

MENNESKETS ADFERD I STRESS-SITUASJONER

INNLEDNING	2
Ulike reaksjoner	3
Sjokkfase	3
Reaksjonsfasen	4
Bearbeidelsesfasen	4
Avslutningsfasen	5
Stressorer	5
Trusselstressor	5
Tapsstressor	5
Ansvarsstressor	5
Stressor styrke	6
ANSVARSTRESSOR OG SKYLDFØLELSE:	6
Bearbeidende aktivitet	7
Inngripen i sjokkfasen	8
Emosjonell førstehjelp, informasjon, støtte, omsorg, beskytt mot mer stress	9
Inngripen i reaksjonsfasen	9
Emosjonell debriefing	10
Oppstart	10
Forebygging / forberedelser	11
Lederoppgaver	11
Sørg for fornuftig rotasjon av mannskapet	12
Utbrenthet	12
Årsaker til utbrenthet	12
Forebygging / behandling	13

INNLEDNING

Min påstand er at spesielt for enkelte profesjonelle innsatsmannskaper kan det være problematisk å forholde seg til reaksjoner og negative konsekvenser knyttet til sin ordinære jobb. Det strider på en måte i mot ens yrkesstolthet og kompetanse. Generelt for mange mennesker har dette med psykiske reaksjoner etter hendelser vært et «ikke-emne» og synonymt med galskap og hjelpeløshet. Slike ting er psykiatrisk, og man er syk.

Menneskets kropp, sinn og hjerne er av en helt annen oppfatning og reagerer bare normalt når den blir utsatt for belastende hendelser. På samme måte som den setter i gang forsvarsmekanismer hvis vi blør, vil den også beskytte mot overbelastning av psykisk yteevne og hjernens kapasitet.

Stress og krisereaksjoner er ikke sykt, men helt normalt. Derfor trenger vi heller ingen lege i første omgang. Behandlingen er førstehjelp. Og førstehjelp bør flest mulig beherske. Det er først når førstehjelpen ikke virker, eller uteblir, at det sannsynlig er behov for spesialist-/legehjelp.

Hovedprinsippet i slik førstehjelp er først og fremst medmenneskelighet, erkjennelse og forståelse for problemer og symptomer, samt noe grunnkompetanse innen emnet.

Man trenger ingen spesialkompetanse for å være medmenneskelig, men for å være en god førstehjelper, må man vite litt ekstra om hva og hvorfor ting er som de er og hvilke teknikker som kan benyttes for best mulig effekt.

Man kan bli kronisk syk og arbeidsufør etter belastende hendelser enten det er en stor enkelthendelse eller mange små hendelser. Man må ikke være redd for å søke legehjelp hvis man mener at man ikke behersker situasjonen, enten som hjelpsøkende eller som hjelper. Men med god «førstehjelp» er risikoen for at dette blir nødvendig mindre.

Kildene til innholdet er først og fremst anerkjente norske eksperter på området:

Dr. med Are Holen - NTNU

Dr. philos Atle Dyregrov - Senter for krisepsykologi

Dr. Michael Setsaas , spesialist i psykiatri - SMS Trondheim

I tillegg er en god del forskningsmateriale benyttet, blant annet fra Forsvarsskolan i Karlstad, Sverige.

Mye er hentet fra foredrag og samtaler om og med blant annet hjelpepersonell fra Operafjellulykken, diskotekbrannen i Gøteborg og innsatspersonell fra hele landet.

Mye er også basert på egne erfaringer fra praktisk operativt og bearbeidende arbeid, samt på erfaringer etter å ha undervist i emnet i mange år.

Roger Rian

Ulike reaksjoner

Stress er et hyppig benyttet ord nær sagt i alle sammenhenger. Her snakker vi derimot om stressreaksjon som konsekvens av enkelthendelser med mild eller moderat stressor. Fysiologiske og psykologiske mekanismer vil også her bidra til at kroppen mobiliserer til ekstra ytelse i situasjonen. Trente innsatsmannskaper vil ofte kunne dra nytte av å ha stressreaksjoner, og de vil føle at de mestrer oppgaver bedre.

Hyppig eksponering for slike stressorer uten bearbeidende aktivitet, kan derimot føre til at man er dårligere rustet ved situasjoner av større alvorlighetsgrad, (overdeterminering/reaktivering), samt at man øker faren for å bli reelt utbrent.

