

## Bak akuttens maske: en kvalitativ studie av ambulanspersonells møte med etterlatte ved selvmord

En kvalitativ undersøkelse av ambulanspersonell ansatt i prehospitaler nødmedisinske tjenester

Oda Borlaug Kjørnås, kandidatnummer 21

HELSEF4503 – Masteroppgave i tverrfaglig helseforskning

60 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet



# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>i</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>ii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iii</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
<i>Målet med prosjektet</i> .....	2
<i>Problemstilling</i> .....	2
<i>Forskningsspørsmål</i> .....	3
<i>Metodisk fremgangsmåte</i> .....	3
<i>Min forforståelse</i> .....	3
<i>Oppgavens oppbygning</i> .....	4
<b>Del 2. Bakgrunn</b> .....	<b>4</b>
2.1 <i>Tematisk perspektiv</i> .....	4
2.1.1 <i>Retningslinjer og forskningsperspektiver</i> .....	5
2.2 <i>Tidligere empirisk forskning</i> .....	7
2.3. <i>Prosjektets utfylling av kunnskapshull</i> .....	10
<b>Del 3. Teoretiske perspektiver</b> .....	<b>10</b>
3.1 <i>Postvention</i> .....	10
3.2 <i>Sosial støtte</i> .....	11
3.2.1 <i>Bufferteorien</i> .....	12
3.3 <i>Stress og mestring</i> .....	13
3.4 <i>Sekundærtraumatisering</i> .....	13
3.5 <i>Motoverføring og compassion fattiges</i> .....	15
3.6 <i>Emosjonell førstehjelp</i> .....	16
<b>Del 4 Metode og design</b> .....	<b>17</b>
4.1 <i>Hermeneutisk fenomenologisk perspektiv</i> .....	17
4.2 <i>Kvalitative forskningsintervju</i> .....	20
4.2.1 <i>Semistrukturert livsverdensintervju</i> .....	21
4.2.2. <i>Utvalg av informanter</i> .....	22
4.2.3 <i>Rekruttering av informanter</i> .....	22
4.2.4 <i>Informantene</i> .....	23
4.2.5 <i>Gjennomføring av intervjuene</i> .....	24
4.2.6 <i>Transkribering</i> .....	26
4.3. <i>Studiens forskningskvalitet</i> .....	26
4.3.1 <i>Reliabilitet</i> .....	27
4.3.2 <i>Validitet</i> .....	27
4.3.3 <i>Generaliserbarhet</i> .....	28

<b>5. Analyseprosess .....</b>	<b>28</b>
<b>5.1 Bli kjent med dataen .....</b>	<b>28</b>
5.2 Generere koder.....	29
5.3 Søke etter tema .....	30
5.4 Gjennomgang av valgte temaer .....	30
5.5 Definere og navngi tema .....	30
5.6 Rapportering .....	31
<b>6. Resultat .....</b>	<b>31</b>
6.1 Mentalt og emosjonelt bærekraftig arbeidsmiljø.....	31
6.2 Kollegial støtte og veiledning .....	34
6.3 Utfordringer med ettervern i mindre miljø: .....	37
6.4 Etikk og profesjonell integritet: Forslag til forbedring .....	40
<b>7. Drøfting .....</b>	<b>44</b>
7.1 komparativ drøfting.....	45
7.1.1 Emosjonell førstehjelp til de etterlatte .....	45
7.1.2 Anerkjennelse på arbeidsplass .....	46
7.1.3 Pårørendes forventninger .....	48
7.2 Teoretisk drøfting .....	50
7.2.1 Postvention og sosial støtte.....	50
7.2.2 Sekundærtraumatisering, motoverføring og compassion fatigue.....	53
7.2.3 Stress og mestring.....	54
7.2.4 Emosjonell førstehjelp .....	55
7.3 Praktiske føringer og behov for mer forskning.....	56
7.4 Begrensninger ved denne forskningen.....	58
<b>8. Avslutning .....</b>	<b>59</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>62</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>65</b>
Vedlegg 1 Intervjuguide.....	65
Vedlegg 2 Samtykkeskjema.....	67
Vedlegg 3 SIKT godkjenning .....	71

Tabell 1.1: Oversikt over koder og kategorier som ble utformet. Et eksempel fra et av intervjuene.

## Forord

Etter mye jobb og til tider stunder med frustrasjon er det med en enorm glede og takknemmelighet jeg presenterer denne masteroppgave. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått muligheten til å utforske og fordype meg i et emne som interessere meg enormt. Mitt ønske og håp for oppgaven er å bidra med ny innsikt og forståelse om temaet.

Først og fremst ønsker jeg å rette en enorm takk til min hovedveileder Halvor Nordby, for den enorme støtten, uvurderlige veiledning og gode konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Ditt engasjement og din kunnskap har vært helt avgjørende for utviklingen av denne oppgaven. Takk for gode samtaler og støtte. Videre ønsker jeg å rette en takk til min biveileder Knut Andersen for verdifulle innspill og veiledning som har beriket mitt arbeid ytterligere.

Takk til mamma, pappa og mine søsken for den enorme støtte dere har vist meg og for at dere har lært meg å aldri gi opp. Takk for at dere har trodd på meg og for å ha være mine største støttespillere. En spesiell takk rettes også til mine aller nærmeste venner for uerstattelig støtte gjennom hele denne reisen. Takk til hver og en av dere for lyttende ører og oppmuntrende ord. Deres tilstedeværelse har gjort denne opplevelsen rikere og mer meningsfull enn jeg kunne forstille meg. Til min kjære samboer, takk for din ubetinget støtte, forståelse og oppmuntring gjennom hele denne reisen. Fra dager med intenst arbeid, til øyeblikk med tvil, har du vært der med din støtte og omsorg.

Til slutt vil jeg også gjerne uttrykke min dype takknemlighet til alle informantene som tok del i denne studien. Jeg setter stor pris på at dere frivillig delte deres tid, innsikt og erfaringer. Uten deres engasjement og villighet til å bidra, ville gjennomføringen av denne oppgaven vært umulig.

Oslo, våren 2024

Oda Borlaug Kjørås

## Sammendrag

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å skape et kunnskapsbidrag om hvordan ambulanspersonell opplever møtet etterlatte ved selvmord, hvordan ambulanspersonell håndterer disse møtene og hvordan møtene kan påvirke ambulanspersonell. Videre vil studien utforske hvordan behovet for støtte og oppfølging for ambulanspersonell oppleves etter en slik hendelse.

**Teoretisk forankring:** Den teoretiske forankringen som er anvendt i oppgaven er et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv. Dette perspektivet er anvendt for å få frem ambulanspersonellens subjektive erfaringer om møtet med etterlatte ved selvmord.

**Metode:** I denne studien ble det brukt en kvalitativ metode, med fokus på semistrukturerte intervjuer. Fem ambulanspersonell ble nøye utvalgt som deltakere i studien. Intervjuene ble nøye transkribert og analysert ved hjelp av en tematisk analysemetode for å identifisere sentrale temaer og mønstre.

**Resultat:** Resultatene avdekket behov for å skape et arbeidsmiljø som fremmer mental og emosjonell bærekraft blant ambulanspersonell. Dette innebærer tiltak for å redusere stress, øke trivsel og styrke mestring i møtet med krevende situasjoner. Videre ble betydningen av kollegial støtte og veiledning fremhevet som viktige faktorer for å skape et støttende arbeidsmiljø og øke trivsel blant ansatte. Samtidig ble det avdekket utfordringer knyttet til ettervern av ambulanspersonell, inkludert begrensninger i tilgangen til ressurser og støttetjenester.

**Konklusjon:** Resultatene indikerer behovet for forbedret støtte og omsorg for ambulanspersonell i situasjoner med møtet med etterlatte ved selvmord for å redusere den emosjonelle belastningen. Konkrete forslag for forbedring inkluderer bedre opplæring i psykisk førstehjelp, simuleringstrening og mer strukturerte debrifingsprosesser. Videre fokus på et støttende og inkluderende arbeidsmiljø, regelmessige daglige møter og debrifingsprosesser kan også redusere risikoen for negativ mental belastning hos ambulanspersonell.

## Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to create a contribution to the available knowledge on how paramedics experience meetings with the bereaved after suicide, how paramedics handle these meetings and how these meetings affect the paramedics. Furthermore, the study investigates how the need for support and follow-up is experienced after suicides.

**Literature framework:** The literature framework in the thesis is a phenomenological hermeneutic perspective. This perspective is used to bring out the subjective experiences of paramedics regarding encounters with the bereaved after suicide.

**Methodology:** This study took use of a qualitative research method, with a focus on semi-structured interviews. Five paramedics were carefully selected to take part in this study. The Interviews were carefully transcribed and analyzed with the assistance of a thematic analysis method to identify central themes and patterns.

**Results:** The results of this study indicates a need to create a work environment that promotes mental and emotional sustainability among paramedics. This includes measures to reduce stress, increase well-being and strengthen mastering in the meeting with challenging situations. Furthermore, the influence of collegial support and guidance was highlighted as important factors in creating a supporting work environment and increasing well-being among employees. Simultaneously challenges related to aftercare of paramedics, including access to resources and support services, were uncovered.

**Conclusion:** The results indicate a need for improved support and care for paramedics in situations where they encounter the bereaved after suicides in order to reduce emotional strain. Concrete suggestions for improvements include better training for mental first-aid, simulation training and more structured debriefing processes. Further focus on a supportive and inclusive work environment, regular daily meetings and debriefing sessions can also reduce the risk for negative mental strain for paramedics.

## Innledning

Akuttmedisinforskriften definerer akuttmedisin som diagnostikk, rådgivning, behandling og overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse (Akuttmedisinforskriften, 2015 §4). Som ambulanspersonell vil man stå overfor ulike akuttsituasjoner som må håndteres på en god måte. Det er sentralt at ambulanspersonell er godt trent, har den nødvendige kunnskapen og ferdighetene som trengs for å løse denne typen akuttmedisinske oppdrag. Ambulanspersonell vil rykke ut på akuttoppdrag der de møter mennesker i alle aldre, med ulike helsemessige utfordringer og tilfeller der nærmeste pårørende er til stede. I tillegg til transportering av pasienter skal ambulanspersonell vurdere, administrere og behandle mennesker med et bredt spekter av ulike behandlingsbehov. I tillegg til å vurdere behovet for utførelse av nødvendig medisinsk førstehjelp skal ambulanspersonell også håndtere den avdøde, og ivareta pårørende i en nødstilstand.

Selv om mange av oppdragene til ambulanspersonell omhandler somatisk skade eller sykdom, så må ambulanspersonell også håndtere en rekke situasjoner der vanlige prosedyrer for medisinsk behandling ikke er tilstrekkelige. Noen av de vanskeligste situasjonene er der de må kommunisere med etterlatte etter antatt selvmord. Selvmord defineres som en bevisst og villet handling, som individer foretar seg med hensikt om å skade seg selv, og hvor skaden har ført til død (Helsedirektoratet, 2011, s. 13). Selvmord regnes som en av de største helsemessige utfordringene på verdensbasis i dagens samfunn (Helsedirektoratet, 2011). Antall selvmord har holdt seg relativt stabilt de siste tiårene, og i 2022 tok 610 mennesker i Norge selvmord, dette er 50 færre enn i 2021. Selvmordsraten var i 2022 den laveste siden 2014, og antall selvmord er innenfor den forventete variasjonen (FHI, 2023).

Umiddelbare reaksjoner hos etterlatte består oftest av sjokk, mistro og nummenhet over situasjonen. Andre vanlige etterreaksjoner hos etterlatte ved selvmord presenteres av Helsedirektoratet (2011) som nummenhet, følelse av uvirkelighet, sterke følelser og tankekaos. Kroppslige reaksjoner som hjertebank, skjevlinger, kvalme, svimmelhet og frostanfall kan ved mange tilfeller også forekomme. I henhold til Helsedirektoratet (2011) er det sentralt at ambulanspersonell som møter de etterlatte ved selvmord har forståelse for og kunnskap om de følelsesmessige reaksjonene som oppstår hos de etterlatte, og at

ambulanspersonell har tilstrekkelig med kunnskap om hvordan man ivaretar de etterlatte på best mulig måte i akuttsituasjonen (Helsedirektoratet, 2011, s. 20-21).

### Målet med prosjektet

Ifølge Kaspersen og medforfattere (2022) spiller de første instansene som ankommer et antatt selvmordssted en viktig rolle i møtet med de etterlatte. Disse instansene kan i betydelig grad påvirke hvordan de etterlattes sorgprosess utvikler seg. Kaspersen et al. (2022) mener blant annet at ambulanspersonell i akuttsituasjon skal yte psykologisk førstehjelp hos de etterlatte ved ulykkesstedet, når ressursituasjonen tillater det. Psykologisk førstehjelp innebærer blant annet å redusere den første angsten eller vanskelige følelsesmessige reaksjonen som en traumatiserende hendelse har skapt (Brymer, et al., 2006). Ved akuttoppdrag som omhandler antatt selvmord vil det kunne være mange ulike etater til stede. I denne akuttfasen som er preget av sjokk hos de etterlatte vil det ikke være et system som ivaretar de etterlatte (Kaspersen, Kalseth, Stene-Larsen, & Reneflot, 2022).

Selv om en del forskere har vært opptatt av hvordan etterlatte ved selvmord opplever møtet med ambulanspersonell, så er det lite forskning om hvordan ambulanspersonell opplever det å møte etterlatte ved selvmord og hvordan møtene påvirker dem. Hensikten med denne studien er å innhente mer kunnskap og beskrivelser fra ambulanspersonell om hvordan de opplever møtet med etterlatte ved antatt selvmord i en akuttsituasjon. Ut fra dette har studien til hensikt å diskutere hvordan ivaretagelse av etterlatte til selvmord i akuttsituasjon bør skje, samt hvordan ivaretagelsen og oppfølgingen av ambulanspersonell etter denne typen akuttoppdrag bør være. Videre ønskes det å innhente kunnskap og beskrivelser fra ambulanspersonell om hvordan denne typen akuttoppdrag påvirker de personlig i deres privatliv.

### Problemstilling

For å få kunnskap om hvordan ambulanspersonell opplever ivaretagelsen av etterlatte ved selvmord med utgangspunkt i akuttsituasjoner på ulykkesstedet, har jeg kommet frem til følgende problemstilling for studien:

***Hvordan opplever ambulanspersonell møtet med etterlatte etter selvmord?***



## Forsknings spørsmål

- Hvilke utfordringer opplever ambulanspersonell under utrykning i møtet med etterlatte ved selvmord?
- Hvordan påvirker møtet med etterlatte ved selvmord under utrykning ambulanspersonellets profesjonelle atferd?
- Hva er ambulanspersonellets mening om behovet for opplæring og støtte i denne konteksten?

## Metodisk fremgangsmåte

For å kunne svare best mulig på den aktuelle problemstillingen har det vært viktig å finne relevant litteratur og forskning for oppgavens tema og problemstilling. Jeg har benyttet meg av ulike databaser som Oria og Google Scholar for å gjøre relevante og aktuelle litteratursøk. Søkeordene jeg har benyttet meg av har vært ambulanspersonell, etterlatte, selvmord, paramedic, ivaretagelse, akutsituasjon, dødsfall, stress i ulike kombinasjoner. Søkene ble gjort både på norsk og engelsk. Jeg har også benyttet meg av fagtidsskriftene «Tidsskrift for den norske legeforening» og «Tidsskrift for norsk psykologforening». Videre har jeg også lest og benyttet meg av relevant litteratur jeg har fått tilsendt eller blitt tipset om av fagpersonell jeg har vært i kontakt med i forbindelse med oppgaven. Prosjektet bygger på en kvalitativ metode. Det er gjennomført individuelle intervjuer av ambulanspersonell. Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer med fem informanter. På forhånd ble en intervjuguide utarbeidet for å gi konkrete spørsmål og samtaleemner som ville være relevante å utforske under intervjuet.

## Min forforståelse

Min forforståelse i denne masteroppgaven er preget av min yrkesfaglige bakgrunn som vernepleier, og min erfaring med ulikt arbeid innen psykiatritjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Min interesse for helsepersonells, nærmere bestemt ambulanspersonells opplevelse av møte med etterlatte oppsto i som følge av mitt arbeid som vernepleie. Etter at jeg i mitt arbeid som vernepleie møtte pasienter som er etterlatte etter selvmord, eller som selv har prøvd å avslutte sitt eget liv og åpent har snakket om hvordan de har opplevd møtet med helsepersonell i akutsituasjon.

Hvordan helsepersonell selv opplever møtet med etterlatte ved selvmord i akutsituasjon er et aspekt som ikke tidligere har vært en del av min profesjonelle refleksjon. Min forforståelse om hvordan etterlatte har opplevd denne typer møter førte videre til at min interesse og et ønsket om å prøve å forstå hvordan helsepersonell selv opplever, samt håndterer disse kritiske situasjonene og hvordan det påvirker dem. Møtet med pasienter og deres erfaringer om hvordan de som etterlatte på et dødssted etter selvmord har ytterligere drevet min nysgjerrighet og motivasjon for dette temaet.

## Oppgavens oppbygning

I kapitlet 2 presenterer tematiske perspektiv og teoretiske rammeverk og kunnskapsstatus. Kapittel 3 inneholder teori, det teoretiske perspektivet og forankringen i oppgaven. Her vil ulik forskningslitteratur jeg har benyttet meg av i oppgaven bli redegjort for. I kapittel 4 vil jeg videre presentere metodologien og designet i masteroppgaven. Her presenteres valg av metode og design, samtidig vil rekruttering og utvalg av informanter bli presentert. I kapittel 5 vil prosessen med datainnsamling bli presentert. Her vil det bli gjort rede for transkribering av intervjuene og analyseprosessen. I kapittel 6 vil resultatene fra studien bli presentert. I kapittel 7 vil jeg videre drøfte funnene fra studien.

## Del 2. Bakgrunn

I det neste avsnittet vil jeg belyse tidligere forskning om ambulanspersonells møter med etterlatte etter selvmord. Jeg vil fokusere på teoretiske rammeverk og temaer fra lignende studier, samt sentrale funn som har bidratt til dypere forståelse av temaet. Tidligere forskning har blant annet undersøkt ambulanspersonellets håndtering og oppfølging av etterlatte i slike situasjoner. Viktige teoretiske perspektiver inkluderer stressmestring og emosjonell regulering. Nøkkeltudier har bidratt til å belyse både individuelle og systemiske faktorer som påvirker ambulanspersonellets opplevelser og håndtering av denne situasjonen og videre dannet et grunnlag for dagens forståelse av temaet.

### 2.1 Tematisk perspektiv

Ambulanspersonell vil i sin jobbhverdag møte mennesker i ulike former for kriser. Etter at en krise har oppstått kan mange ifølge Bentsen & Danielsen (2016) oppleve det som krevende å holde orden på sine egne tanker, samt få problemer med å konsentrere seg og få med seg

informasjon som blir gitt. De mener også at det er sentralt at ambulanspersonell på ulykkesstedet ikke gir for mye informasjon til de etterlatte, men heller prøve å besvare de spørsmålene som eventuelt dukker opp på en god og trygg måte.

Bentsen & Danielsen (2016) utdyper videre at det i etterkant av oppdrag som involverer etterlatte og pårørende er sentralt samt viktig å reflektere og diskutere oppdraget. Ved at ambulanspersonell diskuterer og reflekterer i etterkant rundt oppdraget, vil de muligens sitte igjen med mer erfaring som man kan benytte i senere oppdrag. Man vil samtidig, ifølge Bentsen & Danielsen (2016), lære mer om seg selv, egne følelsesmessige reaksjoner og håndtering av dem.

Det er godt dokumentert at mennesker reagerer ulikt når de blir rammet av kriser.

Kriserammede kan ha store følelsesmessige reaksjoner og utbrudd, noen kan også virke upåvirket av hendelsen. Bentsen & Danielsen (2016) skriver at uansett hvordan mennesker reagerer trenger mennesker i krise god allmenn omsorg, og ivaretagelse. De skriver videre at pårørende vil i situasjoner hvor de opplever og møter dødsfall i hjemmet tilkalle hjelp til å utføre nødvendig førstehjelp. Bentsen & Danielsen (2016) skriver videre at selve sjokket pårørende og etterlatte opplever blir satt på vent til helsepersonell eller andre instanser kommer på ulykkesstedet og overtar. Når ambulanspersonell ankommer ulykkesstedet, vil de gi full oppmerksomhet på den aktuelle pasienten og iverksettelse av livreddende tiltak. I slike situasjoner kan det være vanskelig å finne tid til å ivareta de pårørende. Dersom det er flere personell på dødsstedet kan noen ivareta de pårørende parallelt med de livreddende tiltakene (Bentsen & Danielsen, 2016). I noen situasjoner vil man ikke ha anledning til å ivareta pårørende før ambulanspersonell har avsluttet det livreddende arbeidet og pasientene har omkommet.

### 2.1.1 Retningslinjer og forskningsperspektiver

I en akutsituasjon hvor menneske har begått selvmord vil pårørende oppleve en følelsesmessig reaksjon på situasjonen. I en slik situasjon kan også ambulanspersonell oppleve slike reaksjoner under eller i etterkant av denne typen akutte hendelse (Williams, 2012). Forfatter Williams (2012) har gjennomført en studie som viser at i slike situasjoner har en del pårørende forventet av ambulanspersonell at de skal kunne klare å legge sine egne følelser til side og fokusere på den medisinske behandling som er nødvendig.

Valeur (2014). skriver at ambulanspersonell og annet helsepersonell vil i de fleste tilfellene bringe med seg følelser eller reaksjoner i møter med pasienter eller etterlatte, og man vil reagere på pasienten eller etterlatte. I situasjoner som dette er det sentralt at ambulanspersonell kontinuerlig reflekterer over sine egne følelser i møtet med de etterlatte for å unngå at de faller ut av sin faglige rolle i følge Valeur (2014). Det at ambulanspersonell møter med de etterlatte er preget av individets følelser er ikke nødvendigvis noe negativt. Ifølge Valeur (2014) kan egne følelser hos helsepersonell i møte med etterlatte bidra til å øke empatien i møtet.

