

Rapport
2000:1



Kriskunskap

KRIS-PROJEKTET

Krisomhändertagande i samverkan

Abbe Schulman



Samhällsmedicin

Enheten för Psykisk Hälsa

KRIS - PROJEKTET

Krisomhändertagande i samverkan

Att förebygga posttraumatiska följdtilstånd:
Intervention riktad till patienter, deras anhöriga samt
sjukvårdspersonal utsatta för traumatisk stress

Delrapport I

Teori och klinisk erfarenhet från krisarbete
som bakgrund till projektet.

Abbe Schulman

Enheten för Psykisk Hälsa är en del av Samhällsmedicin i Stockholms läns landsting med inriktning att förebygga psykisk ohälsa och främja den psykiska hälsan i befolkningen i regionen. Enheten arbetar med kartläggning, forskning och metodutveckling samt information och utbildning.

Enheten för Psykisk Hälsa
Samhällsmedicin
Stockholms läns landsting
Box 17533
118 91 Stockholm

© Alla rättigheter förbehållna Enheten för Psykisk Hälsa och författaren
Tryckeri: Ormbergstryck
ISSN: 1650-0660
ISBN: 91-89525-00-0

FÖRORD

Denna rapport är den första av sex rapporter ingående i KRIS-projektet, Krisomhändertagande I Samverkan. I detta projekt avsåg vi att på ett stort sjukhus pröva och utvärdera en interventions- och samverkansmodell för att förbättra det psykologiska omhändertagandet av olycksfallsdrabbade, deras anhöriga och sjukvårdspersonal utsatt för extrema påfrestningar i arbetet.

Att förebygga psykisk ohälsa och sociala problem genom ett adekvat omhändertagande av människor som varit med om psykiskt traumatiserande händelser ansågs under senare delen av 1990-talet vara en angelägen utmaning för hälso- och sjukvårdssystemet. I en rad rapporter om hälsoutvecklingen i Stockholms län konstaterades att sjukdomsbördan till följd av psykiska problem kraftigt ökat och att ökningen till viss del drabbade yrkesverksamma personer inte minst inom hälso- och sjukvården.

Samtidigt som sjukvården utsattes för ett allt högre patienttryck försvårade omorganisationer och ekonomiska besparingar sjukvårdspersonalens arbete. Verksamheter som skulle ha kunnat underlätta personalens arbete och minska riskerna för utveckling av allvarliga psykiska och sociala problem hos såväl patienter som personal lades ner. Mellan åren 1984 och 1996 fanns en särskild enhet, Krismottagningen vid Huddinge sjukhus (senare kallad Enheten för kris och konsultation), som erbjöd ett såväl snabbt omhändertagande, som vid behov längre tids samtalsstöd, till människor som varit med om svåra traumatiserande händelser. 1996 övergick Krisenheten från psykiatri inom Sydvästra sjukvårdsområdet till Samhällsmedicin och namnet ändrades då till Centrum för Kriskunskap.

I samband med övergången lades den kliniska verksamheten ner. Behovet av stödinsatser till krisdrabbade fanns emellertid kvar och utifrån önskemål från kuratorsavdelningen och personal från olika kliniker på Huddinge sjukhus togs KRIS-projektet fram. Projektet, som började planeras 1996, utarbetades av en projektgrupp från Centrum för Kriskunskap samt från kurators- och psykologavdelningarna vid Huddinge sjukhus. Projektet var tänkt som ett samverkansprojekt för såväl personal inom som utanför sjukhuset. Eftersom prevention av psykisk ohälsa var ett av politikerna i Stockholms läns landsting prioriterat område erhöll projektet 1998, trots kraftigt beskuret folkhälsoanslag, medel för uppbyggnad och vidareutveckling av ett interventionsprogram.

Under 1998 påbörjades en kartläggning av hur krisomhändertagandet vid trafikolyckor såg ut inom akutsjukvården. Denna kartläggning utvidgades 1999 till att också beröra omhändertagandet av våldsoffer, anhöriga till plötsligt avlidna och sjukvårdspersonal, som själv utsatts för hot och våld. Med kartläggningen önskade vi få en bred kunskapsbas såväl av sjukvårdspersonalens aktuella kunskapsläge som deras erfarenheter av framgångsrika respektive bristfälliga stödinsatser, 20 år efter den senaste krisutredningen i Stockholms läns landsting den s k Kris- och Suicidutredningen. Resultaten beskrivs i delrapporterna II och III. Denna kunskap skulle ge ett underlag för en tilltänkt krisstödsgrupps arbets sätt och skulle också användas som baslinje vid utvärderingen av interventionsmodellen.

Under 1999 påbörjades en intervju- och enkätstudie på familjemedlemmar, vuxna och barn, som varit med om en trafikolycka, för att ytterligare alstra uppslag till framtida adekvata psykologiska insatser. Resultaten av dessa undersökningar beskrivs i delrapporterna IV och V

I denna rapport beskrivs de kunskaper och erfarenheter som låg till grund för idéerna till modellen för ett förbättrat psykologiskt stöd till traumatiserade människor. Rapporten består av en genomgång av aktuell forskning och klinisk erfarenhet inom krisområdet. Dessutom beskrivs Krisenhetens erfarenheter av 12 års arbete med stöd till olycksfallsdrabbade och sjukvårdspersonal.

Det finns en rad intressenter och medverkanden i projektet, som jag vill rikta ett varmt tack till. Cheferna och medarbetare på kurators- och psykologavdelningarna på Huddinge sjukhus samt medarbetare på Enheten för kris och konsultation har tagit fram interventionsmodellen och engagerat arbetat för att få genomföra den. Ett särskilt tack till docent Hans Michélsen, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet, som under alla år varit diskussionspartner och forskningshandledare. Ett varmt tack också till alla som skulle ha ingått i krisstödsgruppen.

Delstudierna i projektet har kunnat genomföras genom folkhälsomedel från Hälso- och sjukvårdsnämnden. Projektet har också fått stöd från Vägverket som bekostat såväl kartläggningen av akutomhändertagandet av trafikoffre som studierna om trafikolycksfallsdrabbade familjer. Centrala Avdelningen för Ambulanssjukvård och Katastrofmedicinsk planering (CAK), i vars intresse en god katastrofberedskap inom Stockholms läns landsting finns, har stått för en del av utbildningskostnaden till krisstödsgruppen och annan personal. Ett konstruktivt samarbete

har etablerats med Brottsofferjourernas Riksförbund (BOJ) och Sveriges
Läkarförbund.

Stockholm i september 2000

Abbe Schulman
Enhetschef, överläkare, med. dr
Enheten för Psykisk Hälsa

Innehållsförteckning

FÖRORD

I.	AKTUELL KUNSKAP OM PSYKISKA REAKTIONER OCH PSYKOLOGISKT STÖD EFTER EXTREMT PÅFRESTANDE HÄNDELSER	7
1.	Psykiska och sociala följdverkningar efter extrema påfrestningar	7
1.1.	Psykiska reaktioner hos direkt drabbade människor	7
1.1.1.	Posttraumatiskt stress-syndrom	7
1.1.2.	Andra psykiatriska tillstånd	8
1.1.3.	Sociala konsekvenser	8
1.2.	Traumatiska händelser	9
1.2.1.	Trafikolyckor	9
1.2.2.	Stora olyckor och katastrofer.	11
1.2.3.	Hot och våld	11
1.2.4.	Plötsliga oväntade dödsfall hos närstående	13
1.3.	Arbetsrelaterad psykisk ohälsa	13
2.	Psykologiskt och socialt stöd vid extrema påfrestningar	15
2.1.	Stödinsatser till akut drabbade personer och deras anhöriga	16
2.1.1	Medicinskt omhändertagande med samtidigt beaktande av psykologiska behov	17
2.1.2.	Psykologiskt och socialt stöd	17
2.2.	Psykologiskt och socialt stöd vid stora olyckor och katastrofer	19
2.3.	Stödinsatser till sjukvårdspersonal utsatt för extrema påfrestningar i arbetet	19
II.	KLINISK ERFARENHET SOM BAKGRUNDTILL KRIS-PROJEKTET . KRIS-MOTTAGNINGEN VID HUDDINGE SJUKHUS	21
3.1.	Bakgrund	21
3.2.	Patientinriktat arbete	22
3.3	Personalstöd	25
3.3.1.	Långsiktigt stöd. Konsultation - liaison	25
3.3.2.	Akut psykologiskt stöd: konsultation och psykologisk genomgång	27
3.4.	Psykologisk katastrofberedskap	28
III.	SAMMANFATTANDE SLUTSATSER AV TEORI OCH KLINISK ERFARENHET	30
IV.	REFERENSER	34
V.	EFTERSKRIFT	41

I. AKTUELL KUNSKAP OM PSYKISKA REAKTIONER OCH PSYKOLOGISKT STÖD EFTER EXTREMT PÅFRESTANDE HÄNDELSER

1. Psykiska och sociala följdverkningar efter extrema påfrestningar
Hot till eget eller närståendes liv kan i mildare form leda till övergående stressreaktioner och kortvarig funktionsnedsättning. Vid allvarligare livshot, särskilt i kombination med egen kroppslig skada eller då närstående skadas eller dör, föreligger risk att händelsen leder till livslångt psykiskt lidande, reducerad arbetsförmåga och/eller annan social funktionsnedsättning.

1.1. Psykiska reaktioner hos direkt drabbade människor
För att en händelse skall bli traumatisk krävs att den "barriär" som hos människan fungerar som skydd mot alltför överväldigande intryck, forceras. Detta kan inträffa då en händelse kommer plötsligt och oväntat utan att individen haft möjlighet till förberedelse men också vid långvarig påfrestningar. Huruvida en händelse kommer att bli traumatisk för den enskilde individen beror på 1) vad den drabbade utsatts för under själva händelsen, 2) vilka reaktioner som kommit i gång hos den drabbade i kombination med 3) personliga egenskaper och aktuell livssituation samt 4) vilket bemötande den drabbade fått (1-4).

De omedelbara psykiska reaktionerna efter händelsen karakteriseras av en känsla av överklighet och inte sällan kognitiv förvirring, "chock". Därefter följer en period med pendlande mellan återupplevande av det inträffade och känslomässig avstängning. Under perioder med påträngande minnen och tankar kopplade till händelsen är starka känslor av maktlöshet, ångest, ilska, fruktan, förnedring, skam och skuld vanliga liksom tilltagande nedstämdhet sammanhängande med olika förluster som händelsen medfört.

1.1.1. *Posttraumatiskt stress-syndrom*

I allmänhet kommer både frekvensen och intensiteten av såväl påträngande minnen som avstängdhet att minska inom några veckor till månader varefter händelsen integreras i individens liv och livshistoria. Huruvida händelsen blir traumatisk, d v s åstadkommer en psykisk skada, kan inte avgöras förrän minst en månad förflutit. Det är dock möjligt att utifrån en rad predicerande faktorer uppmärksamma de personer som befinner sig i riskzonen för utvecklande av ett posttraumatiskt stress-syndrom (PTSS, eng. PTSD) (5) eller annan psykiatrisk sjukdom. Omständigheterna vid händelsen och vilken typ av händelse den drabbade

varit med måste beaktas i en riskbedömning. Mycket starka reaktioner eller inga som helst reaktioner i anslutning till händelsen är observanda. Personrelaterade riskfaktorer är den drabbades ålder (barn är särskilt i riskzonen), tidigare obearbetade traumatiska upplevelser samt psykisk skörhet av andra skäl. Avsaknad av eller otillräckligt psykologiskt stöd ökar risken för utveckling av PTSS (2, 6).

PTSS karakteriseras av ett återupplevande av händelsen och, som ett försök att hantera detta, ett undvikande samt ett tillbakadragande beteende. Initialt dominerar de påträngande minnena men efter några veckor till månader avklingar dessa i allmänhet. I stället kan man se en känslomässig avtrubbning, irritabilitet, svårigheter i återanpassning till arbete, känslor av utanförskap, relationsproblem och ofta kroppsliga sjukdomsyttningar. Händelsen kan också leda till kvarstående tecken på ökad psykologisk känslighet och överspändhet, som avspeglar en såväl hormonell som psykologisk faroberedskap (5,7).

