

Trauma och stress

Stöd och uppföljning av drabbade och insatspersonal

© 2024 Michel Mentor AB
Malméngatan 4
65455 Karlstad
po.michel@telia.com

Ingen del av detta dokument får reproduceras, översättas, lagras eller överföras i någon form eller på något sätt, elektroniskt, genom kopiering eller på annat sätt utan författarens medgivande.

Innehåll

Innehåll	2
Förord	4
1. Psykotraumatologi grunder	5
Definitioner	5
Potentiellt traumatiska händelser.....	5
Återhämtning	7
Riskindikatorer.....	7
Händelsefaktorer.....	8
Motståndskraft och stresstålighet	9
Neurobiologiska och neurofysiologiska aspekter.....	10
Stress	10
Centrala nervsystemet (CNS)	11
Konsekvenser av stress.....	16
Reaktioner	16
Psykiatriska tillstånd.....	19
Processer över tid.....	19
2. Internationella rekommendationer	21
Riktlinjer från ISTSS.....	21
Handbook of PTSD.....	21
NICE report	21
TENTS.....	22
OPSIC	22
Fem grundelement för stöd i akutfas.....	22
Psykologisk första hjälp	23
Förmågor för psykologisk återhämtning	23
3. Krisstöd	25
Hantering av uttalad akut stressreaktion.....	25
Stöd för återhämtning.....	26
Individuell stresshantering	26
Socialt stöd	30
System för krisstöd - interventionsnivåer	31
Screening för PTSD	31
Algoritmer för stöd och uppföljning.....	32

Stöd till barn och ungdomar.....	33
Stöd till grupper.....	35
Olika behov i olika faser	36
Stödcentrum.....	36
När bör professionell bedömning ske?	37
Behandling.....	37
4. Arbetsrelaterad stress	39
Olika former av stress.....	39
Organisationsfaktorer	41
Ledarskap och sammanhållning	41
System för krisstöd i insatsorganisationer	42
Praktiskt krisstöd i insatsorganisationer	42
Uppföljning, bedömning och behandling	47
Kamratstödjare.....	47
Algoritm gällande krisstöd för insatspersonal.....	49
Hantering av kronisk stress	49
Screening av insatspersonal	50
Tillgång till förebyggande insatser och professionell bedömning och behandling.....	50
Stöd till personal i utlandstjänst.....	50
5. Utbildning om traumatisk stress och krisstöd i insatsorganisationer.....	56
Syfte och mål.....	56
Innehåll.....	56
Genomförande	57
Referenser	58
Bilaga 1. Instrument för screening.....	69
De olika instrumenten.....	69

Förord

Det finns inte något entydigt vetenskapligt stöd för exakt hur krisstöd för drabbade eller för insatspersonal bör vara utformat. Emellertid finns det en del empiriskt stöd för hur krisstöd generellt kan utformas och en del rekommendationer även när det gäller krisstöd för insatspersonal. Utformningen av krisstöd bör ske i enlighet med vad som internationellt uppfattas som evidensbaserat, evidens informerat eller det som vuxit fram från konsensus. Följande beskrivning är därför baserad på internationell litteratur, riktlinjer och konsensusrapporter.

Vägen fram till dagens syn på krisstöd till drabbade har varit något krokig och tidigare interventioner som fick stor spridning visade sig inte kunna minska kroniska psykiatriska tillstånd efter allvarliga händelser. Den typen av interventioner som skulle gälla för alla (*one-size-fits-all*) drabbade visade sig i stället i vissa fall kunna vara skadligt och rekommenderas inte längre. Genom forskning har dock ny kunskap utvecklats under de senaste decennierna. Den som planerar interventioner med människor i akutfas eller senare bör således se till att insatserna vilar på empirisk grund och är evidensbaserade, alternativt att insatserna enligt konsensus anses ha positiva effekter (Forbes med flera, 2010). Denna sammanställning avhandlar grunderna inom området psykotraumatologi och de stödåtgärder som kan vidtas i den akuta fasen efter potentiellt traumatiska händelser för direkt drabbade och för personal i insatsorganisationer samt beskriver dessutom förslag till utbildning för sådana organisationer.

Denna skrift vänder sig primärt till de som i sin profession kommer i kontakt med och har som uppgift att stödja människor som drabbats av potentiellt traumatiska händelser. Drabbade kan utgöras av individer ur allmänna befolkningen och personal som arbetar i organisationer där olika former av stress ingår i arbetsmiljön. Primärt är målgruppen således krisstödspersonal inom hälso- och sjukvård och kommuner samt ledare och krisstödspersonal i insatsorganisationer, till exempel Polisen, Försvarmakten, Räddningstjänsten, Tullen, Sjöfartsverket, Kustbevakningen, akutsjukvården eller frivilligorganisationer, exempelvis fjäll- och sjöräddningssällskap. Även andra organisationer och arbetsgivare vars personal kan exponeras för olika former av potentiellt traumatiska stressorer kan ha nytta av denna skrift, exempelvis dygnet-runt öppna serviceinrättningar eller organisationer, alternativt samhällsinrättningar vars personal tjänstgör utomlands i utsatta delar av världen.

Mindre revidering har gjorts i augusti 2024.

Per-Olof Michel

1. Psykotraumatologi grunder

Definitioner

Definitioner på området kan variera i vissa delar, beroende på vem som gör anspråk på att kunna göra sådana. Nedanstående definitioner utgör därför någon form av kompromiss som får utgöra bakgrund för denna skrift.

Olycka

Plötslig och oavsiktlig händelse som kan leda till skada på liv, hälsa, miljö eller egendom.

Allvarlig händelse

En händelse som är så omfattande eller allvarlig att tillgängliga resurser måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt.

Katastrof

En allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas.

Potentiellt traumatisk händelse eller kris

En oväntad händelse, utanför det vanliga som hotar grundläggande funktioner och värden eller som kan få stora konsekvenser på en individs hälsa och frihet och där individens egna resurser för att hantera densamma momentant kan vara otillräckliga.

Krisstöd

Allt medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd som olika samhällsinstanser förmedlar i samband med potentiellt traumatiska händelser.

Insatsorganisationer

Med detta avses organisationer som också kan beskrivas som högriskorganisationer där anställda eller medlemmar är exponerade för arbetsrelaterad stress. Det kan handla om det militära eller civila organisationer som polisen, räddningstjänsten, personal i akutsjukvård eller ambulanspersonal eller andra organisationer som gör olika former av frivilliga insatser, exempelvis inom fjäll- och sjöräddningen.

Insatspersonal

Här ingår speciellt utbildad personal i insatsorganisationer som nämnts ovan och vilka har det gemensamt att de nästan på daglig basis nödgas hantera olika former av stress. Det kan handla om exponering för potentiellt traumatiska händelser, sorg, etisk eller kronisk och intermitterant stress.

Potentiellt traumatiska händelser

Inom området psykotraumatologi studeras konsekvenser av potentiellt traumatiska händelser, jämte stöd i akutfas, uppföljning, bedömning och behandling. Det finns olika typer av händelser som kan betecknas som potentiellt traumatiska. Nedan följer en beskrivning av olika former av sådana händelser.

Olyckor

Olyckor kan vara allt från mindre allvarliga trafikolyckor till svåra buss- eller tågkrascher och andra olyckor. Flygplansolyckor leder vanligen till många dödsfall där i stället närstående blir de med mest behov av stöd.

Naturkatastrofer

Det finns en tendens till att naturkatastrofer ökar i världen. Det kan handla om översvämningar, tsunami, jordbävningar, vulkanutbrott, orkaner och svåra bränder. Många minns tsunamin i Sydostasien julen 2004 då omkring 230 000 människor miste livet däribland omkring 540 svenska medborgare.

Tekniska katastrofer

I samband med tsunamin i Japan 2011 dog omkring 19 000 människor. Detta uppmärksammades naturligtvis i hela världen. Snabbt ändrades dock inriktningen av västvärldens medier mot kärnkraftverken i Fukushima, där tsunamin slagit ut elförsörjningen vilket ledde till att kylningen inte fungerade och det i sin tur ledde till härdsmltor i några av reaktorerna. Resultatet blev att radioaktivt cesium läckte ut i atmosfären. Det är ett exempel på en teknisk katastrof där människor, precis som vid gasolyckor, inte fysiskt kan identifiera faran. Det i sin tur kan leda till att långt fler människor vid denna typ av katastrofer, jämfört med naturkatastrofer, kommer att söka hjälp för ospecifika symtom på grund av att de tror att de blivit exponerade. Andra exempel på tekniska katastrofer är husraset i Bangladesh 2013, då mer än 600 människor omkom, och explosionen i Beirut hamn 2020 då tusentals människor skadades och över 200 dog.

Terrorhandlingar, krig och flykt

Exemplen på denna typ av händelser är tyvärr många och de beskrivs ofta som *man made disasters*. Med det avses att det handlar om medvetet genomförda handlingar av människor, ofta riktade mot andra människor med olika syften och som bedöms leda till allvarigare psykiska konsekvenser än olyckor och naturkatastrofer. Krig leder ofta till stora flyktingströmmar som i sig kan innebära exponering för ytterligare stressorer. Det kan gälla potentiellt traumatisk utsatthet under själva flykten samt de omställningar som det leder till när man ska försöka finna sig till rätta i ett helt nytt land med en annan kultur och under helt andra livsomständigheter.

Interpersonellt våld

Precis som noterades vid beskrivningen ovan blir konsekvenserna av interpersonellt våld (våld från en människa riktat mot en annan) vid exempelvis våldtäkter, misshandel eller övergrepp under barndomen allvarigare än vad som blir följden av olyckor och naturkatastrofer. Således har negativa barndomserfarenheter visat sig kunna resultera i mycket allvarliga hälsoproblem i vuxen ålder, i form av psykiatriska tillstånd som exempelvis depression eller alkohol-/drogberoende. Utöver det ses också en koppling till fysiska sjukdomar, inte minst hjärt-kärlsjukdom (Felitti med flera, 1998). Uttalad exponering för negativa barndomserfarenheter har dessutom kunnat kopplas till 20 år kortare levnadstid.

Insatspersonalens exponering för stress

Specifikt för olika former av insatspersonal som nämnts tidigare, är att de i förväg är utbildade och förberedda för potentiellt traumatiska händelser. Bakgrunden är att olika former av stress utgör ett tydligt inslag i deras arbetsmiljö. Av det skälet ägnas en del av denna skrift till att beskriva viktiga faktorer avseende stress i insatsorganisationer.

Konsekvenser av potentiellt traumatiska händelser

Omkring 70 procent av en befolkning kommer att exponeras för potentiellt traumatiska händelser under sin livstid (Kessler med flera, 1995; 2017). Däremot är det bara 5–30 procent (i medeltal runt 10 %) som riskerar att drabbas av allvarigare psykiatriska tillstånd såsom depression, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångestsyndrom, beroendesyndrom eller andra psykiatriska tillstånd efter potentiellt traumatiska händelser. Om man bara studerar specifika grupper, till exempel individer som har förlorat någon närstående under traumatiska omständigheter eller de som utsatts för

våldtäkter, kan dock upp mot 50–60 procent få långvariga besvär. Förekomsten av PTSD i en befolkning i ett givet ögonblick anges vara cirka 2–7 procent. För samhället kan det således handla om relativt stora kostnader i form av lidande och sjukfrånvaro. I samband med normala dödsfall återhämtar sig i allmänhet de flesta (50–60 procent) bra. Cirka 10–20 procent får traditionella sorgesyntom men återhämtar sig också över tid. En mindre grupp, 10–15 procent (Mancini med flera, 2012) kan dock utveckla ihållande komplexa sorgreaktioner.

Återhämtning

Tidigare var fokus efter potentiellt traumatiska händelser främst inriktat på risken för sjukdomsutveckling. I dag vet vi att de som exponerats för potentiellt traumatiska händelser i de flesta fall kommer att återhämta sig med eller utan hjälp. Potentiellt traumatiska händelser sker, som allt annat i våra liv, i en samhällelig, organisatorisk och kulturell kontext. Det senare kan också beskrivas som det sociala samspelets påverkan i ett givet kulturellt sammanhang. De primära faktorer som påverkar förmågan att återhämta sig är vad individen själv bär med sig genetiskt samt från uppväxtmiljön, vilket kan uttryckas i riskindikatorer och motståndskraft. En annan viktig faktor är själva händelsen i sig och i vilken kontext den sker i. Exempel på sådana kontextuella faktorer är främst händelsens art och allvarlighetsgrad, speciellt om det förelåg ett hot mot liv och lem. En annan viktig faktor handlar också om de förluster som händelsen kan förorsaka. Om och hur samhällets eller organisationens stöd är utformat kan också påverka återhämtningen. Figur 1 sammanfattar faktorer som påverkar återhämtningen efter potentiellt traumatiska händelser.

Figur 1. Faktorer som påverkar återhämtningen



Riskindikatorer

Viktiga faktorer för återhämtning över tid, enligt Figur 1, är således relationen mellan individens sårbarhet i form av riskindikatorer, alternativt dennas motståndskraft och händelsens art och natur. Hur eventuellt stöd är utformat kan också bidra. Individuella faktorer som kan försvåra återhämtning och indikera ökad risk för senare posttraumatiska problem kan indelas i sådana som påverkar före, under eller efter en potentiellt traumatisk händelse (Brewin 2000; Ozer med flera, 2003). Faktorer före händelsen utgörs bland annat av sårbarhet på grund av tidigare utsatthet, exempelvis om man varit utsatt för negativa barndomsupplevelser (Felitti med flera, 1998). Andra riskfaktorer före exponering kan vara pågående parallell livsstress, lägre socioekonomisk status, personlighetsdrag av inåtvändhet, nervositet, passivitet och osjälvständighet, lägre begåvning och utbildning samt att vara

barn. I stora epidemiologiska studier har kvinnor i större utsträckning drabbats av PTSD efter potentiellt traumatiska händelser, men om traumat är tydligt uttalat ser man inte sådan skillnad mellan könen. Dessutom har det visat sig att kvinnor i större utsträckning drabbas av sexuellt våld, vilket i större omfattning kan leda till mental ohälsa och vilket till del kan förklara noterade könsskillnader i förekomst av PTSD. Om den drabbade under själva händelsen upplevt att dennas liv var hotat eller får uttalade reaktioner, kan det indikera ökad risk för att utveckla posttraumatiska stressreaktioner. Dissociation (beskrivs närmare längre fram under "Konsekvenser av stress") i samband med händelsen, särskilt kvarstående sådan, är kopplad till ökad risk för PTSD över tid. En av de viktigaste riskindikatorerna har visat sig vara om den drabbade inte har tillgång till ett väl fungerande socialt stöd efter potentiellt traumatiska händelser. Utöver dessa delar har man i samband med uppföljning av drabbade individer funnit att även kontinuerligt negativa tolkningar av händelsen, negativt grubblande samt skam- och skuld känslor också kan bidra till ökad sårbarhet (Bryant, 2014; Watson med flera, 2014). I en studie på trafikoffrar som omhändertagits på akutmottagningar framkom ett par markörer som påverkade risken för att den drabbade individen diagnostiserades med PTSD 12 månader efter olyckan jämfört med de som inte hade PTSD då (Schultebraucks med flera, 2021). Dessa möjliga markörer var: lägre nivåer av tyroideastimulerande hormon (TSH); att olyckan skede sent på kvällen eller på natten; lägre nivåer av kortisol; upplevelse av att livet var hotat vid olyckan samt att den drabbade individen hade varit med om fler tidigare traumatiska händelser.

