

Kamratstöd, avlastnings- samtal och debriefingsamtal för insatspersonal

Utvärdering av en utbildningsinsats i Värmland



**RÄDDNINGSS
VERKET**

Kamratstöd, avlastningssamtal och debriefingsamtal för insatspersonal:

Utvärdering av en utbildningsinsats
i Värmland

Gerry Larsson, Eva-Lena Tedfeldt
Försvvarshögskolan, Institutionen för
ledarskap och management

Räddningsverketskontaktperson:

Jan Nilsson, Enheten för skadebegränsande verksamhet, Tel 054-13 53 98

Innehållsförteckning

1. Inledning	8
Tidig intervention.....	8
Syfte	9
2. Metod.....	10
Undersökningsgrupp	10
Datainsamling	10
Databearbetning och presentation	11
3. Resultat	12
Bortfallsanalys.....	12
Frågor om utbildning.....	14
Förekomst av starkt obehagliga händelser	16
Kamratstöd	16
Avlastningssamtal	16
Debriefingsamtal	21
Personalens psykiska hälsa	21
4. Diskussion	25
5. Referenser	27
Bilaga.....	29

Abstract

All personnel in the ambulance care service, the police force, and the rescue services in the county of Värmland, Sweden, took part in a four hour lesson on psychological crisis reactions and peer support. All supervisors participated in an additional one-day education on how to lead a ventilation session. Ten specially selected persons from these three operations received training and act as leaders of debriefing sessions. Assessments of mental health were made at the onset of the program and after one year. Internationally well established questionnaires were used. Results showed that the three kinds of support (peer support, ventilation sessions, and debriefings) were appraised positively. Approximately 200 ventilation sessions were held during the test period. It was found that the combination of peer support and ventilation sessions resulted in a statistically significant improvement of mental health. It was concluded that the training program could be recommended to other countries and to other groups of personnel who face acute, stressful episodes as part of their jobs.

Sammanfattning

All personal inom Landstingets i Värmland ambulanssjukvård, Polismyndigheten Värmland samt räddningstjänstpersonal i samtliga värmländska kommuner erbjöds deltagande i en halvdags utbildning om krisreaktioner och kamratstöd (cirka 1.100 personer av 1.500 möjliga deltog). Alla arbetsledare i dessa organisationer erhöll därefter en endagars utbildning i hur man leder avlastningssamtal. Sammanlagt tio personer ur dessa verksamheter erhöll dessutom en tvådagars utbildning i debriefing. En före-mätning av psykisk hälsa gjordes i samband med den inledande utbildningen kring krisreaktioner och kamratstöd. Ett internationellt väl beprövat frågeformulär användes. Ett år senare gjordes en eftermätning. Resultatet visar att de tre stödformerna (kamratstöd, avlastningssamtal och debriefing) upplevs positivt. Cirka 200 avlastningssamtal gjordes under året och kombinationen av kamratstöd och avlastningssamtal resulterade i en statistiskt säkerställd förbättring av psykisk hälsa. Slutsatsen dras att den använda utbildningsmodellen kan rekommenderas för spridning till andra län och till andra typer av yrkesgrupper som möter akut, stressfyllda episoder i sitt arbete.

Nyckelord: Kamratstöd, avlastningssamtal, debriefingsamtal, insatspersonal, utbildning, utvärdering.

1. Inledning

Under senare år har insatsyrkens utsatthet och behov av metoder för hantering av starka intryck rönt ökad uppmärksamhet. Personal inom ambulans-, polis och räddningstjänstverksamhet utsätts regelbundet för psykiskt starkt påfrestande insatser. I mindre län som Värmland, med delvis stora områden av glesbygd, samverkar dessutom dessa personalgrupper ofta i samband med akuta insatser vilket ställer krav på gemensamma former för hantering av dessa starka intryck. Reaktionen som stressaktivering och rädsla är av basal natur och går inte *i sig* att utbilda eller träna bort. Däremot visar forskning att bland annat utbildning kan ge bättre möjligheter att hantera dessa reaktioner.

Tidig intervention

Det omedelbara målet med en bearbetning av reaktioner på en traumatisk händelse är att reducera de stressreaktioner som händelsen gett upphov till. Det finns ett antal metoder som används i Sverige för att hantera traumatisk stress där de mest etablerade är kamratstöd, defusing, avlastningssamtal och debriefing (Andersson, Tedfeldt & Larsson, 2000).

Kamratstöd innebär att en arbetskamrat stöttar en drabbad kollega genom att sitta ner och lyssna på och prata med denne i anslutning till en påfrestande händelse. Detta ställer krav på inlevelse och förhållningssätt men kräver i övrigt inga speciella kunskaper.

Vid defusing samlas i regel alla som deltagit i en insats, i praktiken kanske upp till ett trettiotal, för att gå igenom det faktiska händelseförloppet. Defusing skiljer sig från ett informationsmöte genom att det sker i dialog med de inblandade. Modellen kan med fördel användas som en avslutning av ett påfrestande arbetspass eller som grund till ett efterföljande avlastningssamtal eller debriefingsamtal i den egna arbetsgruppen.

