere forståelse mellom informant og forsker ved at forskeren regelmessig kontrollerer egen oppfatning ved å parafasere informantens utsagn. Validitet deles videre inn i intern - og ekstern (Malterud, 2017 s.23-24).

a) *Intern validitet*

Intern validitet handler om metodisk fremgangsmåte, det vil si pålitelighet og om vi belyser problemstillingen. Hvorvidt vi har brukt relevante metoder for å gi gyldige svar på spørsmålene som er stilt. Gjøre overveielser rundt gyldighet der relevans er en sentral dimensjon. Diskutere det som har hatt betydning gjennom forskningsprosessen.

Vi hadde et ønske om å få frem den enkeltes opplevelsen av egen arbeidshverdag og bruken av kollegastøtte. Med bakgrunn i vår erfaring med 1:1 samtaler i arbeide med kollegastøtte, valgte vi semistrukturerte intervjuer. Et annet valg som ble diskutert var fokusgruppeintervju, som er mer egnet til å se på gruppeprosesser (Malterud 2017,

s138-140) men vi valgte å holde fokuset på den enkeltes MO opplevelse. Deler av våre funn kunne kommet frem gjennom fokusgruppeintervjuer og den gruppedynamiske interaksjonsprosessen kunne kanskje bidratt til utdyping av andre temaer. Vår vurdering var på bakgrunn av tidligere erfaringer med gruppesamtaler i forbindelse med arbeidet i EFOK hvor vi ofte kunne gå glipp av de dypere individuelle tankene og følelsene rundt ulike temaer.

b) Ekstern validitet

Sett i lys av hva Malterud (2017, s 64- 66) skriver om metning, kunne vi ved å rekruttere flere informanter, revidere spørsmålene og se på intervjueteknikken, muligens fått inn flere temaer, nyanser og personlige vinklinger av arbeidshverdagen. Vi opplevde, etter å ha gjennomført og transkribert intervjuene, at informantene hadde stor grad av likhet i informasjon. På forhånd definerte vi et utvalg på 6-8 informanter sett opp mot oppgavens størrelse, men vi var opptatt av at dette ikke ekskluderte for å utvide til flere dersom vi opplevde å få stadig ny informasjon gjennom intervjuene. Med dette mener vi opplevelse knyttet til vår problemstilling om arbeidshverdagen for nyansatte MO og deres erfaringer med kollegastøtte. Vi tok også hensyn til vår tidsramme på oppgaven og vi følte vi hadde fått inn mye informasjon og et rikt tekstmateriale gjennom de syv informantene vi hadde intervjuet. Dette materialet mener vi er overførbart og bør ha relevans i andre kontekster enn der undersøkelsen. Det som er fremkommet gjennom arbeidet med oppgaven knyttet til medisinske operatørens opplevelse av arbeidshverdagen på en nødmeldesentral og viktigheten av kollegastøtte, både den uformelle og formelle, mener vi absolutt kan være viktig kunnskap på tvers av nødmeldesentralene i Norge. Den vil nok også kunne være til nytte generelt innenfor store deler av arbeidslivet som omhandler det å jobbe med mennesker som for eksempel innenfor helsevesenet generelt, politiet, brann - og redningsvesenet og den norske redningstjeneste

5.3.3 Relevans

Malterud (2017, s. 21-22) beskriver relevans som i hvilken grad resultatene fra analysen også kan være nyttig i andre sammenhenger. For vår masteroppgave handler dette om overføringsverdi til andre yrkesgrupper utenfor AMK.

a) Generelt

Innenfor fagfeltet psykisk helsearbeid er god psykisk helse i arbeidslivet viktig. Informantenes opplevelse av egen arbeidshverdag og erfaringer med kollegastøtte viser en risiko for moralsk distress og et behov for tiltak og systematisk oppfølging for å forebygge psykisk uhelse. Informantene uttrykker gjennom intervjuene at de hadde liten påvirkning på egen arbeidshverdag, men at de hadde et behov for å kunne hente seg inn etter belastende samtaler. Emosjonelle og fysiske manifestasjoner preget informantene og flere hadde utviklet egne mestringsstrategier for å håndtere belastningen. Som beskrevet i kapittel 1.6 er denne masteroppgaven forankret i psykisk helsearbeid og for å besvare oppgavens problemstilling har vi benyttet teorier om moralsk distress, jobbkrav-ressursmodell og teori om kollegastøtte. Selv om masteroppgaven omhandler medisinske operatører på AMK har informantene belyst opplevelser og erfaringer som kan knyttes opp mot andre grupper som arbeider i lignende arbeidsmiljø, med høye jobbkrav og emosjonell påvirkning i ulik grad. Funnene våre viser at arbeidsbelastningen påvirker informantenes opplevelse negativt, men et viktig poeng er hvor essensielt støtte fra kolleger er, og hvor stor betydning dette har for trivsel og psykososial støtte. Dette gjør at de orker den arbeidsbelastningen de beskriver, men at det er lite tid til dette i hverdagen. Høy turnover, sykefravær og mange nyansettelser peker på viktighetene av ivaretagelse av de som allerede arbeider i sentralen, og behovet for strukturert oppfølging og mulighet for å snakke sammen, reflektere og hente seg inn, kommer frem. Dette kan i stor grad påvirke nyansatte til å bli værende i jobben. Oppgaven kan være inspirasjon til andre om å formalisere og legge til rette for ulike former for kollegastøtte for å redusere moralsk distress. Det kan også være nyttig å integrere moralsk distress i støttesamtaler som en del av bearbeidelsen av den emosjonelle belastningen, og gjennomføre dette regelmessig med de ansatte.

