

Psykiske og somatiske problemer hos mennesker med højrisiko jobs



Udarbejdet af Birgit Bonde & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi

Syddansk Universitet

Trykkeri: Print and Sign, Syddansk Universitet, Campusvej 55, 5230 Odense M.
Copyright© Birgit Bonde & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi
Campusvej 55
5230 Odense M
Tlf: 65502798
www.psykotraume.dk

Forfattere:
Birgit Bonde & Ask Elklit
Udgivelsesår 2012

ISBN:
978-87-92646-39-2
87-92646-35-2

EAN:
978879264354

Psykiske og somatiske problemer hos mennesker med højrisiko jobs

Birgit Bonde & Ask Elklit



Videnscenter for Psykotraumatologi
Syddansk Universitet

Resumé: Er mennesker som arbejder i højrisiko jobs mere belastet end andre for at få visse psykiske og somatiske lidelser? Ambulanceredde, brandmænd, politibetjente, soldater og redningsarbejdere bliver eksponeret for gentagne, voldsomme hændelser igennem deres arbejde og skal bevare overblikket og handle hurtigt, på trods af denne eksponering. Mange kan tilsyneladende klare adskillige belastninger på grund af uddannelse og træning, samt motivationen som antageligt har gjort, at de har valgt den type arbejde, hvor det drejer sig om bogstaveligt talt at redde andre mennesker. Personlighedsmæssige og organisatoriske forhold spiller en betydelig rolle for reddernes modstandskraft. De sidste 5-7 år er der gennemført en lille snes undersøgelser af denne gruppe, hvor fokus har været på: coping, robusthed og udbrændthed. De helbredsmæssige konsekvenser af at have sådan et arbejde er undersøgt ved at se på akut stress, PTSD, angst og depression, samt somatiske lidelser: forhøjet blodtryk, muskel- og ledsår og hjerteproblemer.

Resultat: Generelt har ambulanceredde og brandmænd højere risiko for at gå på førtidspension som følge af deres arbejdspress. En gennemgang af 10 nyere undersøgelser samt et review afslørede, at omkring 20 % af ambulanceredderne og 17 % af brandmændene er i risiko for at udvikle PTSD.

Konklusion: Der er betydelige fysiske og psykiske helbredsproblemer forbundet med at være redder eller brandmand.



Indholdsfortegnelse

Resume.....	2
Indledning.....	4
Definition af centrale begreber.....	5
Angst	
Depression	
Akut stress	
Posttraumatisk Stress (PTSD)	
Udbrændthed	
Mestring (coping)	
Robusthed (hardiness)	
Review.....	9
PTSD	
Coping og udbrændthed	
Individuelle faktorer	
Angst og depression	
Stressorer og manglende støtte	
Somatiske problemer	
Ambulancepersonale.....	11
Brandmænd.....	16
Generelle forskningsproblemer.....	20
Opsummering.....	22
Prædisponering for PTSD	
Somatiske problemer for ambulanceddere og brandmænd	
Organisatoriske faktorer i forbindelse med arbejdsrelateret stress	
Litteratur.....	26
Appendix A.....	28

Psykiske og somatiske problemer hos mennesker med højrisiko jobs

Indledning

Mennesker der vælger, at arbejde i højrisiko jobs såsom ambulancefolk, brandmænd, politifolk og soldater, gør det ud fra en overbevisning om, at de gør et vigtigt stykke arbejde, at deres indsats gør en forskel for andre mennesker, og de oplever som udgangspunkt stor tilfredshed i jobbet. Den almindelige antagelse er, at disse mennesker er gjort af et bestemt stof, som gør, at de er robuste og kan klare mere stressede situationer end mennesker i andre mindre risikofyldte fag. Den øgede eksponering til ulykker, desperate eller lemlæstede mennesker, tilskadekomne børn, eller døde mennesker som disse mennesker er udsat for i deres arbejde, øger også udviklingen af Posttraumatisk Stress (PTSD).

Når man undersøger mennesker med højrisiko jobs og deres risici for at udvikle PTSD, angst og depression, er der konsensus om, at PTSD symptomer eller fuld diagnose findes blandt 20-21 % for reddere og 17-18 % for brandmænd (Bennett, Williams, Page, Hood, Woollard & Vetter, 2005; Jonsson & Segesten, 2004; Heinrichs, Wagner, Schoch, Soravia, Hellhammer og Ehlert, 2005). Ved brug af et screeningsredskab 'General Health Questionnaire (GHQ)', er det muligt at finde de personer som møder kriterierne for psykiatrisk caseness (indikerer behandlingsbehov), og i to undersøgelser har mellem 22-30 % af amerikanske, britiske og svenske ambulancefolk vist symptomer på PTSD. (Bennet et al. 2005, Jonnson et al. 2004). I den almindelige befolkning ventes ca. 2-3 % aktuelt at have PTSD, mens livstids prævalensen er på 9 %. Derfor er det vigtigt at prøve at lokalisere de faktorer, som er medvirkende til udvikling af disse lidelser hos faggrupperne. Angst er fundet hos 20-23 % af ambulancefolk (Bennet et al., 2005; Sterud, Ekeberg & Hem, 2006), og depression i klinisk signifikant grad i 8-21 % hos både brandmænd og ambulancefolk (Bennet et al. 2005, Sterud et al. 2006, Regehr, Hill & Graham 2000, Fullerton, Ursano & Wang 2004).

Arbejdsopgaverne for ambulancereddere, paramedicinere samt brandmænd er generelt stressende. Ambulanceførere skal kunne reagere hurtigt og velovervejet i pressede situationer, de skal kunne holde hovedet klart til eventuel medicinsk behandling og ofte er de på ukendte steder, og de har

måske oveni købet *publikum* på. Ligeledes skal brandmænd være fysisk stærke og ofte er deres arbejde forbundet med fare for liv eller førlighed. Der er tunge redskaber, løft og det er fysisk anstrengende og psykisk belastende. Fysiske lidelser forbindes ofte med psykiske problemer, og det er også tilfældet blandt mennesker i højrisiko jobs. Desuden er det yderst vigtigt hvilken opbakning og støtte, som redderne og brandmændene føler, at de får fra deres kolleger og foresatte samt fra deres familie.

Definition af centrale begreber:

Angst:

Hører ifølge ICD-10 (WHO's International Classification of Diseases) systemet til blandt nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer. Angst er en naturlig reaktion, når vi udsættes for uventet fare, og som regel forsvinder den igen, når truslen er ovre. Den sygelige angst derimod optræder ofte uden grund, og da personen ingen kontrol har over angsten forringes livskvaliteten betydeligt. De fysiske symptomer på angst kan blandt andet være: hjertebanken, ondt i maven, svimmelhed, hedeture og kuldegysninger. Der skelnes blandt forskellige angstformer: **Agorafobi**, hvor man er bange for at være i store menneskemængder og færdes på offentlige steder. **Socialfobi**, hvor man er angst for at blive udsat for kritik af andre mennesker i sociale sammenhænge. Ofte hænger dette sammen med lav selvværdsfølelse. **Enkelfobi**, hvor angsten udløses af specielle forhold, det kan eksempelvis være højdeskræk, flyskræk, vandskræk, tandlægeskræk eller kontakt med forskellige dyr såsom hunde og edderkopper. **Panikangst**, hvor man gribes af pludselig uforklarlig angst. Ved **Generaliseret angst** er der tale om en mere vedvarende angst, som ikke har med bestemte situationer at gøre. Ofte manifesterer denne form for angst sig i overdrevne bekymringer for, at sygdom, død eller ulykke skal ramme en selv eller nærtstående personer.

