

Beteckning: \_\_\_\_\_



**Institutionen för vårdvetenskap och sociologi**

# Posttraumatisk stress bland ambulanspersonal vid en ambulansstation i mellansverige

*Owe Mattsson  
Kristin Mäkinen  
Februari 2008*

Examensarbetet 10 poäng C-nivå  
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng  
Examinator: Claudia Lampic  
Handledare: Marja-Leena Kristofferzon**

## **Abstract**

The purpose of this study was to describe the prevalence of post-traumatic stress disorder among ambulance personnel and the differences between professional groups. The aim was also to describe local guidelines for dealing with traumatic experiences. The participants answered questions whether they had received the opportunity to process traumatic situations and also if they experienced any peer support. During the data-gathering the instrument Impact of Event Scale was used to measure post-traumatic stress disorder. There were 65 questionnaires distributed whence 63 were answered. 29 were medical technicians and 31 were ambulance nurses. Convenience sampling was used. The results indicated that 5 % of the participants had experienced a traumatic stress reaction with certain likelihood for post-traumatic stress disorder. The responses also exposed significant differences between the professional groups. The medical technicians had a higher mean value concerning the avoiding statements compared to the ambulance nurses. According to the local guidelines the personnel are supposed to ventilate their experiences after being involved in a traumatic situation. More than half of the participants stated that they never had participated in any kind of processing. Those who considered peer-support to be existing at the workplace was about the same percentage as those who claimed the opposite. The majority group also stated situations involving children and traffic casualties as traumatic. Guidelines and routines does not seem to correspond practically as a large amount of the participants regarded them as non-existing. The procedures dealing with support after situations experienced as traumatic by the ambulance personnel, ought to be advanced.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder, ambulance personnel and guidelines.

## **Sammanfattning**

Syftet med studien var att beskriva förekomsten av posttraumatisk stress bland ambulanspersonal samt skillnader mellan yrkesgrupper. Syftet var även att beskriva lokala riktlinjer för hantering av traumatiska händelser. Deltagarna fick delge om någon form av bearbetning samt kamratstöd förekommit på arbetsplatsen efter en traumatisk händelse. Vid datainsamlingen användes instrumentet, Impact of Event Scale, vilket mäter posttraumatisk stress. Det var sammanlagt 65 enkäter som delades ut, varav 63 besvarades. Av dem var 29 ambulanssjukvårdare och 31 sjuksköterskor. Bekvämlighetsurval användes. Resultatet visade att 5 % av deltagarna hade en traumatisk stressreaktion. Resultatet visade även på signifikanta skillnader mellan yrkesgrupperna. Ambulanssjukvårdarna hade ett högre medelvärde för de undvikande påståendena, jämfört med ambulanssjuksköterskorna. I de lokala riktlinjerna beskrivs att personalen gemensamt ska samtala efter en traumatisk händelse. Mer än hälften av deltagarna angav att de aldrig deltagit vid någon form av bearbetning. Det var ungefär lika stor procentsats som ansåg att det fanns kamratstöd på arbetsplatsen som de som hävdade motsatsen. Flertalet av personalen angav även situationer som involverade barn samt trafikolyckor som traumatiska. Riktlinjer och rutiner verkar inte överensstämma i praktiken då ett stort antal av deltagarna ansåg att det inte fanns några sådana. Tillvägagångssätt när det gäller stöd efter situationer som ambulanspersonalen ansåg som traumatiska, bör vidareutvecklas.

Nyckelord: posttraumatisk stress, ambulanspersonal och riktlinjer.

## Innehållsförteckning

<b>1. Introduktion.....</b>	<b>1</b>
1.1 Ambulanspersonal.....	1
1.2 Stressreaktioner efter traumatiska situationer.....	3
1.3 Åtgärder för att förebygga posttraumatisk stress.....	4
1.4 Problemformulering.....	6
1.5 Syfte.....	6
1.6 Frågeställningar.....	6
<b>2. Metod.....</b>	<b>6</b>
2.1 Design.....	6
2.2 Urval och undersökningsgrupp.....	7
2.3 Datainsamlingsmetod.....	7
2.4 Tillvägagångssätt.....	8
2.5 Dataanalys.....	9
2.6 Forskningsetiska överväganden.....	9
<b>3. Resultat.....</b>	<b>9</b>
3.1 Förekomst av posttraumatisk stress.....	9
3.2 Skillnader mellan yrkesgrupper.....	10
3.3 Lokala riktlinjer för ambulansstationen.....	10
3.4 Traumatiska händelser.....	11
3.5 Bearbetning av traumatisk händelse.....	12
3.6 Stödåtgärder på arbetsplats.....	14
<b>4. Diskussion.....</b>	<b>15</b>
4.1 Huvudresultat.....	15
4.2 Resultatdiskussion.....	15
4.3 Metoddiskussion.....	17
4.4 Slutsatser och klinisk relevans.....	18
<b>5. Referenslista.....</b>	<b>20</b>
Bilaga 1. Impact of Event Scale (IES-15).....	24
Bilaga 2. Särskild händelse vid Akut- och rehabiliteringsdivision.....	28
Bilaga 3. Information till stationschef angående frågeformulär.....	29
Bilaga 4. Försättsblad till frågeformulär.....	30

# 1. Introduktion

## 1.1 Ambulanspersonal

Utvecklingen inom ambulanssjukvården har under ett tiotal år gått från en organisation av transport till en mer specialiserad akutsjukvård (Poljak, Tveith & Ragneskog, 2006). Varje ambulans ska idag bemannas med en ambulanssjukvårdare och en ambulanssjuksköterska enligt Socialstyrelsens beslut som trädde i kraft den 1 oktober 2005 (Socialstyrelsen, 1999). I och med detta fick ambulanssjuksköterskan ett högre medicinskt ansvar för patienten än ambulanssjukvårdaren, vilket tidigare var delat. Det har även skett många nyanställningar av sjuksköterskor utan tidigare erfarenhet av ambulanssjukvård. Kraven som ställs på utbildning för ambulanssjukvårdare är undersköterskekompetens med en ettårig vidareutbildning inom ambulanssjukvård.

Ambulanssjukvården är den första länken i vårdkedjan för den patient som inte själv kan ta sig till sjukhus (Poljak m.fl., 2006). Ambulanspersonal får möta åtskilliga traumatiska situationer i form av död och mänskligt lidande. För många av dem som medverkar vid stora olyckor och katastrofer, är uppgiften ny och ovan och skiljer sig från deras vardagsarbete (Socialstyrelsen, 1991). Arbetsvillkoren under de förutsättningarna är krävande, vilket kan vara psykiskt påfrestande för personalen, både under förloppet och framför allt efteråt. Det är inte enbart de direkt drabbade i ett trauma som visar olika typer av stressreaktioner, utan även de indirekt involverade, så som ambulanspersonal. Det saknas trots detta omfattande forskning och kunskap om riskerna att utveckla posttraumatisk stress för ambulanspersonal (Jonsson, Segesten & Mattsson 2003).

En studie (Jonsson m.fl., 2003) har gjorts i ämnet av Anders Jonsson, sjuksköterska, universitetsadjunkt och forskare på PreHospiten i Borås. Två instrument delades ut för att mäta reaktioner efter traumatiska upplevelser, Impact of Event Scale, (IES-15) och Post Traumatic Symptom Scale (PTSS-10). De lämnade även ut en svensk version av Antonovskys instrument som mäter känsla av sammanhang (SOC). Det är en teoretisk konstruktion som försöker förklara varför vissa människor påverkas mer av stressfulla situationer, än andra. Enkäterna delades ut till 500 anställda inom ambulanssjukvården. Av totalt 362 deltagare uppgav 222 att de hade erfarenhet av vad de skulle beskriva som traumatiska situationer. Resultatet visade att 15,2 % av deltagarna fick 31 poäng eller över på IES-15 skalan, vilket tyder på en traumatisk stressreaktion. Den höga förekomsten av posttraumatisk symptom för

ambulanspersonalen visade på en oförmåga att hantera stress i det dagliga arbetet. På skalan PTSS-10 fick 12,1 % av deltagarna 5 poäng eller mer och det indikerar på en stark reaktion. Vidare visade resultatet ett samband mellan en lägre känsla av sammanhang och utveckling av posttraumatisk stress. Studien visade ett samband mellan IES-15 och SOC då det gällde ålder, utbildning, år i tjänst, arbetsbelastning och stöd från arbetsledningen. Dessa faktorer hade betydelse för uppkomsten av posttraumatisk stress. De som fick högre poäng på IES-15 och PTSS-10 hade arbetat längre tid inom ambulansen, de var äldre och hade en kortare utbildning. Många hade även erfarenheter av hög fysisk och psykisk arbetsbelastning. Resultaten visade att över 15 % av dem som beskrev en traumatisk händelse inom arbetet också hade posttraumatiska symtom. De uppvisade även ett starkt samband mellan antal år i tjänst och stressymtom.