b) Spesielt for medisinske operatører

Funnene i masteroppgaven kan være nyttig for medisinske operatører på AMK og legevaktsentraler. Denne oppgaven kan bidra til å øke bevisstheten rundt moralsk distress, både for den enkelte ansatte, men også for arbeidsgiver. Samtidig viser funnene at arbeidet med å være medisinsk operatør, kan være ensomt, selv om det er mange kollegaer til stede.

Tilsynet fra Statsforvalteren i 2022, underbygger dette, og styrker oppgavens funn om at de ansatte trenger mer støtte i hverdagen for å håndtere en krevende arbeidssituasjon. Masteroppgaven viser også at ulike mestringsstrategier for å håndtere moralsk distress var relevant for informantene, selv om de selv ikke brukte ord knyttet direkte til moral, etikk og moralske utfordringer. Derfor kan denne masteroppgaven bidra til nysgjerrighet og mer kunnskap om moralsk distress og konsekvensene dersom dette ikke blir håndtert på en god måte.

c) Videre forskning

Vi fant ingen studier om nyansatte medisinske operatører knyttet til moralsk distress. Det finnes nasjonale og internasjonale studier på moralsk distress blant annet innenfor psykiatri- og intensivsykepleie, men det kan tyde på at dette er et tema som ikke har vært belyst i like stor grad som andre typer arbeidsbelastninger. Vår problemstilling har belyst de ansattes opplevelse av egen arbeidshverdag og erfaringer med kollegastøtte, i et overordnet perspektiv. Derfor kan denne masteroppgaven være et bidrag til å forske mer spesifikt på moralsk distress og konsekvensene av dette. Vi har berørt deler av temaet, men det er viktig med økt kunnskap og bevissthet rundt langtidskonsekvensene av etiske og moralske belastninger i arbeidshverdagen.

6 OPPSUMMERING

Vi har i denne masteroppgaven undersøkt, utforsket og vært nysgjerrige på hvordan nyansatte medisinske operatører opplever egen arbeidshverdag og deres erfaringer med kollegastøtte. Det ble utført syv semistrukturerte intervjuer med nyansatte medisinske operatører fra AMK. Vi benyttet systematisk tekstkondensering (STK) som analysemetode. Følgende hovedfunn kom frem:

- Et urolig arbeidsmiljø og telefoner som ringer konstant og jobben sitter i hele meg
- Kollegastøtte er ryggraden som bærer

Informantene samtykker og aksepterer sin til tider meget tøffe arbeidshverdag med høyt arbeidspress, urolig og støyende arbeidsmiljø og tøffe oppdrag. Dette gjøres ved at de moralske hendelsene undertrykkes og at informantene i stor grad bevisst distanserer seg som en mestringsstrategi. Noen av informantene depersonaliserer, som kan være et uttrykk for at de ikke får muligheten til å kunne sette ord på opplevelsen av moralsk distress selv. De moralske hendelsene kommer regelmessig og i ulike nivåer. Informantene beskriver i hovedsak at de legger fra seg jobben når de går ut av sentralen, men dette beskriver mer en bevisst psykologisk mestringsstrategi for å slippe ubehaget informantene til tider møter i det daglige. Flertallet bruker fysisk aktivitet, tur i skogen eller sosialt samvær med venner, som en måte å koble av fra jobb. Behovet- og et ønske om mer kollegastøtte for å bearbeide belastningene på jobb kom tydelig frem.

Moralsk distress model kan brukes av organisasjonen til å håndtere moralsk distress blant nyansatte medisinske operatører ved å fokusere, gjenkjenne og anerkjenne for å øke etisk bevissthet. Gruppesamtaler med moralsk tematikk hvor ansatte kan dele sine perspektiver, reflektere og få lov å vise en mulig sårbarhet kan være nyttig for å forebygge belastninger og opprettholde evnen til å stå i jobb. Samtidig kan slike støttesamtaler være en arena hvor man integrerer det etiske og emosjonelle for å

styrke, forstå og dele erfaringer i arbeidet for å dempe moralsk distress. Summen av dette kan bidra til å styrke kommunikasjonen på tvers i avdelingen.

