



Rapport forstudie til prosjektet «Utforming av retningslinjer for effektiv støtte av personell i og etter kritiske arbeidssituasjoner» i Norge

Prosjektgruppe:

Iren Johnsen, Unni Heltne, Roar Espevik, May Aasebø Hauken, Line Oldervoll og Vilde Brecke

Skrevet av:

Iren Johnsen og Vilde Brecke

Senter for krisepsykologi - 2025



UNIVERSITETET I BERGEN

Sammendrag

Denne rapporten presenterer prelimnære funn fra en forstudie til et større prosjekt omhandlende føringer, innhold og praksis for virksomheters HMS-arbeid for psykososial ivaretagelse og oppfølging av ansatte i kritiske hendelser og situasjoner på arbeidsplassen. Forstudien hadde som mål å kartlegge føringer og retningslinjer i offentlige dokumenter samt gi en preliminær oversikt over tilstedeværelse, kvalitet og effekt av tiltak og rutiner spesielt for yrkesgrupper knyttet til politietat og akuttmedisinske tjenester. Funnene indikerte variasjoner på tvers av etatene, inkludert tilstedeværelse, kvalitet og tilstrekkelighet i praksis. Til tross for lovpålagt etablering og systematisk gjennomføring av både preventive og oppfølgende rutiner og tiltak indikerte funnene usystematisk utøvelse i praksis og umøtte behov, spesielt for enkelte yrkesgrupper. Medvirkende faktorer ble tilskrevet som mangler og begrensninger i informasjonsdeling, rolleforvirring, tid og økonomiske ressurser, tilskrevet foretaksnivåer og organisatoriske svakheter, samt ukultur og stigma spesielt for politietat og akuttmedisinsk personell.

Innhold

Sammendrag.....	2
Innledning.....	4
<i>Formål og bakgrunn</i>	<i>4</i>
<i>Forskningsspørsmål og problemstilling</i>	<i>5</i>
Metodisk tilnærming.....	6
2.1. Dokumentanalyse	6
2.2. Kvantitativ spørreundersøkelse	7
2.3 Kvalitative erfaringstekster.....	8
3. Funn	9
3.1. Offentliggjorte føringer og ansvarsnivåer	9
3.1.1. Fra generelle formuleringer til operasjonelle planer	9
3.1.2. Etatsspesifikkorganisering, foretaksnivå og ansvarsfordeling.....	15
3.1.3. Regionalt og foretaksnivå: Tolkning og tilpasning av nasjonale føringer	17
3.1.4. Oppsummering:	18
3.2. Spørreundersøkelse – ansattes erfaringer	19
3.2.1. Tilstedeværelse og former for tiltak	19
3.2.2. Implementering i praksis og opplevd tilstrekkelighet	20
3.2.3. Oppsummering.....	21
3.3. Kvalitative erfaringstekster – tematiske mønstre.....	22
3.3.1. Opplevelser av avstand mellom rutiner og praksis	22
3.3.2. Opplevelser av medvirkende årsaker, mangler og begrensninger	23
3.3.3. Foretaks- og organisatoriske svakheter, ukultur og umøtte behov	24
3.3.4. Likheter og variasjoner mellom yrkesgruppene og roller	25
4. Diskusjon.....	27
4.1. Sammendrag funn	27
4.2. Styrker og svakheter ved forstudien	27
4.2.1. Dokumentanalyse.....	27
4.2.2. Spørreundersøkelse.....	28
4.2.3. Kvalitative erfaringstekster	28
4.2.4. Samlet vurdering	28
Konklusjon	29
Referanser.....	29

Innledning

1.0 Formål og bakgrunn

Systematisk praksis av rutiner og tiltak for ivaretagelse og oppfølging av ansatte er lovpålagt virksomheter og organisasjoner (Arbeidsmiljøloven), men status, kvalitet og effekt i utøvd praksis er i stor grad ukjent og uutforsket. Innsatsstyrker og helsepersonell innen akuttmedisin er blant de skiller seg ut fra resten av befolkningen som særlig utsatt for sterke inntrykk og krevende, stressende, uforutsigbare situasjoner (Heir, 2019; Reid, 2022). De har en arbeidshverdag som stadig inneholder potensielt traumatiserende hendelser, som for eksempel vold, trafikkulykker, trusler eller fare. Og de gir ofte hjelp og behandling i kompliserte nødsituasjoner under ekstreme og gjerne ukontrollerbare forhold. De utsetter seg dermed for ulike risikoer (både fysisk og psykisk) som de fleste andre ikke er utsatt for på arbeidsplassen, både som er traumatiske for seg selv, og når det gjelder å være vitne til andres traumatiske opplevelser.

Hensikten med forstudien er å danne grunnlaget for en utvidet systematisk kartlegging av praksisen som planlegges undersøkt i hovedprosjektet «Utforming av retningslinjer for effektiv støtte av personell i og etter kritiske arbeidssituasjoner». Hovedprosjektet har som formål å både kartlegge hva som finnes av tiltak og systemer for oppfølging og ivaretagelse av ansatte, samt undersøke hvordan dette påvirker psykisk og fysisk helse. Forprosjektet har til hensikt å informere planleggingen av hovedprosjektet, blant annet når det gjelder utforming av problemstillinger, valg av populasjon og utvalg, og gjennomføring av datainnsamling. Ved å gjennomføre en slik forstudie vil man også være bedre rustet til å identifisere behov og informere fokuset for forskningen samt håndtering av ulike utfordringer, for eksempel når det gjelder rekrutteringsstrategi, siden man allerede kan ha møtt på noen tendenser. Forstudien var spesielt rettet mot blålysetatene (brann/redning, helsevesen og politi) i offentlig sektor. Blålysetat defineres her som yrkesgrupper som nåes gjennom nødsentraler og rykker ut ved ulykker.

1.1 Forskningsspørsmål og problemstilling

Forstudien hadde som mål å identifisere hvilke retningslinjer og praksis som finnes for oppfølging av ansatte som opplever kritiske hendelser i jobbsammenheng med fokus på:

- Hva som finnes i offentlige dokumenter (retningslinjer/veiledere/guidelines/lover og andre statlige dokumenter) som omhandler psykososial oppfølging av ansatte?
- Hvilke virksomheter og organisasjoner som har systemer for oppfølging av ansatte?
- Hvordan oppfølgingstiltakene er organisert?
- Preliminære undersøkelser fra utsatte yrkesgrupper i offentlig sektor rettet mot innsikt i opplevd tilstedeværelse, kvalitet, og effekt av oppfølgingen samt identifisere mulig umøtte behov.

Forstudiet hadde to problemstillinger:

- «Hva sier offentlige dokumenter om psykososial oppfølging av ansatte som opplever eller er i risiko for å oppleve en kritisk hendelse i jobbsammenheng?»
- «Hvilke systemer og retningslinjer har virksomheter, organisasjoner og bedrifter for psykososial oppfølging av ansatte som opplever eller er i risiko for å oppleve en kritisk hendelse i jobbsammenheng?»

Metodisk tilnærming

Dette metodekapitlet beskriver de ulike komponentene i datagrunnlaget, hvordan datainnsamlingen ble gjennomført, samt vurdert og/eller analysert. Forstudien benyttet en kvalitativt orientert flerdata-tilnærming for å undersøke hvordan psykososial oppfølging etter kritiske hendelser ivaretas i blålysetater. Datamaterialet og den metodiske tilnærmingen besto av (1) en dokumentanalyse av offentlige føringer og retningslinjer, (2) en kvantitativ spørreundersøkelse over ansatte erfaringer med tilstedeværelse av rutiner og tilstrekkelighet av praksis og (3) en kvalitativ tematisk analyse av subjektive erfaringsbeskrivelser omhandlende utøvd praksis ved kritiske hendelser.

2.1. Dokumentanalyse

Det ble gjennomført en kvalitativ dokumentanalyse av offentlige styringsdokumenter relatert til psykososial oppfølging av ansatte etter kritiske hendelser i arbeidssammenheng. Formålet med dokumentanalysen var å kartlegge hvilke føringer som eksisterer på ulike forvaltningsnivåer – fra nasjonalt til lokalt – og hvordan ansvar og tiltak er beskrevet og fordelt. Dokumentene ble identifisert gjennom strategisk, ikke-systematiske søk i offentlige og tilgjengelige kilder. Dette inkluderte dokumentarkiv, etatsportaler og søkemotorer ved bruk av enkeltstående eller kombinasjoner av nøkkelbegreper. Det ble søkt på nettsidene til nasjonale instanser som Helsedirektoratet, Arbeidstilsynet, samt utvalgte regioner, fylkeskommuner, kommuner og virksomheter innen blålysetatene, inkludert interne prosedyrer der disse var tilgjengelige innen blålysetatene. Søketermene inkluderte bruk av enkeltstående eller kombinasjoner av nøkkelbegreper som *"psykososial ivaretagelse og oppfølging"*, *"kritiske hendelser/situasjoner"*, *"kriseberedskap og håndtering"*, *"ansattoppfølging"*, *"tiltak/prosedyrer"* og *"blålysetater"*.