Alexander och Klein (2001) undersökte i en studie hur traumatiska händelser påverkade ambulanspersonalens mentala hälsa och känslomässiga välbefinnande. Resultatet visade att en tredjedel hade posttraumatiska samt utbrändhetssymtom. Av deltagarna angav 69 % att de sällan fick tillräckligt med tid för att återhämta sig emotionellt mellan kritiska olyckor. Alarmeringsoperatörerna tog inte hänsyn till vilken körning som kom efter den traumatiska händelsen och vem som fick åka på den. Vidare ansåg 49 % att ju oftare de blev utsatta för kritiska händelser, ju lättare var det att hantera dem. Det var även 38 % som menade att deras förmåga att hantera dessa situationer inte hade någonting att göra med antal gånger. Sedan var 73 % missnöjda med hur ledningen hanterade personalen och menade att de inte var intresserade av deras psykiska hälsa. Över en tredjedel av personalen efterfrågade bättre träning och genomgång av sätt att hantera svåra situationer, för att på det sättet skapa förhållningssätt och vara förberedd redan innan det sker.

Socialstyrelsen utgav 1991 allmänna råd för psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer (Socialstyrelsens, 1991). Syftet var att ge landsting och kommun riktlinjer för att planera och organisera krishantering. Arbetsledningen inom respektive verksamhet bör, enligt Socialstyrelsen, ansvara för att personalen får möjlighet till en särskild psykologisk genomgång kallad "debriefing" efter avslutad insats tillsammans med kollegor. Det står vidare att det är av stor vikt att ge tid till en känslomässig bearbetning av traumatiska upplevelser. Vid mindre insatser kan detta ske via initiativ inom det sociala nätverket på arbetsplatsen, t.ex. genom kamratstöd och arbetsledarinsatser. Varje ambulansstation har sitt tillvägagångssätt för krishantering, vilket kan leda till stora skillnader mellan olika stationer.

Arbetskyddsstyrelsen har utvecklat föreskrifter om krisstöd som beskriver att chefer och arbetsledande personal ska ha kunskaper för att kunna organisera detta i de situationer som kan utlösa krisreaktioner (Arbetskyddsstyrelsen, 1999). Detta kan ske dels genom förebyggande åtgärder som att utforma krishanteringsplaner och dels genom att ha rutiner för direkt omhändertagande av personal.

## **1.2 Stressreaktioner efter traumatiska situationer**

De situationer som rapporteras vara mest traumatiska för ambulanspersonal innefattar olyckor som involverar barn, plötslig spädbarnsdöd, olyckor med många skadade, stora eldsvådor, stora trafikolyckor, brännskadade, dödsfall, våldsincidenter och mordplatser (Smith & Roberts, 2003).

De närmaste veckorna efter en traumatisk händelse upplever många det som brukar kallas normala sena stressreaktioner (Andersson, Tedfeldt & Larsson, 2000). Dessa stressreaktioner yttrar sig som sömnproblem, depression, irritation, muskelspänningar och starka känslövängningar. Dåligt samvete, skuld känslor, och självförelåelse kan plåga de drabbade. I de fall då de sena stresstörningarna inte avtar utan istället förstärks uppkommer posttraumatisk stress. Posttraumatiskt stressyndrom kan definieras som ett långvarigt restillstånd efter exceptionell krissituation (Belfrage, 2005).

För att kunna bedöma om man är i riskzonen för eller har börjat utveckla posttraumatisk stress finns en lista att gå efter för att känna igen varningstecken (Larsson & Österdahl, 1995).

Minst en av följande påträngande upplevelse ska ständigt återkomma. Det kan vara plågsamma minnesbilder och drömmar av händelsen, hallucinationer där händelsen upplevs igen eller kraftigt psykiskt obehag vid liknande situationer.

Vidare ska minst tre av följande beteenden förekomma hos den drabbade. Det kan vara att undvika tankar, känslor och aktiviteter som rör den traumatiska händelsen. Försök till att glömma svåra delar av traumat och att tappa intresse för saker som tidigare var av betydelse. En del känner sig isolerade och får problem i nära relationer. Andra kan ha svårt att se ljuset på framtiden när det gäller karriär och det sociala livet.

Slutligen ska minst två av följande symtom återkomma; sömnsvårigheter, irritation, oro, koncentrationssvårigheter och att ständigt se faror i omgivningen. Det kan också yttra sig som fysisk spänning vid liknande situationer eller vid platser som påminner om händelsen.

### **1.3 Åtgärder för att förebygga posttraumatisk stress**

Det finns olika tillvägagångssätt när det gäller bearbetning av traumatiska händelser; allt från kamratstöd, avlastningssamtal till debriefing. Syftet med samtalen är att lindra smärtsamma reaktioner, samt att minska fysiska och psykiska stressreaktioner. De är även till för att förkorta återhämtningsprocessen och för att finna dem i personalen som behöver ytterligare stöd.

Kamratstöd sker ofta spontant och är en stödinsats från en vän eller arbetskamrat (Andersson, Tedfeldt & Larsson, 2000). Det kan handla om att lyssna, trösta och fråga hur det är. Det är viktigt att skapa trygghet och det kan ske genom fysisk beröring (Larsson och Österdahl, 1995). Det är även av betydelse att personen får prata om vad de har mött och blivit påverkade av. En kamratstödjare behöver framför allt finns till hands och vara en aktiv lyssnare. Kamratstöd är ingen teknik utan ett förhållningssätt och ska vara en del av det sociala nätverket där arbetskamrater stöttar varandra. Det är en viktig del i stresshanteringsprocessen. Kamratstöd uppfattas som ett framgångsrikt sätt att förebygga psykisk ohälsa (Michèlsen, Löfvander, Eliasson & Schulman, 1999). Det bör grunda sig på förtroende samt respekt för varandras kompetens och personlighet. Det förekommer främst inom den egna yrkesgruppen där kritiska händelser relaterat till arbetet diskuteras. Jonsson och Segesten (2004) menar att för att hantera överväldigande känslor är det nödvändigt att prata om dem med sina arbetskamrater, vänner och familjemedlemmar. Genom att samtala med dessa personer minskas de negativa effekterna av händelsen och bearbetningen påbörjas.

Avlastningssamtal är något som sker i direkt anslutning till händelsen där samtal sker om det inträffade innan arbetspasset avslutas (Andersson, Tedfeldt & Larsson, 2000). Det ges utrymme för känslomässig avreagering och att diskutera om det inträffade. Det sker ofta vid större olyckor och vid behov bestäms även tid för eventuell debriefing.