Masteroppgaven kan bidra til å utfordre etablerte forestillinger og løfte frem den enkelte ansattes perspektiv for åpenhetskultur og et mer inkluderende og støttende arbeidsmiljø. Samtidig kan den på et mer generelt grunnlag bidra til å fremme en mer helhetlig forståelse av psykisk helse og tema om moralsk ubehag. Dette er kunnskap som kan brukes på tvers av nødmeldesentralene og innenfor andre områder som jobber med mennesker i akutt krise.

Litteraturliste

- Alvsvåg, H., & Martinsen, K. M. (2018). *Omsorg og skjønn*. Tidsskrift for omsorgsforskning, 4(3), 215-222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03->
- Andersen, J. H., Malmros, P., Ebbelhoej, N. E., Flachs, E. M., Bengtsen, E., & Bonde, J. P. (2019). *Systematic literature review on the effects of occupational safety and health (OSH) interventions at the workplace*. Scandinavian journal of work, environment & health, 45(2), 103-113. <https://www.jstor.org/stable/26677613>
- Anstorp, T. & Benum, K. (2014). *Traumebehandling, komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. (s. 24-25). Universitetsforlaget
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingvern*. (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- 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/helsefremmande-arbeidsplassar/>
- Arbeidstilsynet. (u.å.-c). *Organisatorisk arbeidsmiljø*. Arbeidstilsynet.no <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/organisatorisk-arbeidsmiljo/>
- Bakke, B., Degerud, E., Gravseth, H. M., Hanvold, T. N., Løvseth, E. K., Mjaaland, B. B., ... & Øygardslia, H. (2021). Faktabok om arbeidsmiljø og helse. *STAMI-rapport*, 22(4). <https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/handle/11250/2757495>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). *Job resources buffer the impact of job demands on burnout*. Occupational Health Psychology, 10(2), 170-180. doi: 10.1037/1076-8998.10.2.170

- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). *Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high*. *Educational Psychology*, 99(2), 274-284. doi: 10.1037/0022-0663.99.2.274
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2014). *Job demands-resources theory*. I P. Y. Chen & C. L. Cooper (Red.), *Work and wellbeing: Wellbeing: A complete reference guide* (Vol. III, s. 37-64). Chichester, UK: Wiley-Blackwell. "Job DemandsResources Theory" in: [Wellbeing: A Complete Reference Guide \(qqamano.com\)](#)
- Barlem, E. L. D., & Ramos, F. R. S. (2015). *Constructing a theoretical model of moral distress*. *Nursing Ethics*, 22(5), 608-615. doi:[10.1177/0969733014551595](https://doi.org/10.1177/0969733014551595)
- Bernal, D., Campos-Serna, J., Tobias, A., Vargas-Prada, S., Benavides, F. G., & Serra, C. (2015). *Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis*. *International journal of nursing studies*, 52(2), 635-648. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.003>
- Bjørklund, R. A. (1997). *Politipsykologi*. 2. utg. Vett & Viten AS
- Brevik, K. A. (2022). *Psykososialt arbeidsmiljø i ambulansetjenesten, Ambulansepersonells erfaringer med emosjonelle belastninger* (Masteroppgave). NTNU. [no.ntnu:insipera:124666200:34947739.pdf](https://ntnu.insipera:124666200:34947739.pdf)
- Currier, J. M., Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., McDermott, R. C., Sims, B. M., & Albright, D. L. (2018). *Development and evaluation of the Expressions of Moral Injury Scale—Military Version*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(3), 474-488. <https://doi.org/10.1002/cpp.2170>
- Dallan, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Gyldendal Akademisk
- Deady, R. & McCarthy J. (2010). *A study of situations, features and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral*

distress. *Perspec Psychiatric Care* 2010; 46(3): 209–220. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00260.x

Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). *Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature*. *International journal of nursing studies*, 70, 71-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>

Dolonen, K. A. (2019). *Derfor vil sykepleiere slutte: Lav lønn, dårlig ledelse og høy arbeidsbelastning*. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2019/02/derfor-vilsykepleiere-slutte-lav-lonn-darlig-ledelse-og-hoy-arbeidsbelastning>

Dreyer, K., Jensen, Å. C. & Almenning, B. (2011). *Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap*. Hentet fra [KOMPETANSEPLAN \(kokom.no\)](http://kompetanseplan.kokom.no)

Dyregrov, A. (2023). *Psykologisk debriefing: hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelse*. 2. utgave. Fagbokforlaget. Epstein, E. G., & Delgado, S. (2010). *Understanding and Addressing Moral Distress*. *Online Journal of Issues in Nursing*. 15 (3)

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Courageand-Distress/Understanding-Moral-Distress.html#Phenomenon>

Ebdrup, N. (2012). Hva er hermeneutikk. *Forskning.no*
<https://www.forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>