Dokumentsøket ble avgrenset med hensyn til både omfang og relevans. Gitt det store antallet dokumenter og variasjonen i dokumenttyper, ble det benyttet et strategisk utvalg som inkluderte dokumenter fra nasjonalt nivå (f.eks. Regjeringen, Helsedirektoratet, Arbeidstilsynet), regionalt nivå (f.eks. helseforetak og fylkeskommuner), kommunalt nivå og lokal virksomhetspraksis (f.eks. beredskapsplaner og interne retningslinjer fra nødetater). Utvalget ble begrenset til dokumenter som fremsto som særlig relevante for blålysetatene, både tematisk og i form av eksplisitte føringer for håndtering av kritiske hendelser. Det ble

lagt vekt på å inkludere representanter fra ulike forvaltningsnivåer for å kunne belyse variasjoner og ansvars plassering i styrings- og tiltaksstruktur. Utvalget omfatter representasjon fra ulike foretaksnivåer, og har til hensikt om å gi et tverrsnitt av tilgjengelig styringsdokumentasjon omhandlende hva som finnes og organisering uten å være uttømmende. Dokumentene ble gjennomgått tematisk, med særlig vekt på følgende aspekter: føringer, samsvar og henvisninger til lovverk eller nasjonale retningslinjer, fordeling av ansvar mellom forvaltningsnivåer og roller, samt beskrivelser av psykososiale tiltak og rutiner. Det ble lagt vekt på å identifisere likheter og forskjeller i innhold og språkføring, samt eventuelle uoverensstemmelser mellom formelle føringer og lokal praksis.

2.2. Kvantitativ spørreundersøkelse

Som del av datagrunnlaget i studien ble det utarbeidet og distribuert et kort, kvantitativt spørreskjema. Formålet med undersøkelsen var å innhente deskriptive data om ansattes erfaringer med rutiner og tiltak for psykososial oppfølging etter kritiske hendelser på arbeidsplassen, og å kartlegge forekomst, innhold og opplevd tilstrekkelighet av eksisterende rutiner. Spørreskjemaet besto av fem spørsmål, hovedsakelig med lukkede svaralternativer (ja/nei/vet ikke) med mulighet for fritekstsvart («annet» eller «kommentar»). Spørsmålene dekket følgende områder:

- Kjennskap til psykososiale rutiner ved arbeidsplassen
- Former for rutiner (debriefing, defusing, erfaringsmøter, oppfølgingsmøter, tilrettelegging eller annet)
- Opplevelse av i hvilken grad rutiner følges i praksis
- Opplevd tilstrekkelighet av retningslinjer og tiltak i etterkant av kritiske hendelser

Utvalget besto av to delgrupper med ulike distribusjonsformer:

Delutvalg 1: Ansatte i regionale helseforetak i ulike yrkesgrupper og roller tilknyttet ambulansetjenesten, inkludert mottak, luftambulanse, og beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste (AMK). Respondentene ble rekruttert via et lokalt internseminar for ansatte i akuttmedisin. Spørreskjemaet ble i dette utvalget distribuert i papirformat og besvart anonymt.

Delutvalg 2: Ansatte i kommunale virksomheter i ulike yrkesgrupper og roller tilknyttet ambulerende og akutte helse- og omsorgstjenester, inkludert krise- og beredskapsteam, samt rus- og psykiatri helsetjenester. Respondentene ble identifisert via offentlig tilgjengelig informasjon på ulike kommunale virksomheters nettsider og rekruttert via e-post. Mottakerne av invitasjonen til å delta anonymt på den digitale nettplattformen Survey Xact, i tillegg til å få tilsendt en flyer med informasjon om studien og QR-kode til spørreskjemaet, med oppfordring om å dele lenken videre internt. Totalt ble invitasjon sendt til 51 e-postadresser, både generelle og personspesifikke, identifisert via offentlig tilgjengelig kontaktinformasjon. Det ble etterstrebet geografisk spredning ved inkludering av kommuner og tjenester fra ulike deler av landet.

2.3 Kvalitative erfaringstekster

Som et supplement til dokumentanalysen og spørreundersøkelsen ble det gjennomført en tematisk analyse av skriftlige erfaringstekster knyttet til rutiner og opplevelser av psykososial oppfølging etter kritiske hendelser. Datamaterialet besto av tekstbidrag fra ansatte i ulike roller og yrkesgrupper tilknyttet blålysetatene som beskrev subjektive opplevelser av tiltak, rutiner og oppfølging i etterkant av konkrete hendelser i arbeidssammenheng.

Datainnsamlingen var retrospektiv og basert på eksisterende tekster. Materialet besto av 11 erfaringsrapporter/refleksjonsnotater gjort tilgjengelig via Universitet i Bergen etter samtykke fra respondentene. Utvalget ble gjort med hensikt å belyse erfaringer på tvers av helsevesen og politietat, i ulike kontekster og roller.

Analysen av tekstene ble gjennomført med en tematisk tilnærming. Tekstene ble kodet og analysert tematisk for å identifisere tilbakevendende eller gjennomgående mønstre, likheter og variasjoner i opplevelser og utfordringer i relasjon til erfaringer og opplevde prosedyrer og oppfølgingsrutiner. Det ble lagt på både felles fortellinger og individuelle nyanser.

3. Funn

Dette kapittelet presenterer funnene fra dokumentanalysen, spørreundersøkelsen og tematisk analyse av erfaringstekstene. Hensikten er å belyse hvordan psykososial oppfølging etter kritiske hendelser fremstår i styrende dokumenter, hvordan praksis oppleves av ansatte i nødetatsrelaterte yrker, og hvilke erfaringer som uttrykkes i subjektive fortellinger. Funnene er strukturert etter de tre datakildene, men analyseres med utgangspunkt i tre overordnede temaer. Kapittelet presenterer først innhold, dekning og variasjon i offentlige føringer (3.1), deretter kvantitative funn fra spørreundersøkelsen (3.2), og til sist tematiske funn fra de kvalitative erfaringstekstene (3.3). Underveis vises hvordan strukturelle og subjektive dimensjoner både samsvarer og bryter med hverandre, og hvordan ulike forvaltningsnivåer og fagmiljøer forholder seg til oppfølging etter kritiske hendelser.

3.1. Offentligee føringer og ansvarsnivåer

Dokumentanalysen viser at det finnes en rekke offentlige føringer og retningslinjer som omhandler psykososial ivaretagelse av ansatte etter kritiske hendelser i arbeidssammenheng. Disse dokumentene er fordelt på flere forvaltningsnivåer, fra nasjonalt til lokalt, og varierer i formål, detaljeringsgrad og operasjonalisering. De preliminnære funnene fra dokumentanalysen viser at psykososial ivaretagelse og oppfølging av ansatte i nødetater etter kritiske hendelser omtales i dokumenter fra flere ulike forvaltningsnivåer og organisasjonsledd. Disse dokumentene reflekterer både hierarkiske styringslinjer og sektorvise variasjoner i organisering, noe som gjør det nødvendig å plassere dokumentene i en strukturert forvaltnings- og organisasjonskontekst. På tvers av etatene gjelder et felles hierarki for normative og faglige føringer, der lovverk og bestemmelser fra Storting og Regjering troner øverst, fulgt av nasjonale føringer utstedt av departement og direktorat, og til sist regionale og kommunale retningslinjer med etat og yrkesgruppes spesifikasjoner.