Händelsefaktorer

Faktorer i själva händelsen som kan påverka utfallet är således i vilka sammanhang som händelsen inträffar. Sådana faktorer kan omfatta samhällelig och kulturell bakgrund och när det gäller insatspersonal kan det bero på vilken organisation man ingår i. Andra kontextuella delar är vilken typ av händelse drabbade exponeras för och allvarlighetsgraden, påverkansmöjligheter och om man vet vad som sker eller hur länge händelsen varar i tid. Ytterligare faktorer utgörs av vad man riskerar att förlora, eller faktiskt redan har förlorat i samband med händelsen. Sådana förluster beskrivs genom begreppet *Conservation of Resources* (Hobfoll, 1989). Utifrån denna teori skapas stress hos människan när denna förlorar olika resurser eller när denna efter en potentiellt traumatisk händelse har svårt att återskapa viktiga basala livsvärden som också kan beskrivas som olika former av resurser. Sådana resurser kan vara interna/individuella, exempelvis förlust av självkänsla, status eller *mastery*, det senare ett engelskt samlingsbegrepp för upplevelse av kontroll och tillit till sin egen förmåga att klara av de problem man hamnat i. Alternativt kan det handla om externa resurser - sociala eller materiella: förlust av viktiga närstående, arbete eller objekt som hem och ägodelar eller andra viktiga ekonomiska värden.

Bemästring påverkar återhämtningsförmågan

Utöver andra individuella skillnader mellan människor som drabbas av allvarliga händelser avseende riskfaktorer, finns det några exempel på bemästringsstrategier för att hantera upplevelsorna som visat sig kunna begränsa återhämtningsförmågan (Nash med flera, 2015; Briere med flera, 2006; Gupta med flera, 2011). Ett exempel är överdrivet och negativt grubblande över händelsen, exempelvis en man som förlorat sin fru i en olycka och som under lång tid efteråt bara fokuserar på hur svårt hans liv blivit, vilket blir det enda han talar med andra om. På så sätt riskerar han att slita ut sitt sociala nätverk eller ta till andra olämpliga bemästringar, som till exempel alkohol. I termer av emotionsreglering (se längre fram i texten) har mannen i exemplet svårt att ändra fokus och därmed kunna distrahera sig själv, och dessutom problem med att få till stånd någon form av kognitiv

förändring i sitt sätt att emotionellt hantera händelsen. Det senare leder inte sällan till att individen i vårt exempel kan få svårt att ändra betydelsen av det inträffade för att kunna gå vidare med sitt liv. Ett annat exempel som kan begränsa återhämtningen är att tydligt och konstant undvika att tänka på, eller tala om händelsen. Detta leder inte till någon ändring i förhållningssätt till händelsen och kan vara ett exempel på en variant av emotionsreglering beskriven som undertryckande, vilket inte brukar vara särskilt framgångsrikt. Det kan också i sin tur leda till att drabbade individer endast får begränsad tillgång till socialt stöd.

Motståndskraft och stresstålighet

Somliga kan sålunda drabbas av kroniska besvär efter traumatiska händelser medan en stor andel i stället uppvisar stresstålighet och motståndskraft, vilket tidigare kanske inte uppmärksammades tillräckligt (Bonanno, 2004). Med stresstålighet menas att drabbade individer kan behålla balansen under och efter en händelse. Motståndskraft motsvarar det engelska begreppet *resilience*, och ses hos individer som relativt snabbt kan återfå balansen efter en tillfällig svikt i samband med en potentiellt traumatisk händelse. Begreppet motståndskraft är inte enkelt att definiera men Southwick med flera, (2014; 2018) har gjort en ansträngning utifrån biologiska, psykologiska och social-kulturella perspektiv. Man menar att motståndskraft kan se olika ut för olika individer och är också avhängigt av den aktuella situationen och kulturella aspekter. Det kan beskrivas på olika sätt: som en stabil process som utmärks av bibehållen hälsa; en medveten strävan att fortsätta leva insiktsfullt och positivt som följd av de erfarenheter som händelsen gett; ett dynamiskt systems förmåga till anpassning eller som en process för att använda resurser som stärker eller vidmakthåller välmående. Motståndskraft kan således vara personlighetsfaktorer som är kopplade till arv och uppväxt i kombination med andra miljöfaktorer såsom ekonomiska eller sociala resurser. Exempel på individuell motståndskraft kan utgöras av: mer utåtriktad personlighet, upplevd kontroll, god självvärdering, självständighet, självtillit, att man är flexibel i sina emotionella uttryck (jfr. negativt grubblande eller undvikande), optimistisk grundhållning, altruism, att man tillgodoser sina andliga behov, att ofta fokusera på nuet (*mindfulness*) samt att man har en god fysisk status.

Exempel på externa faktorer som kan bidra till att stärka motståndskraft är relaterade till samhälle/socialt samspel (kultur)/kontext och tillgång till resurser. En av de viktigaste sådana resurser är socialt stöd från omgivningen och i insatsorganisationer blir bra ledarskap, god sammanhållning, adekvata förberedelser och utbildning viktiga faktorer (Bonanno med flera, 2011; Southwick med flera, 2005, 2018). Det verkar däremot som att motståndskraft inte är så tydligt framträdande efter svåra interpersonella trauman som till exempel våldtäkter (Steenkamp med flera, 2012; 2013) eller efter kroniska traumatiska belastningar under barnåren (Bonanno med flera, 2013).

Personlig positiv förändring - Posttraumatic growth

Några individer kan efter exponering för potentiellt traumatiska händelser beskriva upplevelser av positiva personliga eller psykologiska förändringar, till exempel att de fått en annan livssyn eller att andra saker har blivit viktigare i deras liv (Tedeschi med flera, 1996). Detta har benämnts *posttraumatic growth (PTG)*. Emellertid har man funnit att PTG inte sällan beskrivs av individer som också uppvisar olika posttraumatiska stressreaktioner. Det har lett till bedömningen att PTG kan omfatta både en möjlig illusorisk aspekt, utöver också en konstruktiv självövertämnande del, båda som ett led att försöka hantera de aktuella posttraumatiska reaktionerna (Zoellner med flera, 2006).

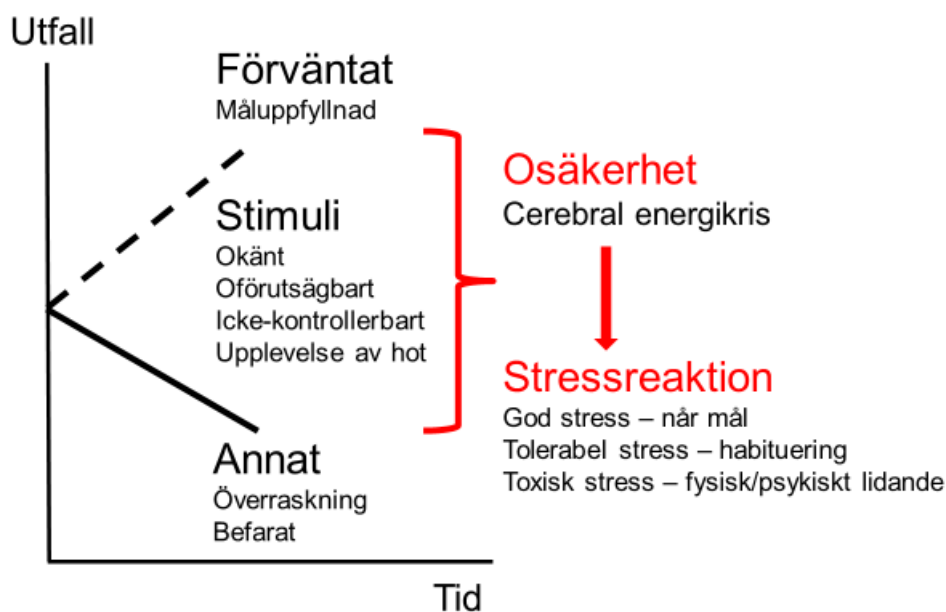
Man har också visat att PTG, både kan föregå PTSD-symtom såväl som att vara en konsekvens av desamma (Blix med flera, 2016).

Neurobiologiska och neurofysiologiska aspekter

Stress

Det finns många mer eller mindre väl grundade definitioner av stress. Peters med flera (2017) beskriver stress utgående från en mer neurovetenskaplig grund. De menar att stressens essens är osäkerhet. Hjärnan utvärderar konstant alla de stimuli som en individ exponeras för. I varje situation där ett nytt stimulus identifieras har hjärnan en viss förväntan på *utfallet*, alltså om vad som ska ske, utgående bland annat från igenkänning och tidigare erfarenheter. Om hjärnan inte känner igen aktuellt stimulus beroende på att det innehåller komponenter som är okända, oförutsägbara, icke-kontrollerbara eller om ett stimulus upplevs som ett hot, kan det leda till att hjärnan *befarar* att utfallet blir ett annat än det förväntade, eller en negativ överraskning. Detta gap mellan förväntan och något som befaras leder till *osäkerhet*. Denna osäkerhet kan leda till en energibrist i hjärnan, både vad avser hjärnans viktigaste bränsle, glukos (socker) och till en obalans i hjärnans olika hormonella system. Detta i sin tur leder till aktivering av stresssystemet, vilket beskrivs mer ingående nedan. Beroende på hur uttalad osäkerheten är kan olika grader av stress uppstå. En rimlig grad av aktivering, god stress, kan bidra till att individen når sina mål, till exempel en idrottare som vill prestera på toppnivå i en tävling. Om osäkerheten och stressen är större kan den beskrivas som tolerabel stress, vilket dock kräver en habituering (anpassning) hos individen. Men om osäkerheten och stressen är mer uttalad kan den beskrivas som toxisk och därmed leda till fysiskt eller psykiskt lidande över tid. Se figur 2.

Figur 2. Stressens essens är osäkerhet



(Fritt efter Peters med flera, 2017)

Individuella skillnader

Individuella skillnader i hur uttalad ovan beskrivna osäkerheten kan bli har visat sig bland annat vara relaterade till förmågan avseende subjektiv *kognitiv bedömning* (Harvey med flera, 2010). När individen hamnar i en allvarlig situation gör denna först en *primär bedömning* som handlar om att klargöra situationens krav och utmaningar. I en påföljande *sekundär bedömning* övervägs om de egna resurserna räcker till. Det kan handla om den enskildes kunskaper, färdigheter och tillgång till adekvat utrustning eller annat. I de fall resurserna för att hantera den aktuella situationen bedöms vara otillräckliga och om individen dessutom upplever sig bli utvärderad av andra personer kan det således upplevas som ett hot. Följden kan bli ett uttalat stress-svar med förhöjda kortisolnivåer. Det i sin tur kan leda till negativ påverkan på de kognitiva funktionerna avseende minne, uppmärksamhet och beslutsfattande. Om resurserna däremot bedöms vara tillräckliga och att individen upplever sig kunna möta situationens krav och bemästra desamma är det relaterat till att händelsen ses som en utmaning, vilket i sin tur är kopplat till god hälsa. Man har också i sammanhanget visat att individer med en mer optimistisk grundhållning i större utsträckning använder sig av mer aktiv bemästring och mindre undvikande, mer acceptans och mindre förnekande samt mer humor. Allt detta ledande till lägre risk för utmattningssyndrom (Gustafsson med flera, 2012).

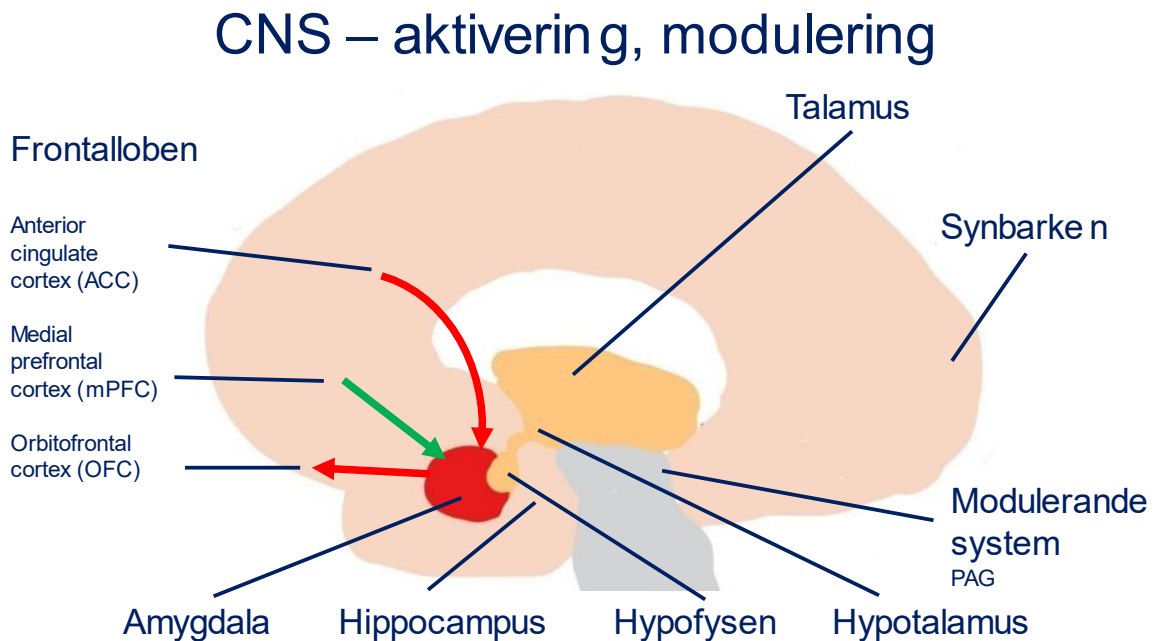
Centrala nervsystemet (CNS)

Först bör nämnas att vad som händer i den mänskliga hjärnan fortfarande till stor del är relativt utforskad även om kunskapen ökar dag för dag. Det innebär också att beskrivningarna nedan i delar får ses som relativa förenklingar av mer komplicerade processer. När det väl är sagt, kan det ändå vara värdefullt att skapa sig någon form av bild av det neurobiologiska underlaget avseende de centrala nätverk och neurofysiologiska processer som kan vara aktuella i samband med olika grader av påverkan på dessa system, exempelvis som följd av stress.