Debriefing är en form av bearbetning i grupp där deltagarna får gå igenom sin upplevelse av den omskakande händelsen (Dyregrov, 2003). Den består av en genomgång av själva händelseförloppet och de intryck som var starkast. Målet med debriefing är att minska starka



och negativa känslor samt att ge tid till reflektion över olyckstillfället, för att förebygga posttraumatisk stress (Larsson & Österdahl, 1995). Det är även värdefullt att som personal få tillfälle till en känslomässig bearbetning (Isaksson & Ljungquist, 1997). Uppföljningen kan delas in i informell enkel eller formell debriefing. Vid informell debriefing diskuteras händelsen direkt efteråt utan att någon gruppleddare har initierat det. Det sker ofta spontant i personalrummet över en kopp kaffe. Det finns även enkel debriefing där gruppleddaren är med och leder samtalet. När det gäller den formella debriefingen så ska det ske med en ledare som är neutral och som har utbildning för att genomföra det. Detta kallas även emotionell debriefing och det sker mellan 1-3 tillfällen, utan tidsgräns och i mindre grupper. Det ska inte avbrytas under samtalets gång och all personal som varit involverade bör delta t ex polis, brand- och sjukvårdspersonal.

I England genomfördes en studie (Thompson, 1993) där enkäter delades ut till 40 personer inom ambulanssjukvården samt till 28 polismän. De använde sig av Impact of Event scale (IES) för att mäta posttraumatisk stress och The General Health Questionnaire (GHQ) som mäter hälsotillstånd. Ambulanspersonalen fick högre värden på IES samt GHQ än vad polismännen fick, vilket tyder på mer psykisk ohälsa. Det framkom i studien att polismännen hade möjlighet att bli tagna ur tjänst om det fanns ett behov av det. De hade även tillfälle till debriefing där både det praktiska genomförandet samt den känslomässiga delen bearbetades. De diskuterade tillsammans hur de reagerat på uppdraget. Thompson menar vidare att det är viktigt att det finns personer på arbetsplatsen som ansvarar för kamratstöd. De ska vara lämpade för den typen av samtal samt erbjudas utbildning för att hantera uppgiften.

Irving och Long (2001) undersökte i sin studie upplevelsen av debriefing för anhöriga i direkt anslutning till en traumatisk händelse. Inom 24 timmar togs kontakt med de tre kvinnorna som ingick i studien och sedan startade debriefingen. De följdes sedan upp efter ett halvår och var positiva till den bearbetningen de fått. Resultatet visade att de ansåg att debriefing var fördelaktigt för det gav dem styrka och hopp för framtiden. Det var ett tryggt forum att uttrycka sina behov och prata om sina erfarenheter.

En annan studie av Sijbrandij, Oloff, Reitsma, Carlier och Gersons (2006) kunde inte stärka användbarheten av debriefing för att reducera symtom av posttraumatisk stress, oro och depression. De använde sig av 236 civila personer som överlevt en traumatisk händelse. Uppföljningen skedde efter 2 veckor, 6 veckor och 6 månader. Efter en 6 månaders period

fanns ingen signifikant skillnad mellan de grupper som deltagit vid debriefing och de som inte fått det. Symtomen hade avtagit över tid i samtliga grupper.

#### **1.4 Problemformulering**

Ambulanspersonal utsätts ständigt för händelser som kan leda till att de utvecklar posttraumatisk stress. Ofta får de direkt drabbade tillfälle till bearbetning, men inte personalen som deltagit vid händelsen, vilket föranledde intresset till att undersöka förekomsten av posttraumatisk stress hos ambulanspersonal.

#### **1.5 Syfte**

Syftet med studien var att beskriva förekomsten av posttraumatisk stress bland ambulanspersonal samt skillnader mellan yrkesgrupper. Syftet var även att beskriva lokala riktlinjer för hantering av traumatiska händelser.

#### **1.6 Frågeställningar**

1. Hur vanligt förekommande är posttraumatisk stress bland ambulanspersonal vid en ambulansstation i Mellansverige?
2. Framkommer skillnader i förekomst av posttraumatisk stress mellan yrkesgrupperna ambulanssjukvårdare och ambulanssjusköterska?
3. Vilka lokala riktlinjer finns för att hantera traumatiska händelser på ambulansstationen?
4. Vilka typer av händelser beskriver ambulanspersonalen som traumatiska?
5. Vilka former av bearbetning förekommer på arbetsplatsen efter en traumatisk händelse?

## **2. Metod**

### **2.1 Design**

I studien användes en beskrivande och jämförande design (Brink & Wood, 2001).

## **2.2 Urval och undersökningsgrupp**

Det fanns 90 anställda i utryckningstjänst vid den aktuella ambulansstationen. Det var 42 ambulanssjukvårdare, varav fyra kvinnor och 38 män. Det fanns 48 ambulanssjuksköterskor och av dem var 13 kvinnor och 35 män. Ett antal av dessa var sjukskrivna och tjänstlediga då enkäterna delades ut. Bekvämlighetsurval användes för att få hög svarsfrekvens (Polit & Beck, 2004). Det var sammanlagt 65 enkäter som delades ut, till de fem arbetsgrupperna. Bortfallet bestod av två enkäter som inte lämnades in. Det var 63 personer som deltog i undersökningen, varav 29 ambulanssjukvårdare och 31 sjuksköterskor. Av dem var 10 kvinnor och 50 var män. Det var även 3 personer som inte fyllde i bakgrundsdata så som kön, yrkesgrupp och ålder. Det var 2 personer som var mellan 20-30 år, 49 personer som var mellan 31-50 år och 9 personer som var mellan 51-65 år.

## **2.3 Datainsamlingsmetod**

Vid datainsamlingen användes ett mätinstrument, Impact of Event Scale (IES-15).

Instrumentet har utformats av Mardi Horowitz och finns beskrivet i olika studier (Jonsson m.fl. 2003; Socialstyrelsen, 1994). Det innehåller 15 påståenden om tankar och känslor som kan förekomma efter en traumatisk händelse. Vardera påstående har fyra svarsalternativ som ger olika numeriska värden. Inte alls = 0, sällan = 1, ibland = 3, ofta = 5. Det fanns även öppna frågorna där deltagaren skulle tänka på en traumatisk händelse relaterat till arbetet och värdera den utifrån svarsalternativen samt kort beskriva händelsen. De fick även svara på om de deltagit vid någon typ av bearbetning efter en traumatisk händelse på sin arbetsplats och i så fall beskriva den, samt svara på om det fanns kamratstöd på arbetsplatsen.

Bakgrundsvariabler som kön, ålder och yrkesgrupp efterfrågades i enkäten (Bilaga 1). Vid summering av värdena för IES-15 kunde resultatet variera mellan 0- 75. Resultat som är 31 poäng och över indikerar en traumatisk stressreaktion.

Enligt Lundin (1995) sammanställdes gränsvärden (Tabell 1) efter ett 40- tal studier.

Tabell 1. Stressreaktion

Poäng	Typ av reaktion
< 20	Normal eller lätt reaktion, väl förberedd för händelsen.
20-30	Måttlig reaktion, drabbade bör följas upp.
31-40	Traumatisk stressreaktion med sannolikhet för PTSD.
41-50	Svår stressreaktion, hög sannolikhet för PTSD, behov av behandling.
> 50	Drabbade bör undersökas med personliga strukturerade intervjuer med avseende på bedömning av PTSD, uppföljning, specialistvård.

PTSD= Posttraumatisk stress

En beräkning skedde utifrån både totalskalan och de två delskalorna; *intrusion*, påträngande upplevelser fråga 1,4,5,6,10,11,14 och *avoidance*, undvikande beteende fråga 2,3,7,8,9,12,13, 15 (Bilaga1). IES-15 har visat värden för reliabilitet mätt med Cronbachs alpha på 0.78 när det gäller påträngande påståendena och 0.82 för de undvikande påståendena (Horowitz, 1979). De gällande riktlinjerna för krishantering vid den aktuella ambulansstationen delgavs författarna av biträdande avdelningschef (Bilaga 2).

