

Rapport
2001:1



Kriskunskap

KRIS-PROJEKTET

Krisomhändertagande i samverkan

Delrapport III

Mariann Olsson
Abbe Schulman
Gunnar Öhlén



Samhälletsmedicin

Enheten för Psykisk Hälsa

KRIS - PROJEKTET

Krisomhändertagande i samverkan

Delrapport III

Psykologiskt omhändertagande av trafikskadade, våldsoffer och
anhöriga samt stöd till akutpersonal

- en intervju- och enkätstudie på akutkliniken vid
Huddinge Universitetssjukhus

Mariann Olsson, socionom och Med dr, Enheten för psykosocial forskning,
Kuratorsavdelningen, Huddinge Universitetssjukhus

Abbe Schulman, Med dr, spec allmänpsykiatri, chef för Enheten för
Psykisk Hälsa och Centrum för Kriskunskap, Samhällsmedicin, Stock-
holms läns landsting

Gunnar Öhlén, Med dr, specialist i ortopedi, verksamhetschef vid Akut-
kliniken, Huddinge Universitetssjukhus

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 författarna
Rapport 2001:1
Tryckeri: Ormbergstryck
ISSN: 1650-0660
ISBN: 91-89525-05-1

FÖRORD

Denna rapport är den tredje 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. Interventionsdelen föregicks av en rad förberedande studier, som liksom uppbyggnaden av en krisstödsgrupp var klar hösten 1999. På grund av olika skäl, som kommer att redovisas i en senare rapport, kom emellertid interventionsdelen aldrig att påbörjas.

Resultaten av förstudierna presenteras i fyra rapporter (delrapporter II-V). I den första rapporten (delrapport I) 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 sammanfattas Krisenhetens vid Huddinge sjukhus erfarenheter av 12 års arbete med stöd till olycksfallsdrabbade människor och sjukvårdspersonal.

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.

Under 1998 påbörjades en kartläggning av hur krisomhändertagandet vid trafikolyckor såg ut inom akutsjukvården. Med kartläggningen önskade vi få en bred kunskapsbas såväl av sjukvårdspersonalens aktuella kunskapsläge som deras erfarenheter av framgångsrika respektive bristfälliga stödinsatser. Resultaten beskrivs i delrapport II (Eva Bergerhed, Abbe Schulman. Krisomhändertagande av trafikolycksfallsdrabbade vid sjukhusens akutmottagningar i Stockholms län. Vägverket. Publikation 1999:154).

Under 1999 fördjupades och utvidgades kartläggningen till att också beröra omhändertagandet av våldsoffer, anhöriga till plötsligt avlidna och sjukvårdspersonal, som själv utsatts för hot och våld. Denna studie genomfördes på akutkliniken vid Huddinge Universitetssjukhus, där interventionsdelen i projektet skulle ha genomförts. Denna rapport redovisar resultaten av intervju- och enkätstudien.

Det finns en rad intressenter och medverkanden i projektet, som vi vill rikta ett varmt tack till. Särskilt vill vi tacka den personal på akutkliniken, Huddinge Universitetssjukhus, som trots en mycket ansträngd arbetssituation, engagerat tog sig tid till att såväl besvara omfattande enkäter som att delta i intervjuerna.

Denna delstudie har kunnat genomföras genom folkhälsomedel från Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting, samt genom medel från Vägverket.

Stockholm 2000-12-06

Abbe Schulman
Med dr, överläkare och enhetschef
Enheten för Psykisk Hälsa
Kriskunskap
Samhällsmedicin
Stockholms läns landsting

Innehållsförteckning

FÖRORD	
SAMMANFATTNING.....	7
BAKGRUND	8
Stödinsatser till akut drabbade	9
Stödinsatser till professionella	9
Krisomhändertagande i samverkan.....	10
Huddinge Universitetssjukhus	10
SYFTE	11
MATERIAL OCH METOD	12
Akutkliniken vid Huddinge Universitetssjukhus	12
Kartläggning av det psykologiska omhändertagandet av krisdrabbade	12
Rapportens struktur	14
RESULTAT - KARTLÄGGNINGEN.....	15
De svarande	15
Möte med krisdrabbade som arbetsuppgift.....	16
Personalens kunskaper om krisreaktioner	17
Riktlinjer och rutiner för det psykologiska omhänder- tagandet	18
Miljö.....	21
Krisomhändertagandets värdkedja	21
Critical incidents	22
Personalens uppfattning om sin egen situation	25
Arbetsledarnas inställning.....	26
Våld eller hot om våld	27
Sammanfattning av resultat	27
DISKUSSION.....	29
Metodproblem	29
Kunskapsläget hos vårdpersonalen	30
Finns det behov som förblir osedda?	31
Förutsättningar i form av tid, uppföljningsmöjligheter och eget stöd	32
SLUTSATSER.....	34
REFERENSER	35
BILAGA 1: Personalenkät.....	37
BILAGA 2: Intervjumall - Krisomhändertagande.....	44

SAMMANFATTNING

Bakgrund: En traumatisk kris kan utlösas när individen drabbas av olyckshändelser, våld eller plötslig död i familjen. Vilket stöd den drabbade får i det akuta skedet är av avgörande betydelse för om krisen ska leda till övergående reaktioner eller till långvarig psykisk ohälsa och sociala svårigheter.

Syfte: Kännedom om det psykologiska omhändertagandet av krisdrabbade patienter och/eller närstående på somatisk akutklinik samt om personalens perspektiv på nyckelfaktorer för ett gott omhändertagande av krisdrabbade.

Metod: All vårdpersonal (n=175) på akutkliniken (akutmottagning och akutvårdsavdelning) erhöll en standardiserad enkät, vars resultat redovisas deskriptivt. Gruppintervjuer genomfördes med ett strategiskt urval av personalen (n=24) och analyserades med kvalitativ metod.

Resultat: Uppgiften att erbjuda patienter och närstående krisstöd tycktes informellt vara anförtrodd en liten "specialistgrupp" ur personalen. Det fanns stor efterfrågan på mer kunskap särskilt om barns reaktioner vid krissituationer. Vid introduktion "glömdes" kunskap och rutiner för krisomhändertagande bort och rutiner för handledning eller stöd var utvecklade. Handlingsprogram fanns för psykologiskt omhändertagande på akutmottagningen av anhöriga i samband med plötslig död och i viss mån för omhändertagande av våldtagna kvinnor, men inte för någon annan grupp och inte på akutvårdsavdelningen. Endast en länk kunde urskiljas i krisomhändertagandets vårdkedja - akutkurator. Lindrigt skadade patienter fick sällan del av denna vårdkedja. Nyckelfaktorer för ett gott krisomhändertagande var enligt personalen tillräcklig tid för krisomhändertagande, god kvalitet i kontakten med krisdrabbade, tillgång till en vårdkedja, feedback på vidtagna åtgärder samt stöd från arbetskamrater och arbetsledare.

Slutsatser: Det psykologiska omhändertagandet av krisdrabbade vilade i hög grad på individuella kunskaper och vårdgivare och stöddes inte av vårdprogram, systematisk introduktion, kompetensutveckling eller nätverkstänkande. Ett gott omhändertagande motverkades av tidspress och resursbrist. Där det fanns handlingsprogram understödde detta krisomhändertagandet. Personalen visade ett stort engagemang i krisomhändertagandet och intresse för metod- och kompetensutveckling speciellt vad gäller barns behov i kris.

BAKGRUND

Ett av de högst prioriterade insatserna för folkhälsan år 2000, såväl vad gäller befolkningen i stort som förhållandena för anställda i offentliga organisationer, är att förebygga psykisk ohälsa (1-3). Kunskapsläget beträffande psykiska och sociala konsekvenser av traumata såsom olyckor, våld och plötsliga dödsfall beskrivs ingående i en kunskaps-sammanställning från Enheten för Psykisk Hälsa, Kriskunskap, Stockholms läns landsting (4). En kort sammanfattning av denna delrapport redovisas nedan.

Hot till eget eller närståendes liv kan i mildare form leda till övergående stressreaktioner och kortvarig funktionsnedsättning. Vid allvarigare livshot, särskilt i kombination med kroppslig skada eller då närstående skadas eller dör föreligger risk att händelsen leder till livslångt psykiskt lidande och reducerad social funktion. En form av psykisk skada är posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) som karaktäriseras av återupplevande av händelsen, undvikande beteende, överspändhet, relationsproblem och svårigheter i återanpassning. Huruvida en händelse kommer att bli traumatisk för den enskilde individen beror på 1) vad den drabbade utsatts för under själva händelsen, 2) vilka psykologiska reaktioner som kommit igång i kombination med 3) personliga egenskaper, 4) aktuell livssituation samt 5) vilket bemötande och stöd den drabbade får och fått.

Vid olyckor och katastrofer har man i olika studier funnit att 10-25% av dem som varit nära att dö löper risk att utveckla PTSS. Risken är störst i de fall traumat orsakats av människor och inte av naturfenomen. Ungefär 200 000 personer i Sverige uppger att de har besvär av skador som de ådragit sig i trafikolycksfall. Kunskaperna om psykiska skadeeffekter av trafikolyckor är ännu bristfälliga, särskilt vad gäller barn och ungdom.

Våldet i samhället har under de senaste åren uppmärksammats från många håll och vikten av förbättrat omhändertagande av våldsoffren har betonats. Högriskyrken för våld i arbetet är väktare, poliser, buss- och tunnelbaneförare, socialarbetare samt hälso- och sjukvårdspersonal. Särskilt utsatta är personal på akutmottagningar, på geriatriska kliniker och på avdelningar med svårt psykiskt sjuka patienter.

Vid plötsliga och oväntade dödsfall föreligger risk för utveckling av PTSS och komplicerade sorgereaktioner hos de närstående, särskilt om det är ett barn som avlidit eller efter självmord. Om den drabbade bemöts på ett okänsligt och oförstående sätt kan han/hon utsättas för ytterligare påfrestningar - "sekundär traumatisering".

I många studier under 1990-talet har den stora omfattningen av psykisk ohälsa hos vårdpersonal uppmärksammats. Enstaka eller upprepade extremt påfrestande händelser kan leda till utveckling av ett akut stressyndrom eller till ett posttraumatiskt stress-syndrom också hos sjukvårdspersonal.

Stödinsatser till akut drabbade

Den snabbt expanderande traumalitteraturen talar om vikten av identifiering av riskpersoner och snabbt insättande av stödåtgärder. Uteblivet, bristfälligt eller okänsligt stöd har visat sig vara en allvarlig riskfaktor för utveckling av PTSS. Kvaliteten i det omedelbara omhändertagandet spelar alltså stor roll för det mera långsiktiga resultatet.