Det som skiljer människan från de flesta andra däggdjur är bland annat utvecklingen av frontalloben i CNS. Hjärnbarken i frontalloben är aktiverad i samband med att vi tänker, reflekterar och gör bedömningar och värderingar i vårt dagliga liv. En annan av frontallobens funktioner är bland annat att via olika neuronala nätverk modulera aktiviteten i våra emotionella system, där *amygdala* (latin för mandelkärnan) är ett exempel, se Figur 3. Den del av frontalloben som ingår i detta nätverk benämns ofta i litteraturen som *medial prefrontal cortex (mPFC)*. Amygdala är ett lite område placerat i hjärnans båda sidolober (temporalloberna). Om osäkerheten avseende ett stimulus är stor, vilket beskrevs ovan (Fig.2) leder det till en aktivering av *Anterior cingulate cortex (ACC)*. Detta är det främre området i en av hjärnans alla vindlingar, benämnt *gyrus cinguli*. ACC aktiveras i sin tur amygdala, se Figur 3. Amygdala engageras dessutom när det gäller att identifiera hot, i samband med emotionella reaktioner, till exempel rädsla och skräck samt vid inlagring av traumatiska minnen och benämns därför ibland för "hotcentrum". Något som också är tydligt i samband med aktivering av amygdala är att individens kognitiva funktioner nedsätts (exemplifierat av röda pilen i Figur 3 som är riktad mot OFC). Det kan exempelvis leda till att det blir svårare att fatta genomtänkta beslut (Arnsten med flera, 2021). *Hippocampus*, som ligger nära amygdala, är viktigt för lagring av minnen avseende tid och fakta. Om våra sinnen noterar något utanför det vanliga eller något skrämmande, kommer amygdala således att aktiveras vilket i sin tur startar *försvarskaskaden* (ofta nämnd, *flykt- och kampreaktionen*). Då engageras även *hypotalamus* och *hypofysen* för att aktivera *HPA-axeln (kortisolsystemet)* samt andra *modulerande system*, vilka beskrivs i nästa avsnitt. Hos de individer som utvecklat PTSD har man noterat en överaktivering av amygdala och/eller en minskad förmåga när det gäller mPFC dämpande effekt i förhållande till amygdala (Rauch med flera, 2006; Heim med

flera, 2016). Det kan bidra till att förklara symtombilden vid detta tillstånd med inlagring av traumatiska minnen, påträngande symptom och kvarstående alarmtillstånd som följd.

Figur 3. Höger hjärnhalva med frontallob, amygdala och andra områden inblandade i stressvaret

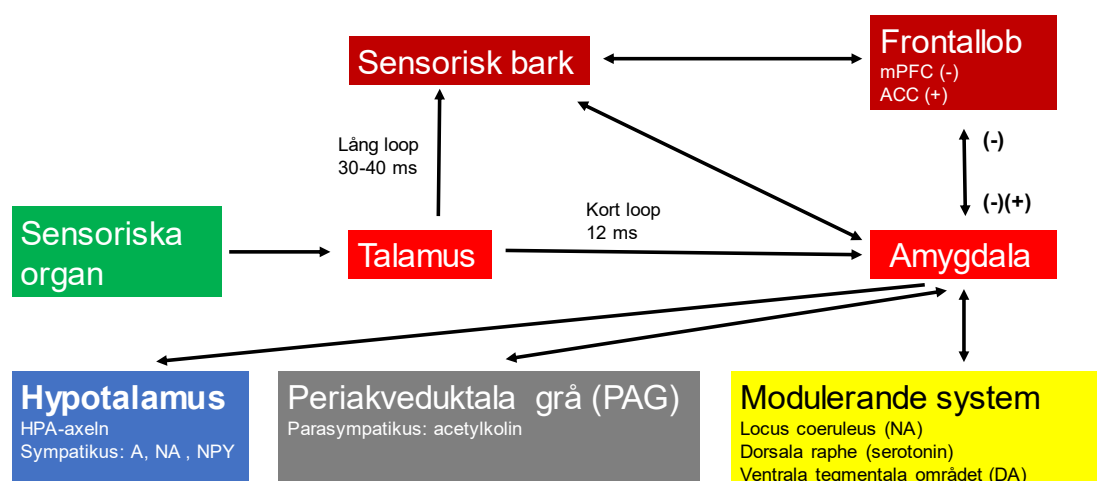


Aktivering i CNS vid hot eller fara

När vi uppfattar vår omvärld med våra sinnen, till exempel med synen, går signalerna via våra sinnesorgan till talamus där de i vanliga fall omkopplas till sensoriska barken och frontalloben (ACC och mPFC) för enkel värdering och reflektion samt till amygdala för att avgöra om någon form av reaktion är adekvat (*Long loop*) (LeDoux, 2000; Nutt, 2000, Heim med flera, 2016). Se Figur 4. Amygdala är dock hela tiden inblandad i att skanna omgivningen för hot och fara. I samband osäkerhet bidrar ACC i frontalloben till aktivering av amygdala och framför allt i samband med hot, rädsla eller fara. I de senare fallen blir amygdala mycket snabbare aktiverat via nervbanor direkt från talamus (*Short loop*). I dessa fall startar amygdala en stressreaktion genom att aktivera andra viktiga nätverk som ingår i kroppens stressvar. Som nämndes tidigare bidrar dock mPFC i frontalloben till att utvärdera och modulera detta stressvar.

Figur 4. Aktivering av centrala nervsystemet vid stress

CNS – aktivering av nätverk



(Fritt efter LeDoux, 2000; Nutt, 2000; Kozłowska med flera, 2015)

Nätverk som aktiveras av amygdala

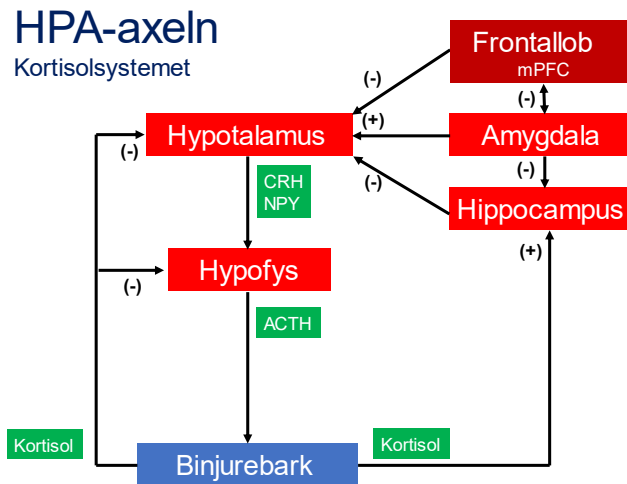
När amygdala väl aktiverats i samband med hot om fara, går signaler också både via talamus och amygdala "uppåt" till sensoriska barken och frontalloben. Därmed initieras något senare också en medvetenhet om faran. Dessutom aktiveras ytterligare nätverk "nedåt" för att starta stressvaret. Dessa utgörs av hypotalamus som i sin tur aktiverar HPA-axeln (kortisolssystemet) och aktiverande sympatikus i autonoma nervsystemet samt periakveduktala grå (PAG) som i sin tur aktiverar det dämpande parasympatikus i autonoma nervsystemet. Dessutom kommer amygdala i olika grad att aktivera även andra modulerande system. Dessa nätverk som aktiveras "nedåt" beskrivs kort i det följande.

HPA-axeln; kortisolssystemet

Med HPA-axeln (eng. Hypothalamic-Pituitary- Adrenal-Axis), avses hypotalamus-hypofysen-binjure-axeln som också kan beskrivas som kortisolssystemet. Signaler går med ett hormon (*Corticotropin-releasing hormone, CRH*) via en kort blodbana (portsystemet) från hypotalamus till hypofysen, där sedan ett annat hormon (*Adrenocorticotropic hormone, ACTH*) frisätts vilket därefter via blodbanan når binjurebarken där *kortisol* frisätts. Kortisol är viktigt för frigörande av glukos i samband med stress men har också tydliga nedbrytande effekter varför det är viktigt att det finns en bra balans i detta system. Denna balans utövas genom olika feedbacksystem som är till för att optimera mängden kortisol över tid. I vänstra delen av Figur 5 visas hur kortisol genom sådan feedback dämpar frisättningen av CRH från hypotalamus och ACTH från hypofysen. Aktiviteten i HPA-axeln regleras i övrigt främst via tre andra områden i CNS: amygdala som aktiverar stressresponsen och mPFC, samt hippocampus som i stället dämpar aktiviteten i HPA-axeln (se högra delen i Figur 5). HPA-axeln har sannolikt också en viktig balanserande effekt vid inlagring av skrämmande minnen som vid PTSD samt för utsläckning av sådana minnen. Vid PTSD fungerar inte HPA-axeln på ett balanserat sätt, varför utflödet av kortisol då kan vara nedsatt, vilket leder till att balansering/dämpning av inlagringen av skrämmande minnen uteblir. Denna underfunktion i HPA-axeln kan vara en sårbarhetsfaktor som vissa bär med sig ärftligt eller genom epigenetiska förändringar som följd av exempelvis traumatisering i barndomen. Via hypotalamus initieras också den aktiverande

sympatikusdelen av det autonoma nervsystemet som är så viktigt för flykt-/kampreaktionen i försvarskaskaden.

Figur 5. HPA-axeln - kortisolsystemet



(-) anger negativ feedback, dämpning

(+) anger stimulering, aktivering.

Periakveduktala grå (PAG)

Det andra nätverket som aktiveras "nedåt" i samband med exponering för stimuli som uppfattas som hotfulla via amygdala, är ett område i hjärnstammen benämnt periakveduktala grå (PAG). Det är två delar i PAG, laterala, respektive ventro-laterala (LPAG, VLPAG), som har olika uppgifter i samband med försvarskaskaden som beskrivs mer ingående i avsnittet om Stress och dess konsekvenser. Den ventro-laterala delen av PAG påverkar dessutom den dämpande delen av autonoma nervsystemet – parasympatikus, som aktiveras i samband med frysings- och orörlighetsreaktionerna i försvarskaskaden, mer om det nedan.

Modulerande system

Utöver HPA-axeln och PAG är det således ytterligare tre modulerande delar i CNS som är inblandade i stressvaret: *Locus coeruleus* som reglerar noradrenalin; *Dorsala raphekärnorna* som frisätter serotonin samt *Ventrala tegmentala området* som består av dopaminneuron.

Locus coeruleus; noradrenalinsystemet

Från Locus coeruleus (LC) som återfinns i övre delen av hjärnstammen utgår nervbanor som förser stora delar av CNS med noradrenalin (NA) efter aktivering från amygdala. LC och noradrenalinsystemet bidrar till att förstärka inlagringen av traumatiska minnen i amygdala. LC bidrar också till aktiveringen av sympatiska nervsystemet som frisätter adrenalin och noradrenalin perifert, i binjuremärgen och startar på så sätt försvarskaskaden eller kamp- och flyktreaktionens perifera uttryck.

Dorsala raphekärnorna; serotoninssystemet

Från denna grupp av nervceller utgår neuron med primärt serotonerg (genom serotonin) verkan i CNS vilka också aktiveras av amygdala i samband med stress. Serotonin är viktigt i CNS för att balansera aktiveringen i samband med kampreaktion, självförsvar, tillgång till anpassad rädsla och

vrede för överlevnad. Emellertid kan en underfunktion i serotoninssystemet bidra till ökad impulsivitet, depressivitet, ångest/panik, aggressivitet samt till Självordsförsök. Det är också visat att antidepressiva läkemedel som ökar serotonin i CNS positivt kan påverka tillstånd som PTSD.

Ventrala tegmentala området; dopaminsystemet

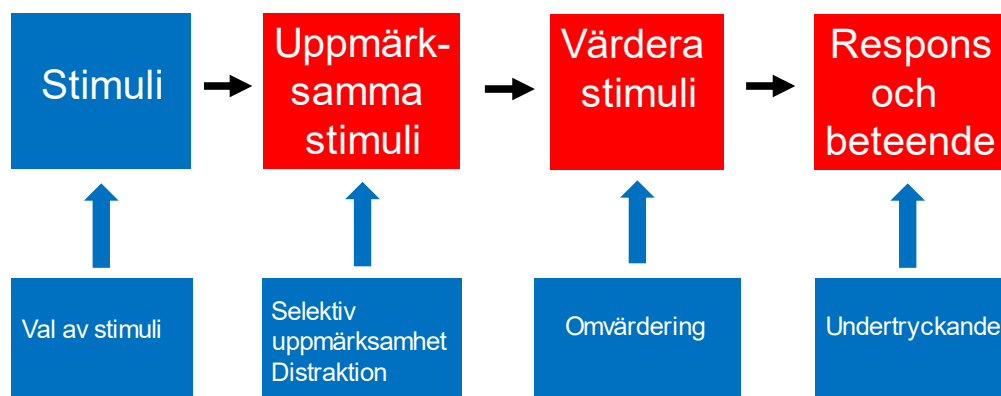
Dopaminneuron har sitt ursprung i ventrala tegmentala området i hjärnstammen. Dopamin är relaterat till lust och belöning och bidrar också till modulering av amygdala och för att motverka inflammation i CNS. Man har noterat lägre dopaminsvar hos individer med PTSD.

Uppkomst och reglering av emotioner

Emotioner uppstår vanligen genom att vi uppmärksammar externa *stimuli* som är relevanta för att uppnå våra mål, till exempel kan vi exponeras för fara som leder till emotionen rädsla, vilket i sin tur leder till beteendet att söka säkerhet. Alternativt kan emotioner, exempelvis förväntansångest, genereras internt. Efter att vi på så sätt *uppmärksammat* ett stimulus, *värderar* vi sedan detsamma. Det i sin tur kan leda till någon form av *kognitiv-, fysiologisk- eller motivationsrespons*, vilket i sin tur kan leda till någon form av *beteende* (Gross med flera, 2007; MacNamara med flera, 2016). Se Figur 6.

Figur 6. Reglering av emotioner

Reglering av emotioner



(Fritt efter Gross med flera, 2007; MacNamara med flera, 2016)

Vår reglering av dessa emotioner kan ske i olika steg. Det första handlar om att vi ibland kan *välja* vilka situationer vi går in i och avstå från vissa, till exempel att inte gå på bio och se en skräckfilm. Om man ändå går och ser denna film kan man välja att gå ut om det blir för obehagligt, vilket är ett exempel på *situationsmodifiering*. Man kan också *flytta sin uppmärksamhet* bort från obehaget till exempel genom att titta bort vid obehagliga scener eller *distrahera* sig med att flytta fokus till något annat eller inre tankar. När det gäller värderingen av stimuli kan individer reglera emotioner genom en *omvärdering* för att eventuellt minska dess påverkan. Ett vanligt sätt är att *ändra betydelsen* av stimuli. Om man till exempel ser en film med obehagliga scener kan man intala sig själv att det bara är en film, inte verkligheten. Detta sätt att reglera emotioner utgör också en viktig del vid kognitiv beteendeterapi. Responsmodulering är ytterligare ett sätt för att försöka hantera följden av en

emotion. Ett sätt att göra detta är genom undertryckande (eng. *suppression*), till exempel att försöka att inte uppträda ångestfyllt inför andra. Detta har dock visat sig vara ett icke-adaptivt sätt att hantera emotioner på.

Individer kan således i olika grad reglera sina emotioner men det kan skilja sig mycket mellan personer på grund av arv och uppväxtmiljöaspekter. Genom psykoterapi kan man möjligen lära sig att ändra och anpassa emotionsregleringen. Detta kan sannolikt också i viss utsträckning påverkas genom meditation, yoga, fysisk träning samt genom annan medveten övning och träning.

Insatspersonal, som militär personal, poliser, räddningstjänstpersonal och andra, kan dessutom genom utbildning och träning förbättra sin bemästringsförmåga, bland annat genom mer anpassade kognitiva bedömningar som beskrivits tidigare (Harvey med flera, 2010). Det kan i bästa fall leda till att valda bemästringsstrategier blir mer adekvata i en given situation (Lazarus med flera, 1984).