En kjent risikofaktor for selvmord er eksponering for selvmord. Ambulanspersonell er en yrkesgruppe som er utsatt for ulike arbeidsrelaterte stressutløsende faktorer, som utrykning på akuttoppdrag der mennesker er døde av selvmord. Denne formen for stress er en kjent risikofaktor for utløsning av psykiske problemer og belastninger (Nelson, et al., 2020). Det kommer videre frem av Nelson et al., (2020) at det finnes lite kunnskap om ambulanspersonells perspektiv på hvordan de opplever hendelsene og i hvilken grad de føler seg rustet til å møte etterlatte ved antatt selvmord ved dødsstedet. Nelson et al., (2020) presenterer videre at det i tillegg til at det er publisert lite litteratur om temaet, har man lite veiledning tilgjengelig for ambulanspersonell som er i tjeneste.

Det kommer videre frem i studien gjennomført av Nelson et al., (2020) at ambulanspersonell i stor grad opplevde manglende forståelse for yrkesrollen blant annet fra helsepersonell men også i fra venner og familie. Videre forklarer Nelson et al., (2020) at ambulanspersonell opplevde at samfunnet ikke forstår deres arbeid, og at samfunnet i stor grad ser på ambulanspersonell som følelsesmessig løsrevet når de reagerte på intenst traumatiske hendelser som ved akuttutrykning ved selvmordsoppdrag. Funnene gjort i studie gjennomført av Nelson et al., (2020) viser til at ambulanspersonell opplevde manglende anerkjennelse på arbeidsplassen om at arbeid med selvmordsoppdrag kunne oppleves som traumatisk. Videre kommer det frem av Nelson et al., (2020) at muligheten for debriefing etter traumatiske hendelser, inkludert oppdrag som inkluderte selvmord, i teorien ble tilbudt, men i praksis ble det sjeldent gjennomført på grunn av tidsbegrensinger samt personalmangel.

Helsedirektoratet publiserte i 2011 en veileder for ivaretagelse av etterlatte ved selvmord, denne veilederen hadde som formål om å gi kunnskapsbaserte faglige råd til helsepersonell som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord. I veilederen publisert av Helsedirektoratet

(2011) nevnes det at reaksjonene hos etterlatte ved selvmord skiller seg fra reaksjoner hos etterlatte ved andre former for brå og uventet død. I henhold til Helsedirektoratet (2011) er sterke reaksjoner hos pårørende ved brå død vanlig, og etterreaksjoner er normale reaksjoner på en ekstrem hendelse. De umiddelbare reaksjonene vil i henhold til veilederen til Helsedirektoratet (2011) ofte bestå av sjokk, mistro og nummenhet og er videre ledsaget av sterke følelser. Det kommer videre frem av Helsedirektoratet (2011) at etterreaksjoner ikke avspeiler sykelige prosesser og at det er avgjørende at helsepersonell på stedet har kunnskap og kan tolke disse reaksjonene riktig.

Helsepersonelloven (1999) §4 fastsetter kravet om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens faglige kvalifikasjoner og arbeidets karakter. Dette innebærer at helsepersonell må handle på en faglig forsvarlig måte og ta hensyn til pasienten og pårørendes behov. Dette gjelder også for ambulanspersonell som opplever møter med etterlatte ved selvmord i akutsituasjoner. Samtidig er det sentralt at ambulanspersonell ivaretar og respekterer personvernet og gjeldende retningslinjer for slike situasjoner. Ambulanspersonell er etter Helsepersonelloven (1999) §21 bundet av taushetsplikten. Informasjon om pasientens helse, inkludert omstendigheter rundt selvmord, betraktes som konfidensiell informasjon. Det kommer videre frem i Helsepersonelloven (1999) §24 at taushetsplikten etter §21 ikke er til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom vektige grunner taler for dette. Respekt for personvern og sensitivitet i kommunikasjonen mellom etterlatte og ambulanspersonell etter pasientens død er essensielt.

## 2.2 Tidligere empirisk forskning

I nødssituasjoner i samfunnet kan familiemedlemmer, naboer eller ukjente tilskuere bli nødt til å tilkalle medisinsk assistanse, gi førstehjelp, gjenskape hendelsen og gi bakgrunnsinformasjon til blant annet ambulanspersonell (Satchell, et al., 2023). Uansett hvilken relasjon og forhold som eksisterer mellom pasienten og de til stede på ulykkesstedet forklarer Satchell et al., (2023) at hendelser som krever respons fra nødetatene er betydningsfulle og stressende for alle de involverte. Det kommer videre frem av Satchell et al. (2023) at pasient- og familieorientert omsorg er en etablert tilnærming innen helsesektoren som legger vekt på betydningen av å samarbeid med pasient og familier for å øke helsetjenesteopplevelsen. Videre påpeker Satchell et al., (2023) at dette krever en mental forskyving av helsepersonell fra fokus på hva som gjøres med pasienten, til en vurdering av

hva som gjøres for pasienten og familien. Satchell et al., (2023) skriver videre at deltakerne opplevde emosjonelle ekstremer når de var vitne til en nødssituasjon og det kommer frem at kommunikasjon med ambulanspersonell var utrolig viktig for å påvirke familiemedlemmers samlede opplevelse. Studien viste at der hvor ambulanspersonell ga effektiv kommunikasjon, kom det frem at familiemedlemmer følte seg informert og inkludert. Ifølge Satchell et al., (2023) kommer det imidlertid videre frem av at der kommunikasjonen ble rapportert til å være dårlig, følte familien seg forvirret og isolert.

Et sentralt funn fra Satchell et al., (2023) sin gjennomgang var at de som var til stede ved nødhendelsen kunne føle på at de ble ekskludert og behandlet som uønskede eller passive vitner. Videre skriver Satchell et al. (2023) at familiemedlemmer satte pris på ambulanspersonells handlinger som anerkjente og involverte dem, og som støttet deres nærvær og forståelse. Satchell et al. (2023) skriver videre at ambulanspersonell har identifisert flere utfordringer når det kommer til familiens nærvær, inkludert fokus på medisinsk behandling, bekymringer for at resusciteringsinnsatsen kunne bli kompromittert, sikkerhet på stedet og bekymringer for at resuscitering ville opprøre familiemedlemmer til stede. Til slutt presenteres det av Satchell et al., (2023) at ambulanspersonells rolle ikke slutter når en død inntreffer, da familien har betydelig psykologiske behov i løpet av og også etter at behandlingen er avsluttet, familien satte pris på tiden og omsorgen de fikk av ambulanspersonell etter avsluttet resuscitering. Imidlertid kommer det frem av Satchell et al., (2023) at ambulanspersonell følte seg uforberedt på å støtte familie i tilfeller av død, og trengte ytterligere tilgang til ressurser for å føle seg trygg på å gi psykologisk støtte til de etterlatte.

Det kommer frem av Satchell et al., (2023) at det i dette århundre har det vært en økende forskningsinteresse for paramedisinerfaringer med samarbeid med tilskuere og familier under nødhendelser. Imidlertid peker nylige gjennomganger på begrenset forskning sett fra perspektivet til familiemedlemmer og ambulanspersonell under slike hendelser. Litteraturen innen paramedisinfeltet har en tendens til å primært fokusere på kliniske rettende emner som gjenopplivning og luftveishåndtering (Cavanagh, Blanchard, Weiss, & Tavares, 2023). Det kommer videre frem av Cavanagh, et al., (2023) at litteraturen har en tendens til å ha et smalere fokus. Videre i studien kommer det frem at når det gjelder metodologiske tilnærminger er der en overvekt av observasjonelle studier. Disse studiene gir ifølge Cavanagh et al., (2023) svar på hva som skjer, men som ikke nødvendigvis forklarer hvorfor

det skjer. I studien kommer det også frem at det er en mangel på kvalitativ og miks-metodisk forskning. Samlet sett antyder studien gjennomført av Cavanagh et al., (2023) at det er en ubalanse i retning av kvantitativ og observasjonell forskning, med et noe begrenset mangfold og tematikk. Studien argumenterer videre for en mer omfattende og variert tilnærming til forskning for å støtte paramedisinens fremtidige utvikling,

Så langt det er mulig, burde familiemedlemmer få muligheten til å være til stede under gjenopplivningsforsøk (Swor, et al., 2006). De skriver videre i sin studie at fordelene ved familiens nærvær var at det fjernet familiens tvil om hva som har skjedd med pasienten og de får vite at alt som var mulig, ble gjort. Til tross for den økende bevegelsen mot å inkludere familiemedlemmer som vitner i gjenopplivningsforsøk, skriver Swor et al., (2006) at det har vært en mangel på forskning knyttet til konsekvensene for tilskuere og pasienter, samt erfaringene til ambulanspersonell i forbindelse med denne praksisen.

Det kommer videre frem i studien av Swor et al., (2006) at ambulanspersonell har betydelig erfaringer med familiens nærvær under gjenopplivning og at flere av dem rapporterte negative erfaringer med familiemedlemmer som videre kan påvirke utføringen av nødhjelp i prehospitalt miljø. Videre skrives det i studien at ambulanspersonell i de fleste tilfeller føler seg nøytrale til familiens nærvær, men flere føler seg ukomfortable med familiens nærvær under gjenopplivningsforsøk og oppfatter ikke at det er hensiktsmessig for familiemedlemmer å vitne gjenopplivningsforsøket. I henhold til Swor et al., (2006) kommer det videre frem at det ble rapportert at ambulanspersonell generelt sett føler seg komfortable med å gi følelsesmessig støtte til familiemedlemmer på stedet.

Swor et al., (2006) skriver at ved feltgjenopplivning vil man være vitne til gjenopplivning på tidlig, kaotiske stadier, der flere prosedyrer ofte skal utføres, hendelsen er uventet og familien kan ha vansker med å forstå hva som skjer. Videre nevnes det i studien at ambulanspersonell ofte gir følelsesmessig støtte til familier under gjenopplivningsforsøk, og det kommer frem at ambulanspersonell ikke har en formell opplæring angående dødsvarsling. Swor et al., (2006) nevner at ambulanspersonellens opplæring bør utformes og gjennomføres spesifikt for å hjelpe dem i situasjoner med ivaretagelse av familiemedlemmer.

### 2.3. Prosjektets utfylling av kunnskapshull

Med utgangspunkt i dagens kunnskapsstatus kan dette prosjektet bidra til å fylle ulike gap i forskningen gjennomført rundt ambulanspersonell. Dette gjøres ved å undersøke ambulanspersonellens opplevelser gjennom kvalitativ metodisk tilnærming. Som det kommer frem av Cavanagh et al., (2023) er den nåværende forskningen rundt ambulansarbeidere fokusert på kvantitativ forskning. Ved å anvende kvalitativ metode skal jeg videre utforske komplekse aspekter av emosjonelle, etiske og profesjonelle utfordringer ambulanspersonell møter.

Denne studien vil utforske hva som skjer med ambulanspersonell som opplever møtet med etterlatte ved selvmord. I tillegg vil denne studien utforske hvorfor de ulike følelsene og opplevelsene til ambulanspersonellet oppstår. Til tross for at min studie er å anse som en rimelig avgrenset del av et større tema det ikke har vært forsket så mye på, vil altså min studie kunne gi svar på både hvorfor ambulanspersonell opplever møtet med de etterlatte som de gjør og hvordan det påvirker dem. Prosjektet kan videre bidra med å styrke forståelsen for hvordan helsevesenet bedre kan støtte ambulanspersonellet i møtet med etterlatte ved selvmord. Videre kan studien også bidra til forbedring av retningslinjer, opplæring, oppfølginger og rutiner rundt temaet. Studien kan også styrke ivaretagelsen av ambulanspersonell ved slike hendelser, men også styrke ivaretagelsen av etterlatte ved slike situasjoner.

## Del 3. Teoretiske perspektiver

I dette kapittelet presenterer jeg flere teoretiske perspektiver og fagbegreper som er relevante for tematikken i oppgaven. Jeg fokuserer spesielt på postvention, bufferteorien, stress og mestring, sekundærtraumatisering, motoverføring og compassion fatigue og psykologisk førstehjelp. De teoretiske perspektivene er ikke originalt skrevet innenfor en prehospital-kontekst, men som jeg vil vise i drøftingene senere, er de relevante for å forstå og forklare hvordan ambulanspersonell opplever møter med etterlatte.

### 3.1 Postvention

Erlich, et al. (2017) skriver at Edwin Shneidman introduserte begrepet «postvention» i 1968. Erlich, et al (2017) presenterer Shneidman (1968) sin beskrivelse av postvention som en intervensjon for å ivareta omsorgen for etterlatte, omsorgspersoner og helsepersonell etter



antatt selvmord. Videre skriver de at Shneidman (1968) forklarer at postvention skal tjene som et sekundært forebyggende arbeid for å minimalisere risikoene for påfølgende selvmord hos etterlatte og helsepersonell, som følge av komplisert sorg, smitte eller uløste traumer (Erlich, et al., 2017). De skriver videre at postvention omhandler alle tiltak som kan bidra til å redusere ulike negative følelser som oppstår som følge av en traumatisk død, som ved pasientselv-mord. Det å eksponeres for pasientselv-mord er identifisert som en utfordrende yrkesmessig fare for helsearbeideres psykiske helse (Leaune, et al., 2020).

Det kommer videre frem av Leaune et al., (2020) at helsepersonell kan møte flere aspekter av emosjonell og traumatiske påvirkning i etterkant av pasientselv-mord. I tillegg til at helsepersonell kan oppleve psykiske utfordringer etter pasientselv-mord, kan en slik hendelse også bidra til at helsepersonell opplever utfordrende følelser knyttet til selvtillit og profesjonell kompetanse av (Leaune et al., 2020). Ved noen tilfeller kan også helsepersonell oppleve følelse av et svik i sin egen profesjonelle beslutningstaking ovenfor pasienten og etterlatte ved selvmord (Leaune, et al., 2020). De skriver videre i sin studie at en høy andel helsepersonell melder om manglende støtte i etterkant av pasientselv-mord. Det kommer videre frem av Erlich et al., (2017) at manglende protokoller, standardisering av tilnærming og formalisert undervisning etterlyses av helsepersonell når det gjelder pasientselv-mord.

### 3.2 Sosial støtte

Sosial støtte defineres som den emosjonelle eller praktiske hjelpen man mottar fra sine sosiale grupper, som venner, familier og kollegaer i tider med krise og nød (O'Toole, Mulhall, & Eppich, 2022). De skriver videre at sosial støtte er et fenomen som blant annet omhandler mengden støtte som en person oppfatter og mottar. Sosial støtte er et i følge O'Toole, Mulhall, & Eppich (2022) fenomen som involverer interaksjoner mellom mennesker slik at når en person tilbyr sosial interaksjon.

Som helsepersonell er det å kjenne på medfølelsen med de pårørende normalt, og man kan oppleve skyldfølelse og sorg overfor dødsfallet man står ovenfor (Sagbakken, 2021).

Emosjonell førstehjelp er ikke alltid tilgjengelig, og førstehjelpers psykiske helse påvirkes av dette. Sagbakken (2021) skriver at store deler av førstehjelpere henvender seg som oftest til jevnaldrende kollegaer for å motta emosjonell støtte. Tradisjonelt i nødeter ble den sosiale støtten gitt av kollegaer eller ledere (O'Toole, Mulhall, & Eppich, 2022). Sagbakken (2021)

forklarer videre at manglende støtte fra kollegaer og andre sosiale nettverk også kan føre til at helsepersonell i større grad opplever skyldfølelse og skam, dette kan medføre at helsepersonell i større grad trekker seg tilbake fra kollegaer, isolerer seg og gjemmer seg bort.

I studien gjennomført av Harandi et al. (2017) kommer det frem at positiv sosial kommunikasjon med familiemedlemmer, venner og kollegaer bidrar til utvikling av trygghetsfølelse samt å redusere angst, negative psykiske konsekvenser. Harandi et al. (2017) presenterer videre at arbeidstakere som har tilgang til sosiale nettverk mer enn andre, mer sannsynlig tar kontakt sosiale støttenettverk og vil være dyktigere til å motta sosial støtte når de opplever stressende og vanskelige situasjoner, eller har problemer og utfordringer. Harandi et al., (2017) forklarer videre at det å motta sosial støtte kan hemme de negative fysiologiske og psykiske konsekvensene som angst og ubehag, og dermed øke egenomsorgen blant mennesker som opplever stressende situasjoner.

### 3.2.1 Bufferteorien

Bufferteorien tar utgangspunkt i hvordan sosial støtte som «buffer» kan oppstå gjennom styrking av beskyttelsesfaktorer og reduksjon i negativ påvirkning av stressende hendelser (Ibarra-Rovillard & Kuiper, 2011). Buffereffektene kan endre oppfatningen av ulike negative hendelser, overføre mestringsressurser eller legge til rette for endring i helserelatert atferd (Ibarra-Rovillard & Kuiper, 2011). For å se en buffereffekt av sosial støtte, må det ifølge Ibarra-Rovillard & Kuiper (2011) være samsvar mellom mestringskravene som utløses av en bestemt stressfaktor, og ressursene som tilbys av sosiale støttenettverk. Manglende sosial støtte kan øke risikoen og sannsynligheten for psykiske utfordringer.

Ibarra-Rovillard & Kuiper (2011) presenterer videre at bufferteorien antyder at sosial støtte blant annet reduserer sammenhengen mellom negative opplevelser og alvorlighetsgraden av psykiske helseutfordringer. De forklarer videre at økt sosial støtte som buffer i tidlig intervensjon omhandler å gi sosial støtte med hensikt å øke sosial samhørighet, redusere fravær og øke arbeidsytelse. Sosial støtte alene øker den positive mentale velvære hos befolkningen ellers og har en beskyttende effekt på førstehjelperens mentale helse (O'Toole, Mulhall, & Eppich, 2022). Sosial støtte kan videre «buffer» de negative effektene av stress, og dermed beskytte blant annet helsepersonell mot ulike psykiske utfordringer ved å øke individers selvtillit og selveffektivitet (Ibarra-Rovillard & Kuiper, 2011).

### 3.3 Stress og mestring

Stress defineres primært på tre ulike måter, som ytre påvirkning, som fysiske eller emosjonelle reaksjoner på påvirkning, eller som en respons på samspillet mellom de ytre påvirkningene og reaksjonene på dem (Lazarus & Folkman, 1984). Stress defineres videre av Lazarus & Folkman (1984) som en tilstand som oppstår når samspillet mellom omgivelsene leder individet til å oppleve en uoverstemmelse mellom kravene i situasjonen og individets ressurser. En type stress er akutt stress (Samdal, Wold, Torsheim, & Harris, 2017). Denne stressformen oppstår ifølge Samdal et al., (2017) ved plutselige og overraskende situasjoner som krever en rask reaksjon av vedkommende. Samdal et al., (2017) forklarer at akutt stress ikke anses som en negativ form for stress dersom man raskt mestrer og håndterer egen stressreaksjon på en god måte eller klarer å slappe av. Stress vil ikke alltid føre til en belastning dersom individet mestrer å håndtere den økte belastningen som stresset medfører, forklarer Samdal et al., (2017). Dersom individet håndterer og mestrer stresset på en god måte kan det bidra til utvikling hos individet. Derimot vil vedvarende stress over tid som individet ikke klarer å mestre og som overgår individets egne ressurser, i følge Samdal et al. (2017) virke skadelig for individets helse.

Lazarus & Folkman (1984) presenterer videre at den transaksjonelle stressteorien understreker at opplevelsen av stress avhenger av to hovedfaktorer: stressbelastningen i en situasjon og individets oppfattede tilgjengelige ressurser, inkludert deres egen kompetanse og sosiale støtte. Den transaksjonelle prosessen innebærer ifølge Samdal et al., (2017) først en umiddelbar vurdering av betydningen stressopplevelsen har for eget velvære. I denne sammenhengen er det ofte snakk om fysiologiske eller psykologiske responser på en krevende situasjon. Videre beskriver de den neste vurderingen involverer en gjennomgang av de tilgjengelige ressursene man har for å håndtere belastningen. Samdal et al., (2017) skriver at handler om egne ressurser i form av kompetanse, selvtillit og intellekt. Betydningen av situasjonskarakteristikken handler om hvor forberedt situasjonen er, om den oppstår akutt eller uventet som ved en ulykke, eller er om den er forventet (Samdal, Wold, Torsheim, & Harris, 2017).

### 3.4 Sekundærtraumatisering

Mennesker som profesjonelt hjelper andre mennesker utsatt for traumer blir selv indirekte utsatt for dem. Medisinsk personell som ofte er de første som får kontrakt med traumeofre

eller etterlatte er spesielt utsatt for sekundærtraumatisering (Orginska-Bulik, Gurowiec, Michalska, & Kedra, 2021). Orginska-Bulik et al., (2021) forklarer at kombinasjonen av å være vitne til at pasienter dør og nødvendigheten av å føre vanskelige samtaler med etterlatte kan forårsake stress og negative følelser hos blant annet ambulanspersonell. Orginska-Bulik et al., (2021) presenterer videre at Charles Figley (1995) definerte sekundærtraumatisering som atferdsmessige og emosjonelle utfall som oppleves av et individ ved å tilegne seg kunnskap om en annen persons stressende opplevelser. Ambulanspersonell utgjør en del av førstelinjetjenesten og er blant de første som på et ulykkessted skal påta seg rollen med å lindre smerten og lidelsen til mennesker som etterlatte og som har opplevd traumer.

Andre menneskers lidelser påvirker oss, man blir emosjonelt berørt og aktivert. I møte med mennesker som er utsatt for traumer vil man bli fysiologisk aktivert og oppleve fysiologiske reaksjoner som at pulsen utvider seg og blodtrykket stiger, muskelen spennes og kroppen skiller ut økt mengde adrenalin (Isdal, 2017). Videre forklares det av Isdal (2017) at helsepersonell som står overfor situasjoner med kontinuerlig fysiologisk aktivering vil etter hvert oppleve flere belastningssymptomer som utmattelsessyndrom, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer og problemer med følelsesregulering mm. Orginska-Bulik et al., (2021) presenterer videre at symptomer på sekundærtraumatisering blant helsepersonell kan være relatert til tanker, følelser og atferd som unngåelse, negative endringer i kognisjoner og humør samt endringer i opphisselse og reaktivitet som følge av kunnskap om traumatiske hendelser som andre opplever, da ofte i forbindelse med engasjementet i å hjelpe traumeofrene.