1.1.2. Andra psykiatriska tillstånd

Ett psykiskt trauma kan på olika sätt bidra till utveckling av andra psykiatriska sjukdomar än PTSS. Inom psykiatrin finns olika synsätt på uppkomst av psykisk sjukdom. Ett synsätt utgår från den s k "stress-vulnerabilitetsmodellen" enligt vilken ett flertal olika faktorer samspelar (biologiska, sociala och psykologiska) (8). I enlighet med denna modell kan ett trauma predisponera till senare sjukdomsgenombrott, särskilt om traumat inte bearbetats utan efterlämnat en sårbarhet.

Traumat kan också leda till sjukdomsutveckling genom att det blir en ytterligare belastning för en person med tidigare psykiska problem. Slutligen kan traumat ha en utlösande effekt på en latent psykisk sjukdom eller leda till återfall av en sådan.

Andra psykiatriska tillstånd som oftast inbegriper ångest och självdestruktivitet förekommer ofta samtidigt med PTSS till exempel paniktillstånd, depression, fobier, somatiseringssyndrom, självmordsbenägenhet samt alkohol- och narkotikamissbruk (3).

1.1.3. Sociala konsekvenser

Social isolering är en vanliga konsekvens av traumatiska händelser, där risken är särskilt uttalad för människor som varit utsatta för hot och våld. Händelsen kan radera den drabbades förtroende för andra människor, vilket kan leda till att omgivningen uppfattas som opålitlig och fientlig. Detta i kombination med dålig självkänsla kan leda till att den drabbade börjar isolera sig och därmed förlorar möjligheten till socialt stöd. Detta är särskilt vanligt om den drabbade av sin omgivning be-

möts på ett okänsligt och oförstående sätt. I traumasammanhang brukar den skada som då kan uppkomma kallas för sekundär traumatisering, medan den primära traumatiseringen åstadkomes av själva ursprungshändelsen (9). Social isolering och eller funktionsnedsättning ingår som delsymtom vid PTSS.

1.2. Traumatiska händelser

Exempel på akuta händelser där risken för utveckling av PTSS eller andra följdtilstånd är hög är: 1) olyckor och katastrofer, 2) hot och våld, 3) plötsliga oväntade dödsfall hos närstående samt 4) snabbt utvecklade livshotande sjukdom (1-4).

Exempel på traumatiska händelser med långvariga och överväldigande påfrestningar är gisslantagning, tortyr, krig, upprepade sexuella och andra övergrepp mot kvinnor och barn samt vissa livshotande sjukdomstillstånd (9).

1.2.1. Trafikolyckor

Trafikskador är ett av våra största folkhälsoproblem. Utöver stort mänskligt lidande medför skadorna stora kostnader för samhället och beräknas årligen kosta ca 15 miljarder kronor (10). Varje år inträffar ungefär en halv miljon vägtrafikolyckor (11). Man har skattat antalet personer som årligen skadas till följd av vägtrafikolyckor till mellan 60 000 och 80 000 per år. Av dessa läggs mellan 12 000 och 15 000 personer om året in på sjukhus. År 1996 omkom 525 personer medan nästan 21 000 skadades i samband med trafikolyckor. Av dessa fick ca 4 000 personer svåra skador (12). Av dem som överlever en trafikolycka drabbas 4% av en medicinsk invaliditet med en omfattning av 10% eller mer. När det gäller olika former av barnolycksfall med dödlig utgång svarar trafiken för ungefär hälften av dödsfallen (13).

Ungefär 200 000 personer i Sverige uppger att de i dag har besvär av skador som de ådragit sig i trafiken. Ca 4-5% av varje årskull av den svenska befolkningen avlider eller invalidiseras till följd av trafikolyckor (10). Whiplashskador (pisksnärtskador) har ökat med drygt 20% under en tioårsperiod och är den vanligaste orsaken till medicinsk invaliditet hos bilister (12). Mellan 1 500 till 2 000 personer per år drabbas av invaliditet och ca 130 personer om året förtidspensioneras till följd av whiplashskador.

Vad gäller de psykiska skadeeffekterna är kunskapen såväl om problemets storlek som behov av psykologiska stödinsatser bristfällig. Majoriteten av studier av trafikolycksdrabbade är retrospektiva och lider av metodologiska problem. De flesta av dessa undersökningar har visat att

ca 10% eller mer av dem som skadats i en trafikolycka utvecklat PTSS, depressioner eller andra psykiatriska sjukdomstillstånd (14-21).

I de få prospektiva studier som finns tycker man sig ha sett samband mellan utveckling av olika psykiska följdillstånd och faktorer som olyckans karaktär, grad av livshot, bestående kroppsliga skador, personlighetsfaktorer och tillgång till psykosocialt stöd (22-23). I en prospektiv studie på medelsvåra till lätt skadade trafikolycksdrabbade fann man vid en uppföljning ett år efter olyckan att ca 1/3 uppvisade symptom vilka talade för någon eller ibland flera av diagnoserna PTSS, affektivt syndrom eller ångestillstånd. Ungefär 1/5 av de drabbade hade enligt egen skattning besvärande fobiska reaktioner framför allt i form av rädsla för bilkörning eller bilåkande (24).

I litteraturen påpekas ofta att barns upplevelser och behov inte beaktas vid traumatiska händelser. Bland barn (1-14 år) och ungdomar (15-24 år) är olycksfall, av vilka de flesta är vägtrafikolyckor, den vanligaste dödsorsaken. Trots vetskapen om barns utsatthet i trafiken finns det endast enstaka prospektiva studier om psykiatriska följdverkningar vid trafikskador (25,26). I en studie fann man en ökad självmordsbenägenhet hos barn efter trafikolyckor (27).

Såväl när det gäller barn som vuxna påtalas värdet av tidig upptäckt av riskfaktorer och krisintervention för att reducera de långsiktiga psykiska följdverkningarna. Emellertid finns det endast ett fåtal beskrivna interventionsprogram och tyvärr lider också dessa av metodologiska problem (4, 28). Vad gäller barn har man på senare år alltmer uppmärksammat att de tycks bli "osynliga" såväl vid olyckor som de själva varit med om utan att bli skadade som vid olyckor där nära anhöriga blivit svårt skadade eller avlidit.

När det gäller anhöriga till trafikolycksdrabbade som avlidit eller skadats svårt, såväl vuxna som barn, och som inte själva varit med i olyckan finns det få studier gjorda. De som finns har utgått från olyckor med allmänna kommunikationsmedel (29-30).

Sammanfattningsvis kan konstateras att hittills genomförda studier av psykiska reaktioner och sociala konsekvenser efter trafikolyckor samt krisomhändertagandet av de drabbade är få och ofta lider av metodologiska problem. Man har bl.a. inte beaktat specifika riskfaktorer vid själva olycksfallet. Barns reaktioner är bristfälligt undersökta, särskilt om barnet varit med om en allvarlig olycka utan att själv komma till skada. Inte heller har vi funnit några studier om hur familjer hanterat den familjestress som uppkommer om en förälder eller ett syskon ska-

dats svårt. Slutligen finns det endast ett fåtal interventionsstudier, vilka samtliga bristfälligt beskriver de stödande åtgärder som satts in vid det akuta omhändertagandet.

1.2.2. Stora olyckor och katastrofer

Vid olyckor och katastrofer har man i olika undersökningar funnit att 5-25 procent av dem som varit nära att dö löper risk att utveckla en PTSS. Risken är störst i de fall traumat orsakats av människor och inte av naturfenomen (1-6).

Stockholms län, med ca 1,8 miljoner invånare, är ett län med stor befolkningkoncentration och därmed med stora olycks- och katastrofrisker. Stockholmsregionen har också under den senaste 10-års perioden drabbats av flera stora olyckor och katastrofer, såsom bussolyckan utanför Bergen 1988 (29), flygolyckan vid Gottröra 1991 (31), Branden på Huddinge sjukhus, 1991 (32), Estoniakatastrofen 1994 (33-38) och dödsskjutningen vid Stureplan i Stockholm 1994. Vid samtliga dessa händelser har de medicinska behoven varit förhållandevis små särskilt i jämförelse med de psykologiska. Det psykologiska och sociala omhändertagandet av drabbade människor är idag en självklar och betydelsefull del av det katastrofmedicinska arbetet. Allmänheten förväntar sig att psykologiskt stöd automatiskt erbjuds vid storolyckor och katastrofer. Katastrofer är lyckligtvis sällsynt förekommande. Detta innebär å andra sidan att en förutsättning för god katastrofberedskap är tillgång till kompetent personal med vana att i vardagsarbetet möta traumatiserade människor.

1.2.3. Hot och våld

Under de senaste femtio åren har våldet ökat påtagligt i Sverige och kan anses utgöra ett stort folkhälsoproblem genom att det 1) skadar många människor kroppsligt men framförallt psykiskt, 2) belastar samhället ekonomiskt och 3) skapar rädsla bland medborgarna. Enligt en studie 1996 ansåg 77 procent av de intervjuade att våldet i samhället är ett stort problem i Sverige (39). Rädslan för att bli utsatt för våld har också stigit. Av kvinnor mellan 16 och 84 år har 25 procent uppgivit att de under ett år avstått från att gå ut på kvällen av oro för att bli överfallna, rånade eller ofredade. För kvinnor 75 år och äldre är motsvarande siffra 46 procent (40).

Det finns i dag i Sverige många offer för våld såsom unga män (gatu-våld), kvinnor (misshandel och sexuella övergrepp, barn (rån, misshandel och sexuella övergrepp), äldre (rån och misshandel), invandrare (rasism, krigsupplevelser och tortyr) samt yrkesarbetande (arbetsrelaterat våld).

Under ett år utsätts i Sverige omkring 290 000 män och 190 000 kvinnor för våld eller hot om våld (8 respektive 6 procent) (39). År 1996 anmäldes 56 344 brott mot liv och hälsa - en sexfaldig ökning sedan början av 1950-talet. Utsattheten för brott är ojämnt fördelad i befolkningen. Utsattheten har ökat i rika bostadsområden men är i det närmaste oförändrat hög i fattiga (41).

Män skadas i regel vid våldshandlingar utanför hemmet fr a på gator och torg och i restauranger. I storstäderna har gatuväldet ökat. I Storstockholmsområdet har antalet polisanmälda misshandelsbrott mellan åren 1988-90 och 1992-93 ökat med 100 procent (42). 1996 anmäldes 16 600 fall av misshandel till polisen i Stockholms län (43).

Kvinnovåld är ett samlingsbegrepp för våld av olika slag som utövas av en man mot en kvinna, som han har eller haft ett emotionellt/sexuellt förhållande till. Kvinnan utsätts för såväl fysiskt som psykiskt våld, isoleras och tvingas underordna sig mannen. Misshandeln upprepas ofta och pågår under lång tid. 80% av de fall där kvinnor misshandlas och skadas genom våld äger rum i hemmet. I en undersökning uppgav 6 procent av de intervjuade kvinnorna att de under en ett-årsperiod varit utsatta för någon form av våld eller hot. Detta innebär att ca 145 000 kvinnor årligen utsätts för våldshandlingar eller hot (40). Av alla anmälda fall rubriceras fem procent som grov misshandel och 30 - 40 kvinnor avlider årligen till följd av misshandeln. Våld mot kvinnor har sedan 1993 varit föremål för en särskild kommission, Kvinnovåldskommittén, som föreslagit lagändringar och förbättringar i myndighetens bemötande av kvinnor och våldsoffer (43-46). Under 1993 tog kvinnojourerna emot 37 300 samtal från hjälpsökande kvinnor. Samma år bodde 1600 kvinnor och 1275 barn hos kvinnojourer (47). Antalet polisanmälda våldtäkter har också ökat kraftigt under den senaste 20-årsperioden. 1995 anmäldes över 1600 våldtäkter eller våldtäktsförsök mot kvinnor (48).

I Sverige har antalet anmälda fall av misshandel mot barn under 15 år ökat mer än fyra gånger under de senaste 10 åren. Under 1984 anmäldes omkring 950 fall. Motsvarande siffra för 1996 var 5 046 (48). Barn i alla åldrar kan utsättas för sexuella övergrepp, men vanligast sker första övergreppet i åldern 8 - 12 år. 1997 polisanmäldes 2047 sexualbrott mot barn under 15 år (49) och samma år handlade cirka 850 samtal till BRIS jourtelefon om sexuella övergrepp (50).