Konsekvenser av stress

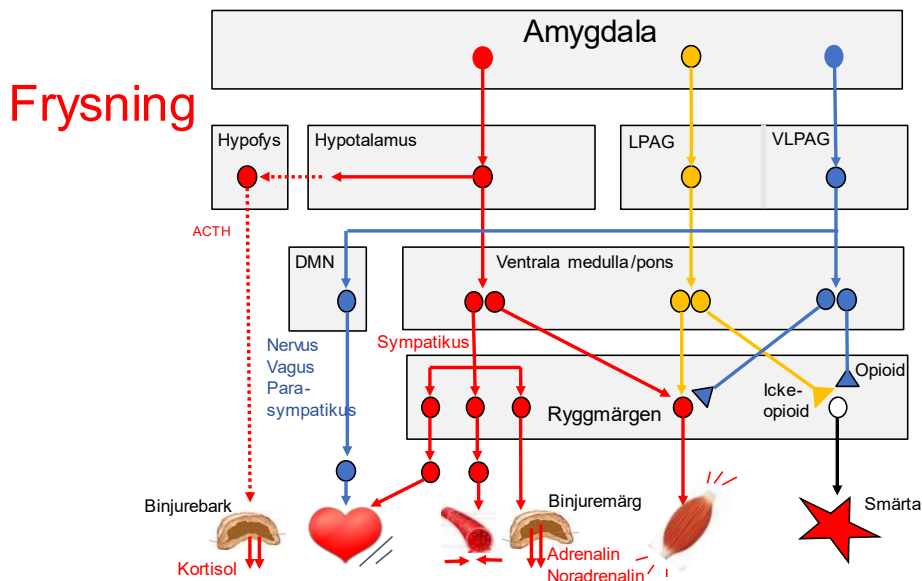
Som tidigare nämnts kan stress betraktas som en reaktion vilken under vanliga förhållanden i vårt dagliga liv ändå bör ses som en normal och viktig reaktion som också kan förbättra prestationsförmågan i krävande situationer. Det är ett nödvändigt fysiologiskt svar inför nya utmaningar och kan också positivt påverka människans mentala och känslomässiga tillstånd. Idrottare och olika yrkesgrupper kommer därför också försöka att balansera sin stress i vissa situationer då de behöver maximera sin fysiska eller psykiska prestationsförmåga. Utöver det har människan och de flesta däggdjuren ärvt den tidigare nämnda *försvarskaskaden* för att öka möjligheten till överlevnad i hotfulla situationer. Problemet är dock när stressvaret bli för dramatisk och når nivåer som försämrar funktions-/prestationsförmågan eller när det leder till reaktioner med olika allvarlighetsgrad och eventuella psykiatriska tillstånd.

Reaktioner

Försvarskaskaden

Försvarskaskaden, ofta benämnd *flykt-/kampreaktionen*, delar människan med övriga däggdjur. Dess främsta uppgift är att öka överlevnadschansen i samband med hot och fara. När ett stimuli uppfattas som ett hot om fara aktiveras försvarskaskaden, som utgör ett primitivt emotionellt tillstånd med koordinerade mönster av en motorisk, sensorisk och autonom respons (Baldwin, 2013; Kozłowska med flera, 2015). Detta tillstånd kan av vissa upplevas som uttalat överväldigande och kan dessutom utgöra bakgrunden till eventuella svårare psykiska konsekvenser för vissa individer. Första delen i försvarskaskaden utgörs av en *aktivering*, och om situationen upplevs som en fara kan det leda till en *frysning*, alternativt en *flykt- eller kampreaktion*. I dessa situationer aktiveras från amygdala de centrala och perifera stresssystemen i form av hypotalamus, laterala, respektive ventro-laterala periakveduktala grå (LPAG, VLPAG), hypofysen, områden i hjärnstammen (dorsala motornukleus, DMN; ventrala medulla och pons). Via ryggmärgen aktiveras sedan olika organsystem som binjurar, hjärta och kärl samt muskler och smärtsensorer. Se Figur 7. I samband med frysreaktionen, aktiveras *sympatikussystemet* (rött), kortisolsystemet (streckat rött), *andra aktiverande system* via LPAG. Samtidigt aktiveras dock också det hämmande *parasympatiska systemet* via VLPAG (blått). Sammantaget leder detta till en samtidig aktivering och bromsning, vilket utmärker frysningensreaktionen. Individen blir paralyserad och pulsen går inte över hundra slag per minut.

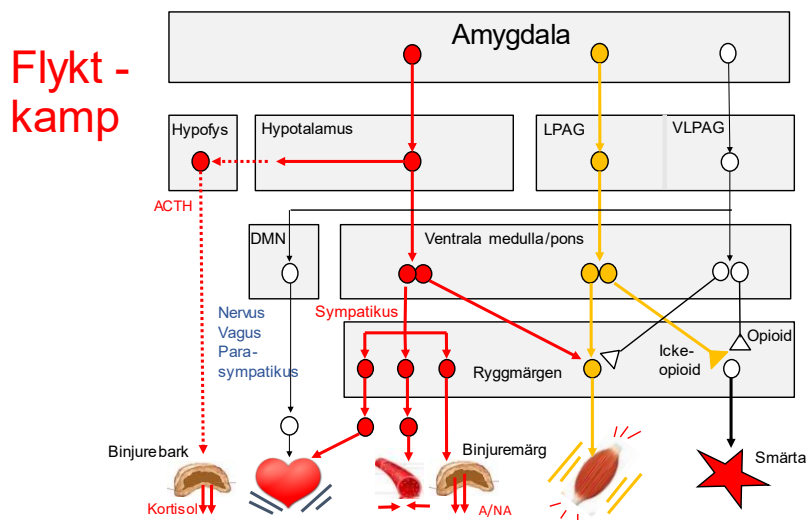
Figur 7. Frysningensreaktionen



(Efter Koslowska med flera, 2015)

När faran är nära utgörs försvarskaskaden i stället av en fullständig aktivering och i detta fall utan någon aktivitet i *parasymptikus*, ledande till att individen försöker ta till flykten eller försvara sig. Pulsen går upp över hundra slag per minut, kärlen dras åt och musklerna spänns. Se Figur 8.

Figur 8. Flykt-/kampreaktionen

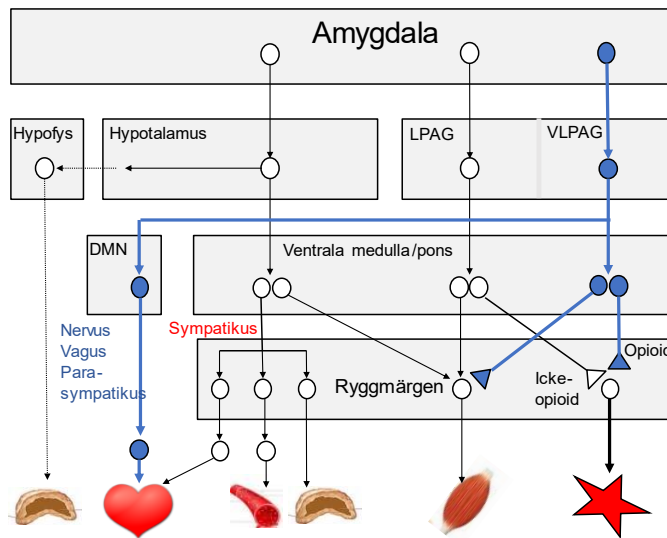


(Efter Koslowska med flera, 2015)

I de fall en individ inte kan fly, eller blir överväldigad av situationen, kan i stället en total orörlighet eller i värsta fall en kollaps infinna sig. Här aktiveras enbart de hämmande systemen (parasymptikus) i kroppen med en låg hjärtfrekvens och lågt blodtryck som följd, vilket kan leda till att individen svimmar. Se Figur 9.

Figur 9. Orörlig/kollaps

Orörlig/ kollaps



(Efter Koslowska med flera, 2015)

Akut stressreaktion (ASR)

När amygdala initierar den neurofysiologiska flykt-/kampreaktionen, aktiveras samtidigt också kognitiva och emotionella reaktioner vilka ingår i en *Akut stressreaktion (ASR)* hos den aktuella individen (World Health Organization, 2022). ASR kan ses som en normal och övergående reaktion då den i vanliga fall börjar klinga av när det som har förorsakat reaktionen har passerat eller försvunnit. Intensiteten i ASR varierar mellan individer och situationer men oftast kan fyra olika reaktionskluster identifieras: kroppsliga, emotionella, kognitiva och beteendemässiga reaktioner. De kroppsliga reaktionerna är ett resultat av att tidigare nämnda stresshormoner aktiverar musklerna (spänning), hjärtat (bankar) och svettning samt omdirigerar blodflödet från hud och tarmar vilket kan leda till blekhet, respektive obekväma känslor i buken. Känslomässiga reaktioner i olika grader kan visa sig i form av oro, rädsla, hjälplöshet, upplevd kontrollförlust, ångest, ilska, skräck eller avsky. Kognitiva reaktioner under denna aktivering kan visa sig som tunnelseende och minskade förmåga att uppfatta saker eller svårigheter med att hantera intellektuella utmaningar. De beteendemässiga reaktionerna kan avse överaktivitet, inaktivitet eller undandragande. Organismen är därmed primärt inriktad på överlevnad vilket är det evolutionära syftet med ASR.

Dissociation

En annan peritraumatisk reaktion (reaktion som uppträder direkt i samband med händelsen) som kan uppstå är *dissociation*, med vilket avses att en individ kan bli kognitivt avskärmd från det som händer. Det kan ta sig uttryck i förändringar av uppfattningsförmåga, medvetande, minne, upplevelse av närvaro och kan också visa sig i beteendet. Det är särskilt två dissociativa tillstånd som kan bli framträdande i olika grader: *depersonalisation* samt *derealisation* (American Psychiatric Association, 2022). Med *depersonalisation* avses upplevelser av överklighet, att känna sig avskild från sig själv, eller som utomstående observatör av sina egna tankar, känslor, förmimmelser, sin kropp eller sina handlingar (till exempel förändrad perception, förvanskad tidskänsla, överkligt eller frånvarande jag, emotionell stumhet och/eller fysisk domningskänsla). *Derealisation* beskrivs som upplevelser av överklighet, eller känsla av avskildhet från sin omgivning (till exempel personer eller föremål upplevs som överkliga, drömliknande eller som i en dimma, livlösa eller visuellt förvanskade). Någon kan också råka ut för *dissociativ amnesi* vilket vanligen innebär avgränsad eller selektiv minnesförlust

gällande händelsen. En del talar för att de som exponerats för negativa barndomserfarenheter i större utsträckning kan råka ut för uttalade ASR och peritraumatisk dissociation (Inslicht med flera, 2010). Dissociation också relaterat till ökad risk att drabbas av svårare posttraumatiska stressreaktioner.

Psykiatriska tillstånd

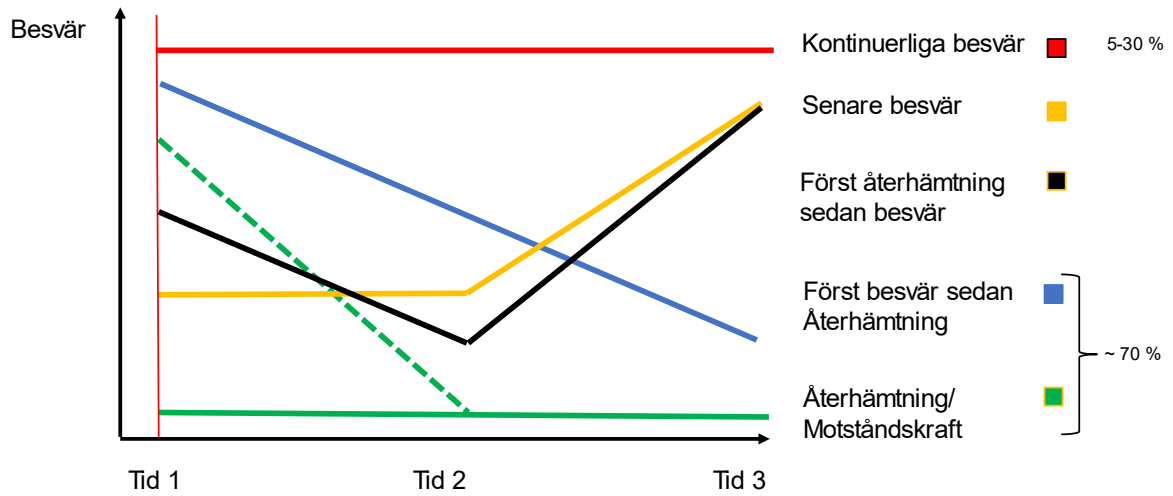
Som nämnts klingar den akuta stressreaktionen normalt av under ett par timmar men kan i mer komplicerade situationer pågå i några dagar. I en del fall, till exempel om den drabbade varit exponerad för faktiskt eller hotande död, allvarlig skada eller sexuella brott kan ASR, eventuellt i kombination med dissociativa inslag, fortsätta i mer än 3 dagar. Om en uttalad reaktion på så sätt kvarstår från fjärde dagen kan ett så kallat *Akut stressyndrom (ASD)* (American Psychiatric Association, 2022) ha utvecklats. ASD inbegriper påträngande symtom, negativ sinnesstämning, dissociativa och undvikande symtom samt symtom på arousal (alarmtillstånd) och kan därmed vara en föregångare till *posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)* (American Psychiatric Association, 2022). De kriterier som utgör PTSD stämmer i stor utsträckning överens med de som ingår i ASD: påträngande symtom, ständigt undvikande av stimuli som är associerade med den traumatiska händelsen, negativa förändringar i kognition och sinnesstämning, markanta förändringar i personens reaktioner på olika stimuli (arousal; alarmtillstånd), men vid PTSD ska symtomen ha varat i minst en månad. I många fall, 50–80 %, kan man hos de som utvecklat PTSD även notera samsjuklighet med andra tillstånd som till exempel depression, ångest eller substansberoende (Korte med flera, 2021).

Processer över tid

De flesta drabbade uppvisar således motståndskraft och återhämtar sig vanligen relativt snabbt efter potentiellt traumatiska händelser (Bonanno, 2004; Norris med flera, 2009; Bonanno med flera, 2013; Joshi med flera, 2017). Andra återhämtar sig lite långsammare med eller utan hjälp, främst under de tre första månaderna och sedan planar kurvan ut något. Några kan utveckla senare besvär, vilket kräver att de följs upp. En viss andel (5–30 %) kan dock utveckla kroniska besvär av typen PTSD, anpassningsstörning, depressiva besvär, olika ångestsyndrom eller beroendesyndrom. Figur 10 nedan visar en sammanställning av dessa olika processer över tid. Huvuddelen, cirka 70 % eller fler, kommer således att återhämta sig på kortare eller längre sikt, beroende på art och typ av händelse. Man behöver således inte utgå från att alla drabbas, utan samhället kan i stället fokusera stödinsatserna på dem som behöver det mest över tid. Det betyder att man särskilt bör följa upp dem med uttalade riskindikatorer och identifiera de som utvecklar kroniska besvär. Dock bör man också initialt hålla kontakt med och följa upp dem en kort tid som inte verkar ha några uttalade behov i akutfasen.