Avlastningssamtal och debriefing är tekniker som bygger på beprövad erfarenhet av effektiva samtal efter starka upplevelser. Det är vidare metoder för bearbetning av normala reaktioner på onormala händelser. När det gäller professionella grupper är ett övergripande mål att återställa individens och gruppens självkänsla. Avlastningssamtalet bygger på debriefingsamtalets teknik men det går inte lika mycket på djupet som en debriefing. När så är möjligt genomförs avlastningssamtalet av ordinarie arbetsledare medan debriefingsamtalet oftast leds av två för ändamålet specialutbildade personer, gärna ur den egna verksamheten.

Under år 1999 initierades ett samarbetsprojekt mellan Räddningsverket, Karlstad Räddningstjänstförbund, Landstinget i Värmland, Polismyndigheten Värmland samt Förvarshögskolan. En ledningsgrupp bildades vars uppgift var att planera och följa upp en massiv utbildningsinsats för personal inom ambulans-, polis och räddningstjänstverksamhet i Värmland. Även organisatoriska rutiner för att tillvarata effekten av utbildningsinsatsen diskuterades i gruppen som möttes varannan månad under planerings- och genomförandeskedet.

Under år 2000 genomfördes därefter en utbildningsinsats på bred front i samarbete mellan ambulanssjukvården, polisen och räddningstjänsten i Värmland. Försvarshögskolan ansvarade för utbildningsinnehåll, genomförande och utvärdering. Utbildningen genomfördes i tre steg och samtliga tre yrkeskategorier fanns representerade vid samtliga utbildningstillfällen.

Grundutbildningen riktade sig till all personal och omfattade ca 1.100 personer. Påbyggnadsutbildningen riktade sig mot alla arbetsledare och chefer och genomfördes av 243 personer. Det tredje steget innebar en specialutbildning och genomfördes av 10 speciellt utvalda personer ur de tre yrkeskategorierna. För en närmare presentation av utbildningsinnehåll se

bilaga 1. Utbildningarnas innehåll grundade sig främst på svensk forskning kring denna typ av verksamhet (Larsson 1992; Larsson, Michel & Lundin 2000; Larsson, Tedfeldt & Andersson, 1999). Forskningsresultaten finns populärvetenskapligt redovisade i Andersson, Tedfeldt och Larsson (2000) och i Larsson och Österdahl (1995).

Effekten av utbildningsinsatsen utvärderades genom enkätmetodik. Utvärderingen genomfördes i anslutning till utbildningen och ett år efter avslutad utbildning.

Syfte

Syftet med utbildningsinsatsen var att söka stärka psykiskt välbefinnande bland personalen genom ökad kunskap och förbättrade färdigheter att hantera psykiskt påfrestande situationer. Syftet med denna rapport är att redovisa utfallet av utvärderingen.

2. Metod

Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen utgjordes av all personal inom Landstingets i Värmland ambulanssjukvård, Polismyndigheten Värmland samt räddningstjänstpersonal i samtliga värmländska kommuner (förutom Säffle) plus Karlskoga och Hällefors. Exakta uppgifter på personalgruppernas storlek har ej gått att erhålla. Uppskattningsvis bestod undersökningsgruppen av 1 510 personer vid försökets start år 2000 och av 1 480 personer vid en ettårsuppföljning.

En första kartläggning genomfördes vid försökets start i samband med utbildningens Steg 1 (se bilaga 1). Av 1.510 möjliga kunde 1.082 delta i utbildningen (72%). Besvarade enkäter erhöles från 1 081 personer, det vill säga cirka 100 % svarsfrekvens bland dem som deltog. En andra kartläggning genomfördes ett år efter försökets start med hjälp av en postenkät. Besvarade formulär erhöles av 516 personer, vilket innebär en svarsfrekvens på cirka 35 % totalt sett, och cirka 48% utifrån det antal som deltog i utbildningen.

Frågeformulären besvarades anonymt. Varje deltagare skulle dock märka sitt formulär med en självvald personlig kod vid båda svartstillfällena (till exempel "Musse Pigg"). Härigenom kunde individens svar vid de båda mättillfällena paras ihop. Av de 516 svar som erhöles vid ettårsuppföljningen kunde 294 matchas ihop med formulären från försökets början. Övriga 222 hade endera inte deltagit vid föremätningen (till exempel nyanställd personal) eller så använde de sig av olika personliga koder vid de två mättillfällena. Eftersom bortfallet är betydande gjordes en bortfallsanalys. Vid denna jämfördes värdena vid föremätningen mellan de 294 personer som hade kompletta svar och de övriga 787 (1 081 – 294). Utfallet av denna bortfallsanalys redovisas i resultatavsnittet nedan. I tabell 1 görs också en presentation av gruppen med kompletta svar liksom av bortfallsgruppen vad gäller bakgrundsdata och psykisk hälsa.

Datainsamling

Frågeformuläret vid föremätningen bestod av följande delar:

1. *Bakgrundsfrågor*. Frågor om kön, ålder etc (se tabell 1).
2. *Känsla av sammanhang* (KASAM, kortversionen; Antonovsky, 1987).
Totalpoängen på KASAM kan variera från 13 (lägst känsla av sammanhang) till 91 (högst känsla av sammanhang).
3. *Fysiska symptom* (Setterlind & Larsson, 1995). Mättes med en lista på 11 fysiska symptom (till exempel "magont eller magbesvär"). På varje symptom skulle man ange hur ofta man besvarades av det under den senaste månaden i en skala från 1 (Aldrig) till 5 (Mycket ofta). En summapoäng beräknades som kan variera från 11 (inga symptom) till 55 (högsta frekvens av alla symptom).