Människor som varit med om olyckor eller våld behöver ett medicinskt omhändertagande med samtidigt beaktande av psykologiska behov. De psykologiska och sociala stödinsatserna bör genomföras i tre steg. Först måste trygghet återskapas genom att den drabbade skyddas från fortsatt yttre hot och får hjälp att återta kontrollen över de egna reaktionerna. Därefter kan själva händelsen börja rekonstrueras så att den drabbade kan förstå sina egna reaktioner och börja bearbeta det inträffade. Den drabbade kan också behöva hjälp att återknyta kontakten med sitt sociala nätverk. Många krisdrabbade värjer sig emot det inträffade och avböjer därför akut stöd. Senare orkar de kanske inte själva söka hjälp. Därför bör sjukvården arbeta aktivt och uppsökande.

Det påpekas ofta i litteraturen att barns upplevelser och behov beaktas för sällan vid traumatiska händelser. Trots att risken är stor för att barn kan utveckla allvarliga psykiska problem, har hittills få interventionsprogram inkluderat barn.

Ett samverkansprojekt mellan kuratorsavdelningen och psykologavdelningen vid Huddinge Universitetssjukhus, psykiatriska kliniken vid sydvästra produktionsområdet och Centrum för Kriskunskap inom Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting - Krisprojektet - startades för att förbättra det psykologiska omhändertagandet av trafikskadade, våldsoffer och anhöriga. Projektets planläggning, förankringsarbete, uppbyggnad av samverkan på och utanför sjukhuset samt tillskapandet av en krisstödsgrupp kommer att beskrivas i en senare delrapport.

Stödinsatser till professionella

Även om reaktionerna kan se likartade ut hos personal och hos direkt drabbade personer, har man som sjukvårdspersonal helt andra förutsättningar att klara sig utan svåra följdverkningar. Man har utbildning att klara uppgifterna och ingår i en arbetsgrupp. De principer för stöd av direkt drabbade vid påfrestande händelser gäller emellertid också för

personal, och en i förväg uppgjord handlingsplan för snabbt insättande av stödåtgärder till personal som varit med om extrema påfrestningar i arbetet har förordats. Psykologisk genomgång är en gruppmetod för stöd till arbetsgrupper som utsatts för extremt påfrestande händelser. Det finns dock ännu få vetenskapliga studier som visar om preventiva eller mer behandlingsinriktade insatser kan förhindra allvarliga följd-tillstånd av trauma, varför behovet att pröva och utvärdera varierade metoder är mycket stort. Inom det ovan nämnda Krisprojektet planerades även utvärdering av stödinsatser till professionella.

Krisomhändertagande i samverkan

Vår moderna välfärdsstat består av en mängd organisationer med specifika uppdrag. Samverkan mellan de olika organisationerna och vårdgivarna är därför helt nödvändig för att individer med samman-satta behov ska kunna få god hjälp. Samverkan förutsätter arbetsformer som ofta motverkas av det rådande regelsystemet och av skillnader i ideologier såväl mellan de "vårdande" organisationerna som inom dem (5-7). Denna fråga måste lösas av välfärdssystemets olika aktörer, men det är också viktigt att individens informella nätverk - familj och vänner deltar i problemlösningen (8).

En krisdrabbad individ befinner sig i en situation där han inte själv kan vare sig dela upp sin problematik eller alltid söka "rätt" hjälpinstans. Ofta är hela det primära nätverket i kris genom den händelse som utlöst individens krisreaktioner. Hjälpapparaten måste här åtminstone tillfälligt ta på sig ansvaret för att skapa samverkan i vårdkedjan.

För att god krishjälp och krisintervention ska kunna ges krävs sådana organisatoriska ramar som tillåter flexibilitet och självbestämmande för den person som möter den krisdrabbade (9, 10). Svårigheter för krisdrabbade att få tillgång till välfärdssystemen utan stöd från de professionella har t.ex. beskrivits av Olsson (11) och Lundälv (12). En resurskatalog med uppgifter om vilka offentliga och privata resurser som är tillgängliga för krisdrabbade inom ett sjukvårdsområde (SVSO) har framställts inom Krisprojektet (13).

Huddinge Universitetssjukhus

Huddinge Universitetssjukhus har tre huvudsakliga ansvarsområden - sjukvård, undervisning och forskning. Sjukvårdsansvaret omfattar såväl bassjukvård som högspecialiserad sjukvård. För vissa medicinska frågeställningar utgör Huddinge universitetssjukhus ett nationellt centrum. Sjukhusets basupptagningsområde har cirka 250 000 innevånare. För några specialiteter utgör södra Stor-Stockholm med 800.000-900.000 innevånare patientunderlaget.

SYFTE

Syftet med rapporten är att förmedla kunskap om och analysera

- * det psykologiska omhändertagandet av krisdrabbade patienter och närstående på en stor akutklinik,
- * nyckelfaktorer för ett lyckat respektive misslyckat omhändertagande av krisdrabbade.

MATERIAL OCH METOD

Akutkliniken vid Huddinge Universitetssjukhus

Akutkliniken vid Huddinge Universitetssjukhus omfattar en somatisk akutmottagning (AM) och en akutuårdsavdelning (AVA). 1998 uppsökte totalt 82 666 patienter på akutmottagningen, fördelade på åtta olika specialistjourlinjer (kirurgi, medicin, infektion, neurologi, ortopedi, gynekologi, öron-näsa-hals samt barnmedicin). Detta var 18 000 fler än året innan. Vårdtillfällena på akutkliniken utgjorde 68% av sjukhusets samlade vårdtillfällen.

När en patient behöver sjukhusvård överväger jourhavande läkare antingen att skriva in patienten på sjukhusets akutuårdsavdelning (AVA) eller på någon av de övriga specialistavdelningarna. I valet mellan dessa alternativ tar jourhavande läkare ställning till den totala platssituationen, till patientens önskemål om kontinuitet med eventuell tidigare behandlingskontakt på sjukhuset, behov av specialkompetens, förväntad vårdtid samt behov av konsultationer. Knappt hälften av inläggningarna från akutmottagningen sker på AVA.

På AVA utnyttjades 1998 drygt 17 000 vårddygn, 15% fler än året innan. Under 1996 - 1997 hade akutuårdsavdelningen karaktäriserats av en hög personalomsättning. Samtidigt ökade kraven att ta emot ytterligare patienter för att lösa den ökade efterfrågan av vårdplatser.

Kartläggning av det psykologiska omhändertagandet av krisdrabbade

En kartläggning av det psykologiska omhändertagandet av krisdrabbade vid akutkliniken vid Huddinge Universitetssjukhus genomfördes inom Krisprojektet. För att få såväl bredd som djup i kartläggningen av det psykologiska omhändertagandet av krisdrabbade på den somatiska akutkliniken användes både enkäter och intervjuer och i analysen har kvantitativa beskrivande och statistiska metoder kombinerats med kvalitativa metoder.

Kartläggningen avsåg omhändertagande av såväl vuxna krisdrabbade som barn och genomfördes så att personalens omhändertagande av tre olika målgrupper undersöktes var för sig. De tre aktuella patient- och anhöriggrupperna var trafikoffor och deras närstående, våldsoffer och deras närstående samt närstående till patienter som plötsligt avlider. Vilken beredskap som fanns att ge stöd för personal i deras utsatthet - i kontakten med krisdrabbade eller vid (hot om) våld undersöktes också.

Enkäter

Urval: All omvårdnadspersonal som kommer i direkt kontakt med patienter på akutmottagningen (n=115) och på akutvårdsavdelningen (n=60) tillställdes en enkät (bilaga 1).

Instrumentet: Enkäten utarbetades i projektgruppen och testades inför studien. För varje patientgrupp ställdes frågor om kunskap och attityder samt om kännedom om riktlinjer, rutiner och arbetsätt. Under rubriken "Dig själv som personal" ställdes frågor om tillgång till och erfarenheter av personalstöd i olika former samt om erfarenhet av hot om våld eller utsatthet för våld. De flesta svarsalternativen var fasta men frågor om vilka samverkanspartners man använder sig av var öppna. Det fanns ett utrymme för beskrivning av "critical incidents" - exempel på situationer som beskriver ett lyckat respektive misslyckat omhändertagande. Enkäten tog 20-30 minuter att fylla i.

Procedur: Information om studien lämnades av projektansvariga samt av en projektanställd kurator. Enkäten distribuerades på det sätt respektive avdelnings ledningsgrupp ansåg mest ändamålsenligt. På akutmottagningen delades enkäten med följebrev ut i postfacken och svaren lämnades anonymt i särskild låda på mottagningen. På akutvårdsavdelningen distribuerades enkäten av arbetsledarna som sedan också samlade in de ifyllda enkäterna.

Analys: Enkätsvaren har databehandlats med hjälp av SPSS (Statistical Package for Social Sciences) och presenteras i frekvenstabeller. Samband mellan bedömningar av den egna kunskapen, svar på attitydfrågor, bedömningar av arbetsättet för de olika målgrupperna och avdelnings- resp yrkestillhörighet har beräknats med hjälp av bivariata korrelationer enligt Spearmans metod för icke-parametriska variabler. Samband mellan yrkestillhörighet och antal år i yrket resp på arbetsplatsen har beräknats enligt Pearson. Sambandens storlek och signifikansgrad redovisas.

De händelser som beskrevs under rubriken "critical incidents" har analyserats kvalitativt. Svaren från AM och från AVA har inte analyserats separat. Variabler som kännetecknar ett lyckat respektive misslyckat omhändertagande har ställts samman i fem olika kategorier.

Intervjuer

Intervjuerna genomfördes med kvalitativ ansats.

Urval: Chefsjuksköterskan ombads göra ett strategiskt urval till gruppintervjuerna. Personer från olika personalkategorier - undersköterskor, sjuksköterskor, gruppleddare - bildade var sin grupp. Urvalet gjordes så

att varje grupp var sammansatt av några som arbetat länge och några som arbetat kortare tid. Chefer inom kliniken intervjuades också.

Instrumentet: Intervjuerna var halvstrukturerade och omfattade frågor om omhändertagandet av patienter och anhöriga, arbetsgängen på avdelningen, rutiner och samverkan omkring de psykologiska behoven. Särskilda frågor gällde barns situation och personalens egen situation.

Genomförande: Intervjuerna genomfördes i grupper om 2-3 personer. Intervjuerna utfördes av en psykolog under praktisk tjänstgöring och en erfaren socionom. De ägde rum på kuratorsavdelningen, varade ca 1-1,5 tim och spelades in på ljudband. Cheferna intervjuades individuellt.

Analys: Materialet transkriberades i sin helhet och kategoriserades inom de aktuella frågeområdena. Resultatet har även redovisats i en separat uppsats vid Stockholms Universitet (14).

Såväl intervjuundersökning som enkätundersökning genomfördes efter samråd med och med tillstånd av verksamhetschefen. Deltagandet var frivilligt och ingen ersättning för deltagande lämnades. Återföring av resultaten gjordes i samband med två möten på de deltagande enheterna.