Figur 10. Processer över tid

Processer över tid



(Fritt efter Bonanno 2004, Norris med flera, 2009 och Bonanno med flera, 2013 samt Joshi med flera, 2017; Schultebrucks med flera, 2021)

2. Internationella rekommendationer

Riktlinjer från ISTSS

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) är en världsomspännande sammanslutning av forskare inom det psykotraumatologiska området. Varje år presenteras nya forskningsresultat och ny kunskap vid konferenser i Nordamerika. ISTSS har också publicerat uppdaterade rekommendationer på området som motsvarar evidensbaserad kunskap och *best practice*, senast i boken *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* av Forbes med flera, (2020). I denna bok görs en genomgång av litteraturen för att ange rekommendationer primärt avseende behandling av PTSD, se vidare under avsnitt om behandling längre fram. De noterar att det inte finns entydig evidens för hur individer bör bemötas i akutfasen men hänvisar till Världshälsoorganisationens (WHO, 2011) och andra guidelines runt om i världen som rekommenderar *Psykologisk första hjälp (PFH)* som primär stödinsats för individer som exponerats för potentiellt traumatiska händelser.

Handbook of PTSD

Handbook of PTSD förmedlar också litteraturbaserade rekommendationer (Friedman med flera, 2021). Detta är den tredje versionen av denna bok och grundkonceptet för att stödja drabbade anges utgöras av en pyramid där grunden för stöd primärt handlar om att först tillgodose basala behov och därefter följa upp drabbade och förmedla stöd utifrån individuella behov. Sådana stegvisa insatser har också tidigare betonats bland annat i *The screen and treat model* (Brewin 2005; Brewin med flera, 2008; Nash med flera, 2012; O'Donnell med flera, 2012; Pfefferbaum med flera, 2013; TENTS, 2009; Watson med flera, 2014; OPSIC-project, 2015). Dessa insatser kan beskrivas som proaktiv uppföljning, screening och behandling. Enligt denna modell bör de omedelbara interventionerna i akutfasen gå ut på att informera om händelsen, ge stöd, informera om normala reaktioner och följa upp individerna för att fånga dem med kvarstående symtom. De senare ska sedan behandlas med evidensbaserade metoder. En förenklad variant av en sådan interventionspyramid finns beskriven i Figur 12, under avsnittet om kristöd.

NICE report

Brittiska *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* presenterade år 2005 en vetenskaplig genomgång på området posttraumatiskt stressyndrom som fick stort genomslag internationellt (NICE-report, 2005). Rekommendationerna i denna rapport kan sammanfattas på följande sätt:

- De drabbade bör få möjlighet till empatiskt stöd som kan vara praktiskt, emotionellt och socialt
- Det är positivt med information om vanliga reaktioner och råd för att bemästra dem, muntligt och skriftligt
- För drabbade med milda reaktioner som har varat i mindre än fyra veckor kan *watchful waiting* vara en god modell. Betoningen ligger här på *watchful*, vilket innebär att man proaktivt ska följa upp även dessa individer
- Man bör avstå från den gamla modellen av så kallad psykologisk debriefing med enskilda individer
- Efter tre veckor till en månad kan det vara lämpligt med screening av högriskindivider med ett enkelt instrument

- De individer som vid uppföljningen uppvisar uttalade symtom ska få tillgång till traumafokuserad psykoterapi inom en månad. Se mer om behandling nedan
- Om de initiala reaktionerna efter en potentiellt traumatisk händelse klingar av, kommer de sannolikt att gå över av sig själva. Däremot ska man följa upp de drabbade och bedöma behovet av behandling om reaktionerna kvarstår på samma nivå, om de ökar eller om de är särskilt besvärliga

TENTS

I Europa har det funnits en stor variation av interventioner efter allvarliga händelser, av vilka många tidigare haft ett otillräckligt vetenskapligt underlag. Därför skapades EU-projektet TENTS (*The European Network for Traumatic Stress*, 2009) och man har sammanställt en europeisk konsensusrapport inom området. (Bisson med flera, 2010; Witteveen med flera, 2012). TENTS innehåller följande rekommendationer när det gäller samhällets insatser efter traumatiska händelser:

Första veckan

- Förmedla praktiskt stöd med empati
- Varken uppmuntra eller hindra människor från att berätta
- Öppna en hemsida för information och stöd

Första månaden

- Drabbade med svårigheter bör bedömas avseende behovet av insatser
- De med akut stressyndrom (ASD) bör erbjudas TF-KBT

Månad ett till tre

- De med PTSD bör ha tillgång till traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) eller *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*
- Individer med uttalade symtom bör kontaktas proaktivt

Efter tre månader

- De som har fortsatta svårigheter bör erbjudas professionell bedömning
- De med långvariga besvär bör erbjudas rehabilitering

OPSIC

Inom EU har ytterligare riktlinjer utvecklats, *The comprehensive guideline on mental health and psychosocial support (MHPSS) in disaster settings* (OPSIC-Project, 2015). Dessa riktlinjer pekar på att stöd bör följa internationell kunskapsstandard, utgå från humanitära- och jämlikhetsprinciper, vara tillgängligt för alla utifrån aktuella behov och bör genomföras med stegvisa insatser från enkelt stöd till professionell bedömning. När det gäller dimensionering av krisstödsinsatser avgörs detta primärt av händelsens art och natur. I likhet med TENTS grundar sig även OPSIC på de fem elementen beskrivna av Hobfoll med flera, (2007) och det praktiska stödet utgörs av psykologisk första hjälp som beskrivs nedan. Dessa riktlinjer anknuter också till den ovan nämnda *Screen and treat model*. OPSIC guideline kan nås via länken:

<https://www.uibk.ac.at/psychologie/fachbereiche/psychotraumatology/resources/opsic-mhps-comprehensive-guideline-june-2016.pdf>

Fem grundelement för stöd i akutfas

Efter att man noterat att tidigare stödinsatser kunde vara för påträngande för en del drabbade gick en grupp framstående forskare tillbaka till litteraturen och kunde då identifiera fem viktiga element

som bör utgöra grunden för stöd till drabbade i akutfas (Hobfoll med flera, 2007). I detta arbete beskrivs det vetenskapliga underlaget för dessa fem grundläggande principer och man rekommenderar att de bör vara vägledande när stödinsatser utformas. Principerna handlar om att:

- Stärka känslan av säkerhet
- Lugna dem med uttalade reaktioner
- Stärka känslan av självtillit och tillit till samhällets förmåga
- Stärka samhörighet (socialt stöd)
- Stärka känslan av hopp.

För att iscensätta och genomföra dessa insatser har andra koncept utvecklats: *Psykologisk första hjälp (PFA)* samt *Förmåga för psykologisk återhämtning (FPÅ)*, vilka beskrivs utförligare nedan.

Psykologisk första hjälp

National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD i USA utvecklat en sammanställning av evidensinformerad kunskap inom området akut krisstöd (Brymer med flera, 2006). Sammanställningen benämns *Psychological First Aid, Field Operations Guide* och är översatt till svenska med titeln *Psykologisk första hjälp (PFH)* och finns tillgänglig på:

<http://michelmentor.se/files/Psykologisk-först-hjälp.pdf>

PFH är utformat för att minska de omedelbara effekterna av traumatiska händelser samt för att stödja adaptiva funktioner på kort och på lång sikt. PFH följer de tidigare angivna principerna för stöd i akutfasen och omfattar följande mål:

- *Kontakt och engagemang*: Etablera mänsklig kontakt på ett medkännande och icke-påträngande sätt
- *Säkerhet och trygghet*: Tillgodose basala behov. Förstärk upplevelsen av säkerhet och trygghet både fysiskt och emotionellt
- *Stabilisering*: Lugna drabbade som är emotionellt överväldigade och panikslagna
- *Behovsinventering*: Bidra till att de drabbade kan formulera sina omedelbara behov
- *Praktiskt stöd*: Förmedla stöd så att de drabbade kan tillgodose sina behov
- *Socialt stöd*: Bidra till att de drabbade kommer i kontakt med närstående och andra hjälpinstanser
- *Information och bemästring*: Förmedla information som kan stödja de drabbade i att bemästra de psykologiska effekterna av händelsen
- *Kontakt med övriga stödinstanser*: Underlätta fortsatta kontakter med samhällets övriga stödinstanser

Det finns möjlighet att ta en kurs i psykologisk första hjälp på engelska, på *The National Child Traumatic Stress Network*: <http://learn.nctsn.org/course/index.php?categoryid=11>

Förmågor för psykologisk återhämtning

Utöver PFH har *National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD* i USA också tagit fram en evidensinformerad modell för fortsatt stöd över tiden i det som på engelska kallas *Skills for psychological recovery (SPR) – Förmågor för psykologisk återhämtning (FPÅ)* (Berkowitz med flera, 2010). Detta koncept innehåller moment som kan understödja återhämtningen när de omedelbara behoven i den akuta fasen har blivit mötta. FPÅ kan ses som en modell för sekundär prevention. Med

andra ord är det en intermediär intervention med syftet att minska befintliga besvär, identifiera bemästringsförmågor och förbättra funktionsnivån samt att möjligen minska behovet av senare behandling. FPÅ är översatt till svenska och finns tillgängligt på:

<http://michelmentor.se/files/Förmågor-för-psykologisk-återhämtning-juli-2014.pdf>

FPÅ innehåller följande moment:

- *Öka förmågan till problemlösning.* Detta är en metod för att definiera ett problem och mål, "brainstorming" om ett antal vägar för att lösa problemet, utvärdera dessa vägar och sedan pröva de sätt som verkar lämpligast
- *Främja positiva aktiviteter.* Det handlar om sätt att förbättra stämningläget och funktionsnivån genom att identifiera och pröva positiva och trevliga aktiviteter
- *Hantera reaktioner.* Här handlar det om att stärka förmågan att bemästra och minska oroande kroppsliga och känslomässiga reaktioner i vissa besvärliga situationer
- *Hantera tankar.* Den drabbade får lära sig olika sätt att identifiera oroande tankar och motverka sådana med andra sätt att tänka
- *Återupprätta hälsofrämjande sociala kontakter.* Detta moment ger vägar för att återupprätta viktiga relationer och samhälleligt stöd.

3. Krisstöd

Krisstöd kan således definieras som allt medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd som olika samhällsinstanser, som kommunernas och regionernas krisstödsorganisationer i vårt land förmedlar i samband med potentiellt traumatiska händelser. Syftet kan beskrivas som att förmedla adekvat information, emotionellt och praktiskt stöd samt därefter följa upp drabbade och se till att de som behöver det blir föremål för professionell bedömning. De som senare bedöms lida av någon form av traumarelaterad ohälsa ska därefter få tillgång till adekvat behandling. Grunden för stöd är de tidigare nämnda fem elementen: stärka känslan av säkerhet, lugna dem med uttalade reaktioner, stärka känslan av självförtroende och förtroende till samhällets förmåga, stärka samhörighet (socialt stöd), samt stärka känslan av hopp (Hobfoll med flera, 2007).

För att genomföra praktiskt krisstöd för individer i samhället som drabbats av en allvarlig händelsen rekommenderas internationellt att man använder sig av *Psykologisk första hjälp (PFH)*. PFH som tidigare beskrivits innefattar ett antal åtgärder som motsvarar de nämnda fem grundelementen för stöd i akutfas. För stöd till insatspersonal har man utvecklat ett motsvarande koncept som bygger på samma grund, *Första hjälp vid stress (FHS)*, vilket närmare beskrivs under avsnittet om arbetsrelaterad stress. I samband med uppföljning kan komponenter i det också tidigare beskrivna *Förmågor för psykologisk återhämtning (FPÅ)* utgöra bidrag till krisstödspersoners kompetens.

Nedan beskrivs ytterligare komponenter som kan ingå i det primära stödet. Sådana delar kan utgöras av hur akuta stressreaktioner kan hanteras, samt hur krisstödspersoner kan bidra till att stödja återhämtning. Det senare kan exempelvis ske genom stöd till självhjälp, samt att uppmuntra socialt stöd vilket också är ett av de viktigaste medlen för att motverka mental ohälsa efter exponering för potentiellt traumatiska händelser. Vidare anges bland annat med stöd av algoritmer hur samhällets system för krisstöd kan se ut i form av olika interventionsnivåer. Hur krisstöd kan genomföras när barn och ungdomar är drabbade och stöd hur i gruppform kan genomföras, beskrivs också kort. Samhällets stödorganisationer bör beakta behoven i olika faser efter en allvarlig händelse, samt i förväg planera för hur exempelvis ett *stödcentrum* för allmänheten kan utformas, vilket också beskrivs nedan. Slutligen beskrivs i detta avsnitt nationella och internationella rekommendationer för behandling av posttraumatiskt stressyndrom.

Hantering av uttalad akut stressreaktion

Akut stressreaktion (ASR) som tidigare beskrivits är att betrakta som en normal reaktion på upplevelser av hot. Icke desto mindre kan en svårare variant visa sig som en frysningsreaktion med olika grader av dissociativa inslag som också tidigare beskrivits. Reaktionerna kan ta sig följande uttryck:

Kroppsliga: hjärtklappning, svettning, skakning.

Kognitiva: vara som i en dimma, förvirring.

Emotionella: ledsenhet, ångest, ilska, förtvivlan.

Beteendemässiga: överaktivitet, inaktivitet, undandragande.

Konsekvenserna av en uttalad ASR kan således hos någon beskrivas som en hyperaktivering av amygdala som leder till känsla av hjälplöshet, en upplevelse av ensamhet eller övergivenhet, alternativt olika grader av förvirring. Om du noterar en drabbad individ som i något läge reagerar med en uttalad ASR, kan du använda dig av stödmodellen *KEFFI* (akronym utifrån åtgärderna), som

omfattar fem punkter utvecklad av Farchi med flera, (2018) och Svelitsky med flera, (2019). Se Figur 11 nedan

Figur 11. Hantering av ASR med "KEFFI".

Fempunktsmodell för hantering av ASR

Åtgärder (KEFFI)	Innehåll	Bakgrund	Exempel
Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> Skapa ögonkontakt Nämn den drabbades namn, fråga om hon/han hör dig Rör individens arm, be den röra din arm 	Säkerställa att du fångat den drabbades uppmärksamhet via olika sensorier	"Daniel" "Se på mig" "Hör du mig?" "Jag kramar din arm, krama min också"
Engagemang	<ul style="list-style-type: none"> Försäkra den drabbade om att denna inte är ensam och att du är där 	Bryta igenom den drabbades känsla av isolering	"Du är inte ensam" "Jag är här hos dig"
Fakta	<ul style="list-style-type: none"> Ställ enkla faktabaserade frågor om kronologi, mängd, namn, vad den drabbade gjorde där. Frågorna ska bara kräva korta svar och vara relevanta för situationen 	Medvetet sätt att engagera frontallobsfunktioner	"Vid vilken tid hamnade du här?" "Hur många känner du här?" "Varför var du här?"
Förankring	<ul style="list-style-type: none"> Bekräfta och beskriv i enkla termer vad som hänt, vad som händer och vad som kommer att ske 	Förankra individen i situationen på olika sätt	"Branden verkar ha börjat på andra våningen" "De skadade är omhändertagna nu" "Du är i säkerhet här"
Instruktion	<ul style="list-style-type: none"> Be den drabbade göra enkla saker 	Uppmuntra individen att återfå funktion för att minska upplevelse av hjälplöshet	"Hämta din väska" "Vi hjälps åt att flytta stolarna" "Du kan förse dig med kaffe och smörgås där borta"

(Farchi med flera, 2018; Svelitsky med flera, 2019)

Stöd för återhämtning

Som grund för krisstöd rekommenderas tidigare beskrivna delar, *Psykologisk första hjälp (PFH)*, och *Första hjälp vid stress (FHS)* att användas för drabbade i samhället respektive insatspersonal. Delar som beskrivs i *Förmåga för psykologisk återhämtning (FPÅ)* kan också användas för ytterligare stöd. Nedan beskrivs andra komponenter som drabbade individer kan uppmuntras att pröva själva som stöd för återhämtningen när det gäller att återfå balans, självförtroende och för att stödja egen motståndskraft. Först anges några punkter som grund för att stödja återhämtning, varefter olika delar av *individuell stresshantering* närmare beskrivs. Dessa olika delar kan krisstödjare i dialogform ta upp med den drabbade utifrån vad som ter sig aktuellt och rimligt.