Krisereaksjoner er mye letter identifiserbare og bærer preg av psykiske- og psykosomatiske reaksjoner. Reaksjonsmønsteret er ofte fasisk (sjokk, reaksjon, bearbeidelse, ved sorg: nyetablering og avslutning). Disse utløses av alvorlige, ekstreme og katastrofale stressorer.

Overdeterminerte/reaktivate reaksjoner utløses på bakgrunn av tidligere belastende hendelser, lik i struktur og forløp eller uavhengig av likhet, nær i tid. Reaksjonene henger ofte sammen med generelt dårlig psykososial helse. Relativt "uskyldige" hendelser resulterer i omfattende reaksjoner. Milde og moderate stressorer kan utløse krisereaksjoner.

Når er begeret fullt?

Sjokkfase

Psykologiske forsvarsmekanismer og reaksjoner blir her fremtredende. Kroppen mobiliserer psykologisk og fysiologisk til kamp eller flukt. Sanser og fysiske egenskaper blir skjerpet eller svekket for å gi størst mulige forutsetninger for kamp/flukt. Sansing kan arte seg som skjerpet syn og svekket hørsel, sterk eller svak lukt. Fenomen som tunellsyn, bokstavig talt, er vanlig.

Hjernens normale kapasitet for å motta impulser for lage adekvat tenkning eller handlinger er "sprengt". Evne til planlegging og adekvat handling er svekket. Det blir vanskelig å tidfeste sekvenser, og man får opplevelse av "slow motion".

Konsekvenser kan være et vidt følelsesspekter og problemer med å forstå Alvoret, "Dette skjer ikke ... - jeg drømmer. ... ". Uhensiktsmessig reaksjon, irritasjon, håpløshet er også kjennetegn. I noen tilfeller kan man observere at personen får panikkreaksjon eller det motsatte, man blir apatisk

Fysiologiske mekanismer bidrar til fysiske reaksjoner. Puls og blodtrykk stiger og en får økt respirasjonstakt. Det produseres en rekke hormoner i kroppen. All normal, fysiologisk aktivitet stanser eller endres. Ungdom som vokser stanser å vokse, kvinner utsetter eggøsning, forplantningsmekanismer hemmes. Kroppen er maksimalt innstilt på kamp eller flukt.

Sjokkfasen er fremtredende ved alvorlige, ekstreme og katastrofale stressorer. Slike reaksjoner ved milde og moderate stressorer tyder på overdeterminering/reaktivering.

Ca. varighet:

Trusselstressor	1 dag
Tapsstressor	1 - 2 uker
Ansvarsstressor	Lengre enn trussel, vesentlig kortere enn tap.

Reaksjonsfasen

Reaksjonsfasen er preget av mer vedvarende reaksjoner. Det er egentlig *ikke* et klart skille når sjokkfasen slutter og reaksjonsfasen begynner. Det kan observeres noen klassiske sjokkreaksjoner i starten av reaksjonsfasen. Disse reaksjonene kan være preget av **uvirkelighetsfølelse, fortrenning, skyldfølelse, aggresjon, søvnvansker, mangel på appetitt, sosial isolasjon, kontroll eller fortrenning av tanker og følelser.**

Forskjellige unngåelsesformer kan oppstå. Noen holder et unormalt høyt aktivitetsnivå, andre starter eller øker inntak av alkohol og/eller medikamenter. Dette er forsøk på å unngå å forholde seg til realiteter og å glemmer. De vil ikke omgå andre.

Etter ulykken med Alexander Kielland i 1980 ble det registrert økning i ulykker blant de rammede etter hendelsen. Det kan være en tendens til at man søker til mer risikobetonet aktivitet etter belastende hendelser. (Dr. med. Are Holen).

Det ble også registrert betydeligere høyere sykefravær blant overlevende og involverte i årene etter ulykken.

Det er i denne fasen viktig å forstå at initiativ til hjelp må komme fra hjelperen. Den som trenger hjelp vil ikke nødvendigvis erkjenne behovet.

Ca varighet:

Trusselstressor	ca 1 uke
Tapsstressor	ca 3 - 4 måneder
Ansvarsstressor	lengre enn trussel, vesentlig kortere enn tap.