Rapportens struktur

I resultatredovisningen följer vi de temata som undersökningen hade och redovisar såväl resultat från enkäterna som från intervjuerna och resultat från hela akutkliniken under respektive rubrik: 1) möte med krisdrabbade som arbetsuppgift, 2) kunskap om krisreaktioner, 3) riktlinjer och arbetssätt, 4) miljö, 5) krisomhändertagandets vårdkedja, 6) critical incidents, 7) personalens upplevelse av sin egen situation, 8) arbetsledningens inställning samt 9) utsatthet för våld och hot om våld. Svaren har behandlats konfidentiellt och inga uppgifter om enskilda individer redovisas. Resultat från båda datainsamlingsmetoderna har jämförts och i den mån svaren överensstämmer förstärker de varandra (15). När svaren inte överensstämmer har avvikelserna redovisats.

RESULTAT - KARTLÄGGNINGEN

De svarande

Enkäten besvarades av 49% av de anställda på akutkliniken, sammanlagt 86 personer. På akutmottagningen (AM) gjordes flera påminnelser. Sådana förekom inte på akutvårdsavdelningen (AVA).

Från AM kom 58 svar (50%) från 27 sjuksköterskor, 20 undersköterskor, 2 barnsköterskor, 1 mentalsköterska och ytterligare 8 personer som inte uppgivit yrkeskategori. De svarande hade arbetat upp till 40 år på akutmottagningen (m=16,8 år, std.dev 9,5 år) och majoriteten av dem (70%) arbetade dagtid.

På AVA svarade totalt 28 personer (47%) - 15 sjuksköterskor och 13 undersköterskor. AVA-gruppen hade arbetat upp till 27 år i yrket och 18 år på akutvårdsavdelningen (m=5 år, std.dev 5,8 år) och majoriteten av dem som svarat (60%) arbetade på natten.

Undersköterskorna hade signifikant längre erfarenhet både i yrket och på avdelningen än vad sjuksköterskorna hade ($r=.45$; $p<.001$ respektive $r=.35$; $p<.01$). Respondenterna från AM var signifikant mer erfarna än de svarande från AVA (år i yrket: $r=.32$; $p<.01$ och år på arbetsplatsen: $r=.44$; $p<.01$). De två grupperna skiljde sig också signifikant beträffande arbetstidens förläggning så att nattpersonal var mer representerad i svaren från AVA än från AM ($r=.30$; $p<.01$).

Det externa bortfallet i enkätstudien var alltså stort. Internt bortfall förekom nästan enbart i AM-enkäterna och uppgick där i vissa bedömningsfrågor till 15% medan det i AVA-enkäterna var så gott som obefintligt.

Sammanlagt *intervjuades* 14 personer på akutmottagningen (AM) och 10 personer på akutvårdsavdelningen (AVA). Klinikchefen intervjuades individuellt medan övriga intervjuades gruppvis. De intervjuade på akutmottagningen bestod av en man och 12 kvinnor medan en man och nio kvinnor intervjuades från akutvårdsavdelningen. Ambitionen var att ta med såväl erfaren som nyanställd personal inom alla kategorier. Detta lyckades utom i fråga om intervjuerna med barnsektionens personal på akutmottagningen där samtliga intervjuade var mycket erfarna personer.

Möte med krisdrabbade som arbetsuppgift

De patient-/anhörigsituationer som intervju- och enkätfrågorna avsåg var välkända av personalen och ett fåtal saknade helt och hållet erfarenheter av sådana situationer. Enkätsvaren gav svar på hur ofta personalen mötte projektets olika målgrupper medan intervjuerna gav inblick i hur mötena gick till och upplevdes av personalen.

Enligt enkäten ingick uppgiften att ta hand om trafikoffer för 17 personer (20%) minst en gång i veckan. Uppgiften var vanligare på AM än på AVA. Möten med trafikoffer skedde dagligen för tre av de svarande på AM men så tätt förekom inte uppgiften för någon av de svarande på AVA. Vårdsoffer togs emot minst en gång i veckan av 31 personer - lika stor andel på AM som på AVA (36% resp 40%). När det gällde anhöriga till plötsligt avlidna svarade 28 personer att denna arbetsuppgift förekom minst en gång per månad. Sex personer - alla på AM - omhändertog anhöriga till avlidna en gång i veckan eller oftare. Det vanligaste svaret på båda enheterna var annars någon gång per månad. Att möta barn som anhöriga till avlidna hade 55 personer (65%) varit med om, men det skedde sällan.

Personalmedlemmar som frekvent mötte trafikoffer mötte också ofta våldsoffer ($r=.35$; $p<.001$), vuxna anhöriga till avlidna ($r=.37$; $p=.001$) och barn till avlidna ($r=.23$; $p<.05$). Samband mellan hur ofta man mötte krisdrabbade grupper och vilken yrkestillhörighet man hade respektive antal år i yrket fanns endast vad gällde erfarenhet av att möta barn till plötsligt avlidna. Fler sjuksköterskor än undersköterskor saknade erfarenhet av denna arbetsuppgift och ju mer erfaren man var desto oftare hade det ingått i arbetet att ta emot barn som anhöriga till avlidna (samband med yrkestillhörighet $r=.27$; $p<.05$, samband med år i yrket $r=.38$; $p<.0001$, samband med år på arbetsplatsen $r=.35$, $p=.001$). Svaren beträffande frekvens av möte med krisdrabbade av olika typer visade inget samband med avdelningstillhörighet när man kontrollerade för olikheterna i yrkeskategorier och tjänstgöringstid. Däremot kvarstod sambandet mellan frekvens av möte med barn till avlidna och antal år i yrket respektive på arbetsplatsen även vid kontroll för avdelning.

Enligt intervjusvaren var man på vuxenakuten överens om att tiden och personalresurserna inte räcker till för kontakter med patienter och anhöriga som är i kris. ”*Vi har inte tid att sitta hos patienterna efter det akuta omhändertagandet. Ofta sitter dock anhöriga hos dem, men en del ligger själva*”. Speciellt på natten saknades resurser. Om det är tidsbrist prioriteras patienten och anhöriga kan bli utan stöd.

På barnakuten upplevdes inte tidsbristen på samma sätt - man tar sig tid för patienter och anhöriga. ” Om barnet dör kan föräldrarna vara kvar i timmar. Tiden räcker till, man tar sig den tid som behövs, någon avdelas att sitta med anhöriga. Aldrig känt att tiden inte räcker till. Vid personalbyte stannar man så länge det behövs”.

När personalen på AVA går in och ”gör kontroller” kunde de samtidigt prata med patienter som behövde extra kontakt. Man hade inte tid att gå in enbart för att tala med patienten. Det var också svårt att få tiden att räckta till för anhöriga, t.ex. när någon avled på avdelningen. ” Vet man att man inte har tid att gå och sätta sig (hos patienten) så drar man sig för det...”, ”då kan man lika gärna låta bli att prata”. ”Det bästa är när patienterna har någon anhörig hos sig som de kan prata med”.

Några upplevde ambivalens till det psykologiska omhändertagandet och skulle helst vilja slippa de psykologiska arbetsuppgifterna - ” Är det verkligen vi akutsjuksköterskor som ska göra sådant. Det är så skönt när det kommer någon så att man får avlastas från den psykosociala biten av t.ex. kurator”. I varje fall, menade man, gällde detta numera när ”effektiviseringar” ägt rum. ”Det var mer annorlunda förut när jag jobbade. Om vi säger i början på 90-talet. Då hade man en helt annan tid för patienterna. Då kan man säga att patienten var mer i centrum, det är de inte idag”.

Personalens kunskaper om krisreaktioner

En majoritet av personalen upplevde att de skulle behöva mer kunskap beträffande barns reaktioner vid trafikolyckor, våldshändelser och plötsliga dödsfall för att kunna genomföra arbetet på ett bra sätt (tabell 1). De som hade tillräckliga kunskaper om vuxnas reaktioner vid trafikolyckor tyckte sig också ha tillräckliga kunskaper om vuxnas reaktioner vid våld och i sorg. Ett tydligt samband fanns också beträffande kunskaperna om barns reaktioner vid de olika krissituationerna, men något samband mellan kunskaper om vuxnas reaktioner och kunskaper om barns reaktioner fanns inte. Kunskaperna beträffande vuxnas reaktioner i sorg bedömdes tillräckliga av det största antalet svarande. Här uppfattade undersköterskorna oftare sina kunskaper som otillräckliga än vad sjuksköterskor gjorde ($r=.31$; $p<.01$), ett samband som förstärktes om avdelningstillhörigheten kontrollerades. Med mer erfarenhet av yrket och fler år på arbetsplatsen bedömdes kunskaperna oftare otillräckliga beträffande vuxnas reaktioner i sorg ($r=-.24$; $p<.05$ respektive $r=-.29$; $p<.01$) men denna skillnad försvann när yrkeskategori konstanthölls statistiskt.

Svaren beträffande de andra kunskapsfrågorna avslöjade en känsla av bristande kompetens som inte samvarierade med yrkestillhörighet eller

är i yrket. Inga påvisbara samband fanns mellan kunskapsbedömning och med vilken frekvens uppgifterna ingick i jobbet.

Tabell 1. Personalens kunskaper om psykologiskt krisomhändertagande. Antal svar (n=86).

Jag har tillräckligt med kunskaper	Antal personer som svarat			
	inte alls	Instämmer		helt
		i någon mån	i hög grad	
För trafikoffre:				
Om vuxenreaktioner	5	30	35	8
Om barns reaktioner	30	34	11	1
För våldsoffer:				
Om vuxenreaktioner	9	38	28	4
Om barns reaktioner	40	31	7	-
För anhöriga till döda:				
Om att ge stöd i sorg	9	23	42	8
Om vuxenreaktioner	7	19	43	14
Om barns reaktioner	39	31	8	4

Intervjusvaren talade tydligare än enkäterna om kunskapsbrist hos de senast anställda. Flera berättade hur man som nyanställd saknade introduktion i hur man tar hand om patienter eller anhöriga i kris. "När jag började här, en man som var i kris. Det var det värsta jag har varit med om. Jag glömmer honom aldrig.... Han mätte ju jättedåligt det förstår jag nu. Det var min första dag." Mer kunskap och handledning i hur man bemöter människor med svåra upplevelser efterlystes i alla intervjugrupper.

Riktlinjer och rutiner för det psykologiska omhändertagandet

Det framkom i intervjuerna på akutmottagningen inte någon skillnad i det psykologiska omhändertagandet av våldsoffer och trafikoffre (med undantag för kvinnliga våldtäktsoffer). Det saknades riktlinjer och handlingsplaner för psykosocialt omhändertagande av såväl trafikoffre som för våldsoffer. För våldtäktsoffer fanns på AM en rutin som beskrevs så här: "Det är oftast en sjuksköterska men ibland en undersköterska som tar hand om dem och sätter in dem i ett vilrum. Man ägnar ganska mycket tid åt den personen. Sedan är det en jättelång och jobbig undersökningsprocedur för patienten. Polisen har med sig allt material som de behöver ha med sig... Det är jättemycket som ska göras då, det tar ofta lång tid. Det är påfrestande för patienten men de flesta går med på det".

När det gällde närstående till människor som avlider fanns skriftliga riktlinjer och det var rutin att kurator alltid kontaktade de anhöriga

efteråt. Information om själva krissituationen d.v.s. vad som hänt vid trafikolyckor, våldshändelser eller plötsliga insjuknanden fick personalen på AM från patienten själv eller från ambulanspersonal, polis och anhöriga. Sådan information dokumenterades i akutjournalen.