- Ta kontakt med andra för att ta del av socialt stöd.
- Försöka att upprätthålla vanliga dagliga rutiner, vilket visat sig vara bra särskilt för barn.
- Söka hjälp när det behövs.

Individuell stresshantering

Om det är något som orsakat aktuell stress försöker vi medvetet eller omedvetet hantera densamma probleminriktat, eller om inte det är möjligt försöker vi hantera våra reaktioner mer kognitivt, emotionellt eller beteendemässigt. Nedan beskrivs några delar som kan bidra till probleminriktad stresshantering, samt hur vi kan hantera tankar, emotioner och när det gäller att ändra beteenden. Flera av dessa delar kan bidra till att aktivera det lugnande parasympatiska nervsystemet och därmed stödja återhämtningen.

Probleminriktad stresshantering

Om de aktuella stressreaktionerna är relaterade till ett problem som kan hanteras på något sätt, kan det kanske vara bra att först skaffa mer information om den aktuella utmaningen. Därefter kan man försöka analysera problemet, vad det handlar om, försöka komma fram till vad man vill uppnå, och sedan identifiera olika handlingsalternativ. Därefter kan det vara bra att försöka finna vägar för att på

bästa sätt hantera problemet, till exempel komma fram till vad man ska börja göra, samt vad man ska göra sedan (Larsson, 2021).

Skriva om det upplevda

Att skriva om sina upplevelser kan också bidra till att stödja återhämtning efter allvarliga händelser (Pennebaker, 1997). Ett enkelt exempel kan vara att ena dagen skriva i 15 minuter om aktuella tankar och känslor relaterade till det som hänt, och dagen efter kan den drabbade anteckna de reflektioner denna gör över det som antecknades dagen innan.

Reglera emotioner

Ibland kan vi inte välja bort det som händer oss och då blir emotionsreglering en viktig komponent i vår bemästringsarsenal. Tre vanliga sätt att reglera våra emotioner är genom distraktion, omvärdering samt undertryckande (Gross med flera, 2007; MacNamara med flera, 2016). Att på ett anpassat och adekvat sätt reglera sina emotioner kan bidra till att stödja återhämtning.

Distraktion

Emotionsreglering genom medveten distraktion kan vara adekvat i början efter en allvarlig händelse, till exempel genom att distansera sig från det obehagliga genom att fokusera på den uppgift man har. Det har dock visat sig att distraktion är mindre adekvat över tid. Det är i stället bättre att så sakteliga börja möta sina minnen och känslor för att återhämta sig väl. I samband med distraktion, bör man försöka att så småningom acceptera den aktuella känslan och om möjligt ge den ett namn. Som exempel på distraktion kan man därefter försöka tänka på något annat, eller ägna sig åt någon fysisk aktivitet – en promenad i naturen, alternativt lyssna på sin favoritmusik.

Omvärdering

Omvärdering beskrivs som kanske det viktigaste sättet att reglera våra emotioner. Man kan börja som beskrivits ovan med att acceptera den aktuella känslan, ge den ett namn och sedan – försöka ändra betydelsen av det som hände, eller försöka se annorlunda på det inträffade. Kanske kan den drabbade minnas att andra människor gjorde goda gärningar i samband med en svår situation, att tänka på sådant kan också bidra till omvärdering.

Undertryckande

Individer bör vara medvetna om när de börjar undertrycka sina känslor, alltså när de märker att de inte vill närma sig dessa eller visa dem för andra. Det kan nämligen leda till mer negativa känslor, och minska lärandet och insikten om att den drabbade klarar av att hantera de svåra känslorna över tid.

Reglera hyperaktivering

När det aktiverande nervsystemet, sympatikus är överaktivt, som när man upplever akuta stressreaktioner av olika slag, kan man försöka lugna sig själv på olika sätt. Genom flera av nedan beskrivna delar kan i stället det parasympatiska nervsystemet aktiveras och därmed bidra till större lugn.

Långsam andning

För att göra lugnande andningsövningar kan bra att först finna en lugn plats där man kan sätta sig bekvämt och sluta ögonen. Därefter kan man använda en andningsteknik som har visat sig kunna minska stress om den används 5 minuter dagligen (Balban med flera, 2023). Man andas då in långsamt genom näsan, och när lungorna har expanderat, gör man ytterligare en kort inandning för att maximalt fylla lungorna. Därefter bör man göra en dubbelt så lång utandning genom munnen.

Närvaro eller groundingtekniker

Här använder man sina sinnen för att flytta fokus från exempelvis sina oroande tankar. Man bör börja med att göra ett par andningsövningar innan enligt ovan, därefter fokusera på sina sinnen här och nu. Det kan ske genom att tyst för sig själv nämna tre saker man såg innan man blundade, man kan nämna något ljud man hör, och känna efter hur stolsdynan känns mot rumpan och sedan hur fötterna känns i skorna eller mot golvet.

Intresserad nyfikenhet

När negativa och svåra tankar dyker upp kan det vara av värde att påminna sig om att tankar bara är just - tankar och att dessa inte alltid är relaterade till verkligheten. Av det skälet kan det vid sådana tillfällen vara bra att **bara nyfiket notera** när oroande tankar uppträder och då försöka **undvika att fråga sig "varför"** man tänker så. Om man i stället ofta låter sådana oroande tankecyklar ta kommandot kan det bidra till negativt grubblande, vilket i sin tur kan leda till nedstämdhet över tid (Brewer, 2021).

Kroppslig avslappning

Ett exempel här kan vara att andas in djupt och hålla andan samtidigt som man spänner de stora muskelgrupperna i kroppen. Därefter andas man ut långsamt och släpper spänningen i musklerna. Man kan också ägna sig åt fysisk träning: promenader, power-walk eller jogging.

Meditation

Mindfulnessövningar med fokus på andningen eller yoga, kan också bidra till att stödja det lugnande parasympatiska nervsystemet och därmed bidra till öka välbefinnande, engagemang och motståndskraft samt att minska utbrändhet, stress, ångest och nedstämdhet (Cohen med flera, 2023; Melnyk med flera, 2020).

Självpåverkan

Visualisering

Man har visat att visualisering kan användas för att stödja emotionell, kognitiv och beteendemässig förändring (Blackwell, 2018). Som exempel kan man åter sluta sina ögonen och göra några andningsövningar och sedan för sitt inre försöka se hur man klarar det svåra på ett bra sätt.

Positiv självdialog

I sportsammanhang har man funnit att negativ självdialog kan bidra till oro och ångest, medan positiv självdialog i stället kan bidra till bättre prestationer (Santos-Rosa med flera, 2022). Positiv självdialog kan således vara användbart för att minska ångest och rädsla i stressfulla situationer. Här följer exempel på hur detta kan användas. Man börjar åter med att göra några lugnande andningsövningar och talar sedan med lugnande stämma inom sig själv, där man exempelvis kan använda följande kommentarer och upprepa dem ett antal gånger: "Denna situation varar inte för evigt", alternativt "Du klarar det här" eller använd lugnande mantra som till exempel: "Lugn – säker – trygg".

Hantera tankar

En konsekvens av stress är att våra kognitiva förmågor påverkas vilket kan leda till att vi hamnar i olika former av tankefällor. Exempel på sådana kan vara:

- Svart-vitt tänkande: det finns inte några alternativ mellan att lyckas och totalt misslyckande.
- Övergeneralisering: om en sak blir fel, då måste det mesta andra också bli det.
- Mentalt filter: förstorar och överdriver betydelsen av vissa händelser.
- Diskvalificering av det positiva: svårt att ta emot komplimanger, nedvärderar sig själv.

- Förhastade slutsatser: fokuserar bara på det negativa.
- Katastroftankar: bara för att detta inte gick bra så kommer allt annat att gå åt skogen.
- Känslotänkande: blandar ihop känslor med fakta, för att det "känns så".
- Krav och måsten: ställer orimliga krav på sig själv och andra.
- Etikettering: Anger negativa beskrivningar av sig själv eller andra.
- Personalisering: allt handlar om en själv eller är ens eget fel.

För att hantera dessa tankefällor rekommenderas att man stödjer drabbade individer att dels notera dessa tankefällor och att man försöker bidra till att hantera dem genom så kallad kognitiv omstrukturering. Med det menas att stödja individen att försöka tänka annorlunda, rationellt och mer realistiskt (Harvard Medical School, 2020; Darnall med flera, 2021).

Kognitiv omstrukturering

Ett exempel på detta är att utifrån akronymen **SARV** försöka förmå individen att hantera sina tankefällor genom att:

Stanna upp: säga stopp till sig själv, ta en kort time-out och bryta negativa tankecykler.

Andas långsamt: ta ett par långsamma andetag.

Reflektera: är detta sant, vilka bevis finns för det? Var det en för snabb slutsats? Kan jag värdera situationen på ett annat sätt? Vad är det värsta som kan hända? Är jag hjälpt av att tänka så här?

Välja problemlösning: (1) utmana tankefällor och ifrågasätt sin verklighetsbeskrivning; att komma ihåg att det mesta vi oroar oss för, kommer ändå inte att inträffa; (2) acceptera det man inte kan ändra på och om möjligt dra lärdom av det; att använda stresshanteringsmekanismer mot oroande tankar och reaktioner samt att visa självmedkänsla; (3) samla mer information; söka stöd och fråga om råd; försöka finna mer anpassade bemästringsstrategier samt att göra upp en plan och agera.

Acceptans

Hur man lever sitt liv kommer att påverka hur man mår. Att bli mer medveten om sina egna sätt att reagera i olika situationer kan därför bidra till att stärka ens egen motståndskraft. Något som kan bidra till det senare kan vara genom att exempelvis försöka möta omvärlden med en mer medveten respons i stället för reaktivt sätt. Ett mer accepterande förhållningsätt kan därför möjligen bidra till att stärka individer avseende hanteringen av livets olika utmaningar. Terapiformer som *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)* och *Kognitiv beteendeterapi (KBT)* innehåller komponenter som kan leda till ett mer accepterande förhållningssätt avseende sådant vi inte kan påverka i vår omvärld.

Inom KBT används bland annat *Tematisk beteendeanalys* i detta syfte. Exempelvis beskrivs en formel som kan medvetandegöra våra reaktioner inför de situationer vi kan hamna i (Wadström, 2021). En förenklad sådan formel är: $S + R = K$. Här står "S" för situation, alltså det vi möter i vår omvärld. "R" handlar om vår egen respons inför den situationen, och "K" betyder konsekvens. Situationen, det eller de personer vi möter är ofta inte lätt att påverka, men vi själva kan i större utsträckning än vi tror bestämma hur vi själva ska respondera på situationen eller personen. Hur vi gör det leder till någon konsekvens, alltså hur vi kommer att tänka, känna eller bete oss. Ju mer vi kan acceptera att vi inte alltid kan påverka vår omvärld men att vi kan ta ansvar för vår respons, desto bättre kan vi kanske hantera livets omständigheter.

En liknande formel utgörs av $L = S \times M$. "L" står här för lidande, och "S" betyder smärta medan "M" avser motstånd (Young, 1995). Här menar man att vårt lidande kan reduceras om vi i större utsträckning accepterar att livet också innehåller smärta. Det är alltså inte smärtan i sig vi behöver

acceptera, men att vi ibland behöver acceptera att vi behöver hantera livet med den kroppsliga eller själsliga smärta som vi drabbats av.

Ändra beteenden

I en svensk vetenskaplig avhandling (Almén, 2022) fann man att vissa beteendeförändringar kunde minska stress, ångest och depression hos individer som upplevde höga stressnivåer i livet.

Exempel på sådana beteendeförändringar som kan stärka återhämtning anges nedan.

- Se till att skapa möjligheter för god sömn
- Avslappning: psykofysiologisk deaktivering: Individuell stresshantering i stället för tv-tittande och mobilskrollande
- Kontroll: delta verksamheter som ger upplevelse av kontroll, både på arbetet och på fritiden
- Fokuserad uppmärksamhet: mindfulness i vardagen: till exempel, känna efter hur maten smakar – distraktion
- Fysisk aktivitet
- Kulturella aktiviteter och musik
- Vistas i naturen
- Sociala aktiviteter: självvalda; möjlighet till skratt
- Psykologisk avskiljning: från sådant som belastar; distraktion kan motverka negativt grubblande
- Att ägna sig åt självtillitsstärkande utmaningar

Vad som bör undvikas

För att ovan nämnda delar ska kunna leda till positiva effekter avseende återhämtning, finns det också några aspekter som man bör undvika. Här anges några sådana exempel.

- Att använda alkohol eller droger i lugnande syfte
- Att dra sig undan från familj och vänner
- Äta för mycket eller för lite
- Arbeta för mycket
- Aggressivitet eller våld
- Att skylla på andra
- Att göra riskfyllda saker som att köra bil vårdslöst
- Extremt undvikande när det gäller att tänka på eller prata om sina upplevelser
- Överdriven användning av olika medier eller datorspel

Socialt stöd

Utmärkande för en modernare syn på krisstöd i akutfas är således att man på grund av risken för att vara för påträngande gått ifrån att primärt fokusera på "emotionellt bearbetande" i den akuta fasen efter en potentiellt traumatisk händelse. I stället inriktas stödet mot att skapa trygghet och säkerhet för individerna samt på individernas specifika behov. För de flesta är det naturligt att framför allt få stöd från sina närstående, från kollegor och chefer på arbetsplatser efter potentiellt traumatiska händelser. Studier har visat att sådant socialt stöd kan leda till lägre grad av psykiatrisk sjuklighet efter exponering för allvarliga händelser (Brewin, 2000; Ozer med flera, 2003). Det sociala stödet beskrivs ha en buffrande effekt eftersom det kan öka känslan av kontroll och självtillit. Bemästringen kan stärkas genom att socialt stöd också underlättar för människor att omvärdera händelsen de har

varit med om. En viktig faktor handlar också om att drabbade kan förvänta sig att de är omgivna av andra som vill dem väl, som bistår och som finns till hands över tid om det behövs.

System för krisstöd - interventionsnivåer

Fokus i ett modernt krisstödssystem enligt tidigare nämnda *Screen and treat model* bör således vara att förmedla *stöd i akutfas* till om möjligt alla drabbade alla drabbade. Drabbade bör sedan *följas upp* proaktivt. Det innebär att de vars reaktioner och besvär inte viker inom ett par veckor eller de som utvecklar symptom över tid bör erbjudas *professionell bedömning* och vid behov erbjudas evidensbaserad behandling. Detta krisstödssystem med interventionsnivåer beskrivs mer i detalj nedan och sammanfattas i Figur 12.