Det kommer videre frem av Orginska-Bulik et al., (2021) at sosial støtte fra arbeidsmiljøet og kollegaer som tilgjengelig hjelp for et ambulanspersonell i stressende situasjoner kan beskytte og bidra til å minimalisere risikoen for sekundærtraumatisering. Han skriver videre at sosial støtte i form av veiledere og kollegaer kan bidra til å redusere stressnivået og påvirke nivåene av opplevde følelser ved å øke de positive og senke de negative følelsene som ambulanspersonell. Støtte fra familie og venner har en betydelig rolle for å hindre de negative konsekvensene av sekundærtraumatisering blant ambulanspersonell (Orginska-Bulik et al. 2021) .

### 3.5 Motoverføring og compassion fattiges

Motoverføring er et ord som kommer fra Sigmund Freuds teori knyttet til psykoanalyse. Begrepet forklares av Isdal (2017) som terapeutens emosjonelle reaksjon på brukeren. Motoverføring handler om at brukerens historie og fremtoning treffer noe i terapeuten/helsepersonellets eget liv eller oppvekst (Isdal, 2017). Relasjonen mellom bruker og terapeut/helsepersonell er en toveis relasjon. Motoverføring er et fenomen som ifølge Isdal (2017) kan forklare hvorfor det kan være farlig for terapeut/helsepersonell å jobbe med temaer der de selv har opplevd traumesituasjoner. Isdal (2017) skriver at en moderne forståelse av fenomenet motoverføring innebærer en erkjennelse av at helsepersonell er et menneske og har følelser. Det kommer videre frem av han at poenget er at helsepersonell skal være bevisste på sine egne reaksjoner og følelser og hvordan de påvirker brukerne og relasjonen til dem de skal hjelpe. Ifølge Isdal (2017) er denne formen for kunnskap avgjørende og en forutsetning for å kunne gi hjelp som er respektfull, trygg, ikke-nedbrytende eller helseskadelig og heller ikke negativ for begge parter.

Charles R. Figley lanserte i 1995 begrepet compassion fatigue som kan forklares ved at noe utvikler seg over tid etter gjentatte møter med lidelse (Isdal, 2017). Det kan være en gradvis nedbrytning av engasjement, involvering og empati med en påfølgende slitenhet eller utmattelse knyttet til det å skulle hjelpe andre mennesker i krise (Isdal, 2017). Videre utdyper Isdal (2017) at compassion fatigue i følge Figley kan ses på som terapeut/helsepersonells særegne kombinasjon av sekundærtraumatisering og utbrenthet. Ifølge Figley vil mennesker som jobber med tunge temaer og menneskelige problemer alltid oppleve en eller annen grad av compassion fatigue. Symptomer på compassion fatigue presenteres av Isdal (2017) som lav arbeidsmoral, unngåelse av oppgaver, synkende motivasjon, utmattelse, tap av selvtillit, tilbaketrekning fra kollegaer. Alle symptomene kan bli en belastning for den enkelte, for kollegaer og for temaet.

Isdal (2017) presenterer at man i vurdering av årsaker til symptomer og helsebelastninger knyttet til arbeidet må vurdere tre faktorer og samspillet mellom dem. Disse faktorene er klienten, terapeuten og rammene. De tre faktorene presenteres videre i belastningstrekanten. Hver og en av disse faktorene kan i henhold til Isdal (2017) i seg selv være årsaken til høy symptombelastning og sykdom hos helsepersonell. Isdal (2017) forklarer at rammene for å gjennomføre arbeid på arbeidsplassen kan være dårlig og medføre at arbeidstakere blir syke av jobben. Han forklarer videre at noen klientgrupper kan være krevende å jobbe med, noe

som medfører at hjelpere over tid kan oppleve å bli syke. Videre skriver han at noen hjelpere er så sårbare på grunn av egne rammehistorier at de ikke burde jobbe med lidelsen. De enkelte begrepene legger sin hovedvekt på ulike deler av trekanten (Isdal, 2017). Utbrenthet fokuserer på sykdomsskapende arbeidsrammer, mens motoverføring har fokus på sider ved hjelperen, hjelperens mestring og hjelperens historie (Isdal, 2017). I de fleste tilfellene skriver Isdal (2017) at det er en kombinasjon av de tre faktorene som utgjør grunnlaget for symptombelastning eller for sykdom som følge av arbeidet. De påvirker hverandre og kan forsterke effekten av belastningen. Når man som helsepersonell jobber og møter pasienter med svært alvorlige problemer, blir det viktigere med gode rammevilkår for arbeidet (Isdal, 2017).

### 3.6 Emosjonell førstehjelp

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer emosjonell førstehjelp som «en human, støttende respons til et medmenneske som lider og som kan trenge støtte» og inkluderer enkle intervensjoner som å lytte, gi informasjon, trøst, og praktisk støtte for å håndtere de grunnleggende behovene (O'Toole, Mulhall, & Eppich, 2022). Det kommer videre frem av O'Toole, Mulhall, & Eppich, (2022) at ambulanspersonell ikke primært anses som omsorgsarbeidere og prinsippet om ivaretagelse av kriserammede pårørende er bare relevant når innsatspersonell er til stede. De skriver videre at i slike situasjoner vil ambulanspersonell frigjøres fra pasientarbeid for å ivareta behovet for informasjon, støtte og sorgstøtte for pårørende. O'Toole, Mulhall, & Eppich (2022) skriver videre at kunnskap om hvordan man skal møte de kriserammede, vil gjøre det enklere for ambulanspersonell å føle seg trygge i relasjon til pasienter og pårørende som opplever krisesituasjoner. Videre vil det kunne medføre at ambulanspersonell føler seg trygge i rollen sin som omsorgsarbeider, noe som vil komme pasienter og pårørende til gode (Nordby, 2014).

Emosjonell førstehjelp anses som en evidensbasert tilnærming for å redusere innledende nød og fremme kort- og langsiktige mestringsstrategier blant pasienter, etterlatte og ansatte i etterkant av eksponering av traumatiserende og stressende situasjoner (Tessier, Lamothe, & Geoffrion, 2021). Det å gi emosjonell førstehjelp til kriserammede pårørende på ulykkesstedet prioriteres ikke i den innledende fasen av skadestedarbeidet så lenge de ikke fremstår som skadet (Nordby, 2014). Han skriver videre at de første som ankommer ulykkesstedet etter et antatt selvmord, blant annet politi og ambulanspersonell, spiller en sentral rolle for møtet

med- og ivaretagelsen av pårørende. Det er sentralt at de som ankommer ulykkesstedet først sørger for å informere pårørende, samt aldri forlater de etterlatte før en annen tjeneste har tatt over oppfølgingen av de (Kaspersen, Kalseth, Stene-Larsen, & Reneflot, 2022).

Det kommer videre frem av Kaspersen et al., (2022) at det i akutfasen kan være flere ulike etater på ulykkesstedet. Kaspersen et al., (2022) skriver at dette kan medføre at de etterlatte som er preget av sjokk og avmakt fort kan falle mellom de ulike etatene og at det ikke nødvendigvis er et system som fanger opp den etterlatte uten at de selv ber om det. Nordby (2014) forklarer videre at når det er nok personalressurser på ulykkesstedet, bør pårørendes behov for informasjon og omsorg ivaretas dersom deres nærmeste er omkommet. Nordby (2014) skriver videre at det å ha et helhetlig bilde på situasjonen ved ulykkesstedet er et lederansvar, med dette ansvaret inkluderer også ansvar for å tenke på de pårørende. Han skriver også at det finnes flere typer av krisesituasjoner. Innsatspersonellet må dermed tilpasse seg ulike reaksjoner på ulykkesstedet. I akutte situasjoner er det sentralt å ha et våkent blikk for pårørendes situasjon, selv om de ikke viser tegn til fysisk skade (Nordby, 2014).

## Del 4 Metode og design

I det følgende kapittelet blir den metodiske rammen for oppgaven presentert. Først vil det vitenskapelige ståsteder presenteres, så studiens design og hvordan rekruttering av informanter foregikk. Videre vil datainnsamlingen med transkribering og analyse bli presentert.

### 4.1 Hermeneutisk fenomenologisk perspektiv

Det er opplevelser og erfaringer til ambulanspersonell som jeg ønsker å beskrive med denne studien. For å få øke forståelsen, samt gå i dybden av hvordan ambulanspersonell opplever møtet med etterlatte ved selvmord i akuttsituasjon, velger jeg å benytte meg av et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv. Videre har jeg tatt utgangspunkt i Fredrik Svenaeus (2005;2000) og Max van Manen (1990).

Fenomenologisk teori ble grunnlagt av den tyske filosofen Edmund Husserl (1859-1938) og tar utgangspunkt i hvordan meningsfulle menneskelige erfaringer er avgjørende for hvordan vi oppfatter, føler og tenker (Svenaeus, 2005, s. 50). En fenomenologisk studie vil som forklart av Thorsen et al. (2020) utforsker den levde erfaringen av en tilstand, situasjon,

relasjon eller liknende. Formålet med en fenomenologisk forskningsmetode er å få frem, samt tilegne seg nyanserte og detaljerte beskrivelser om det aktuelle temaet (Thorsen, Rugseth, & Bondevik, 2020). Fenomenologisk forskning kan ifølge Thorsen et al. (2020) beskrives som vitenskap fra et førstepersonsperspektiv. Det innebærer at det som studeres, som fenomener og erfaringer, studeres slik det viser seg og erfares fra jeg-perspektivet.

Edmund Husserl benyttet seg i stor grad av begrepet livsverden i sin forståelse av fenomenologi. Livsverden presenteres av Thorsen et al., (2020) som den konkrete og hverdagslige verden vi lever i og omgis av hverdagsverden. Med bakgrunn i dette kan man videre anta at livsverden representerer den subjektive og den individuelle måten hvert menneske oppfatter og forstår verden på. Thorsen et al., (2020) forklarer videre at utgangspunktet for en fenomenologisk kunnskapsforståelse er at all menneskelige aktivitet, også vitenskapelig arbeid, har livsverden som sin basis.

Thorsen et al., (2020) forklarer at man skiller mellom deskriptiv eller beskrivende fenomenologi og hermeneutisk fenomenologi på den andre. Thorsen et al., (2020) skriver at for Max van Manen er utgangspunktet for en fenomenologisk undersøkelse forskerens egen *undring* over et fenomen. Ifølge van Manen innebærer denne formen for fenomenologisk forskningstilnærming å stille spørsmål, reflektere og utforske med åpen holdning for å avdekke en forståelse. Thorsen et al., (2020) forklarer at van Manen benyttet seg av fenomenologisk undring som en måte å dykke dypere inn i mennesker sine opplevelser. Van Manen oppmuntret forskere til å stille spørsmål som hjelper dem med å forstå «hva» som skjer i en opplevelse, «hvordan» det skjer, og «hvorfor» det er meningsfullt.

Medisinsk og helsevesenets hermeneutikk består av en tolkende dialog mellom helsearbeidere og pasient, der helsearbeidere forsøker å forstå det syke menneskets situasjon for å videre kunne hjelpe dem til et friskere liv (Svenaesus, 2005, s. 96). Han definerer videre sykdom som noe unormalt, noe som trenger inn i og som kan forstyrre meningsgrunnlaget for vårt normale liv. Svenaesus (2005) skriver videre at sykdom ikke bare anses som et avvik i fra helse og det normale, den har også en struktur og betydning i seg selv. Det kommer videre frem av Svenaesus (2005) at det i term av den fenomenologiske analysen av sykdommen, vil handle om å finne ulike veier til et mer være-i-verden for pasienten.



Som helsepersonell må man tolke gjennom å lytte til hva pasienter sier og hvordan de oppfører seg. Læren om tolkningens forutsetninger og muligheter går i filosofihistorien under begrepet hermeneutikk og man kan videre si at hermeneutikk ikke utgjør et alternativ til fenomenologien, men snarere dens naturlige utvikling og forutsettelse (Svenaesus, 2005). Dette prosjekt omhandler ambulanspersonells opplevelse av møtet med etterlatte ved selvmord. Svenaesus (2005) bruker begrepet å-være-i-verden for pasienten i sin forskning omfatter det blant annet hvordan pasienter blant annet forholder seg til sin sykdom og hvordan de ser sin identitet i lys av sykdommen.

Svenaesus (2005) forklarer at pasientenes opplevelse av å være-i-verden kan bli formet av deres interaksjon med helsepersonell. Svenaesus (2005) sin beskrivelse av være-i-verden og pasienten kan med utgangspunkt i mitt prosjekt tolkes på en annen måte. Med bakgrunn i problemstillingen for prosjektet er pasienten allerede død, og de etterlatte vil kunne betegnes som "pasienter". Dette ettersom de står overfor en akutt krise. Når "pasienten" er død, vil ambulanspersonells andre rolle være å ivareta de etterlatte. På denne måten kan man se på etterlatte som pasienter med utgangspunkt i Svenaesus sitt begrep være-i-verden.

Samtaler med ambulanspersonell vil være med på å gi en større forståelse av ambulanspersonell sine opplever i møtet med de etterlatte etter selvmord. Gjennom individuelle samtaler vil man kunne få et innblikk i ambulanspersonellens egne tanker, refleksjoner og følelser rundt situasjonen. Det kommer frem av Kvale & Brinkmann (2015) at det å benytte seg av kvalitativ design i masteroppgaven vil kunne gi en dypere innsikt i og forståelse av kompleksiteten ved fenomenet som skal forskes på. En slik tilnæringsmåte vil også gi muligheter til å fange opp deltakernes egne perspektiver og refleksjoner angående fenomenet.

Det kommer frem av Thorsen et al., (2020) at fenomenologien fokuserer på å forstå den subjektive opplevelsen av virkelighet, slik den oppfattes og erfares av enkeltpersoner. Ved å ta utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv og kvalitative forskningsintervju som metode, vil jeg ha muligheten til å kunne utforske og forstå enkeltpersoners egne erfaringer. Gjennom kvalitative forskningsintervjuer kan jeg samle detaljerte data som vil gi videre innsikt i komplekse fenomener.

## 4.2 Kvalitative forskningsintervju

Kvalitative forskningsintervju beskrives av Kvale & Brinkmann (2015) som en metode der man forsøker å forstå verden sett fra informantens side, for eksempel gjennom å skape en forståelse rundt det aktuelle temaet. Det kvalitative forskningsintervjuet søker etter kvalitativ kunnskap uttrykt i normalt språk, hvor målet ikke er en kvantifisering (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuet sikter i følge Kvale & Brinkmann (2015) mot nyanserte beskrivelser av informantens livsverden gjennom ord og ikke gjennom tall. Kvale & Brinkmann (2015) skriver videre at presisjonen i beskrivelsen og stringens i meningsfortolkningen i kvalitative intervjuer motsvarer eksakthet i kvantitative målinger og metode.

Det kommer videre frem av Green & Thorogood (2018) at målet med kvalitative forskningsintervjuer ikke er å vurdere intervjuobjektens beretninger mot de andre i utvalget. De forklarer at målet med kvalitative forskningsintervjuer er å utforske intervjuobjektens beretninger, for videre å sammenligne disse med andre for å utvikle en teoretisk forståelse av de underliggende strukturene man ønsker å undersøke (Green & Thorogood, 2018). Videre skriver Green & Thorogood (2018) at man ved kvalitative forskningsintervjuer ønsker å innhente data som er nyttig for temaet man skal undersøke, det gjøres ikke noen prioritering i antagelse av data man samler inn.

For å svare på den aktuelle problemstillingen er et kvalitativt intervju hensiktsmessig, dette ettersom intervju er svært godt egnet for å innhente ulike opplevelser og erfaringer rundt et gitt fenomen (Malterud, 2017). Det kvalitative forskningsintervjuet har ifølge Kvale & Brinkmann (2015) som mål å prøve å forstå verden sett fra intervjupersonens side. De skriver videre at intervju ses på som en aktiv, kunnskapsproduserende prosess hvor intervjuer og mennesker som blir intervjuet i fellesskap produserer kunnskap sammen.

Det kommer videre frem av Kvale & Brinkmann (2015) at det finnes ulike svakheter og utfordringer med kvalitative forskningsintervju, blant annet må man som intervjuer være bevisst på at man kan bli påvirket av informantene. De skriver videre at dersom man som intervjuer identifiserer seg med informantene kan det skape ulike utfordringer med å holde en profesjonell avstand til intervjuobjektet. Kvale & Brinkmann (2015) forklarer videre at intervjuere kan, på grunn av nær interpersonlig samspill med informantene, være spesielt tilbøyelig til å la seg påvirke av dem.

#### 4.2.1 Semistrukturert livsverdensintervju

Forskningsintervjuet som er benyttet i denne studien er beskrevet som semistrukturerte livsverdenintervju, hvor hensikten i intervjuet er å tilegne seg kunnskap og informasjon om informantens livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Bakgrunnen for valget av semistrukturerte livsverdenintervju som forskningsintervju er å få tilgang til informantenes egne personlige erfaringer, refleksjoner og fortellinger. Ved å tilegne seg informasjon og fortellinger fra informantene kan jeg belyse ambulanspersonellens egne følelsesmessige opplevelser og reaksjoner med møtet av etterlatte ved antatt selvmord, samt tilegne informasjon om hvordan ambulanspersonell opplever oppfølging og ivaretagelse i etterkant av akuttoppdrag som omhandler selvmord.

Kvale & Brinkmann (2015) forklarer videre at strukturen i et semistrukturerte intervju ligger nært opp til dagliglivets samtaler, men som videre involverer særegne metodiske tilnærminger og ulike teknikker under intervjuet. Likheten mellom semistrukturerte forskningsintervju fra andre former for kvalitative forskningsintervjuer, som for eksempel dybdeintervju er at de begge forskningsintervjuene har et fastlagt hovedtema som er satt på forhånd av intervjuet med bakgrunn i problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Begge forskningsintervjuene krever også at det utformes en intervjuguide (vedlegg 1) inneholder spørsmål som er aktuelle for intervjuet. Det som skiller semistrukturerte forskningsintervju fra andre former for kvalitative forskningsintervjuer er at ved semistrukturerte intervju vil intervjueren ha en enda større fleksibilitet i hvordan man skal stille de ulike spørsmålene samt at intervjuene kan anses som til en viss grad mer lik dagliglivets samtaler, og kan anses som mindre formelt enn ved dybdeintervjuer (Green & Thorogood, 2018).

Kvale & Brinkmann (2015) skriver at når man benytter seg av semistrukturerte intervju kan spørsmålene man ønsker å stille omrokes underveis i intervjuet alt etter hva som anses som hensiktsmessig underveis i intervjuet. Videre skriver de at spørsmålene i intervjuguiden skal være åpne og med rom for informantenes egne fortellinger, det er også sentralt at spørsmålene ikke er for ledende ifølge Kvale & Brinkmann (2015). Dette for å hindre at informantene opplever seg ledet til å gi et svar som forventes at de skal svare.

Green & Thorogood (2018) skriver at man må bygge tillit til intervjuobjektene, videre skriver de at ved å unngå å uttrykke uenighet, samt å bruke oppfordringer og kroppsspråk til å uttrykke interesse for det intervjuobjektene sier vil man kunne bygge en følelse av tillitt

mellom intervjuer og intervjudeltaker. Green & Thorogood (2018) legger videre vekt på at det å produsere kvalitative data av god kvalitet krever en genuin og respektfull interesse for det intervjuobjektene sier og en orientering mot å faktisk forsøke å forstå det folk sier og deres perspektiver. For å la intervjuobjektet fortelle historien sin samt og gi detaljert beretninger om deres opplevelser, vil det ifølge Green & Thorogood (2018) innebære å gi dem rom til å fortsette uten å avbryte, og verbale og ikke-verbale signaler for å oppmuntre dem til å utdype. Med bakgrunn i dette kan man si at et semistrukturert livsverdenintervju kan skape et godt møte mellom informant og forsker, og kan legge til rette for en god flyt i samtalen under intervjuet.

#### 4.2.2. Utvalg av informanter

Kvale & Brinkmann (2015) beskriver prosessen med å gjennomføre, samt analysere intervjuene som svært tidkrevende og ressurskrevende. For å tilegne seg tilstrekkelig og god informasjon fra informantene og for å kunne besvare problemstillingen godt har denne studien et utvalg på 5-7 informanter. Utvalget ved kvalitative studier bør ikke være større enn det som er mulig å gjennomføre (Thagaard 2018). Tid og ressurser kan være problematisk ved gjennomføring av prosjektet, og kan ifølge Thagaard (2018) videre sette en begrensning for antall deltakere og størrelse av utvalget. Informantene er valgt på bakgrunn av tre kriterier: At de er ambulanspersonell, at de har vært på utrykning på oppdrag som omhandler antatt selvmord hvor etterlatte har vært til stede og at de snakker norsk.

#### 4.2.3 Rekruttering av informanter

Jeg tok kontakt med ambulanssjef ved et av landets helseforetak hvor jeg informerte om prosjektet. Helseforetaket ble valgt ettersom det favnet mange ambulansstasjoner med variasjoner knyttet til størrelse på tjenestene. En av grunnene for at helseforetaket ble valgt var at ambulanspersonellet i distriktet kan tenkes å ha større sannsynlighet for å både ha kjennskap til de etterlatte fra før av, og at de kan ha økt sannsynlighet til å møte på etterlatte utenfor jobbsammenheng. Ved mindre helseforetak kan det også være større geografiske områder mellom ulykkessted og for eksempel sykehus eller politistasjon. Dette kan videre medføre at det kan ta lengre tid før andre instanser eventuelt ankommer ulykkesstedet. Dette kan videre medføre at ambulanspersonell vil tilbringe mer tid med de etterlatte. Dette var hovedgrunnen for valget av helseforetaket som ble benyttet i prosjektet.