Bearbeidelsesfasen

Bearbeidelsesfasen blir også omtalt som reparasjonsfasen. Den rammede går mer bevisst inn i problemstillinger, er mindre mobilisert, dvs. mindre i forsvarsposisjon og er mer reflekterende til situasjonen.

Adferden er preget av større søken etter kontakt, ønske om å snakke om situasjonen og i større grad rasjonell adferd.

Man kjemper mer med prosessen og ikke i mot som tidligere. Initiativ til hjelp vil og bør helst være hos den som søker hjelpen.

Bearbeidende samtaler om opplevelsene, følelsene, sanseinntrykkene, tanker og fantasier er egnet.

Avslutningsfasen

Avslutningsfasen er starten på "normalisering". Man bør tilstrebe og komme inn i vanlige rutiner og normal sosial omgangsform. Med god og tilstrekkelig bearbeidelse, kan belastende hendelser bli til *erfaringer* i stedet for *belastninger* og sykdom. Man har lært av hendelsen og egne handlinger og man har et greit forhold til situasjonen.

Personer som har greid å bearbeide og mestre de menneskelige og emosjonelle belastninger ekstremsituasjoner har utløst, vil i større grad ha forutsetninger for å mestre belastende hendelser i ettertid.

Stressorer

Stressorer er de konkrete utløsende faktorene til krisereaksjoner. Det er tre hovedkategorier stressorer:

Trusselstressor

- faktisk trussel mot :
- eget liv og helse,
- mot noen med nær tilknytning
- mot noen identifiserbar (eks. kolleger)

Konsekvensen er *angst*, og kroppen mobiliserer til kamp eller flukt. Man oppnår "antisperer", og fokus er rettet fremover.

Tapsstressor

- grad av tilknytning er avgjørende, ofte ved dødsfall av egne barn eller ektefelle i ung alder.

Sorg er ofte konsekvensen. Sorg er et fremtidsrettet problem. Hvordan blir fremtiden uten det tapte? Dette er ofte igjen knyttet til angst. Både ansvar- og trusselstressor kan innvirke, f.eks. tap av eget barn pga. selvmord. Resignasjon / oppgitthet kan være reaksjoner på tapsstressorer

Ansvarsstressor

- Konsekvensen er *skyld*
- Faktisk ansvar ved feilhandling, aggresjon med utilsiktet konsekvens, vold, kriminalitet, krig
- Kontekstbasert, foreldre/selvmord, vaktbytte redningsoppgaver/innsats, overlevelse, "nære ved"

Stressor styrke

Gradering av stressor styrke kan ukomplisert avgjøres på bakgrunn av konsekvensene etter situasjonen. Jo alvorligere konsekvens situasjonen medfører, jo større stressor styrke. Likevel er subjektiv oppfattelse av trussel med på å øke stressor styrke.

Milde og moderate stressorer kan være vanlige livshendelser som dødsfall, ekteskaplige-/samlivsproblemer, økonomi, helse, jobbsituasjon, flytting, kort sagt alt bidragsytende til psykososial dårlig helse. "Smådramatiske" hendelser som f eks. brannmenn ofte opplever, kan også kategoriseres som milde og moderate hendelser. Stressreaksjoner er vanlige. Kollegastøtte og defusing/informell debrief er fornuftig og egnet som bearbeidende aktivitet.

Alvorlige, katastrofale og ekstreme stressorer er utløsende for krisereaksjoner hvor konsekvensene kan bli kronisk sykdom for den rammede.

Eksempler kan være dødsfall hos nærstående med stor emosjonell tilknytning, ulykker/katastrofer, snikende/usikre trusler eks gift/gass, ulykker i relasjon til reiser, vold, voldtekt, ran, krig, omsorgssvikt, incest.

Faktorer som ofte forsterker stressorene er hvor plutselige/overraskende, intens, uvanlige, ukontrollerbare de er, og omfang av hendelsen.

Bearbeidende og beskyttende tiltak er emosjonell førstehjelp, defusing, minnehøytid, syning, debriefing.