Stöd

- *Psykologisk första hjälp* från stödpersoner
- Utse kontaktpersoner
- Proaktiv kontakt
- Använd konceptet *Förmågor för psykologisk återhämtning* efter 2–3 veckor för de som behöver stöd i att hantera tankar, känslor och beteenden

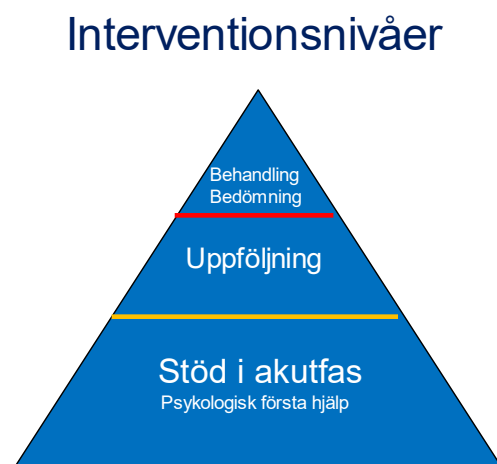
Uppföljning

- Genomför eventuella interventioner efter behov
- Hänvisa till andra stödinstitutioner vid behov
- Aktivering av stödcentra, hemsidor, sociala medier och telefonstödlinjer
- Organisering av stödgrupper för till exempel sörjande

Bedömning/behandling

- Screening av dem som inte återhämtar sig efter 3 veckor till 1 mån (samt efter 3 och 12 mån för eventuella utvärderingsändamål)
- Värdera behandlingsbehov
- Behandling som erbjuds bör vara evidensbaserad

Figur 12. Interventionsnivåer



Screening för PTSD

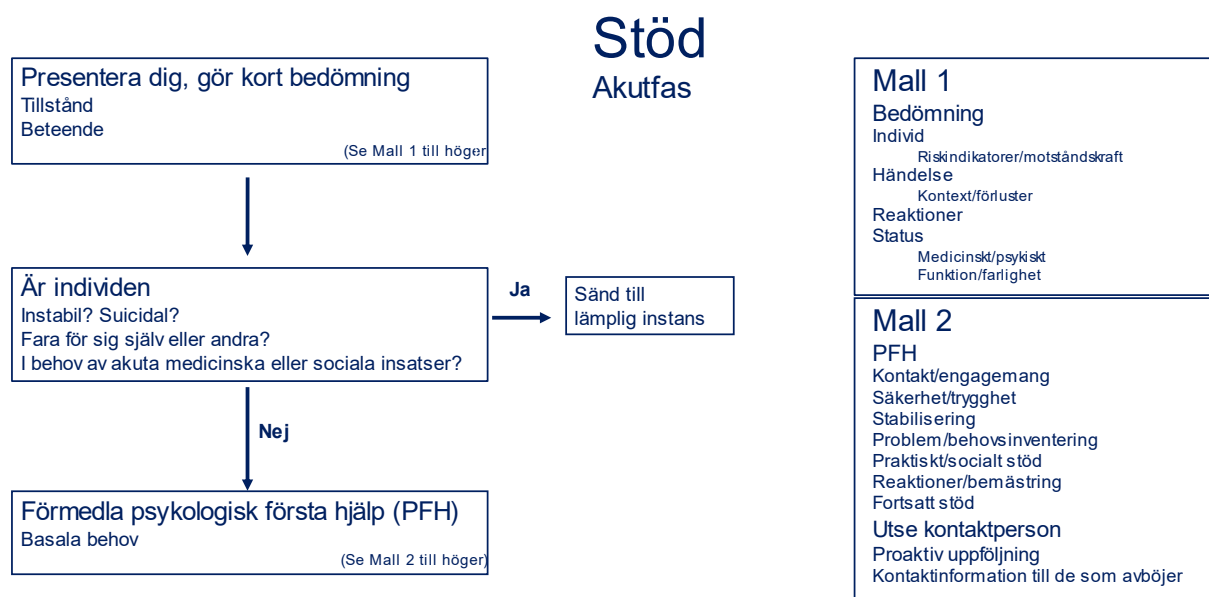
Instrument för screening är primärt inte till för att ställa diagnos. I stället kan de användas av krisstödspersonal samt av ledare och kamratstödare i insatsorganisationer för att genom dialog med drabbade individer finna de som kan ha mer uttalade besvär. Instrumenten kan användas för uppföljning av drabbade, och därigenom bidra med information om när en individ bör överföras för

professionell bedömning och eventuell behandling. Ett screeningformulär som är enkelt att använda som stöd för uppföljning av drabbade är *Trauma Screening Questionnaire (TSQ)* (Brewin med flera, 2002). TSQ bör användas tidigast 3 veckor efter en händelse. Formuläret omfattar 10 frågor och om individen svarar jakande på 6 eller fler av dessa frågor föreligger en hög sannolikhet för att denna kan utveckla PTSD. Ett annat sådant instrument för screening är *Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)*, framtaget av Prins med flera, (2016). PC-PTSD-5 kan användas cirka en månad efter en definierad allvarlig händelse. Det består av 5 frågor, där 3 eller fler positiva svar bäst balanserade de falskt negativa och falskt positiva och motsvarade risk för att diagnostiseras med PTSD (Bovin et al. 2021). Båda dessa instrument återfinns i Bilaga 1.

Algoritmer för stöd och uppföljning

För att ytterligare tydliggöra interventionsnivåerna och modellen avseende stöd, uppföljning, bedömning och behandling har innehållet överförs i en något mer detaljerad form i ett antal algoritmer nedan. Dessa är fritt baserade på algoritmer utvecklade av Nash med flera, (2012) men relaterar också till de ovan beskrivna internationella rekommendationerna. Den första algoritmen (Figur 13.) beskriver således stöd i akutfasen som omfattar initial bedömning och psykologisk första hjälp.

Figur 13. Stöd i akutfas



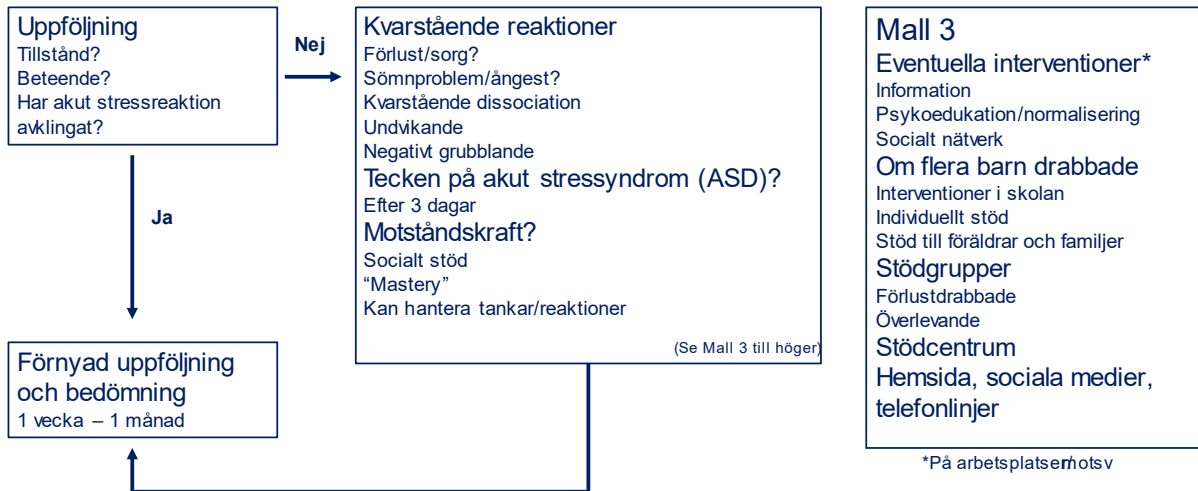
(Fritt efter Brewin 2005; Watson med flera, 2014; Nash med flera, 2012; tentsproject.eu; Pfefferbaum med flera, 2013)

I nästa algoritm (Figur 14.), beskrivs den första uppföljningen i akutfas med eventuella åtgärder som primärt bör ske genom landsting eller kommuners krisstödsorganisation. Det kan handla om stöd på arbetsplatser, på skolor, inrättandet av stödcentrum, telefonlinjer, initierandet av stödgrupper samt information via hemsidor/sociala medier.

Figur 14. Uppföljning i akutfas

Uppföljning

Akutfas: 1-3 dagar - första veckan



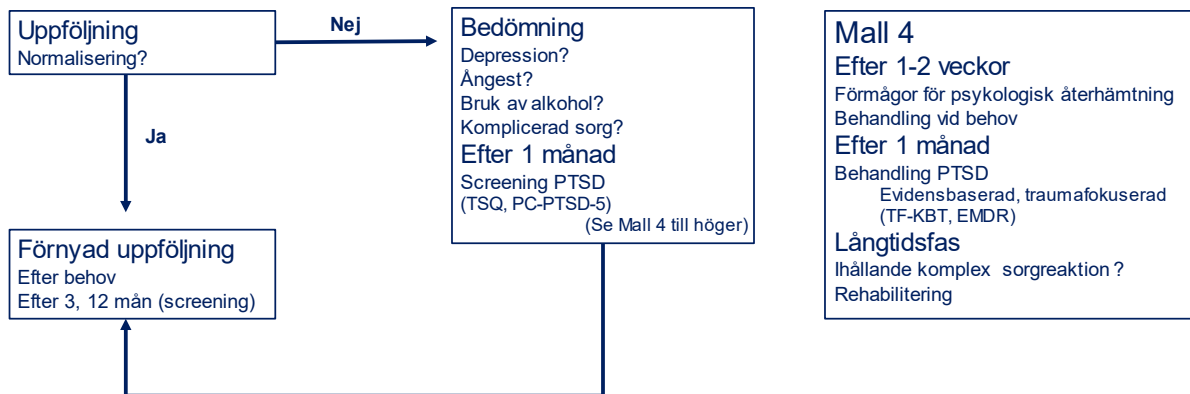
(Fritt efter Brewin 2005; Watson med flera, 2014; Nash med flera, 2012; tentsproject.eu; Pfefferbaum med flera, 2013)

Den tredje algoritmen (Figur 15.) avser bedömning och behandling i mellan- och långtidsfas.

Figur 15. Bedömning och behandling i mellan- och långtidsfas

Bedömning, behandling

mellanfas: 1 vecka - 1 månad; långtidsfas



(Fritt efter Brewin 2005; Watson med flera, 2014; Nash med flera, 2012; tentsproject.eu; Pfefferbaum med flera, 2013)

Stöd till barn och ungdomar

I en metaanalys fann man att de viktigaste riskfaktorerna för barn och tonåringar att utveckla PTSD var relaterade till subjektiva erfarenheter kring händelsen samt variabler efter händelsen. Sådana variabler var låg grad av socialt stöd, peritraumatisk rädsla, upplevt livshot, socialt undandragande, samtidiga psykologiska problem, bristande familjefunktion, PTSD före händelsen och att man försöker hålla borta tankar från sådant som är besvärligt (Trickey med flera, 2012).

PTSD hos barn under 6 år liknar i mångt och mycket det som tidigare beskrivits för vuxna men några aspekter kan te sig annorlunda. Exponering kan specifikt handla om att barnet fått vetskap om att en förälder eller viktig vårdnadshavare drabbats. Påträngande symtom är inte alltid uppenbara och tydliga och kan i stället ses i samband med lek. Innehållet i mardrömmar behöver inte tydligt vara kopplat till själva händelsen.

Barns sorgreaktioner liknar också i många stycken de man ser hos vuxna men kan skilja sig på vissa områden. Bland annat kommer de att vara avhängiga av barnets ålder och utvecklingsnivå. Barn i förskoleåldern har svårare att förstå vad till exempel begreppet död innebär. Barn som exponeras för plötslig och våldsam död kan bli upptagna av fantasier och grubblerier kring dödsfallet. Detta kan försvåra återhämtningen och kan kräva professionell bedömning om dessa reaktioner inte viker över tid.

Några grunder avseende stöd till barn och ungdomar

I en stor litteraturgenomgång sammanfattar Pfefferbaum med flera, (2013) flera interventioner som är lämpliga för barn i dessa sammanhang. Principerna för stöd till barn och unga efter potentiellt traumatiska händelser följer huvudsakligen samma modell som för vuxna. Sådana interventioner inkluderar psykologisk första hjälp i akutfasen, proaktiv kontakt med familjer, psykoedukation, socialt stöd, screening samt tekniker för ångestreduktion i mellanfasen. Barn och unga bör bedömas och följas upp när det gäller riskfaktorer och motståndskraft under alla faser av händelsen. När man identifierat behandlingsbehov anges att det finns bäst underlag för kognitiv beteendeterapi i grupp eller individuellt för barn. Man har visat att depression, ångest och sorg kan förbättras genom behandling av traumasymtom. Psykoterapi för sorg bör reserveras för de med komplicerade sorgreaktioner. Skolor kan vara naturliga platser att göra bedömningar och förmedla stöd när många barn blivit drabbade. Psykofarmakologiska interventioner används generellt inte men kan vara nödvändiga i vissa fall till barn med svåra reaktioner eller psykiatriska tillstånd.

Vid sorg är bra stöd från vuxna och vänner viktigt i sorgprocessen. Barn och ungdomar som är i sorg har behov av trygga och stabila ramar, till exempel kontinuitet i vardagen. De behöver öppen kommunikation och konkret information om det som inträffat. Att göra förlusten verklig genom att exempelvis få möjlighet att se den döde eller att få delta i begravning kan vara hjälpsamt. Vuxna bör stödja barn och ungdomar med att hantera tankar och reglerade känslor efter en förlust.

Krisstöd för barn och ungdomar

Nedan beskrivs punktvis delar som kan beaktas i samband med krisstöd för barn (Michel med flera, 2018).

- Föräldrar bör informeras om barns reaktioner och behov och de bör finna ett förhållningssätt till det inträffade. De måste ha förståelse för barns reaktioner och behov samt ta reda på var de kan söka mer information och kunskap.
- Det är viktigt att motverka separation mellan barn och föräldrar.
- Sträva efter att upprätthålla dagliga rutiner avseende att gå till daghem, förskolor, skolor och fritidsaktiviteter. Skolans och fritidspersonal bör vara informerade vad som hänt.
- Man bör förklara för barnen vad som händer och låta dem själva berätta om sina upplevelser, liksom ge dem möjlighet till lek, fritidsverksamhet och kreativt skapande.
- Man bör också verka indirekt för barnen genom att ge föräldrarna stöd, så att de kan fungera som medkännande och ansvarstagande vuxna.