Jeg sendte en forespørsel til ambulansesjefen med spørsmål om å bli satt i kontakt med ambulanspersonell som kunne være potensielle informanter. Forespørselene inneholdt et informasjonsskriv til ambulansesjefen, samt informasjonsskriv og samtykkeskjema til mulige informanter. Videre ble informasjon om prosjektet publisert på et lukket forum for alle de tilsette i ambulansetjenesten ved det aktuelle helseforetaket. Kontaktinformasjonen min ble publisert, slik at de som ønsket fikk muligheten til å ta direkte kontakt med meg. De som ønsket fikk muligheten til å ta kontakt med områdeleder som videre vil sette de aktuelle informantene over til meg.

I forkant av intervjuene tok jeg kontakt med de aktuelle kandidatene på telefon for å planlegge videre dato for gjennomføring av intervju. Under denne telefonsamtalen hadde informantene anledning til å stille spørsmål de hadde til prosjektet eller til gjennomføringen av intervjuet. Under denne telefonsamtalen var det noen av informantene som valgte å trekke seg fra prosjektet. De fleste som ble kontaktet viste en stor interesse for temaet og et stort ønske for å delta. Det ble avtalt et tidspunkt for gjennomføring av intervju med de som ønsket å delta. Videre ble de tilsendt en link til deltagelse på zoom-møte. Det ble også sendt ut informasjonsskriv med samtykke som deltakerne signerte og videresendte før gjennomføringen av intervjuet.

#### 4.2.4 Informantene

Utvalget til studien omfattet fem ambulansarbeidere, hvorav tre menn og to kvinner. Det ble foretatt et intervju med hver av dem. Etter gjennomføringen av intervju nummer to oppdaget jeg at det var flere ting som gikk igjen hos begge deltakerne. Det ble videre gjennomført fem semistrukturerte intervju, med en varighet mellom 30 minutter og 45 minutter. Etter gjennomføringen av de fem intervjuene vurderte jeg materialet jeg hadde fått som meget fyldig og nok materiale til å kunne besvare den aktuelle problemstillingen til prosjektet. Jeg tok videre et valg om at det var rimelig og gjennomførte ikke flere intervju. Dette for å distribuere tiden og ressursene bedre.

Alle informantene hadde flere års erfaring med arbeid i ambulansetjenesten. En av informantene (M1) har jobbet 25 år i ambulansetjenesten. Informant (K1) har jobbet ni år i ambulansetjenesten. En annen av informantene (M2) har jobbet 16 år i ambulansetjenesten. Informant (K2) har jobbet syv år i ambulansetjenesten. Den siste informanten (M3) har jobbet 20 år i ambulansetjenesten. Informantene hadde alle mellom 7-25 års erfaring i

ambulansetjenesten. De var alle ansatt ved samme helseforetak, men var stasjonert og arbeidet ved ulike ambulansestasjoner rundt i det aktuelle helseforetaket. Alle informantene var utdannet ambulansesfagarbeidere uten tilleggsutdanning. To av informantene var utdannede sykepleiere før de tok fagbrev i ambulansesfag. Den ene informantene hadde tidligere utdanning utenfor helsetjenesten før fagbrev i ambulansesfagarbeider. Den ene informantene hadde i tillegg erfaring fra hjelpekorps.

#### 4.2.5 Gjennomføring av intervjuene

Jeg valgte å gjennomføre intervjuene som videointervju over Zoom. Bakgrunnen for valget om å benytte digitale intervjuer var at informantene tilhører og jobber i et helseforetak i Norge med ambulansestasjoner over et stort geografisk område. Dette valget muliggjør effektivitet og tidsbesparelse i datainnsamlingen for informantene. Det å gjennomføre intervjuene fysisk ville ha medført at prosessen hadde krevd mer tid og flere ressurser. Ved å gjennomføre intervjuene digitalt vil det gjøre det lettere for ambulansespersonell å delta i intervjuer, samtidig som jeg vil kunne spare penger og tid ved å ikke trenge å fysisk reise til informantene. Da jeg kontaktet de aktuelle informantene, var det flere som spurte intervjuene kunne bli gjennomført digitalt. Fra tidligere har jeg god erfaring med å benytte meg av Zoom gjennom blant annet studiet. En av ulempene ved å gjennomføre intervjuene digitalt fremfor fysisk kan blant annet være tekniske utfordringer som kan oppstå. Problemer med internettforbindelsen eller lyd/mikrofon kan være med på å påvirke gjennomføringen og kvaliteten på intervjuene. Utfordringene kunne videre medført at man blir hindret til å gjennomføre intervjuene som planlagt.

Det kommer frem av Kvale & Brinkmann (2015) at det for intervjuobjektene er ønskelig å danne seg et klart og bedre bilde på intervjueren før de åpner seg for vedkommende gjennom intervjuet. Med utgangspunkt i dette ble det viktig å introdusere meg selv som intervjuer i starten av intervjuet. Intervjuene startet med at jeg som intervjuer opplyste om navn, alder, utdanning og arbeidserfaring. Videre ble temaet og selve formålet med studien presentert. Ved å gi en kort introduksjon for dette gav det også informantene muligheten til å kunne stille spørsmål de eventuelt hadde til studien eller gjennomføringen av selve intervjuet.

Introduksjonen av intervjuer og prosjektet ble gjort gjennom en uformell samtale med informantene før lydopptaket ble startet. Dette medvirket til en uformell og mindre anspent setting for informantene, da det bare var en helt normal samtale uten noen forstyrrende

elementer. Alle informantene ble opplyst om bruken av lydopptak, rettighetene deres rundt anonymitet og konfidensialitet. Informantene ble også påminnet om taushetsplikten som de må forholde seg til. Det ble gjort klart at hensikten med intervjuet og spørsmålene ikke var å innhente noen form for taushetsbelagt informasjon, bare informantenes egne opplevelser og erfaringer. Det var også viktig å informere informantene om at de underveis i intervjuet hadde anledning og mulighet til å avbryte eller ta pauser, dersom de skulle ha behov for det. Det var ingen av informantene som valgte å avbryte eller ta pauser underveis. Min opplevelse var at informantene hadde mye de ønsket å dele og fortelle, og det var tydelig at temaet for intervjuet engasjerte alle. Alle informantene svarte godt og veldig utfyllende på spørsmålene som ble stilt.

Under de første intervjuene benyttet jeg meg i større grad av intervjuguiden. Intervjuguiden bidro i stor grad til at jeg opplevde en større trygghet i rollen som intervjuer og forsker. For hvert intervju som ble gjennomført opplevde jeg i større grad at jeg klarte å slappe av og stille flere relevante oppfølgingsspørsmål. Jeg opplevde at jeg klarte å frigi meg litt fra intervjuguiden. En faktor som bidro til dette var blant annet min evne til å huske temaene og spørsmålene bedre for hvert intervju jeg gjennomførte, uten å måtte se på intervjuguiden. Etter å ha gjennomført de innledende intervjuene og lyttet til opptakene, ble jeg klar over at jeg hadde en tendens til å gi informantene lite tid til å reflektere før jeg fortsatte med nye spørsmål. Videre ble jeg også oppmerksom på at jeg hadde en tendens til å avbryte informantene underveis i intervjuet for å stille neste spørsmål. Etter å ha blitt oppmerksom på dette, konkluderte jeg med at dette kunne ha en sammenheng med at jeg opplevde pausene og stillheten i samtalen som litt ubehagelig. Dette bedret seg allerede ved det tredje intervjuet ettersom jeg var mer bevisst på å la informantene svare ferdig, og jeg var tryggere på min egen rolle som intervjuer.

Ett av intervjuene måtte gjennomføres når informantene hadde vakt i ambulansetjenesten. Det var dermed en mulighet at intervjuet måtte avbrytes tidligere enn ønsket dersom informantene ble kalt ut på utrykning. Dette var ikke noe jeg eller informanten kunne styre over. Det medførte videre litt ekstra stress og situasjonen bar preg av dette. Intervjuet bar ikke preg av en like avslappende setting som de andre intervjuene. Jeg tok en vurdering før intervjuet at jeg skulle starte med de spørsmålene jeg anså som mest relevante og viktigste med bakgrunn i problemstillingen min. Dette for å sikre at spørsmålene ble besvart før en eventuell utrykning. Etter å ha fått svar på de spørsmålene, fortsatte jeg med de andre spørsmålene i

intervjuguiden. Det skulle vise seg at alle spørsmålene fra intervjuguiden ble stilt som planlagt og vi trengte ikke å avslutte intervjuet tidligere enn planlagt dette ettersom informanten ikke ble kallet ut på utrykning. Selv om atmosfæren i intervjuet ikke var helt som ønskelig følte jeg likevel at intervjuet gikk fint og at situasjonen ble håndtert på en bra måte. Dette var også noe informanten selv påpekte etter intervjuet.

#### 4.2.6 Transkribering

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter at hvert intervju var gjennomført. Jeg opplevde at en fordel med å transkribere intervjuene fortløpende var at jeg hadde intervjusituasjonene frisk i minnet. Jeg husket mye av det som ble sagt under selve intervjuet, stemningen rundt intervjuet og de ulike inntrykkene jeg opplevde under intervjuet. Dette var faktorer som medførte at transkriberingen opplevdes som lettere for meg. Når transkriberingen var gjennomført ble det transkriberte materialet videre strukturert slik at det ble bedre egnet for gjennomføringen av analysen. Jeg transkriberte alle intervjuene selv. Tankeord som “ehm” og “hmm” kan ifølge Kvale og Brinkmann (2015) føre til en uetisk stigmatisering av bestemte personer. Jeg valgte å transkribere helt ordrett det informantene sa, inkludert tankeord som dette.

Under presentasjon av funnene i oppgaven valgte jeg å unnlate tankeord. Dette ble gjort ettersom tankeordene ikke var å anse som relevante for min forskning. Videre ble pauser hos informantene underveis i intervjuet utelatt i det transkriberte materialet. Kvale & Brinkmann (2015) forklarer at former som pauser ikke er nødvendig å transkribere når det gjelder meningsanalyser av intervjutekster. For å gjøre transkriberingen mer lesbar og for å ivareta informantenes anonymitet, ble tekstmaterialet transkribert i bokmålsform. Bakgrunnen for dette var at alle informantene hadde særegne dialekter. All informasjon informantene oppga som navn på steder og navn på helseforetak og som videre kunne gjenkjenne deres boplass eller arbeidsplass ble sensurert.

#### 4.3. Studiens forskningskvalitet

I dette kapittelet vil jeg undersøke studiens kvalitet, med vekt på reliabilitet, validitet og overførbarhet. Disse begrepene spiller en avgjørende rolle i vurderingen av hvor pålitelig og gyldig studiens funn er, samt hvorvidt studiens funn kan generaliseres til andre settinger.



#### 4.3.1 Reliabilitet

Reliabilitet refererer til pålitelighet og omhandler blant annet hvor konsistent og troverdig resultater av en studie er (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre skriver Kvale og Brinkmann (2015) at reliabilitet omhandler spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på senere tidspunkt og av andre forskere og forteller noe om resultatet av studien vekker tillit.

Reliabilitet handler altså om hvor pålitelig dataen fra studien er, og hvor mye tillit vi kan ha til dem og hvor troverdige resultatene fra studien er. Innenfor kvalitativ forskning forklarer Kvale og Brinkmann (2015) at det er utfordrende og vanskelig å etterprøve hele forskningsprosessen. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at for at man skal kunne følge forskerens tankegang under hele prosessen, har dokumentering av hele prosessen vært viktig i denne studien. Målet for å oppnå reliabilitet i denne studien har vært å sikre at arbeidet er tydelig og oversiktlig. Jeg har forsøkt å oppnå dette ved å gi en grundig og presis beskrivelse av alle leddene av denne forskningsprosessen. Under intervjuprosessen tok jeg opp alle intervjuene ved hjelp av diktafon før de ble lastet opp i Educloud. Dette ble gjort for at jeg skulle sikre alt av materialet. Videre transkriberte jeg alle intervjuene. Intervjuene ble transkribert ordrett, dette medførte videre at det transkriberte materialet ble så likt selve intervjuene som mulig. I resultatdelen av denne studien ble også direkte sitater fra informantene benyttet for å sikre og understreke sentrale argumenter og poenger som kom frem av intervjuene.

#### 4.3.2 Validitet

Validitet handler om datamaterialets gyldighet og hvordan resultatene fra studien tolkes (Kvale og Brinkmann, 2015). Videre skriver Kvale og Brinkmann (2015) at i en bredere fortolkning har validitet å gjøre med i hvilken grad en metode faktisk undersøker det den er ment å undersøke. Det dreier seg altså om metoden man har valgt for selve datainnsamlingen er egnet for å undersøke det fenomenet man ønsker å undersøke. Kvale og Brinkmann (2015) presiserer videre at validering ikke hører til en bestemt del av studien, men er noe som skal foregå gjennom hele forskningsprosessen. I denne studien har jeg redegjort for alle de metodiske valgene, inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvalget, analyseprosessen og kategoriseringen. Dette ble gjort for å sikre validiteten i studien. Kvale og Brinkmann (2015) forklarer at dette bidrar til å skape transparens i studien.

### 4.3.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarheten av en undersøkelse viser til hvorvidt tolkningen gjort i studien kan overføres og være relevant i andre sammenhenger (Kvale og Brinkmann, 2015). Med en kvalitativ tilnærming kan dette ofte bli en utfordring. Ettersom antall informanter ofte er begrenset, er det for få til at resultatene fra studien kan generaliseres. I denne studien ble det benyttet fem informanter, dermed kan det bli for få til at resultatene kan generaliseres. Kvale og Brinkmann (2015) skriver videre at sosial kunnskap bør betraktes som en måte å forstå og handle på innenfor en bestemt kontekst. Målet med å benytte seg av en kvalitativ tilnærming er å få innblikk i spesifikke fenomener. Med bakgrunn i dette hevder Kvale og Brinkmann (2015) videre at kunnskap ikke nødvendigvis må være universell. Denne studien omhandler å tilegne seg innsikt rundt informantenes erfaringer og opplevelser rundt møtet med etterlatte ved selvmord. Selv om det er vanskelig å generalisere denne kunnskapen, vil den være interessant og gjenkjennbar for andre ambulanspersonell som befinner seg i samme kontekst.

## 5. Analyseprosess

Denne studien tar utgangspunkt i en tematisk analyse. Tematisk analyse er en metode som identifiserer, analyserer og rapporterer temaer i data (Braun og Clarke, 2006). Denne metoden ble valgt ettersom at den anses å være svært fleksibel. Videre skriver Braun og Clarke (2006) at metoden anses å ha et stort potensial for å gi og utforme en rik og detaljert beskrivelse av selve dataene. Braun og Clarke (2006) sine seks ulike trinn for tematisk analyse er videre utgangspunktet for selve analysen som gjennomføres. De seks ulike trinnene vil videre bli presentert med utgangspunkt i gjennomføringen av min analyseprosess.

### 5.1 Bli kjent med dataen

Det første steget av analysen omhandler å gjøre seg kjent med alle data (Braun & Clarke, 2006). Ved å gjennomføre de fem intervjuene og videre transkribere alle intervjuene dannet jeg meg ulike ideer rundt selve datamaterialet. Alle de fem intervjuene og transkriberingen av dem ble gjort av meg selv. Dette medførte videre at det første steget i analysen ikke ble like omfattende, dette ettersom at jeg som forsker hadde god kjennskap til materialet i utgangspunktet. For å bli bedre kjent med datamaterialet hørte jeg gjennom intervjuene flere ganger, både før og etter transkriberingen var gjennomført. Videre leste jeg gjennom det transkriberte intervjuet flere ganger. Underveis i gjennomgangen av det transkriberte intervjuet noterte jeg videre ned ulike elementer jeg anså å være av interesse for

problemstillingen for oppgaven. Dette medførte videre at jeg hadde et bedre utgangspunkt for det neste steget i analysen som omhandler utformingen av ulike koder.

## 5.2 Generere koder

Det andre steget av analysen omhandlet om å generere koder. Med dette menes det å identifisere nøkkelord, mønstre og temaer som var interessante med utgangspunkt i oppgavens problemstilling (Braun og Clarke, 2006). Genereringen av kodene ble gjort manuelt av forskeren. Hvert intervju ble gjennomgått grundig og ulike utsagn ble gitt ulike koder som var tilknyttet innholdet i utsagnet. Det var hovedtrekk ved det transkriberte materialet dannet grunnlag for de ulike kodene. Det ble også utformet ulike kategorier ut ifra det transkriberte materialet. Hver kategori ble tildelt en spesifikk farge. Videre markerte jeg de aktuelle kodene med fargen fra kategorien som de passet under. Dette gav meg en bedre oversikt over datamateriale mitt. De fleste kategoriene var forhåndsdefinerte og baserte seg på teoretisk bakgrunn. Med bakgrunn i forskningsspørsmålene ble det utformet ulike kategorier som var å anse som relevante for å kunne besvare de aktuelle forskningsspørsmålene jeg hadde stilt meg. Det ble utarbeidet flere ulike koder med utgangspunkt i tekstmaterialet. Etter å ha gjennomgått alt av datamaterialet hadde jeg utformet totalt 484 koder og 9 ulike kategorier. Jeg hadde videre en forståelse for at ikke nødvendigvis alle kodene ville bli brukt, og at det var en mulighet for at samme kode dukket opp flere ganger.

DNR	Bakgrunn og utdanning	Opplæring og erfaring	Møtet med etterlatte	Emosjonell belastning	Profesjonell avstand	Behov for støtte og ettervern	Samarbeid med andre	Forslag til forbedring	Div.
M1	Ambulansearbeid med autorisasjon. 25 år i ambulansetjenesten.	Ingen erfaring rundt selvmord fra tidligere. Ikke noe kurs knytt til selvmord i ambulansetjenesten. Ikke noe i utdanning om selvmord eller etterlatte. Praktisk kunnskap rundt rutiner. Overføre erfaring en har fra andre akuttoppdrag. Temaet ikke i fokus på arbeidsplass.	Må ta nytte av den kompetansen en generelt har. Finne ro og benytte informasjon Ulike måter å reagere på og vanskelig å ta innover seg. Etterlatte tenker ikke bare på selve hendinga, men mer opptatt av hva som skjer videre. Snakke med etterlatte om hva som har skjedd, ikke hvorfor. Vise at det er gjort tiltak. Ærlig når det ikke er tiltak å gjøre. Ærlighet er det viktigste. Bruke tid. Som regel alltid pårørende der. Hendelse som skjer brått. Pårørende har ikke sett for seg.	Utfordrerne Handlingen kan påvirke i vesentlig grad. I etterkant berørt av situasjonen. Ansvar for seg selv. Ikke fremstå som tøffere enn du er. Utfordringene med møtet er store.	Gjøre seg ferdig med hendelser når man drar. Erfaringsgrunnlag gjør deg rustet til å takle det bedre. Spille på den erfaringen du har. Første oppdrag var hos naboen min.	Rutiner rundt debriefing etter oppdrag Debriefing med makker i etterkant Debriefing medfører at man ikke sliter i ettertid. Være åpen og snakke om følelser rundt det. Snakke med leier i ettertid. Tilgang til psykolog ved behov. Ivaretagelse av innsatspersonell viktig. Nærmeste leder skal følge opp. Snakke og c. Ivareta seg selv og makker. Være <b>hevsi</b> på makkers reaksjon. Tilby støtte til makker. Diskutere hendelsesforløpet.	Organisere i forhold til kommunale helsetjenester og evt. Kriseteam Ambulansepersonell første på plass. Mer fokus på rollefordeling. Kunne ta kontakt med lege eller politi	Mer opplæring av håndteringen av situasjonen Øke fokuset rundt temaet. Mer fokus under utdanning. Oppdrag gjøres bedre jo mer kunnskap en har. Bedre oppfølging. Ikke bare ambulansepersonell alene som skal ivareta. Ta opp temaet.	Klarer ikke gjøre selvmord til en naturlig ting.

Tabell 1.1: Oversikt over koder og kategorier som ble utformet. Et eksempel fra et av intervjuene.

### 5.3 Søke etter tema

Det tredje steget skal identifisere potensielle temaer i datasettet man har (Braun og Clarke, 2006). Etter å ha gjennomført trinn to hadde jeg nå en god oversikt over kategorier og koder. Ved å ha fått en grei oversikt over de ulike kodene i datamaterialet ble det lettere å plassere ulike koder under større temaer. For å få en bedre oversikt valgte jeg videre å utforme en tabell for å samle de ulike kodene under hovedtemaer kodene passet under. For at hovedtemaene ikke skulle bli så store med mange kategorier under, ble det utformet ulike undertemaer. I denne fasen endte jeg opp med to relativt store hovedtemaer (1) profesjonell utvikling og støtte og (2) arbeidsmiljø og velvære. Hvert av hovedtemaene inneholder to undertemaer. Undertemaene var (1) kollegial støtte og veiledning, (2) etikk og profesjonell integritet, (3) mentalt og emosjonelt bærekraftig arbeidsmiljø og (4) utfordringer med ettervern i mindre miljø. Til sammen ble det fire ulike undertemaer. De ulike undertemaene vil videre bli presentert i resultatdelen av oppgaven. Opprinnelig var undertemaene forhåndsdefinerte med bakgrunn i forskningsspørsmålene. Analyseprosessen medførte dog at undertemaene i større grad var datadrevne. Gjennom analysen av dataen fant jeg mønster og ulike sammenhenger som videre førte meg til ny innsikt i emneområder jeg ikke hadde forutsett.