Depression:

Denne kategori indeholder forskellige lidelser og tilstande. Det er naturligt at blive ked af det for eksempel ved sygdom, dødsfald, skilsmisse etc. Men efter et tidsrum, er det normalt at komme

videre i livet med en ny forståelse af den hændelse, som har fremkaldt de triste tanker. Der er dog nogle, som fanges i bundløs psykisk *mørke* og får en sygdomspræget depression. Der er flere grader af depression, lige fra en følelse af tristhed og nedsat livsglæde (Dysthymi), til sort nedtrykthed og dyb fortvivelse (svær depression). Depression kan opstå uden påviselig ydre årsag. Symptomer der forbindes med depression er nedsat selvtillid, skyldfølelse, koncentrations- og søvnbesvær og i de svære tilfælde selvmordstanker.

Akut stress:

Stressorkriteriet for akut stress er det samme som for PTSD (se nedenfor), bortset fra at symptomvarighed er minimum 2 dage efter eksponering til en traumatisk hændelse og maksimum 4 uger efter. Akut stress er kendetegnet med dissociation, men har i øvrigt de samme symptomer som PTSD.

PTSD:

For at få diagnosen PTSD er det afgørende, at personen har følt sig i livsfare eller har oplevet, at andre mennesker har været i livsfare, eller at der har været fare for alvorlig skade på selv eller andre. Personen skal have følt intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel. Den traumatiske begivenhed opleves gennem genoplevende minder (man ser hændelsen igen og kan måske genopleve lyde eller lugte fra episoden), man har mareridt, dissociative flashbacks, og oplever intenst ubehag ved eksponering af detaljer som kan minde en om den traumatiske episode. De fysiske reaktioner minder meget om dem som blev beskrevet under angst afsnittet. Personen vil gøre alt for at undgå ting, som han kan forbinde med episoden og kan være ude af stand til at genkalde sig nogle aspekter af oplevelsen. Oftest vil personen ikke være så interesseret i sine omgivelser som tidligere og føler sig måske afsondret fra sine kolleger/familie. Personen med PTSD vil være ude af stand til at vise kærlige følelser overfor familien og undlader planlægning af fremtiden. Der er problemer med søvn - enten har personen svært ved at sove eller holde sig vågen, oftest er personen mere irriteret, har

svært ved at koncentrere sig og er overvagtssom. Symptomerne skal have været til stede længere end en måned og efter tre måneder kaldes diagnosen kronisk.

Udbrændthed:

Kortvarigt stress er ofte en sund respons på en krævende situation. Ved langvarig eller kronisk stress, belastes både krop og psyke. Ved længere tids stresspåvirkning opleves en følelsesmæssig udmattelse, negative kyniske holdninger til andre mennesker og reduceret arbejdsevne, da man føler at man bliver dårligere til sit arbejde. Dette, sammen med tålte belastninger igennem lang tid, kan føre til udbrændthed. Der kan være mange belastningsfaktorer såsom problemer på hjemmefronten, ens barn har problemer i skolen, man oplever at ens kolleger eller overordnede ikke er så støttende som normalt, man har dårlig samvittighed over at man ikke får set sine venner så meget, som man gerne ville og måske er økonomien anstrengt. De tydeligste kendetegn på udbrændthed er følelsen af total udmattelse, man har hverken mentalt eller fysisk overskud til noget. Man er drænet, kan ikke finde motivation til at engagere sig som tidligere, og i værste tilfælde koster det jobbet, fordi energien simpelthen ikke er der til at bestride tidligere opgaver.

Mestring (coping):

Hvad er det der gør, at nogle mennesker er i stand til at udholde det uudholdelige, mens andre bliver meget berørt af mindre modgang? Der er stor forskel på menneskers evne til at håndtere livet, og nogle oplever verden som forståelig og meningsfuld, mens andre synes, at den er forvirrende og overvældende. Hvis det sidstnævnte er tilfældet, er det indikatorer for, at man kan få problemer både psykisk og fysisk. Coping oversættes ofte med mestringsevne, altså evnen til at håndtere de situationer der dukker op med de følelser, tanker og handlinger, der passer til og i sidste ende evnen til at hamle op med livet - at magte tilværelsen. Det er psykologerne Lazarus og Folkman, der har udviklet begrebet. Oftest tilpasser vi os situationen uden at skænke det en tanke, men ifølge Lazarus er der først tale om coping, når den nye situation nærmer sig eller overstiger personens ressourcer, så bevidstheden involveres i processen. Vi coper, hvis udfordringen er stor, når de indre og ydre krav er tæt på grænsen for, hvad man magter. Målet med coping er at reducere kompleksiteten i situationen og handle situations-bestemt, så man får det bedste ud af det. Nogle mener for eksempel at hvis personen er robust, klarer vedkommende sig fint, mens den depressive ikke kommer helskindet igennem. Begge personer coper dog, men den depressive gør det uhensigtsmæssigt, fordi

det ligger i depressionens natur, at man føler sig hjælpeløs, uden for indflydelse og ikke er god til at handle situationsbestemt.

Generelt opdeles coping strategierne i problem-fokuserede (som tackler problemerne på en ligefrem måde) eller følelses-fokuserede (som er vant til at håndtere ubehagsfølelserne i stedet for de aktuelle problemer). De personer som benytter sig af førstnævnte er ofte selvsikre og resultatfokuserede, mens dem, som er følelses-fokuserede i deres coping, er nervøse overfor andres kritik. Forskning har vist, at problem-fokuseret coping er mest effektivt i forbindelse med at håndtere stress.

Robusthed (hardiness):

Det er ofte antagelsen, at mennesker som arbejder i højrisiko jobs, også er mere robuste end andre. At det kræver en hvis person at kunne varetage akutte opgaver i det omfang, som ambulancefolk, brandmænd og politistyrker gør. Der er konsensus om, at en stressende livsførelse, eller et stressende job kan føre til fysisk sygdom og eventuelt resultere i tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. En modererende faktor til at forhindre dette er robusthed, som ifølge nogle forskere menes at gøre personen mindre modtagelig for negative og stressende indtryk. Denne robusthed, som er et personlighedstræk, medvirker til at vedkommende vurderer (stressende) situationer mere positivt og oplever, at de har kontrol over situationen. De føler, at de har indflydelse over deres hverdag, og at den er meningsfuld. Desuden er de meget engageret i deres omverden og ser nye tiltag og episoder som udfordringer i stedet for forhindringer. Robuste personer har udviklet en coping stil, som blandt andet medfører, at de har nedsat fysiologisk arousal selv på kritiske tidspunkter. Dette kan skyldes, at de i stressede situationer bruger mere positiv opmuntring til sig selv end folk med lav robusthed (Allred & Smith, 1989; Waysman, Schwarzwald & Solomon, 2001).

For at belyse de relevante temaer i forbindelse med mennesker ansat i højrisiko jobs, gennemgås indledningsvist et review af tre norske forskere, som har foretaget en systematisk gennemgang af eksisterende forskning indenfor området.

Review

Tre norske forskere Sterud, Ekeberg og Hem lavede i 2006 en gennemgang af forskningen indenfor området, hvor de fokuserede på helbredstilstanden blandt ambulance folk og på hvilke prædiktorer, der kunne betyde stress hos deltagerne over længere tid. På trods af flere forskelle i undersøgelserne, som vil blive belyst efterfølgende, var der lighedspunkter og tendenser, som kan bruges til at belyse emnet bedre. Efter en systematisk gennemgang af i alt 573 mulige undersøgelser, blev 49 udvalgt som repræsentative i forhold til review'ets formål. Dette var, at undersøge om ambulancepersonale har flere helbredsproblemer end andre grupper på arbejdsmarkedet, samt at prøve at finde bevis for hvilke, både individuelle og arbejdsrelaterede, faktorer der stressede i tjenesten. Forskellige måleinstrumenter blev brugt til at belyse symptomer for PTSD, angst, depression, akutte stressorer, udbrændthed og somatiske lidelser, samt ulykker indenfor ambulancetjenesten. (Se Appendix A for en oversigt og gennemgang af de anvendte måleinstrumenter brugt i undersøgelserne).