ANSVARSTRESSOR OG SKYLDFØLELSE:

Ansvarsstressor og problematikk knyttet til skyld og skyldfølelse er generelt dominant i forhold til trussel- og tapsstressor. Spesielt skal man være oppmerksom i yrker knyttet til reelt ansvar for innsats i stresspregede og ofte ekstreme arbeidsforhold. Som brannmann må man ofte ta avgjørelser og treffe tiltak hvor utfallet tilsynelatende ikke er preget av vellykkethet og suksess. Det kan være vanskelig å forstå at det man har gjort likevel er helt korrekt i situasjonen.

Skyld vil i stor grad prege reaksjonsmønsteret, uansett hvilken krisesituasjon man har opplevd. Det er viktig å være klar over i hvilken kontekst skyldfølelsen opptrer.

Skyldfølelse opptrer f. eks som følger av roller, plikter og oppdrag som er pålagt en. For en brannmann kan det være en mislykket redningsaksjon, kollegas skade eller dødsfall ved vaktbytte, eller det kan være at en har vært nære ved å lykkes i innsats. Generelt oppstår ofte skyldfølelse som følger av at andre har omkommet og en selv har overlevd.

Vi er vel alle flinke til å fordele skyld. En psykologisk forsvarsmekanisme er blant annet å finne sydebukker. Media er kanskje de dyktigste av alle til dette - men ikke for forsvar, men for store opplagstall.

Like etter diskotekbrannen i Göteborg i 1998 hvor 68 ungdommer omkom, ble brannmannskapet i avisene kritisert for å ikke å ha fått vann inn i lokalene under brannen. Faktum var at brannvesenet foretok den korrekte avgjørelsen og konsentrerte innsatsen om å berge flest mulig ut av bygningen. Ytterligere bruk av vann ville låst ressurser og mannskap og flere ville ha omkommet.

Norsk VG hadde få dager etter brannen i Göteborg et oppslag over en hel forside med bilde av en 17 år gammel gutt i sykesengen med tittel i særdeles fet skrift: "Han var ansvarlig for dødsbrannen"

Samme VG med stort førstesideoppdrag: "Foreldre oftest skyld i selvmord" og "....slik kan du unngå tragedien"

Etter at et fly fra det russiske Aeroflot styrtet på Operaffjellet på Svalbard bar avisene i lang tid etter preg av at innsatspersonellet, og spesielt politiet gjorde en alt for dårlig innsats under svært dårlig ledelse og organisasjon. Dette hadde selvfølgelig ingen rot i virkeligheten, men var svært belastende for mannskapet.

Etter en flyulykke i Thailand ble det konstatert at feil bolting i haleroret var årsaken til at et Boeing 747 styrtet. Få dager etter dette var kjent begikk teknisk sjef for Boeing i USA selvmord.

Skyldproblematikken er spesielt aktuell for ledere og innsatspersonell. Kollegial støtte og god bearbeidelse er svært viktig.

Alt dette gjør ettervernsarbeid med innhold av informasjon logisk.

Bearbeidende aktivitet

• Informell bearbeidelse - emosjonell førstehjelp:

Den viktigste hjelperen i all førstehjelpssammenheng er "den du har for hånden". Det naturlige er familie, venner, kolleger, naboer og ellers andre som er tilgjengelig. Emosjonell førstehjelp er akseptering av egne og andres reaksjoner, informasjon om hva som har hendt, vil hende med en selv, pårørende familie og andre involverte. Vær tilgjengelig og aktivt lyttende.

• Markering, minnehøytid, syning: ved tapsstressorer

• Informasjonsmøter:

Informasjonsmøter er aktuelt etter alle typer stressorer. Alle kan delta, normal møteledelse. Det er viktig å informere, orientere og invitere til spørsmål. Slik kan man bidra til å dempe spekulasjoner og rykter (ansvarsstressoren) og motvirke sekundær traumatisering og heller skape forståelse og fellesskap. Dette er en form for defusing.

- **Defuesing:**

Ved moderate eller milde stressorer kan defuesing gjennomføres for grupper (maks 30) og som møter (stort antall). Ved gjennomføring for grupper kan denne defuesingen overflødiggjøre debriefing, men den kan også avdekke behov for debriefing. Debriefing lar seg ikke gjøre ved defusingsmøte.

- **Debriefing:**

Debriefing er for små grupper eller for enkeltindivider og gir inngående og detaljert avreagering etter alvorlige, ekstreme og katastrofale stressorer. Formålet er å forhindre kronisk sykdom og behov for spesialist/legehjelp.