Väldet i samhället återspeglas också inom hälso- och sjukvården. Årligen söker sig 50 000 människor till sjukvården efter att ha blivit utsatta för våld. Troligen finns ett stort mörkertal, eftersom många är ovilliga att

uppge orsaken till uppkomna skador. Vid våld är risken för utveckling av PTSS eller annan psykisk sjukdom särskilt hög. I flera studier har man t.ex. angett risken för PTSS för kvinnor utsatta för överfalls-våldtäkt, dvs en våldtäkt där förövaren inte sedan tidigare är känd för kvinnan, till över 50% (4, 9).

Våld på arbetsplatser har också blivit allt vanligare. Högriskyrken är väktare, poliser, buss- och tunnelbaneförare, socialarbetare samt numera också hälso- och sjukvårdspersonal (51). Närmare en tredjedel av alla anmälda arbetsskador som uppkommit genom våld inträffar inom sjukvården. Särskilt utsatt är personal på akutmottagningar, geriatriska kliniker, avdelningar med svårt psykiskt sjuka och särskilt vårdkrävande patienter samt sannolikt också personal i psykiatriska mobila akutteam, vars verksamhet bygger på hembesök (52, 53).

Våldet i samhället har under de senaste åren uppmärksamats från många håll, fr a har man betonat vikten av förbättrat omhändertagande av våldsoffren (54). Sveriges Läkarförbund tillsatte 1995 en arbetsgrupp vars uppgift är att sprida kunskap om mekanismerna bakom våld och komma med förslag på förbättringar i omhändertagandet av offer för våld, deras anhöriga och hälso- och sjukvårdspersonal. En rapport är publicerad 1998 (42) och 1999 publicerades i samarbete med BOJ skriften Läkaren och brottsoffret - sjukvårdens roll i omhändertagandet (55).

1.2.4. Plötsliga oväntade dödsfall hos närstående

Sorg är en naturlig reaktion på förlust. Även om sorg efter en nära anhörig kan vara både smärtsam, mödosam och långdragen så är ändå de flesta sorgereaktioner efter förväntade dödsfall att betrakta som normala och naturliga. Det kan dock finnas försvårande omständigheter, som utgör risk att dödsfall kan leda till psykiska och psykosomatiska problem på sikt. En riskfaktor av betydande slag är om förlusten av en älskad närstående kommer plötsligt och oväntat. Vid traumatiska dödsfall ökar risken för utveckling av PTSS och komplicerade sorgereaktioner hos efterlevande (56, 57). Risken för psykiska problem är särskilt hög om det är ett barn som avlidit och efter mord och självmord.

1.3. Arbetsrelaterad psykisk ohälsa

Sjukvårdspersonal kan också utsättas för extrem stress i arbetet. Särskilt utsatt inom somatisk vård är den personal som ingår i sjukvårdsgrupper, vilka skickas ut till olycksplatser, samt akut- och intensivvårdspersonal (58, 59). Därutöver inträffar det på ett stort sjukhus åtskilliga gånger per år att patienter avlider oväntat och för personalen på ett traumatiskt sätt. Psykiatriska akut- och intagningsavdelningar är särskilt utsatta på grund av risken för hot och våld respektive att patienter

avlider till följd av självmord (60). 1991 utbröt en anlagd brand på Huddinge sjukhus varvid sammanlagt 18 människor infördes till sjukhusets akutmottagning. Fem av dessa behövde vård på intensivvårdsavdelning. Två personer, tillika sjukvårdspersonal, överfördes till Karolinska sjukhuset för behandling i övertryckskammare (32).

I många studier under 1990-talet, har den stora omfattningen av psykiska problem och psykisk ohälsa hos den yrkesarbetande delen av befolkningen uppmärksamats. Risker att drabbas av psykisk ohälsa har visat sig vara särskilt hög inom vårdayrken (61, 62). Enligt arbetshälsorapporten 1995 uppgav 40 procent sin arbetssituation som "psykiskt ansträngande" främst inom yrken med människokontakt (63). Situationen har ytterligare förvärrats under senare hälften av 1990-talet vilket framgår i den senaste Arbetshälsorapporten (64). Anmälningar om skador i arbetet på psykosociala faktorer har också ökat. Detta skulle kunna bero på en faktisk ökning av psykosociala påfrestningar på arbetsplatserna, men kan också vara ett utslag av ökad anmälningsbenägenhet. Å andra sidan har man kanske tidigare, på grund av dålig kunskap om riskerna för utveckling av psykiska problem i kombination med att sjukskrivning på grund av psykiska besvär tidigare ansågs vara tecken på svaghet, haft en underrapportering av psykisk sjukdom.

Enstaka eller upprepade extremt påfrestande händelser kan leda till utveckling av ett akut stress syndrom eller i ogynnsamma fall till ett posttraumatiskt stress syndrom också hos sjukvårdspersonal. Långvariga belastningar kan också leda till försämrad psykisk hälsa i form av utbrändhet, kronisk trötthet och/eller utveckling av olika psykosomatiska problem. Psykisk sjukdom utlöst av arbetsrelaterade problem tycks vara relativt sällan förekommande. Däremot är det enligt den vetenskapliga yrkesmedicinska litteraturen vanligt att man i undersökningar idag finner hög förekomst av olika psykiska symtom som tecken på att arbetstagarnas resurser av olika skäl inte räcker till för att bemästra påfrestningarna i arbetet. Symtomen bör då i första hand ses som en allvarlig varningssignal snarare än som ett sjukdomstillstånd. Inte sällan uppstår dessa symtom som ett resultat av yttre påfrestningar, höga krav på arbetstagaren och låg självkontroll i kombination med bristfälligt eller otillräckligt stöd i arbetet (64).

I en intervjustudie av personal på tio kliniker och primärvårdscentraler i Stockholms läns landsting, i vilken också somatiska akutmottagningar ingick, rapporterades en mängd symtom och tecken på psykisk ohälsa (65). I studien beskrevs många arbetssituationer på den somatiska akutmottagningen som psykiskt belastande och uppfattades kunna utgöra riskfaktorer för psykisk ohälsa. Utöver effekter av omorganisa-

tioner och besparingar var ett ökat patienttryck med fler allt sjukare vårdsökande patienter en påtaglig belastning. Personalen kände oro för att sjuka patienter inte skulle få hjälp i tid respektive ökad risk för felbedömningar. Vissa situationer ansågs mera påfrestande än andra. Det kunde gälla vissa livsöden med tragiskt förlopp till exempel oväntade dödsfall framför allt genom olyckor, våld och självmord. Vissa patientgrupper innebar en större psykisk belastning därför att man av olika skäl berördes på ett djupare plan än vanligt. Speciellt gällde detta vid vård av svårt sjuka barn och ungdomar eller patienter som man lätt kunde identifiera sig med. Många tyckte att det är en svår och påfrestande uppgift att ta hand om och trösta anhöriga i samband med plötsliga dödsfall. Särskilt påfrestande blev det om flera tragiska dödsfall kom tätt efter varandra.

2. Psykologiskt och socialt stöd vid extrema påfrestningar

Det finns idag stor kunskap om hur enskilda personer eller grupper reagerar under och efter händelser som kan bli traumatiska, dvs kan leda till psykiska skador. Genomgående talar man i den snabbt expanderande traumatilitteraturen om vikten av identifiering av riskpersoner och snabbt insättande av stödåtgärder. Trots detta finns det få vetenskapliga studier i vilka man prövat och utvärderat om preventiva eller mer behandlingsinriktade insatser kan förhindra allvarliga följd-tillstånd.

I litteraturen påpekas att barns upplevelser och behov inte beaktas vid traumatiska händelser. Samtidigt som man betonar att risken är stor för att barn kan utveckla allvarliga psykiska problem finns det få interventionsprogram som inkluderar barn.

På motsvarande sätt förordas snabbt insättande av stödåtgärder till personal, som varit med om extrema påfrestningar i arbetet. På senare år har framför allt psykologisk genomgång (psykologisk "debriefing") kommit att användas inom en rad olika organisationer (polis, räddningstjänst, hälso- och sjukvård m.fl.). Behovet av att pröva och utvärdera metoden är mycket stort.

När följdillstånd såsom posttraumatiska stress syndrom eller andra psykiatriska sjukdomstillstånd väl utvecklats är förutsättningarna för tillfrisknande sämre och behandlingsinsatserna mera tidskrävande och kostsamma. Skulle därför tidigt insatt psykologiskt stöd kunna motverka sjukdomsutveckling finns stora vinster av framför allt humanitär men också av ekonomisk karaktär att hämta.

2.1. Stödinsatser till akut drabbade personer och deras anhöriga

Ett tidigt insatt psykologiskt stöd efter traumatiserade händelser har i flera undersökningar, få dock vetenskapligt granskade, visat sig vara en gynnsam faktor för att minska risken för allvarliga följdtilstånd. I traumlitteraturen talas om primär traumatisering som den skada som själva händelsen givit upphov till medan den sekundära traumatiseringen åstadkommit av exponering i massmedia eller ett uteblivet, bristfälligt eller okänsligt stöd. Ett bristfälligt stöd anses utgöra en allvarlig riskfaktor för utveckling av PTSS (1-4, 9, 66-68).

Vilket stöd drabbade människor behöver varierar beroende på händelsens karaktär, personliga faktorer och aktuell livssituation samt hur den drabbades sociala nätverk ser ut. Det psykologiska stödet behöver individualiseras och behovsanpassas. Avgörandet för om den drabbade kan klara sig på egen hand, med stöd från sin närmaste omgivning, eller är i behov av professionellt stöd, kräver en noggrann bedömning (2).

Hur det psykologiska stödet, framför allt det långsiktiga, bör se ut råder det olika uppfattning om. Synen på "krisbehandling" har under en stor del av 1900-talet varit mångfacetterad och tidvis förvirrande beroende på att såväl begreppen kris som kristerapi definierats och beskrivits på olika sätt (69, 70). Fram till mitten av 1980-talet dominerade behandlingsmetoder som hade sin teoretiska utgångspunkt i arbeten av Eric Lindemann och Gerard Caplan samt i Sverige av Johan Cullberg (71-73). Andra förgrundsgestalter är Collin Murray Parks, John Bowlby och William Worden (sorg), Donna Aguilera (kris) samt Mardi Horowitz och Judith Herman (trauma) (74-80, 9).

Oavsett vilken teoretisk referensram man använder sig av vid ställningstagande till stöd- och behandlingsinsatser råder i dag konsensus om att människor, som varit med om en allvarlig akut händelse, behöver ett stöd som omfattas av:

1. Medicinskt omhändertagande med samtidigt beaktande av psykologiska behov.
2. Stimulerande av adekvata bemästringsstrategier hos individen eller gruppen.
3. Mobilisering av socialt stöd
4. Tidig upptäckt av riskpersoner.
5. Vid behov uppföljande kontakt och överföring till annan vårdgivare.
6. Psykoterapeutisk/ psykiatrisk behandling vid risk för eller utvecklad PTSS.

Stödinsatser behöver genomföras i tre steg. Först måste trygghet åter-skapas genom att den drabbade skyddas från fortsatt yttre hot och genom att personen får hjälp att återta kontrollen över sina egna reaktio-ner. Därefter kan själva händelsen börja rekonstrueras. Detta hjälper den drabbade att förstå sina egna reaktioner och är en början till bearbetning av det inträffade. Slutligen kan personen behöva hjälp med att återknyta kontakt med sitt sociala nätverk (2, 9).