3.1.1. Fra generelle formuleringer til operasjonelle planer

Stortinget, Regjeringen og relevante departementer (Justis- og beredskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet) utformer lover, forskrifter og

nasjonale strategier. Lovverket som regulerer psykososial ivaretagelse av ansatte etter kritiske hendelser er i hovedsak forankret på nasjonalt nivå, og gjelder for alle arbeidstakere i norsk arbeidsliv, inkludert personell i blålysetatene. Sentralt i dette rammeverket står arbeidsmiljøloven (LOV-2005-06-17-62), som er en non-deklarativ lov med virkeområde for alle arbeidsforhold. Loven har som formål å sikre arbeidstakernes trygghet mot både fysiske og psykiske skadevirkninger og omfatter forebyggende tiltak samt oppfølging ved redusert funksjonsevne grunnet fysisk eller psykisk helse. Arbeidsmiljøloven tydeliggjør arbeidsgivers ansvar for systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) (§ 3-1), inkludert kartlegging av risikoforhold og iverksetting av tiltak for å redusere risiko. I tillegg fremheves det psykososiale arbeidsmiljøet særskilt (§ 4-3), med krav om tiltak for å beskytte ansatte mot vold, trusler og belastninger forbundet med arbeidet. Loven pålegger også arbeidsgivere å etablere rutiner for oppfølging ved arbeidsulykker og alvorlige hendelser (§§ 5-1, 5-2), og å sørge for at virksomheten er tilknyttet en bedriftshelsetjeneste (§ 3-3). Arbeidstakere er samtidig pliktige til å medvirke i HMS-arbeidet (§ 2-3). Loven utdypes og operasjonaliseres videre gjennom en rekke forskrifter som beskriver detaljerte krav til arbeidsplassen og organiseringen av HMS-arbeid, blant annet:

- Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning (2011)
- Forskrift om utførelse av arbeid (2011)
- Arbeidsplassforskriften (2011)
- Internkontrollforskriften (1996)
- Storulykkeforskriften (2016)

Internkontrollforskriften er særlig sentral for systematisk HMS-arbeid og fremhever arbeidsgivers plikt til å etablere oversiktlige strukturer, rutiner og dokumentasjon knyttet til risikohåndtering og forebygging (§ 5). Dette inkluderer blant annet krav om skriftliggjøring av målsettinger, organisasjonskart og prosedyrer, samt kontinuerlig vurdering og forbedring av internkontrollen. En oversikt over kravene til dokumentasjon fremgår av tabell 1.

Tabell 1: Krav til innhold og dokumentasjon i internkontroll ved virksomheter

Internkontroll innebærer at virksomheten skal:	Dokumentasjon
Sørge for oversikt over relevant HMS-lovgivning	-
Sikre tilstrekkelig kunnskap og opplæring hos ansatte	-
Fremme arbeidstakeres medvirkning	-
Fastsette HMS-mål	Skal dokumenteres skriftlig
Ha oversikt over organisering, ansvar og myndighet	Skal dokumenteres skriftlig
Kartlegge farer og vurdere risiko med tilhørende planer	Skal dokumenteres skriftlig
Etablere rutiner for å forebygge overtredelser	Skal dokumenteres skriftlig
Gjennomføre systematisk overvåking og revisjon	Skal dokumenteres skriftlig

Lovverket stiller krav til både arbeidsgiver og arbeidstaker, men ansvaret for systematisk oppfølging og iverksetting ligger primært hos arbeidsgiver. Likevel forutsettes det aktiv medvirkning fra ansatte. Rollen til arbeidsmiljøutvalg, verneombud, tillitsvalgte og bedriftshelsetjeneste beskrives ytterligere av Arbeidstilsynet som alle sentrale i dette samarbeidet (Arbeidstilsynet, 2024). Samlet utgjør dette lovverket og forskriftene det nasjonale grunnlaget som regionale og lokale dokumenter bygger videre på i arbeidet med psykososial ivaretagelse etter kritiske hendelser.

Helsedirektoratet fungerer som nasjonalt fag- og myndighetsorgan og utformer overordnede anbefalinger, og har utgitt en rekke retningslinjer og veiledere som legger føringer for psykososiale ivaretagelse og oppfølging. Disse dokumentene har som formål å gi råd for utførelse i tråd med lov og politiske bestemmelser, samt utvikling i utarbeidelse og utforming aspekter basert på faglig kompetanseutvikling og erfaringer. Utgivelsene har som mål å sikre en enhetlig, likeverdig og forsvarlig psykososial oppfølging i hele landet, med klare og forutsigbare rammer. Samtidig uttrykkes anbefalingene i overordnede og prinsipielle termer, med betydelig rom for lokal tilpasning, med ulikheter i hensikt, dekning

og innhold, men som samlet dekker føringer for ivaretagelse og oppfølging av ansatte som opplever kritiske hendelser i jobbsammenheng.

Helsedirektoratet utgav i 2011 den første nasjonale veilederen for kommunene og spesialisthelsetjeneste for arbeid med krise- og katastroferammede (Helsedirektoratet, 2011). Innholdet har til hensikt å dekke eksempelvis kommunale planer, iverksettelse kompetanseutvikling, reaksjoner og evaluering, og oversikt over relevante aktører og tjenester. Veilederen retter seg mot kommunale og spesialiserte helse- og omsorgstjenester, nødetater, frivillige organisasjoner og beslutningstakere. Den tydeliggjør kommunens ansvar og anbefaler samarbeid med relevante aktører, inkludert psykososiale kriseteam. 2016 ble det utformet en revidert utgave av denne veilederen «Mestring, samhørighet og håp» (2016), spesielt oppdatert i henhold til erfaringer og oppfølging etter Utøya-terroren, inkludert situasjoner og hendelser med høy risiko for fare/skade på egen eller andre helse, med innhold spesifisert psykososiale ivaretagelse og oppfølging (Helsedirektoratet, 2016). Den var rettet mot ledere og helse- og omsorgspersonell som bistår utsatte, pårørende og etterlatte, men også oppfølging av eget personell etter kritiske hendelser. Veilederen beskriver tiltak og anbefalinger til innhold og instruks, eksempelvis avlastningssamtale (defusing) i både akutfase og etter endt innsats, samt erfarings- og læringsmøter i et langtidsperspektiv. Den reviderte veilederen fra 2016 legger betydelig større vekt på systematisk og koordinert innsats, brukermedvirkning, lovforankring, og helhetlig tilnærming – i både akutt- og oppfølgingsfaser. Den speiler internasjonal forskning, praksiserfaring og brukerkunnskap, og gir kommunene tydeligere føringer for hvordan psykososialt arbeid skal innrettes og kvalitetssikres i møte med dagens og fremtidens utfordringer. Siden fulgte en oppdatering i veilederen fra 2024 har som mål å styrke ivaretagelsen av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2024). Den gir en praktisk og kunnskapsbasert oversikt over hvordan slike situasjoner best kan håndteres – før, under og etter hendelsen – og kan brukes både som veileder og oppslagsverk. Guiden er delt inn i tre hoveddeler: Ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende, Ivaretagelse av medarbeidere og Ledelse og kultur. Hver del starter med hvorfor temaet er viktig, og avsluttes med konkrete tiltak og metoder for implementering.

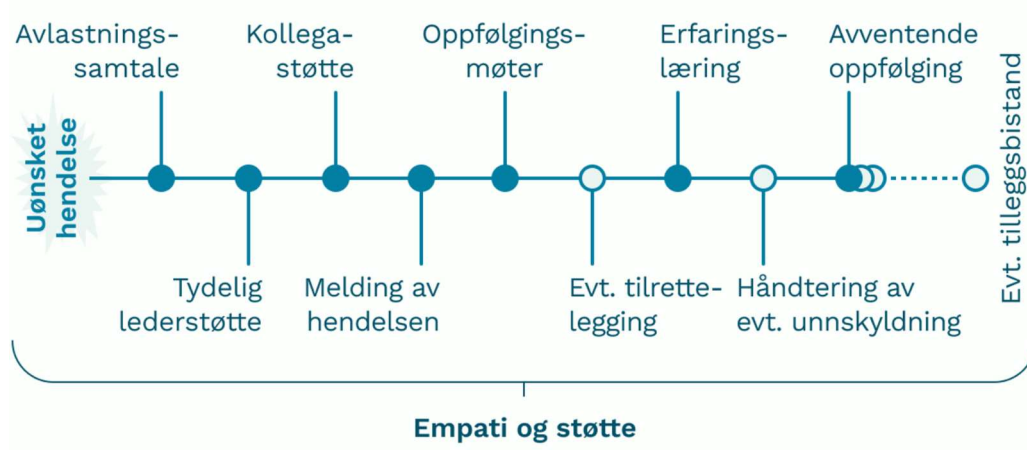
Del 2: Ivaretagelse av medarbeidere. Ivaretagelse krever forberedelse, støtte og strukturert oppfølging. Medarbeidere skal trenes i å håndtere uønskede hendelser, støtte kollegaer og kommunisere med berørte. Oppfølging skjer i akutt- og oppfølgingsfase og bør bygge på prinsipper fra psykologisk førstehjelp, ikke tradisjonell debriefing. Kollegastøtte er avgjørende og bør formaliseres for å sikre tilgjengelighet og organisatorisk forankring. Ansatte skal også involveres i gjennomgang av hendelser for å bidra til læring og mestring.