4. *Psykiska symptom* (Setterlind & Larsson, 1995). Mättes med en lista på 12 psykiska symptom (till exempel "koncentrationssvårigheter"). Samma poängsystem som på fysiska symptom (se ovan). På psykiska symptom kan totalpoängen variera från 12 (inga symptom) till 60 (högsta frekvens av alla symptom).
5. *General Health Questionnaire* (GHQ-28; Goldberg & Hillier, 1979). Formuläret är avsett att mäta allmän mental hälsa. Det består av 28 påståenden som täcker följande delar (7 frågor per del): Kroppsliga symptom, Ängest och insomningssvårigheter, Social dysfunktion samt Allvarlig depression. Varje påstående har fyra svarsalternativ i en skala från 1 (Aldrig) till 4 (Mycket ofta). Poängsummor på delskalorna kan variera från 7 (mest gynnsam mental hälsa) till 28 (minst gynnsam mental hälsa). På totalpoängen kan svaren variera från 28 till 112.
6. *Frågor om utbildningen, förekomst av obehagliga insatser, kamratstöd och avlastningssamtal*. Ett antal frågor ställdes inom dessa områden vid ettårsuppföljningen (flertalet hämtade ur Larsson, 1992, 1997). Frågorna och deras svarsalternativ framgår av resultatredovisningen nedan.

Frågeformuläret innehöll inga frågor om *debriefing*. Datainsamlingen består här av tre uppföljningssamtal som genomfördes med samtliga utbildade debriefingledare.

Databearbetning och presentation

Svaren på frågor inom delarna 1 (bakgrundsfrågor) och 6 (frågor om utbildningen, förekomst av obehagliga insatser, kamratstöd och avlastningssamtal) har sammanställts i form av frekvenstabeller. Svaren på delarna 2-5 (känsla av sammanhang, fysiska symptom, psykiska symptom och GHQ-28) har behandlats med deskriptiv och analytisk statistik (preciseringar görs löpande i resultatredovisningen). Svaren på enkätfrågor med öppna svarsalternativ, liksom på intervjufrågorna, kategoriserades och dominerande svarskategorier redovisas.

3. Resultat

Bortfallsanalys

Presentationen av undersökningsgruppen (se metodavsnittet ovan) visade att 1 081 besvarade frågeformuläret vid utbildningsprogrammets start. Vid ettårsuppföljningen erhöles svar från 294 av dessa. Dessutom erhöles 222 svar från personer som ej deltog vid föremätningen, eller vars svar ej kunde matchas ihop över de två mättillfällena. En statistisk jämförelse (chi-två tester och *t*-tester) gjordes mellan de 294 personer där kompletta svar föreligger och de 787 personer där enbart svar från föremätning finns att tillgå. Resultatet redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Bortfallsanalys

Bakgrundsfrågor vid föremätningen	Grupp				
	Komplett grupp (<i>n</i> = 294)	Bortfall vid ettårsuppföljningen (<i>n</i> = 787)	chi-två		
Kön					
Kvinnor	24 %	21 %			
Män	76 %	79 %	1.69		
Ålder					
40 år eller yngre	40 %	40 %			
41 år eller äldre	60 %	60 %	0.77		
Verksamhet					
Ambulans	13 %	13 %			
Polis	37 %	34 %			
Räddningstjänst	50 %	53 %	3.94		
Befattning					
Chef/arbetsledare	23 %	25 %			
Ej chef/arbetsledare	77 %	75 %	0.78		
Gift/sammanboende					
Ja	84 %	85 %			
Nej	16 %	15 %	0.52		
Psyisk hälsa vid Föremätningen					
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> ^a
KASAM ^b	67.4	9.9	66.3	10.3	1.57
Fysiska symptom ^c	19.4	6.2	19.6	5.6	0.41
Psykiska symptom ^d	21.6	7.8	26.0	6.7	0.25
GHQ-28 delskala Kroppsliga symptom^e					
	10.6	2.9	10.3	2.9	1.58
GHQ-28 delskala Ångest och insomnings-svårigheter^e					
	10.6	3.0	10.3	2.8	1.55
GHQ-28 delskala Social dysfunktion^e					
	12.5	3.1	12.7	3.2	0.93
GHQ-28 delskala Allvarlig depression^e					
	7.6	1.4	7.6	1.6	0.23
GHQ-28 totalt^f					
	41.3	8.5	40.9	8.6	0.75

a t-test mellan oberoende grupper (two-tailed probability).

- ^b Skalan kan variera från 13 (lägst känsla av sammanhang) till 9¹ (högst känsla av sammanhang).
- ^c Skalan kan variera från 11(inga symptom) till 55 (11 symptom).
- ^d Skalan kan variera från 12 (inga symptom) till 60 (12 symptom).
- ^e Skalan kan variera från 7 (mest gynnsamt) till 28 (minst gynnsamt).
- ^f Skalan kan variera från 28 (mest gynnsamt) till 112 (minst gynnsamt).

Tabell 1 visar att gruppen med kompletta svar inte skiljer sig åt på ett statistiskt signifikant sätt från gruppen som enbart svarade vid föremätningen.

Frågor om utbildning

Vid avslutningen av varje utbildningstillfälle fick deltagarna muntligen och skriftligen fritt kommentera vad de ansåg om utbildningen. Svarsfrekvensen var cirka 90 % ($n = 1\,081$) och flertalet uttryckte stor tillfredsställelse med innehållet. Detta gäller såväl den inledande halvdagsutbildningen om krisreaktioner och kamratstöd som de fördjupade utbildningarna i avlastningssamtal och debriefing.