Fjærtøft, J. B. (2018). *Psykososial støtte til ansatte ved kriser og traumatiske hendelser*, i E-håndboksprosedyre nr. 10958 ved Oslo universitetssykehus HF. 7. [eHåndbok - Psykososial støtte til ansatte ved kriser og traumatiske hendelser \(ous-hf.no\)](http://ehandbok.ous-hf.no)

Folkehelseinstituttet. (2013). *Arbeidslivsbaserte tiltak for psykisk helse hos ansatte*. Kunnskapssenteret. <https://www.fhi.no/publ/2013/arbeidslivsbaserte-tiltak-for-psykisk-helse-hos-ansatte/>

Folkehelseinstituttet. (2022). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*, FHI, oppdatert 10.04.24. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/?term=>

- Den nasjonale forskningsetiske komité. (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Forskningsetikk.no
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Forozeiya, D., Vanderspank-Wright, B., Bourbonnais, F. F., Moreau, D., & Wright, D. K. (2019). *Coping with moral distress—The experiences of intensive care nurses: An interpretive descriptive study*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 53, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.03.002>
- Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (2015). Akuttmedisinforskriften. (FOR-2015-03-20-231). Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Fourie, C. (2015). *Moral distress and moral conflict in clinical ethics*. *Bioethics*, 29(2), 91-97. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1111/bioe.12064>
- Gadamer, Hans-Georg. (2010). *Sannhet og metode, grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax Forlag
- Griffin, B. J., Purcell, N., Burkman, K., Litz, B. T., Bryan, C. J., Schmitz, M., Villierme, C., Walsh, J., & Maguen, S. (2019). *Moral Injury: An Integrative Review*. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 350-362.
<https://doi.org/10.1002/jts.22362>
- Haugan, V. (2021). *Helsefremmende arbeid*. Nasjonal digital læringsarena.
<https://ndla.no/article/29307>
- Helsedirektoratet. (2012). *Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede*. 2. utgave.
<https://volven.no/Produkt.asp?id=4&catID=1>
- Helsedirektoratet. (2021). *Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – Faglige og tjenestemessige behov* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 14. oktober 2021, lest 2. april 2024).
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64).
Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2023). *Tilsynssaker*. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsynssaker/>
- Hesse, A.R. (2002). *Secondary Trauma: How Working with Trauma Survivors Affects Therapists*. *Clinical Social Work Journal* **30**, 293–309 (2002).
<https://doi.org/10.1023/A:1016049632545>
- Helmers, A., Palmer, K. D., & Greenberg, R. A. (2020). *Moral distress: developing strategies from experience*. *Nursing Ethics*, *27*(4), 1147-1156.
<https://doi.org/10.1177/0969733020906593>
- Isdal P. (2017). *Smittet av vold – om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet I hjelpeyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jansen, T.L., Hem, M.H., Dambolt L.J., & Hanssen, I. (2020). *Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands*. *Nurs Ethics*. 2020 Aug;27(5):1315-1326. doi: 10.1177/0969733019877526. Epub 2019 Oct 20. PMID: 31631779.
- Jinkerson, J. D. (2016). *Defining and assessing moral injury: A syndrome perspective*. *Traumatology*, *22*(2), 122-130. <https://doi.org/10.1037/trm0000069>
- Johannessen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utgave. Abstrakt forlag.
- Justis- og politidepartementet. (2003). *Den norske redningstjenesten*.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/jd/bro/2003/0005/ddd/pdf/183862-infohefte_norsk-kort.pdf
- Karakachian, A. & Colbert, A. (2019). *Nurses' moral distress, burnout, and intentions to leave: an integrative review*. *Journal of Forensic Nursing*, *15*(3), 133-142. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000249
- Kherbache, A., Mertens E., & Denier, Y. (2021). *Moral distress in medicine: An ethical analysis*. *Journal of Health Psychology*. 2022;27(8):1971-1990. doi:10.1177/13591053211014586

- KoKom. (2023). *Kompetanseplan for enhetlig grunnopplæring, kort V1*. KoKom. <https://kokom.no/wp-content/uploads/2023/06/Kompetanseplan-for-enhetlig-grunnopplaering-230531-KORT-V1.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, J. I. (2008). *Krisepsykologi i praksis*. I K. Dyregrov & A. Dyregrov (Eds.), (pp. 82-97). Bergen: Fagbokforlaget
- Lachman, V.D. (2016). *Moral Resilience: Managing and Preventing Moral Distress and Moral Residue*. *Medsurg Nurs*. 2016 Mar-Apr;25(2):121-4. PMID: 27323473
- Leineweber, C., Westerlund, H., Hagberg, J., Svedberg, P., Luukkala, M., & Alexanderson, K. (2011). Sickness presenteeism among Swedish police officers. *Journal of occupational rehabilitation*, 21, 17-22. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9249-1>
- Litz, B. T. & Kerig, P. K. (2019). *Introduction to the Special Issue on Moral Injury: Conceptual Challenges, Methodological Issues, and Clinical Applications*. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 341-349. <https://doi.org/10.1002/jts.22405>
- Malterud K. (2012). *Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis*. *Scand J Public Health*. 2012 Dec;40(8):795-805. doi: 10.1177/1403494812465030. PMID: 2322191853.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*, 4.utgave. Universitetsforlaget
- McCarthy J, Gastmans C. (2015). *Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature*. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):131-52. doi: [10.1177/0969733014557139](https://doi.org/10.1177/0969733014557139)
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). *What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature*. *Nursing ethics*, 26(3), 646-662. doi:[10.1177/0969733017724354](https://doi.org/10.1177/0969733017724354)

- Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2022). *The moral distress model: An empirically informed guide for moral distress interventions*. *Journal of Clinical Nursing*, 31, 1309–1326.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15988>
- Musto, L. & Schreiber R.S. (2012). *Doing the best I can do: moral distress in adolescent mental health nursing*. *Issues MentHealth Nurs* 2012; 33(3): 137–144 <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.641069>
- NAV. (2022). *Legemeldt sykefravær etter næring*.
[SYFRA521 Legemeldt sykefravær etter næring. År_2022.pdf \(nav.no\)](https://www.nav.no/SYFRA521/Legemeldt%20sykefrav%C3%A6r%20etter%20n%C3%A5ring%20-%C3%A0r%202022.pdf)
- Nei, D., Snyder, L. A., & Litwiller, B. J. (2015). *Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover*. *Health care management review*, 40(3), 237-253. | DOI: 10.1097/HMR.0000000000000025
- Nordanger, D.Ø. (2014). *Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid*. I Anstorp, T. & Benum, K. (Red.). *Traumebehandling, komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.
- Nakos. (2020). *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*. Versjon 4.2.
[Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helse.no/medisinsk-nodhjelp)
- Norsk Luftambulansse. (u.å). *Videoløsning*.
<https://norskluftambulansse.no/videolosning-hjelp-113-video/>
- Norsk Sykepleieforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*
https://www.nsf.no/sites/default/files/2024-01/nsf-1361841-v1-ny_pdf_til_nettsidene_-_yrkesetiske_retningslinjer_for_sykepleiere.pdf
- Oh, Y. & Gastmans C. (2015). *Moral distress experience by nurses: A quantitative literature review*. *Nursing Ethics*. 22 (1) 15-31.
doi:[10.1177/0969733013502803](https://doi.org/10.1177/0969733013502803)
- Oksavik, J. D. & Kirchhoff, R. (2019). *Moralsk stress blant sykepleiere i medisinske og kirurgiske avdelinger*. *Nordisk sygeplejeforskning*, 9(2), 118-127.
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-05>


- Oslo universitetssykehus HF. (2024). *Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral*
<https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/prehospital-klinikk/akuttmedisinsk-kommunikasjonssentral-amk/#les-mer-om-akuttmedisinsk-kommunikasjonssentral-amk>
- Oslo universitetssykehus HF. (2021). *Ambulanseavdelingen*. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/prehospital-klinikk/ambulanseavdelingen#les-mer-om-ambulanseavdelingen>
- Oslo universitetssykehus HF. (2023). *Ambulanseavdelingen*. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/prehospital-klinikk/ambulanseavdelingen#les-mer-om-ambulanseavdelingen>
- Oslo universitetssykehus HF. (u.å). *Prehospitalklinikk*. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/prehospital-klinikk/#les-mer-om-prehospital-klinikk>
- Oslo universitetssykehus HF. (u.å). <https://ehandboken.ous-hf.no/document/50404>
- Oslo universitetssykehus HF. (u.å). <https://ehandboken.ous-hf.no/document/5910>
- Oslo universitetssykehus HF (u.å). *Nyansatt*. <https://ehandboken.ous-hf.no/searchDocuments?keyword=oppl%C3%A6ring%20nyansatt&searchInContents=0&type=1>
- Pettersen, T. (2011). *The Ethics of Care: Normative Structures and Empirical Implications*. *Health Care Anal* 19, 51–64. <https://doi.org/10.1007/s10728-010-0163-7>
- Psykotraumatologi. (2016, 14. januar). *Psykotraumatologi RITS*.
<http://psykotraumatologi.org/norsk-versjon/psykotraumatologi-rits.html>
- Regjeringen. (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien, Utfordringsbilde og anbefalte tiltak*. Rapport fra regjeringsoppnevnt ekspertgruppe.
[Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemi - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