Reaksjonsmønsteret i faser kan fremstilles som et mangfold av reaksjoner fysiske og psykiske. Tidsperspektivet siden hendelsen kan ha innvirkning på reaksjonene. Med normal menes en tilstand innenfor "normal" tenkning, følelses- og handlingsmønster.

Sjokkfasen er preget av reaksjonsmønster med store avvik fra normal tilstand. Hensikten er, som tidligere nevnt, umiddelbart forsvar, kamp eller flukt. (Sjokkfasen etter tap er mer unnvikelse, ikke innse virkeligheten, mindre kamp eller umiddelbar flukt som forsvar).

Reaksjonsfasen er fremdeles preget av psykologisk forsvar med mer kontroll over tanker hvor hensikten er generell unngåelse. Reaksjonsmønsteret kan registreres som alt fra "anstreng normal" med stor grad av fortrenkning (unormalt høyt aktivitetsnivå) til fysiske sykdomstegn og isolasjon.

I bearbeidelsesfasen vil man nærme seg "normalt" nivå. Typisk psykologisk forsvar er ikke lengre fremtredende. Man blir mer bevisst på å gå *med* prosessen.

Inngripen i sjokkfasen

Reaksjoner i sjokkfasen kan arte seg dramatisk for alle involverte, og ikke minst hjelperne som må forstå at dette er normale reaksjoner som har til hensikt å beskytte mot ekstreme psykiske påvirkninger!

De rammede erkjenner ikke egen tilstand eller egne behov. Altså - igjen initiativ hos hjelper.

Prinsipper er:

Emosjonell førstehjelp, informasjon, støtte, omsorg, beskytt mot mer stress

(journalister, publikum, innsatspersonell ikke i kontakt med pårørende).

Personer med panikk fjernes. Vær bestemt. Overaktive og uttalt arousal (snakker uhemmet) settes til enkle oppgaver. Apatiske undersøkes for fysisk skade/sykdom og gis omsorg, varme, drikke. Personer som er tilgriset, eller har hatt ufrivillig avgang av urin osv., gis anledning til vask og skift.

Undersøkelser viser følgende tendens i forbindelse med ekstremisituasjoner:

20% har ekstreme manifestasjoner (ytringsform)

60% har normal sjokkfase

20% har liten eller ingen reaksjon

Inngripen i reaksjonsfasen

Inngripen (intervensjon) i reaksjonsfasen foretas først og fremst av den rammedes ordinære sosiale nettverk. Reaksjonene kan for hjelperne være vanskelige å forholde seg til, og det er derfor viktig å forstå at slikt reaksjonsmønster er normalreaksjoner med hensikt å danne psykologisk forsvar etter belastende hendelser.

Faglig ekspertise, som leger, psykolog / psykiater eller prest, trenger ikke å ty til inngripen enda. Vedkommende er enda ikke syk.

Det er stor enighet om at kunnskap om menneskelig adferd i stressituasjoner er viktig, spesielt for innsatspersonell, som selv skal være hjelpere og kan bli den rammede.

Prinsippene for hjelp er:

Initiativ hos hjelperen, informasjon (defusing/informell debrief), råd, forståelse, omsorg, empati, aktivt lytting.

Trente og utdannede personer, fremdeles **ikke** nødvendigvis fageksperter, kan foreta debriefing.

Hvis debriefing ikke hjelper, og det registreres avvik fra "normalreaksjonene", bør faglig hjelp kontaktes. Behandlingsformer kan da f. eks. være medikamenter og psykoterapi. Også ved reaksjoner som følger av overdeterminering bør spesialister inn.

De aller viktigste hjelperne er de nærmeste: familie, venner, kolleger og arbeidsledelse

Emosjonell debriefing

Emosjonell debriefing er **ikke** en faglig debriefing, men et gruppemøte med helst 5 - 8 personer (minimum 3 - maksimum 10).

Det kan også være individuell debrief med en hjelper og en hjelpsøkende.

Debriefing gjennomføres etter et bestemt mønster og ledes av helst to ledere. En leder kan benyttes. Lederne kommer utenifra og har ingen direkte befatning med hendelsen.