## 2.4 Tillvägagångssätt

Vid ambulansstationen tillfrågades muntligen berörd chef och denne gav sitt samtycke till studien. Han tog även fram de lokala riktlinjer som de har för hantering av trauma för personal (Bilaga 2). Efter skriftlig information till berörd chef (Bilaga 3) och tillstånd på ambulansstationen, delades enkäterna ut till personal. Innehållet bestod av två delar, dels ett försättsblad (Bilaga 4) med en kort beskrivning av studien samt information till deltagarna om instrumentet, dels själva enkäten (Bilaga 1). En av författarna informerade muntligen om studien på ett personalmöte och därefter började enkäterna delas ut med hjälp av biträdande avdelningschef. Vid samlingar som inleder varje arbetspass fick alla fem arbetsgrupper möjlighet att delta i studien. Under ett dygn arbetade minst 24 personer i två skift och börjar antingen på morgonen eller på kvällen. Enkäter delades ut till dem som fanns tillgängliga på stationen vid de tillfällena, tills tillräckligt många enkäter samlats in. De lämnades ut i kuvert och lämnades tillbaka i slutna kuvert, i en låda på stationen. De flesta lämnade in enkäterna direkt efter samlingen, medan ett fåtal lämnades in senare.

## **2.5 Dataanalys**

Enkätfrågorna bearbetades i SPSS enligt ett poängsystem, vilka summerade totalsumman för respektive skala. Vid dataanalys användes beskrivande (medelvärde, standardavvikelse, procent och antal) och analytisk statistik. I den analytiska delen användes oberoende t-test för att testa skillnader mellan de två yrkesgrupperna. I två enkäter lämnades fråga 7 och 12 obesvarade och det värdet ersattes med medelvärdessubstitution (Polit och Beck, 2004). De tre öppna frågorna sammanställdes var för sig och delades in i kategorier. Citat från svaren som belyste kategorierna togs med i resultatet. Författarna har bearbetat och sammanställt svaren och presenterar dem i tabeller och löpande text. De lokala riktlinjerna sammanställdes och jämfördes med Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om första hjälpen och krisstöd (1999) som angavs som referens.

## **2.6 Forskningsetiska överväganden**

Enkäterna delades ut vid en av författarnas arbetsplats, vilket kan ha medfört press att delta i studien. Det var därför viktigt att understryka, både muntligt och skriftligt, att studien var frivillig (Bilaga 4). Data hanterades konfidentiellt, så att resultatet inte kunde avslöja någon enskild persons svar.

## **3. Resultat**

Resultatet presenteras både i löpande text samt i tabeller utifrån de fyra frågeställningarna. Varje kategori kommer att styrkas med minst ett citat.

### **3.1 Förekomst av posttraumatisk stress**

Det var 47 personer som fick under 20 poäng vilket är en normal eller lätt reaktion. Av dem var 19 ambulanssjukvårdare och 28 var ambulanssjuksköterskor. Det var även 3 som inte hade fyllt i yrkesgrupp och redovisas därför inte i tabellen. Samtliga av dem fick under 20 poäng. Det var 10 personer som fick mellan 20-30 poäng vilket är en måttlig reaktion, var av 7 var ambulanssjukvårdare och 3 var ambulanssjuksköterskor. Det var 3 personer som fick mellan 31-40 poäng, vilket tyder på en traumatisk stressreaktion och de var samtliga ambulanssjukvårdare. Det var ingen av deltagarna i enkäten som fick mer än 33 poäng.

Tabell 2. Förekomst av posttraumatisk stress

Yrkesgrupp	< 20 p (%)	20-30 p (%)	31-40 p (%)	41-50 p	>50 p
Ambulanssjukvårdare	19	7	3		
Ambulanssjuksköterska	28	3			
Totalt	47 (78)	10 (17)	3 (5)		

N=60

### 3.2 Skillnader mellan yrkesgrupper

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan yrkesgrupperna när det gällde *intrusion*, de påträngande påståendena i enkäten. Det var däremot en signifikant skillnad mellan yrkesgrupperna för *avoidance*, de undvikande påståenden. Ambulanssjukvårdarna hade ett högre medelvärde (6,84) än ambulanssjuksköterskorna (3,14), då *avoidance* skalan summerade (Tabell 3). Ambulanssjukvårdarna använde sig oftare av de undvikande påståendena. När det gäller totalskalan fanns inga skillnader mellan yrkesgrupperna.

Tabell 3. Skillnader mellan yrkesgrupperna för delskalor och totalskalan för IES-15

Skala	Ambsjv (n=29)		Ambssk (n=31)		t-värde	p-värde	df
	M	(SD)	M	(SD)			
Intrusion	7,69	(5,56)	7,77	(4,07)	0,068	0,95	58
Avoidance	6,84	(6,20)	3,14	(3,76)	2,77	0,008	45,54
Total IES-15	14,53	(10,63)	10,91	(6,24)	1,62	0,11	58

Ambsjv= Ambulanssjukvårdare Ambssk= Ambulanssjuksköterska M= Mean SD= Standardavvikelse

### 3.3 Lokala riktlinjer för ambulansstationen

Akut- och rehabiliteringsdivisionen vid det aktuella sjukhuset har fastställt riktlinjer (Bilaga 2) för åtgärder vid särskild händelse som omfattar ambulanspersonal. Arbetsmiljöarbetet inriktas huvudsakligen på förebyggande åtgärder, men även åtgärder för att minska negativa konsekvenser efter olycka, akut sjukdom eller annat allvarligt tillbud. Vidare beskrivs att personalen utsätts för starka påfrestningar vid omhändertagande av svårt sjuka människor, skadade eller de som förekommit samt deras anhöriga. Det kan vara psykiskt påfrestande att arbeta under dessa situationer. Exempel på situationer som kan utlösa krisreaktioner kan vara plötsliga och extrema påfrestningar såsom allvarliga tillbud, våld eller hot om våld, arbetskamraters död eller svår sjukdom.

Arbetskyddsstyrelsens föreskrifter AFS 1999: 7 reglerar handlingsplanen som följs på ambulansstationen. Det första som ska ske efter ett tillbud är att tjänsteman i beredskap (TiB)

kontaktas. Gemensamt diskuteras sedan hur vida det är aktuellt att berörd personal tas ur tjänst. Sjukhuskyrkans personal kan dygnet runt bistå med hjälp och stöd. Jourhavande läkare vid den psykiatriska akutmottagningen kan dessutom kontaktas för ytterligare förstärkning och avlastning. Ambulanspersonalen kan även vända sig dit då anhöriga till avliden behöver stöttning. Personalen som deltagit vid händelsen bör innan hemgång tillsammans samtala om det som hänt. Närmaste chef ska snarast organisera avlastningssamtal och ytterligare hjälp vid behov. Ifall någon i personalen skadats i tjänst ska det anmälas till jourinspektör vid Arbetsmiljöinspektionen. Det är även nolltolerans vid hot om våld eller våld mot medarbetare. Det ska alltid polisanmälas och vid eventuell rättegång ska lämplig hjälp erbjudas. Vid särskild händelse ska avvikelserapport skrivas enligt gällande rutiner. Ambulansstationens riktlinjer stämmer väl överens med Arbetskyddsstyrelsens föreskrifter som de refererar till. De innehåller både information vid akut omhändertagande av patienter samt krisstöd för personal.

### **3.4 Traumatiska händelser**

I fråga 1, öppna frågor, uppmanades ambulanspersonalen att kortfattat redovisa den traumatiska händelse som de tänkte på då de besvarade enkäten. Det som beskrevs flest gånger var olyckor som involverade barn och kunde vara allt från plötslig spädbarnsdöd, olyckshändelser, trafikolyckor till mord. Svåra trafikolyckor med flera skadade var också något som många av deltagare angav som traumatiskt. Ett fåtal nämnde även självmord, våld i tjänsten eller hot om våld samt brand (Tabell 4). Ett antal beskrev stress vid omhändertagande av anhöriga i kris efter olika tillbud. I några fall beskrev deltagarna en trafikolycka som involverade barn, det vill säga upp till 18 år, och dessa föll in under den första kategorin i tabell 4. I några enkäter fanns flera händelser beskrivna och därför finns det fler svar än deltagare i tabellen.