Vilken information man gav till patienter och anhöriga om vad som ska hända medicinskt/behandlingsmässigt visade stora individuella variationer. Vissa pratade hela tiden med patienten om vad som sker i rummet - andra inte. På barnakuten informerades barnet om vad som ska hända även om det skulle vara litet och kanske inte förstå.

Till AVA kom patienterna från akutmottagningen - ibland via röntgen. Man upplevde sig vara mer "försiktig" i bemötandet av våldsoffer och trafikoffer än andra skadade patienter eftersom "de har varit med om något dramatiskt". AVA-personalen bedömde precis som på akutmottagningen att det fanns ett speciellt omhändertagande när det gällde misshandlade och våldtagna kvinnor.

Enkätsvaren visade att det inom personalgruppen rådde en stor osäkerhet om det finns riktlinjer för den psykologiska delen av arbetet med de aktuella patient- och anhöriggrupperna eller ej (tabell 2). Enligt intervjuerna med arbetsledarna fanns riktlinjer endast för det psykologiska omhändertagandet av anhöriga till avlidna och endast på AM. "Rätt svar" d.v.s. nej på de två första områdena och ja på det sista lämnades alltså av 40-45% av de svarande på AM och rätt svar på AVA lämnades av 29%.

Tabell 2. Riktlinjer för psykologiskt omhändertagande. Antal svar (n=86).

Finns riktlinjer?	Ja	Nej	Vet ej/ Ej svar
För trafikoffer och deras anhöriga?	10	34	42
För våldsoffer och deras anhöriga?	7	31	48
För anhöriga till plötsligt avlidna?	27	23	36

Precis som i intervjuerna bedömdes enligt enkätsvaren rutinerna fungera bäst för omhändertagande av anhöriga till plötsligt avlidna och för bemötande av kvinnliga våldsoffer. Majoriteten av de svarande var missnöjda med arbetssättet för samtliga målgrupper. Framför allt bedömdes tidspressen vara för stor. Ett fåtal ansåg att de kunde ge anhöriga till trafikoffer och våldsoffer nödvändig tid (tabell 3).

Tabell 3. Rutiner och arbetssätt. Antal svarande som instämmer i påståendet helt eller i hög grad¹ (n=86).

Påstående:	Målgrupp: Trafikoffer	Målgrupp: Väldsoffer	Målgrupp: Anhöriga till plötsligt avlidna
Jag är nöjd med vårt arbetssätt för	23	33 (kvinnor) 20 (män)	30 (vuxna anhöriga) 19 (anhöriga barn)
Jag vet tillräckligt om händelsen	42	42	- ²
Jag kan ägna patienten den tid som behövs	28	29	- ²
Jag kan ägna anhöriga den tid som behövs	19	22	33

¹ genom att svara 3 el 4 på en fyrgradig skala.

² frågan ej ställd

AM-personalen var mer nöjd med rutinerna för omhändertagande av trafikoffer än vad AVA-personalen var ($r=.34$; $p<.01$) och tyckte oftare att de kunde ägna trafikoffer den tid som behövdes ($r=.22$; $p<.05$). Signifikanta skillnader i bedömningar av rutinerna för omhändertagande av trafikoffer fanns beroende på arbetstidens förläggning. Nattpersonalen var nöjdare än dagpersonalen ($r=.24$; $p<.05$).

Undersköterskorna på akutmottagningen kunde ägna anhöriga till avlidna den tid som behövdes i större utsträckning än sjuksköterskorna där ($r=.38$; $p<.01$). Någon sådan skillnad fanns inte på AVA. AVA-personalen - och särskilt undersköterskorna där - bedömde däremot sina rutiner för informationsutbyte kring familjen vid dödsfall vara bättre än vad AM-personalen gjorde ($r=.30$; $p<.01$) även om de tyckte sig ha sämre möjlighet att ägna de anhöriga nödvändig tid ($r=.24$; $p<.05$). Skillnaden beträffande rutiner för informationsutbyte vid dödsfall förklarades endast av avdelningstillhörighet och inte av olikheterna i förläggning av arbetstiden.

Undersköterskorna var genomgående mer nöjda med krisomhändertagandet än vad sjuksköterskorna var. Speciellt gällde detta för krishjälp till trafikoffer ($r=.41$; $p<.001$) och för krishjälp till anhöriga barn ($r=.33$; $p<.01$). Framför allt var det på AVA som undersköterskorna var mer nöjda än sjuksköterskorna. Den personal som var nöjd med omhändertagandet av någon av målgrupperna var genomgående nöjd också med krishjälpen till de andra.

Miljö

I enkäten fanns inga frågor om den fysiska arbetsmiljön. Intervjuresultatet talade däremot om att personalen på akutmottagningen såg svårigheter på grund av placeringen av väntrummet och rummet för avlidna. Man måste transportera avlidna genom väntrummet och anhöriga som tar farväl måste gå in i och ut ur "morsrummet" från väntrummet. På AVA fanns inget speciellt anhörigrum, men patienterna fick oftast direkt vid inskrivningen komma till ett delat rum. Personalen ansåg att miljön "är fruktansvärt stressig", särskilt om patienten måste vänta på inskrivning i korridoren.

Krisomhändertagandets vårdkedja

Enkäten gav utrymme att ange vilka personer/instanser man lämnar över till när det gällde behov av fortsatt psykologiskt omhändertagande för de olika målgrupperna - lindrigt skadade respektive måttligt/svårt skadade trafikoffer och deras anhöriga; lindrigt skadade respektive måttligt/svårt skadade våldsoffer och deras anhöriga samt anhöriga till patienter som avlider i samband med trafikolyckor, våld eller andra dödsfall.

Beträffande *trafikoffer* som skrivs ut till bostaden direkt från mottagningen eller avdelningen nämndes ingen extern samarbetspartner. Två personer nämnde att behov av psykologiskt stöd togs upp med någon anhörig till patienten. Ett fåtal (9 personer) rapporterade behov av fortsatt stöd till en läkare medan de flesta nämnde kurator som rapportmottagare (46 svar). I de fall där patienten läggs in rapporterades behoven till avdelningspersonal (20 svar), läkare (17 svar), psykiaterkonsult (11 svar) eller kurator (27 svar).

Behov hos krisdrabbade anhöriga till den lindrigt trafikskadade rapporterades oftast inte över till någon. Läkare (11 svar) eller kurator (36 svar) var aktuella i så fall. Behoven hos den måttligt eller svårt trafikskadade patientens anhöriga uppmärksammades oftare och då genom rapportering till avdelningspersonal (15 svar), läkare (11 svar) eller kurator (41 svar). Psykiater nämndes inte som samarbetspartner för anhöriga i kris.

Beträffande *våldsoffer* som skrivs ut och är i behov av psykologisk hjälp nämndes externa samarbetspartners (vårdcentral, kvinnojour, socialjour, brottsofferjour, präst och polis) av två svarande från AM. Läkare uppmärksammades på behoven av 11 personer och kurator av 48. Behov hos våldsoffer som läggs in rapporterades till avdelningspersonal (30 svar), läkare (20 svar), psykiater (8 svar) eller kurator (29 svar). Psykologiska behov hos de genom våld lindrigt skadade patienternas anhöriga rap-

porterades vidare till läkare (10 svar) eller kurator (32 svar). Fanns behoven hos de genom våld måttligt/svårt skadade patienternas anhöriga rapporterades de över till mottagande personal (11 svar), till läkare (9 svar) eller till kurator (45 svar). De anhörigas behov rapporterades enligt någon enstaka person över till polis, kvinnojour eller präst.

Behov av krishjälp hos anhöriga till patienter som dör - oavsett dödsorsak - rapporterades till kurator (57 svar). AM-personalen rapporterade till kurator vare sig de arbetade på dagen eller på natten medan AVA-personalen sällan uppgav kuratorn som samarbetspartner. På AVA rapporterade man i stället över till sköterska.

I intervjuerna med AM-personal framgick att det utanför kontorstid inte fanns något stöd att få vare sig från kuratorer, från psykiatri eller jourteam. Det hade däremot hänt att man kallat på präst. Alla saknade tillgång till kurator på jourtid både för det psykologiska omhändertagandet och för hjälp att lösa sociala problem. Arbetsledande personal på AM hade däremot enligt intervjuerna kännedom om flera möjligheter och menade att man borde ta kontakt med all psykologisk trauma-kompetens som finns - kurator, präst, polis, ev brottsofferjour, kvinnojour och kriscentrum för kvinnor.

Det var svårt att överhuvudtaget slussa patienterna vidare från AM till andra avdelningar. Även svårt sjuka patienter blev kvar på akutmottagningen och "läste" personalen. Vad som muntligt rapporterades till mottagande avdelningar var framför allt medicinsk information, men man menade att om det fanns viktig psykologisk information rapporterades sådan också.

Mottagande personal på AVA gav samma bild av att det framför allt är den medicinska informationen som rapporteras över - särskilt i skrift. Muntlig information kunde ibland gälla mer personliga förhållanden. Det hade ändå genom åren blivit mer av social information än tidigare.

På AVA rädde olika uppfattningar om huruvida man tar kontakt med andra utanför avdelningen eller ej och om vilka som kunde kontaktas vid behov. Undersköterskorna sade till sjuksköterskan om patienten behövde kuratorshjälp. Psykiaterkonsult hade ibland kontaktats men aldrig präst. Nattpersonalen upplevde att "*allt ju nästan är stängt på natten*" men om det fanns någon de kunde lämna över till skulle de "*slippa ha skuld känslor för att man inte har tid*".

Critical incidents

De exempel på lyckat respektive misslyckat psykologiskt omhändertagande som fanns i enkätsvaren förstärkte bilden av vilka faktorer som är

kritiska för god kvalitet i det psykologiska omhändertagandet. Exempelen har kategoriserats inom följande områden:

- * tillräckligt tidsutrymme för krisreaktioner,
- * möjlighet till uppföljning i vårdkedjan för krisdrabbade,
- * kvalitet i kontakten med den anhöriga,
- * feedback som ger visshet om effekten av det utförda arbetet,
- * stöd från arbetskamrater respektive ledning.

Tillräcklig tid för att se och bemöta krisreaktioner

En indikator på lyckat omhändertagande är att anhöriga till avlidna får "den tid de tar och när dom själva känner sig mogna att gå hem" så att man kan ordna uppföljning. Till exempel nämndes när en familj som mist sitt barn i plötslig spädbarnsdöd "bestämde när det kändes bra att lämna sjukhuset" eller när man kunde "sätta sig i lugn och ro i anhörigrummet ... känna att man får sin tid med den anhöriga". "Vi hade ordentligt med tid både för patienten och anhöriga även efter patienten dött".