PTSD

PTSD prævalensen varierer i de forskellige undersøgelser fra 12 % (ved brug af PTSS-10) og 15 % eller 21.5 % på IES afhængig af det satte kriterium. Ved brug af MMPI-2 PK blev PTSD raten anslået til 20 % blandt ambulancereddere og ifølge PDS var prævalensen 15.9 % og 12 % i to forskellige undersøgelser. Forskellene kan skyldes flere ting (objektive belastninger, organisatoriske forhold) men også, at der er brugt forskellige måleinstrumenter i de mange undersøgelser.

Coping og udbrændthed

I forbindelse med undersøgelsen af akutte stressorer og coping fandt Sterud et al. (2006), at følelsesmæssig coping var relateret til flere PTSD symptomer. Ingen af undersøgelserne var i stand til at komme med forslag til beskyttende coping strategier og de konkluderer, at det endnu ikke har været muligt at stadfæste forholdet mellem psykosociale faktorer og individuel coping i forbindelse med PTSD symptomer. Udbrændthed er et andet tema, som blev undersøgt i relation til PTSD; det vurderes at det spiller en rolle, og forskellige undersøgelser har fundet udbrændthed på henholdsvis 8.6 %, eller 0 % forhøjet forekomst i forhold til resten af befolkningen. Der er derfor ingen klar

konklusion i forhold til prævalensen af udbrændthed hos ambulanceredde, men Sterud et al. (2006) nævner at ambulancepersonale lader til at have en lille forhøjet tendens til udbrændthed.

Individuelle faktorer

Individuelle faktorer, såsom hvordan man copes med traumatiske begivenheder, er ikke undersøgt gennemgribende, men der er indikatorer på, at personer med stor selvkritik, undgåelses strategier, aggression og fjendtlig indstilling oplever mere psykisk belastning end reddere, der benytter sig af andre coping strategier. Forskerne foreslår, at der bliver sat mere fokus på undersøgelser af konkrete personlighedsfaktorer, både i forhold til coping og disposition for PTSD. Desuden mener de, at det er gavnligt at undersøge søvnproblemer, invaderende tanker og forhøjet vagtsomhed hos ambulancefolk, da dette måske giver et mere nøjagtigt billede af status hos denne gruppe. Forskerne mener, at PTSD symptomerne hos redderne kan være så hyppige, fordi de generelt har et større antal oplevede traumatiske begivenheder end den generelle befolkning (Sterud et al. 2006).

Angst og depression

Ifølge Sterud et al. (2006) synes angst og depression at være udbredt hos ambulanceredde. I en walisisk undersøgelse af 617 ambulancefolk, viste 22 % tegn på angst og 10 % på depression og i alt viste fire ud af fem undersøgelser, at ca. 20 % af ambulanceredderne lider af en psykisk lidelse. På grund af manglende kontrolgrupper er det uvist, hvor mange i *normal*befolkningen, der lider af det samme.

Stressorer og manglende støtte

I forbindelse med arbejdsrelateret og individuelle stressorer var manglende støtte fra kolleger og foresatte den største grund til følelsen af stress og psykisk pres blandt svenske reddere var associeret med søvnproblemer, hovedpine og maveproblemer (Sterud et al. 2006). I en undersøgelse fra New Zealand var der stort set ingen forskel i stressniveauerne blandt politifolk, brandmænd og ambulancepersonale. Generelt kan man sige, at operationelle stressorer hænger sammen med flere

symptomer og psykisk belastning hos ambulancereddere, men organisatoriske besværligheder var ikke signifikant relateret til psykisk stress hos denne gruppe i de studier, der er gennemgået af Sterud et al. (2006).

Somatiske problemer

I forbindelse med somatiske problemer er det ofte muskuloskeletale (muskler og led) aspekter, der er relevante i forbindelse med ambulancepersonale. En del reddere klager over ryg, lænd, skulder og nakkesmerter og i adskillige undersøgelser er der fundet forhøjet blodtryk og kredsløbsforstyrrelser blandt deltagerne; dette kan føre til førtidspension og højere grad af medicinering. Desuden er ambulancereddere i forhøjet risiko for at dø af et hjerteanfald; (forbigående mangel på ilt til hjernen, pga. åreforkalkning som kan være fremkaldt af højt blodtryk, rygning og forhøjet alkoholforbrug), og alle former for kræft, ifølge en engelsk undersøgelse af 714 ambulanceførere. Det skal tilføjes, at denne undersøgelse fandt sted i perioden 1979-83, og at der er kommet mere fokus på motion, rygning og alkoholforbruget er måske også mindsket.

Ambulancepersonale er disponeret for flere typer af arbejdsskader: forstrækninger, forstuvninger og rygproblemer samt overfald fra patienter, og dette leder ofte til sygefravær af kortere eller længere tids varighed (Sterud et al. 2006).

En grundigere gennemgang af studierne relateret til somatiske og psykiske lidelser i mennesker med højrisiko jobs vil nu blive præsenteret.

Ambulance personale

Bennett, Williams, Page, Hood, Woollard & Vetter (2005) undersøgte 617 ambulance reddere (en svarprocent på 60 %) for at finde sammenhænge mellem prævalensen af posttraumatisk stress, angst og depression. Gennem et anonymt spørgeskema svarede deltagerne på to spørgsmål som havde til formål at vise tilstedeværelse/fravær af ”foruroligende tanker” (troubling memories) om episoder fra arbejdet. Derudover skulle de svare på 14 spørgsmål omhandlende specifikke arbejdsrelaterede stressende episoder og organisationsmæssigt stress på grund af spændinger mellem kolleger, falske alarmer og konflikter relateret til job/hjemme situationen. De skulle angive stressniveauet på en

skala fra *overhovedet ikke stressende* til *ekstremt stressende* samt frekvensen af specifikke stressorer. Desuden blev Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) spørgeskemaet brugt til vurdering af mulige kliniske niveauer af angst og depression. En PTSD skala som vurderede elementer som: genoplevelse af traumatiske oplevelser, undgåelse, og forhøjet vagtsomhed blev udfyldt og ligeledes et skema som vurderede dissociationsniveauet ved en traumatisk oplevelse.

Bennett et al. fandt, at 45.8 % af redderne havde foruroligende tanker om episoder, de havde oplevet i deres arbejde, og at 62.4% havde haft det i fortiden. Overraskende var flere mænd end kvinder i risiko for at opnå kriteriet for PTSD: 15 % af kvinderne og 23 % af mændene. Næsten 10 % af deltagerene havde muligt klinisk niveau for depression og 22 % for angst. Selvom der ikke blev fundet en forskel på frekvensen af traumatiske episoder, rapporterede kvinderne mindre oplevet stress som resultat af en episode end deres mandlige kolleger. Forskerne fandt en betydelig sammenhæng mellem PTSD, organisationsrelateret stress, hyppigheden af potentielle traumatiske episoder, samt hvor mange år en person havde haft jobbet. Desuden var den største faktor for muligt PTSD, graden af stress følt på grund af organisationsmæssige forhold. Dette blev oftest oplevet som mangel på støtte fra mellemledere og ledere. I relation til angst og depression var de vigtigste prædiktorer: stress fra job/hjem konflikter, spændinger mellem kolleger og uforudsigeligheden i jobbet. Den eneste type traumatiske episode, som influerede signifikant på angst, var oplevelser som omhandlede børn.