Tabell 4. Händelser som beskrevs som traumatiska

Typ av händelse	Antal	%
Olycka som involverade barn	28	42
Trafikolycka	14	21
Själv mord	4	6
Våld i tjänsten	2	3
Brand	1	1,5
Svarade nej	2	3
Obesvarad	9	13,5
Mindes ej någon speciell händelse	7	10
Totalt antal nämnda händelser	67	100

N=63

”Barn 8 år lekt i schakt hög fått ett stenblock över sig ca 200 kg troligen avled omgående.”

”En småbarnsfar som kört in i parkerat lastbildsläp, fått dragstången in genom kupén på sin bild och rakt genom kroppen. 4 årig dotter var medpassagerare och satt på barnkudde, klarade sig helt oskadd. Flickans upplevelser av händelsen innan räddningspersonal och civilister lämnade en själv inte helt opåverkad vid tidpunkten för händelsen.”

”Folk som kastar sig framför tåget och man får gå och plocka delar.”

”Patienten tog ett stryp tag och hotar med att skära av mig halsen.”

”En bilbrand med tre innebrända.”

”Tänkte inte på någon speciell händelse utan över lag. Har trots över 10 år i ambulans inte varit med om något riktigt jobbigt tycker jag.”

### 3.5 Bearbetning av traumatisk händelse

I fråga 2, öppna frågor, uppmanades ambulanspersonalen att kortfattat redovisa om de deltagit vid någon form av bearbetning på sin arbetsplats i samband med en traumatisk händelse.

Nästan hälften av deltagarna angav att de aldrig hade deltagit vid någon form av bearbetning på sin arbetsplats. Det var nästan en tredjedel av personalen som svarade att de använt sig av kamratstöd (Tabell 5). Kamratstöd beskrevs av deltagarna som något som skedde på eget initiativ där de samtalande med varandra om händelsen. Ofta med kollegan i samma bil samt övriga i gruppen som arbetade i samma skift.



Tabell 5. Bearbetning på arbetsplats

Typ av bearbetning	Antal	%
Kamratstöd, ej organiserad	18	29
Debriefing, organiserad	10	16
Uttagen ur tjänst	1	1,5
Fått psykolog hjälp	1	1,5
Svarade nej	28	44
Obesvarad	5	8
Totalt	63	100

N=63

”Sker ofta med kollegor, man pratar om det som hänt. Vad som var bra eller mindre bra. Vad vi kunde ha gjort annorlunda”.

”Mera eftersnack, hur fungerade arbetet placering av fordon, kommunikation m.m. med möjlighet att yttra sig även om övrigt jobbig situation”.

Ett antal angav att de deltagit vid debriefing som skett i efterförloppet av olyckstillfället. Debriefing beskrevs som något som skedde på arbetsgivarens initiativ och är en form av organiserad bearbetning av en traumatisk händelse. Det kan även ske ihop med annan utryckningspersonal samt akutmottagningspersonal.

”Vi satt ner alla som var med om det direkt efter tillsammans med personalen på akutmottagningen och berörda läkare. Gick igenom vad som hänt, vad som gjordes och om man kunnat göra på något annat vis”.

”Det är ofta rena tekniska genomgångar tillsammans med brand, polis och akuten personal som varit på samma larm.”

Ett fåtal beskrev även att de blivit uttagna ur tjänst eller att de fått psykolog hjälp.

”Ja, vi blev urtagna ur tjänst, så vi fick debrifa.”

”Stationschefen och psykolog hos läns hälsoenheten”

### 3.6 Stödåtgärder på arbetsplats

I fråga 3, öppna frågor, uppmanades ambulanspersonalen att kortfattat redovisa om det finns någon form av kamratstöd på arbetsplatsen och hur den fungerar.

Tabell 6. Kamratstöd

Svarskategorier	Antal	%
Kamratstöd, ej organiserad	30	45
Debriefing, organiserad	6	9
Uttagen ur tjänst	3	4,5
Svarade nej	15	22,5
Obesvarad	5	7
Vet ej	8	12
Totalt	67	100

N=63

De allra flesta beskrev kamratstöd som den form av bearbetning som används oftast på arbetsplatsen.

”Det går alltid att prata av sig med sina kollegor, även om det kanske inte blir några djupgående samtal. Men kamratstöd, ja”.

”Det psykosociala stödet inom arbetslaget finns naturligt där, tillgång till kuratorer etc. tas för givet om behov skulle komma att uppstå då min anställning är i en stor landstingsorganisation.”

”Vi är alla kamrater på min arbetsplats... vill man ha proffshjälp finns ett team på sjukhuset som kan bistå”.

”Man kan tas ur tjänst efter något jobbigt har hänt. Debriefing, vid större händelser”.

I några enkäter beskrevs flera sätt att hantera svåra händelser och därför finns det fler svar än deltagare i tabellen.

## 4. Diskussion

### 4.1 Huvudresultat

I resultatet visade 5 % av deltagarna på en traumatisk stressreaktion med sannolikhet för posttraumatisk stress. Det var ingen av deltagarna som visade på en svår stressreaktion med hög sannolikhet för posttraumatisk stress enligt de gränsvärden som Lundin (1995) sammanställt. Resultatet visade även på en signifikant skillnad mellan yrkesgrupperna. Ambulanssjukvårdarna hade ett högre medelvärde när det gällde *avoidance*, undvikande påståenden, jämfört med ambulanssjuksköterskorna. I de lokala riktlinjerna för hantering av traumatiska situationer vid den aktuella ambulansstationen beskrevs att personalen gemensamt ska samtala om händelsen. Närmaste chef är ansvarig för att avlastningssamtal sker så snart som möjligt. Vid behov ska även ytterligare hjälp erbjudas. Resultatet visade vidare att de händelser som personalen ansåg vara mest traumatiska var olyckor som involverade barn, trafikolyckor, självmord, våld i tjänst samt brand. Mer än hälften av deltagarna angav även att de inte deltagit vid någon form av bearbetning. En tredjedel svarade att de använt sig av kamratstöd, men inte i organiserad form. Ett mindre antal angav att de deltagit i debriefing, som arbetsledningen organiserat. Det var ungefär lika stor procentsats som ansåg att det fanns kamratstöd på arbetsplatsen som de som hävdade motsatsen. Ett fåtal angav att debriefing förekom samt att bli uttagen ur tjänst.

### 4.2 Resultatdiskussion

Det var ett fåtal som visade sig ha posttraumatisk stress enligt enkäten. I studien framkom att det var ett lågt antal, 5 %, av personalen som med sannolikhet led av posttraumatisk stress. Den övervägande delen hade en lätt reaktion medan ett mindre antal hade vad som kan beskrivas som en måttlig reaktion. Jonsson m.fl. (2003) visade i sin studie att 15,2 % fick 31 poäng eller över. De hade ett betydligt större antal deltagare, vilket kan vara en förklaring till den lägre procentsatsen i föreliggande studie.

I och med den nya lagen att det ska vara minst en sjuksköterska i varje akutambulans, har många nya sjuksköterskor anställts (Socialstyrelsen, 1999). Det innebär att många i denna yrkesgrupp inte har tjänstgjort under lika lång tid som en stor del av ambulanssjukvårdarna. Troligen har de som arbetat längre också varit mer utsatt för fler traumatiska händelser, än de nyanställda ambulanssjuksköterskorna. Det kan vara en förklaring till skillnaderna mellan

yrkesgrupperna då det gäller *avoidance*. En undvikande bearbetningsform kan vara något som utvecklas relaterat till antal år i tjänst. Alexander m.fl. (2001) har i sin studie kommit fram till att det finns ett samband mellan år i tjänst och utbrändhet.

Sterud, Ekeberg och Hem (2006) diskuterar i sin studie orsaken till att en del personer är mer mottagliga för påverkan av stress. De menar att det kan bero på vilken copingstrategi som används och vilka förväntningar som finns. Stöd från arbetskolligor, arbetsledning och även det sociala stödet utanför arbetet kan påverka. Ålder, kön och utbildningsnivå kan vara andra orsaker som inverkar. Thompson och Suzuki (1991) visade i sin studie att *avoidance* var en av de vanligaste copingstrategierna som användes vid traumatiska händelser.