Omvänt blir det misslyckat om "vi ej räcker till att finnas till hands från början till slut för den anhörige" eller än värre "när vi har så mycket att göra att vi inte hinner ta hand om anhöriga t.ex. vid självmordsförsök e.t.c". Ett exempel gällde en förlossning där modern måste akutsnittas och "ingen hade tid för den blivande fadern. Han såg plötsligt sin fru köras iväg till akutop utan förklaring". Elva lyckade fall beskrevs utifrån aspekten möjlighet att ägna patienten tillräcklig tid och åtta fall beskrevs som misslyckade eftersom nödvändig tid inte fanns.

Uppföljning för krisdrabbade

I de lyckade omhändertaganden som beskrevs ingick ofta uppföljning - att "informera vidare om vår kurator, skriva remiss". Uppföljningen kunde också underlättas av att "vi ger telefonnummer till avdelningen så att dom när som helst kan ringa om dom undrar något".

Ett exempel på misslyckat omhändertagande var en anställd i samband med en deluppgift att hjälpa patienten "till utgången ... där får klart för sig dilemmat (våldsoffer) och ... har ej fått möjlighet att ta kontakt med kurator". Sju fall beskrevs som lyckade eftersom någon följde upp och tog över där personalen slutade och fem fall var misslyckade eftersom ingen funnits som kunde ta vid.

Kvalitet i kontakten med de drabbade

Bevis på kontakt var en källa till tillfredsställelse med den egna insatsen. "Cancersjuk patient inkommer och dör efter ca en timme. Jag finns i patientens närhet hela tiden och patientens fru berättar om de senaste timmarna hemma...

Efteråt kände jag och frun att vi kommit varandra väldigt nära". En annan berättade om föräldrarna till den nio-månaders baby som var död vid inkomsten. "Ca fyra timmar är vi tillsammans När föräldrarna lämnar akuten får jag en kram av mamman som ber mig ta hand om babyen". "Misslyckat är det när man går ifrån rummet med otillfredsställelse - oro". Ovanstående exempel på misslyckat omhändertagande var det enda som beskrevs av bristande kontakt med den krisdrabbade. Fem fall var lyckade eftersom man känt att det uppstod en god kontakt trots svåra krisreaktioner hos patient eller anhörig.

Feed-back genom anhörigas reaktioner

Ett talande exempel på hur det ibland går att se resultat av ett gott psykologiskt omhändertagande redan på akuten gavs av den som berättade om en ung kvinna med tre barn som hittat sin man död hemma och på akuten bara ville hem men inte hade någon att vända sig till. "Just den dagen har vi möjlighet att vara hos henne Till sist berättar kvinnan att hennes far och hans nya fru finns i Stockholm, men hon har inte kunnat ha kontakt med dem på länge p.g.a. makens alkoholproblem. Situationen ändras; kvinnans pappa med fru kommer till akuten Efter en vecka kommer alla och tackar oss för att vi haft sådant tålamod att ta hand om kvinnan. Hon hade själv inte orkat ta upp den förlorade kontakten ...". Lika talande beskrevs ett exempel där missförstånd uppstått kring omhändertagande av anhöriga - "de kommer ut jättearga, mitt på golvet på akuten, skriker ...". "Jag gick dit ... och bad om ursäkt för att de inte blev omhändertagna som de önskade och vi önskade"... men känslan av ett misslyckat omhändertagande fanns kvar. Ovanstående exempel enligt kriteriet negativ feedback var det enda. Att få veta efteråt vad som var verksamt var avgörande för ett lyckat omhändertagande i tre fall.

Stöd från kamrater/arbetsledning

En aspekt som avgör hur det psykologiska omhändertagandet bedöms är erfarenheter av stöd eller brist på stöd i extremt svåra situationer som inneburit stora påfrestningar på personalen. Där fanns det tillfälle när en arbetskamrat tagit sitt liv och ledningen "gjorde ett jättefint jobb" genom att ge personal stöd eller den gången när en patient avvikit för att ta sitt liv och såväl en arbetskamrat som arbetsledare gav stöd - "kändes mycket bra". Svårt var det i samband med en brand på den psykiatriska kliniken eller vid Estonia-katastrofen när "de som tog hand om de första sju patienterna ej kom med i krisbearbetningen efteråt". Flera extremt påfrestande situationer där personal upplevt stöd (fem lyckade fall) respektive saknat sådant stöd (tre misslyckade fall) beskrevs.

Personalens uppfattning om sin egen situation

Många i personalgruppen upplevde att det psykologiska omhändertagandet av såväl patienter som anhöriga är ett svårt arbete. Dels saknade man kunskap, dels var det ofta en tung psykologisk börda att bära. De reaktioner som var svårast att bemöta var när patienter och anhöriga inte reagerade alls eller när de blev utagerande och aggressiva. ”*Det behöver inte vara något dramatiskt som händer för att man ska må dåligt*”.

Hur personalen uppfattade tillgången till handledning och stöd på kliniken enligt enkätsvaren framgår av tabell 4. Bedömningen av rutiner för kamratstöd visade ett samband med avdelningstillhörighet. AM-personalen ansåg oftare än AVA-personalen att goda kamratstödsrutiner finns ($r=-.27$; $p=.01$) och rutinerna bedömdes positivare ju fler år i yrket man hade ($r=.28$; $p=.01$) ett samband som kvarstod även om avdelningstillhörighet kontrollerades. AVA-personalen var lika nöjd med det krisstöd man gav varandra som AM-personalen trots att man inte kände till rutinerna för kamratstöd. Frågan om arbetsledningens inställning till krisomhändertagande visade starkt samband med hur nöjd man var med avdelningens krisarbete såväl i fråga om alla de undersökta målgrupperna som i fråga om stödet till varandra (för sambandet med tillfredsställelse med krisarbetet vid trafikolyckor var $r=.43$; $p<.001$, för kvinnliga våldsoffer $r=.55$; $p<.001$, för manliga våldsoffer $r=.54$; $p<.001$, för vuxna anhöriga vid plötsliga dödsfall $r=.41$; $p<.001$, för anhöriga barn till avlidna $r=.45$; $p<.0001$ och för stöd till varandra $r=.41$; $p<.001$). Frågorna om krisstöd till varandra och om arbetsledningens inställning tillhörde de frågor som innehöll ett stort internt bortfall.

I intervjuvaren varierade svaren mycket i fråga om handledningsbehov. Några - däribland arbetsledningen - skulle vilja ha kontinuerlig handledning. Några kände behov av handledning i särskilda situationer och andra kände inte behov alls. Några ansåg att man lär sig av år och erfarenhet så att behovet av handledning framför allt gäller de nya i personalen. ”*Jag tycker det ska finnas handledning. Ja, men vi är väl lite mer hårdade kanske som har jobbat i många år ... men för de yngre som kommer ... jag kommer ihåg själv när jag kom in i sjukvården. Jag tyckte det var jobbigt med många som jag idag inte reflekterar över, som har blivit mer vardagsmat och så*”.

Tabell 4. Tillgång till handledning och stöd (n=86).

Påstående:	Antal personer som instämmer			
	inte alls	i någon mån	i hög grad	helt
Jag har goda möjligheter att få handledning vid behov	14	38	22	10
Vi har bra rutiner för kamratstöd	15	21	29	18
Jag är nöjd med det krisstöd vi ger varandra	14	21	26	18
Arbetsledaren har en positiv inställning till psykologiskt omhändertagande	7	25	31	13

När man behövde stöd och hade ett behov av att prata av sig gick man inte till kamratstödjarna eller till cheferna utan vände sig till kamrater i gruppen. ”*Jag har jobbat så många år så jag har vissa personer som jag går till. Jag kan gå och säga att jag mår så dåligt så nu får ni lyssna på mig.*” I stort sett alla som intervjuats ansåg att det inte fanns tid att sitta ner och prata om det hänt något. ”*Tog upp på onsdagsmötet att vi ska sitta ner med kamratstödjarna. Vi har inte hunnit. Alla är så trötta och vill bara gå hem efteråt. Man sätter bara masken på sig*”. Barnpersonalen berättade dock om en annan mer gynnsam situation.

På AVA hade också en person gått kurs för att bli kamratstödjare, men rutiner för hur hon skall användas verkade inte finnas.

Arbetsledarnas inställning

Chefer och arbetsledare betonade i intervjuerna vikten av ett bra psykosocialt omhändertagande. De var dock medvetna om att det psykosociala omhändertagandet fungerade sämre än det medicinska eftersom tid och resurser inte räcker till. Personalen pekade på arbetsledarnas viktiga roll i att uppmärksamma personalens behov. Det kunde vara svårt att prata med sina chefer om det är något som varit jobbigt. ”*Jag känner inget större stöd från cheferna*”. Man ansåg att det måste vara arbetsledningens sak att informera om att ”*ni kan vända er hit eller dit för att få sitta och prata. Det är väl ändå deras skyldighet att gå in där*”. Personalen upplevde ofta att personalvården inte prioriterades, medan arbetsledarna var av en annan uppfattning. Den enskilda individen måste signalera om han/hon behöver stöd ansåg de.

Våld eller hot om våld

59% av de som svarat på enkäten hade i tjänsten varit utsatta för hot om våld det senaste året och 31% hade blivit utsatta för våld under samma tid. Det var vanligare att utsättas för våld resp hot om våld på natten än på dagen ($r=.26$; $p<.05$ respektive $r=.22$; $p<.05$).

Tabell 5. Tillgång till stöd och hjälp i anslutning till våld.
Antal svar ($n=86$).

Påstående:	Antal personer som instämmer			
	inte alls	i någon mån	i hög grad	helt
Jag har goda möjligheter att prata med någon om jag blir utsatt för våld	5	15	27	39
Jag anser att sjukvården ger tillräcklig hjälp till personal som utsätts för våld	21	31	28	1

Personalen var nöjd med kamratstödet i samband med våldssituationer men var mer tveksam till sjukvårdens hållning till problemet (tabell 5). Det fanns inget statistiskt samband mellan bedömningarna beträffande avdelningens eller sjukvårdens bemötande och egen erfarenhet av våld. Den enda person som var helt nöjd med sjukvårdens hjälp hade själv varit utsatt för våld under senaste året.

Sammanfattning av resultat

- * Det psykologiska omhändertagandet av patienter och deras närstående i samband med trafikskador, våld och plötslig död uppfattades av personalen som viktigt men svårt.
- * Det fanns en grupp sjuksköterskor och undersköterskor som var mer erfarna i krisomhändertagande än andra.
- * Efterfrågan av mer kunskap hade samband dels med skillnader i kunskapsläget dels med olikheter i erfarenhet. Kunskap om barns reaktioner och behov efterfrågades allra mest.
- * Vid nyrekrytering hade introduktion inte omfattat psykosocialt omhändertagande vid kris.
- * Anhörigomhändertagandet, särskilt när någon avlidit, tycktes vara mer enhetligt och utvecklat än det psykologiska omhändertagandet av skadade patienter.
- * Sådana organisatoriska ramar, som underlättar ett gott psykologiskt omhändertagande var oklara. Handlingsprogram för de undersökta målgrupperna saknades eller var okända.
- * Kunskap om vårdkedjor och rutiner för överlämning till annan vårdgivare var otydliga.