Vid ettårsuppföljningen ställdes några frågor relaterade till de fördjupande utbildningarna.

Har Din närmaste chef gått utbildning i att leda avlastningssamtal?

Ja	25 %
Nej	13 %
Vet ej	62 %

Vet Du vem/vilka som är utbildade debriefingledare i Din organisation?

Ja	36 %
Nej	64 %

Har några arbetssätt/rutiner i Din vardag påverkats av projektet?

Ja	8 %
Nej	92 %

De som svarade Ja på den sista frågan ombads även att beskriva vad som påverkats. Några lyfter fram **organisatoriska förändringar**:

"Man vet nu att det finns en organisation inom myndigheten som kan och ställer upp vid avlastningssamtal och debriefing. Jag har sett vid ett flertal tillfällen att detta fungerar".

"Jag vet att debriefingsamtal har förekommit efter vissa händelser. Förr fanns inget sådant överhuvudtaget".

"Debriefing har blivit en naturlig del av arbetet i de flesta fall".

"Kamratstödet har blivit bättre".

"Vi har nu efter olyckor samlingar för att gå igenom händelseförloppet och hur vi agerat samt att man får prata om sina egna känslor".

"Har oftare blivit anlitad till att leda avlastningssamtal".

Ett antal tar upp **hur de själva påverkats** av utbildningsprojektet:

"Jag försöker vara mera lyhörd (lyssnande) till mina yngre kollegor. Jag känner också ett större ansvar att de ska kunna må bra efter en svårare olycka/insats".

"Jag har, tror jag, blivit mer uppmärksam på mina kollegor, ser hur de mår och reagerar vid olika tillfällen och situationer".

"Jag är mera förstående för att vissa personer uppfattar små problem som stora".

"Man blir lite tryggare i sig själv när man vet hur kropp och hjärna reagerar/fungerar".

Förekomst av starkt obehagliga händelser

Följande fråga ställdes vid ettårsuppföljningen:

Har Du under det senaste året varit med om någon insats som Du upplevt som starkt obehaglig?

Ja 26 % ($n = 132$)

Nej 74 % ($n = 382$)

Kamratstöd

Cirka 70 % av dem som upplevt en starkt obehaglig insats angav att de hade kamratstöd i anslutning till händelsen. Kamratstöd definierades som "någon arbetskamrat stöttade Dig genom att sitta ned och prata med Dig i anslutning till händelsen". Värdet av kamratstödet bedömdes i en 5-gradig skala från (1) Helt värdelöst till (5) Mycket värdefullt. Medelvärdet blev 4,60 (94 % svarade något av alternativen Ganska värdefullt och Mycket värdefullt).

Avlastningssamtal

Vid ettårsuppföljningen uppgav 14 personer att de varit ledare för avlastningssamtal under det senaste året. Tre personer hade varit ledare för 1 samtal, fem personer för 2 och sex personer för 3-5 samtal. Samtidigt uppgav 77 personer att de varit "vanliga medverkande" (d v s ej varit ledare) i något avlastningssamtal under det senaste året. Av dessa 77 hade 38 varit med om 1 avlastningssamtal, 17 om 2, 20 om 3-5 och 6 personer hade deltagit i 6 eller fler avlastningssamtal. Någon exakt totalsumma av antalet avlastningssamtal går ej att beräkna eftersom två av svarsalternativen är oprecisa ("3-5" och "6 eller fler"). Följande räkneexempel ger dock en grov måttstock på mängden. Antag att de personer som svarat "3-5" i genomsnitt deltagit i 4 avlastningssamtal. Antag vidare att de som svarat "6 eller fler" i genomsnitt deltagit i 8. Vi får då en totalsumma på 200 avlastningssamtal.

I det följande redovisar vi frågor och svar från de som deltagit som ”vanliga medverkande”.

Beskriv kortfattat händelsen som föranledde avlastningssamtalet!

För räddningstjänstpersonal är den dominerande händelsen svåra trafikolyckor med dödlig utgång, i synnerhet när barn varit inblandade. Övriga typhändelser som nämns inom räddningstjänsten är andra olyckshändelser, till exempel drunkningsolyckor, samt självmord. Även för ambulansverksamheten är svåra trafikolyckor en vanlig orsak till avlastningssamtal men här nämns också insatser efter övriga olyckshändelser, våldsbrott samt arbetskamraters svåra sjukdom eller dödsfall. Inom polisverksamheten är den vanligaste insatsen svåra våldsbrott som rån och mord. Enstaka personer inom polisen tar upp svåra trafikolyckor och utredningsinsatser i samband med självmord.

Hur blev avlastningssamtalet organiserat?

På mitt initiativ	6 %
På arbetsledarens initiativ	69 %
På någon annans initiativ	25 %

Var ägde avlastningssamtalet rum?

Personalmatsal eller motsvarande på arbetsplatsen	24 %
Lektionssal eller motsvarande på arbetsplatsen	39 %
Annan lokal på arbetsplatsen	20 %
Lokal utanför arbetsplatsen	26 %
Utomhus	1 %

Hur lång tid pågick avlastningssamtalet?