2.1.1. Medicinskt omhändertagande med samtidigt beaktande av psyko-logiska behov

Människor som varit med om olyckor eller våld bör alltid genomgå kroppsundersökning för fastställande av fysiska skador. Även personer som är till synes oskadade måste undersökas kroppsligt inte minst av rättsliga och försäkringstekniska skäl, något som ofta missas på akut-mottagningar. Undersökningen utgör också ett led i omhändertagandet och blir för den drabbade personen ett bevis på att sjukvårdspersonalen ser allvarligt på det inträffade. Människor som varit med om extrema påfrestningar uppvisar inte sällan såväl överdriven oro inför uppkomna skador eller symtom, som mer eller mindre uttalad brist på insikt av att vara allvarligt skadad (2)

2.1.2. Psykologiskt och socialt stöd

Det betraktas som självklart att kroppsligt skadade och sjuka människor skall erbjudas kvalificerad somatisk vård. Lika självklart borde psykolo-giska och sociala stödåtgärder ingå som en del i omhändertagandet, vilket dock inte är fallet (9). I juni 1996 togs en utvecklingsplan för akut omhändertagande i den framtida sjukvården i Stockholms läns lands-ting. Enligt sammanfattningen av fyra rapporter var målsättningen med arbetet ”att skapa en beredskap på sjukhus och vårdcentraler att genom-föra organisatoriska och verksamhetsmässiga förändringar som innebär en kvalitets- och effektivitetshöjning och som styrs av patient- och kundperspektivet”. I förslagen till ett förbättrat akut omhändertagande saknades i sammanfattningen helt den helhetssyn i vården, som man annars så ofta talar om. Inte heller gavs förslag på psykosociala stödåtgärder (81).

Traumatiserade människor behöver få respekt för sina upplevelser, mötas av människor som accepterar deras posttraumatiska reaktioner och beteenden och få möjlighet att bearbeta det de varit med om. De behöver få komma i omedelbar trygghet och mötas av människor som kan erbjuda ett medmänskligt bemötande. Denna typ av hjälp kallas oftast krishjälp. Krishjälp är ingen behandling utan ett gott medmänskligt stöd (56, 69, 70). Skriftlig information om förväntade reaktioner kan vara till god hjälp för såväl den drabbade som dennes anhöriga (82).

Först när den omgivande tryggheten är någorlunda återställd, är det möjligt för den drabbade att börja reagera på och förstå vad man varit med om. Då kan man börja det tunga arbetet med att rekonstruera händelseförloppet. Man behöver få berätta vad man varit med om, söka reda på bitar som fattas och samtidigt ge uttryck för olika slags tankar, känslor och andra reaktioner som hänger samman med upplevelserna. Slutligen behöver man få återknyta sociala kontakter. Traumatiska upplevelser kan föra med sig att individen känner sig ensam, missförstådd och avvisad. Den känslan kan förstärkas av ett uteblivet, okänsligt eller icke professionellt bemötande. Alla stegen är viktiga men de måste tas i rätt ordning. Det går inte att börja en genomarbetning av det som hänt innan tryggheten är någorlunda säkerställd (2, 9, 55, 69).

Socialt stöd har visat sig ha positiv påverkan på psykiskt välbefinnande efter traumatiska händelser (83) medan brist på socialt stöd i sig kan vara en stressfaktor (84). Det sociala stödet förväntas ofta finnas i den drabbades närmaste omgivning, det s k informella nätverket. Den närmaste familjen och vännerna kan emellertid själva vara så drabbade av händelsen att de inte förmår stötta den mest utsatta eller varandra i tillräcklig utsträckning. Många vet inte heller vad som kan betraktas som normala reaktioner utan skräms av de ibland starka uttryck som posttraumatiska stressreaktioner kan ta sig. Personal på sjukhuset (formellt professionellt nätverk) kan genom information och stöd till de närstående minska deras osäkerhet och rädsla och därmed lägga grunden till ett socialt stöd utanför sjukhuset (85). Sjukvårdspersonalen kan också underlätta för den drabbade att söka sig till självhjälpsgrupper eller acceptera professionellt stöd (85).

För att möjliggöra insättande av långsiktiga stödåtgärder är en noggrann riskbedömning väsentlig. En del personer kan i omedelbar anslutning till händelsen förefalla samlade och inte anse sig vara i behov av fortsatt stöd. Lite senare när chocken släpper kan reaktionerna som kommer kännas överväldigande och då kan den drabbade känna ett stort behov av stöd. Erfarenheten har emellertid visat att många drabbade, trots detta behov av psykologiskt stöd, inte själva söker hjälp. Det psykologiska stödet måste därför också vara aktivt uppsökande. Överföring till annan hjälpinstans behöver oftast ske med aktiv hjälp av den personal som svarat för de omedelbara stödinsatserna. Uppföljning är viktig också för att möjliggöra tidig upptäckt av allvarligare psykiatrisk problematik.

Vid vissa typer av traumatiska händelser bör drabbade alltid erbjudas professionell bedömning och behandling (2, 9). Detta gäller t.ex. tortyr-

offer, gisslan och offer för sexuella övergrepp liksom vid särskilt svåra och komplicerade dödsfall (barn, självmord, mord).

Eftersom barn tycks bli osynliga vid situationer som olyckor, fysiskt och psykiskt våld inom familjen samt vid anhörigas sjukdom och död behöver personal, som möter krisdrabbade familjer, få ökad kunskap om barns reaktioner och behov för att kunna bedöma behovet av särskilda stödåtgärder till barnet (86-89).

2.2. Psykologiskt och socialt stöd vid stora olyckor och katastrofer

Stora olyckor och våldshändelser ställer särskilda krav på hälso- och sjukvården beträffande såväl medicinska som psykologiska och sociala insatser. En större händelse påverkar utöver de direkt drabbade, ett stort antal personer i de drabbades omgivning, av vilka många söker sig till sjukhus. Allmänhetens behov av information måste tillgodoses, vilket ställer krav på samverkan mellan polis, socialvård och hälso- och sjukvård. Stressbelastningen på hälso- och sjukvårdens personal förstärks av att händelser av denna karaktär ofta får stort massmedialt intresse. De personella resurser som kan behöva tas i anspråk för de psykologiska och sociala insatserna är omfattande. Kompetensen för dessa finns utspridd på olika kliniker och organisationer inom och utanför sjukhusen.

För att kunna svara mot de psykologiska hjälpbehoven finns idag på samtliga akutsjukhus i Stockholms län, en särskild psykologisk/psykiatrisk katastrofledningsgrupp (PKL-grupp). Gruppens viktigaste funktion är att leda och organisera stödinsatserna med hjälp av resurspersoner och ansvara för att drabbade, anhöriga och hälso- och sjukvårdspersonal får nödvändigt psykologiskt stöd (90, 91).

2.3. Stödinsatser till sjukvårdspersonal utsatt för extrema påfrestningar i arbetet

Även om reaktionerna i vissa fall kan se likartade ut hos personal som hos direkt drabbade människor har man som personal helt andra förutsättningar att klara sig såväl under det att händelsen pågår som efteråt. Man har utbildning för att klara uppgifterna och därmed nödvändiga förutsättningar för att kunna genomföra dem. Till denna kunskap hör utöver praktisk färdighet också kunskap om krisreaktioner, såväl hos patienter som hos sig själv. Slutligen ingår man i en arbetsgrupp med en social gemenskap och med ett gemensamt mål. Många av dessa omständigheter har en skyddande effekt, vilket minskar risken för att upplevelserna blir traumatiserande. Likväl kan omständigheterna och stressen under själva arbetet göra att minnesbilder efteråt blir både osammanhängande och kopplade till starka reaktioner. Sjukvårdspersonal kan i

arbetet också utsätts för fara för eget liv varvid händelsen drabbar dem personligt (1, 2, 58).

Principerna för stöd till direkt drabbade vid påfrestande händelser gäller också för sjukvårdspersonal. Dagens personalstöd har visat sig otillräckligt på en del akutmottagningar i landstinget (65). För att klara de belastningar som möter personal inom akutsjukvården behöver man på den egna arbetsplatsen utveckla och bygga in förebyggande och stödjande insatser som en naturlig del i arbetsättet. På särskilt utsatta arbetsplatser, till vilka akutmottagningar räknas, bör man också ha tillgång till mera professionellt stöd.

Det betydelsefulla dagliga kamratstödet behöver ges organisatoriska förutsättningar att utvecklas. Vid akuta händelser med dramatiska förlopp där personal också blir kraftigt emotionellt påverkad behövs snabbt insatta stödåtgärder. Ett sätt att minska påfrestningarna för personalen och samtidigt förbättra det psykologiska stödet till direkt drabbade är att utforma handlingsplaner för vissa händelser, vilka inbegriper åtgärder riktade till såväl direkt drabbade som till den egna personalen. På arbetsplatser med risk för våld, måste det finnas en i förväg uppgjord handlingsplan, som innehåller åtgärder för att minimera kroppsliga och psykiska skador hos den egna personalen (54).

Det har föreslagits att man inför en motsvarande handlingsplan på arbetsplatser där personal över huvudtaget riskerar att utsättas för extrema påfrestningar. Exempel på händelser av större karaktär efter vilka personal varit i behov av stödinsatser är branden på Huddinge sjukhus, Estoniakatastrofen, bussolyckan i Järna och dödsskjutningen vid Stureplan. Vid händelser av extremkaraktär rekommenderas att man utöver en rad andra personalstödjande insatser också erbjuder ett särskilt psykologisk stöd, kallat psykologisk genomgång (psykologisk "debriefing") (60, 92-94). Psykologisk genomgång är en gruppmetod för personalstöd till arbetsgrupper utsatta för extremt påfrestande händelser.

Metoden började i mitten på 1990-talet att ifrågasättas varför behovet av att pröva och utvärdera den är mycket stort (95-98). Även när det gällde psykologisk genomgång rädde och råder fortfarande begreppsförvirring (99). Kritikerna hänvisar till enstaka studier i vilka man påvisat inga eller till och med skadliga effekter av psykologisk genomgång medan en del förespråkare av metoden okritiskt beskriver den som ytterst värdefull i många olika sammanhang (100).

II. KLINISK ERFARENHET SOM BAKGRUND TILL KRIS-PROJEKTET. KRISMOTTAGNINGEN VID HUDDINGE SJUKHUS

3.1. Bakgrund

Krismottagningen vid Huddinge sjukhus inrättades 1984 med uppgiften att utveckla omhändertagandet av människor i kris för att förebygga allvarliga psykiska och/eller psykosomatiska sjukdomstillstånd. Man önskade också genom att inrätta en särskild mottagning tillse att sjukvårdspersonal, som i sitt dagliga arbete hade nära kontakt med människor i kris, obotlig sjukdom och död skulle få hjälp att konstruktivt hantera den ökade psykiska belastning som detta innebär. Detta skulle ske genom undervisning, konsultativa insatser och handledning. Mottagningen skulle också utöver patient- och personalinriktad verksamhet, bedriva metodutveckling och forskning. Verksamheten utvärderades 1990 och arbetssätt och erfarenheter har beskrivits i verksamhetsrapporter, 1984-85, 1990, 1994 och 1995 (101-105).

Tillkomsten av Krismottagningen, som 1990 bytte namn till Enheten för krisintervention och konsultation, (fortsättningsvis kallad Krisenheten) föregicks av två stora utredningar, Kris- och suicidutredningen och Vård i livets slutskede (106-107). I båda utredningarna poängterades behovet av att sjukvården anammade en helhetssyn som beaktade patientens psykologiska och sociala behov vid sidan av de rent medicinska och fysiska. Man konstaterade att sjukvårdspersonal saknade tillräckliga kunskaper om kris, sorg och om självmordsbeteende och föreslog därför att sjukvårdspersonal skulle få teoretisk utbildning kombinerat med handledning för att integrera delvis ny kunskap. Man betonade också vikten av att personal måste ha psykologiskt stöd för att orka med människors lidande och död.

Kris- och suicidutredningen, som var klar 1980, föreslog att kristeam skulle inrättas vid de somatiska sjukhusen. Dessutom föreslog man tillskapandet av ett särskilt team för dokumentation och utarbetande av förslag till rutiner för bemötande av patienter som gjort självmordsförsök. Det senare ledde 1993 till etablerandet av Centrum för suicidforskning och prevention inom Samhällsmedicin.

1996 i samband med omfattande besparingskrav på psykiatri inom Sydvästra sjukvårdsområdet beslutades att Krisenhetens verksamhet skulle upphöra. För att landstinget inte skulle förlora den kunskap inom

kris- och katastrofområdet som under 12 år byggts upp tillfördes nya medel och verksamheten överfördes till Samhällsmedicin Syd.