- *Handledning/stöd för personal saknades eller var svåra att använda -
vårdkedjan kunde inte urskiljas.
- *Arbetsituationen på akutkliniken var oerhört pressad, vilket
försvårade det psykologiska omhändertagandet på flera sätt.
- *Nyckelfaktorer för vad personalen bedömde som ett lyckat omhän-
dertagande hade både med kvaliteten i omvårdnadsrelationen och
med tillgång på eget stöd och resurser i arbetet att göra.

DISKUSSION

Den kombination av metoder som användes för kartläggningen av det psykologiska omhändertagandet av krisdrabbade gav sammantaget en bild av en erfaren personalstyrka men också av starkt beskurna förutsättningar för ett optimalt psykologiskt omhändertagande av krisdrabbade på akutkliniken vid Huddinge universitetssjukhus. Det sammantagna utbildningsbehovet var störst vad gäller barns reaktioner i samband med såväl trafikolyckor och våld som vid plötsliga dödsfall.

Metodproblem

Bortfallet i enkätdelen av kartläggningen är stort. Å andra sidan är en svarsfrekvens på 50% inte ovanlig även om motivationen för att arbeta med den aktuella frågan är mycket stor (16, 17). Det fanns 1998 både hos en del av arbetsledningen och hos personalen ett stort intresse för kompetensutveckling för bättre krisomhändertagande samt för tillskott av resurser, något som ju utlovades inom Krisprojektet. Arbetsledarna betonade också i intervjuerna vikten av ett bra psykosocialt omhändertagande samtidigt som de var medvetna om att detta fungerade sämre än det medicinska eftersom tid och resurser inte räckte till.

När det stora bortfallet analyserades framkom att enkäten distribuerats under en period då arbetssituationen på akutkliniken var mycket ansträngd. Yrkesinspektionen hade påtalat behov av förändring på akutmottagningen. Personalomsättningen på AVA hade 1997 varit 28% bland sjuksköterskorna och 26% bland undersköterskorna - nästan dubbelt så stor som på Huddinge Universitetssjukhus i övrigt. Avdelningens personal hade även högre långtidssjukskrivning än sjukhuset i övrigt. Det var i denna arbetssituation svårt för personal att prioritera ifyllande av en enkät på arbetstid. Tilliten till framgång hos nya projekt var samtidigt just vid den här tidpunkten låg. Flera projekt som genomförts de senaste åren hade inte lett till för de anställda önskat resultat. Detta förhållande påverkade engagemanget inte bara i Krisprojektets kartläggning utan också i ett organisationsutvecklingsprojekt på AVA (17, 18). Arbetsledarna på akutkliniken hade emellertid i planeringsfasen inte varit medvetna om personalens "enkättrötthet" utan var tvärtom mycket angelägna om att kartläggningen inför Krisprojektets interventionsdel skulle äga rum.

Motivet till att frågeinstrumentens avsnitt delades upp efter de olika målgrupperna i kris - trafikoffer och deras anhöriga, våldsoffer och deras anhöriga, anhöriga till avlidna samt personalgruppen själv - var såväl teoretiskt som strategiskt. Dagens teoretiska kunskapsläge om de

olika målgruppernas (trafikskadades, våldsdrabbades, närståendes och sjukvårdspersonals) situation och behov redovisas av Schulman (4). Kartläggningen skulle strategiskt sett enligt planerna utgöra underlag för kompetensutvecklingen inom de aktuella personalgrupperna och behovet av ytterligare kunskaper måste därför differentieras. Däremot kritiserades enkätblanketten för sin uppdelning av personalen, som uppfattade enkäten som onödigt krånglig.

Kunskapsläget hos vårdpersonalen

Såväl enkät- som intervjuresultat visade på stora olikheter i personalgruppen beträffande hur man bedömde arbetssättet för de olika målgrupperna och hur man bedömde sin egen kunskap i förhållande till arbetets krav. Det fanns en "specialistgrupp" på krisomhändertagande. En sådan situation kan givetvis vara positiv eftersom några kan vara mer lämpade för krisomhändertagande än andra, men kan samtidigt innebära en risk för att det goda omhändertagandet försvinner när dessa personer inte är i tjänst. Erfarenhetskunskap är svår att överföra till andra.

Ett av kartläggningens allra tydligaste resultat var att kunskap om barns reaktioner och behov var bristfälliga och därför efterfrågades. Att vuxenvården saknar tillräckliga kunskaper om barn påpekas idag av flera utredningar (19, 20) samtidigt som den teoretiska kunskapen ännu är bristfällig när det gäller barns reaktioner i samband med exempelvis trafikolyckor (4). Resultatet från enkät och intervju stämmer väl överens när det gäller kunskapsbehov utom vad gäller förhållandet mellan introduktion och vidareutbildning. I enkäterna angav nyanställda och erfarna i stort sett lika stora behov medan intervjuerna gav en annan bild. I backspeglarna påminde man sig hur utsatt man hade varit som oerfaren sjuksköterska/undersköterska på akutkliniken.

Undersköterskorna ansåg oftare än sjuksköterskorna att den egna kunskapen var bristfällig. Detta kan hänga samman med att de i sina arbetsuppgifter kommer mycket nära de krisdrabbade, samtidigt som de har mindre omfattande teoretisk utbildning. Samtidigt var ändå den mer erfarna undersköterskegruppen i flera avseenden mer nöjda med klinikkens krisarbete än sjuksköterskorna och kunde oftare ge anhöriga tillräcklig tid.

Avsikten var att inom projektet även kartlägga läkargruppens erfarenheter, kunskaper och attityder. Detta planerades ske i samband med att kartläggningen gick vidare längs vårdkedjan på Huddinge Universitetssjukhus. Projektet avbröts dock innan intervjuerna med läkargruppen skett. Vi vet alltså ingenting om läkarnas del i det psykologiska omhän-

dertagandet av krisdrabbade på akutkliniken, trots att läkare nämndes av övrig personal som en betydelsefull yrkesgrupp ur vårdkedjeperspektiv.

Finns det behov som förblir osedda?

Påfrestningar för en krisdrabbad patient eller närstående utöver traumat kan följa av att den drabbade bemöts på ett okänsligt och oförstående sätt s.k. "sekundär traumatisering" (4, 21). Vilket stöd som individen får i den akuta situationen avgör delvis risken för PTSS. Mot den bakgrunden är kunskap, säkra rutiner och tillgängliga resurser väsentliga för krisomhändertagandet. Det finns alltså på akutkliniken vid Huddinge Universitetssjukhus en stor utvecklingspotential när det gäller att förebygga psykisk ohälsa, särskilt när det gäller barn (direkt eller indirekt drabbade).

Det fanns ett stort engagemang hos akutklinikens personal för att ge patienter och närstående gott bemötande i kris. Av enkätresultaten att döma blir dock de fysiska skadornas allvar avgörande för det psykologiska omhändertagandet. Lätt skadade patienters krisreaktioner riskerar att inte uppmärksammas över huvud taget. Trafikoffer och speciellt de lindrigt skadade är en förbisedd grupp när det gäller krisomhändertagande på sjukhus (4, 22), något som visade sig stämma även i vår undersökning. När det gäller våldsoffer bedömde personalen att våldtagna kvinnor var den bäst omhändertagna gruppen. Det fanns för den gruppen tydliga administrativa rutiner. Uppmärksamheten på manliga våldsoffer har under 1990-talet inte varit lika stor som på kvinnliga (23) och personalen var inte nöjd med sitt arbetssätt för männen. Under 1980- och 1990-talen förekom utvecklingsarbete av omhändertagandet av anhöriga till plötsligt avlidna runt om i landet liksom på akutkliniken vid Huddinge Universitetssjukhus (10, 11) och ett gott omhändertagande av denna grupp verkar finnas kvar. Kanske är det så att det psykosociala omhändertagandet fungerar bättre för anhöriga än för patienter.

När personalen berättade om psykologiskt omhändertagande handlade det oftast om att ge känslomässigt stöd och om trygghetsskapande åtgärder - det första målet i arbetet med krisdrabbade (21). Nätverkstänkande fanns tydligast i den meningen att man ofta ringer efter närstående. I övrigt var personalens vårdkedjetänkande minst när det gäller lindrigt skadade patienter. Eftersom akutkliniken kanske är den enda vårdgivare, som en sådan patient kommer i kontakt med, skulle enligt vår mening vårdkedjan behöva byggas ut inte minst för att förebygga psykisk ohälsa och framtida psykosociala svårigheter speciellt hos trafikoffer.

Förutsättningar i form av tid, uppföljningsmöjligheter och eget stöd
De nyckelfaktorer för ett gott omhändertagande som framträdde i personalens egen bedömning handlade inte framför allt om ökad kunskap och kompetens utan om vilka resurser i form av tid, uppföljningsmöjligheter och stöd som arbetsplatsen erbjuder - faktorer som betonas också i litteraturen (4, 9).

Berättelserna visade hur möjligheterna att ge krisdrabbade patienter eller anhöriga tid ofta styrdes av tillfälligheter. Stora individuella variationer i omhändertagandet blir en naturlig konsekvens av bristen på handlingsprogram och/eller osäkerhet om program finns. Systematiskt arbete med vårdprogram utifrån det aktuella kunskapsläget (24), skulle kunna ge en god bas och samtidigt tillförsäkra sådana patienter och anhöriga som bedöms vara särskilt utsatta ett adekvat krisomhändertagande. Handlingsplaner ger ramar inom vilka flexibilitet kan tillämpas. De utgör en trygghet också för de anställda, som då inte själva behöver ta hela ansvaret för att tillkämpa sig nödvändig tid och tillgång till nödvändiga samverkanspartners.

Kuratorsfunktionen var välkänd både nattetid och dagtid på AM. Kurator kanaliserade remisser och/eller hänvisningar till sociala resurser utanför sjukhuset. Det kan naturligtvis vara en form av kvalitetsgaranti att de krisdrabbades behov på det sättet bedöms av en psykosocialt utbildad person. Men det är också lätt att föreställa sig att den största delen krisdrabbade patienter/anhöriga lämnas utan kontakt med vårdkedjan, eftersom kuratorsresursen på akutkliniken är oerhört liten i jämförelse med patienttillströmningen. Den enda patientkategori som i Stockholm fått tillgång till kurator dygnet runt under en kort period under 1990-talet är misshandlade kvinnor (25), men denna service är avslutad. Behov av kurator på jourtid har ofta påtalats men inte blivit verklighet.