En annan förklaring till skillnaderna mellan yrkesgrupperna när det gäller *avoidance* kan vara utbildningsnivå. Statistiska centralbyrån gör varje år på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut en enkätundersökning angående folkhälsan i Sverige (Statens folkhälsoinstitut, 2007). Frågor som ingick i enkäten var förekomst av huvudvärk, oro, ångest, trötthet, sömnbesvär, stress samt psykiskt välbefinnande. Resultatet från 2007 års undersökning visade på ett samband mellan utbildningsnivån och psykisk ohälsa. Det visade sig att besvär så som ångest, oro och ängslan var vanligare bland kvinnor och män med kort utbildning jämfört med dem som hade en längre utbildning. Män med kortare utbildning hade både lägre grad av psykisk välbefinnande samt var mer stressade än män med längre utbildning. Kvinnor med kortare utbildning var mer besvärade av trötthet och sömnproblem än kvinnor med längre utbildning. I föreliggande studie var det ambulanssjukvårdarna som använde sig mer av *avoidance*, vilket skulle kunna bero på kortare utbildning.

På den första öppna frågan var det 18 personer som inte mindes någon speciell traumatisk händelse, svarade nej eller lämnade frågan obesvarad. Av dem var 9 ambulanssjukvårdare och 8 ambulanssjuksköterskor samt 1 person som inte hade fyllt i yrkesgrupp. Orsaken till att dessa enkätfrågor inte blivit besvarade kan bero på att personalen inte mindes eller kunde återge någon speciell händelse. Det kan även vara en form av undvikande beteende. Det var däremot ingen markant skillnad mellan yrkesgrupperna.

I de lokala riktlinjerna för krishantering vid ambulansstationen beskrivs framför allt större olyckor som traumatiska händelser för personalen. När det gäller vad deltagarna i studien ansågs vara en traumatisk händelse beskrev 42 % olyckor som involverade barn och 14 % beskrev trafikolyckor. Alexander m.fl. (2001) visade i sin studie att de situationer som mest

påverkade personalen var då barn förolyckats. Andra situationer som nämndes var olycka med många inblandade, bristande stöd från kollegor eller då personalen kände patienten personligen. Clohessy och Ehlers (1999) visade också i sitt resultat att de för personalen mest stressfulla situationerna involverade barn. De beskrev även vardagliga förhållanden såsom skiftarbete, falska larm och arbetets oplanerade karaktär som stressframkallande faktorer. Ploeg och Kleber (2003) kom fram till liknande resultat av sin studie i Nederländerna. De tre mest stressfulla situationerna var då personalen mötte skadade eller sexuellt utnyttjade barn samt människor i stor nöd. Nästan hälften av deltagarna hade varit med om flera traumatiska händelser under en femårsperiod. Många av deltagarna i föreliggande studie har angivit olyckor som involverar barn som en av de mest traumatiska situationerna. Det ligger därför ett stort ansvar hos arbetsgivaren att erbjuda stöd och uppföljning i dessa fall. Riktlinjerna och rutiner för omhändertagande av personal vid den typen av händelser bör ses över och förtydligas.

Det var 44 % i föreliggande studie som aldrig deltagit vid någon typ av bearbetning på sin arbetsplats, trots att många angav en traumatisk händelse i arbetet. Det var även 8 % som lämnade frågan obesvarad, vilket tillsammans är mer än hälften av deltagarna i studien. Enligt de lokala riktlinjer som finns på ambulansstationen ska närmaste chef erbjuda avlastningssamtal efter en traumatisk händelse. Det ska även ges tid för återhämtning så att deltagarna tillsammans kan gå igenom händelseförloppet innan arbetsdagen är avslutad. Alexander m.fl. (2001) redovisade i sitt resultat att 73 % av gruppen inte ansåg att ambulansorganisationen i stort var angelägna om personalens välbefinnande efter en större olycka. Thompson (1993) visade också i sin studie att ambulanspersonalen ansåg att det fanns brister i relationen mellan ledning och personal. De ansåg sig inte uppskattade för sin yrkeskunskap. Bristen på socialt stöd av kollegor och arbetsledning visade sig ha ett samband med den mentala hälsan (Ploeg & Kleber, 2003).

Kamratstöd svarade 45 % deltagarna att de använder sig av för att bearbeta olika händelser. Det är även 41,5 % som svarade antingen nej på frågan om hur vida kamratstöd fanns på arbetsplatsen, lämnade frågan obesvarad eller förklarade att de inte visste.

### **4.3 Metoddiskussion**

I studien användes ett reliabilitetstestat instrument, vilket är en styrka. Instrumentets mätnoggrannhet har testats med Cronbach-Alpha och Test-retest (Horowitz, Wilner &

Alvarez, 1979). Upprepade mätningar bör därför ge samma värde och ska inte bero på slumpmässiga fel (Forsberg & Wengström, 2003). Instrumentet utvecklades under flera år och testades på patienter med stressymtom (Horowitz m.fl. 1979). En ytterligare styrka i studien är den höga svarsfrekvensen i de utdelade enkäterna. Sammanlagt besvarades 63 enkäter av de totalt 65 utlämnade. Det kan ha påverkats av att en av författarna arbetar vid den aktuella ambulansstationen. Det externa bortfallet var enbart två enkäter.

En svaghet i studien är att inte all personal fick möjlighet att delta i studien om det inte var närvarande då enkäterna delades ut. När det gäller det interna bortfallet var det tre av deltagarna som inte besvarade bakgrundsfrågorna. Uträkning av procentsatserna gjordes därför utan dem och blev något lägre. Ytterligare svaghet i studien kan vara att ett icke slumpmässigt urval användes. Även år i tjänst hade kunnat efterfrågas i enkäten, vilket eventuellt hade kunnat förklara en del av resultatet i studien. Samband mellan år i tjänst samt avoidance.

#### **4.4 Slutsatser och klinisk relevans**

Det personalstöd som finns idag har visat sig vara otillräcklig då det gäller att erbjuda stöd och hjälp efter en traumatisk situation i tjänstgöring inom hälso- och sjukvården (Michélsen, Löfvander, Eliasson & Schulman 1999). Det finns riktlinjer på den aktuella ambulansstationen, i föreliggande studie, för omhändertagande av personal vid traumatiska händelser. Tjänstgörande chef ska snarast organisera avlastningssamtal och ytterligare hjälp vid behov. Närmare hälften av personalen angav att de aldrig deltagit i någon form av bearbetning på arbetsplatsen i samband med en traumatisk händelse. Uppenbarligen finns det ett behov av att informera personalen om dessa möjligheter till stöd. Det finns brister när det gäller kunskap om personalstöd och tillvägagångssätt för att få den hjälp som behövs. Arbetsledningen behöver se över sina rutiner när det gäller att erbjuda avlastningssamtal. De flesta av deltagarna hade delgivit en eller flera traumatiska händelser som har inträffat i deras yrkesutövning. De hade däremot inte blivit erbjudna eller deltagit i någon form av bearbetning. En handlingsplan finns teoretiskt men har en del brister i praktiken. Den oorganiserade bearbetningen så som kamratstöd har angivits och används av många. Enligt Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter (1999) bör arbetsledningen se till att personalen känner till hur krisstödet fungerar praktiskt. Krisstödet skall även uppdateras och utvärderas regelbundet för att kunskaperna ska hållas aktuella.