Högst ½ timme	7 %
½ – 1 timme	33 %
1 – 1 ½ timme	27 %
1 ½ – 2 timmar	20 %
2 – 3 timmar	10 %
Mer än 3 timmar	3 %

Hur många deltog i avlastningssamtalet?

2 – 4 personer	3 %
5 – 8 personer	56 %
9 – 12 personer	33 %
13 – 20 personer	6 %
Fler än 20 personer	2 %

Var närvaron obligatorisk?

Ja	52 %
Nej	48 %

Serverades något, t ex kaffe/te, i samband med avlastningssamtalet?

Ja	82 %
Nej	18 %

Gjordes följande under avlastningssamtalet?

	Ja	Nej
En överenskommelse inom gruppen om tystnadsplikt	77 %	23 %
En inledande kommentar om syftet med avlastningssamtalet	91 %	9 %
En faktafas där var och en fick beskriva vad han eller hon faktiskt gjorde under insatsen	94 %	6 %
En känslöfas där man fick berätta om hur man kände sig under insatsen och/eller efteråt	89 %	11 %
En kommentar om möjliga och normala fortsatta psykiska reaktioner	66 %	34 %
En förfrågan om gruppen ville prata igenom händelsen ytterligare en gång	72 %	28 %
En orientering om möjligheterna att söka professionell hjälp	51 %	49 %

Hur stor del av samtalet ägnades åt:

Beskrivningar av upplevelser	59 %
Teknisk/taktisk genomgång av insatsen	32 %
Övrigt	9 %

Hur agerade ledaren under avlastningssamtalet?

Han/hon styrde samtalet hårt	3 %
Han/hon styrde samtalet ganska hårt	21 %
Han/hon styrde samtalet ganska lite	69 %
Han/hon styrde nästan inte alls samtalet	7 %

Kom alla till tals under avlastningssamtalet?

Ja	94 %
Nej, men de som mest behövde få lätta på trycket gjorde det	5 %
Nej, och de som mest behövde lätta på trycket var de som var tysta	1 %

Behövde någon/några i gruppen fortsatt professionell hjälp?

Ja	11 %
Nej	89 %

Värdet av avlastningssamtalet bedömdes i en 5-gradig skala från (1) Helt värdelöst till (5) Mycket värdefullt. Följande två frågeformuleringar användes:

- Hur bedömer Du värdet av avlastningssamtalet för egen del?
- Hur tror Du att flertalet av de andra deltagarna bedömer värdet av avlastningssamtalet?

Medelvärdet på den första frågan blev 4.34 och på den andra 4.33.

Har Du varit med om någon påfrestande insats under året som Du anser borde ha föranlett ett avlastningssamtal?

Ja	91 %
Nej	9 %

19 personer anser att de deltagit i insatser som borde ha föranlett avlastningssamtal. 11 av dessa arbetar inom polisverksamheten, 4 inom räddningstjänsten och 7 inom ambulansverksamheten.

Några kommentarer:

"Ibland/ofta glöms chefer och beslutsfattare bort i hanteringen. Det kan vara mycket påfrestande att leda större insatser "inifrån", ibland värre än att fysiskt delta. Utan detaljer så har detta hänt vid ett flertal tillfällen under det gångna året".

"Tyvärr håller jag mycket av det som hänt under mina tjänsteår för mig själv".

"Jag har det senaste året varit inblandad i flera olyckor/själv mord med unga personer. Då främst varit i kontakt med anhöriga. Tror att var och en situation klarar jag annars men är rädd att det nu blivit för många på ganska kort tid. Och det är nog inte så bra".

"Trafikolyckor med dödlig utgång. Flera stycken".

"Man förväntas meddela dödsbud till anhöriga, utreda olyckan initialt och samtidigt vara den starke".

"Dödsolyckor, svårare personskador där man känner olycksoffer väl".

"Under en och samma dag hade jag två dödsolyckor men något avlastningssamtal blev det inte tyvärr".

Övriga synpunkter på att delta i avlastningssamtal!

Allmänna synpunkter:

"Medarbetare som varit inblandad i en traumatisk händelse bör/ska ha en möjlighet till avlastningssamtal".

"Skönt att få prata av sig, jag har lätt för att prata och ett starkt behov av att få ut det jag känner".

"Mycket bra att prata om hur var och en hade upplevt händelsen".

"Man får se reaktioner från sina kamrater som man själv har, så man vet att andra också känner det man själv gör".

"Jag kände mig dum efteråt. Kände som om jag överreagerat".

Angående samtalets metodik:

"Ledaren får inte prata för mycket själv".

"Endast de som var inblandade i insatsen ska vara närvarande".

"Borde vara mera styrt av ledaren så att man inte svävar iväg från ämnet".

Debriefingsamtal

Fyra personer från polismyndigheten, två från ambulansverksamheten, en från sjukhusstyrkan med koppling in i akutsjukvården samt tre från räddningstjänsten gick utbildning till debriefingledare. Under projekttiden har tre återträffar arrangerats med gruppen med avsikt att följa och stödja uppbyggnaden av debriefingsamtal efter svåra insatser. Samtliga uttrycker tillfredsställelse med utbildningen och upplever att de egna organisationerna har mottagit resursen på ett positivt sätt.

Av de debriefingutbildade har samtliga utom två tagits i anspråk som debriefingledare. Fem personer har ianspråktagits 4-6 gånger under projektåret. Det dominerande arbetssättet har varit att ett avlastningssamtal har genomförts direkt efter avslutad insats samt att ett debriefingsamtal därefter genomförts efter vanligtvis två dagar.