Del 3: Ledelse og kultur. En støttende og lærende kultur, med høy grad av psykologisk trygghet, er en forutsetning for god ivaretagelse. Hemmende faktorer som hierarki, feilfokus på individ, og ufin kommunikasjon må motvirkes. Ledere – både formelle og uformelle – spiller nøkkelroller. Ivaretakende ledelse baserer seg på «compassionate leadership» og skal fremme respekt, inkludering og åpenhet, slik at ivaretagelse blir en integrert del av virksomhetens kultur.

Helsedirektoratet (2024)

Guiden understreker at god ivaretagelse er både en menneskelig forpliktelse og et verktøy for bedre pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Den fremmer systematisk læring, tillit og forbedring – og bidrar til en tryggere helsetjeneste for alle involverte. Veilederen understreket at arbeid med kriserammede er emosjonelt krevende og fordrer god ivaretagelse av teamets medlemmer. Det anbefales at teammedlemmer jobber parvis, særlig i akutfasen, og at erfarne støtter mindre erfarne kolleger. Leder skal være oppmerksom på tegn til slitasje og vurdere behov for skjerming og omdisponering. Daglige personalsamlinger bidrar til intern støtte og kommunikasjon.

Anbefalingene fra Helsedirektoratet inkluderer føring og foreslåtte tiltak i flere faser for psykososial oppfølging av ansatte, inkludert akutfase og i langtidsperspektiv. I veilederen fra 2024 beskrives en systematisk fremgangsmåte for hvordan arbeidstakeren bør følges opp ved uønskede hendelser. Denne systematiske oppfølgningen inkluderer bruk av psykologisk førstehjelp og debrief, praktiske virkemidler og beskrivelse av roller og ansvar. Veilederen inkluderer en oversiktsliste for oppfølgningen av medarbeider etter uønskede hendelser. Denne listen består av ti punkter som er delt inn etter en akutfase og en oppfølgingsfase.



10-punktslisten gir en systematisk prosedyre for oppfølging av arbeidstakeren, fra

de første timene etter hendelsen til en mer langsiktig oppfølging over måneder. De akutte tiltakene er avlastningssamtale, tydelig lederstøtte, kollegastøtte, oppfølgingsmøter og vurdering av tilrettelegging. De mer langsiktige tiltakene er gjennomgang av hendelsen med læringsfokus, selve håndteringen, observasjon og analyse, og tiltak knyttet til eventuelt ekstern bistand (Helsedirektoratet, 2024).

Konkrete tiltak for ivaretagelse inkluderer:

- **Avlastningssamtaler (defusing):** Bør gjennomføres fortløpende og ved avslutning av innsats. Fokus skal i starten være på fakta, ikke sterke følelser. Målet er å gi oversikt og bidra til mestring.
- **Individuell oppfølging og gruppeoppfølging:** Ved belastende hendelser skal det tilbys oppfølging i tråd med planverk.
- **Skjerming og støtte:** Hjelpere med sterke reaksjoner skal ikke sendes alene hjem eller ut på nye oppdrag før de er restituert. Ved behov skal helsehjelp tilbys.
- **Erfaringsmøte:** Etter innsatsen skal det gjennomføres en grundig gjennomgang med fokus på læring, forbedring, psykoedukasjon og sosial støtte. Slike møter bidrar også til å fange opp ansatte som trenger videre oppfølging.
- **«Kollegastøtte» eller «buddy-støtte»** defineres her som ligger det å ta kontakt, raskt avtale møte, utøve psykososial støtte som aktiv lytting, varme, empati, tilbud om praktisk hjelp, bidra til å styrke mestringsfølelse og ikke bagatellisere den berørtes opplevelse av hendelsen. I kollegastøtteordningen er det viktig med taushetsplikt, respekt, opptre som ikke-dømmende, samt kjenne begrensninger for egen rolle (Helsedirektoratet, 2024).
- **Psykologisk førstehjelp**

Felles for dokumentene fra Helsedirektoratet fremkommer hensikten om å gi retningslinjer til ledere og innsatspersonell (eksempelvis politi, brann og helseyrkesgrupper) for hvordan kritiske hendelser og psykososial oppfølging skal gjennomføres, spesielt med hensikt å tydeliggjøre ansvar og plikter i ulike roller. I veilederen fra 2024 beskrives leders ansvar å sette klare mål og planlegge, der god og tydelig ledelse er avgjørende for å sikre nødvendige, koordinerte og kvalitetsmessige helse- og omsorgstjenester, både i daglig drift og under kriser (Helsedirektoratet, 2024). Dette krever felles planverk og beredskap på tvers av kommuner og sektorer, særlig fordi kriser ofte krysser administrative og geografiske grenser. Videre vektlegges betydningen av koordinerte og tverrfaglige samarbeid i håndteringen av kriser, ulykker og katastrofer, der velfungerende samarbeid forutsetter god lokalkunnskap og regelmessige øvelser på tvers av sektorer.

3.1.2. Etatsspesifikkorganisering, foretaksnivå og ansvarsfordeling

Blålysetatene er ulikt organisert, som har varierende konsekvenser, samt variasjoner innad i etatene.

Brann- og redningstjenesten er hovedsakelig kommunalt organisert, mens redningstjenesten kan være statlig eller kommunal, avhengig av hvilken typ tjeneste det gjelder. Brannvesenet driftes vanligvis som en del av kommunens beredskapsstruktur, mens redningstjenester som involverer særskilte ressurser (for eksempel Sivilforsvaret eller 110-sentralene) kan ha statlige eller interkommunale tilknytninger. Psykososial ivaretagelse for denne gruppen omfattes dermed primært av kommunale planer og rutiner, samt veiledere utarbeidet av nasjonale instanser som DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) og Helsedirektoratet.

Politiet er en statlig etat med en hierarkisk organisasjonsstruktur. Politiet er underlagt Justis- og beredskapsdepartementet, med Politidirektoratet som øverste ledelsesnivå. Politidirektoratet har ansvar for faglig ledelse, koordinering og utvikling av politiets virksomhet. Underliggende nivåer inkluderer særorganer (f.eks. Kripos, Politihøgskolen), , Politidistrikter (geografiske hovedenheter) og Politistasjoner og lensmannskontor (lokale operasjonelle enheter). Psykososial oppfølging i politiet styres i hovedsak gjennom interne prosedyrer utarbeidet i henhold til overordnede føringer, og koordineres ofte av HR- eller HMS-enheter innen hvert distrikt. Politidirektoratets

retningslinjer fremhever at HMS-arbeidet er et lederansvar (Politidirektoratet, 2020).

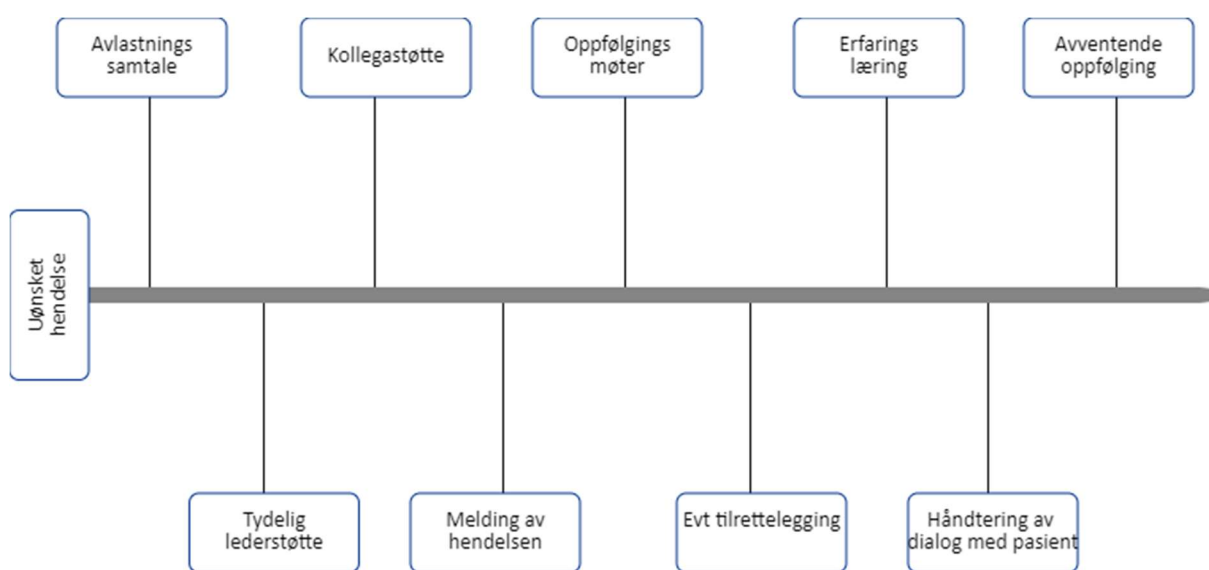
Mellomledere er ansvarlige for iverksettelse av tiltak og rapportering. Arbeidstakere bærer også et ansvar, dette i forhold til ansvar for egen arbeidssituasjon herunder å rapportere om avvik. Dette arbeidet er tuftet på foretaksnivå i HMS-håndbok og lokalt instruksverk (PBS1, 2011, s. 189-190). Det beskrives at personelloppfølging iverksettes i den grad det er nødvendig, gitt oppdragets art, alvorlighet og kompleksitet. HMS-rådgiver har ansvaret initialt mens linjeledelsen står for videre oppfølging. Retningslinjene gir videre klare føringer på at HMS-arbeidet, er og skal være, en kontinuerlig prosess, herunder i forberedelsesfase, gjennomføringsfase så vel som i etterarbeidsfasen. Her fremgår blant annet risikoanalyser tilknyttet all aktivitet og planer for personalomsorg. Risikovurderingen innebærer systematisk kartlegging av hva som kan gå galt og vurdering om akseptabelt nivå, eller tiltak må igangsettes. En viktig del av etterarbeidsfasen omhandler å ta vare på ansatte som i eksempelvis oppdrag har stått krevende situasjoner som kan utløse ulike behov.