I debriefingen skal samtaleemnet være fakta om hendelsen, sanseinntrykkene til den enkelte, emosjoner, fantasier, tidligere hendelser, generell psykososial helse.

Debriefing foregår 1 - 3 dager etter hendelsen, og gjentas inntil 3 ganger, maksimalt 6 ganger.

Optimalt utbytte av debriefing oppnås når både gruppen og lederne for debriefingen er generelt trygge i situasjonen.

Gjennom annet bearbeidende arbeid som kollegastøtte, informasjonsmøter/defusing vil det også avdekkes eventuelt behov for debriefing. Dette er nok et godt argument for å heve kompetansen omkring stress og krisereaksjoner, spesielt hos ledere og innsatspersonell.

Flere undersøkelser gjennom mange år viser at debriefing har god effekt, og bidrar til å forhindre langvarige plager og sykdom med arbeidsuførhet.

Oppstart

En svensk undersøkelse utført i 1997 i regi av Forsvarshøgskolan i Sverige, fastslår nytteverdien av bearbeidende tiltak etter sterkt belastende hendelser. Undersøkelsen ble foretatt på personell som har tjenestegjort i Bosnia samt personell fra brannvesenet i Stockholm.

En vellykket debriefing setter krav til den/de som skal gjennomføre debriefen når det gjelder kompetanse omkring stress-krise, personlighetstrekk hos hjelperen, evnen til emosjonelt lederskap (empati) og innsikt i gruppedynamikk.

Bearbeidende aktivitet som utføres av kolleger bør være kollegastøtte og informasjonsamtaler/defusing som utføres av interne ledere.

Debriefing kan gjerne utføres av personer fra samme etat/yrke, men ikke fra den enheten som er rammet (eks kan debriefer hentes fra andre kommuners brannvesen).

Kanskje kommuner bør inngå om et samarbeid om dette?
(egen betraktning)

Forebygging / forberedelser

Gode og riktige forberedelser vil gi mannskapet bedre forutsetninger for å mestre ekstremsituasjoner.

På vei ut til ulykkesstedet / storbrannen skal man ikke forberede seg ved å forestille seg det verste. Det er sjelden det vil bli noen særlig lettelse når man kommer frem. Man skal derimot forberede seg ved å se for seg de **mest krevende arbeidsoppgavene** og hvordan man kan **løse disse**.

Et velkjent begrep innefor psykologi er "selvoppfyllende profetier". Det vil si at de reaksjoner man tror man får, og de handlinger man ser for seg, vil bli virkelig. Ved å se for seg det verste, kan man også oppnå å "tyvstarte" på sjokkfasen. Unngå å bli for emosjonell og forbered deg i stedet på hvordan du skal gjøre jobben.

Under flystyrten på Operafjellet / Svalbard ble det poengtert av hjelpemannskap og politi hvor viktig det var med emosjonell distanse til det man skulle gjøre. Det var ikke lemlestedede kropper man håndterte men arbeidsoppgaver og politioppgaver. Det var dette som holdt mange gående.

Innsatspersonell må også se faren ved utbrenning knyttet til det at man hele tiden er på feil måte forberedt på vers mulig scenario.

Forstå og aksepter reaksjonene, vis omsorg, kjenn egne begrensninger og reelle muligheter.

Lederoppgaver

Lederrollen i en akuttsituasjon er mer omfattende og krevende enn mange tror. I tillegg til å selv bli utsatt for stressorer, forventes det at ledere leder.

En leder skal gi seg selv størst mulig anledning til å få oversikt og å lede.

Det er god hjelp i å søke etter og gi mest og best mulig informasjon på vei til stedet.

Under bussulykken i Måbødalen forventet de fleste å møte pensjonister, få var forberedt på at det var barn med. Mer presis informasjon til mannskapet ville ha gjort dem bedre mentalt forberedt. (Atle Dyregrov - "Katastrofepsykologi")

Forventes et omfattende ulykkessted og langvarig innsats bør spesielle arbeidsrutiner benyttes: Arbeid i små team. Under søk etter mennesker der man forventer funn som medfører psykisk belastning, bør man være to sammen.

En politimann med hund lette etter en savnet person i Bymarka utenfor Trondheim. Politimannen løp et godt stykke inn i marka. Litt inn i skumringen løp han seg plutselig rett på den savnede som hadde ligget død ca to uker. Han gav etterpå uttrykk for at det hadde vært meget belastende å være alene i denne situasjonen.