Organisationsförändringen medförde att den kliniska delen i verksamheten lades ner. Behovet av stödinsatser till krisdrabbade minskade emellertid inte. I stället kom önskemål från kuratorsavdelningen och personal från olika kliniker på Huddinge sjukhus om uppbyggnad av ett alternativ till Krisenheten, varvid idén till KRIS-projektet föddes. Som grund till projektet låg framförallt Krisenhetens men också kurators- och psykologavdelningarnas mångåriga erfarenhet av arbete med traumatiserade och/eller svårt somatiskt sjuka människor.

3.2. Patientinriktat arbete

Under de första åren av Krisenhetens arbete låg tyngdpunkten i verksamheten på psykologiskt stöd till krisdrabbade människor och på samverkansuppbyggnad med sjukhusets kuratorer och andra presumtiva samarbetspartners. Den viktigaste uppgiften var att "stötta" sjukvårdspersonal i deras arbete snarare än att ta över deras funktioner. Det var därför inte något mål att enheten skulle ta emot särskilt många krisdrabbade människor för behandling. Denna policy kom också att styra prioritering av de patienter som erbjöds behandling.

Patienterna aktualiserades efter att ha varit med om en extremt påfrestande händelse. Utlösande händelser var av livshotande eller dödlig karaktär och hade inträffat plötsligt och i många fall oväntat. Utöver akut livshotande sjukdom rörde det sig om svåra olyckor, våldshändelser eller plötsliga dödsfall genom sjukdom, mord eller självmord. Patienterna var huvudsakligen relativt unga och hade i de flesta fall fungerat psykosocialt väl före händelsen. Kvinnor var under alla år överrepresenterade, vilket överensstämmer med patienternas könsfördelning på psykiatriska öppenvårdsmottagningar men inte med den hos allmänheten förhärskande tron att kvinnor psykologiskt sätt klarar sig bättre än män efter att ha varit med om en traumatiserande händelse.

Enligt de under 1980-talet rådande kristeorierna ansågs en snabbt etablerad samtalskontakt i så nära anslutning till den traumatiska händelsen som möjligt vara en förutsättning för att förhindra utveckling från ett akut kristillstånd till psykisk sjukdom. En genomgång av patientkontakterna mellan åren 1985 och 1990 visade att hälften av patienterna hade besökt mottagningen inom det första dygnet och tre fjärdelar inom fyra dygn (104). Samtidigt pågick ett utvecklingsarbete i samverkan med kurator på den somatiska akutmottagningen varvid kunskapen om krishjälp spreds till akutpersonalen via möten, konsultationer, utbildning och forskningsprojekt (56, 108-110). Detta arbete ledde så små-

ningom till att färre patienter aktualiserades via akutmottagningen och att de som kom inte heller behövde ett omedelbart specialistomhändertagande. Mellan åren 1991 - 1995 kom en fjärdedel av patienterna till Krisenheten inom ett dygn och närmare hälften inom fyra dygn (105).

De patienter som av olika skäl inte erbjöds samtalskontakt på Krisenheten diskuterades med remitterande person. Om vederbörande skulle ha fortsatt kontakt med patienten erbjöds han/hon konsultation. I annat fall ordnades annan terapeutisk kontakt via det nätverk av terapeuter som Krisenheten efter hand byggt upp.

Under de inledande åren avböjde ca 20% av aktualiserade patienter samtalskontakt och uppemot 20% avbröt samtalsbehandlingen mot terapeuternas inrådan. Genom ett förändrat arbetssätt i form av ett aktivt uppsökande, och i de fall patienten avböjt erbjudande om samtal, uppföljande telefonkontakt, sjönk bortfallet till 5%. Endast ett fåtal patienter avbröt därefter påbörjad samtalskontakt.

Behandlingen utformades utifrån den utlösande händelsens karaktär, var i efterförloppet patienten psykologiskt befann sig och om de posttraumatiska stressreaktionerna övergått i sjukdomssymtom eller inte. Behandlingsnivåerna kallades krishjälp, krisintervention och kristerapi (krispsykoterapi) enligt en idé utarbetad av Hillgaard och medarbetare (70).

Det terapeutiska arbetet utgick från målsättningen att de drabbade skulle ha återgått till åtminstone samma funktionsnivå som före händelsen innan samtalskontakten avslutades. Kontakten avslutades i samråd med patienten då terapeuten bedömde att patientens egna resurser räckte till för att klara fortsatt bearbetning på egen hand eller med stöd från patientens närmaste omgivning. Samtalskontakternas längd varierade under årens lopp. Under åren 1984 - 1990 erhöll i genomsnitt 75% av de patienter som fullföljde behandlingen färre än 10 samtal. Av dessa behövde ungefär hälften mindre än fem samtal. I takt med att fler patienter remitterades som redan utvecklat ett posttraumatiskt stress syndrom erhöll fler mer omfattande krispsykoterapi. En genomgång av antal samtal och behandlingstidens längd visade variation från enstaka samtal till maximalt 67 samtal (105). Den utlösande händelsens karaktär spelade här en viktig roll. Plötslig och oväntad förlust av närstående under dramatiska former (särskilt barns död) samt egen livshotande sjukdom krävde längre behandlingstid. Detta är i och för sig inte förvånande. Sorg är per definition en mera långvarig process än en krisreaktion. Egen livshotande sjukdom skiljer sig från övriga situations-

betingade trauman genom att den sjuke i allmänhet är utsatt för ackumulerande påfrestningar.

På Krisenheten var man restriktiv med lugnande och/eller sömngivande läkemedel. Trots att patienterna varit utsatta för extremt påfrestande upplevelser och att de hänvisats till enheten för att få specialistvård var behovet av psykofarmaka litet. Åtskilliga patienter var periodvis suicidala. Av 51 patienter som erhöll behandling på enheten 1995 (då den kliniska verksamheten reducerats) fick åtta patienter recept på ångestdämpande eller antidepressiva preparat. Ytterligare några erhöll under 1-2 veckor sömntabletter. Få patienter krävde medicinering själva och enstaka avböjde erbjudande om ångestreducerande medicinsk behandling. En förutsättning för att patienterna skulle klara sig utan eller med låga doser psykofarmaka var en empatisk terapeutisk kontakt, anpassad till deras behov. Detta innebar periodvis tät samtalskontakt (flera samtal/vecka) och vetskap hos patienten om att lätt kunna nå terapeuten.

Mottagningens sjukgymnast kompletterade vid behov behandlingen framförallt hos patienter med posttraumatiska stress syndrom och svåra psykosomatiska sjukdomstillstånd. Sjukgymnasten använde sig av en undersökningsmetod kallad RSKU (resursorienterad kroppsundersökning) i kombination med en krisinriktad fysioterapeutisk metod utvecklad på enheten för krispatienter (111-113).

I avsikt att ta fram underlag för framtida behandling av krisdrabbade människor såväl inom somatisk som psykiatrisk vård utarbetades ett fråge- och skattningsformulär omfattande sociala och demografiska bakgrundsdata, tidigare psykologisk belastning och psykisk sjukdom, aktuell händelse, aktuella psykiska reaktioner samt erhållen behandling. Patienterna skattades avseende psykiska reaktioner före och efter avslutad behandling. En sammanställning är gjord för år 1987. Av de patienter som ingick i denna studie bedömdes två tredjedelar vara psykosocialt välfungerande före händelsen, en tredjedel hade före händelsen haft kontakt med öppen psykiatrisk vård. Patienterna erhöll under 1987 i genomsnitt fem samtal. Vid skattning av patienternas psykiska tillstånd efter avslutad behandling hade posttraumatiska reaktioner och symtom minskat hos majoriteten av patienterna. Den största minskningen fanns inom gruppen med symtom av emotionell karaktär medan somatiskt färgade symtom reducerats i mindre utsträckning. Hälften av patienterna bedömdes vara förbättrade med avseende på "förmåga att hantera traumat" och "arbetsförmåga" (114).

3.3 Personalstöd

Under de första åren påbörjade Krisenheten ett utvecklingsarbete med syfte att öka sjukvårdspersonalens kunskaper om krisreaktioner och krisdrabbades behov av olika stödinsatser i avsikt att förbättra det akuta omhändertagandet. Arbetet syftade också till att underlätta patientarbetet och minska riskerna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa hos personalen. Det fanns och finns också idag en ökande medvetenhet om det glapp som existerar mellan somatisk sjukvård å ena sidan och psykiatrisk å den andra, och att detta leder till bristfällig kvalitet i omhändertagandet av i synnerhet svårt sjuka patienter och sammanhängande därmed ett ökat slitage på personalen.

3.3.1. Långsiktigt stöd. Konsultation-liaison

Krisenheten utvecklade en modifierad och för svensk somatisk sjukvård anpassad psykologisk/psykiatrisk konsultationsmodell, som internationellt kallas consultation-liaison (115-116). Konsultationsmodellen prövades mera renodlat under en treårsperiod på Infektionskliniken, Huddinge sjukhus och utvärderades via personalintervjuer 1995. Utvärderingen visade tydligt på fördelarna med denna konsultationsmodell. De intervjuade betonade att det nya arbetssättet ledde till förbättrad kontinuitet och högre tillgänglighet av psykologisk/psykiatrisk kompetens och i slutändan ett förbättrat omhändertagande av patienterna. För personalens del ledde samarbetet till ökad samverkan mellan olika personalkategorier på kliniken, ökad förståelse för psykologiska problem samt egen kompetenshöjning (117).

Arbetssättet enligt konsultation-liaisonmodellen är både patient- och personalinriktat, där begreppet liaison står för all psykiatrisk/psykologisk verksamhet utöver direkt bedömning eller behandling av patienter. Även den patientinriktade konsultationen inordnas i en övergripande strategi. Syftet är att åstadkomma en utvecklingsprocess med de övergripande målen att främja ett psykologiskt optimalt omhändertagande av patienter och deras anhöriga och samtidigt hjälpa läkare och vårdpersonal inom somatiken att identifiera psykologiska behov hos patienterna. I ett längre perspektiv är förebyggande av psykisk ohälsa hos personalen ett annat viktigt mål.

Arbetssättet byggdes upp genom att varje remittering av patienter föregicks av ett samtal med remitterande läkare/kurator/sjuksköterska. Initialt efterfrågades nästan uteslutande hjälp med direkta patientärenden. Kontinuitet och hög tillgänglighet till konsulten är en förutsättning för att modellen skall fungera. Konsulten kunde inom kort tid nås åtminstone för en telefondiskussion. I modellen fanns också möjlighet till uppföljande samtal och vid behov tidsbegränsad psykoterapeutisk

kontakt, också polikliniskt. I takt med att man på de somatiska kliniker-
na lärde känna konsulterna och såg positiva behandlingsresultat, vilka
alltid återrapporterades, började personalen också efterfråga såväl mer
kunskap som eget psykologiskt stöd i arbetet. En läroprocess kom i gång
på avdelningarna också genom att konsulterna deltog i särskilda möten
runt vissa patienter eller seminarier med specifika frågeställningar (117).

Initialfasen, under vilket förtroendet för konsultverksamheten byggdes
upp, följdes av en kunskapshöjande fas. Avsikten var att lära ut delvis
ny kunskap om "traumatiska kriser" till sjukvårdspersonal som i stor
utsträckning byggde sitt "krisarbete" på Johan Cullbergs bok, Kris och
utveckling (73). Boken hade haft stor genomslagskraft och hade lett till
en långsamt förändrad syn på krisdrabbade med eller utan kroppslig
sjukdom. Framförallt hade sjukvårdspersonalen fått en mera humanis-
tisk syn på effekter av svåra händelser och sjukdom. Emellertid var
boken inte en tillräcklig hjälp för att sjukvårdspersonal skulle förstå
patienternas reaktioner och behov. Detta kan vara en förklaring till att
boken endast i begränsad omfattning ledde till ett förändrat omhänder-
tagande av människor som varit med om svåra händelser eller drabbats
av livshotande sjukdom.