Helseforetakene er organisasjoner som er ansvarlige for å levere helsetjenester, gruppert til ulike geografiske områder og inkluderer ulike foretaksnivå: regionale og kommunale. Eksempler på regionale helseforetak er sykehus, poliklinikker og andre spesialiserte helsetjenester, herunder ambulansetjenesten. Eksempler på kommunale inkluderer primærhelsetjenester som allmennlege, legevakt og psykososiale kriseteam. Akuttmedisinsk personell kan ha oppfølgingstiltak fra både kommuner og helseforetak, og det forekommer ulike ansvarsforhold avhengig av arbeidsgiver og geografisk plassering. Likt som med politietaten har helseforetakene sitt direktorat som utgiver av nasjonale føringer for psykososiale tiltak, med foretaksnivå-spesifikke retningslinjer og organisering. Eksempler inkluderer:

- Helsedirektoratet, 2019, Håndbok for helsetjenesten
- Helse Nord, 2025; Veiledere for ivaretagelse av helsepersonell
- Helse Vest, 2024; Verneombudsarbeid, Veiledning og Retningslinjer
- Oslo Universitetssykehus, 2024; Personalhåndbok
- Helse Bergen, Personal håndbok; Systembeskrivelse av HMS-Arbeid, 2024.

Som eksempel uttrykker Systembeskrivelsen av HMS-arbeid fra Helse Bergen (Handbok Helse Bergen, 2025) at linjeledelsen har ansvar for forsvarlig ivaretagelse i det daglige arbeid, i samarbeid med verneombud, tillitsvalgte og øvrige medarbeidere. Linjeledelsen

defineres som «en hver leder i linjen, helt ut i det ytterste leddet i linjen» (Personalhåndbok Helse Bergen, 2025) Tilhørende håndbok presiserer ansvarsforholdene i HMS-arbeid, her ved rollene til administrerende direktør, linjeledelse, medarbeidere, arbeidsmiljøutvalg, verneombud, tillitsvalgte, bedriftshelsetjenesten og spesifikt HMS-personell (Personalhåndboken Helse Vest, 2025). Tilsvarende eksempler på håndbok og prosedyrer finnes ved Oslo Universitetssykehus (E-handboken OUS, 2025).



Figur: Eksempel på foreslått prosedyre ved uønskede eller kritiske hendelser på arbeidsplassen, tatt fra personalhåndboken til OUS.

3.1.3. Regionalt og foretaksnivå: Tolkning og tilpasning av nasjonale føringer

Dette nivået kjennetegnes av et mangfold av dokumenttyper utarbeidet av statsforvaltere, fylkesberedskapsråd, regionale helseforetak (RHF), politidistrikter og andre beredskapsinstanser. Dokumentene på dette nivået inkluderer blant annet beredskapsplaner, retningslinjer for psykososial støtte, og operasjonelle prosedyrer rettet mot spesifikke yrkesgrupper eller hendelsestyper. Her fremkommer planer og dokumenter fra helseforetak, statsforvaltere og fylkesberedskapsorganer. I helsesektoren utarbeider regionale helseforetak ofte beredskapsplaner og retningslinjer som beskriver ansvarsforhold og rutiner for psykososial støtte til ansatte, inkludert samarbeid med kriseteam og AMK. I politiet gis føringer gjennom Politidirektoratet og politidistriktene egne beredskaps- og

HMS-planer (Politidirektoratet, 2024). For brann- og redningstjenesten varierer dette i større grad, ettersom organiseringen oftere ligger under kommunale enheter med begrenset regional koordinering. Denne variasjonen i operasjonalisering skaper utfordringer for lik praksis på tvers av landet. Det peker mot behovet for økt støtte til implementering, og en sterkere regional samordning der kompetanse og ressurser kan differensieres, men med en felles kjerne av krav og standarder.

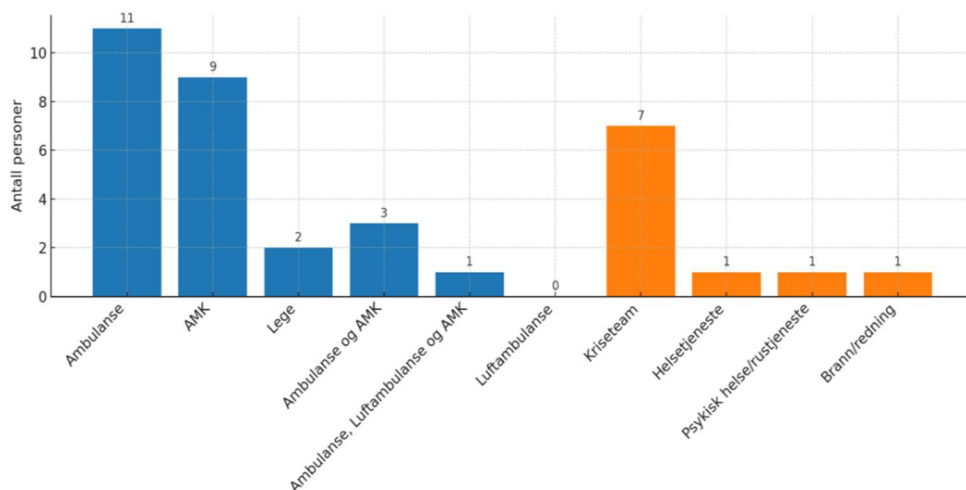
Disse fungerer ofte som bindeledd mellom nasjonale retningslinjer og kommunal praksis, men variasjonen er stor. Enkelte dokumenter beskriver konkrete tiltak, sjekklister og ansvarsfordeling, mens andre primært henviser til nasjonale føringer uten å spesifisere ytterligere. En gjennomgang av dokumentene viser at konkretiseringsnivået varierer betydelig, også innad mellom regioner og sektorer. Noen dokumenter har en tydelig oversettelse av nasjonale intensjoner til operative instruksjoner og rollefordeling, mens andre hovedsakelig reproducerer nasjonale formuleringer uten å spesifisere hvordan disse skal gjennomføres i praksis. Dette gjelder særlig områder hvor det mangler regionale fagmiljøer med kapasitet til å utvikle egne prosedyrer. Kommunale beredskapsplaner og interne prosedyrer i nødetater varierer sterkt i omfang og innhold. Noen har tydelige handlingsplaner og rutiner for debrief, kollegastøtte og oppfølging, mens andre er mer generelle eller fraværende. Analysen viser at lokal forankring og kompetanse har stor betydning for omfanget og kvaliteten av tiltakene.

3.1.4. Oppsummering:

Denne kompleksiteten i organisasjonsstruktur påvirker både hvordan nasjonale føringer tolkes og hvordan psykososiale tiltak faktisk operasjonaliseres. Dokumentene som ble gjennomgått i analysen spenner fra overordnede strategidokumenter og nasjonale veiledere til lokale rutinebeskrivelser, og gjenspeiler dette hierarkiske og sektorvise mangfoldet. På tvers av disse nivåene utformes og implementeres dokumenter som varierer i detaljeringsgrad og ansvarsplassering, og disse danner grunnlaget for de tiltak og prosedyrer som ansatte faktisk møter i praksis.