I sådant et studie hvor 40 % har valgt ikke at deltage i undersøgelsen, er risikoen tilstede for at de, der ikke svarer, har det betydeligt værre end deres kolleger, og derfor er muligheden der for, at en større del af ambulancereddere har psykiske problemer. Derudover er det ifølge forfatterne heller ikke klart, hvor mange reddere der forlader arbejdet på grund af oplevede psykiske problemer. Det skal dog pointeres, at man ikke vænner sig til at opleve traumatiske hændelser og på en måde bliver *immun*, jo flere år man er i tjenesten. Mennesker der dissocierer og dermed mentalt fjerner sig selv fra en traumatisk situation for at kunne klare det professionelt, coper ikke godt med oplevelsen og har på længere sigt større risiko for PTSD. Fra et ledelsesmæssigt synspunkt er det værd at bemærke, at oplevet stress på grund af organisatoriske faktorer bidrog mere til angst og depression end oplevelser i jobbet. Organisatoriske faktorer er af den grund rigtig vigtige.

Jonsson, Segesten og Mattson undersøgte i 2003 forekomsten af PTSD i 362 svenske ambulancefolk (en svarprocent på 72 %). De undersøgte om reddernes egen-kendskab har noget at

gøre med, hvordan man copes i en traumatisk situation. Da det jo er normalt at føle stress, når man oplever traumatiske episoder, kan det hurtigt for mennesker med højrisiko jobs blive almindeligt at opleve stress hver dag. Mennesker i en konstant stress tilstand yder naturligvis ikke deres optimale i forhold til deres omgivelser, hverken jobmæssigt eller privat. Forskerne pointerede, at graden og intensiteten af traumeoplevelser har effekt på niveauet af PTSD symptomer og følelsesmæssig udmattelse som følge af kronisk stress, kan nemt resultere i PTSD. De så også på hvilke personlighedstræk, der eventuelt kan være stødpude mod arbejdsrelaterede spændinger.

Spørgeskemaet Impact of Event Scale (IES-15) blev brugt til at vurdere reaktioner på traumatiske begivenheder og redderne vurderede, hvor godt de 15 udsagn passede på dem (7 invaderende og 8 undgående), og på en skala skulle de vurdere 8 kilder til arbejdsstress. De skulle endvidere udfylde en test angående deres viden om dem selv i forhold til andre samt vurdere deres egen indsats sammenlignet med deres kolleger. Også her fandt forskerne, at de mest traumatiske oplevelser omhandlede episoder, hvor børn var involveret.

I alt 21.5 % af deltagerne mødte kriterierne for aktuel PTSD og de ambulancereddere, der havde flest PTSD symptomer, havde været længst i tjenesten. Kendetegnene for disse ældre reddere var, at de var mindre fleksible end kollegerne men scorede højere på viden, intuition og ambition. De følte sig ikke som ledertyper men følte til gengæld, at de bidrog til fremskridt og forbedringer i tjenesten. Desuden oplevede de mere fysisk/psykisk stress og arbejdsbyrden som højere end resten af deltagerne. Teorien om at mennesker, der har stor social støtte, er mindre disponeret for at stress manifesterer sig i en psykisk lidelse, blev ikke understøttet af resultaterne i denne undersøgelse, hvor gifte deltagere oftere havde PTSD symptomer end de ugifte. Samtidigt bruger de fleste ambulancefolk deres omgangskreds til at tale om oplevelserne med i stedet for at benytte sig af professionel debriefing.

Van der Ploeg og Kleber (2003) ønskede at finde prædiktorerne for PTSD, udmattelse og udbrændthed hos hollandske ambulanceførere ud fra akutte og arbejdsrelaterede stressorer. Forskerne pointerer, at der har været meget få studier af akut stress i højrisiko personale, der fokuseres derimod ofte på kronisk stressorer. De ønskede at lave en prospektiv undersøgelse og indsamlede data fra 123 hollandske ambulanceførere (svarprocent på 31 %), og undersøgte demografiske forhold, akut stress i jobsituationer og kronisk stress, samt fysiske symptomer som kunne indikere PTSD, udbrændthed og udmattelse.

Akut stress blev målt ved, at deltagerne oplyste, hvor mange episoder som havde påvirket dem negativt gennem de sidste 5 år. De skulle desuden vurdere en liste af belastende situationer på en skala fra 1-4 (ikke stressende – ekstremt stressende) samt en sammenligning af deres oplevede stress med andet personale, som arbejdede i sundhedssektoren. De kroniske stressorer blev vurderet i to omgange; emnerne var: mangel på jobautonomi, mangel på støtte fra kolleger og supervisor, dårlig kommunikation, manglende økonomisk belønning og fysisk belastning.

Symptomer på helbredsmæssige problemer blev vurderet ved hjælp af IES, hvor en score på 26 eller højere indikerer et klinisk niveau af PTSD. *Udmattelse* havde underpunkter såsom: subjektiv udmattelse, koncentration, motivation og fysisk aktivitet. En sammenligningsgruppe på 53 voksne raske personer blev inkluderet. *Udbrændthed* indeholdt underpunkterne: følelsesmæssig udmattelse, kynisme og personlig formåen.

Resultaterne viste, at 85 % af ambulanceførerne havde oplevet en eller flere kritiske episoder over de seneste 5 år (døde børn, børn udsat for seksuelt misbrug, ekstreme ulykker, selvmord, trusler om vold), heraf 66 % for mindre end et år siden. Gennemsnittet var 3.7 traumatiske oplevelser. Ikke overraskende opfattede ambulanceførerne deres job som mere følelsesmæssigt belastende end kontrolgruppen. Også i forbindelse med kronisk stressorer scorede ambulancefolkene højere på alle udsagn end kontrolgruppen, undtagen i forbindelse med mangel på information. På IES scorede 12 % PTSD symptomniveau på 1. måling og 13 % ved 2. måling. 10 % var i risiko for at få en længere sygdom eller arbejdsskade som følge af udmattelse, og 12 % var udmattede, 18 % kyniske og 16 % følte ikke at de havde de kompetencer, der var nødvendige. Der blev fundet en sammenhæng mellem akutte og kroniske stressorer og mentalt helbred, mangel på støtte fra kolleger og supervisor var den vigtigste grund og frekvensen af akutte stressorer hang sammen med udmattelse, udbrændthed og PTSD. Forskerne pointerer dog også, at generelt er ambulanceførere meget glade for det arbejde, de gør, men jobtilfredshed hos den enkelte skal ifølge undersøgelsen ikke betyde, at organisationen og ledelsen ikke tager hensyn til de kroniske stressorer, der findes i arbejdet.

Ifølge Alexander og Klein (2001) er ambulancefolk den personalegruppe i den britiske sundhedssektor, som hyppigst ansøger om førtidspension på grund af psykiske og fysiske problemer. Derfor ønskede de at undersøge, hvorledes stressende arbejde med ulykker og mennesker i nød påvirker det mentale helbred og velbefindende hos ambulancepersonale. De undersøgte desuden, om robusthed fungerer som en stødpude mod diverse lidelser. 110 skotske

ambulanceførere (svarprocent på 69) udfyldte diverse spørgeskemaer (GHQ, IES, skemaer for udbrændthed, robusthed, coping og interne/ekstern jobtilfredshed) samt en information omhandlende deltagelse i en særlig ubehagelig arbejdsopgave indenfor de seneste 6 måneder.