Ytterligare en kategori nyckelfaktorer för lyckat omhändertagande var feedback och stöd från arbetskamrater och arbetsledning. Här bedömer vi att den tidigare berörda "tillitsbristen" kommer in. Arbetsledningen ansåg att det måste ligga på personal att larma om sitt behov i varje enskilt fall medan arbetstagarna var tydliga i sina önskemål om att bli uppmärksammade i svåra situationer. I många studier under 1990-talet har den ökande känslomässiga belastningen på vårdpersonal och det åtföljande behovet av psykologiskt stöd påpekats. Ökande psykisk ohälsa hos vårdpersonal har uppmärksammats (26, 27) och personal på akutmottagningarna hör till de särskilt utsatta grupperna för såväl känslomässiga påfrestningar som för våld eller hot om våld (23). Behoven av förebyggande insatser för att skydda personalen från psykiska påfrestningar har därför betonats, men inte alltid tillgodosetts i

rationaliseringssträvanden (2, 16, 26-28). Att ge vårdpersonal möjlighet till reflektion, vila och vid behov stöd efter dramatiska situationer är nödvändigt om patienter och anhöriga ska kunna erbjudas såväl ett gott medicinskt omhändertagande som ett gott psykologiskt stöd och om personalen ska klara det påfrestande krisarbetet.

SLUTSATSER

Det psykologiska omhändertagandet av krisdrabbade på akutkliniken vid Huddinge Universitetssjukhus vilade i hög grad på personligt engagemang och individuella kunskaper hos personalen. Det stöddes inte av strukturer som vårdprogram, systematisk introduktion, kompetensutveckling eller nätverkstänkande. Ett gott omhändertagande fanns enligt personalens bedömning av våldtagna kvinnor och av anhöriga till patienter som avlidit plötsligt. Psykiska reaktioner beaktades sällan vad gäller lindrigt skadade patienter. Nyckelfaktorer för ett gott krisomhändertagande innefattade såväl resurser i form av tid och tillgång till en vårdkedja som feed-back och stöd i det egna arbetet. Personalen visade ett stort intresse för metod- och kompetensutveckling speciellt vad gällde barns behov i kris.

REFERENSER

1. Folkhälsorapport 1999. Stockholms läns landsting 1999.
2. Nationella folkhälsokommittén: Psykisk hälsa. Underlagsrapport nr 10. Stockholm 1999.
3. SOU 1999:137. Hälsa på lika villkor. Delbetänkande från Nationella Folkhälsokommittén 1999.
4. Schulman A. Krisomhändertagande i samverkan. Intervention riktad till patienter, deras anhöriga samt sjukvårdspersonal utsatta för traumatisk stress. Teori och praxis som bakgrund till projektet. Krisprojektet, delrapport nr 1, Stockholm 2000.
5. Danermark B, Kullberg C: Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform. Lund: Studentlitteratur 1999.
6. Samverkan för individen. Samverkan inom rehabiliteringsområdet. Tredje lägesrapporten 1 juli 2000. Stockholm: Socialstyrelsen 2000.
7. Johansson I, Olsson M, Hansagi H. Samverkan för akutmottagningens mångbesökare. Hur samverkar kommunens socialtjänst och den landstingsbedrivna sjukvården för en gemensam patient/klientgrupp? Socialmedicinsk tidskrift 2000;4:334-343.
8. Sandbaek M. Foreldre som aktorer i kontakt med offentlige hjelpetjenester. Nordisk socialt arbeid 2000;2:101-111.
9. Hillgaard L m.fl. Sorg och kris. Liber 1985.
10. Olsson M: Anhörig i kris - akutmottagningens roll. Utvecklingsarbete, Stockholms läns landsting, tillika D-uppsats, Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, 1988.
11. Olsson M: Social support in bereavement crisis - interaction between medical staff and bereaved relatives. Akademisk avhandling, Karolinska Institutet 1994.
12. Lundälv J: Förmåga till välfärd. Trafikskadades upplevelser och liv - ett drama om bemästring. Akademisk avhandling. Inst f socialpolitik, Helsingfors Universitet. Stockholm: Fischer & Co 1998.
13. Antser M, Olsson M, Schulman A. Resurskatalog - krisomhändertagande. Kuratorsavdelningen, Huddinge Universitetssjukhus och Enheten för Psykisk Hälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting 2000.
14. Månsson E. Psykologiskt omhändertagande av trafikoffer, våldsoffer och närstående till människor som plötsligt dör - akutmottagningens utsagor. Hälso- och sjukvårdsnämnden, Samhällsmedicin: Centrum för kriskunskap. Stockholms läns landsting 1999.
15. Patton M Q. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, Sage Publ Inc. 1990.

16. Mot våld i vården. Slutredovisning VIF-Projektet. Akutmottagningen - Huddinge sjukhus. Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet 1998.
17. Wanger P: Deltagande+aktivitet=delaktighet? En utvärdering av AVA-projektet - ett organisationsförändringsprojekt på Huddinge sjukhus akutvårdsavdelning 1998-1999. Stockholms Universitet, psykologiska institutionen.
18. Öhrming J: Processutvärdering för fortsatt utveckling - en uppföljning av AVA-projektet inom akutvårdsavdelningen på Huddinge sjukhus. Slutrapport 1999.
19. SOU 1998:331. Det gäller livet. Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande.
20. Dyregrov A: Barn i sorg. Lund: Studentlitteratur 1990.
21. Weisaeth L, Mehlum L (red) Människor, trauman och kriser. Natur och Kultur 1997.
22. Bergerhed E, Schulman A: Krisomhändertagande av trafikolycksdrabbade vid sjukhusens akutmottagningar i Stockholms län. Vägverket och Samhällsmedicin. Publikation 1999:154. Krisprojektet, delrapport nr 2.
23. Schulman A et al: Läkare om våld. Medicinska aspekter på våldet och dess konsekvenser. Sveriges läkarförbund, 1998.
24. Guyatt G H m.fl. Practitioners of evidence based care. BMJ 2000;320:954-955.
25. Strömberg A: Tänk att nån hade tid Utvärdering av projektet Kvinnofrid - helg och nattetid. FoU-enheten, Stockholms kommun, 2000.
26. Michelsen H, Löfvander I, Schulman A, Eliasson G: Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården. Rapport från Yrkesmedicinska enheten: Stockholm 1999.
27. Första hjälpen och krisstöd. Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling AFS 1999:7.
28. Kris- och suicidutredningen, Stockholms läns landsting, Förvaltningsutskottets utlåtande och memorial. Bihang 1980:19.

BILAGA 1

HS

Huddinge Sjukhus
Kris-projektet

Personalenkät

Ett första steg i krisstödsprojektet som vi planerar att starta på Huddinge Sjukhus är att samla in information om det psykosociala omhändertagandet av krisdrabbade som finns idag. Denna kartläggning ska ligga till grund för hur vi ska rikta krisomhändertagandet och den utbildning av personal som kommer att ingå. Vi vill därför be dig fylla i nedanstående enkät. Framför allt gäller frågorna patienternas och de anhörigas situation samt dina möjligheter att ge hjälp i krissituationer. Några frågor handlar om din egen situation.

Vi är medvetna om att inget fall är det andra likt, men vill ändå be dig svara så generellt som möjligt. Sätt varje fråga i relation till just din arbetssituation.

Du kan lämna din ifyllda och anonyma enkät: _____

senast: _____

Samtidigt som du gör det ber vi dig bocka av ditt namn på listan, så att du inte behöver få påminnelser i onödan.

Tack på förhand för din värdefulla medverkan!

Abbe Schulman
Överläkare, Enhetschef
Centrum för Kriskunskap

Agneta Bergsten Brucefors
Leg. Psykolog, Docent
Centrum för Kriskunskap

Mariann Olsson
Socionom, Forskningsledare
Kuratorsavdelningen, HS

Huddinge Sjukhus, 141 86 HUDDINGE
Växel: 08-585 800 00

HS

Huddinge Sjukhus

Personalenkät

- Hur ofta tar du hand om *trafikskadade* patienter?
 Flera ggr/dag Ngn gång varje dag Ngn gång i veckan
 Ngn gång/månad Mer sällan Har aldrig hänt
- Hur ofta tar du hand om *våldsoffer*?
 Flera ggr/dag Ngn gång varje dag Ngn gång i veckan
 Ngn gång/månad Mer sällan Har aldrig hänt
- Hur ofta tar du hand om *vuxna som anhöriga när någon dör*?
 Ngn gång varje dag Ngn gång i veckan Ngn gång/månad
 Mer sällan Har aldrig hänt
- Hur ofta tar du hand om *barn som anhöriga när någon dör*?
 Ngn gång varje dag Ngn gång i veckan Ngn gång/månad
 Mer sällan Har aldrig hänt
- Hur stor andel av ditt arbete anser du borde bestå av psykosocialt omhändertagande av krisdrabbade? _____ %
- Hur stor andel utgör det i verkligheten? _____ %

Nu frågar vi om ditt arbete med trafikskadade patienter och deras anhöriga (om du i ditt arbete aldrig tagit hand om trafikskadade kan du gå till fråga 16).

- | | Instämmer
inte alls | | Instämmer
helt | |
|--|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 7. Jag vet oftast tillräckligt om trafikolyckan för mitt jobb. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Jag tycker jag har tillräcklig kunskap om psykologiska reaktioner hos vuxna i samband med trafikolyckor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Jag tycker jag har tillräcklig kunskap om psykologiska reaktioner hos barn i samband med trafikolyckor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Jag har möjlighet att ägna patienten den tid som behövs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Jag har möjlighet att ägna anhöriga den tid som behövs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vi har goda rutiner för arbetsfördelningen i personalgruppen när det gäller omhändertagande av trafikskadade och deras anhöriga. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

forts. frågor om ditt arbete med trafikskadade patienter och deras anhöriga.

13. Vem/vilka rådfrågar du om du behöver hjälp i handläggningen?

14. Till vem/vilka (avd/personer/myndigheter) rapporterar du oftast över *patientens* behov av fortsatt psykologiskt omhändertagande:

a) om patienten skrivs ut till bostaden direkt från din enhet, _____

b) om patienten behöver fortsatt vård, _____

15. Till vem/vilka (avd/personer/myndigheter) rapporterar du oftast över *anhörigas* behov av fortsatt psykologiskt omhändertagande:

a) när patienten är oskadad eller lindrigt skadad, _____

b) när patienten är måttligt eller svårt skadad, _____

c) när patienten dör på din enhet. _____

16. Finns det på din enhet riktlinjer för det psykologiska omhändertagandet av trafikskadade och anhöriga? **ja** **nej** **vet ej**

17. Har du tillgång till en handlingsplan som gäller för din yrkeskategori?

18. Finns det en handlingsplan för någon annan yrkeskategori? Ja, för _____
 Nej Vet ej

Nu frågar vi om ditt arbete med våldsoffer och deras anhöriga (om du i ditt arbete aldrig arbetat med våldsoffer kan du gå till fråga 28).

	Instämmer inte alls		Instämmer helt	
19. Jag vet oftast tillräckligt om händelsen som ägt rum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jag tycker att jag har tillräcklig kunskap om psykologiska reaktioner hos vuxna i samband med övergrepp och annat våld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jag tycker att jag har tillräcklig kunskap om psykologiska reaktioner hos barn i samband med övergrepp och annat våld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag försöker få patienter som vårdas för skador efter våld att känna sig lugna och trygga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

forts. frågor om ditt arbete med våldsoffer och deras anhöriga.