- Samfunnssikkerhetsinstruksen (2017) FOR-2017-09-01-1349, 2017
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). *Nurses moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review*. *Nursing Ethics*, 15 (3). doi:[10.1177/0969733007088357](https://doi.org/10.1177/0969733007088357)
- Smith, E. C., Holmes, L., & Burkle, F. M. (2019). *Exploring the Physical and Mental Health Challenges Associated with Emergency Service Call-Taking and Dispatching: A Review of the Literature*. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(6), 619–624. doi:10.1017/S1049023X19004990
- Soscon. (2015). *Studieplan - Videreutdanning i psykisk stress- og krisebearbeidelse* (Psykotraumatologi RITS).
<https://www.soscon.com/Kurstyper/tabid/461/ArticleId/13/STUDIEPLAN-Videreutdanning-i-psykisk-stress-og-krisebearbeidelse-Psykotraumatologi-RITS.aspx>
- Soscon. (2018). *Om oss*. <https://www.soscon.com/Omoss.aspx>
- Statsforvalteren i Oslo og Viken. (2022). *Tilsynsrapport AMK Oslo*.
<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/oslo-og-viken/2022/akuttmedisinsk-kommunikasjonssentral-i-oslo-2022/>
- Strype, J. & Barland, B. (2007). *En evaluering av kollegastøtteordningen i politi- og lensmannsetaten*. Politihøgskolen. [Kollegastotte.pdf \(unit.no\)](#)
- Tangestuen, V. & Sundby, J. C. (2022, 22 november). *AMK-krise*. NRK.
<https://www.nrk.no/stor-oslo/mange-ansatte-ved-amk-sentralen-i-oslo-sluttet-etter-hoyt-arbeidspress-og-darlig-ledelse-1.16154742>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2013). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademiske
- Tummers, L. & Bakker, A. (2021). *Leadership and Job Demands-Resources Theory: A Systematic Review*. *Frontiers in Psychology*. 12. 1-13.
10.3389/fpsyg.2021.722080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722080>

- UKOM (2023). *Erfaringer fra kollegastøtteordninger*. (ISBN 978-82-8465-031-9)
<https://ukom.no/rapporter/erfaringer-fra-kollegastotteordninger/sammendrag>
- UKOM. (2024). *Gjentatte henvendelser til legevakt*. (ISBN 978-82-8465-034-0)
<https://ukom.no/rapporter/gjentatte-henvendelser-til-legevakt/sammendrag>
- Veiersted, B., Knardahl, S., & Wærsted, M. (2017). *Mekaniske eksponeringer i arbeid som årsak til muskel- og skjelettplager - en kunnskapsstatus*. STAMI-rapport. 2017, Statens arbeidsmiljøinstitutt: Oslo. p. 1-102. [https://SMI-Mekaniske+eksponeringer-WEB.pdf \(unit.no\)](https://SMI-Mekaniske+eksponeringer-WEB.pdf(unit.no))
- Våge, J. (2022). *Hvordan fungerer kollegastøtte*. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo. [HADM4502-Masteroppgave-i-helseadministrasjon--H-st-2021---Jon-V-ge.pdf \(uio.no\)](https://hdl.handle.net/11250/2711041)
- WHO. (1946). *Preamble to the Constitution of WHO*. as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946, New York: WHO
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion, the move towards a new public health*. 17–21 November. Ottawa, Geneva, Canada. World Health Organization
- Williamson, E., Gregory, A., Abrahams, H., Aghtaie, N., Walker, S. J. & Hester, M. (2020). *Secondary trauma: Emotional safety in sensitive research*. Journal of Academic Ethics, 18, 55-70. <https://doi.org/10.1007/s10805-019-09348-y>

Vedlegg 1: Vurdering fra SIKT

29.08.2023, 09:52 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

 Sikt

[Meldeskjema](#) / [En studie om nyansattes opplevelser av arbeidsrelatert stress som med...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 143615	Vurderingstype Standard	Dato 21.08.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Tittel
En studie om nyansattes opplevelser av arbeidsrelatert stress som medisinsk operatør ved AMK sentralen, og hvilken betydning kollegastøtte kan ha for å bli værende i jobben

Behandlingsansvarlig institusjon
Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig
Hanne Kilen Stuen

Student
Andreas Kalhagen Mastroanni

Prosjektperiode
01.08.2023 - 01.07.2025

Kategorier personopplysninger
Alminnelige
Særlige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.07.2025.

[Meldeskjema](#)

Kommentar
OM VURDERINGEN
Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personverneverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER
Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER
Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

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


MELD VESENTLIGE ENDRINGER
Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET
Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

<https://meldeskjema.sikt.no/64d3eb6b-b4a-4774-8fd7-b51976772243/vurdering> 1/1

Vedlegg 2: Personvernombudets uttalelser

	Oslo universitetssykehus HF
PERSONVERNOMBUDETS UTTAELSE	
Til:	Hanne Kilen Stuen, Førsteamanuensis Høgskolen i Innlandet
Postadresse:	Trondheimsveien 235 0514 Oslo
Sentralbord:	02770
Org.nr:	NO 993 467 049 MVA
Frå:	Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus
Dato:	13.09.2023
Saksnummer:	23/20094
www.oslo-universitetssykehus.no	


Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet: En studie om nyansattes opplevelser av arbeidsrelatert stress som medisinsk operatør ved AMK sentralen, og hvilken betydning kollegastøtte kan ha for å bli værende i jobben

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

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

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


Med hilsen



Tor Åsmund Martinsen
Personvernombud

Oslo universitetssykehus HF
Direktørens stab | Personvern

André Tveit
Personvernrådgiver



Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan opplever nyansatte medisinske operatører på AMK sin arbeidshverdag og hvilke erfaringer har de med kollegastøtte?»