Forskerne fandt, at 32 % af ambulanceførerne var i risiko for at få en psykisk lidelse, og 20 % følte sig følelsesmæssigt udmattet. 30 % af de deltagere, som havde haft en særlig ubehagelig oplevelse indenfor 6 måneder, mødte kriterierne for PTSD. Også her fandt forskerne, at de typer ulykker som gjorde størst og længerevarende indtryk for ambulanceredderne var: ulykker med børn, at de kendte den tilskadekomne, at redderne følte sig hjælpeløse på ulykkesstedet, mangel på opbakning fra kolleger og fejlinformation angående sted og tilstand af den sårede. Næsten 70 % følte, at de aldrig havde tid nok til at komme sig følelsesmæssigt imellem opgaver, og 49 % følte, at de klarede de kritiske opgaver bedre, jo flere de var udsat for. 10 % syntes, at de havde klaret sig godt i begyndelsen men havde senere oplevet, at det ikke gik så godt som først antaget.

I forbindelse med støtte fra kolleger følte 44 %, at de altid kunne regne med dette men i relation til ledelsen, følte 73 %, at de aldrig tog sig af personalets velbefindende efter ubehagelige oplevelser. Den del af ambulanceførerne, som ikke søgte hjælp efter en traumatisk oplevelse, angav to grunde: mangel på fortrolighed og risiko for fremtidig karriere. 38 % mente, at bedre træning kunne være med til at forbedre deres respons på kritiske oplevelser, og 36 % nævnte, at bedre briefing før episoden ville have forbedret deres mulighed for at tackle oplevelsen. De oftest anvendte mestringsstrategier var brug af sort humor, tale med kolleger, at se frem mod fridagene, at holde nogle følelser for sig selv (dette var der dog også mange, som godt kunne se ikke var hjælpsomt), at tænke på sin familie og fritidsinteresser, samt at prøve at undgå at tænke på hvad de lavede.

I denne undersøgelse var der belæg for, at personer med en robust personlighed viste betydeligt færre tegn på udbrændthed end de andre. 81 % af redderne havde høj jobtilfredshed, mens tallet for tilfredshed med organisationen som sådan var 35 %. Forskerne understreger, at de i denne undersøgelse ikke fandt bevist, at personer som oplever traumatiske oplevelser gentagne gange, vænner sig til det og udviser færre symptomer på diverse psykiske lidelser. De fandt heller ikke, at en bestemt måde at mestre på var mere gavnlig end en anden, og i forhold til robusthed fandt de som sagt, at disse mennesker havde færre symptomer, men nøjagtigt hvilke faktorer i robusthed der gør forskellen, er ikke mulig at måle ud fra denne undersøgelse. Om disse evner ligger implicit i nogle menneskers personlighed eller kan trænes frem igennem uddannelsen, er uvist.

Brandmænd

Brown, Mulhern og Joseph (2002) undersøgte coping strategier blandt 248 nordiske brandmænd (svarprocent på 33 %) og selvom netop denne gruppe er lidt anderledes end den gennemsnitlige brandmand på grund af den mangeårige konflikt i området, er resultaterne relevante. Nogle forskere mener, at individets forståelse af kontrolfokus er en afgørende prædikator for psykologisk ubehag i traumatiske situationer, samt hvordan personen opfatter episoden efterfølgende. Brandmændene udfyldte GHQ'en og en kontrolfokus skala, et spørgeskema med 48 punkter som vurderede coping strategier i arbejdssituationen og et skema som vurderede episoderelaterede stressorer. Coping strategierne var opgavefokuseret coping (finde ud af mere omkring situationen, få råd fra overordnet etc.), undgåelses coping (dække over problemer i stedet for at ordne dem, blive sur på en selv over problemer etc.), og følelsesfokuseret coping (tænke på andre og bedre ting i fremtiden, distrahere sig selv fra jobbet med sjove aktiviteter).

Forskerne fandt, at ved mindre traumatisk stress er personvariabler såsom kontrolfokus mere brugbar til at forudsige psykisk stress end under stress, hvor det er episode relaterede følelser (så som oplevet livsfare), der bedre kan forudsige psykisk stress. De deltagere der anvender undgåelse som en coping mekanisme, hvilket på længere sigt ikke er gavnligt, kan have brug for hjælp til at forbedre deres muligheder gennem anger management og træning i afslapning.

Chamberlin og Green (2010) undersøgte stress og coping strategier blandt australske brandmænd, som havde været ansat i styrken i varierende tidsrum. I alt 145 deltog i spørgeskemaundersøgelsen (rekrutter, on-shifts og brandmænd som havde deltaget i mindst en episode med dødelig udgang). Der er ganske få studier (Perrin et al. 2007), som mener at påvise, at jo mere personer bliver eksponeret for traumatiske oplevelser, jo mere robuste bliver de og jo mindre påvirker det dem negativt. Der er til gengæld mange studier (Chang et al. 2003; Dean, Gow & Shakespeare-Finch, 2003; Regehr, Hill, Knott & Sault, 2003), som har påvist, at man ikke bliver vænnet til det, men derimod er mere disponeret for PTSD jo flere traumatiske oplevelser, man har oplevet. Der er forskellige synspunkter angående om en persons unge alder i relation til disponering for PTSD er afgørende, eller om det er fordi, at de har anderledes coping strategier end ældre kolleger. Ifølge Ditlevsen & Elklit (2010) er mænd i alderen 40-45 den mest udsatte aldersgruppe for at udvikle

PTSD. Generelt benytter brandmænd sig af deres kolleger og ægtefæller til social støtte og opbakning.

Brandmændene deltog i undersøgelsen 7 dage efter, at de havde været vidne til en episode med dødelig udgang og udfyldte GHQ spørgeskemaet. Deres coping strategier blev vurderet ved brug af Brief COPE, og IES-R blev brugt for at lokalisere PTSD symptomer. Det viste sig, at ældre brandmænd havde mere psykisk ubehag end de yngre, men der var ingen forskel i PTSD symptomatologi. De unge var bedre uddannet og havde ofte været frivillige inden, at de gik ind i korpset. Forskerne fandt, at coping hang sammen med højere stressniveau og foreslår, at dem der brugte coping sandsynligvis var mere stressede, ikke at der nødvendigvis er noget i vejen med strategierne. COPE tager ikke højde for, at mange brugte motion som en form for coping efter en traumatisk oplevelse.

Heinrichs, Wagner, Schoch, Soravia, Hellhammer & Ehler (2005) lavede en vigtig baseline undersøgelse for at prøve at finde de faktorer, som kan medvirke til senere udvikling af PTSD, angst, og depression i nyuddannede brandmænd. Det er et ganske spændende studie, da forskerne, som nogle af de eneste, forsøger at identificere personer, som muligvis er disponeret for at udvikle psykiske lidelser på grund af deres arbejde, *inden* de faktisk har oplevet traumatiske episoder i deres arbejde som brandmænd.

43 brandmænd var med i undersøgelsen. De gennemgik en række fysiske undersøgelser inden for at udelukke kroniske sygdomme eller misbrug. De blev testet for forhøjet endokriniveau i urin og spyt (adrenocortical aktivitet og katekolaminer som er forbundet med udvikling af PTSD), samt udfyldte ved henholdsvis begyndelsen af uddannelsen til brandmand og 6, 9, 12 og 24 måneder efter følgende spørgeskemaer: PTSD symptom skala, GHQ, en depressions skala, The State-Trait Anxiety Inventory, SCL-90 (screening for forskellige psykologiske lidelser), og Toronto Alexithymia Scale (manglende evne til at udtrykke følelser i ord). Desuden blev deres self-efficacy (tro på egne evner) målt.