Sørg for fornuftig rotasjon av mannskapet

Rotasjon av mannskaper har til hensikt at ikke samme mannskaper må ta de intense /farlig / krevende arbeidsoppgavene. Ved innsatser som drar ut i tid, eller er spesielt krevende, må mannskapene i perioder settes til mindre stressende jobber. Dette gjør det mulig å ” kunne hente seg inn / eventuell skape avstand ”, fra det krevende oppdraget.

Tenk på forhånd over problematikk knyttet til ansvarsstressoren.

Utbrenthet

Utbrent er begrep som benyttes i mange sammenhenger. Symptomer som depresjon, trøtthet, motivasjonssvikt, humørsvikt osv. kan ramme de fleste, og dette er vel i en viss grad normalt.

Det som kjennetegner virkelig utbrenthet, er at man ikke greier å ta seg igjen etter hvile/ferie. Kroppslige symptomer av alvorligere karakter som vekttap, forhøyet blodtrykk, utmattelse og hodepine er også ofte kjennetegn på utbrenthet.

Ofte tyr man i slike situasjoner til medikamenter og alkohol for å bedre situasjonen. Da er man på vei inn i en vond sirkel.

Yrkesgrupper som er spesielt utsatt for dette er omsorgsykker som leger, prester, sykepleiere, og innsatsyrker som brannmannskap, politi, ambulanspersonell og tilsvarende.

Det naturlige presset og stresset i jobbsammenheng gjør disse mer utsatt, samtidig som slike yrkesutøvere av forskjellige årsaker ikke er dyktig nok til å ivareta seg selv og hverandre.

Dessverre er det også slik på enkelte arbeidsplasser at ledelse og ledere er av en slik karakter at de virker mer destruktiv for arbeidsmiljø og trivsel enn støttende og konstruktiv.

Årsaker til utbrenthet

I stor grad er utbrenthet et ledelses- eller lederansvar. Moderne og oppegående ledere vil i stor grad se på de ansatte som den viktigste ressursen, og sette inn tiltak for å ivareta disse.

Riktig organisasjonsutvikling (3. ordens OU) vil redusere risikoen for konflikter, ivareta arbeidstakernes interesser og skape samhold og teamarbeid.

Slike leder vil også gripe inn å støtte og hjelpe ansatte med problemer.

I tillegg finnes individuelle faktorer som bidrar til utbrenningsprosessen. Generell dårlig psykososial helse, hjemforhold, økonomi, barn osv.

Et utbredt fenomen blant spesielt innsatspersonell er det såkalte "John Wayn"-syndromet. Bare "pyser" har problemer og trenger hjelp av andre.

Undersøkelser viser at dette fenomenet har bidratt til uttallige tragiske selvmord og familietragedier blant spesielt politi og brannmenn i USA.

Er norske innsatsmannskaper også litt John Wayn?

Forebygging / behandling

Kollegastøtteordninger finnes blant annet i politiet. Spesielle personer er valgt av sine kolleger, og skal være hjelpere når dette trengs.

Det finnes spesielle kurs som omhandler slike ordninger.

Daglige rutiner for å avslutte en tung dag kan bidra til at man kanskje lar ektefelle og barn slippe å ta del i det som har skjedd på en ubehagelig måte.

Før du drar hjem, gjør som følger: (Det beste erom du lar en kollega lede prosessen)

1:

Sitt godt og avspent

2:

Se gjennom det som har skjedd som om du ser en "dokumentarfilm". Se for deg et filmlerret og se deg selv utenifra i episoden. Gjør filmen svart /hvitt.

3:

Spør deg selv: Hvordan vil jeg gjøre dette neste gang. Lag en "spillefilm" med deg selv i hovedrollen. Slik vil jeg ideelt sett være i situasjonen.

4:

Er dette slik du ønsker det? Juster til du blir fornøyd.

5:

Forestill deg at du er "inni" spillefilmen. Du har hovedrollen. Er dette OK? Hvis det er greit, bestem deg for at slik vil du håndtere en slik situasjon senere. Hvis det ikke er greit, gå tilbake til punkt 3.

6:

Se for deg en ny tilsvarende situasjon. Praktiser din nye "rolle"