I den tredje och slutliga utvecklingsfasen minskade insatser av direkt
patientkaraktär och utbildning i form av seminarier och föreläsningar. I
stället kom insatser i större utsträckning att bestå av konsultation och/
eller handledning. Som utgångspunkt för denna utveckling låg krisen-
hetens erfarenhet av det nödvändiga i att den förvärvade teoretiska
kunskapen integreras och prövas i direkt arbete med människor i kris
under samtidig handledning. Önskemål om handledning eller mera
långvariga konsultationsinsatser ökade markant under enhetens första
år och nådde en topp 1994, då enheten hade 37 pågående konsultations-
/handledningsgrupper samtidigt (105). Genomgående fördelades
handledningsuppdragen så att enhetens psykiater handledde läkare,
psykologerna avdelningspersonal och sjukgymnasten, sjukgymnaster.
Utöver grupphandledning gavs också handledning till enstaka
kuratorer, läkare och sjuksköterskor.

En effekt av Krisenhetens fleråriga handledning på somatiska vårdav-
delningar under hela 1980- och början på 1990-talet var att avdelning-
arna fick en större härbärgande förmåga när det gällde svårt sjuka och
ängestfulla patienter. Emellertid visade det sig att handledningssessio-
nerna under åren 1994 och 1995 i allt större utsträckning övergick från
att handla om behandlare - patientrelation till att alltmer fokusera på
den ansträngda personalsituationen med hög arbetsbelastning, mins-
kade personalresurser och ideliga omorganisationer. Personalen an-

vände handledningstimborna till att lägga ut sin frustration och kunde därefter lättare gå tillbaka till vardagsarbetet. Handledarna började befara att handledningen genom sin hårbärande funktion kunde leda till att personalen ytterligare tånjde på sina arbetsprestationer och därmed riskerade utveckling av allvarliga stressproblem. Handledning bedömdes i vissa fall vara kontraindicerad varför dessa handledningsuppdrag successivt under 1995 avslutades.

3.3.2. Akut psykologiskt stöd: konsultation och psykologisk genomgång

Krisenheten kom i allt större utsträckning att kallas till avdelningar i samband med händelser, som var traumatiserande för en hel eller delar av en avdelning. Exempel på sådana händelser kunde vara att en patient plötsligt och oväntat avled på en avdelning eller att en patient under pågående vård suiciderade. Andra händelser kunde vara komplicerade trafikolycksfall med dödlig utgång eller att personalen själv varit utsatt för ett hot till livet. I dessa akuta situationer användes olika former av psykologiskt stöd, bland andra den s k psykologiska genomgången. Metoden hämtades från Krisenhetens personalstödjande arbete i samband med stora olyckor och katastrofer och anpassades till sjukvårdens verklighet och behov. Denna form av psykologiskt stöd visade sig vara en värdefull möjlighet för avdelningspersonal att tillsammans tala om vad som hänt. Positiva effekter hos personal kunde iakttagas inom några olika områden. Missförstånd och oklarheter kunde klaras ut och bilden av händelseförloppet göras tydligare för de inblandade. Den psykologiska genomgången kunde stoppa upp ett syndabockstänkande liksom den splittringstendens inom gruppen, som inte sällan annars uppstår i händelsernas kölvatten. Egna och andras stressreaktioner, upplevelser och beteenden blev begripliga och kunde förstås som "normala" och förväntade följder av den extrema yrkesmässiga belastningen. Dessutom hjälpte den psykologiska genomgången till att mobilisera arbetsgruppernas stödkapacitet. I gruppamtalen gavs utrymme för viss "undervisning" om stressreaktioner både på kort och på lång sikt och om strategier för hantering av stressreaktionerna. I flera fall fick den psykologiska genomgången en avgörande betydelse för arbetstagarbeslut om de skulle stanna kvar på arbetsplatsen eller inom yrket.

Den psykologiska genomgången som enda åtgärd hade emellertid begränsad betydelse. I de fall någon i personalgruppen själv utsatts för livsfara och därvid traumatiserats kunde den psykologiska genomgången som enda åtgärd inte förhindra utveckling av ett posttraumatiskt stress syndrom. På enheter med ett utvecklat arbetsmiljötänkande och beredskap för att hantera extrema påfrestningar visade sig emellertid psykologisk genomgång tillsammans med andra personalstödjande åtgärder vara av värde. I de fall ett arbetsmiljötänkande eller psykolo-

gisk förståelse för traumatiska händelsers betydelse saknades på avdelningen föreslog Krisenheten ofta andra stödåtgärder än psykologisk genomgång.

En annan förutsättning för lyckat resultat av en psykologisk genomgång är att personalen känner sig trygg med dem som ansvarar för genomgången. Som ett uttryck för hög tillit ombads Krisenheten vid flera tillfällen under åren 1994 - 1995 göra akuta personalstödande insatser till operations- och anestesipersonal på operationsavdelningar, sedan patienter under dramatiska former avlidit under pågående operation. Hög tillit är också en nödvändig förutsättning för att kunna genomföra en psykologisk genomgång efter patienters självmord eftersom självmord ofta väcker känslor av skam, skuld och inkompetens hos personalen (60).

3.4. Psykologisk katastrofberedskap

I mitten av 1980-talet kunde Krisenheten visa på bristfällig social och psykologisk katastrofberedskap på akutsjukhusen i Stockholms län. Effekten av dessa brister visade sig tydligt i samband med en stor bussolycka utanför Bergen, Norge, där 16 barn och vuxna avled (29). Efter olyckan fick Krisenheten, i samarbete och med ekonomiskt stöd från Centrala avdelningen för Ambulanssjukvård och Katastrofmedicinsk planering (CAK), möjlighet att under åren 1988 - 1990 genomföra en utbildning som resulterade i en organisationsmodell för psykologisk katastrofberedskap som idag finns på samtliga akutsjukhus i Stockholms län (118). Modellen byggde på egna erfarenheter från såväl vardagssjukvård som internationella erfarenheter av katastrofinsatser och utgick från följande principer:

En effektiv katastrofpsykologisk beredskap förutsätter omfattande personella resurser. Kompetensen för detta finns utspridd på olika enheter och organisationer såväl inom ett sjukhus som inom ett sjukvårdsområde. För att kunna svara mot de psykologiska hjälpbehov som kan uppkomma, behövs därför samordning och samverkan genom en separat organisation med egen ledning, vars medlemmar förutom ledningsvana måste ha god kunskap i katastrofpsykologi/-psykiatri. De insatser som kan komma i fråga när det gäller arbete med katastrofdrabbade människor är av social, religiös i vid bemärkelse samt psykologisk och psykiatrisk karaktär. Genom att olika kompetens finns representerad i en ledningsgrupp förutsättes också att gruppen har nödvändiga kontaktytor mot olika grupper av resurspersoner. Med resurspersoner menas sådana, som har erfarenhet av arbete med krisdrabbade i sin vardagliga verksamhet. Den av Krisenheten framtagna beredskapsmodellen med s k PKL-grupper på akutsjukhusen (Psykologisk/psykia-

trisk KatastrofLednings-grupp) har anammats på många håll i Sverige inte minst genom socialstyrelsens "Allmänna råd" rörande psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer (90). Under åren 1992 - 1993 genomförde Krisenheten en motsvarande utbildning för uppbyggnad av en kommunal kris- och katastrofberedskap för dåvarande Socialdistrikt 11, 12 och 13 (Skärholmen, Liljeholmen, Älvsjö), vilket ledde till ett utvecklat samarbete mellan Huddinge sjukhus och olika verksamheter utanför sjukhuset.

PKL-organisationen kom till användning vid åtskilliga tillfällen under 1990-talet t ex vid Gottröraolyckan 1993, Estoniakatastrofen 1994 och Stureplanmorden 1994. I samband med Estoniakatastrofen vårdades överlevande på Huddinge sjukhus och Södersjukhuset. Under de första dygnet genomförde Krisenheten tillsammans med personer från flera PKL-grupper psykologiska genomgångar med den sjukvårdspersonal, som ingått i sjukvårdsgrupper, som under natten och morgontimmarna deltog i räddningsarbetet ute till sjöss samt annan berörd personal såväl på Huddinge sjukhus som på Södersjukhuset.

Varje år sedan 1990 har Krisenheten genomfört vidareutbildningar för PKL-grupperna på Stockholmssjukhusen. Under 1995 handlade utbildningen om ledning och organisation av de psykologiska insatserna vid katastrof. Utöver teoretiska avsnitt fick kursdeltagarna genom katastrofspel möjlighet att under två dagar på internat träna ledningsarbetet. 1995 genomfördes en samverkans- och räddningstjänstövning vid Älvsjö station. Målsättning med övningen var att öva såväl hjälpinsatser på alla nivåer som samverkan mellan olika organisationer från det att larmet gått från SOS Alarm till omhändertagandet av skadade och anhöriga inom sjukvård och socialtjänst. Detta var den första katastrofövning i Stockholm någonsin i vilken samverkan mellan en PKL-grupp och socialtjänstens krisgrupp tränades. Övningen visade med önskad tydlighet på de svagheter som fortfarande fanns i organisationerna, vilka efter övningen i de flesta fall åtgärdats.

1991 tillskapades ett samverkansforum för PKL-verksamheten i Stockholms län. Gruppen bestående av koordinatörer från de olika PKL-grupperna samt personal från CAK och Krisenheten har träffats regelbundet för att utbyta erfarenheter, finna modeller för samverkan samt besluta och genomföra såväl grund- som vidareutbildningar för PKL-gruppernas medlemmar och stödpersoner. Erfarenheterna från Estoniaolyckan beaktades vid den senaste revideringen av den medicinska katastrofplanen för Stockholms läns landsting (119). PKL-organisationen har numera också en central funktion i den centrala medicinska katastrofledningen vid storolyckor och katastrofer.

III. SAMMANFATTANDE SLUTSATSER AV TEORI OCH KLINISK ERFARENHET

I samband med att Krisenheten 1996 överfördes till Samhällsmedicin och blev ett kunskapscentrum för traumatiska kriser inom Stockholms läns landsting sammanfattades erfarenheterna av 12 års krisverksamhet i följande slutsatser:

1. Kvaliteten i det omedelbara omhändertagandet av människor som varit med om traumatiserande händelser spelar en stor roll för det mera långsiktiga stödet. Ett opsykologiskt omhändertagande eller ett omhändertagande som inte beaktar psykologiska faktorer någonstans längs vårdkedjan kan påverka de drabbades syn på sjukvårdens möjligheter att ge stöd. När uttalat missnöje med vården kom upp i samtalskontakterna på Krisenheten berodde detta oftast på att man ansåg sig ha blivit psykologiskt dåligt bemött, inte fått svar på frågor eller inte erbjudits psykologiskt stöd. Ett gott omhändertagande behöver därför påbörjas ute på olycksplatsen och därefter finnas med som en självklar del i om-sorgen om den drabbade i ambulansen, på akutmottagningen, på vårdavdelningar samt ut i primärvården eller psykiatrin.
2. Människor som varit med vid olyckor men inte själva skadats hamnar lätt vid sidan om de skadade varvid man inte observerar deras psykiska reaktioner eller beaktar deras behov av psykologiskt och socialt stöd. Anhörigas behov, inte minst om det finns barn, beaktas än mera sällan.
3. Många krisdrabbade människor vill inte i omedelbar anslutning till en traumatisk händelse tala med utomstående om det inträffade. De värjer sig bl a genom att avböja akut stöd. Senare, även om de inser sitt hjälpbehov, orkar de inte söka hjälp. Därför behöver arbetssättet från hälso- och sjukvårdens sida vara aktivt uppsökande.
4. Många krisdrabbade tycks tappas bort sedan de lämnat akutmottagningen. Hur det gick för de personer som inte följdes upp från akutmottagningen eller remitterades till Krisenheten är inte känt. Några fick Krisenheten kännedom om via primärvården eller psykiatrin då de sökte i ett senare skede och då i allmänhet med allvarigare psykiska problem. Utbyggd samverkan, inte enbart teoretisk sådan, mellan olika yrkeskategorier och verksamheter inom sjukhuset och med institutioner utanför sjukhuset är nödvändig.