Ett förslag är att utalarmeringspersonalen vid SOS kontaktar närmsta tjänstgörande chef efter ett olycksfall där ambulanspersonal kan behöva stöd. Därefter kontaktar chefen berörd ambulanspersonal och diskuterar behov av stödsamtal samt att bli urtagen ur tjänst. Alarmeringspersonalen bör ha tydliga riktlinjer i vilka fall det kan vara aktuellt. Exempelvis större olyckor med många skadade och även situationer som involverar barn. Michèlsen, Löfvander, Eliasson och Schulman (1999) ger som förslag i sin rapport att systematiskt beskriva de belastningar som uppfattas som psykiskt påfrestande på arbetsplatsen. Om de identifieras ökar också förståelsen för behovet av stödåtgärder inom personalgruppen och genomförandet av dem blir då mer accepterat. Det är viktigt att snabbt kunna sätta in åtgärder då händelsen varit akut och dramatisk. En enklare form av daglig stöd kan vara att avsluta arbetspasset med ett kortare personalmöte med dem som tjänstgjort tillsammans. Det kan vara ett tillfälle för reflektion och diskussion angående händelser under dagen. Ju mer delaktighet som utvecklas på arbetsplatsen desto mer trygghet skapas mellan kollegor.

Det finns ett behov av vidare forskning angående samband mellan ambulanspersonalens hälsa och utbildningsnivå. Det hade även varit intressant att använda andra typer av instrument. Förslagsvis sådana som mäter livskvalitet, levnadsvanor, trivsel på jobbet samt sjukfrånvaro. Det hade kunnat ge en bättre helhetsbild då inte enbart förekomst av posttraumatisk stress beskrivits. Sjuksköterskan har numera ett större medicinskt ansvar för patienten och dess betydelse hade kunnat undersökas. Det hade även varit intressant att be deltagarna ge egna förslag på förbättringar när det gäller tillvägagångssätt och bearbetningsformer av traumatiska händelser.

Slutsatser i föreliggande studie är att riktlinjer och rutiner inte verkar överensstämma i praktiken då ett stort antal av deltagarna ansåg att det inte fanns några sådana. Tillvägagångssätt när det gäller stöd efter situationer som ambulanspersonalen ansåg som traumatiska, bör vidareutvecklas.

## 5. Referenslista

- Alexander, DA., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 76- 81.
- Andersson, B., Tedfeldt, E-L., & Larsson, G. (2000). *Avlastningssamtal och debriefing. Handbok för samtalsledare*. Lund: Studentlitteratur.
- Arbetskyddsstyrelsen. (1999). Arbetskyddsstyrelsens föreskrifter om första hjälpen och krisstöd. *AFS 1999:7*, 6,10,14-15,22.
- Belfrage, E. (2005). *Medicinsk fickdagbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Boudreaux, E., Mandry, C., & Brantley, P. J. (1997). Stress, job satisfaction, coping and psychological distress among emergency medical technicians. *Prehospital Disaster Medicine*, 12, 242-249.
- Brink, P., & Wood, M. (2001). *Basic Steps in Planning Nursing Research. From Questions to Proposal*. London: Jones and Bartlett Publishers.
- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251-265.
- Dyregrov, A. (2003). *Psykologisk debriefing*. Lund: Studentlitteratur.
- Elowsson, P. (2006). Särskild händelse vid Akut och rehabiliteringsdivision. Tjänstemeddelande och PM. 2006-06-10. (s. 1). Akademiska sjukhuset, Uppsala.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm. Natur och Kultur.



- Horowitz, M., Wilner, M., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*, 209-218.
- Irving, P. & Long, A. (2001). Critical incident stress debriefing following traumatic life experiences. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *8*, 307-314.
- Isaksson, L., & Ljungquist, Å. (1997). *Ambulanssjukvård*. Stockholm: Liber AB.
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency medicine journal*, *20*, 79-84. Downloaded from emj.bmjournals.com.
- Jonsson, A., & Segesten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: A study of posttraumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing*, *12*, 215-223.
- Larsson, G., & Österdahl, L. (1995). *Krishantering. En handbok för vanligt folk*. Karlstad: Statens Räddningsverk.
- Lundin, T. (1995). *Stressreaktioner och psykiskt trauma- diagnostik och behandling*. Helsingborg: Rhone-Poulence Rorer AB.
- Michèlsen, H., Löfvander, I., Eliasson, G., & Schulman, A. (1999). *Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården*. Rapport från yrkesmedicinska enheten, 1999:6 (60).
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poljak, A., Tveith, J., & Ragneskog, H. (2006). Omvårdnad i ambulans- den första länken i vårdkedjan. *Vård i Norden*, *1*, 48-51.

- Ploeg, E., & Kleber, R-J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 40-46.
- Sijbrandij, M., Oloff, M., Reitsma, J., Carlier, I., & Gersons, B. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. *British Journal of Psychiatry*, 189, 150-155.
- Socialstyrelsen. (1999). *Socialstyrelsens föreskrift om läkemedelshantering inom ambulanssjukvård 1999:17*. Stockholm. (1-2).
- Socialstyrelsen. (1991). *Allmänna råd från socialstyrelsen. Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer 1991:2*. Stockholm. (23-25).
- Socialstyrelsen. (1994). *Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991*. Bilaga 2. (80-81). Stockholm.
- Smith, A., & Roberts, K. (2003). Interventions for Post-traumatic Stress Disorder and Psychological Distress in Emergency Ambulance Personnel: a Review of the Literature. *Emergency medicine journals*, 20, 75–78.
- Statens folkhälsoinstitut. (2007). Hälsa på lika villkor. Enkätundersökning. (1-2.) Åtkomst januari 25. [www.fhi.se/upload/ar2007/Ovrigt%202007/HLV/Teknisk%20 rapport\\_med%20 bilagor\\_nationell.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2007/Ovrigt%202007/HLV/Teknisk%20rapport_med%20bilagor_nationell.pdf).
- Statens folkhälsoinstitut. (2007). Resultat 2007. (1-2.) Åtkomst januari 25. [www.fhi.se/templates/Page\\_12016.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page_12016.aspx).
- Statens folkhälsoinstitut. (2007). Psykisk ohälsa. (3,11,15,19,23,27,31.) Åtkomst januari 25. [www.fhi.se/load/ar2007/Ovrigt%202007/HVL/psykisk%20hälsa\\_nat07.pdf](http://www.fhi.se/load/ar2007/Ovrigt%202007/HVL/psykisk%20hälsa_nat07.pdf).
- Sterud, T., Ekeberg, O., & Hem E. (2006). Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Service research*, 6, 82.

Sundin, E., & Horowitz, M. (2003). Horowitz's Impact of Events Scale Evaluation of 20 Years of use. *Psychosomatic Medicine*, 65, 870-876.

Thompson, J., & Suzuki, I. (1991). Stress in ambulance workers. *Disaster Management*, 3, 193-197.

Thompson, J. (1993). Psychological impact of body recovery duties. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86, 1-2.

**Impact of Event Scale (IES-15)****Bilaga 1**

Nedan följer ett antal påståenden om tankar och känslor, som kan förekomma när man varit med om en traumatisk situation. Läs varje påstående och tänk på en sådan händelse relaterad till ditt arbete. Ange med ett kryss för varje påstående det svarsalternativ som bäst stämmer in.

	Inte alls	Sällan	Ibland	Ofta
1. Jag har oavsiktligt kommit att tänka på händelsen.				
2. Jag har försökt att låta bli att bli upprörd när jag har kommit att tänka på det som har hänt eller blivit påmind.				
3. Jag har försökt att rationalisera bort det.				
4. Jag har haft svårt att somna eller sovit oroligt på grund av tankar och eller minnesbilder från händelsen.				
5. Jag har drabbats av återkommande starka känslor.				
6. Jag har drömt om det.				
7. Jag har undvikit det som påminner mig om det.				
8. Det har känts överkligt eller som det inte har inträffat.				
9. Jag har försökt att undvika att tala om vad som har hänt.				
10. Minnesbilder har dykt upp i mitt huvud.				
11. Saker och ting har påmint mig om det.				
12. Jag är klar över att jag fortfarande har intensiva känslor, men jag har inte släppt fram dem.				

Inte alls                      Sällan                      Ibland                      Ofta

13. Jag har försökt undvika att tänka på vad som har hänt.				
14. Allt som påminner om händelsen uppväcker starka känslor.				
15. Mina känslor kring vad som varit känns som bedövande.				