### 5.4 Gjennomgang av valgte temaer

I det fjerde steget vil de ulike temaene som identifiseres gjennomgå og kvaliteten på temaene vil bli sjekket (Braun og Clarke, 2006). I denne fasen gikk jeg systematisk gjennom de ulike temaene som var definert for å sikre kvaliteten på de utarbeide temaene. Jeg opplevde i dette trinnet at hvert av de utarbeidede temaene hadde tilstrekkelig med data som videre støttet valg av temaene. Etter å ha gjennomgått temaene og dataen grundig oppdaget jeg at noen av temaene tok for seg mye av det samme datamaterialet. Dette medførte videre at jeg valgte å slå sammen de to temaene ettersom de var relativt like. Jeg opplevde at temaene som var valgt i stor grad omfattet essensen av det som kom frem av dataen. Videre opplevde jeg at temaene i stor grad gjenspeilet meningsinnholdet i datasettet godt.

### 5.5 Definere og navngi tema

I det femte steget vil de endelige temaene både defineres og videre bli navngitt. Braun og Clarke (2006) forklarer videre at man navngir de ulike temaene med utgangspunktet i

innholdet i selve temaene. I dette steget vurderte jeg etter eventuelle svakheter ved de temaene jeg hadde lagd og vurderte da å gjøre eventuelle endringer ved de svakhetene. Det kommer videre frem av Braun og Clarke (2006) at analyseprosessen ikke foregår i en bestemt rekkefølge, men at man hopper mellom de ulike trinnene dersom det er nødvendig. Det ble bare gjort små endringer i dette steget. Og de opprinnelige temaene som beskrevet over ble beholdt.

## 5.6 Rapportering

Ifølge Braun og Clarke (2006) består det siste steget i en tematisk analyse av å produsere og utforme en skriftlig rapport. Dette steget av den tematiske analysen er selve resultatet av studien som er gjort og vil bli presentert i det neste kapittelet av studien.

## 6. Resultat

I denne delen av oppgaven vil de ulike funnene fra studien bli presentert. Datamaterialet som har lagt grunnlaget for funnene består av fem kvalitative intervju med ansatte i ambulansetjenesten. Som forklart i forrige del førte analyseprosessen av datamaterialet til to hovedtemaer (1) profesjonell utvikling og støtte og (2) arbeidsmiljø og velvære, som igjen ble delt opp i de fire temaene (1) kollegial støtte og veiledning, (2) etikk og profesjonell integritet, (3) mentalt og emosjonelt bærekraftig arbeidsmiljø og (4) utfordringer med ettervern i mindre miljø. I denne delen vil jeg presentere resultatene mine opp mot disse fire temaene.

### 6.1 Mentalt og emosjonelt bærekraftig arbeidsmiljø

Det kommer frem hos samtlige av informantene at deres møte med etterlatte ved selvmord i etterkant har medført en form for belastning. Samtlige av informantene forklarer at selv om at det er relativt få oppdrag som omhandler selvmord i løpet av et år, er det noe som setter spor hos dem. En av informantene (M1) syntes at oppdrag som innebar selvmord og etterlatte satt spor hos ambulanspersonell og forklarer det slik; "Selv om det er enkelthendelser så er det omfattende, og det er noe som griper veldig dypt inn i følelsene til alle som på en måte er involvert, og alle som ser dette."

Alle fem informantene hadde samme oppfatning om at de fleste oppdrag går fint an å legge i fra seg når man drar fra jobb, men at oppdrag som omhandlet selvmord er med på å sette spor

i deres privatliv. En av informantene (M3) var opptatt av at oppdrag som innebar selvmord og etterlatte, var nærmest umulig å ikke ta med seg inn i privatlivet. Vedkommende forklarer det slik; “I ambulansen så er du er jobben, og jobben er den du er. Og du, om du er på jobb eller ikke så er du faktisk ambulanspersonell. Da blir det med deg. Definitivt.”

En annen av informantene (M2) sier for eksempel; “Vi blir som en førstehjelper i første fase, også går vi hjem igjen å fortsette det vanlige arbeidet. Men det er klart da blir det litt spesielt.” En annen informant (K2) fortalte at vedkommende brukte mye tid på å reflektere over sin egen livssituasjon i etterkant av denne typen oppdrag og sier dette; “Jeg blir skremt. Tenker litt på om jeg har gjort rett som foreldre? Tør de (barna) å ta kontakt med noen dersom de ikke har det bra. Dette har jeg reflektert litt rundt da”.

Alle informantene var enig i at oppdrag som omhandler selvmord med etterlatte til stede oppleves som svært vanskelig. Alle informantene hadde også samme oppfatning av at alle de etterlatte reagerte svært forskjellig i situasjonen. Tre av informantene hadde også samme oppfatning av at reaksjonene hos de etterlatte går inn på en og påvirker en til en viss grad under oppdraget. En av informantene forklarte også om viktigheten av å skjerme seg selv under oppdragene dersom det var behov. Fire av informantene nevner konkret at det er sterke synsinntrykk du må leve med. Fire av informantene er videre enige i at synsinntrykket er noe av det som de synes er mest krevende å forberede, samt bearbeide. En av informanten (K2) sier dette;

I form av at det er ikke alle personer som bare ligger helt fredfullt på et gulv, eller i ei seng. Den jeg hadde, det var en som hadde hengt seg. Det er vanskelig å forestille seg før du ser det.

Alle informantene hadde også samme oppfatning av at du som ambulanspersonell har ansvar for deg selv i etterkant. Alle informantene hadde samme opplevelse av at du selv må ta initiativ til å snakke om hendelsen, dersom det er behov for det. En av informantene var svært opptatt av at en ikke må fremstille seg selv som tøffere enn hva man egentlig er. En av informantene (K1) var opptatt av at man til syvende og sist har ansvar for seg selv; “Det er litt den jobben her så må du nesten ta litt ansvar for deg selv.”

En annen av informantene forteller hvordan vedkommende har opplevd at flere av kollegaene har åpnet seg opp om vanskelige tanker i etterkant. Tre av informanter var enige i at dersom de opplevde behov for å snakke med noen, anså de det ikke som vanskelig å ta kontakt. En av informantene (M3) beskrev at personlig opplevde vedkommende at det var krevende å be om hjelp;

Det å ta kontakt og innrømme at du for eksempel sliter i akkurat min generasjon så er vel kanskje ikke det letteste ordet å bruke. Vi er jo vokst opp på en litt hardere måte for å si det slik. Har jeg inntrykk av. Vi skal klare det selv.

Alle informantene var også enige om at de ønsket å styrke sin egen kompetanse i møte med de etterlatte. Noe som gikk igjen hos samtlige av informantene var at de syntes kommunikasjonen i møtet med de etterlatte var krevende. Samtlige slet med å vite hvilke ord de skulle bruke og hva de skulle si. En av informantene (K1) var opptatt av at man i møte med etterlatte må ha mer tillit til seg selv, og at man bruker tid de med de etterlatte;

Jeg har liksom på en måte bare vært meg selv og møtt de på en helt vanlig måte. Ikke tenkt for mye. Det har egentlig fungert veldig fint. At du er rolig og støttende. Ikke vise at du har dårlig tid og skal komme deg derifra. Sette deg ned.

Videre forteller informanten (K1) at det viktigste under denne typen oppdrag er å være trygg på seg selv; "Vet du hva. Slapp helt av du kan ikke dø. Vær deg selv. Berre vær deg selv. Det er det tryggeste du kan. Ikke ta på deg en annen rolle som du ikke kjenner deg igjen i." Alle informantene var enige i at de i etterkant av oppdrag som dette brukte mye tid på å analysere seg selv, sin egen innsats og sin egen rolle under oppdraget.

Tre av informantene forklarte også at de brukte mye tid på å tenke på hvordan de etterlatte hadde opplevd dem i situasjonen. En av informantene fortalte at vedkommende i etterkant fikk en melding av de pårørende som takket vedkommende. Informanten opplevde dette som svært betryggende. En annen informant (K2) var opptatt av at man må bruke tid på å bearbeide hendelsen for å klare å fortsette jobben som normalt "Det er ganske tøft vist ikke du greie å håndtere dette personlig, så greier du ikke å stå i en slik jobb over tid."

Forskningsspørsmålet *Hvilke utfordringer opplever ambulanspersonell under utrykning i møtet med etterlatte ved selvmord?* Tar utgangspunkt i å utforske hvilke utfordringer ambulanspersonellet møter på oppdrag som involverer møtet med de etterlatte ved selvmord. Alle informantene rapporterte en form for belastning etter slike oppdrag. Selv om slike hendelser forekommer sjeldnere enn andre oppdrag, satt de dype spor i følelseslivet til informantene. Samtlige av informantene opplevde det som spesielt utfordrende å finne de rette ordene og samtidig opprettholde profesjonaliteten i møte med de etterlatte. Samtlige av informantene hadde samme oppfatning av at arbeid i små distrikter, hvor man ofte har kjennskap til de involverte, forsterket opplevelsene og reaksjonene ytterligere.

Synsinntrykk og reaksjoner hos de etterlatte viste seg å sette spor hos de fleste informantene. Informantene opplevde at møtene med de etterlatte ved selvmord var noe som til en viss grad preget dem i deres privatliv. Informantene delte samme oppfatning om viktigheten av å ta ansvar for eget velvære og søke støtte ved behov. Det understrekes av informantene at man har et ansvar overfor selv for å be om hjelp dersom det var nødvendig. Etter oppdragene brukte ambulanspersonell mye tid på å reflektere over sin egen innsats og reflektere rundt hvordan de kunne ha påvirket de etterlatte. Samlet sett indikerer disse funnene at møtene med etterlatte ved selvmord er en utfordrende og belastende del av ambulanspersonellet arbeid, som krever at de er emosjonell rustet og støtte fra kollegaer og fra ledelse.

## 6.2 Kollegial støtte og veiledning

Alle informantene hadde samme oppfatning av at de i etterkant av slike oppdrag brukte mye tid med makker for å ivareta vedkommende på best mulig måte. Alle informantene hadde mye erfaring med debriefing med makker etter hendelsen. Alle informantene brukte da mye tid på å analysere hendelsen fra de ble kalt ut på oppdrag, til de var ferdig på oppdraget. Alle informantene hadde samme opplevelse av at denne typen av samtaler med makker var viktig for hvordan de selv bearbeidet hendelsen.

En av informantene (M3) forklarte viktigheten av makker etter oppdrag slik;

Jeg visste egentlig ikke hva jeg skulle gjøre. Jeg følte meg litt i villrede. Jeg gjorde ting oppatt flere ganger. For eksempel så sjekket jeg bilen, så sjekket jeg den en gang til. Så fikk du lyst til å prate med folk. Det vil se makkeren din spesielt.



Alle informantene uttrykte videre at de ikke synes det var noe utfordrende eller ubehagelig å ta kontakt med makker i etterkant dersom de hadde behov for å snakke om hendelsen. Alle informantene forklarte videre at de hadde kontinuerlig kontakt med makker om hendelsen i lang tid etter selv oppdraget. Videre vektlegger samtlige av informantene at de alle kjenner makker svært godt og at dette kan gjøre oppfølging av makker i etterkant lettere.

En av informantene (K1) forklarer at de nære relasjonene med makker medførte at det var lettere å se behovet som makkeren hadde i etterkant av en slik hendelse; “Vi kjenner hverandre godt. Du kjenner hverandre så godt at du merka om den andre har det bra og om det er bearbeid.” En av informantene (K2) delte samme oppfatning av at relasjonen til makker gjorde det lettere å se behovet vedkommende hadde; “En forstår jo litt hvem som trenger å snakke om det, og hvem som ikke trenger det når en jobber litt tett på.”

Samtlige av informantene forteller at de ikke bare snakker med makker om hendelsen i arbeidstider, men at terskelen er lav for å ringe hverandre også på privaten for å følge opp. En av informantene forklarer videre at vedkommende ved flere anledninger har tatt direkte kontakt med områdeleder for å informere dersom han har den oppfatningen av at makker trenger mer støtte og oppfølging. Alle informantene forteller at støtte av og til makker er svært viktig etter slike hendelser.

En av informantene (M3) var opptatt av at den sosiale støtten med makker var essensiell for å klare å jobbe i ambulansetjenesten;

Det er en grunn til at vi er to i ambulansen. Det er ikke bare fordi vi skal være to og bære. Men vi skal være to for å støtte hverandre. Og det er egentlig veldig godt. Det er helt supert. Man hadde blitt noe belastet om en var alene hele tiden. Det vil jeg tro.

Alle informantene hadde samme oppfatning av at ivaretagelsen av spesielt de yngre i ambulansetjenesten var ekstremt viktig. Samtlige av informantene var svært opptatt, og til en viss grad bekymret for de yngre i ambulansetjenestene som måtte rykke ut på oppdrag som innebar selvmord med de etterlatte til stede. Samtlige av informantene hadde samme oppfatning av at de synes det var viktig at de yngre hadde en eldre makker med mer erfaring.

En av informantene (K1) forteller at det vedkommende har erfart kan være en fordel er; “Det jeg kanskje sitter igjen med at det er veldig greit å være en godt voksen, og en yngre på bilen. Enn at det er to tyveåringer som reise rundt i lag.” Videre sier informanten (K1) dette;

For det er måte på hva en skal forvente av en i tidlig tyveårene. Du forandra deg veldig mye hvert tiår. Det er måte på hva en skal være med på. Det er godt å ha noen eldre, godt voksne da. I en slik type jobb. Det er det.

En av informantene (K2) var opptatt av at synsinntrykkene kan være krevende for de yngre i ambulansetjenesten;

Jeg tenke på ambulanselæringer som er 17 år og kommer ut for noen som har hengt seg eller skutt seg. Og det er ganske heftige inntrykk. Det er kanskje noen av de inntrykkene som sitter lengst i, på netthinna og i ryggmargen.

Samtlige av informantene viser opptatthet av å ivareta og veilede yngre ansatte i ambulansetjenesten. For samtlige av informantene er selve ivaretakelsen av de yngre etter slike hendelser å anses som viktigere enn sin egen ivaretakelse. To av informantene hadde erfaring med å rykke ut på denne typen oppdrag med yngre makker.

En av informantene (M3) fortelle hvordan han ivaretok sin yngre makker ved en utrykning der pasient hadde begått selvmord;

Så hadde jeg en ganske fersk ambulansefagarbeider med meg. Og jeg skjermet vedkommende, med en gang. Jeg gav beskjed at vedkommende sitter i bilen og avventet, så kommer jeg tilbake å informere vedkommende med det jeg vet. Om jeg trenger hjelp så prøver jeg så langt jeg kan å unngå at den ambulansarbeideren ble involvert i det.

Alle informantene har samme oppfatning av at de ikke føler seg alene og overlatt til seg selv etter en slik hendelse. Alle informantene har samme oppfatning av at makker spiller en viktig rolle i hvordan de selv klarer å bearbeide hendelsen. En av informantene (M3) forklarer hvorfor vedkommende opplevde det som viktig å ivareta hverandre; «Til bedre en klarer å beskytte kollegaen sin, til bedre er det i slike situasjoner.»

Samtlige av informantene delte den samme oppfatningen av at det å bruke mye tid med makker i etterkant av oppdrag var viktig for å ivareta hverandre på best mulig måte. Informantene hadde erfaring med å analysere hendelsene sammen i debriefing. Dette mente informantene var essensielt for å kunne bearbeide hendelsen i etterkant. Det kom også frem at kontinuerlig kontakt med makker, både på jobb og privat, i etterkant av oppdragene var vanlig. Samtlige av informantene viste et stort engasjement og en oppmerksomhet av ivaretagelsen av spesielt de yngre ambulansesarbeiderne. Videre kommer det fram at samtlige av informantene at eldre ambulansespersonell var å foretrekke som makkere for yngre ambulansespersonell. En felles prioritet hos samtlige av informantene var å veilede og ivareta de yngre etter tøffe opplevelser. Beskyttelse og støtte overfor hverandre ble sett på som avgjørende for å håndtere denne typen oppdrag best mulig.

### 6.3 utfordringer med ettervern i mindre miljø:

Tre av informantene hadde opplevd å rykke ut på oppdrag som omhandlet selvmord hos mennesker de kjente fra før. De tre informantene fortalte at de hadde opplevd disse situasjonene som svært krevende. Hos de tre informantene hadde dette medført en reaksjon i viss grad.

En av informantene (K1) forklarte hvordan vedkommende opplevde det å rykke ut på oppdrag der vedkommende kjente pasienten; "Første gangen. Da kjente jeg godt de jeg var oppe hos, det var naboen min. Og da fikk jeg en liten reaksjon etterpå". Tre av informantene som i etterkant av hendelsen har møtt på de etterlatte de kjenner forteller at de syntes det er ekstra krevende å finne de rette ordene i møter der de ikke kjenner etterlatte. En av informantene forklarer at vedkommende i større grad analyserte seg selv etter møtet hvor vedkommende kjente etterlatte.

Videre forteller informanten (K1) at informanten i etterkant reflekterte rundt hvordan de etterlatte hadde opplevd det å kjenne ambulansespersonellet som rykket ut;

Hva tenkte de om at jeg kom, hvordan var jeg, og hva sa jeg. Da hugser jeg at jeg fikk en melding av pårørende en dag etterpå. Den har gjort at jeg har bare sjekka ut. Alt.

Fordi da fikk jeg en bekreftelse på at de satt pris på at det var jeg som kom og at jeg hadde vært så rolig.

Alle informantene hadde samme oppfatning av at ord ble fattige i møte med etterlatte ved selvmord, både i situasjoner hvor man kjente vedkommende og ikke. En av informantene (M3) opplevde det som noe lettere å snakke med de etterlatte dersom vedkommende hadde kjennskap til dem;

Kanskje vi kjenner h\*n. Det har jeg og opplevd. Jeg kjente til historien til vedkommende. Du har noe å sette fingeren på. Det vil sei at du kan prate om den personen, som om du kjente h\*n litt.

Samtlige av informantene hadde samme oppfatning av at å jobbe i små distrikter hvor en har kjennskap til de fleste, var krevende. En av informantene (M2) forklarte hvordan det kan oppleves forskjellig å rykke ut på oppdrag som omhandler selvmord med etterlatte ved større og mindre steder;

Lat oss sei sentrale østlandsområde der du ikke kjenner verken vedkommende eller relasjoner rundt da. Du kommer inn her og du er faktisk blant vennen til vedkommende. Da blir det litt forskjell på nivået av hva hjelp en trenger.

To av informantene hadde møtt på etterlatte utenfor jobbsammenheng på privaten. En av informantene (M3) forteller hvordan møtet med etterlatte har vært i etterkant av hendelsen;

De kjenner deg inn og ut omtrent. “du var der når min sønn/datter begikk selvmord” og de takker for det. Men jeg merka at ord blir fattige hele tid, du vet ikke helt hva du skal sei.

Videre forteller informanten (M3) dette om hvordan de etterlatte kommuniserer med ambulansepersonell på privaten; “Det vart liksom ikke snakket direkte om det. Det vart vel nemt i en bisetning. Om at “ja dette vet vel du alt om”. Jeg trur de har lyst til å prate.”

Samtlige av informantene opplever det å være profesjonell i møtet med etterlatte ved selvmord som svært krevende. Samtlige av informantene forklarer at de synes det er vanskelig

å vite hvordan man skal være profesjonell i en slik situasjon. En av informantene (M2) forklare hvordan det oppleves å være profesjonell under slike oppdrag;

Hva er profesjonell i den settingen at du er kamerat med vedkommende som har gjort det (begått selvmord). Jeg tenker det at er profesjonell i at man snakker med de (etterlatte), men samtidig at en vise en form for følelse og reaksjon. Jeg tenker at det må være lov.

En annen informant (M3) forklarer hvordan vedkommende opplever at sorgen blir forsterket når man jobber i mindre distrikter;

Vi som jobber i små miljø vi, opplever dette (sorg) enda sterkere. Vi har kanskje en relasjon før hendelsen og når hendelsen skjer så er det er jo trist. I etterkant så møte vi jo de (etterlatte).

Samtlige av informantene forklarer at man i etterkant av en slik hendelse og møtet med etterlatte på privatlivet blir emosjonelt påvirket. En av informantene forklarer videre hvordan møtet med etterlatte blir en påminnelse om oppdraget og sorgen. En av informantene (M3) forklarer hvordan det oppleves å møte etterlatte i etterkant utenfor jobbsammenheng i deres privatliv;

Det er sorg. Rett og slett. Du får en sorg du og når du er der. Fordi dette sitter så hardt i deg. Men den sorgen er betinget med en liten ting, og det er at vi jobba i et relativt lite miljø.

Forskningsspørsmålet *Hvordan påvirker møte med etterlatte ved selvmord under utrykning ambulansepersonellens profesjonelle atferd?* Tar utgangspunkt i å utforske hvordan ambulansepersonellens profesjonelle atferd påvirkes av møtet med etterlatte ved selvmord. Samtlige av informantene hadde erfaring med å rykke ut på oppdrag relatert til selvmord hos personer de hadde kjennskap til. Hos de informantene som hadde opplevd dette oppsto det en viss grad av reaksjon både på oppdraget, men også i ettertid. Samtlige av informantene hadde samme oppfatning om at det å finne de rette ordene i møte med de etterlatte var ekstra utfordrende.

Det ble også trukket frem at det å forholde seg profesjonell i slike situasjoner ble sett på som svært krevende, og hos samtlige var det også viktig å vise en viss grad av følelser samtidig som de klarte å opprettholde et viss profesjonelt nivå. Flere av informantene trakk frem at å jobbe i små distrikter hvor man kjente de involverte kunne gjøre situasjonene og opplevelsene enda sterkere. Etter møtene med de etterlatte, både på jobb og på privaten, opplevde samtlige av informantene en emosjonell påvirkning. For noen av informantene ble møtene med de etterlatte i etterkant av hendelsen en konstant påminnelse om oppdraget og sorgen. Samlet sett viser dette hvordan møtet med etterlatte ved selvmord under utrykning kan ha en betydelig innvirkning på ambulanspersonellets profesjonelle atferd og følelser.