5. Enligt traditionell kristeori anses krisintervention vara en kortvarig behandling med en behandlingsfrekvens uppemot maximalt 10 samtal. Krisenhetens erfarenhet var att en begränsad insats av detta slag kunde räcka för många människor med psykosocialt utlösta kriser och för en del situationsutlösta traumatiska kriser. Emellertid krävdes i allmänhet betydligt större behandlingsinsats vid extrema påfrestningar såsom vid svåra olyckor, katastrofer eller hot- och våldssituationer. Särskilt gällde detta om den överlevande själv varit i dödsfara, själv fått kroppsliga skador och/eller anhöriga skadats allvarligt eller omkommit. En väsentlig slutsats, som kunde dras, var att det inte finns en slags behandling för alla kristillstånd lika lite som en given behandlingstid. Behandlingen måste individualiseras utifrån vad den drabbade varit med om, traumats personliga innebörd, personlighetsfaktorer, annan samtidigt psykosocial stress, det sociala nätverkets kvalitet mm.
6. Trots att patienterna varit utsatta för extremt påfrestande upplevelser var behovet av psykofarmaka litet. Det som behövdes för att patienterna skulle stå ut med ångest och svår psykisk smärta var en empatisk och professionell kontakt och i perioder möjlighet till frekventa samtal. Att behovet av psykofarmaka var litet är en intressant iakttagelse då allt fler patienter ställs på antidepressiv medicinering inom primärvård och psykiatri, inte enbart vid egentlig depression utan kanske i lika hög utsträckning vid nedstämdhet i samband med sorg, kroppslig sjukdom eller posttraumatiska stress syndrom. Om behandlingen blir farmakologisk, samtidigt som ett psykologiskt stöd helt uteblir, ökar sannolikt risken för utveckling av kroniska posttraumatiska följdtilstånd.
7. Majoriteten av krisdrabbade människor måste tas om hand på vårdcentraler, somatiska och psykiatriska mottagningar samt vårdavdelningar. Intresset för att arbeta med traumatiserade människor har ökat hos hälso- och sjukvårdens personal. Dock var och är kunskapsnivån hos de primära vårdgivarna alltför ofta otillfredsställande inte minst när det gäller ny kunskap rörande akuta traumatiska kriser. I takt med att allt färre patienter kan beredas sjukhusvård och att den hembaserad sjukvården byggs ut överförs allt svårare sjuka patienter liksom nya patientkategorier till primärvården. Personalen på primärvårdscentraler behöver på samma sätt som personalen på mobila psykiatriska team såväl ny kunskap som utökat psykologiskt stöd i arbetet.
8. Ny kunskap om kroppsliga reaktioner lokaliserade till rörelseorganen vid akuta psykiska stresstillstånd, som framkom via de forskningsprojekt, som Krisenhetens sjukgymnast bedrev, behöver

spridas till distriktssjukgymnaster och sjukgymnaster inom somatisk akutvård och rehabilitering.

9. Uppbyggnadsarbetet av den psykologiska/psykiatriska katastrofberedskapen inom såväl landsting som kommuner måste fortsätta. Detta arbete uppfattas ha en viktig preventiv funktion genom att förebygga utveckling av allvarliga posttraumatiska stressproblem och/eller psykisk sjukdom. Samtidigt är behovet av att detta arbete utvärderas mycket stort. Den personal, som genomgått ett antal katastrofutbildningar, har kunskap som behöver upprätthållas genom att den används i klinisk verksamhet. Kunskap behöver också vidareutvecklas och förnyas såväl genom teoretiska utbildningar men också genom diskussion och handledning.
10. Det finns ett behov av en annorlunda psykologisk/psykiatrisk konsultverksamhet riktad till somatiken. Krisenheten utvecklade en modell för en sådan som enligt genomförd utvärdering ansågs vara bättre än den i Sverige gängse använda psykiatriska konsultationsformen.
11. Krisenheten hade under många år genomfört psykologiska genomgångar med personal på somatiska och psykiatriska avdelningar och mottagningar, vilka drabbats av en för enheten traumatisk händelse. Genom att en del av dessa genomgångar utvärderades kunde man på Krisenheten konstatera, vilket också i tidigt skede påtalades, att psykologisk genomgång inte var en behandlingsform utan ett akut insats till personal. Gruppmötet kunde professionellt genomfört, vid rätt tidpunkt och endast efter extremt påfrestande händelser i arbetet ha en positivt stödjande effekt. Däremot kunde den, som enda åtgärd, inte förebygga posttraumatiska stress syndrom hos särskilt sårbara personer. Det behövdes ett väl genomtänkt stödpaket inkluderande handlingsplaner för åtgärder vid inträffat extrema händelser.
12. I Krisenhetens arbete riktat till personal på akutsjukhus sågs redan under första delen av 1990-talet tydliga varningssignaler på tilltagande psykisk ohälsa i olika personalgrupper. Konsekvenserna av de besparingar och omorganisationer som genomfördes inom sjukvården under 1990-talet påtalades också (120). Kombinationen av ökat patienttryck och samtidig personalminskning ledde till en kraftigt diskrepans mellan krav och resurser och en allt sämre arbetsmiljö. 1996 behövde man sätta in kraftfulla åtgärder för att förbättra arbetsmiljön på arbetsplatser inom hälso- och sjukvård.
13. Risken för att sjukvårdspersonal, som en överlevnadsstrategi, skulle tappa förmågan till empati och engagemang var mycket

stor. Detta förväntades i sin tur leda till att de psykologiska behov, som svårt sjuka och krisdrabbade människor har, inte tillgodoses. För att motverka detta krävdes åtgärder.

14. Kontinuerligt arbete med akut krisdrabbade människor är slit-samt. Ett sätt att minska påfrestningarna är att se till att de personer som skall ge krisstöd också har andra arbetsuppgifter än att ta hand om krisdrabbade. Man bör arbeta i team i vilka man kan ge varandra internt stöd, vilket dock inte räcker som enda åtgärd. Man behöver också få extern handledning. De som ingår i teamet bör dessutom ha olika professionell kompetens för att kunna förstå och rätt bedöma krisdrabbades reaktioner och olika behov av stöd.

IV. REFERENSER

1. Dyregrov A: Katastrofpsykologi. Lund: Studentlitteratur, 1992.
2. Weisæth L, Mehlum L (Ed). Människor, trauman och kriser. Stockholm: Natur och Kultur, 1997.
3. Wilson J P. Trauma, Transformation and Healing. New York: Brunner/Mazel Inc, 1989.
4. Wilson J, Raphael B (Ed). International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: The Plenum Series on Stress and Coping, 1993.
5. Diagnostic and Statitistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
6. Figley Ch R (Ed). Trauma and its Wake. Volume I. The Study and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. New York: Brunner/Mazel, Publ, 1985.
7. van der Kolk, B A. (Ed). Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological sequelae. Washington DC: Psychiatric Press Inc, 1984.
8. Lader M. Psychiatry and Life Events: Biological and Social Mechanisms. Triangle-Sandoz. J Med Science 1990;29:2:57-65.
9. Herman J L. Trauma and Recovery. From Domestic Abuse to Political Terror. Pandora/Harper Collins Publ, 1994.
10. På väg mot det trafiksäkra samhället. Kommunikationsdepartementet, DS 1997:13.
11. Tingvall, C. Dödstalen i svensk trafik är bland de lägsta i världen. Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention. SBU-rapport 1997;132:51-56.
12. Folkhälsorapport 1997. SoS-rapport 1997:18. Stockholm: Modin Tryck AB.
13. Bergenstam R. Dödligheten i barnolycksfall bland de lägsta i världen. Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention. SBU-rapport 1997;132:41-50.
14. Hickling E J, Blanchard E B. Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. J of Anxiety Disorders 1992;6:285-291.
15. Blanchard E B, Hickling E J, Taylor A E et al. Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents. Behav ResTher 1994;32:3:283-290.
16. Taylor S, Koch W J. Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: nature and treatment. Clin Psychology Review 1995;15:8:721-738.
17. Blanchard E B, Hickling E J, Taylor A E et al. Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. J Nervous and Mental Disease 1995;183:8:495-504.

18. Vingilis E, Larkin E, Stoduto G et al. Psychosocial sequelae of motor vehicle collisions: A follow-up study. *Accid Anal and Prev* 1996;28:5:637-645.
19. Parker R S. The spectrum of emotional distress and personality changes after minor injury incurred in a motor vehicle accident. *Brain Injury* 1996;4:10:287-302.
20. Kuch K, Cox B J, Evans R J. Posttraumatic stress disorder and motor vehicle accidents; A multidisciplinary overview. *Can J Psychiatry* 1996;41:429-434.
21. Blanchard E B, Hickling E J, Taylor A E et al. Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behav Res Ther* 1996;34:1:1-10.
22. Bryant R A, Harvey A G. Initial posttraumatic stress responses following motor vehicle accidents. *J of Traumatic Stress* 1996;9:2:223-234.
23. Malt U F, Olafsen O M. Psychological appraisal and emotional response to physical injury: A clinical phenomenological study of 109 adults. *Psychiatric Medicine* 1993;10:3:117-134.
24. Jaworowski S. Traffic accidents injuries of children: The need for prospective studies of psychiatric sequelae. *Isr J Psychiatry Sci* 1992;29:3:174-184.
25. Illingworth C M. Top 127 road accidents to children. *Acta Pediatr Scand* 1979;68:628-631.
26. Stallard P, Vellerman R, Baldwin S. Prospective study of posttraumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *Br J Med* 1998;317:1619-1623.
27. Bordow S, Porrit D. An experimental evaluation of crisis intervention. *Soc Sci & Med* 1979;3:251-256.
28. Brom D, Kleber R, Hofman M. Victims of traffic accidents; incidents and prevention of post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychology* 1993;49:2.
29. Winje D, Uvik A. Confrontation with reality: Crisis intervention services for traumatized families after a school bus accident in Norway. *J Traum Stress* 1995;8:3:4329-444.
30. Malt U F, Höivik B, Blikra G. Psychosocial consequences of road accidents. *Eur. Psychiatry* 1993;8:227-28.
31. Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991. Kamedorapport nr 63. SoS-rapport 1994:15. Stockholm: Modin Tryck 1994.
32. Branden på Huddinge sjukhus den 9 november 1991. Kamedorapport nr 61. SoS-rapport 1993:19. Stockholm: Modin Tryck 1993.
33. Almersjö O. Stockholms läns landstings utvärdering av sjukvårdens katastrofmedicinska arbete med anledning av olyckan med färjan M/S Estonia den 28 september 1994. SLL, 1995.

34. Kamedo 68. Estoniakatastrofen. M/S Estonias förlisning i Östersjön den 28 september 1994. SoS-rapport 1997:15. Stockholm: Norstedts Tryckeri AB, 1997.
35. SOU 1998:132. En granskning av Estoniakatastrofen och dess följder. 1998.
36. SOU 1999:48. Lära av Estonia. 1999.
37. Schulman A, Håkanson E. Psykosocial kriseintervention i förbindelse med M/S Estoniaulykken 1994 - korttidsaspekter. Kontoret för Sygehusbered-skabet i Storkopenhavn. Årsbok, febr 1995.
38. Håkanson E. I Sverige vor de forberede. - Om svensk katastrofberedskap. Dansk psykolognyt 1995;49:23:7-10.
39. Sjöberg L. Alkohol som våldsförklaring och riskfaktor. Stockholm, Folkhälsoinstitutet, 1996 (F serie nr 9, 1996).
40. Offer för vålds- och egendomsbrott 1978-1993. Stockholm, Statistiska centralbyrån, 1995. Undersökningen av levnadsförhållanden. Rapport 88.
41. Social rapport 1997. SoS-rapport 1997:14.
42. Schulman A. et al. Läkare om våld. Medicinska aspekter på våldet och dess konsekvenser. Sveriges läkarförbund, 1998.
43. Våld mot kvinnor. En faktskrift. Brottsförebyggande centrum, Stockholms stad, 1997.
44. Kvinnovaldskommissionen; Kvinnofrid. Huvudbetänkande, SOU 1995:60.
45. Länsstyrelsen i Stockholms län. Projektet; Myndighetssamarbete vid kvinnomisshandel. Slutrapport. Länsstyrelsen, Stockholm, Sociala enheten. Rapport 1995:11.
46. Övergripping mot kvinnor - vad kan göras? Stockholms läns kvinnohälso-rapport 1997:5.
47. Ett folkhälsoperspektiv på våld. Folkhälsoinstitutet, 1995:45.
48. Stockholm, Statistiska centralbyrån. 1996.
49. Kriminalstatistik för 1997. Brottsförebyggande rådet, BRÅ, 1998.
50. BRIS-rapport, 1997.
51. Fakta om våld och hot i arbetslivet. Arbetarskyddstyrelsens informations-system om arbetsskador (ISA), 1993.
52. Åkerström M. Missbrukare, mentalsjuka och mormor - våldsrisker i vården? Socialmedicinsk tidskrift nr 10, 1994.
53. Sandström S. Hot och våld i människovårdande yrken. Liber Utbildning, 1996.
54. Våld och hot i arbetsmiljön. Arbetarskyddstyrelsens författningssamling AFS 1993:2.