3.2. Spørreundersøkelse – ansattes erfaringer

Spørreundersøkelsen inkluderte til sammen 47 respondenter fra to ulike delutvalg (se Figur 1): ansatte i regionale helseforetak tilknyttet akuttmedisinske tjenester ($n=36$) og ansatte i kommunale helsetjenester ($n=11$).



Figur 1: Fordeling av yrkesgrupper i utvalgene.

Blåstolper (til venstre) viser fordeling av respondentene fra regionale akuttmedisinske tjenester. Oransje stolper (til høyre) viser fordeling av respondentene fra kommunale krisetjenester.

3.2.1. Tilstedeværelse og former for tiltak

Blant de 36 respondentene fra akuttmedisinske tjenester (AT) oppga 81 % at det fantes rutiner for psykososial oppfølging ved deres arbeidsplass, mens 8 % svarte nei og 11 % var usikre. Dette ble gjenspeilet i kommentarer som «det finnes diverse teknikker og sikkert retningslinjer for debrief, man hører jo om de», som kan tyde på at prosedyrene kan eksistere på tross av manglende kjennskap blant de ansatte. I AT-gruppen oppga kun én respondent at ingen tiltak ble iverksatt etter kritiske hendelser. Ved nærmere gjennomgang var det kun AMK-personell som oppga at slike rutiner ikke eksisterte. En kommenterte «Både ja og nei. Det er ikke alltid leder får opplysninger om at personell har hatt en krevende hendelse. Personell er ikke oppdatert på rutiner.», som indikerer en mulig svakhet i kommunikasjon for igangsettelse iht til ledersansvar for oppfølging og ansattes plikter for deltagelse. En mulig innsikt til dette fremkommer i kommentaren «Gode "rutiner" og

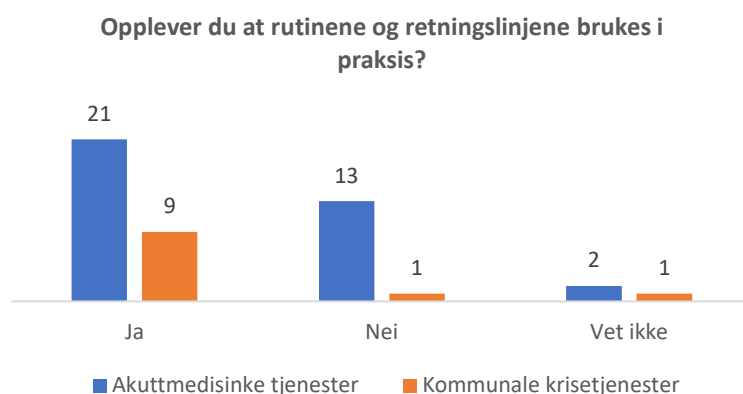
prosedyrer på papiret, men det blir oftest bare brukt på "store" hendelser. Tror største hindringen er kulturen blant ledere og ansatte» som understreker faktorer relatert til terskel og variasjonen for igangsettelse.



For de 11 respondentene i fra kommunale krisetjenester (KT) – hovedsakelig tilknyttet psykososiale kriseteam – var andelen som svarte ja på spørsmål om rutiner høyere (73 %) der bare to svarte at de ikke visste om det forekom rutiner på arbeidsplassen. 82 % oppga at rutinene ble brukt i praksis, samtidig kommenterte én respondent *«ja, mye kollegastøtte. Møter i etterkant, men ikke spesifisert rutine»*, noe som antyder at praksis kan eksistere uavhengig av formelle prosedyrer.

3.2.2. Implementering i praksis og opplevd tilstrekkelighet

Til tross for høy rapportert tilstedeværelse, viste variasjon i hvordan disse rutinene var kjent, anvendt og opplevd i praksis. Både AT-respondentene oppgav og beskrev ulike kombinasjoner av tiltak, inkludert debriefing/defusing, erfaringsmøter, oppfølgingsmøter, og tilrettelegging av arbeid var blant rutinene ved arbeidsplassen. KT-respondentene rapporterte tilsvarende bredde i tiltak, og pekte også på mangel på fastlagte strukturer, der to respondenter uttrykte et ønske om mer profesjonell og strukturert oppfølging (*«Det kunne vært litt mer profesjonelt»*; *«Rom for bedring»*).



Når det gjelder faktisk anvendelse av rutinene, svarte 58 % i AT-gruppen at disse ble brukt i praksis, men hele 67 % at oppfølgingen ikke opplevdes som tilstrekkelig. Kommentarer beskrev at tiltak ofte var avhengige av omfang (*«dei brukes i dei største hendelsene»*), og gjennomgående lite systematiserte og med *«varierende i kvalitet»*. Kommentarene indikerte at AMK-operatørene var spesielt sårbar og at det manglet varlingssystem for fange opp de med behov og opplevelser av *«stor variasjon når systemet settes i gang»*. Bedriftshelsetjeneste og psykologtjenester fremsto for AT-utvalget å ha manglet over lengre tid, mens kollegastøtte fremsto i stor grad som uformell og medarbeiderdrevet fremfor profesjonelt organisert.

3.2.3. Oppsummering

Gjennomgående fremsto en avstand mellom rutiner og praksis, spesielt i AT-utvalget. Begge utvalg ga uttrykk for manglende systematikk, mens behov og fraværet utmerket seg tydeligere hos AT-utvalget (*«Mange vegrer seg for å be om hjelp, mange opplever at begeret fylles uten mulighet til å tømme. Større hendelser blir ofte debriefet, men mindre hendelser oppleves ofte som større belastning.»*). Samlet sett indikerte gjennomgående fritekstkommentarer mulige årsaksfaktorer, inkludert indikasjoner manglende informasjonsflyt inkluder varlingssystem, individuelle forskjeller og umøtte behov, samt begrensede ressurser

3.3. Kvalitative erfaringstekster – tematiske mønstre

Den kvalitative analysen av de subjektive erfaringstekster fra 11 ansatte i helsevesen og politietat i ulike roller avdekket tre gjennomgående tema: (1) opplevelser av avstand mellom rutiner og praksis; (2) mangler, begrensninger og andre årsaker til avstand; og (3) foretaks- og organisatoriske svakheter, ukultur og umøtte behov.

3.3.1. Opplevelser av avstand mellom rutiner og praksis

Tekstene fra ansatte i helsevesen og politietaten fremviste både tilstedeværelse og variasjon av rutiner og praksis, der flere medvirkende årsaker var gjennomgående. Flere tekster beskrev i tråd med funnene fra dokumentanalysen og spørreundersøkelsen av det finnes en rekke dokumenter, eksempelvis arbeidsflytskjemaer, beredskapsplaner og retningslinjer for ivaretagelse av medarbeidere etter alvorlige hendelser, både på regionalt nivå hos helseforetak som sykehus, og ulike deler av politietat. På oppfordret gjennomgang ble materialet beskrevet som brukervennlige og tydelig både for innhold av flere av respondentene gjeldende dekning og føringer for behovet om psykososial oppfølging, men kjennskapen fremsto som varierende spesielt blant ansatte i helsevesenet, men derimot delte med respondentene som var ansatte i politietat at det ikke samsvarte med praksis.

Blant helsevesen-ansatte uttrykte flere tekster frustrasjon over at det eksisterer prosedyrer og planer «på papiret», men at disse ikke realiseres i praksis. Gjennomgående årsaker inkluderte mangler i informasjonsdeling og begrensninger tilknyttet tid og økonomiske og profesjonelle ressurser.

«Planene som er utviklet på arbeidsplassen, er skrevet av en medarbeider, og blitt godkjent av leder. Det har vært noe diskusjon knyttet til om vi må ha disse prosedyrene, da det ikke er samsvar mellom beslutninger og gjennomføringer planverket. Jeg er usikker på om de ansatte ved avdelingen er kjent med hvor de finner disse prosedyrene. Ofte blir problemstillingen løftet når det har vært en hendelse, uten at det blir rutinemessig evaluert eller fulgt opp videre med nye tiltak/prosedyrer.»