#### 6.4 Etikk og profesjonell integritet: Forslag til forbedring

Ingen av informantene hadde på noe tidspunkt gjennomført kurs som omhandlet selvmord og møtet med etterlatte. To av informantene nevner at de har tilegnet seg kunnskap om selvmord i løpet av utdanning. En av informantene forklarer at vedkommende deltok i undervisning om praktiske rutiner rundt selvmord i løpet av utdanning. Tre av informantene nevner at de ikke har hatt fagdager hvor den aktuelle problemstillingen ble tatt opp. En av informantene har deltatt på en fagdag som handlet om hvordan man skal møte suicidale. En annen informant forteller at de hadde en to timers fagdag om selvmord og etterlatte, men vedkommende var forhindret i fra å delta ettersom vedkommende var på vakt. En av informantene forteller at de har hatt en temadag som tok for seg problemstilling.

En av informantene (M3) forteller om temadager som har blitt arrangert ved stasjonen for å snakke om selvmord og etterlatte;

Tema har vært oppe. Hver onsdag i ambulansen så har vi noe som heter temadager. Der hver og en stasjon har ansvar for det temaet de måtte velge. Vi har fokusert litt på psykiatri, deriblant selvmord. I den grad du kan. Vi hadde en erfaringskonsulent med oss. Fordi vi har ikke, og får nok ikke nok erfaring av det i den grad at det kun er selvopplevd.

Samtlige av informantene mener videre at bedre opplæring er essensielt for å ruste og forberede de yngre i ambulansetjenesten for håndtering av slike oppdrag. Videre er samtlige av informantene enig i at en bedre opplæring er viktig for å styrke egen og

ambulansespersonnellets generelle kunnskap om selvmord og ivaretagelse av etterlatte. En av informantene forklarte direkte at vedkommende egen kunnskap om selvmord og ivaretagelse av etterlatte ikke er bra nok.

En av informantene (M1) har et ønske om at det skal bli et større fokus på temaet; "I større grad så må det bli tema enten på fagdager, eller under utdanning både som ambulansarbeider med autorisasjon og som paramedisiner." Når det kommer til oppfølging i etterkant av denne typen hendelser, er fire av informantene til en viss grad fornøyd med den oppfølgingen de har fått. På tross av dette deler de fire informantene den samme oppfatningen av at oppfølgingen kunne og burde ha vært bedre.

En av informantene (M3) sier dette om oppfølgingen vedkommende har fått;

Helse XXX ambulansetjenesten de er opptatt av å følge opp og ringe til deg. Det gjør både områdelederen min og jeg vet at øverste sjef ofte tar kontakt med områdelederen og spør om han har fulgt opp det ambulansespersonell som har vært på den hendelsen. Det har de vært flinke på.

En av informantene deler ikke samme oppfatning som de andre informantene om at oppfølgingen er god. Vedkommende uttrykker at oppfølgingen er for dårlig. Informanten (M2) forklarer hvordan vedkommende føler oppfølgingen har vært; "Altså oppfølginga er generelt sett dårlig". Videre forteller informanten (M2) dette; "Mitt inntrykk er hvert fall at det ikke er noe direkte oppfølging i etterkant. Du får kanskje "går det bra?" en uke etterpå."

Fire av informantene har samme oppfatning av at de ønsker en mer kontinuerlig oppfølging i etterkant av slike hendelser. Fire av informantene uttrykker et ønske om at de får mer oppfølging i tiden etter. En av informantene (K2) forteller hvordan vedkommende opplever oppfølgingen; "Det er gjerne i en akutfase at de er flinke på oppfølging. Også blir det på en måte litt faset ut."

To av informantene har konkrete forslag til hvordan oppfølgingen kan bli forbedret og hvordan de ønsker at den skal være. Informant (M2) etterlyser en bedre plan; "At det blir et system som er bedre når det gjelder oppfølging av personellet som har vært på hendelsen. At det (oppfølgingen) ikke blir så løst."

En annen informant (K2) ønsker en lenger oppfølging i etterkant;

Kanskje en burde hatt et skjema eller en slags oppfølgingsplan som er fastsatt. At de (leier) er plikta til å ta kontakt for eksempel den dagen, tre dager etterpå, noen veker og måneder. Så de har en fast plan på det (oppfølging).

Selv om fire av informantene har samme oppfatning av at oppfølgingen er grei, har tre av informantene samme oppfatningen av at hvordan oppfølgingen er, avhenger av hvem som er områdeleder. En av informantene (K2) forklarer hvordan vedkommende opplever det å bli fanget opp av nærmeste områdeleder;

Det kan bli litt tilfeldig hvilken sjef du har. Om du blir "catcha" i det hele tatt. Det er jo folk jeg har jobba med som har opplevd det å ikke blir "catcha" opp etter slike hendelser, og som faktisk har blitt sykemeldt og har slitet i ettertid.

Alle informantene forteller at behovet for å snakke i etterkant av en slik hendelse er stort. Alle deler den samme oppfatning av at samtaler med makker er bra og fungerer godt. Samtlige av informantene deler den samme oppfatningen av at sosial støtte i form av makker er essensielt for å kunne bearbeide hendelsen. En av informantene (K1) er opptatt av viktigheten ved å få snakket ut; "At jeg får snakka ut om ting og får litt bekreftelse på at jeg har gjort det rett på en måte. At jeg ikke har gjort noe feil."

Samtlige av informanter har dog samme oppfatning av at fokuset på samtaler burde økes. En av informantene (M1) sier dette; "Er det behov for det så må en kunne ha tilgang til psykolog i forhold til det å kunne snakke igjennom hendelsen." En annen av informantene (K1) sier dette; "Dersom vi har behov for leger eller psykolog, så har vi et apparat bak oss."

På tross av dette har ingen av informantene benyttet seg av dette tilbudet etter slike hendelser. En av informantene uttrykker dog at vedkommende i etterkant har vært nær ved å benytte seg av dette tilbudet.

En av informantene (M3) sier at han ønsker at fagpersoner i større grad deltar i oppfølgingen i ettertid;



Dersom du skal ha skikkelig oppfølging så må du ha inn folk som har greie på det. Vi får jo tilbud om det da. Tilbudet ligger der, og oppfølgingen vår er bra. Men dersom du skulle være veldig nærstående (etterlatte) så trur jeg nok det at det kunne ha vært greit og hatt profesjonelle folk til å være med på oppfølgingen.

Tre av informantene har samme oppfatning av at de ikke synes det er vanskelig å be om hjelp eller samtaler dersom de har behov for dette. To av informantene forklarer at dette kan henge sammen med hvordan de er som mennesker, at de er svært åpne og sosiale. To av informantene deler samme oppfatning av at de opplever at enkelte kollegaer synes det er mer krevende å snakke dersom de har behov for det. En av informantene (K2) opplever at kollegaer ikke ønsker å snakke i etterkant, selv om de muligens har behov for det;

Uansett om folk gir uttrykk for at de har det bra, så er det jo noen som er litt hardhaus og ikke skal snakke om det. Du har jo noen ringrever som har jobbet her i 20 år. Det er ikke sikkert at alle er slik at de skal snakke om slike ting.

Samtlige av informantene delte samme oppfatning av det er essensielt å styrke egenkompetanse om selvmord og møtet med etterlatte. To av informantene uttrykte et ønske om mer opplæring i form av simuleringstrening. En av informantene (K2) etterlyser mer simuleringstreninger; "Litt simulering. Ulike caser med forskjellige settinger og hvordan kommuniserer enn da med etterlatte og makker. Det trur jeg hadde vært veldig bra".

To av informantene delte samme oppfatninga av at simuleringstrening kunne gjøre de bedre rustet til å mentalt forberede seg for hva de kom til å møte av synsinntrykk og reaksjoner hos etterlatte når de rykket ut på oppdrag rundt selvmord og etterlatte. Samtlige av informantene var også opptatt av mer fokus og opplæring rundt utøvelse av emosjonell førstehjelp, da spesifikt rettet mot de etterlatte i en slik situasjon.

En av informantene (M2) etterlyse mer fokus og opplæring rundt reaksjoner hos de etterlatte;

Faktisk litt mer opplæring i den psykiske dele. Gjerne den psykiske hjelpen du skal gi. Være litt mer forberedt på hva du skal møte. Og at faktisk alle reaksjoner (hos etterlatte) er naturlige.

Videre delte alle informantene samme oppfatning av at det å høre fra de etterlatte om hvordan de opplever situasjoner og hva de ønsker av ambulanspersonellet hadde vært positivt for ambulanspersonellet. En av informantene (K1) ønsker mer erfaring fra de etterlatte; "Å høre fra noen som har vært pårørende. Hvordan de opplevde det. Hva var bra, og hva var ikke bra for eksempel. Det hadde vært interessant." To av informantene delte samme oppfatning av det kunne ha bidratt til at ambulanspersonellet ikke brukte så mye tid i etterkant til å analysere egen innsats under oppdraget.

Et av forskningsspørsmålene jeg stilte meg var *Hva er ambulanspersonellens mening om behovet for opplæring og støtte i denne konteksten?* Data fra forskningen indikerer at ambulanspersonell generelt sett opplever et økende behov for opplæring og støtte i håndtering av situasjoner som involverer etterlatte etter selvmord. Det kommer frem at ingen av informantene hadde gjennomført spesifikke kurs om hvordan møte etterlatte ved selvmord, selv om to av informantene hadde tilegnet seg noe informasjon rundt temaet igjennom utdanning. Samtlige av informantene opplever at oppfølgingen etter slike hendelser kunne bli bedre, til tross for at oppfølging fra ledelsen var helt grei.

Samtlige av informantene etterlyser mer kontinuerlig oppfølging og mer strukturerte planer for oppfølgingsprosessen. Selv om alle informantene opplevde at samtaler med kollegaer var viktig og fungerte bra, ønsket de mer fokus på samtaler og dialog med leder i etterkant. Samtlige av informantene etterlyste også mer opplæring i håndtering og ivaretagelse av de etterlatte. Enkelte av informantene ønsker mer fokus på simuleringstreninger og psykisk førstehjelp, samt å høre fra de etterlattes erfaring for å forbedre sin egen praksis. Dette indikerer et klart behov for utvikling og forbedring av prosedyrer rundt opplæring og oppfølgingen for ambulanspersonell når det gjelder håndtering av møtet med de etterlatte ved selvmord.

## 7. Drøfting

Dette kapittelet vil være strukturert i tre underkapitler. Første underkapittel vil drøfte forskningen som kommer frem i kapittel 2 og tar for seg emosjonell førstehjelp til etterlatte, utfordringer ved selvmordsrelaterte oppdrag og etterlattes forventninger. I det andre underkapittelet vil funnene mine bli diskutert i lys av teori fra kapittel 3. Dette vil bidra til en

grundigere forståelse av funnene fra min studie. Helt til slutt vil anbefalinger basert på denne studien bli presentert.

## 7.1 komparativ drøfting

### 7.1.1 Emosjonell førstehjelp til de etterlatte

I kapittel 2 presenterte jeg Helsedirektoratet (2011) sin veileder for ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. Formål med Helsedirektoratet (2011) sin veilederen var å gi kunnskapsbaserte faglige råd til helsepersonell som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord.

Helsedirektoratet (2011) presenterer viktige tiltak i møte med de etterlatte i slike situasjoner er å sørge for emosjonell førstehjelp gjennom omsorg, skjerming og informasjon. Det kan se ut til å være en spenning mellom disse prinsippene og hovedfunnene fra undersøkelsen i denne oppgaven. Som vi så i forrige del, fremhever informantene fra denne studien at når ambulanspersonell rykker ut på oppdrag som omhandler selvmord hvor etterlatte er til stede, så er deres viktigste oppgave som regel å starte med livreddende førstehjelp ovenfor pasient. Informantene fremhever videre at først etter at pasienten er erklært død vil det være naturlig for ambulanspersonell å flytte sitt fokus over i fra pasienten til ivaretagelsen av de etterlatte. Det er dermed begrenset hvor mye ambulanspersonellet kan prioritere det å gi emosjonell førstehjelp i akuttfasen. Begrensede ressurser gjør det rett og slett vanskelig for ambulanspersonell å gi den nødvendige oppmerksomheten og omsorgen til de etterlatte som ønskelig. Det er rimelig å anta at dette kan medføre at de etterlatte kan oppleve å stå alene, men at de kan ha forståelse for dette hvis de forstår at det er viktig at nødvendige ressurser blir brukt på pasienten.

Hvordan man organiserer seg når man ankommer ulykkesstedet er, helt generelt, avhengig av hvilke ressurser man har tilgjengelig. Det vil for eksempel være lettere å ivareta de etterlatte samtidig som man utfører livreddende førstehjelp dersom det er flere instanser til stede på ulykkesstedet. Med begrensede ressurser kan det oppleves som umulig å følge rådene fra Helsedirektoratet (2011) sin veileder om å gi emosjonell førstehjelp og støtte til de etterlatte, samtidig som akuttmedisinsk behandling utføres. Praktiske begrensninger og målet med ambulansarbeid kan gjøre at det å følge rådene til Helsedirektoratet (2011) helt urimelig. Målgruppen for Helsedirektoratet (2011) sin veileder er kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Rådene som kommer frem i veilederen er altså ikke direkte knyttet til ambulanspersonell, men ambulanspersonell er en del av denne målgruppen.

Helsedirektoratet (2011) skriver videre at en ikke skal oppmuntre til samtaler om de følelsesmessige aspektene ved selvmord umiddelbart etter hendelsen, da dette kan forsterke minnene om hendelsen. Som presentert i resultatkapittelet tilsier i midlertid denne studien at de etterlatte i stor grad selv har et ønske og føler et behov for å snakke med ambulanspersonell om hendelsen. Det kommer videre fram i resultatene fra studien at etterlatte ønsker å bruke tid på å snakke med ambulanspersonell om blant annet følelser i etterkant. Ambulanspersonellet opplever i stor grad at de etterlatte har et behov for å snakke med dem om hendelsen rett etterpå. Dersom de etterlatte har et ønske om og kjenner på et behov for å snakke om de følelsesmessige aspektene ved hendelsen, vil det være hensiktsmessig for ambulanspersonell å oppmuntre til dette.

Resultatene fra denne studien viser at ambulanspersonell i stor grad er opptatt av hvordan de veier ordene sine i møte med de etterlatte. Flere av informantene forteller at de opplever det som krevende å finne ut hvilke ord de skal bruke i denne typen situasjonene. Samtlige av informantene deler samme oppfatning av at de opplever det som viktig å spørre de etterlatte hvordan de har det, og hva de føler. Videre kommer det frem av resultatene at samtlige av informantene har opplevd at de etterlatte ønsker å snakke med ambulanspersonell om situasjonen. Samtlige av informantene har brukt ekstra god tid med de etterlatte i etterkant, og har fått tilbakemeldinger fra de etterlatte om at de har opplevd dette som fint.

Helsedirektoratet (2011) skriver videre i sin veileder at samtlige av de etterlatte vil kunne oppleve at det dukker opp spørsmål knyttet til blant annet hvorfor selvmordet hendte. Når denne typen spørsmål dukker opp er det naturlig at ambulanspersonellet ikke kan svare på dette. Resultater fra min studie viser at ambulanspersonellet i denne typen situasjoner veier ordene sine grundig og ikke oppmuntrer de etterlatte til å reflektere rundt dette, dersom de etterlatte ikke oppleves som klar for dette.

### 7.1.2 Anerkjennelse på arbeidsplass

Som vi så i del 2 av denne oppgaven kom det frem av studien utført av Nelson et al., (2020) at ambulanspersonell står overfor mange ulike utfordringer knyttet opp mot selvmordsrelaterte oppdrag, noe som kan utgjøre en betydelig belastning på deres mentale helse. Gjennom deres arbeid vil ambulanspersonell eksponeres for traumatiske hendelser, inkludert selvmord, som Nelson et al., (2020) skriver kan føre til psykiske problemer og økt stressbelastning i ettertid. Studien til Nelson et al., (2020) viser videre at til tross for dette opplever ambulanspersonell en begrenset forståelse og støtte fra samfunnet og sin egen arbeidsplass.

Studien viser videre at det til tross for tilbud om debrifing etter denne typen oppdrag, blir dette sjeldent gjennomført, grunnet tidsbegrensninger eller manglende ressurser i form av personell. Resultatet fra denne studien viste at debrifingen som oftest ble gjennomført i ambulansen, på vei tilbake til stasjonen, etter oppdraget. Studien gjennomført av Nelson et al., (2020) og funnene fra min studie viser videre at ambulanspersonell opplever at de på papiret har gode rutiner og prosedyrer for debrifing i etterkant av denne typen oppdrag, men at det er så som så hvordan dette følges opp i praksis.

Resultatene fra denne studien viser at ambulanspersonellet deler den samme oppfatningen om prosedyrene og rutinene for debrifing, da spesielt med leder, burde forbedres ytterligere. Informantene delte alle samme oppfatningen av at debrifing, da i form av samtaler med makker, fungerte bra. Resultatene fra denne studien viser at store deler av debrifingen skjer som en mer uformell samtale med makker som deltok på oppdraget. Informantene ble oppringt av nærmeste leder en til to ganger etter oppdraget for en debrifing. Samtlige av informantene forklarte at etter debrifingen med leder, opplevde de ikke å få noe mer oppfølging. Et felles ønske hos samtlige av informantene var at leder i etterkant tok mer kontakt i dagene, ukene og måneden etter oppdraget. Grunnen til dette forklarer informantene er at samtlige av de opplevde at reaksjonen i etterkant av denne typen oppdrag som regel kom uker etter selve oppdraget.

Resultatene fra denne studien og studien gjennomført av Nelson et al., (2020) viser begge at når debrifing skjer, gjennomføres debrifingen som oftest og primært med makker og kollegaer. Funnene fra denne studien indikerer videre at oppfølgingen av ambulanspersonell som regel foregår samme dag som oppdraget, og kan oppleves som at det blir glemt i ettertid. Funnene gjort i min studie understreker viktigheten av å forstå, samt adressere de psykologiske og emosjonelle behovene til ambulanspersonell i slike situasjoner.

Det kommer frem av resultatene i denne studien at informantene opplevde å reagere ulikt på selvmordsrelaterte oppdrag i etterkant. Samtlige av informantene opplevde å kunne tvile på sin egen innsats og beslutninger under oppdraget, noe som resulterte i at de brukte mye tid på å reflektere og tvile på seg selv i etterkant. Samtlige av informantene hadde opplevd et stort behov for å snakke om blant annet synsinntrykk og reaksjoner hos de etterlatte. Noen av informantene hadde også opplevd en følelse av tomhet. En av informantene hadde etter et

oppdrag opplevd at vedkommende repeterte ulike handlinger flere ganger, uten å være klar over det. Det som var felles for alle informantene var at det hadde meldt seg et behov for å snakke med noen i etterkant. Samtlige av informantene hadde også et behov for å gjennomgå hele oppdraget fra start til slutt med blant annet makker, for å sikre at alt som kunne bli gjort, ble gjort.

Studien til Nelson et al., (2020) og resultatene fra min studie peker begge på behovet for et økt fokus på emosjonell støtte og veiledning av ambulanspersonell etter selvmordsrelaterte oppdrag. Betydningen av å implementere strukturerte debrifingsprosesser og ressurser for å støtte ambulanspersonellens mentale helse og velvære blir understreket av Nelson et al., (2020) og resultatene fra min studie. Samlet sett understreker både mine funn og Nelson et al., (2020) behovet for en helhetlig tilnærming til å støtte ambulanspersonell i håndteringen av selvmordsrelaterte hendelser. Dette inkluderer økt forståelse, støttetiltak og tilgang til emosjonell støtte og veiledning for å sikre at ambulanspersonell kan utføre sitt arbeid på en måte som ivaretar deres egne behov samt behovene til de etterlatte.

### 7.1.3 Pårørendes forventninger

Som vi så i kapittel 2, kommer det frem i studien gjennomført av Williams (2012) at ambulanspersonell svært ofte opplever situasjoner hvor de etterlatte opplever intense følelsesmessige reaksjoner. Disse reaksjonene kan oppleves som komplekse og varierte.

I resultatene i denne studien kommer det frem at de etterlatte reagerer ulikt. Informantene i denne studien delte den samme oppfatningene av at det opplevdes som vanskelig for ambulanspersonell å vite hvordan de skulle møte de etterlatte på best mulig måte. Videre delte informantene den samme oppfatningene av at de ønsket mer opplæring i hvilke reaksjoner som var normalt å møte på, og hvordan man skulle møte de etterlatte. Samtlige av informantene opplevde at kunnskapen om håndteringen av reaksjonene hos de etterlatte ikke var tilstrekkelig. Informantene hadde opplevd alt fra lite reaksjoner, til enorme følelsesmessige utbrudd hos de etterlatte. Samtlige av informantene delte de samme oppfatningene av at det er viktig at ambulanspersonell blir opplært at alle reaksjoner, i etterkant av denne typen hendelser, er normale. Noen av informantene opplevde det som ekstra krevende å håndtere sine egne følelser rundt de etterlatte som opplevde intense følelsesmessige reaksjoner.

I studien gjennomført av Williams (2012) kommer det videre frem at det også er normalt for ambulanspersonell å oppleve en følelsesmessig reaksjon i etterkant av akutte og traumatiske oppdrag. Denne typen følelsesmessige reaksjoner kan i følge studien til Williams (2012) oppstå både før og i etterkant av denne typen oppdrag. Dette kommer også frem av resultatene i denne studien, hvor informantene opplever at reaksjoner etter denne typen oppdrag oppleves sterkere i god tid etter hendelsen. Samtlige av informantene fra denne studien hadde opplevd å bli preget av ulike følelsesmessige reaksjoner under og i etterkant av denne typen oppdrag, da spesielt i forbindelse med situasjoner der hadde kjennskap til de etterlatte eller pasienten fra før av.