Debriefinghandledare från polismyndigheten uttrycker att det numera är rutin att vakthavande polisbefäl påkallar debriefinginsats efter extraordinära arbetsinsatser. Rutiner för detta är under införande i vakthavandes tjänsteföreskrift. Uppfattningen är att det finns en bred acceptans i organisationen för både avlastningssamtal och debriefing.

Avsikten med att samordna utbildningen för de tre organisationerna var att man skulle kunna gå över organisationsgränserna och hjälpa varandra med debriefingledning. Vid ett antal insatser har detta också skett. Polismän har bistått räddningstjänsten med samtalsledning och vise versa.

Ambulansverksamheten har hittills inte gått utanför sin egen organisation.

Samarbete sker också med SOS Alarm som har tillgång till listan över samtliga debriefingledare.

Personalens psykiska hälsa

Under denna rubrik redovisas tre typer av jämförelser: (1) Föremätning – ettårsuppföljning för alla som svarat vid båda tillfällena, (2) de som upplevt en starkt obehaglig insats under det senaste året – de som inte gjort detta samt (3) de som upplevt en starkt obehaglig insats under det senaste året och fått olika typer av stöd (kamratstöd och avlastningssamtal).

Före – Efterjämförelse för hela gruppen

En jämförelse gjordes mellan före- och eftermätningarna (*t*-test, parade jämförelser). Jämförelsen omfattade KASAM-skalan symptomskalorna och GHQ-28 skalorna. En statistisk signifikant skillnad framkom (av åtta möjliga). Medelvärde på skalan "Psykiska symptom" var signifikant lägre (färre symtom) vid ettårsuppföljningen.

Jämförelse av de som upplevt en starkt obehaglig insats under det senaste året och de som inte gjort det

Gruppen som upplevt en starkt obehaglig insats under det senaste året ($n = 132$) jämfördes med den grupp som inte gjort det ($n = 382$; t -test, oberoende grupper). Jämförelsen omfattade KASAM-skalan, symptomskalorna och GHQ-28 skalorna vid såväl före- som eftermätningarna.

En statistiskt signifikant skillnad framkom vid föremätningen. Gruppen som ej upplevt en starkt obehaglig insats hade ett mer gynnsamt medelvärde på GHQ-28 delskalan "Ångest och insomningssvårigheter". Vid eftermätningen noterades tre signifikanta medelvärdesskillnader. Gruppen som ej upplevt en starkt obehaglig insats hade mer gynnsamma medelvärden på GHQ-28 delskalorna "Kroppsliga symptom", "Ångest och insomningssvårigheter" samt "Allvarlig depression".

De som upplevt en starkt obehaglig insats under det senaste året – jämförelse mellan olika typer av stöd

Av de som upplevt en starkt obehaglig händelse under det senaste året ($n = 132$) uppgav 93 (70 %) att de erhållit kamratstöd, 10 (8 %) att de varit ledare för avlastningssamtal och 53 (40 %) att de varit "vanliga medverkande" i avlastningssamtal. I redovisningen ovan presenterades något högre tal på avlastningssamtal. Skillnaden beror på att några personer – 4 ledare och 24 "vanliga medverkande" besvarat frågorna om avlastningssamtal trots att de inte uppgivit att de upplevt en "starkt obehaglig insats under det senaste året". Den följande redovisningen begränsas till att omfatta dem som svarat att de upplevt en sådan insats.

Den grupp som upplevt en starkt obehaglig insats under det senaste året kan beskrivas på följande sätt när det gäller erhållet stöd (127 komplett besvarade frågeformulär av 132 möjliga):

- 29 personer (23 %) erhöll inget stöd
- 39 personer (31 %) erhöll enbart kamratstöd
- 8 personer (6 %) erhöll enbart avlastningssamtal
- 51 personer (40 %) erhöll såväl kamratstöd som avlastningssamtal.

Dessa fyra grupper jämfördes på KASAM-skalan, symptomskalorna och GHQ-28 skalorna vid såväl före- som eftermätningarna (envägs variansanalys följd av Scheffétester). Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna framkom vid föremätningen. Utfallet av eftermätningen redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Jämförelse vid ettårsuppföljningen mellan grupper som varit med om en starkt obehaglig insats under det senaste året och erhållit olika typer av stöd.

Skala	GRUPP								
	Inget stöd alls (<i>n</i> = 29)		Enbart kamrat- stöd (<i>n</i> = 39)		Enbart avlast- ningssamtal (<i>n</i> = 8)		Både kamratstöd och avlastnings- samtal (<i>n</i> = 51)		<i>F</i> ^a
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
KASAM ^b	64.6	11.7	67.0	8.7	67.4	11.8	69.5	8.7	1.59
Fysiska symptom ^c	21.3	6.2	20.4	5.2	22.4	6.9	19.5	5.4	0.94
Psykiska symptom ^d	27.0	6.9	26.3	6.6	25.4	6.1	25.0	7.5	0.58
GHQ-28 delskala Kroppsliga symptom ^e	11.8	3.5	10.7	3.3	13.1	5.0	10.8	3.1	1.67
GHQ-28 delskala Ångest- och insomningssvårigheter ^e	12.0	3.5	10.6	2.4	11.4	4.1	10.7	3.0	1.44
GHQ-28 delskala Social dysfunktion ^e	13.6	3.9	13.3	3.4	12.5	4.2	11.3	2.5	3.96 **
GHQ-28 delskala Allvarlig depression ^e	7.9	1.6	7.9	1.5	8.1	3.2	7.7	1.2	0.34
GHQ-28 totalt ^f	45.0	11.2	42.2	7.9	45.1	15.4	40.4	7.4	1.73