Forskerne fandt, at ingen af de nyansatte havde PTSD symptomer, men efter 24 måneder i tjenesten, mødte 16.3 % kriterierne for PTSD, og 18.6% havde adskillige PTSD symptomer men ikke nok til at opnå diagnosen. To signifikante prædiktorer for senere udvikling af PTSD var et højt niveau af fjendtlighed og lav tro på egne evner. Generelt viste denne gruppe brandmænd efter 2 års tjeneste, forhøjet risiko for samtlige psykopatologiske lidelser. De største psykiske problemer oplevede

deltagerne efter 6-12 måneder, og det hænger formodentligt sammen med, at det var på dette tidspunkt, at brandmændene blev konfronteret med traumatiske episoder for alvor. Forskerne foreslår, at den høje fjendtlighed leder til social isolation/mangel på støtte, og dette kan have resulteret i PTSD, og man ved, at hvis den PTSD ramte skal ud af sin lidelse er støtte fra omgivelserne afgørende. Større tro på egne evner hænger sammen med selvtillid, og denne type mennesker er måske bedre i stand til at skabe mening ud fra de oplevelser de har.

Prati, Pietrantonio og Cicognani (2010) undersøgte forbindelsen mellem stressvurdering og arbejdstilfredshed blandt 451 italienske redningsarbejdere (brandmænd, ambulanceredde og paramedicinere) og fandt, at tiltro til egne evner var en stødpude mod oplevet stress på arbejdet. Deltagere med høj tro på egne evner var mindre berørt af traumatiske oplevelser og stress end dem med mindre tro på egne evner. De, som klarede stressende situationer bedst, var proaktive i deres mestring og brugte deres sociale færdigheder og ressourcer til at overkomme besværligheder generelt. Forskerne foreslår, at dette er med til yderligere at forstærke den robusthed, som disse mennesker i forvejen besidder.

Fullerton, Ursano & Wang (2004) lavede en interessant undersøgelse, hvor de sammenlignede redningsarbejdere, som havde været til stede efter et flystyrt (112 dræbte) med en gruppe redningsarbejdere, som ikke havde deltaget i oprydningsarbejdet efter ulykken. 207 redningsarbejdere som havde været til stede, og en kontrolgruppe på 421 deltog i undersøgelsen. Alle blev kontaktet 1-2 måneder efter ulykken, 7 måneder efter og 13 måneder efter. Akut stress blev målt ved alle tre lejligheder, og PTSD blev kun målt ved 13 måneder (ved brug af DSM PTSD-IV skala) for at se, om denne lidelse ville udspringe af en akut stress reaktion. Desuden undersøgte de deltagerne for depression (Zung Self-Rating Depression skala). Demografisk var deltagerne meget ens, og deres tidligere erfaring med voldsomme oplevelser i jobbet var ikke signifikant anderledes.

Forskerne fandt, at de redningsarbejdere, der havde deltaget i oprydning efter ulykken, havde meget højere akut stress rate (25.6 %) end de ikke-eksponerede (2.4 %) og efter 13 måneder, havde de eksponerede en PTSD rate på 16.7 % mod 1.9 % hos kontrolgruppen. Depressionssymptomer hos de eksponerede var ved 7 måneders målingen 16.4 % og ved 13 måneder 21.7 %, hvor tallene hos kontrolgruppen var henholdsvis 10.0 % og 12.6 %. Angående akut stress så fandt forskerne, at de yngre reddere var mere disponeret, og at de ugifte var i større risiko end de gifte for at udvikle akut

stress. Reddere, der tidligere havde været udsat for katastrofer, var næsten 7 gange mere disponeret for at udvikle PTSD, end dem der ikke havde tidligere erfaring. De reddere, som havde været med i redningsarbejdet og som oplevede akut stress, var 7.3 gange mere i risiko for at have udviklet PTSD ved 13 måneders målingen, men graden af dissociation hang ikke sammen med prævalensen af PTSD. De eksponerede reddere, som havde symptomer på depression ved 7 måneder, var 9.5 gange mere i risiko for at have PTSD ved 13 måneder, end dem der ikke var depressive og næsten halvdelen af dem, der havde PTSD, havde samtidigt en depression.

I relation til depression fandt Fullerton et al. (2004), at de eksponerede reddere, der havde akut stress, var 4 gange mere udsat for at udvikle depression 7 måneder efter ulykken. Antallet af dissociative symptomer øgede også denne risiko, og generelt var risiko for depression størst hos de ugifte. De eksponerede klagede ikke over flere fysiske problemer efterfølgende, men i forhold til psykiske problemer fik 15 % af de eksponerede medicinsk behandling i forhold til 4 % af de ikke eksponerede. Så generelt opnåede næsten 40.5 % af de eksponerede reddere en af ovenstående diagnoser ved 13 måneders undersøgelsen, og næsten 42 % af dem der havde haft akut stress efter episoden udviklede siden hen PTSD.

Elklit og Molin (2007) har lavet den eneste danske undersøgelse af indsatspersonalets reaktioner efter at have deltaget i redningsarbejdet ved fyrværkerikatastrofen i Seest. Spørgeskemaer blev administreret til 945 ansatte i beredskabstjenesten, politiet, Flyvevåbnet, Hæren, Hjemmeværnet, Politihjemmeværnet og Falck. 465 skemaer blev returneret (svarprocent på 49). Forskerne fandt, at den største utilfredshed var i forhold til forberedelse af indsatsen, samt til ledelsen. 1.6 % havde symptomer på PTSD og 6.8 % havde sub-klinisk PTSD (de manglede blot et symptom for at nå fuld diagnose). Generelt havde deltagerne et højt selvværd, men dem som viste tegn på depression var ældre og oplevede lavere social støtte.

Selvom undersøgelserne generelt er af høj kvalitet og er optaget i anerkendte tidsskrifter, er der nogle generelle problemer i forhold til at opnå optimale forskningsresultater, som vil blive gennemgået efterfølgende.

Generelle forskningsproblemer

Der er generelle problemer ved en stor del af de undersøgelser, som er lavet og gennemgået i forbindelse med ansatte i højrisiko jobs og stress problemer. For at kunne generalisere resultater fra en undersøgelse til andre lignende omstændigheder er det afgørende at have en kontrolgruppe, som udfylder de samme skemaer, som de eksponerede. Dette er sket i meget få af undersøgelserne og er et stort kritikpunkt hos Sterud et al. (2006).

Desuden er der ikke konsensus omkring, hvilke måleinstrumenter der skal bruges. Der er forskellige traditioner for at bruge bestemte tests i forskellige lande, og de bliver fortsat brugt, da de så kan sammenligne deres egne resultater. Men skal forskningen og især resultaterne kunne bruges internationalt, er det vigtigt at samme måleinstrumenter bruges, da en umiddelbar sammenligning på tværs af landegrænser kan foretages. Dette ville øge det samlede overblik over mange forskellige psykiske lidelser og gøre vores viden mere sikker.

De fleste af undersøgelserne foretages ved brug af spørgeskemaer, hvor den enkelte deltager skal krydse af og til tider vurdere symptomgraden på en skala. Denne fremgangsmåde (overfor interviews) muliggør naturligvis, at større populationer kan nås og nemt administreres, men risikoen er altid, at den enkelte vurderer, hvad han tror, at forskeren gerne vil have, eller at han selv under/overdriver symptomerne. Et menneske, der har en psykisk lidelse, har måske ikke den rette selvforståelse eller ønsker på grund af mulig stigmatisering ikke at udstille denne. I forhold til de undersøgelser, som blev gennemgået mere i detaljer, viser det sig også, at der er svarprocenter på helt ned til 31 % i undersøgelser af ambulancefolk og brandmænd. Disse undersøgelser er naturligvis ikke repræsentative for disse grupper, da dem som har kritiske psykiske problemer i forbindelse med deres arbejde, måske er blandt de 69 %, som har valgt ikke at deltage. Dermed bliver billedet af mennesker i høj risiko, og hvilke problemer de gennemlever ikke belyst grundigt nok. En undersøgelse i en organisation hvor 100 % af medarbejdere kan svare ville være optimalt for at få et mere tydeligt billede af det faktiske problem. Med en gennemtænkt strategi er det muligt, jævnfør en undersøgelse af en eksplosionsulykke på Lindø værftet, hvor besvarelsesprocenten var 97 % (Elklit, 1997).