I studien av Williams (2012) ble det også observert at enkelte av de etterlatte ved selvmord kan ha en forventning om at ambulanspersonell skal kunne håndtere situasjonen med en viss distanse, og primært fokusere på den nødvendige medisinske behandlingen. Denne uttalen kan man stille seg kritisk til. Resultater fra denne studien viser at i situasjoner der ambulanspersonell rykket ut på oppdrag der de kjente vedkommende, anså samtlige av informantene det som normalt å vise en form for reaksjon på stedet. Informantene i denne studien forklarer at synsinntrykk og reaksjoner hos de etterlatte og eventuell kjennskap til de berørte var faktorer som kunne bidra til at ambulanspersonell opplevde en form for emosjonell reaksjon på ulykkesstedet. Selv om det er forventet at ambulanspersonell skal opptre profesjonelt og fokusere på medisinsk behandling i denne typen situasjoner, kan det også være tilfeller hvor det å vise empati og følelser kan være positivt i møte med de etterlatte. Dette kan spesielt være relevant når ambulanspersonell havner i situasjoner hvor de har kjennskap til de etterlatte og avdøde. Det at ambulanspersonell viser medfølelse og støtte kan videre bidra til å skape tillit mellom helsepersonell og etterlatte.

Med utgangspunkt i Williams (2012) sin studie, samt resultatene fra min studie vil jeg presisere at det er viktig å finne en balanse mellom å være profesjonell, preget av ro og objektivitet og å være menneskelig i denne typen krevende situasjon. En god balanse kan bidra til å sikre både pasientens behov for livreddende behandling og at de pårørendes følelsesmessige behov blir tilfredsstilt. Flere av informantene i min studie rapporterer at samtlige av de etterlatte, i etterkant av hendelsen, uttrykker takknemlighet for at ambulanspersonell viste følelsesmessige reaksjoner under oppdraget.

Samtlige av de etterlatte har opplevd at ambulanspersonell har klart å opptre på en rolig, trygg, god og forsvarlig måte til tross for at de viste at de var noe preget over situasjonen. Dette funnet reiser spørsmål om hva som defineres som “profesjonell” i denne konteksten. Det tradisjonelle synet på profesjonalitet fokuserer i følge Williams (2012) på nøytralitet og distanse. Funnene i studien min derimot, indikerer at empati også burde inkluderes i egenskapene som anses å være viktig i profesjonell opptreden. Resultatene fra min studie tilsier at å vise følelser kan ses som tegn på omsorg.

## 7.2 Teoretisk drøfting

### 7.2.1 Postvention og sosial støtte

Informantene var tydelige på at gode relasjoner og støtte fra kollegaer i etterkant av selvmordsrelaterte oppdrag er essensielt for hvordan de klarte å bearbeide hendelsen i etterkant. Dette samsvarer med Leaune et al., (2020) som diskuterer hvordan sosial støtte fra kollegaer blant annet kan bidra til å redusere risikoen for psykiske helseproblemer blant de som er involvert og berørte av pasientselv-mord. Funnene kan også ses i sammenheng med Erlich et al., (2017) som diskuterer hvordan postventionprogrammer bør integrere sosial støtte som en komponent i arbeidet med å hjelpe helsepersonell med å håndtere sorg, stress og eventuelt andre psykiske utfordringer etter traumatiske hendelser som selvmord.

I kapittel 3 av denne oppgaven kommer det frem av Leaune et al., (2020) at postvention omhandler alle tiltak som bidrar til å redusere negative følelser som oppstår som følge av en traumatisk død, både hos de etterlatte, men også hos helsepersonell som er involvert i hendelsen. I resultatene av denne studien kommer det frem at samtlige av informantene rapporterte å bruke mye tid på å analysere egen innsats i etterkant av denne typen oppdrag. Informantene delte den samme oppfatningen av at de brukte mye tid på å reflektere rundt sin egen innsats under oppdraget og i noen tilfeller tvilte på sin egen kompetanse, håndtering og ivaretagelse av de etterlatte. Resultater fra denne studien viser videre at informantene også reflekterte mye rundt hva de kunne ha gjort annerledes, og hvordan de etterlatte opplevde dem. Studien gjennomført av Leaune et al., (2020) viser videre til at helsepersonell i etterkant av en slik hendelse kan oppleve utfordrende følelser knyttet til sin egen selv-tillit og profesjonelle kompetanse. Funnene fra min studie støtter denne påstanden.



Videre i kapittel 3 av denne oppgaven kommer det frem i studien av Erlich et al., (2017) at det er manglende protokoller og formalisert undervisning av helsepersonell når det gjelder pasientselv-mord. Denne studien støtter Erlich et al., (2017) sin påstand. Det kommer frem i denne studien at samtlige av informantene deler samme oppfatning av at deres egen kunnskap og kompetanse rundt selvmord og møtet med etterlate er for dårlig. Videre deler samtlige av informantene det samme synet på at det er alt for lite fokus på dette temaet i ambulansetjenesten og i utdanningen. Alle informantene deler samme ønsket om et økt fokus på temaet, og ønsket om flere kurs og opplæring rundt problematikken. Studien viser videre til at samtlige av informantene etterlyser større fokus rundt tematikken på fagdager og gjennom kursing.

Resultater fra denne studien viser at ambulanspersonell sitt forhold til makker er essensielt i etterkant av denne typen oppdrag. Det kommer frem av informantene i denne studien at samtlige opplever et sterkt samhold med makker. Informantene forteller videre at de i etterkant av selvmordsoppdragene har regelmessig kontakt med makker på, og utenfor jobb, dersom de opplever behov for å snakke. Resultater fra denne studien støttes av Erlich et al., (2017) som konkluderer med at den manglende profesjonelle støtten og oppfølgingen i etterkant medfører at helsepersonell oppsøker støtte fra kollegaer i større grad. Den sosiale støtten gjennom kollegaer anses for informantene som essensielt i etterkant av denne typen hendelser.

Begrepet sosial støtte blir i kapittel 3 presenter av O'Toole, Mulhall, & Eppich (2022) som den emosjonelle hjelpen man mottar fra sin sosiale gruppe enten det er venner, familie eller kollegaer i tider med krise. Det kommer videre frem i studien av O'Toole, Mulhall, & Eppich (2022) at emosjonell førstehjelp for førstehjelper ikke alltid er tilgjengelig, dette kan videre påvirke førstehjelpers psykiske helse. Det kommer frem av resultatene fra denne studien at ambulanspersonell i stor grad henvender seg til kollegaer for å motta emosjonell støtte. Alle informantene delte den samme oppfatningen av at samtaler med makker i etterkant av denne typen oppdrag var viktig for begge parter. Informantene brukte mye tid med makker for å debriefe hendelsen og for å snakke om sine egne emosjonelle følelser rundt situasjonen. Samtlige av informantene delte den samme oppfatningen av at dette gjorde det lettere å håndtere situasjonen i ettertid. Resultatet fra min studie støtter O'Toole, Mulhall, & Eppich (2022) sin påstand om viktigheten av sosial støtte. Informantene i studien var svært opptatt av å ivareta kollegaer i etterkant av selvmords relaterte oppdrag gjennom sosial støtte. Alle

informantene hadde stor erfaring med å gi, samt motta sosial støtte fra kollegaer. Dette medførte videre at informantene i studien ikke på noe tidspunkt opplevde at de var overlatt til seg selv, men tvert imot, opplevde at arbeidsmiljøer som svært kollegialt og støttende.

Ibarra-Rovillard & Kuiper (2011) skriver at bufferteorien legger vekt på hvordan sosial støtte kan fungere som en “buffer” mot negative effekter av stressende hendelser. Denne teorien kan antyde at sosial støtte kan bidra til å redusere negativ påvirkning av stress. Dette er i tråd med funnene fra denne studien som tilsier at sosial støtte spiller en sentral rolle i ivaretagelsen av ambulanspersonell etter selvmordsrelaterte oppdrag. I studien gjennomført av Ibarra-Rovillard & Kuiper (2011) skriver de at sosial støtte videre kan bidra til å endre selve oppfatningen av negative hendelser og legge til rette for endring i helserelatert atferd.

I denne konteksten kan bufferteorien som blir presentert i kapittel 3 bidra til å forklare informantenes opplevelser. Resultatene av studien indikerer at informantene benytter seg av sosial støtte fra kollegaer som en buffer mot stress og belastningene knyttet til selvmordsrelaterte oppdrag. Gjennom å ivareta hverandre, samt tilby sosial støtte, kan kollegaene fungere som en støttende ressurs som kan bidra til å håndtere de utfordrende situasjonene har møtte på. Den sosiale støtten som blir gitt og mottatt blant kollegaer, skaper et miljø preget av støtte og samhold. Dette bidro til at informantene ikke følte seg overlatt til seg selv, men heller opplever støtte fra nettverket rundt seg. Bufferteorien antyder at denne sosiale støtten kan bidra til å redusere de negative konsekvensene av stress. Med bakgrunn i dette kan man forstå informantenes opplevelse av et kollegialt og støttende arbeidsmiljø som et resultat av hvordan den sosiale støtten har fungert som en buffer mot de stressende situasjonene de opplever ved sitt arbeid.

Funnene fra denne studien støtter bufferteoriens påstander om at manglende sosial støtte kan øke risikoen og sannsynligheten for psykiske utfordringer. Det å oppleve manglende støtte etter selvmordsrelaterte oppdrag kan, som det diskuteres i studien av Ibarra-Rovillard & Kuiper (2011) føre til en økt risiko for utbrenthet, posttraumatisk stresslidelse og andre psykiske helseproblemer hos ambulanspersonell. I lys av Ibarra-Rovillard & Kuiper (2011) studien og denne studien, kan man konkludere med at sosial støtte spiller en kritisk rolle for ivaretagelsen av ambulanspersonell etter selvmordrelaterte oppdrag. Det å sikre tilstrekkelig støtte og ressurser for ambulanspersonell i etterkant av slike oppdrag kan videre bidra til å

redusere risikoen for negative psykiske helseeffekter, samt fremme trivsel blant ambulanspersonell.

### 7.2.2 Sekundærtraumatisering, motoverføring og compassion fatigue

I kapittel 3 presenteres begrepene sekundærtraumatisering, motoverføring og compassion fatigue som sentrale begreper innen emosjonell påvirkning og belastning hos helsepersonell som arbeider med traumatiserende pasienter. Som beskrevet av Orginska-Bulik et al., (2021) er sekundærtraumatisering en form for stress og negative følelser som helsepersonell opplever som følge av å bli indirekte eksponert for traumer gjennom sitt arbeid. Dette kan videre være spesielt relevant for ambulanspersonell, som ofte er blant de første på ulykkessteder som involverer traumatiske hendelser.

Som det kommer frem i kapittel 3 er sekundærtraumatisering hos ambulanspersonell svært relevant, da ambulanspersonell ofte er blant de første på stedet ved ulykke eller traumatiske hendelser. Gjennom sitt arbeid kan ambulanspersonell bli konfrontert med synet av alvorlig skadet mennesker, samt måtte håndtere traumatiserte pårørende. Disse møtene kan videre medføre sterke følelsesmessige reaksjoner hos ambulanspersonellet, som videre kan føre til negative konsekvenser for deres egen mentale helse.

Resultatene fra denne studien understreker videre utfordringen ambulanspersonell står ovenfor når de møter de etterlatte etter selvmord. Resultatene viser tydelig hvordan disse møtene kan utløse emosjonelle reaksjoner hos ambulanspersonellet, og hvordan disse reaksjonene kan påvirke deres egen mentale helse. Videre kan resultatene fra studien ses som en påminnelse om den konstante belastningen og økte risikoen for sekundærtraumatisering som følger med av å være ambulanspersonell. Det å anerkjenne samt adressere disse utfordringene er avgjørende for å sikre at ambulanspersonell kan utføre sitt viktige arbeid samtidig som de tar vare på seg selv.

I kapittel 3 presenteres begrepet motoverføring, gjennom en studie gjort av Isdal (2017), innebærer helsepersonellens emosjonelle reaksjoner på pasienter, som kan påvirkes av helsepersonellens egne erfaringer og historier. Dette kan være relevant i konteksten av denne forskningen, hvor ambulanspersonellet må håndtere følelsesmessige utfordringer og finne en balanse mellom å vise empati samt opprettholde en profesjonell holdning i møtet med de etterlatte. Resultatene fra denne studien viser at ambulanspersonell kan oppleve en rekke

motoverføringsreaksjoner i møtet med etterlatte ved selvmord. Funnene i denne studien viser at ambulanspersonell i visse situasjoner kan identifisere seg med de etterlatte på grunn av lignende erfaringer eller følelser fra sine egne liv. Funnene indikerer videre at dette kan føre til sympati eller empati, men også forsterker ambulanspersonellets egne følelser av sorg og tap.

Videre blir begrepet Compassion fatigue presentert av Isdal (2017) i kapittel 3. Compassion fatigue er som Isdal (2017) skriver en gradvis nedbryting av empati og engasjement som helsepersonell kan oppleve i møte med etterlatte spesielt når de opplever følelsesmessige utfordringer og utmattelse i etterkant av slike oppdrag. I en prehospitalet kontekst er det avgjørende å anerkjenne samt adressere de emosjonelle belastningene som ambulanspersonell står ovenfor i deres møte med etterlatte ved selvmord. Resultater i fra denne studien understreker betydningen av å håndtere fenomener som sekundærtraumatisering, motoverføring og compassion fatigue, da disse kan ha en innvirkning på ambulanspersonellets evne til å kunne yte omsorg og ivareta sin egen velvære. Gjennom opplæring og støttetiltak kan man bidra til å redusere risikoen for utbrenthet og psykiske belastninger hos ambulanspersonell. Til tross for de utfordrende og emosjonelt krevende situasjonene de møter, er det avgjørende at ambulanspersonell fortsetter å utøve omsorg i sin profesjonelle rolle.

### 7.2.3 Stress og mestring

Det kommer frem i kapittel 3 i studien av Lazarus & Folkman (1984) at den transaksjonelle stressteorien vurderer individets stressopplevelser ved å veie kravene i den gitte situasjonen opp mot de tilgjengelige ressursene. Resultater fra denne studien viser at ambulanspersonell opplever en betydelig stressbelastning når de møter etterlatte ved selvmord. Funnene i denne studien viser at ambulanspersonell opplever økt stressbelastning når de hadde kjennskap til pasienten eller de pårørende. Funnene kan videre indikere at ambulanspersonellet videre uttrykket at de opplever økt stress når det kom til kommunikasjon med de etterlatte, samt hvordan de som ambulanspersonell hadde opptrådt i situasjonen når de kjente vedkommende.

Videre tilsier funnene i studien at ambulanspersonell som hadde med seg makker som opptrådte rolig, viste trygghet i situasjonene og håndterte de etterlatte på en god måte, medførte en reduksjon av stressbelastning hos ambulanspersonell. Funnene fra denne studien og studien av Lazarus & Folkman (1984) viser at faktorer som uoverensstemmelser mellom

situasjonskravene og ambulanspersonellets egne ressurser for å håndtere situasjoner er med på å eventuelt styrke stressbelastningen hos ambulanspersonellet.

I kapittel 3 presiserer studien av Samdal et al., (2017) at akutt stress kan være konstruktiv dersom det håndteres effektivt. I studien peker Samdal et al., (2017) videre på at vedvarende stress over tid kan være skadelig dersom det overstiger individets egne ressurser. Funnene fra denne studien viser at oppdrag som omhandler selvmord hvor etterlatte er til stede i det fleste tilfellene utløser en form for akutt stress hos ambulanspersonell. Funnene viser at ambulanspersonell på utrykning prøver å forberede seg på hva de møter på ulykkesstedet. Det kommer videre frem av funnene i studien at synsinntrykk og reaksjoner hos de etterlatte gjør det vanskelig for ambulanspersonell å forberede seg. Disse faktorene spiller en essensiell rolle i det akutte stresset ambulanspersonellet opplever.

Resultatene i denne studien indikerer at debriefing er et av de viktigste virkemidlene for håndteringen av det akutte stresset som ambulanspersonell opplever i etterkant av hendelsen. Funnene fra denne studien antyder videre at før ambulanspersonell deltar i debriefing i etterkant av hendelsen, opplever de i større grad en mental påkjenning. Samtlige av informantene i denne studien opplever at etter debriefing blir den mentale belastningen mindre. Med bakgrunn i resultatene fra denne studien samt studien av Lazarus & Folkman (1984) og Samdal et al., (2017) kan man videre presisere at det er avgjørende å tilby tilstrekkelig med støtte og stressmestringsstrategier for å kunne sikre at ambulanspersonell kan håndtere disse situasjonene på en hensiktsmessig måte.

#### 7.2.4 Emosjonell førstehjelp

I kapittel 3 blir diskusjonen om emosjonell støtte og omsorg for pårørende i akutte situasjoner, spesielt ved ulykkessteder etter selvmord, fremhevet som en viktig del av prehospital behandling. WHO-definisjonen av emosjonell førstehjelp understreker viktigheten av å gi støtte og omsorg til mennesker i nød (World Health Organization, 2011). I akuttsituasjoner, som ved selvmord, er det ikke bare pasienten som lider, men også deres pårørende kan ha behov for støtte og informasjon i en slik situasjon.

I tillegg til omsorgen på stedet, er det viktig med oppfølging og støtte til ambulanspersonell som har vært involvert i kritiske hendelser i ettertid (World Health Organization, 2011). Resultatene i denne studien viser at når ambulanspersonell ankommer ulykkesstedet er deres

hovedoppgave å iverksette livreddende førstehjelp. Funnene indikerer videre at når pasientene blir erklært død, starter ambulanspersonell med ivaretakelsen av de etterlatte. I disse situasjonene viser funnene i studiene at det for ambulanspersonell er essensielt å sette seg ned og snakke med de etterlatte. Ambulanspersonellet tilstreber å bruke tid med de etterlatte, før de reiser fra ulykkesstedet og annet personell eventuelt overtar. Resultatene viser at primæroppgavene for ambulanspersonell er livreddende førstehjelp i første omgang. Funnene viser at ambulanspersonell som regel er de første på ulykkesstedet, og i de fleste tilfellene er det en ambulanse som rykker ut, som oftest med to ambulanspersonell. Manglende ressurser i form av helsepersonell på stedet er en av faktorene til at ivaretakelsen av de etterlatte kommer etter at livreddende førstehjelp er avsluttet. Funnene i denne studien viser et økt ønske om mer og bedre opplæring i emosjonell førstehjelp og simuleringstrening for ambulanspersonell.

Samlet sett peker funnene fra denne studien på behovet for en helhetlig tilnærming til emosjonell førstehjelp, både for etterlatte og ambulanspersonell som er involvert i traumatiske hendelser. Dette innebærer ikke bare å gi støtte på stedet, men også å sørge for etterfølgende støtte for å sikre at ambulanspersonell kan håndtere situasjonen på en god måte. Ved å investere i opplæring, støtte og utvikling av ressurser, kan ambulanspersonell på en bedre måte møte behovene til både de etterlatte, samtidig som de tar vare på sitt eget velvære og mentale helse.

### 7.3 Praktiske føringer og behov for mer forskning

Denne masteroppgaven har utforsket hvordan ambulanspersonell opplever møtet med etterlatte ved selvmord, samt identifisert konkrete faktorer som påvirker deres opplevelser og den emosjonelle belastningen de møter. Resultatet fra denne studien har identifisert mulige ideer og tiltak for å forbedre den tilgjengelige støtten og omsorgen for ambulanspersonell i slike situasjoner, med utgangspunkt i å redusere den emosjonelle belastningen. Målet med dette delkapittelet er å gjøre oppmerksom på noen av disse faktorene. Delkapittelet fokuserer på mulige ideer for forbedring med utgangspunkt i ambulanspersonellets møte med etterlatte ved selvmord.

Resultatene fra denne studien gir videre verdifull innsikt som kan anvendes i praksis for å kunne forbedre håndteringen av situasjoner som involverer etterlatte ved selvmord, spesielt med fokus på utfordringene som oppstår for ambulanspersonell. Ved å knytte resultatene til

begrepene sekundærtraumatisering, motoverføring og postvention, synliggjør det at ambulansepersonell som er involvert i denne type hendelser, kan ha økt risiko for betydelig emosjonell belastning og stress. Studien peker videre på behovet for å styrke den emosjonelle førstehjelpen som tilbys til de etterlatte, noe som kan bidra til å redusere risikoen for sekundærtraumatisering og compassion fatigue blant ambulansepersonell. Dette kan omfatte bedre opplæring rundt psykisk førstehjelp, samt simuleringstrening for å kunne ruste ambulansepersonell til å håndtere slike krevende situasjoner bedre. Ved å implementere tiltak for å styrke håndteringen av slike situasjoner, samt å integrere kunnskap om emosjonell påvirkning og belastning, kan ambulansepersonell bedre ivareta både seg selv og de etterlatte i etterkant av en traumatisk hendelse som selvmord. Dette vil ikke bare bidra til å redusere risikoen for negativ emosjonell belastning hos ambulansepersonell, men også bidra til å forbedre omsorgen som tilbys de etterlatte.

Resultatet fra studien viser også et økt behov for en bedre oppfølging og støtte av ambulansepersonell etter traumatiske hendelser, som blant annet selvmord. Strukturerte debrifingsprosesser vil kunne være nyttig for å håndtere følelsesmessig stress og traumer. Resultat fra studien viser et ønske om en bedre og mer strukturert debrifingsprosess med klare planer og prosedyrer rundt gjennomføring av samtaler med nærmeste leder og ambulansepersonell. Det er viktig å ha en tydeligere plan for gjennomføringen av debrifingen får å unngå for store variasjoner i hvordan denne prosessen blir gjennomført på landsbasis. Klarere prosedyrer og planer vil også bidra til tydeligere retningslinjer for ledere å forholde seg til. Dette kan videre bidra til at det ikke vil bli for store variasjoner i oppfølging samt en mer standardisert oppfølging. Det er avgjørende at oppfølgingen som ambulansepersonell mottar ikke varierer basert på hvem som tilfeldigvis er leder ved de ulike stasjonene.