- a* Envägs variansanalys.
 - b* Skalan kan variera från 13 (lägst känsla av sammanhang) till 91 (högst känsla av sammanhang).
 - c* Skalan kan variera från 11 (inga symptom) till 55 (11 symptom).
 - d* Skalan kan variera från 12 (inga symptom) till 60 (12 symptom).
 - e* Skalan kan variera från 7 (mest gynnsamt) till 28 (minst gynnsamt).
 - f* Skalan kan variera från 28 (mest gynnsamt) till 112 (minst gynnsamt).
- ** $p < 0.01$.**

Tabell 2 visar att de fyra grupperna skiljer sig åt på ett statistiskt signifikant sätt vid eftermätningen på GHQ-28 delskalan "Social dysfunktion". Scheffé-tester (ej redovisade i tabell 2) visar att gruppen som erhöll såväl kamratstöd som avlastningssamtal har ett signifikant mer gynnsamt värde på denna skala, jämfört med den grupp som inte erhöll något stöd alls, liksom den grupp som enbart erhöll kamratstöd. Det bör observeras att gruppen som enbart erhöll avlastningssamtal är liten ($n = 8$) och dess värden bör tolkas med stor försiktighet.

4. Diskussion

Bortfallet. Svarsfrekvensen var god vid mätningen som gjordes i anslutning till Steg 1 i utbildningen och låg vid ettårsuppföljningen som gjordes med en postenkät. Kompletta svar från båda mättillfällena som kunde matchas ihop på individnivå erhöles endast av 294 personer utav de 1 081 som svarade på föremätningen (27 %). Resultatet av bortfallsanalysen visar dock att gruppen med kompletta svar inte skiljer sig från dem där enbart föremätningensdata föreligger i något prövat avseende. Sammanfattningsvis bedömer vi därför att resultatet kan ses som acceptabelt representativt för hela undersökningsgruppen.

Referensdata. De skalor som ingick i frågeformuläret har använts vid ett stort antal tidigare undersökningar. De medelvärdena som erhöles på KASAM vid såväl före- som eftermätningarna är snarlika de medelvärden som erhöles i Sverigerepresentativa urval gjorda av SIFO (Larsson & Kallenberg, 1996, 1999). Medelvärdena på skalorna Fysiska symptom och Psykiska symptom ligger nära de värden som erhöles från företagshälsovården i ett omfattande dataunderlag av civila arbetsledare (Larsson, Kallenberg, Setterlind & Starrin, 1994; Setterlind & Larsson, 1995). På GHQ-28 är medelvärdena något mindre gynnsamma än de som erhöles bland svenska officerare och soldater i en bataljon som tjänstgjorde i Bosnien – Herzegovina 1996 (Larsson, Michel & Lundin, 2000). Svaren på frågorna om avlastningssamtal slutligen, är jämförbara med de som erhöles vid fem årliga uppföljningar av Räddningsverkets och Socialstyrelsens så kallade POSOM-utbildningar (summerade i Larsson, 1997). Sammanfattningsvis stärker jämförelsen med referensdata tolkningen att erhöles data är rimliga och acceptabelt tillförlitliga.

Förekomst av starkt obehagliga insatser. Cirka 25% uppger att de varit med om en starkt obehaglig insats under det senaste året. Siffran bekräftar den utsatthet som tjänstgöring i ett insatsyrke kan innebära. Jämförelsen mellan de personer som varit med om en starkt obehaglig insats och de som inte varit det, visar också på flera statistiskt säkerställda skillnader (Kroppsliga symptom, Ångest och insomningssvårigheter och Allvarlig depression). Vi tolkar detta resultat som en bekräftelse på att det är angeläget att vidareutveckla metoder för stress- och krishantering för insatspersonal.

Kamratstöd. Cirka 70 % av dem som varit med om en starkt obehaglig insats under det senaste året uppgav att de fick kamratstöd efteråt. Kvaliteten i detta stöd upplevdes som mycket hög (medelvärde 4.6 i en skala från 1-5). Två förhållanden bör dock noteras. Det ena är att 70 % förefaller vara en låg siffra bland insatspersonal som arbetar nära varandra dagligen. En tolkning är att siffran indikerar att det kan finnas begränsningar i kulturen på arbetsplatserna vad gäller att ge kamratstöd. Det andra förhållandet är att enbart kamratstöd i sig inte tycks vara tillräckligt när man varit med om en starkt obehaglig insats. Eftermätningen visade ingen signifikant skillnad mellan de som enbart erhöles kamratstöd och de som inte erhöles något stöd alls. Samma utfall noterades i ovan nämnda studie av en svensk Bosnienbataljon (Larsson, Michel & Lundin, 2000).

Avlastningssamtal. Dessa samtal upplevdes positivt av flertalet medverkande medelvärde 4.34 i en skala från 1-5). Kombinerade med kamratstöd förefaller dessa samtal ha en gynnsam effekt på psykisk hälsa. Ett likartat resultat erhöles i studien av en svensk Bosnienbataljon (Larsson, Michel & Lundin, 2000). I föreliggande studie är dataunderlaget cirka 200 avlastningssamtal. Tolkningen att kombinationen av kamratstöd och avlastningssamtal är gynnsam för den psykiska hälsan hos insatspersonal förefaller därför ha ett godtagbart stöd.