I relation til coping strategier og forebyggelse af PTSD er der stor usikkerhed omkring, hvilke mekanismer der virker som stødpude mod psykopatologiske lidelser. Desuden er det uklart hvor stor en rolle personlighed spiller i forhold til at få PTSD eller i forhold til coping færdigheder. En

bedre forståelse af personlighedstræk i forbindelse med prædisposition overfor psykiske lidelser når man skal varetage højrisiko arbejde, kan være yderst hjælpsom i udvælgelsesproceduren af sådanne mennesker. Spørgsmålet er om bedre uddannelse og træning eventuel kan ophæve begrænsninger ved bestemte personlighedstræk til fordel for mere selvtillid og tro på egne evner.

Opsummering:

Generelt viser review'et, at ambulancereddere og brandmænd har en temmelig høj risiko for at få PTSD i forhold til resten af befolkningen og at de har mange arbejdsrelaterede ulykker. De har større risiko for at dø tidligere og kan blive tvunget til at gå på førtidspension på grund af somatiske eller psykiske lidelser.

I gennemgangen af forskningsundersøgelserne (tabel 1 næste side) bliver det lidt klarere hvilke faktorer og stressorer der kan være medvirkende til, at mennesker i højrisiko jobs får somatiske og psykologiske problemer.

Prædisponering for PTSD: Det har endnu ikke været muligt for forskerne at finde de faktorer eller personlighedstræk, der prædisponerer et menneske til PTSD. Men der er faktorer, som man som arbejdsgiver kan tage i betragtning i forbindelse med dette.

- Yngre reddere synes at være mere disponeret for at få PTSD end ældre reddere. Det er blandt andet på grund af lavere tiltro til egne evner i arbejdssituationen, og derfor er det yderst vigtigt at denne gruppe får grundig vejledning i hvad de kan forvente på kritiske opgaver og efterfølgende oplever stor støtte.
- Ældre reddere er (hvis de har været udsat for mange traumatiske episoder) i risiko for at få psykiske lidelser, da man ikke kan tale om at man bliver immun overfor traumatiske hændelser.
- Der er konsensus om, at måden, redderne copes på i kritiske situationer, er afgørende for deres psykiske helbred på lang sigt. Det er dog uklart nøjagtigt hvilke strategier, der er vigtige i denne sammenhæng, og bruger personen uhensigtsmæssige coping strategier (såsom at lade som om at hændelsen ikke er sket, eller undgå at tale om det), er det ikke brugbart. Personligheden lader til at være afgørende for hvilke coping strategier, man benytter, og det kan være svært at få et menneske, der ikke er den stærke, udadvendte type, til at cope på en selvsikker måde.

Tabel 1 Psykiske lidelser forbundet med højrisiko arbejde. (Note: - = uoplyst)

Studie	Deltagere	Svar %	Antal	PTSD %	Angst%	Depression%	Målingstidspunkt
Bennett et al. (2005)	Ambulance personale	60	617	21.8	23	8	Retrospektiv
Jonsson et al. (2003)	Ambulance personale	72	362	21.5	-	-	Retrospektiv
Van der Ploeg et al. (2003)	Ambulance personale	31	123	12/13	-	-	Prospektiv+ 12 mdr. (traumeopl. indenfor 5 år)
Alexander et al. (2001)	Ambulance personale	69	110	30	-	-	Retrospektiv
Sterud et al. (2006)	Ambulance personale	49 studier		20	20	20	Review
Regehr et al. (2000)	Brandmænd	85	164	7 (svær)/68	-	3/19.5	Retrospektiv
Heinrichs et al. (2005)	Brandmænd	-	43	16-18.5	forhøjet	forhøjet	baseline (0) , 6, 9, 12 og 24 mdr.
Fullerton et al. (2004)	Redningsfolk	-	207	16.7	-	21.7	13 måneder efter
		-	421 kontrol	1.9	-	12.6	

- Der er ikke enighed, om hvorvidt robusthed virker som en stødpude mod stress og PTSD, men dette er ofte også svært at måle, idet det er et personlighedstræk. Men der er indikatorer på robusthed kan forebygge tegn på udbrændthed.
- Forskerne har ikke fundet entydige resultater i forhold til, hvilke faktorer der leder til udbrændthed og ej heller fastlagt en konkret forbindelse mellem psykosociale faktorer og PTSD.

Somatiske problemer for ambulancereddere og brandmænd:

- Der er forhøjet risiko for forhøjet blodtryk og kredsløbssygdomme samt hjerteproblemer, og i en undersøgelse blev der fundet forhøjet risiko for kræft. Desuden er der klager over smerter i muskler og led, samt lænd, ryg og nakke, som på lang sigt kan betyde tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Organisatoriske faktorer i forbindelse med arbejdsrelateret stress:

- Oplevet manglende støtte og lydhørhed fra arbejdsgiver/organisation har vist sig at være mere medvirkende til angst og depression hos medarbejderne i højrisiko jobs, end den faktiske eksponering til traumatiske episoder.
- Det kan være en god ide at sikre, at medarbejdere oplever en pause imellem meget traumatiske episoder, så de har tid til at komme sig mentalt.

Det er tankevækkende, at mennesker, som går ind i højrisiko job ud fra intentionen om at gøre en aktiv forskel i andre menneskers liv, når de er allermost sårbare, selv risikerer at blive psykisk syge. De ni nyeste udenlandske undersøgelser af ambulancereddere og brandmænd omfattende ca. 2400 personer viste, at så mange som 20 % af ambulancepersonalet og 17 % af brandmændene får PTSD. På den baggrund kunne det være relevant at undersøge om tilsvarende problemer forefindes herhjemme. Da angst og depression også er en kalkuleret erhvervsrisiko med henholdsvis 20 % og 8-20 %, ville det være ønskeligt at foretage undersøgelser, som inkluderer 100 % af redningspersonalet da det, sammen med en kontrolgruppe, ville give et meget mere nøjagtigt billede

af problemernes omfang og hvilke faktorer, der især er ansvarlige for udviklingen af arbejdsrelaterede psykiske problemer i højrisko jobs.