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse og få mer forståelse og dypere innsikt i din arbeidshverdag ved AMK og dine erfaringer med kollegastøtte. Du vil få informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg i dette informasjonsskrivet.

Formål

Formålet med forskningsprosjektet er å belyse hvordan medisinske operatører opplever egen arbeidshverdag og hvilken betydning kollegastøtte og emosjonell førstehjelp kan ha for nyansatte ved AMK-sentralen.

Vi tror det å få mer kunnskap og innsikt i MO sine erfaringer og opplevelser av arbeidsrelatert stress kan føre til tiltak som fokuserer på emosjonell- og mental støtte og bidra til å opprettholde nyansattes arbeidsevne, psykiske helse og sikre kontinuitet på arbeidsplassen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet skal gjennomføres av masterstudentene Jostein Aure og Andreas Mastroanni. Ansvarlig veileder er Førsteamanuensis Hanne Kilen Stuen. Forskningsprosjektet inngår i Aures og Mastroannis masteroppgave i Psykisk Helsearbeid. De er ansatt i Prehospital Klinikk ved Oslo Universitetssykehus, ambulanseavdelingen. Jostein Aure og Andreas Mastroanni har selv tatt initiativ til prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta i forskningsprosjektet

Du får spørsmål om å delta i dette forskningsprosjektet fordi du er nyansatt på AMK som medisinsk operatør. Vi ønsker å snakke med 6 personer som har vært ansatt i 6-

18 mnd og har hatt kollegastøtte. Herunder i form av å samtale med en kollega på AMK og/eller vært i kontakt med EFOK personell. Du er enten sykepleier, paramedisiner eller ambulansarbeider.

Hva innebærer det å delta for deg?

Hvis du velger å delta i dette forskningsprosjektet innebærer det at du blir invitert til en samtale med Jostein Aure og/eller Andreas Mastroanni. Utgangspunktet er at samtalen gjøres på din arbeidsplass eller på et annet sted du måtte ønske.

Der vil vi stille deg spørsmål om:

*Hvordan du opplever din arbeidshverdag

*Hvilke trivselsfaktorer er viktig for deg

*Din opplevelse av arbeidsrelatert stress

*Hvordan du håndterer egne reaksjoner etter sterke hendelser/belastninger på jobb

*Hvordan du har blitt fulgt opp i etterkant av hendelser gjennom kollegastøtte

Dette vil foregå som en samtale og det vil ta deg ca. 1 time. Det vil bli brukt en intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet og opplysningene som samles inn vil bli tatt opp som lydopptak dersom dette er greit for deg. Det kan også kun tas notater underveis om dette er ønskelig.

Alle opplysninger som samles inn vil bli oppbevart i et sikkert system med kode hvor kun Jostein Aure, Andreas Mastroanni og veileder har tilgang. Lydopptak og notater vil bli oppbevart i sikre systemer på Høgskolen i Innlandet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i dette forskningsprosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn til dette. Lydopptak eller notater vil da bli slettet, med mindre de allerede inngår i masteroppgaven eller annet publisert materiale. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser dersom (eller hvis) du ikke vil delta eller velger å trekke deg på et senere tidspunkt.

Tilbud om samtale

Dersom du skulle få noen reaksjoner underveis eller i etterkant av samtalen, kan du gi oss beskjed om dette via telefon eller sms. Vi vil da sørge for at du får nødvendig oppfølging via vår kollegastøtteordning i klinikken eller annet personell etter ditt ønske.

Personvern

Vi jobber til daglig i ambulanseavdelingen og er i tillegg en del av kollegastøtteordningen i klinikken (EFOK - emosjonell førstehjelp og krisehåndtering) Dette innebærer at vi er underlagt streng taushetsplikt i møte med deg. Som et ledd i dette betyr det ved din deltagelse at vi, Jostein Aure og Andreas Mastroanni, ikke vil følge opp deg de tre neste årene gjennom EFOK. Dette vil ivaretas av andre tilknyttet EFOK. Unntak kan kun gjøres dersom du på eget initiativ ønsker oppfølging av en av oss. Dette med bakgrunn i praksisen om at man, selv skal kunne velge hvem man vil følges opp av fra kollegastøttegruppen (EFOK).

Vi vil kun bruke opplysninger om deg til formålet i dette forskningsprosjektet og behandler dette konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Navn og kontaktopplysninger vil bli kodet om og vil lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Dette vil bli lagret på en sikker forskningsserver med kryptering.