55. Larsson E, Schulman A, Stenberg Å. Läkaren och brottsoffret. Sjukvårdens roll i omhändertagandet. Litohuset AB, Stockholm, 1998.
56. Olsson M. Social support in bereavement crisis - interaction between medical staff and bereaved relatives. Akademisk avhandling, Karolinska Institutet, 1994.
57. Håkanson E, Schulman A, Olsson M. Sorgen har många ansikten. Psykologtidningen 1990:12.
58. Raphael B. When Disaster Strikes. New York: Basic Books, 1986.
59. Dyregrov A. Stressreaksjoner hos hjelpere. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1983;20:674-679.
60. Schulman A, Håkanson E, Michélsen H. Psykologiskt stöd till personal på psykiatriska vårdavdelningar och retrospektiva genomgångar efter patienters självmord. Nord Psykiatrisk Tidsskr 1991;45:337-343.
61. Lindström K. Hälsovårdspersonalens arbetsorganisation och psykiska hälsa. I rapporten Lindström K, Toomingas A, Pettersen B & Back E (reds). Hälsovårdens arbetsmiljö i Norden. Köpenhamn: Nordisk Ministerråd, 1993.
62. Revicki DA, Whitley TW. Work-Related Stress and Depression in Emergency Medicine Residents. In: Sauter SL, Murphy LR. Organizational Risk Factors For Job Stress. Washington DC: American Psychological Association, 1995.
63. Arbetshälsorapport - om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län. Stockholm, Yrkesmedicin inom Samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting, 1995.
64. Arbetshälsorapport - om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län. Stockholm, Yrkesmedicin inom Samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting, 1999.
65. Michélsen H, Löfvander I, Eliasson G, Schulman A. Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården. Rapport från Yrkesmedicinska enheten, 1999:6.
66. Figley Ch R (Ed). Trauma and its Wake. Volume II. Traumatic Stress, Theory, Research and Intervention. New York: Brunner/Mazel, Publishers, 1986.
67. Ochberg F M (Ed). Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence. New York: Brunner/Mazel, Pulbl., 1988.
68. Solomon SD, Berrity ET, Muff AM. Efficacy Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. An Empirical review. JAMA 1992;268:633-638.
69. Håkanson E. Kristerapi. Insikten 1996;2:48-52.
70. Hillgaard L, Keiser L, Ravin L. Sorg och kris. Stockholm: Liber Tryck AB, 1986.

71. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatr* 1944;101:141-148.
72. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books 1964.
73. Cullberg J. Kris och utveckling .Natur & Kultur, Stockholm 1975.
74. Parks C M. När den närmaste dör. Studier i vuxnas sorg. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1974.
75. Parks C M, Weiss R S. Recovery from bereavement. New York: Basic Books, Inc., Publishers, 1983.
76. Bowlby J. Attachment and loss: Volume 3. New York: Basic Books, 1980.
77. Worden W. Grief counselling and grief therapy. Tavistock Publications, 1983.
78. Aguiliera S, Mesick J. Crisis intervention .Theoryu and methodology. CV Morsby, S:t Louis, 1982.
79. Horowitz M. Comprehensive analysis of change after brief dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatr* 1986;143:5: 582-589.
80. Horowitz M. Stress response syndromes. New York: Aronsen, 3 ed, 1997.
81. Brommels M, Bergman S-E. Akut omhändertagande i nätverk. Sammanfattning av syntes av rapport 1-IV, mars 1998. Hälso- och Sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting.
82. Håkanson E. Vågar genom sorg. Stockholm: Lithohuset, 1998.
83. Vaux A. Social support: Theory, research and intervention. New York, London: Praeger, 1988.
84. La Gaipa. The negative effects of informal support systems. In Duck & Silver (eds). Personal Relationships and social support. Newbury Park: Saga Publications Inc, 1990.
85. Olsson M. Social support in bereavement crisis - A study of interaction in crisis situations. *Social Work in Helth Care* 1997;25:1/2:117-130.
86. Silowe D. Psychotherapy and Trauma. *Current Opinion in Psychiatry* 1992, 5:370-374.
87. Eth S, Pynoos R. Post-Traumatic Disorder in Children. American Psychiatric Press Inc, 1985.
88. Dyregrov A. Barn i sorg. Lund: Studentlitteratur, 1990.
89. Dyregrov A. Work with traumatized children - psychological effects and coping strategies. *J of Traumatic Stress* 1992;5:1:5-17.
90. Håkanson E, Kallenberg K, Lundin T, Näbert Y, Wistrand U. Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer. Stockholm, Socialstyrelsens Allmänna råd 1991:2. Reviderad 1996.
91. Central medicinsk katastrofplan för Stockholms läns landsting. Solna: Williamssons offsettryck AB, 1998.

92. Mitchell J T. When disaster strikes. The Critical Incident Stress Debriefing Process. *J of Emergency Medical Services* 1983;8:36-39.
93. Dyregrov A, Mitchell J T. Psykologisk debriefing. *Tidskrift for Norsk Psykologforening* 1988;25:217-224.
94. Mitchell J T, Everly G S. Critical Incident Stress Debriefing. Chevron Publ co, 1996.
95. Raphael B, Meldrum L, McFarlane A C. Does debriefing after psychological trauma work? *Br Med J* 1995;310:1479-1480.
96. Kenardy J A, Webster R, Lewin T et al. Stress Debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *J of Traum Stress* 1996;9:37-49.
97. Rose S, Bisson J. Brief early intervention following trauma: A systematic review of the litterature. *J of Traum stress* 1998;11:697-710.
98. Avery A, Orner R. First Report of Psychological Debirefing Abandoned - The End of the Era? *Traumatic Stress Points, News for ISTSS*, 1998, summer, 3-4.
99. Schulman A, Håkanson E. "Debriefing" - psykologisk genomgång. *Läkartidningen* 1997;94(32-33):2757.
100. Sievertson T. Krisstöd. En väg till bättre arbetsmiljö. Miljöpedagogik AB, 1993.
101. Dahlström A, Ramström D. Utvärdering av Krismottagningen inom Huddinge sjukhus. Institutet för kommunal ekonomi, IKE, aug 1990.
102. Krismottagningen vid Hudinge sjukhus. Årsrapport 1984-1985.
103. Krismottagningen vid Huddinge sjukhus. Beskrivning av kris-mottagningens verksamhet för åren 1984 - 1990. Rapport till Länshälsokommittén i Stockholms läns landsting, 1990.
104. Verksamhetsberättelse för år 1994 för Enheten för krisintervention och konsultation.
105. Enheten för krisintervention och konsultation. Årsrapport 1995.
106. Kris- och suicidutredningen. Stockholms läns landsting, Förvaltningsutskottets utlåtande och memorial, Bihang 1980;19, 1980.
107. I livets slutskede. Huvudbetänkande från Utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede. SOU 1979:59. Stockholm 1979.
108. Olsson M, Edhag O. Kurator på akutmottagning och intagningsavdelning. *Socialmedicinsk tidskrift* 1986;10:478-481.
109. Olsson M. Anhöriga i kris - akutmottagningens roll. Uppsats vid Institutionen för Socialt Arbete, Stockholms Universitet, 1988.
110. Olsson M. Självordsförsök genom intoxication. *Socialmedicinsk tidskrift* 1991;1:14-17.

111. Keskinen-Rosenqvist R, Biquet G. Undersökning av interbedömarreliabiliteten av en resursorienterad sjukgymnastisk undersökningsmetod. Examensuppsats. Institutionen för sjukgymnastik, KI, juni 1990.
112. Keskinen-Rosenqvist R, Schulman A. Kroppsliga reaktioner i samband med akut traumatisk kris. Assesment of function and movement. Selected papers from Third Nordic Symposium on Physiotherapy 1994, Jyväskylä, Finland, 1996:17-25.
113. Keskinen-Rosenqvist R. Akut traumatisk kris ur sjukgymnastiskt perspektiv. Teori & praktik 1995;2:24-25.
114. Therup C. Patienter under ett år vid en krismottagning. Psykolog-examensarbete, Psykologiska institutionen, Stockholms Universitet, 1993.
115. Schulman A. Psykologisk konsultation i grupp på somatiska vårdavdelningar - en litteraturstudie. Examensarbete i handledarutbildning i psykiatriskt behandlingsarbete 1988 1990. Utbildningsenheten, Långbro sjukhus, 1990.
116. Schulman A. Ineffektiv och otillfredsställande psykiatrisk konsultation - dags för en annorlunda konsultationsform? Svensk Medicin 1997;54:91-95.
117. Wahlström L. Redovisning av konsultationsverksamheten till infektionskliniken, Huddinge sjukhus för åren 1992 - 1995. Huddinge okt 1995.
118. Håkanson E, Schulman A. God investering satsa på utbildning i psykologisk och social katastrofberedskap. Läkartidningen 1992;89(7):484-486.
119. Central medicinsk katastrofplan för Stockholms läns landsting, CAK, Nordvästra sjukvårdsområdet, 1997.
120. Schulman A, Håkanson E. Krisdrabbade måste kunna lite på politikerna. Svenska Dagbladet, 21 sept 1993.

V. EFTERSKRIFT

Alla förberedande studier för projektet liksom uppbyggnaden av en krisstödsgrupp var klara hösten 1999, då interventionsdelen i projektet skulle starta. Trots mångåriga förberedande diskussioner tog emellertid sjukhusledningen avstånd från tidigare beslut angående projektets genomförande. Detta tvingade oss i projektledningen att ta beslut om att inte påbörja interventionsdelen.

I den avslutande rapporten (delrapport VI) kommer erfarenheterna från KRIS-projektets planläggning, förankringsarbete, uppbyggnad av samverkan på och utanför sjukhuset, tillskapandet av en krisstödsgrupp samt den process som slutligen ledde till att projektet avslutades innan interventionsdelen kom i gång, att beskrivas.

De sex delrapporterna från projektet innehåller baskunskap för samhällets och sjukvårdens framtida insatser när det gäller psykologiskt stöd till drabbade människor, såväl direkt drabbade som sjukvårdspersonal. Såväl inom Stockholms läns landsting som på flera håll utanför bygger man nu upp eller står i begrepp att starta "kristeam" i anslutning till akutmottagningar på sjukhus, trots att antalet vetenskapligt utvärderade studier, av effekt av tidigt insatta stödåtgärder till traumatiserade människor, är begränsat. Vi beklagar att den vetenskapliga utvärdering som planerats inom KRIS-projektet inte fick genomföras.

Det är vår förhoppning att erfarenheterna och resultaten från KRIS-projektet ändå skall kunna tjäna som kunskapsbas till dessa "kristeam" inte minst genom att ge inspiration till förebyggande stödinsatser. Målet är att människor som varit med om extremt påfrestande händelser, såväl direkt drabbade och deras närstående som hälso- och sjukvårdspersonal i framtiden kommer att erbjudas ett adekvat psykologiskt stöd. Rapporterna kan kanske också ge idéer till och vara en tankeställare till politiker, administratörer och sjukvårdspersonal ansvariga för hälso- och sjukvården.

För projektgruppen

Abbe Schulman
Enheten för Psykisk Hälsa
Samhällsmedicin
Stockholms läns landsting

Rapporten kan beställas till självkostnadspris från:

Enheten för Psykisk Hälsa
Box 17533
118 91 STOCKHOLM

Fax: 08-517 781 20
E-post: psykiskhalsa@smd.sll.se