Betydningen av sosial støtte, blant annet fra kollegaer, er viktig å anerkjenne. Å oppmuntre til et støttende og inkluderende arbeidsmiljø kan bidra til å redusere risikoen fra følelsesmessige belastninger i etterkant. Dette diskuteres også i studien av Orginska-Bulik et al. (2021). Ved regelmessige faglige møter og debrifing økter, samt muligheten for personalet til å kunne diskutere utfordrende opplevelser, kan man videre redusere risikoen for negativ mental belastning. Videre indikerer funnene fra denne undersøkelsen at noen kan oppleve det utfordrende å ta kontakt med ledelsen og uttrykke behovet for samtaler i etterkant. Det bør være et økt fokus på å innkalle til debrifing-samtaler, selv om ambulansepersonellet ikke

uttrykker behov for dette. Dette er viktig ettersom flere mennesker kan ha vanskeligheter med å erkjenne behovet for hjelp og ønske om å håndtere hendelsen alene.

Med bakgrunn i Orginska-Bulik et al. (2021) sin studie forklares viktigheten av sosial støtte. Å være viten til sorgen og smerten hos de etterlatte kan være en stor belastning. I kapittel 3 kommer det frem at kontinuerlig eksponering for traumatiske hendelser, som selvmord og møtet med etterlatte, kan medføre sekundærtraumatisering hos helsepersonell (Orginska-Bulik et al. 2021). Det kommer videre frem i kapittel 3 at møtet med traumatiserte personer kan medføre compassion fatigue hos ambulanspersonell. Med dette menes det at ambulanspersonell kan oppleve en gradvis reduksjon i evnen for å føle empati og omsorg for andre, noe som videre kan påvirke utførelsen av jobben til ambulanspersonell. Dette kan være noen mulige langtidskonsekvenser ambulanspersonell kan oppleve i etterkant av denne typen hendelser.

Implementering av nye tiltak og opplæring kan også vurderes for å ruste ambulanspersonell til å håndtere slike krevende situasjoner. Dette kan inkludere opplæring i psykisk førstehjelp og håndtering av følelsesmessige stressreaksjoner. Det er også viktig at det tilrettelegges ressurser og støttetjenester for ambulanspersonell som opplever å være involvert i traumatiske hendelser, som blant annet selvmord. Dette inkluderer å styrke tilgangen til psykologisk støtte, debriefing og oppfølgingssamtaler for å kunne bearbeide hendelsen. Studien kan bidra til å øke bevisstheten og forståelsen av de følelsesmessige utfordringene knyttet til selvmordsrelaterte hendelser.

#### 7.4 Begrensninger ved denne forskningen

For å utforme et tydelig og avgrenset fokus i studien, er det tatt en rekke avgrensninger. Studien inkluderer en begrensning av antall informanter, spesifikt bestående av fem utvalgte. Tids- og ressursbegrensninger var sentrale argumenter for avgrensningen av antall informanter i studien. Ved å begrense antall informanter til fem, sikret jeg en grundig analyse innenfor de gitte tidsrammene. Informantene var utdannet ambulansfagarbeidere, hvor to av informantene var utdannet sykepleiere før de tok fagbrev i ambulansfag. Ingen av informantene var autoriserte paramedic. Dermed er ingen autoriserte paramedic inkludert i studien. Grunnen for dette var mangel på tilgjengelighet.



En annen sentral avgrensning er at studien ikke tar sikte på å undersøke etterlattes opplevelse av selvmord. Fokuset er på hvordan ambulansepersonell har opplevd situasjonen, og forklaringen om etterlattes reaksjoner og håndtering av situasjonen kommer fra hvordan ambulansepersonell har opplevd dem. Fokuset vil ikke være direkte på de etterlatte. Grunnen for denne avgrensingen er blant annet å hindre at forskningen blir for tynn og for å sikre oppmerksomhet på ambulansepersonellens opplevelser.

Videre ble intervjuene gjennomført digitalt, en beslutning som kunne ha påvirket dynamikken i samtalen. Geografiske avstander var en viktig grunn til at avgrensingen til digitale intervjuer ble valgt. Den digitale tilnærmingen gjorde det mulig å effektivisere og spare tid i datainnsamlingen. Til tross for den digitale tilnærmingen, er hensikten med selve studien å oppnå en dyp og grundig forståelse av ambulansepersonellens opplevelser av møtet med etterlatte ved selvmord. De digitale intervjuene oppleves ikke å ha en negativ påvirkning i dynamikken under intervjuet.

## 8. Avslutning

I denne masteroppgaven har jeg gjennomført en fenomenologisk hermeneutisk studie om hvordan ambulansepersonell opplever møtet med etterlatte ved selvmord. Formålet med denne studien var å rette fokus mot ambulansepersonell sine opplevelser og håndteringer av krevende situasjoner, som møtet med etterlatte ved selvmord. Jeg ønsket å øke bevisstheten rundt hvordan krevende situasjoner som dette kan påvirke ambulansepersonell. Samtidig ønsket jeg å rette søkelyset mot hvordan man best mulig kan ivareta ambulansepersonell etter en slik hendelse. Gjennom denne studien har jeg gjennomført semistrukturerte intervjuer av ambulansepersonell. Studien peker blant annet på noen av de utfordringene ambulansepersonell opplever i etterkant av selvmordsrelaterte oppdrag og møtet med etterlatte.

Gjennom hele denne studien var det tre sentrale forskningsspørsmål som ble kontinuerlig undersøkt og som spilte en avgjørende rolle i utformingen av studien. Disse spørsmålene ble introdusert tidlig i forskningsprosessen og dannet grunnlaget for å undersøke og analysere temaet grundig. Det første spørsmålet omhandlet hvilke utfordringer ambulansepersonell under uttrykning opplevde i møtet med de etterlatte ved selvmord. En kort oppsummering av resultatet fra denne studien viser at ambulansepersonell rapporterte en betydelig belastning i

etterkant av denne typen oppdrag, selv om de forekom sjeldnere enn andre typer oppdrag. Noen av utfordringene de opplevde inkluderte vanskeligheter med å uttrykke seg rett i situasjonen og møtet med etterlatte og å opprettholde en viss grad for profesjonalitet. Arbeid i mindre distrikt, hvor man ofte har kjennskap til de involverte, forsterket opplevelsen ytterligere for ambulanspersonellet. Videre blir synsinntrykk og reaksjoner hos de etterlatte trekt frem som spesifikke faktorer som påvirker ambulanspersonellets følelsesliv, og de erkjente viktigheten av å ta ansvar for eget velvære og søke støtte ved behov. I etterkant av denne typen oppdrag brukte ambulanspersonellet mye tid på å analysere egen innsats og hvordan de kunne ha påvirket de etterlatte.

Det andre spørsmålet omhandlet hvordan møtet med etterlatte ved selvmord under utrykning påvirker ambulanspersonellets profesjonelle atferd. En kort oppsummering av resultat fra denne studien viser at ambulanspersonell opplevde kommunikasjonene med de etterlatte som svært krevende. Det opplevdes som vanskelig for informantene å uttrykke seg i møtet med de etterlatte. I situasjoner hvor ambulanspersonell opplevde å ha kjennskap til den avdøde og/eller de etterlatte opplevde de det som ekstra ubehagelig og kjente seg usikker på hvordan de etterlatte opplevde de under utrykningen. Det gjennomgående i denne situasjonene er at samtlige av ambulanspersonell delte den samme oppfatningen av at det føltes riktig å vise en viss grad for følelsesmessig påvirkning under oppdragene, samtidig som de oppholdt et profesjonelt nivå i utførelsen av sitt arbeid på stedet. Denne typen oppdrag og møtene med de etterlatte påvirket informantenes følelsesliv både på jobb og på privaten.

Det tredje forskningsspørsmålet omhandlet ambulanspersonellets mening om behovet for opplæring og støtte i denne konteksten. En kort oppsummering av resultat fra denne studien indikerer et økende behov for opplæring og støtte blant ambulanspersonell i håndteringen av situasjoner som involverer etterlatte ved selvmord. Ingen av informantene hadde deltatt i spesifikke kurs om dette emnet. Alle etterlyste mer kontinuerlig oppfølging og mer strukturerte planer for oppfølgingsprosessen. Ambulanspersonellet ønsket mer fokus på samtaler og dialog med ledelsen etter oppdraget, samt mer opplæring i håndtering av ivaretagelsen av de etterlatte. Dette indikerer et klart behov for utvikling og forbedring av prosedyrer rundt opplæring og oppfølging for ambulanspersonell i møtet med etterlatte ved selvmord.

Denne studien bygger på en kvalitativ tilnærming. Målet med denne tilnærmingen var ikke nødvendigvis å komme frem til en konklusjon som kan generaliseres. Ved å utforske dette fenomenet i dybden med en kvalitativ tilnærming har en fått muligheten til å utforske hvordan selvmordsoppdrag med etterlatte til stede har påvirket ambulanspersonell, og hvordan møtet med etterlatte i en slik situasjon kan påvirke ambulanspersonell i akuttsituasjonen og i etterkant. Felles for alle informantene var at det opplevde oppdrag som omhandler selvmord med etterlatte til stede som svært krevende. Sosial støtte, debriefing og uformelle samtaler med makker og ledelse var faktorer som informantene påpekte som viktige i etterkant av de krevende møtene. Likevel finnes det muligheter for forbedring. Informantene trekker frem ønsket om kursing, bedre og mer oppfølging fra leier og bedre rutiner rundt debriefing som faktorer som kan bidra til å minske de emosjonelle belastningene i etterkant av møtet med etterlatte ved selvmord.

## Litteraturliste

- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldingstjeneste* (FOR-2015-03-20-231). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
- Bentsen, T. R. & Danielsen, M. S. (2016, November). Pårørende må ivaretas. *Sykepleien forskning*, s. 47.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006, Januar ). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, ss. 77-101.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A. & Watson, P. (2006). *Psychological first aid : field operations guide*. Los Angeles, California: National Child Traumatic Stress Network; National Center for PTSD.
- Cavanagh, N., Blanchard, I. E., Weiss, D. & Tavares, W. (2023, Februar 2). Looking back to inform the future: a review of published paramedicine research. *BMC health services research*, ss. 108-108.
- Erlich, M. D., Rolin, S. A., Dixon, L. B., Adler, D. A., Oslin, D. W., Levine, B. & Siris, S. G. (2017, Juli). Why We Need to Enhance Suicide Postvention: Evaluating a Survey of Psychiatrists' Behaviors after the Suicide of a Patient. *The journal of nervous and mental disease*, ss. 507-511.
- FHI. (2023, Juni 8). *Dette døde nordmenn av i 2022*. Hentet fra FHI: <https://www.fhi.no/nyheter/2023/dodelighet-2022/>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M. & Nayeri, T. D. (2017, Juli). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, ss. 5212-5222.
- Helsedirektoratet. (2011). *Etter selvmordet: veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling psykisk helse og rus.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ibarra-Rovillard, M. S. & Kuiper, N. A. (2011, Juni). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical psychology review*, ss. 342-352.
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kaspersen, S. L., Kalseth, J., Stene-Larsen, K. & Reneflot, A. (2022, August 14). Use of Health Services and Support Resources by Immediate Family Members Bereaved by Suicide: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, s. 10016.
- Kvale, S. & Svend, B. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leaune, E., Cuvillier, B., Vieux, M., Pacaut-Troncin, M., Chalancon, B., Perez, A. F. & Durif-Bruckert, C. (2020, Mai 5). The SUPPORT-S Protocol Study: A Postvention Program for Professionals After Patient or User Suicide. *Frontiers in psychology*, ss. 805-805.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nelson, P. A., Cordingley, L., Kapur, N., Chew-Graham, C. A., Shaw, J., Smith, S. & McDonnell, S. (2020, April 21). 'We're the First Port of Call' – Perspectives of Ambulance Staff on Responding to Deaths by Suicide: A Qualitative Study . *Frontiers in psychology*, ss. 722-722.
- Nordby, H. (2014). *Samhandling i prehospitalt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P. & Kędra, E. (2021, Februar 23). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. *PloS one*.
- O'Toole, M., Mulhall, C. & Eppich, W. (2022, Mai 11). Breaking down barriers to help-seeking: preparing first responders' families for psychological first aid . *European journal of psychotraumatology*, ss. 2065430-2065430.
- Sagbakken, E. (2021). Sykepleiere trenger kollegastøtte når uønskede hendelser skjer . *Sykepleien forskning*, s. 86854.
- Samdal, O., Wold, B., Torsheim, T. & Harris, A. (2017). *Stress og mestring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Satchell, E., Carey, M., Dicker, B., Drake, H., Gott, M., Moeke-Maxwell, T. & Anderson, N. (2023, Juni 14). Family & bystander experiences of emergency ambulance services care: a scoping review. *BMC emergency medicine*, ss. 68-68.
- S, L. R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening : og møtet med det syke mennesket* . Oslo: Gyldendal akademisk.

- Swor, R., Khan, I., Domeier, R., Honeycutt, L., Chu, K. & Compto, S. (2006, Juni 13). Quality of CPR performed by trained bystanders with optimized pre-arrival instructions. *Academic Emergency Medicine* , ss. 596-601.
- Tessier, M., Lamothe, J. & Geoffrion, S. (2021, Oktober 20). Adherence to psychological first aid after exposure to a traumatic event at work among ems workers: A qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, s. 11026.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Valeur, H. S. (2014, Oktober 28). Psykoterapeutens følelser påvirker behandlingsresultatene. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, ss. 1934-1934.
- Williams, A. (2012, September 14). The strategies used to deal with emotion work in student paramedic practice. *Nurse education in practice*, ss. 207-212.
- World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: guide for field workers*. Geneva.

# Vedlegg

## Vedlegg 1 Intervjuguide

Intervju med lydopptak i TSD

Problemstilling: «*Hvordan opplever ambulanspersonell i en akutsituasjon møtet med etterlatte ved selvmord, og hvordan påvirker disse møtene deres yrkesaktive og private liv?*».

Forberedelser: Intervjuguide og taleopptak ved TSD under intervjuet.

Intervjuer: Oda Borlaug Kjørås (masterstudent).

Innledning: Hei og velkommen, presentasjon av masterstudent (Oda Borlaug Kjørås) og prosjektets formål (Hensikten med denne masteroppgaven er få tilgang til informasjon om hvordan ambulansarbeidere opplever møte med etterlatte ved selvmord).

Bakgrunn:

1. Hvilken utdanning har du?
2. Hvor mange år har du jobbet i ambulansetjenesten?
3. Hvor mye erfaring hadde du med selvmord før du begynte å jobbe i ambulansetjenesten?
4. Har du tatt/fått ekstra kurs eller utdanning som angår selvmord, og ivaretagelse av etterlatte ved selvmord?
5. Hvordan opplever du din egen kompetanse om selvmord, og møte med etterlatte?

Ambulansepersonell:

Opplevelse og erfaringer:

1. Hvordan opplever du møte med etterlatte ved selvmord i akutsituasjon?
2. Hva er din oppgave som ambulanspersonell på akuttoppdrag som omhandler selvmord?
3. Hva synes du er utfordrende i møte med etterlatte i en slik akutsituasjon?
4. Hvilke følelser får du ved oppdrag som omhandler selvmord der etterlatte er til stede?
5. Hva opplever du er viktig som ambulanspersonell under slike typer akuttoppdrag?
6. Hva er viktig for deg i etterkant av akuttoppdrag som omhandler selvmord, der etterlatte har vært til stede?
7. Hva føler du er ditt ansvar overfor deg selv, og din makker?
  - a. Hva må en være bevist på?
8. På hvilken måte opplever du at denne typen oppdrag påvirker deg både i yrkessammenheng og i privatlivet?
9. Hva gjør du får å unngå at denne typen oppdrag påvirker deg i ditt yrkes-privatliv?
10. Hvordan opplever du oppfølgingen du/dere får i etterkant av slike oppdrag?

- a. Hvordan kunne du ønske at oppfølgingen var?

Råd:

11. Du sitter med erfaring ikke mange har. Har du noen tanker om hva du skulle ønske du visste på forhånd i møte med etterlatte ved selvmord?
  - Om du skulle gitt noen råd og tips til andre ambulanspersonell om møte med etterlatte ved selvmord, hva skulle det vært?
12. Hvordan tenker du at ambulanspersonell kan ivareta etterlatte ved selvmord i akutt situasjon?
13. Hvilken rolle tenker du ambulanspersonell skal ha for å ivareta etterlatte best mulig?
14. På hvilken måte tenker du ambulanspersonell kan bli flinkere på å ivareta etterlatte ved selvmord?
15. Hva tenker du skal til for at ambulanspersonells kunnskap og ivaretagelse av etterlatte ved selvmord kan bli bedre?

Samarbeid med andre:

16. Hvordan opplever du samarbeid med andre kollegaer? Annet ambulanspersonell, ledelse
  - fikk du veiledning og hjelp, eller opplevde du å stå alene?
17. Hvordan opplever du samarbeidet med annet personell i møtet med selvmord og etterlatte i akutt situasjoner?
  - Samarbeid med politi, prest, kriseteam, lege osv.
18. Hvilke holdninger føler du at din arbeidsplass har om selvmord, og møte med etterlatte?
  - Prioritert, eller glemt?

Avslutning:

19. Hva tenker du er det viktigste din arbeidsplass kan gjøre for å ivareta deg som ambulanspersonell etter slike hendelser?
20. Hva synes du om å bli intervjuet om dette temaet?
21. Sitter du igjen med noe du ønsker å dele, eller andre spørsmål?



## Vil du delta i forskningsprosjektet «Ambulansepersonells opplevelse av møtet med etterlatte ved selvmord i akuttsituasjon. En kvalitativ undersøkelse»?

Formålet med prosjektet

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å Ambulansepersonell på utrykning der mennesker har begått selvmord, vil også ved flere tilfelle kunne møte på etterlatte. Hensikten med denne masteroppgaven er få tilgang til informasjon om hvordan ambulansearbeidere opplever møte med etterlatte ved selvmord.

Problemstillingen for masteroppgaven videre blitt formulert slik «*Hvordan opplever ambulansepersonell i en akuttsituasjon møtet med etterlatte ved selvmord*».

Forskningsprosjekter er en del av en den avsluttende masteroppgave som skrives siste året ved masterstudie i Tverrfaglig Helseforskning ved UiO.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen ettersom du er ambulansepersonell som med stor sannsynlighet har deltatt på utrykninger der du i jobbsammenheng har opplevd møte med etterlatte ved antatt selvmord. Videre får du forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet ettersom du er ansatt i Helse Førde.

Kontaktopplysninger er innhentete fra 

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet.

Hedda Eik (veileder) ansvarlig for prosjektet.

Oda Borlaug Kjønås (masterstudent) utfører prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å be om å få dine opplysninger slettet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det vil bli gjennomført individuelle intervju med fokus på ambulanspersonells opplevelser av møte med etterlatte ved selvmord i en akuttsituasjon.

Alle opplysninger under intervjuet vil det bli registrert ved hjelp av taleopptak for å videre transkriberes. All data som innhentes vil videre bli anonymisert.

Lydopptakene fra intervjuet vil bli lagret i Educloud sin databank. Det er kun prosjektansvarlig Hedda Eik og masterstudent Oda Borlaug Kjørnås som har tilgang til data som lagres i Educloud.

Kort om personvern

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har namt i dette skrivet. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du kan lese mer om personvern på neste side.

Med vennlig hilsen

Hedda Eik  
[Prosjektansvarlig](#)  
(Forsker/veileder)

Oda Borlaug Kjørnås  
[Masterstudent](#)

- Du kan lese mer om personvern på neste side.

LES MER (utfyllende informasjon om personvern ved deltagelse i forskningsprosjektet).

Utdypende om personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

- Gjennom prosjektet vil veileder, samt undertegnede ved behandlingsansvarlig institusjon ha tilgang til data som lagres i Educloud.
- Innholdet fra intervjuet vil bli transkribert. Under denne prosessen vil personopplysninger som navn, alder, kjønn samt annen utleverende informasjon bli erstattet med ulike koder.
- Ved ferdigstilling av prosjektet vil du som deltaker mulig gjenkjenne dine egne svar fra intervjuet i presentert datamateriale. Det skal ikke være mulig å kunne gjenkjenne deltakeren da Identifiserbar informasjon vil bli anonymisert

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysningene om deg for formål knyttet til vitenskapelig forskning, og fordi forskningsprosjektet er vurdert å være i allmennhetens interesse.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til å protestere, be om innsyn, og til retting og sletting av opplysninger vi behandler om deg. Du vil da høre fra oss innen en måned. Vi vil gi deg en god begrunnelse hvis vi mener at du ikke kan identifiseres, eller at rettighetene ikke kan utøves. Du har også rett til å klage til Datatilsynet om hvordan vi behandler dine opplysninger.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Vi vil bruke opplysningene om deg til formålene nemt i dette skrevet. Alle opplysninger vil behandles konfidensielt og etter personvernregelverket.

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15.10.2024. Opplysningene som inneholder dine personopplysninger, vil videre etter prosjektslutt anonymiseres. Personopplysninger og koblingsnøkkel vil bli slettet. Svarene fra intervjuet vil likevel kunne benyttes og gjenbrukes til annen forskning etter prosjektets slutt, men dette uten at det kan kobles til deltakere.

Spørsmål

Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta kontakt med:

- UiO ved Oda Borlaug Kjønås, oda\_borlaug@hotmail.com
- UiO ved Hedda Eik, hedda.eik@medisin.uio.no
- Vårt personvernombud: personvernombud@uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no), eller på telefon: 73 98 40 40.

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Ambulansepersonells opplevelse av møtet med etterlatte ved selvmord i akuttsituasjon. En kvalitativ undersøkelse*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 SIKT godkjenning



# Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
289285

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
03.01.2024

**Tittel**

Ambulansepersonells opplevelse av møtet med etterlatte ved selvmord i akuttsituasjon. En kvalitativ undersøkelse

**Behandlingsansvarlig institusjon**

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

**Prosjektansvarlig**

Hedda Eik

**Student**

Oda Borlaug Kjørås

**Prosjektperiode**

15.06.2023 - 15.10.2024

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.10.2024.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**

Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

**ENDRINGER**

Prosjektet har endret prosjektansvarlig og utsatt dato for prosjektslutt. I tillegg er det gjort endringer i intervjuguiden.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

Lykke til videre med prosjektet!