- | | Instämmer
inte alls | | Instämmer
helt | |
|--|--|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 23. Jag känner mig själv rädd när jag arbetar med våldsoffer. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Jag har möjlighet att ägna patienten den tid som behövs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Jag har möjlighet att ägna anhöriga den tid som behövs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Till vem/vilka (avd/personer/myndigheter) rapporterar du oftast över <i>patientens</i> behov av fortsatt psykologiskt omhändertagande: | | | | |
| a) om patienten skrivs ut direkt från din enhet, _____ | | | | |
| b) om patienten behöver fortsatt vård. _____ | | | | |
| 27. Till vem/vilka (avd/personer/myndigheter) rapporterar du oftast över <i>anhörigas</i> behov av fortsatt psykologiskt omhändertagande: | | | | |
| a) när patienten är oskadad eller lindrigt skadad, _____ | | | | |
| b) när patienten är måttligt eller svårt skadad, _____ | | | | |
| c) när patienten dör på din enhet. _____ | | | | |
| 28. Finns det på din enhet riktlinjer om det psykologiska omhändertagandet av våldsoffer och deras anhöriga? | Ja | Nej | Vet ej | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Har du tillgång till en handlingsplan som gäller för din yrkeskategori. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Finns det en handlingsplan för någon annan yrkeskategori? | <input type="checkbox"/> Ja, för _____ | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej | |

Nu frågar vi om ditt omhändertagande av anhöriga vid dödsfall.

- | | Instämmer
inte alls | | Instämmer
helt | |
|---|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 31. Jag tycker jag har tillräcklig kunskap om psykologiska reaktioner hos vuxna i samband med plötslig död. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Jag tycker jag har tillräcklig kunskap om psykologiska reaktioner hos barn i samband med plötslig död. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

forts. Nu frågar vi om ditt omhändertagande av anhöriga vid dödsfall.

- | | Instämmer
inte alls | | Instämmer
helt | |
|--|--|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 33. Jag vet hur jag bäst bemöter en familj i sorg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Jag har möjlighet att ägna anhöriga den tid som behövs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Vi har goda rutiner för arbetsfördelning i personalgruppen vid dödsfall. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Vi har goda rutiner för informationsutbyte om den döende/döde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Till vem/vilka (avd/personer/myndigheter) rapporterar du oftast över anhörigas behov av fortsatt psykologiskt omhändertagande? _____ | | | | |
| 38. Finns det på din enhet riktlinjer för det psykologiska omhändertagandet av anhöriga till avlidna? | Ja | Nej | Vet ej | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 39. Har du tillgång till en handlingsplan som gäller för din yrkeskategori? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 40. Finns det en handlingsplan för någon annan yrkeskategori? | <input type="checkbox"/> Ja, för _____ | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Vet ej | |

Till sist frågar vi om dig själv i jobbet.

- | | Instämmer
inte alls | | Instämmer
helt | |
|---|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 41. Jag har goda möjligheter att prata med någon om mina egna reaktioner om jag själv blir utsatt för hot/våld. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Vi har bra rutiner för kamrattöd. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Jag har goda möjligheter att få handledning beträffande omhändertagandet av krisdrabbade om jag behöver. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Min arbetsledning har en positiv inställning till psykologiskt omhändertagande av krisdrabbade patienter/anhöriga. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Jag anser att det psykologiska omhändertagandet av trafikskadade/våldsoffer har stor betydelse för deras tillfrisknande/rehabilitering. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

forts. Till sist frågar vi om dig själv i jobbet.

	Instämmer inte alls		Instämmer helt	
46. Jag anser att det är en viktig del av mitt arbete att delta i det psykologiska omhändertagandet av anhöriga:				
a) till lindrigt skadade patienter,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) till måttligt eller svårt skadade patienter,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) till avlidna patienter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Jag är nöjd med det arbetssätt vi har för psykosocialt omhändertagande av:				
a) krisdrabbade trafikskadade patienter,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) kvinnliga våldsoffer,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) manliga våldsoffer,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) vuxna anhöriga till krisdrabbade patienter,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) barn som är anhöriga till krisdrabbade patienter,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) varandra i samband med dramatiska situationer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Jag anser att sjukvården ger tillräcklig hjälp till dem:				
a) som drabbas av trafikolyckor,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) som är våldsoffer,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) som är anhörig till plötsligt avlidna,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) i personalgrupper som utsätts för hot eller våld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Hur ofta har du själv varit utsatt för våld i tjänsten det senaste året?				
<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Ngn gång/vecka	<input type="checkbox"/> Ngn gång/månad		
<input type="checkbox"/> Mer sällan	<input type="checkbox"/> Aldrig			
50. Hur ofta du själv varit utsatt för hot om våld i tjänsten det senaste året?				
<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Ngn gång/vecka	<input type="checkbox"/> Ngn gång/månad		
<input type="checkbox"/> Mer sällan	<input type="checkbox"/> Aldrig			
51. Beskriv så detaljerat som möjligt en händelse som du har varit med om och som är ett gott exempel på ett lyckat psykologiskt omhändertagande hos er:				

52. Beskriv så detaljerat som möjligt en händelse som du har varit med om och som är ett exempel på ett misslyckat psykologiskt omhändertagande hos er:				

53. Vilken yrkeskategori tillhör du? _____				

54. Hur länge har du jobbat i ditt yrke? _____ år

55. Hur länge har du jobbat på din nuvarande enhet? _____ år

56. Vilken arbetstid har du? Jag arbetar heltid
 deltid

57. Hur är din arbetstid förlagd? Jag arbetar dag
 natt

TACK FÖR DIN VÄRDEFULLA MEDVERKAN!!

Huddinge Sjukhus, 141 86 HUDDINGE
Telefon: 08-585 800 00 växel

BILAGA 2

INTERVJUMALL - KRISOMHÄNDERTAGANDE

Intervju med berörd
personal: _____ (befattning) _____

Namn: _____

Klinik/mottagning: _____

Datum: _____ Intervjuare (sign): _____

Kartläggning av det psykologiska omhändertagandet av trafikskadade, våldsoffer samt närstående till människor som plötsligt dör.

Intervjun kommer att omfatta frågor om ert omhändertagande av patienter, arbetsgång på mottagningen, samverkan (mellan kliniker eller andra instanser), särskilda frågor som gäller barn samt personalomhändertagande.

Intervjun kommer att spelas in på band för att den lättare ska kunna bearbetas. Banden kommer att spolas av så snart bearbetningen och redovisningen är klar.

1. Omhändertagandet (Inte akuten)

Variifrån och på vilket sätt kommer patienterna till er?

Vad händer när en trafikskadad, ett våldsoffer kommer till er, eller någon patient som plötsligt har dött/dör?

Hur ser "gången" hos er ut? (Trafikskadad, våldsoffer, plötslig död).

Vem möter patienten/anhöriga först?

Hypotes: Man tenderar att negligera lätta skador som dock kan få stora psykologiska följder.

Vad händer sedan?

Är det någon skillnad på när det inträffat stor/svår olycka, liten/olycka?

(Hur definierar du ovanstående?)

Många/få människor inblandade?

Stora/små eller inga kroppsliga skador?

Vilka är ni som i första hand blir engagerade? Vilka i andra hand?

Vad gör ni?

Hur mycket tid har ni för var och en?

För ett bra psykologiskt omhändertagande behövs trygghet (miljön, tiden, information, kroppskontakt, medicinskt omhändertagande, skydd från onödiga påfrestningar).

Det psykologiska omhändertagandet

Finns personal med hela tiden? Vem/vilka?

Var får patienten vänta på undersökaren? (Miljön, lugn? Avskilt?)

Vilken information får patienten (vad som sker, kommer att ske, anhöriga).

Vilken typ av kroppskontakt får patienten?

Hur mycket tid har ni för var och en? Tycker ni att tiden räcker? När behöver ni mer tid än annars (vilka patienter, vilka händelser)? Vad gör ni om ni inte har tid (för exempelvis anhöriga)?

Hur blir anhöriga kontaktade? Omhändertagna?

Hur skyddas patienten från oönskade kontakter? (Massmedia, andra patienter, våldsvarkaren).

Hur upptäcker ni behov av psykologisk hjälp?

Det medicinska omhändertagandet

Vilka undersöks? Oskadade?

Vilken hänsyn kan tas till patientens önskemål? (Våldtäkt - kvinnlig doktor).

Hur förbereds rättsintyg? (Säkrar bevis, fotograferar ...). Riktlinjer? Känner personalen till dem? Är de tillgängliga för övrig personal? Hur förmedlas de till övrig personal?

2. Rekonstruktion

Hur tar ni upp patientens information om vad som hänt? Muntligt? Skriftligt?

Från ambulanspersonal? Polis? Andra?

Lämnas informationen vidare till personal på andra kliniker?

Skrivs den ner så att patienten kan få möjlighet till rekonstruktion, i journalen?

Vad består informationen av? Enbart medicinsk information?

3. Vårdkedjor, nätverk

Psykosociala kontakter, ej medicinska!

Vilka **bör** du ta kontakt med i olika fall (riktlinjer), (kurator, psykolog, präst, psykiatrin, primärvården, socialförvaltningen, brottsofferjour, kvinnojour, återbesök)?

Vilka **tar** du kontakt med i olika fall?

Har du någon som du speciellt ofta vänder dig till?

Var får du bästa hjälpen när du behöver? Formellt? Informellt?

För personalens egna behov:

Vad gör ni med era egna behov när något "jobbigt" inträffar? Kan ni "prata av er"?

(Har ni debriefing, kamratstöd?) Hur ofta utnyttjar ni det?

Får ni handledning? Vilken roll spelar arbetsledningen?

4. Barn

Händer det att barn är inblandade? När? Hur? (Trafikoffer, våldsoffer, plötslig död, anhöriga).

Vilka riktlinjer har ni då? Speciella svårigheter?

(Skiljer man på familjen).

5. Övrigt

Har du något att tillägga som du tycker är viktigt för att vi på bästa sätt ska förstå era möjligheter att omhänderta trafikskadade, våldsoffer och plötsliga dödsfall?

Till cheferna!

Organisationen

Hur ser organisationen för omhändertagande ut?

Handlingsplaner? Riktlinjer? Skriftligt? Muntligt? Praxis (det man gör i realiteten)?

Hur ser er beredskap ut? (Psykologiskt/socialt).

Vad fungerar bra? Särskilt fall?

Vad fungerar mindre bra? Särskilt fall?

Hur och vart överförs vilka patienter?

Utgivna rapporter

- 2000:1 Kris-projektet. Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport 1: Teori och klinisk erfarenhet från krisarbete som bakgrund till projektet
- 2000:2 Psykologisk konsultation i grupp på somatiska vårdavdelningar
- en litteraturstudie
- 2000:3 "Att mötas eller inte mötas". En litteraturöversikt om samspel mellan föräldrar och barn
- 2000:4 Kroniskt trötthetssyndrom, livshändelser och somatisering
- 2000:5 Barns och vuxnas nyttjande av psykiatrisk vård
- i Stockholms län 1993-1999
- per sjukvårdsområde 1999

Rapporterna 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