All informasjon du gir i intervjuet vil transkriberes og anonymiseres. Du vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven eller annet publisert materiale. Det er dine opplevelser og erfaringer som kommer frem i intervjuet som vil anonymiseres, transkriberes og analyseres i masteroppgaven.

Hva skjer med dine opplysninger når forskningsprosjektet er ferdig?

Forskningsprosjektet er planlagt ferdig 1. juli 2024. Vi ønsker mulighet til å publisere masteroppgaven som en fagartikkel i et norsk tidsskrift og vil av den grunn oppbevare data fra til 31. desember 2024. Etter dette vil dine personopplysninger og intervjuet bli slettet i sin helhet.

Hva er dine rettigheter?

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

*Innsyn i hvilke opplysninger som er lagret om deg

*Du kan be om innsyn i intervjutranskriberingen

*Å få rettet personopplysninger om deg

*Å få slettet personopplysninger om deg

*Å få kopi av hvilke personopplysninger vi har lagrer

*Å sende klage til Datatilsynet eller personvernombudet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvordan vi behandler dine personopplysninger?

Vi behandler dine personopplysninger basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurdert behandling av personopplysninger og at dette er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Høgskolen i Innlandet ved Jostein Aure tlf. 99213553 (masterstudent), Andreas Mastroanni tlf. 92243922 (masterstudent) eller Hanne Kilen Stuen tlf. 90802719 (prosjektansvarlig/veileder).

NSD tlf 55 58 21 17 eller epost: personverntjenester@nsd.no

Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus

Høgskolen i Innlandet ved personvernombudet

Med vennlig hilsen

Hanne Kilen Stuen

(prosjektansvarlig)

Jostein Aure

Andreas Mastroanni

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker herved om å delta i i intervju med Jostein Aure og Andreas Mastroanni i forbindelse med deres masterprosjekt. Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet. Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet avsluttes 31.des 2024.

Dato/Sted:

Signatur:

Vedlegg 5: Intervjuguide

Intervjuguide

Spørsmål knyttet til intervjuguiden.

Respondenten:

1. Kort presentasjon av deg selv: Alder, utdanning, familiesituasjon, hvor du jobber, hvor lenge har du jobbet i helsevesenet, hvor lenge vært ansatt Medisinsk operatør (MO)?
2. Kan du fortelle hva som gjorde at du ønsket å jobbe som MO?

Arbeidsplassen AMK

3. Hvordan opplever du egen arbeidshverdagen?
 - Hva gir mening i din arbeidshverdag? Utfordringer?
4. Hva er det viktigste for din trivsel i arbeidshverdagen?
 - Hvordan er det psykososial/kollegiale arbeidsmiljøet
 - Er det slik du forventet det før ansettelsen?

Arbeidsrelatert stress

5. Hva er din opplevelse av arbeidsrelatert stress som MO?
 - Hvordan påvirker arbeidsrelatert stress hverdagen din?

6. Vi vil gjerne at du forteller hva du anser som emosjonelt eller følelsesmessig belastende hendelser for deg i din jobb som MO?

7. Kan du fortelle om en eller flere hendelser som har vært krevende eller belastende for deg som MO?

Hendelser du evt ikke blir helt ferdig med i etterkant?

Uformell kollegastøtte:

8. Hvordan forsøkte du å håndtere reaksjonene som oppsto?

- Hvordan pleier du å håndtere utfordringer i hverdagen?
- Hvordan vil du beskrive den uformelle kollegastøtten blant kolleger? Løse praten - galgenhumoren?

Formell kollegastøtte:

9. Hvordan har du blitt fulgt opp etter sterke hendelser?

De som er fulgt opp av formell kollegastøtte:

- Ble du fulgt opp alene eller sammen med kolleger
- Hvem organiserte oppfølgingen?
- Hvilken betydning hadde oppfølgingen for deg?
- På hvilken måte hjalp oppfølgingen deg til å bearbeide din tilstand?
- Var det noe du savnet, eller som du i etterkant tenker kunne hjulpet deg der og da eller senere?

De som ikke er fulgt opp av formell kollegastøtte:

- Hva vet du om den formelle/organiserte kollegastøtten?

- Hva kan være årsaken til at du ikke er fulgt opp?
- Har du hørt om andre kolleger som har fått denne type oppfølging?
- Evnt hva var dere erfaringer/tanker rundt oppfølgingen?

Mestringsstrategier:

10. Er det aktiviteter eller måter du forsøker å koble av fra jobben på og som kan hjelpe deg stå i jobben?
11. Du har snakket en del om arbeidsrelatert stress, er det noe som er viktig for deg som vi ikke har spurt om
12. Er det andre ting som har betydning for din trivsel i jobben som MO?
13. Har du noen tanker om hva som kan være viktig tiltak for å beholde deg som MO?