Referens: Instrumentet har utformats av Mardi Horowitz och finns beskrivet i olika studier. Socialstyrelsen. (1994). *Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991*. Bilaga 2. S. 80-81. Socialstyrelsen, Stockholm.

1. Kan du kortfattat beskriva den traumatiska händelsen som du tänkte på när du besvarade enkäten?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Har du deltagit i någon form av bearbetning av en traumatisk händelse på din arbetsplats?  
Om ja, beskriv hur den gick till?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Finns det någon typ av kamratstöd efter traumatiska händelser på din arbetsplats?  
Om ja, beskriv hur det fungerar?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Kön

Man  Kvinna

5. Vilken ålderskategori tillhör Du?

20-30 år  31-50 år  51-65 år

6. Vilken yrkesgrupp tillhör Du?

Ambulanssjukvårdare  Ambulanssjuksköterska



**AKADEMISKA  
SUKHUSET**

Område	Nr	Tjänstemeddelande och PM	Fastställt datum
Arbetsmiljöarbete			2004-11-24
Enhet	Titel		Revideringsdatum (giltigt ett år)
Akut- och rehabiliteringsdivisionen	Särskild händelse vid Akut- och rehabiliteringsdivision		2006-08-10
Fastställt av			Revisionsansvarig
Per Elowsson			Per Elowsson

*utifrån lokala riktlinjer hänvisas följande*

**Bakgrund:** Arbetsmiljöarbetet omfattar framför allt förebyggande åtgärder, men även åtgärder för att minska följdverkningarna efter olycka, akut sjukdom eller annan allvarlig händelse. För akut- och rehabiliteringsdivisionens medarbetare kan arbetet i sig innebära starka påfrestningar då medarbetarna ska vårda och ta hand om svårt sjuka människor, samt människor som skadats eller omkommit. Att hjälpa människor i nöd och ta hand om anhöriga till skadade eller drabbade kan vara psykiskt belastande.

**Arbetskyddsstyrelsens föreskrift AFS 1999:7** reglerar vårt handlande vid särskild händelse.

Exempel på situationer som kan utlösa krisreaktioner

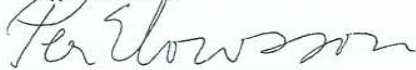
- Arbetsolyckor/allvarliga tillbud
- Våld och hot om våld
- Arbetskamraters död eller svåra sjukdom
- Olyckor och katastrofer på och utanför arbetsplatsen
- Yrckspecifika plötsliga och eller extrema påfrestningar

#### Handlingsplan

1. Informera närmaste chef om det inträffade via telefon eller via e-post så snart som möjligt. Inom ambulanssjukvården skall Tjänsteman i Beredskap (TIB) sökas dygnet runt. TIB bestämmer tillsammans med de inblandade medarbetarna om de ska tas ur tjänst efter händelsen. Vid behov kan även medarbetare inom VO akutsjukvården söka TIB för råd och stöd.
2. Vid särskild händelse kan sjukhuskyrkans personal nås via växel alla dagar 07.00-22.00. Nattetid finns en person i beredskap som också kan nås via växel. Psykjouren kan kontaktas för ytterligare förstärkning och avlastning.
3. Vid tillfällen då det inte finns någon patient inblandad skall polis och ambulanspersonal vända sig till psykiatri för omhändertagande av drabbade anhöriga.
4. De medarbetare som varit inblandade i "särskild händelse" uppmanas att tillsammans tala igenom vad som hänt innan arbetspasset avslutas.
5. De inblandade medarbetarna skall erbjudas tid för avlastningssamtal så snart som möjligt. Närmaste chef ansvarar för det. Vid behov kan ytterligare stödjande insatser bli aktuella.
6. Om någon medarbetare skadats eller befaras ha skadats skall anmälan snarast göras till jourinspektör vid Arbetsmiljöinspektionen via dess växel 08-475 01 00.
7. Vid akut- och rehabiliteringsdivisionen gäller nolltolerans vid hot om våld eller våld mot medarbetare. Därför skall **polisansmälan alltid göras**. Medarbetare kommer att erbjudas stöd vid eventuell rättegång.

Vid särskild händelse skall i tillämpliga fall avvikelserapport skrivas enligt gängse rutin.

Uppsala 2006-08-10



Per Elowsson  
Divisionschef, akut- och rehabiliteringsdivision



**Institutionen för vårdvetenskap och sociologi**

**Information till stationschef angående frågeformulär**

Det här frågeformuläret är riktat till personal som arbetar inom ambulanssjukvården. Vi är sjuksköterskestuderande vid högskolan i Gävle och i utbildningen ingår utförandet av C-uppsats.

Syftet med vår studie är att beskriva posttraumatisk stress bland ambulanspersonal utifrån förekomst och skillnader mellan yrkesgrupper. Vi har för avsikt att studera förekomsten av posttraumatisk stress och även jämföra om det förekommer skillnader mellan yrkesgrupperna ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterska.

De situationer som rapporteras vara mest traumatiska för ambulanspersonal innefattar bl.a. olyckor som involverar barn, olyckor med många skadade, stora trafikolyckor, dödsfall och våldincidenter. Normala stressreaktioner kan yttra sig som sömnproblem, depression, irritation, känslösvängningar, dåligt samvete och skuld känslor. Ifall stressreaktionerna inte avtar utan istället förstärks, de närmsta veckorna efter händelsen, kan posttraumatisk stress uppkomma.

I frågeformuläret ber vi deltagarna att tänka på en traumatisk händelse relaterat till sitt arbete och värdera den utifrån svarsalternativen samt kort beskriva händelsen.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Svaren kommer att behandlas konfidentiellt, så att resultatet inte kan avslöja någon enskild persons svar.

Handledare:  
Marja-Leena Kristofferzon  
Fil dr, univ.lektor  
Inst. för vårdvetenskap och  
sociologi  
Högskolan i Gävle  
Tel: 026- 64 82 42  
mko@hig.se

Författare:  
Owe Mattsson  
Tel: 0708-86 40 07  
vss05omn@student.hig.se

Kristin Mäkinen  
Tel: 0704- 64 07 07  
vss05kmm@student.hig.se



## Bilaga 4

**Institutionen för vårdvetenskap och sociologi**

### **Försättsblad till frågeformulär**

Det här frågeformuläret är riktat till dig som arbetar inom ambulanssjukvården. Vi är sjuksköterskestuderande vid högskolan i Gävle och i utbildningen ingår utförandet av C-uppsats.

Syftet med vår studie är att beskriva posttraumatisk stress bland ambulanspersonal utifrån förekomst och skillnader mellan yrkesgrupper. Vi har för avsikt att studera förekomsten av posttraumatisk stress och även jämföra om det förekommer skillnader mellan yrkesgrupperna ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterska.

De situationer som rapporteras vara mest traumatiska för ambulanspersonal innefattar bl.a. olyckor som involverar barn, olyckor med många skadade, stora trafikolyckor, dödsfall och våldincidenter. Normala stressreaktioner kan yttra sig som sömnproblem, depression, irritation, känslsvängningar, dåligt samvete och skuld känslor. Ifall stressreaktionerna inte avtar utan istället förstärks, de närmsta veckorna efter händelsen, kan posttraumatisk stress uppkomma.

I frågeformuläret ber vi dig tänka på en traumatisk händelse relaterat till ditt arbete och värdera den utifrån svarsalternativen samt kort beskriva händelsen.

Ditt deltagande är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt, så att resultatet inte kan avslöja någon enskild persons svar.

Handledare:  
Marja-Leena Kristofferzon  
Fil dr, univ.lektor  
Inst. för vårdvetenskap och  
sociologi  
Högskolan i Gävle  
Tel: 026- 64 82 42  
mko@hig.se

Författare:  
Owe Mattsson  
Tel: 0708-86 40 07  
vss05omn@student.hig.se

Kristin Mäkinen  
Tel: 0704- 64 07 07  
vss05kmn@student.hig.se