Litteratur

- Alexander, D. & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents – Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 76-81.
- Allred, K. & Smith, T. (1989). The Hardy Personality: Cognitive and Physiological Responses to Evaluative Threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 257-266.
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M. & Vetter, N. (2005). Association between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology*, *44*, 215-226.
- Brown, J., Mulhern, G. & Joseph, S. (2002). Incident-Related stressors, Locus of Control, Coping, and Psychological Distress among Firefighters in Northern Ireland. *Journal of Traumatic Stress*, *15*, 161-168.
- Chamberlin, M. & Green, H. (2010). Stress and Coping Strategies among Firefighters and Recruits. *Journal of Loss and Trauma*, *15*, 548-560.
- Ditlevsen, D. N. & Elklit, A.: The Combined Effect of Gender and Age on Posttraumatic Stress Disorder: Do Men and Women Show Differences in the Lifespan Distribution of PTSD? *Annals of General Psychiatry*, *9*:32, 2010. Doi:10.1186/1744-859X-9-32.
- Eid, J., Thayer, J. & Johnsen, B. (1999). Measuring post-traumatic stress: A psychometric evaluation of symptom-and coping questionnaires based on a Norwegian sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, *40*, 101-108.
- Elklit, A. & Molin, K. (2007). De psykosociale følger af fyrværkerikatastrofen i Seest – Indsatspersonellet 5 måneder efter. *Psykologisk Skriftserie*, *28* (1), 1-104.
- Elklit, A.: De psykologiske følger af en voldsom arbejdsulykke. I: Graversen, G. (red.): *Et arbejdsliv*. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, 1997, 89-111.
- Fullerton, C., Ursano, R. & Wang, L. (2004). Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Disaster or Rescue Workers. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1370-1376.
- Hallberg, U. & Sverke, M. (2004). Construct Validity of the Maslach Burnout Inventory: Two Swedish Health Care Samples. *European Journal of Psychological Assessment*, *20*, 320-338.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L., Hellhammer, D. & Ehlert, U. (2005). Predicting Posttraumatic Stress Symptoms from Pretraumatic Risk factors: A 2-year Prospective Follow-up Study in Firefighters. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 2276-2286.
- Jonsson, A., Segesten, K. & Mattson, B. (2003). Posttraumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, *20*, 79-84.
- Landen, S. & Wang, C. (2010). Adult attachment, work cohesion, coping, and psychological well-being of firefighters. *Counselling Psychology Quarterly*, *23*, 143-162.

- Lyons, J. & Wheeler-Cox, T. (1999). MMPI, MMPI-2 and PTSD: Overview of Scores, Scales, and Profiles. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 175-183.
- Prati, G., Pietrantonio, L. & Cicognani, E. (2010). Brief Report – Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety, Stress, and Coping, 23*, 463-470.
- Regehr, C., Hill, J. & Graham, G. (2000). Individual Predictors of Traumatic Reactions in Firefighters. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 333-339.
- Sterud, T., Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Services Research, 6*, 82.
- Van der Ploeg, E. & Kleber, R. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational Environmental Medicine, 60*, i40-i46.
- Waysman, M., Schwarzwald, J. & Solomon, Z. (2001). Hardiness: An examination of Its Relationship with Positive and Negative Long Term changes Following Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 531-548.

Appendix A: Oversigt over benyttede redskaber i undersøgelsen af reddere og brandfolk.

Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10) (Weisæth & Mehlum, 1993) blev oprindeligt udviklet af Norges forsvar til at screene for disposition for PTSD. Senere blev testen videreudviklet og brugt i mange forskellige sammenhænge. Det er et todelt spørgeskema som vurderer personens hukommelse i forbindelse med en traumatisk oplevelse, for eksempel: mareridt, panik, smerter og følelse af kvælning. I anden del måles intensiteten af 10 PTSD symptomer og disse inkluderer søvnproblemer, mareridt, depression, forhøjet vagtsomhed, emotional følelsesløshed, irritabilitet, ustabil humør, skyldfølelse, undgåelse af aktiviteter som kan fremkalde minder om den traumatiske oplevelse, og muskelspændinger. Hvert symptom vurderes af deltageren på en skala fra 1 (aldrig) til 7 (altid). *PTSS-10 har generelt en høj Cronbach's alfa score (0.90) som indikerer at søgeredskabet kan bruges til at generalisere resultaterne* (Eid, Thayer & Johnsen, 1999).

Impact of Event Scale (IES-R) (Horowitz et al. 1979) er et kort spørgeskema på 15 items, som er designet til at måle invaderende og undgåelses stresssymptomer efter en traumatisk situation. Dette skema har været brugt til mange forskellige deltagergrupper: overlevende efter ulykker, torturofre, forældre sorg, ofre for væbnet røveri etc. Cronbach's alfa er generelt i den høje ende (0.85) (Eid et al. 1999).

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 PTSD Scale (MMPI-2 PK) (Butcher et al. 1989). Denne test er blevet brugt igennem mange år, til at vurdere PTSD og bygger på en større, mere repræsentativ sample end den originale test. MMPI-2 består af to skalaer, 46 items og cut-off punktet på 28 er afgørende for om man møder PTSD kriterium. Testen er bedst i sammenligningen mellem personer med eller uden PTSD. (Lyons & Wheeler-Cox, 1999).

Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Foa, 1995). Dette er et 49 item spørgeskema som er designet til at identificere forekomsten af PTSD symptomer, samt graden af dem, ud fra DSM-IV kriteriet. Det tager ikke mere end 15 minutter at udfylde og vurderer graden af symptomer, antal symptomer og funktionsnedsættelse hos deltageren. Fokus er på genoplevelsessymptomer, undgåelse, samt forøget vagtsomhed, alle vigtige symptomer i forhold til DSM-IV.

Maslachs Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981) belyser tre dimensioner i forhold til udbændthed i arbejdet: emotionel udmattelse, professionel selvtillid (måler følelsen af

kompetence og præstation i forhold til ens arbejde) og depersonaliseringstendens (måler ufølsomheden og upersonlig respons fra andre, rettet mod ens instruktioner eller omsorg). Ofte forbindes udbændthed med nedsat jobfunktion, somatiske lidelser og psykiske problemer såsom depression. Ofte bruges MBI med mindre rettelser, så den passer bedre til en given problemstilling. Der er uenighed om, hvorvidt MBI kan bruges til at forbinde udbændthed med forskellige prædikatorer, i relation til affective og kognitive resultater.

Spielberger's Stat-Trait Anxiety Inventory (STAI), udviklet af Spielberger i 1970, den differentierer mellem den midlertidige angstfølelse (state) og den længerevarende (trait) angst. Da testen er temmelig enkel, er det muligt for *alle* at udfylde den og testen består af 40 spørgsmål, hvor det er muligt at give 4 forskellige svar til hvert enkelt spørgsmål. Skemaet kan fastslå om angsten er fremkommet på grund af en bestemt situation eller om det er et mere generelt personlighedstræk hos personen. Testen er blevet oversat til mere end 40 sprog og har generel høj validitet.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), af Snaith (2003) er et spørgeskema udviklet for at vurdere niveau af angst og depression hos patienter i et hospitalsmiljø. Skemaet har også været brugt til at vurdere *caseness* i forbindelse med angst og depression og er fundet at fungere godt, med både somatiske og psykiatriske patienter. Det tager kun patienten 5 minutter at udfylde og spørgsmålene er relateret til enten generaliseret angst eller depression. Patienten skal blot besvare 7 spørgsmål på en 0-3 punkt skala og en score på 11+ indikerer caseness for pågældende psykiske lidelse.

General Health Questionnaire (GHQ) af Goldberg & Williams (1978). Dette spørgeskema findes i forskellige udgaver: med 60 spørgsmål, 30 spørgsmål uden relation til fysiske problemer, GHQ-28 som vurderer somatiske symptomer, angst og søvnløshed, social dysfunktion og svær depression og det korte 12 punkts spørgeskema som kan bruges i forskningsøjemed.

Beck's Depression Inventory (BDI), udviklet af Beck i 1961 og en af de mest brugte måleredskaber i forhold til at vurdere graden af depression. Det reviderede spørgeskema (1996) kan bruges hos personer helt ned til 13 år og undersøger aspekter såsom: håbløshed, irritabilitet følelser

af skyld, fysiske symptomer, vægttab og udmattelse. Teorien bygger på, at personen har negative tanker om sig selv, som er vedholdende, unøjagtige og ofte invaderende. Spørgeskemaet, som består af 21 spørgsmål, skal vurderes på en skala fra 0-3 og personen skal svare i henhold til, hvordan han har haft det de seneste to uger. Ved en score på 20-28 har personen en moderat depression, ved 29-63 er det en svær depression, som indikerer at de depressive symptomer er meget alvorlige.

ISBN:

978-87-92646-39-2

87-92646-35-2

EAN:

978879264354