Sykehusansatt på mindre avdeling

«Kollegastøtteordningen er det nesten ingen på vår arbeidsplass som var klar over at eksisterte, og det er ingen som har benyttet seg av det tilbudet. Her har ledelsen gjort en for dårlig jobb i å informere om dette tiltaket, da det verken er informert om på generell basis og heller ikke ved alvorlige hendelser. Jeg tok kontakt med en representant fra kollegastøttegruppen, og vedkommende kunne fortelle at de blir svært lite brukt, skjeldent mer enn 2-3 ganger i halvåret, og det er lite da dette er et tilbud som er tilgjengelig for alle

ansatte ved Sykehus X. De forteller videre at de som tar kontakt er ansatte som ikke føler at de kan prate om situasjoner med sine nærmeste kolleger på sin avdeling. Ved spørsmål om de driver oppsøkende virksomhet, så benekter de det - tilbudet er lavterskel og de ansatte må selv ta kontakt med dem. Arbeidsgiver skal ikke involveres ved bruk av dette tilbudet, men de skal informere de ansatte om at tilbudet er tilgjengelig og hvordan de kan ta kontakt.»

Sykehusansatt

«Etter oppdraget hadde jeg behov for en debrief da dette gjorde veldig sterke inntrykk.... [...] Det ble ingen debrief og vi var plutselig på vei til et annet oppdrag og jeg fokuserte videre på jobben som måtte gjøres....»

Ambulansepersonell

«Manglende tid og ressurser utfordrer ønsket og behovet for personelloppfølging. De seneste år kjenner man seg nedprioritert når det gjelder ressurser. Dette skaper høyt arbeidspress og en betydelig forhøyet slitasje over tid.»

Politiansatt med personalansvar

3.3.2. Opplevelser av medvirkende årsaker, mangler og begrensninger

Tekstene uttrykt flere felles opplevelser tilknyttet faktorer som forårsaket mangler og begrensninger for praksis av rutiner og oppfølging. Blant de gjennomgående faktorer som påvirket igangsettelsen av rutiner inkluderte omfanget på hendelsen og variasjon i subjektive vurderinger og individuelle behov, der flere tekster understreket et behov for etablerte rutiner for å unngå subjektivitet. Flere av tekstene beskrev en opplevelse av å måtte håndtere etterreaksjoner på egenhånd eller at individuelle behov ikke ble møtt av ulike årsaker, selv om det finnes rutiner. Årsakene inkluderte blant leders- eller andres manglende anerkjennelse av belastningen eller vurderinger av behovet for tiltak. Dette skapte en følelse av utenforskap, ensomhet og hadde direkte fysiske og psykiske konsekvenser. Gjennomgående fremkom beskrivelser der individuelle behov ikke ble møtt for den det gjaldt, grunnet kolleger og leders vurdering.

“Jeg reflekterer videre over når prosedyrer for ivaretagelse tas i bruk. Min opplevelse er at dette er først når den store hendelsen inntreffer. Hva som fremstår som det/de riktige tiltak for en person som har stått i et krevende oppdrag er vanskelig å oppdage dersom personen ikke føler trygghet nok til, åpent og ærlig, fortelle hva man reelt kjenner på.

Politiansatt

«Sett opp mot prosedyren "Ivaretagelse av medarbeidere ved alvorlige hendelser" som tidligere presentert virker det som at fase 1 til dels har blitt fulgt opp. De fikk tilbud om å bli

tatt av vakt, men her burde leder snakket med begge to og ikke bare latt den ene parten ta avgjørelsen. Muligens burde begge bli tatt av vakt automatisk og heller tilby støtte til den parten som ikke ønsket å dra hjem å være alene. Defuse ble gjennomført rett etter hendelsen, men grunnet at de var på vakt, bar det et preg av hast for å få pratet før neste oppdrag kom.»

Sykehusansatt

3.3.3. Foretaks- og organisatoriske svakheter, ukultur og umøtte behov

De siste gjennomgående temaet var organisatoriske svakheter og ubeleiligheter, inkludert ukultur særlig i politietat og akuttmedisin, ansvar og samarbeid på tvers av aktører, inntreffelsen av den kritiske hendelsen. Det ble beskrevet en kultur hvor det forventes at man takler det meste, og hvor ledelse og kolleger i liten grad initierer psykososial støtte som faktor til manglende gjennomføring i praksis. Konsekvensene av dette ble i flere tekster beskrevet som årsak til sykefravær og arbeidsskifte.

«...da de mente jeg ikke hadde stått i en truende situasjon. Det ble en "snakkis" på jobb, og "alle" gikk rundt å tullet med at jeg hadde blitt pekt på av en luftpistol, som de da kalte en lekepistol. Jeg ble naturligvis påvirket av dette og overbeviste meg om at hendelsen ikke hadde noen påvirkning på meg. I ettertid når jeg ser tilbake på tiden etter så opplevde jeg flere symptomer.»

Ambulansepersonell

[...] I tiltakskortet har politimester, HMS-leder, operasjonsleder, innsatsleder, personalleder, felles straffesaksinntak og stab for kommunikasjon delansvar. Her ligger det en utfordring i at man må involvere svært mange personer og ansvarsforholdene kan bli uklare. Om hendelsen skulle inntreffe i en helg, ferie, eller på påskeaften, er ikke alle nødvendigvis tilgjengelige på kort varsel selv om det finnes beredskapsordninger.

Politiansatt

“Problemet i organisasjonen er at det ikke er en tilstedeværende leder på lavt nivå som ser den enkelte ansatte. I tillegg er det stram økonomi, og det blir stilt spørsmålsteget fra øverste ledelse vedrørende bruk av overtid. Jeg var på jobb de påfølgende dagene og hendelsen ble naturlig nok et tema. Det opplevdes godt å snakke med diverse ledere og kollegaer om mine opplevelser, selv om dette ikke foregikk på en systematisk måte. Det var nok verre for min makker, som hadde siste arbeidsdag den helgen. Hun har så vidt jeg vet ikke blitt kontaktet av det som på dette tidspunktet var hennes arbeidsgiver. Det hjalp nok heller ikke at dette skjedde midt i fellesferien med ferieavvikling og uklare ansvarsforhold. Jeg mener at man som leder ved ferieavvikling må gjøre det klart for de ansatte hvem som overtar ansvaret når nærmeste leder er borte. Dette vil gjøre ansvarsforholdet klarere, og det vil være lettere for den enkelte ansatt å henvende seg til rett person. Jeg har i ettertid ikke fått så mye som en telefon fra nærmeste leder eller andre vedrørende denne hendelsen, kun snakket med min makker.»

Politiansatt

«[...]...faller mellom to stoler. [...] I tillegg opererer man over store geografiske områder og med en bemanning som tilsier at det er vanskelig å prioritere for eksempel debrief. Har det skjedd en alvorlig hendelse kan man ikke nødvendigvis «sette verden på pause» for å ivareta personell. [...] Jeg har selv opplevd å være på krevende oppdrag utenfor eget ansvarsområde der psykologisk debrief ble iverksatt uten min makker og meg til stede, da vi hadde arbeidsoppgaver vi ikke kunne bortprioritere. I et slikt tilfelle vil det være hensiktsmessig at nærmeste leder tar kontakt innen kort tid for å få fulgt opp hendelsen. Det er bedre sent, enn aldri....»

Politiansatt

«Ledelsen stilte også spørsmål tegn med hvorfor jeg var så opptatt av den casen og stilte seg helt uforstående til hvorfor det skulle påvirke meg da det er noe som er risikoen med jobben»

Ambulansepersonell

«Politiet har mye uforløst potensiale når det gjelder kultur og holdninger. I flere deler av politiet eksisterer det klare stigmaer til psykisk helse. Det å be om hjelp fra spesialister anses av enkelte som et nederlag og en svakhet. På dette området er det gjort mye godt arbeid, men veien er fortsatt lang.»

Politiansatt

3.3.4 Likheter og variasjoner mellom yrkesgruppene og roller

På tvers av tekstene fremkom et tydelig behov for mer systematikk, bedre forankring i ledelse og rolleansvar, med spesielt uttrykt behov for normalisering av psykososial oppfølging og holdningsendringer som en del av arbeidsmiljøarbeidet. Langtidsoppfølging var et av tiltakene som var savnet på tvers av etatene.

«Jeg har flere ganger, spesielt når jeg var yngre i tjeneste, kjent på at det å være 100% ærlig om hva jeg kjenner på og hva jeg føler på som svært krevende. Ofte har jeg tatt på meg en «maske» og langt på vei neglisjerer emosjonene jeg faktisk kjenner på. Mine refleksjoner omhandler kultur! Mitt bidrag inn i kulturen så vel som hvordan den etablerte kulturen påvirker meg. Dette er refleksjoner og betraktninger hvor det er mest riktig å snakke for seg selv, men jeg vet at mange føler/ser det samme som meg. Min intensjon er ikke å svartmale politietaten og dens kultur, det gjøres utrolig mye bra. Jeg tror dog det ligger et uforløst potensial opp imot ivaretagelse gjennom kulturen. Proaktiv ivaretagelse med søkelys på verdien av kommunikasjon (felles forståelse), tillit og psykologisk trygghet i «fredstid». Det er flest hverdager, og med et større fokus på verdien av åpenhet og deling uten frykt for sanksjoner og represalier tror jeg man ville fått mer effekt av etablerte prosedyrer for ivaretagelse etter kritiske hendelser...»