Defriefing. Denna del av projektet har ej utvärderats systematiskt. Intervjudata pekar dock mot att även om det var en liten och sannolikt väl kvalificerad grupp som utbildades (10 personer), så är det en ännu mindre grupp (5 personer) som agerat som debriefingledare vid flera tillfällen. En tolkning är att urvalet av rätt person är ytterst betydelsefullt och att det är bättre att ha få mycket lämpade personer som används ofta än fler personer som enbart används ibland. Här behövs dock mer forskning för att dra en tillförlitlig slutsats. Den här givna tolkningen får dock stöd i tidigare forskning (Larsson, Tedfeldt & Andersson, 1999). Den administrativa rutiniseringen av denna del är försöket i form av att debriefingen numera finns med på larmlistor bör också noteras. Inom polismyndigheten är rutiner för debriefingsamtal under införande i vakthavandes tjänsteföreskrift.

Sammanfattning. Försöket bestod av en enkel 3-steps utbildningsmodell. Utvärderingen visar på flera gynnsamma effekter men också på organisatoriska informationsbrister. Modellen kan rekommenderas för spridning till andra län och andra typer av yrkesgrupper som möter akut, stressfyllda episoder i sitt arbete.

Metodologiskt ligger studiens styrka i den så kallade prospektiva designen. Denna innebär att det finns data dels från tiden före försökets start, dels uppföljningsdata. När man värderar olika typer av utfall vid ettårsuppföljningen kan man således kontrollen hur situationen var *före* försökets början. Undersökningens största brist ligger i det stora bortfallet. Trots att bortfallsanalysen visade att erhållna data var acceptabla ur representativitetssynpunkt, bör därför förnyade försök genomföras för att få ett säkrare underlag.

5. Referenser

Andersson, B., Tedfeldt, E-L., & Larsson, G. (2000). *Avlastningssamtal och debriefing: Handbok för samtalsledare*. Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Larsson, G. (1992). Psykiska krisrelationer och debriefing: Utvärdering av räddningsverkets och socialstyrelsen utbildningen. *Läkartidningen*, 92, 1587-1590.

Larsson, G. (1997). Utvärdering av POSOM: Slutrapport. *Rapport från Räddningsverket*.

Larsson, G., & Kallenberg, K. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions, and health: Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *European Journal of Public Health*, 6, 175-180.

Larsson, G., & Kallenberg, K. (1999). Dimensional analysis of sense of coherence using structural equation modeling. *European Journal of Personality*, 13, 51-61.

Larsson, G., Kallenberg, K., Setterlind, S., & Starrin, B. (1994). Health and loss of a family member: Impact of sense of coherence. *International Journal of Health Sciences*, 5, 3-9.

Larsson, G., Michel, P-O., & Lundin, T. (2000). Systematic assessment of mental health following various types of posttrauma support. *Military Psychology*, 12, 121-135.

Larsson, G., Tedfeldt, E-L., & Andersson, B. (1999). Conditions affecting experiences of the quality of psychological debriefings: Preliminary findings from a grounded theory study. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 91-97.

Setterlind, S., & Larsson, G. (1995). The Stress Profile: A psychosocial approach to measuring stress. *Stress Medicine*, 11, 85-92.

Bilaga

Utbildningsinnehåll för stress- och krishanteringsutbildning för insatspersonal i Värmland under 2000

Steg 1, "Hur påverkar arbetsrelaterad extrem stress mig och vår arbetsplats". Detta moment riktades till all personal inom ambulans, polis och räddningstjänst och omfattade 4 lektionstimmar under ledning av Lars Österdahl, Hjärna Konsult. Teman under dessa lektioner var:

- Vad är stress?
- Hur påverkas jag som individ?
- Hur påverkas mitt arbete?
- Vad kan vi göra för att motverka effekter av extrem stress?
- "Stödtrappan", förhållningssätt och stödtekniker.
- Grundläggande färdigheter i kamratstöd.

Steg 2, "Avlastningssamtals teknik och teori". Momentet riktade sig mot samtliga arbetsledare och omfattade 5 lektionstimmar under ledning av Eva-Lena Tedfeldt, Försvarshögskolan. Teman under dessa lektioner var:

- Grundläggande stressteori.
- Stress och krisreaktioner.
- Krishanteringsmetoder.
- Avlastningssamtals metod och teknik.

Steg 3, "Utbildning i att leda debriefingsamtal". Kursen genomfördes för särskilt utvald personal och omfattade 18 lektionstimmar i internatform. Detta utbildningsmoment leddes av Eva-Lena Tedfeldt, Försvarshögskolan och Svante Peterström, Psykologkonsult AB. Teman under dessa lektioner var:

- Fördjupad stressteori.
- Åtgärdsanalys.
- Upprättande av krishanteringsplan.
- Debriefingsamtals teknik.
- Praktisk träning i gruppdebriefing.
- Vissa teambuildande inslag för att underlätta kommande samarbete.

Kurslitteratur:

AFS 99:7

Andersson, B., Tedfeldt, E-L., & Larsson, G. (2000). *Avlastningssamtal och debriefing: Handbok för samtalsledare*, Lund: Studentlitteratur.