Politibetjent

«Etter kartleggingen av arbeidsplassen mener jeg ledelsen bør prioritere tiltak som tar hensyn til langsiktige behov og oppfølging. Dette innebærer å utvikle klare strategier for å møte utfordringer som psykisk belastning, og følelsen av fellesskap blant personalet. Samtidig må de ansatte oppfordres til å være åpne om sine erfaringer og delta aktivt i prosesser som fremmer trivsel og helse på arbeidsplassen. Ved å styrke langsiktig oppfølging gjennom systematiske tiltak, skape et miljø der det er trygt og naturlig å søke hjelp, og bygge en kultur basert på støtte og samarbeid, kan ambulansetjenesten forbedre både arbeidsmiljøet og tjenestens kvalitet for pasientene.»

Ambulansepersonell

4. Diskusjon

Dette forstudiet hadde som formål å kartlegge offentlig rammeverk, retningslinjer og praksis for psykososial oppfølging i forbindelse med kritiske hendelser i jobbsammenheng, spesielt hos blålysetatene i Norge.

4.1. Sammendrag funn

Gjennomgangen av de offentlig tilgjengelige dokumentasjoner for systemene og retningslinjene indikerte forskjeller i tilstedeværelse, innhold, vektlagte behov og representasjon mellom arbeidsfelt/virksomheter og yrkesgrupper, samt variasjoner på nasjonalt og lokalt nivå. Ytterligere faktorer som størrelse på virksomheten fremkom i tillegg som medierende for tilgjengelighet av systemer og ressurser. Helseforetak og politietat kom frem som virksomheter med retningslinjer fra direktoratene i tillegg til høye forekomster/treff av offentlig tilgjengelige lokale systemer på regionalt og kommunenivå. Faktorene inkluderte organisatorisk nivå (eksempelvis nasjonal, regional, kommunalt, lokale virksomheter eller særorganer) og tiltenkt populasjon (eksempelvis generell befolkning, sivile, ulike etater og yrkesgrupper og/eller aktører i jobbsammenheng som ledere og personell). Et gjennomgående funn er at jo lenger ned i forvaltningshierarkiet man kommer, desto større blir variasjonen i dokumentenes presisjonsnivå. Det er også tydelig at enkelte kommuner og virksomheter har utviklet rutiner utover det som eksplisitt kreves av overordnede dokumenter, mens andre har et mer reaktivt og utydelig system. Dette peker mot et behov for økt harmonisering og bedre implementeringsstøtte.

4.2. Styrker og svakheter ved forstudien

4.2.1. Dokumentanalyse

Dokumentanalysen baserte seg på et strategisk utvalg av styringsdokumenter fra ulike forvaltningsnivåer. Selv om dette ga mulighet til å belyse strukturelle føringer og variasjoner i ansvar og praksis, innebærer det også en risiko for selektivitet. Søkene var ikke systematiske i vitenskapelig forstand, og det kan ikke utelukkes at enkelte relevante dokumenter ikke ble

identifisert. Videre ble dokumentene analysert tematisk uten bruk av analyseprogramvare, noe som gir rom for tolkningssubjektivitet, selv om gjennomgangen ble utført med høy oppmerksomhet på systematikk og transparens.

4.2.2. Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen ga et innblikk i ansattes erfaringer med psykososial oppfølging, men er beheftet med begrensninger knyttet til utvalg og datainnsamling. Deltakerne ble rekruttert gjennom ulike kanaler, og skjemaet ble distribuert i to ulike formater – papir og digitalt – noe som kan ha påvirket svarstil og tilgjengelighet. Det var ikke mulig å fastslå en eksakt svarprosent, og utvalget er ikke representativt for alle ansatte i blålysetater. Undersøkelsen må derfor forstås som en eksplorativ kartlegging med deskriptivt formål. Det er likevel en styrke at respondentene representerer ulike fagmiljøer og geografiske områder, og at flere yrkesgrupper er inkludert.

4.2.3. Kvalitative erfaringstekster

De kvalitative tekstene baserte seg på subjektive beskrivelser av opplevd praksis i etterkant av kritiske hendelser. Datamaterialet er rikt og egnet til å belyse individuelle erfaringer, men ikke til å trekke generaliserbare konklusjoner. Tekstene ble analysert tematisk og tolket i lys av studiens formål, men det må tas høyde for tolkningens kontekstavhengighet. Ettersom materialet ikke ble innsamlet gjennom intervju eller feltarbeid, men eksisterte som skriftlige utsagn, manglet det mulighet for oppfølgingsspørsmål eller utdypning.

4.2.4. Samlet vurdering

Metodetrianguleringen – bruk av både dokumenter, kvantitative og kvalitative data – styrker studiens helhetlige innsikt og gir et flerfoldig bilde av psykososial oppfølging i blålysetater. Samtidig må begrensningene ved hvert datagrunnlag tas i betraktning ved tolkning av funnene. Studien søker ikke å generalisere, men å bidra til økt forståelse for sammenhengen mellom formelle føringer, opplevd praksis og faglige behov i tjenestene. Undersøkelsen bør derfor forstås som et grunnlag for videre fordypning heller enn et uttømmende bilde.

Konklusjon

Forstudien har avdekket at det finnes et omfattende rammeverk og retningslinjer for psykososial oppfølging av ansatte som opplever kritiske hendelser i jobbsammenheng. Likevel er det variasjoner i opplevelsen av disse rutinene blant ulike yrkesgrupper, spesielt innen blålysetatene. Det bør være økt fokus på implementering og oppfølging av eksisterende retningslinjer. Bedre tilrettelegging for profesjonell støtte, som bedriftshelsetjeneste og psykologtjenester, er nødvendig. Det bør utvikles spesifikke rutiner for ulike yrkesgrupper, med fokus på forebygging og oppfølging. Videre forskning bør inkludere større og mer representativt utvalg for å få en bredere innsikt. Det bør også undersøkes effekten av ulike typer psykososial støtte og sammenligning av praksis mellom ulike regioner og kommuner.

Referanser

- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. (LOV-2005-06-17-62). Henta fra <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet (2024). Årsrapport, en analyse av Arbeidstilsynets innsats i 2024 [nettdokument]. Tilgjengelig fra <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/rapportar/arsrapport/arsrapport-2024.pdf>
- Heir, Trond & Bonsaksen, Tore & Grimholt, Tine & Ekeberg, Øivind & Skogstad, Laila & Lerdal, Anners & Bredal, Inger. (2019). Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. BJPsych Open. 5. 10.1192/bjo.2019.62.
- Helse Bergen (2025). Ansvarsforhold i HMS-arbeidet [nettdokument]. Tilgjengelig fra <https://handbok.helse-bergen.no/docs/pub/DOK01251.htm>
- Helsedirektoratet (2016). Nasjonal veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 17. mars 2016, lest 15. oktober 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer>
- Helsedirektoratet (2016). Bidra til mestring, samhørighet og håp [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 17. mars 2016, lest 18. juni 2025). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser->

[ulykker-og-katastrofer/ivertakelse-av-tiltak/intervensjonsprinsipper/bidra-til-mestring-samhorighet-og-hap](#)

Helsedirektoratet (2024). Ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglig endring fra 07 mai 2025, lest 07 juni 2025). Tilgjengelige fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ivaretagelse-etter-uonskede-hendelser/sammendrag>

Oslo Universitetssykehus (2025). e-Håndbok for Oslo Universitetssykehus [nettdokument].

Tilgjengelig fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/10958>

Politidirektoratet (2020). Politiets beredskapssystem del I, retningslinjer for politiet beredskap [nettdokument]. Tilgjengelig fra

<https://www.politiet.no/globalassets/dokumenter-strategier-og-horinger/pod/pbsi.pdf>

Reid, B.O., Næss-Pley, L.E., Bakkelund, K.E. *et al.* A cross-sectional study of mental health-, posttraumatic stress symptoms and post exposure changes in Norwegian ambulance personnel. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* **30**, 3 (2022).

<https://doi.org/10.1186/s13049-021-00991-2>