- Precis som till vuxna ska man ge barn en öppen och ärlig information. Man bör försöka att ge åldersadekvata förklaringar till vad som sker för att reducera barnens förvirring. Man bör också undvika abstrakta, krångliga och diffusa förklaringar och i största möjliga utsträckning beskriva verkligheten.
- Det är viktigt att ge tid för barn att tanke- och känslomässigt hantera det inträffade och ge möjlighet till samtal och frågor även om man måste acceptera att samtalen kan bli korta. Man kan tillsammans med barn titta på bilder från olycksplatsen och på avlidna om de inte är fysiskt skadade och skrämmande.
- Acceptera och ge möjlighet för barns lek. Det är deras sätt att bearbeta sina upplevelser och känslor. Barn som upplevt krig kan därför leka krig och i samband med dödsfall kan de leka begravning.
- Man kan försöka göra eventuella förluster verkliga genom att de vuxna är öppna med att berätta om delar av sina egna upplevelser.
- Man bör i huvudsak låta barn delta i begravningar och ritualer kring döden men utan att tvinga dem till det. Efter begravningar bör även barn få besöka kyrkogården tillsammans med närstående vuxna.
- Man bör tala med barn om deras rädsla för sin egen och för deras föräldrars död, då sådana tankar kan aktualiseras vid allvarliga händelser.
- Man bör också vara medveten om att barn kan ha skuld-känslor. Kan de i sina tankar och drömmar ha fantiserat om att den döde just skulle dö?

Stöd till grupper

Litteraturen beskriver olika typer av gruppinterventioner som bland annat kan indelas efter antalet sessioner. En del sker ofta vid endast ett tillfälle, till exempel psykologisk debriefing. Denna typ av intervention rekommenderas inte längre för drabbade i akutfasen, framför allt eftersom det saknas kontrollerade studier som visar entydigt positiva effekter och eftersom interventionen inte minskar risken för PTSD. Dessutom kan interventionen skada om den genomförs med enskilda individer. Alternativa modeller för insatspersonal beskrivs längre fram i texten.

I genomgångar av litteraturen om gruppbehandling av PTSD fann man att den mest studerade gruppbehandling för PTSD med flera sessioner är TF-KBT, vilket har visat sig vara bättre än väntelista (Shea med flera 2007; Beck med flera, 2021). När det gäller andra former av gruppterapi vid PTSD som bygger mer på psykodynamisk grund och mindfulness-relaterade gruppbehandlingar krävs mer forskning enligt författarna. Gruppbehandling med KBT anges också som standardrekommendation i ISTSS Practice Guidelines (Forbes et al. 2020).

Posttraumainterventioner för par och familjer kan gå ut på att minska PTSD-symtom eller ha andra mål såsom att förbättra familjefunktion men oavsett syftet finns bara begränsade data om deras effektivitet. På detta område behövs mer forskning.

Sorgegrupper för förlustdrabbade är relativt vanliga men det finns inga publicerade, tillförlitliga data om deras effektivitet. Däremot har man kunnat påvisa vissa positiva effekter av gruppterapi med inslag av kognitiv beteendeterapi (Mancini med flera, 2012). Effekterna är särskilt tydliga om behandlingen genomförs med dem som har mer uttalade symtom.

Olika behov i olika faser

Efter potentiellt traumatiska händelser uppvisar drabbade olika behov över tid (Seynaeve, 2001). I akutfasen handlar behoven primärt om säkerhet och trygghet samt praktiskt, emotionellt och socialt stöd. Särskild uppmärksamhet bör i denna fas riktas mot individer som exponerats för mycket svåra interpersonella trauman som efter en tid uppvisar tecken på uttalad psykisk påverkan och funktionsnedsättningar (Litz med flera, 2014). I en mellanfas beror behoven mer på hur de drabbade anpassar sig till konsekvenserna av händelsen. I denna fas behöver samhället samordna insatser från olika samhällsfunktioner såsom hälso- och sjukvård, försäkringskassa, socialtjänst och skola samt andra aktörer såsom frivilligorganisationer och trossamfund. Det är angeläget att skolor, daghem och fritidshem får i gång sina verksamheter så snart som möjligt. I mellanfasen har anhörigföreningar och självhjälpgrupper ofta kommit i gång, och det går att identifiera dem som behöver behandling för sina besvär. I långtidsfasen handlar det om att behandla och rehabilitera dem som har fått kroppsliga och psykiska följdtilstånd.

Stödcentrum

Från andra länder, främst Nederländerna och Storbritannien, finns erfarenheter av att organisera så kallade *Information and Advice Centers (IAC)* efter katastrofhändelser eller terroristangrepp (Smeets med flera, 2006; Seynaeve, 2001). Även i Sverige finns vissa erfarenheter av att tillämpa denna modell. Nedanstående beskrivning bygger på ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen (2018). Man talar om *one-stop shop*, med vilket menas att de drabbade bara ska behöva vända sig till ett enda centrum för att få hjälp med sina olika behov. Ett sådant stödcentrum kan ligga på en central plats dit drabbade, närstående och andra kan vända sig efter en potentiellt traumatisk händelse för att få svar på frågor och få det stöd de behöver, alternativt få hänvisningar till andra stödfunktioner i samhället. Ett stödcentrum kan innehålla följande funktioner:

- En reception där drabbade tas emot
- Utrymmen för olika stödfunktioner
- Information, rådgivning och hänvisning av drabbade till olika trossamfund eller stödfunktioner för olika kulturer
- Förmedling av krisstöd, proaktiv uppföljning och bedömning. Sårbara grupper, till exempel barn, individer med särskilda behov och minoritetsgrupper bör få speciell uppmärksamhet
- Koordinering av stödet från andra instanser samt remittera drabbade till andra inrättningar
- Insamling och hantering av olika data som gäller den allvarliga händelsen
- Förberedelser för mellan- och långtidsfaserna
- Mediecentrum

Etablerade stödcentra kan utgöra en del av samhällets organisatoriska struktur för krisstöd i akutfasen efter potentiellt traumatiska händelser och underlätta planeringen för ett effektivt arbete under mellan- och långtidsfasen. Det behöver dock inte innebära att alla aktiviteter behöver koncentreras till ett och samma ställe. Flera stödcentra kan dessutom behöva upprättas i stora städer om det är långt mellan platsen för den allvarliga händelsen och de naturliga uppsamlingsplatserna eller långt mellan de olika sjukhus dit drabbade förts. I en svensk motsvarighet skulle stödpersoner som engageras i arbetet kunna komma från hälso- och sjukvårdens och från kommunernas krisstödsorganisationer. Personalen bör utbildas, tränas och samöva för att arbeta under dessa omständigheter. Ledning och samordning av eventuella stödcentra kommer att variera beroende på lokala förhållanden och förutsätter god samverkan mellan olika samhällsinstitutioner. Större företag

och organisationer har idag som regel egna krisstödsorganisationer som kan fungera på liknande sätt. Likaså kan frivilligorganisationer, exempelvis Röda Korset eller Rädda barnen eventuellt bidra med personal och resurser till sådana stödcentra.

När bör professionell bedömning ske?

Tidpunkten för när professionell bedömning bör initieras rekommenderas vara cirka tre veckor efter den aktuella potentiell traumatiska händelse om man noterar att den drabbade lider av svårare och mer ihållande reaktioner som påtagligt försämrat dennas välbefinnande. Exempel på sådana ihållande reaktioner kan vara:

- Att individen inte längre känner sig som sig själv eller upplever kontrollförlust
- Depressiva tankar: uttalade skuld- och/eller skamkänslor eller negativt grubblande
- Påträngande minnen ("flash backs") och/eller tydligt undvikande
- Attacker med panik eller ilska
- Nedsatt funktionsförmåga i arbetet eller i det sociala livet.

Behandling

Behandlingen av PTSD behöver anpassas individuellt utifrån den enskilde patientens förutsättningar och behov. En noggrann diagnostisering bör föregå beslutet om ett behandlingsupplägg.

Psykoedukativa interventioner och stabilisering kan behövas innan traumabearbetande behandling påbörjas. Allmänt framkommer ur både internationella och nationella rekommendationer att psykoterapi är förstahandsval men läkemedelsbehandling kan bli aktuella i vissa fall. Nedan beskrivs översiktligt de nationella rekommendationerna vilka utgår från Socialstyrelsen beslutsstöd och riktlinjer: Försäkringsmedicinskt beslutsstöd Posttraumatiskt stressyndrom (SoS, 2017), och Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (SoS, 2021). De internationella rekommendationerna utgår från beskrivningarna i den tidigare nämnda boken *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* av Forbes med flera, (2020).

Nationella rekommendationer

Behandlingen är huvudsakligen psykologisk, eventuellt med tillägg av läkemedelsbehandling (SoS, 2017; 2021).

Hälso- och sjukvården bör

- Erbjudra traumafokuserad KBT med exponering till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom
- Erbjudra traumafokuserad KBT med exponering till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom
- Endast inom ramen för FoU, erbjud behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) till barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom

Hälso- och sjukvården kan

- Erbjudra behandling med antidepressiva läkemedel till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom: SSRI-preparat; även SNRI-preparat och tricykliska antidepressiva läkemedel kan användas, men de ger ofta fler biverkningar
- Erbjudra behandling med EMDR till vuxna med posttraumatiskt stressyndrom

Internationella rekommendationer

Psykoterafi är förstahandsval (Forbes med flera, 2020).

Stark rekommendation

- Kognitiv processterapi (KPT)
- Kognitiv terapi (KT)
- EMDR.
- Individuell kognitiv beteendeterapi med traumafokus (TF-KBT)
- Förlängd exponeringsterapi (PE)

Standardrekommendation

- KBT utan traumafokus
- TF-KBT i grupp eller internetbaserad
- Narrative exposure therapy (NET).
- Present-centered therapy (PCT)
 - Ändra beteende, psykoedukation, problemlösning

Läkemedel

- Läkemedel med viss effekt till vuxna med PTSD.
 - Fluoxetine
 - Paroxetine
 - Sertraline
 - Venlafaxine
- Läkemedel som det finns framväxande stöd för.
 - Quetiapine

Behandling av komplex sorgereaktion

Man bör avstå från att bedriva psykoterafi med dem som uppvisar milda till moderata sorgereaktioner eftersom det finns en risk för att man kan störa den egna återhämtningen (Mancini med flera, 2011). Däremot kan vissa drabbade behöva tillgång till olika former av stödåtgärder. Senare studier talar för att man bör inrikta eventuell psykoterapeutisk behandling på dem som har en hög grad av symtom, till exempel dem som uppvisar tecken på förlustrelaterade anpassningsstörningar och ihållande komplexa sorgereaktioner. Man har visat att kognitiv beteendeterapi (KBT) med inslag av exponering kan ge goda resultat hos den senare gruppen, och antidepressiv medicinering kan bidra till att denna typ av terapi tolereras bättre. Det forskningsmässiga kunskapsläget är relativt nytt när det gäller behandling av komplicerade sorgereaktioner och det får än så länge betraktas som preliminärt.

4. Arbetsrelaterad stress

Olika former av stress

De stressorer som personal i insatsorganisationer ofta kan exponeras för ingår som del i arbetet, vilket gör stressreaktioner hos personal till en viktig arbetsmiljöfråga. Arbetsmiljöföreskrifterna avseende "Organisatorisk och social arbetsmiljö" (AFS 2015:4) är också tydliga med att arbetsgivaren genom sina chefer är ansvariga för arbetsmiljön. Arbetsmiljörelaterad stress i insatsorganisationer kan beskrivas utifrån stressorerens intensitet och hur länge de påverkar individen. Intensiva eller långvariga stressorer kan utgöras av inre konflikt, livshot, förluster eller kronisk stress. Konsekvenserna kan bli etisk stress, traumatisk stress, sorgreaktion eller utmattning. Se Figur 16 för sammanfattning.

Figur 16. Intensiv eller långvarig stress



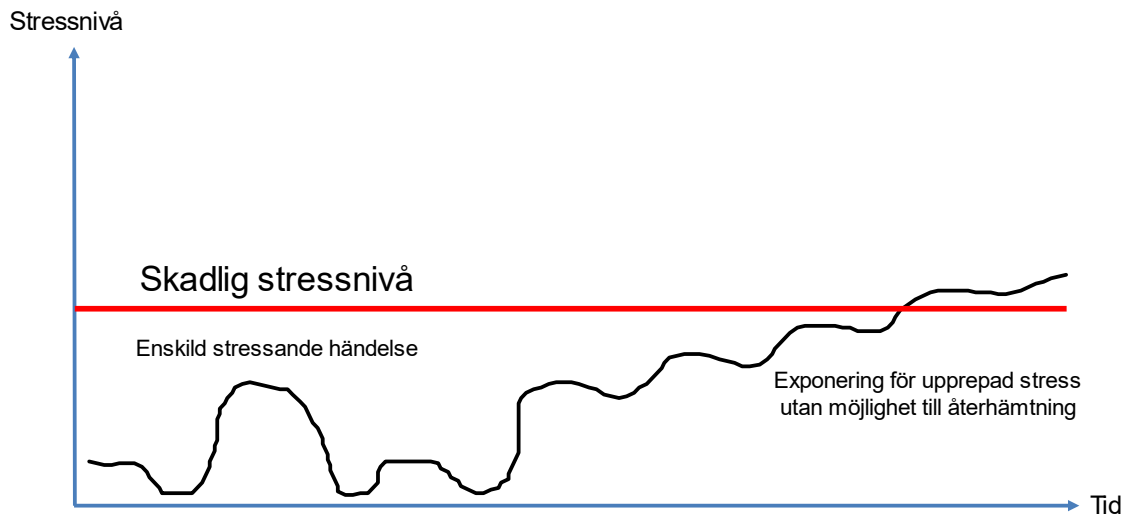
(Watson med flera, 2013)

Kronisk stress

Personal som arbetar i insatsorganisationer kan dagligen behöva hantera händelser som innehåller olika nivåer av stress, om än inte nödvändigtvis traumatiska sådana. Dagliga irritations- och orosmoment tillsammans med negativ bemästring kan också förstärka personalens stress (Larsson med flera, 2016; Larson, 2021). Om möjligheter för vila och återhämtning är begränsade kan detta på sikt leda till slitage och kronisk stress. Se Figur 17.

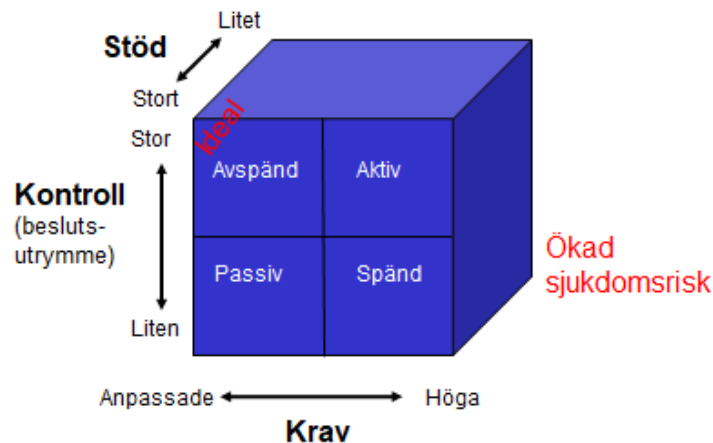
Figur 17. Utveckling av kronisk stress

Kronisk stress



Utöver exponering för stressande händelser kan organisatoriska faktorer som ineffektiv utbildning, bristande förberedelser, dålig planering eller bristfälligt ledarskap också bidra till utveckling av kronisk stress. Dessa aspekter kan sammanfattas i krav-kontroll-modellen beskriven av Karasek med flera, (1990). Om arbetet innebär att den egna kontrollen över arbetet (beslutsutrymme) är begränsad, om stödet från ledare och organisation är lågt, och om kraven dessutom är för höga, kan det bidra till ökad risk för utmattningssyndrom och hjärt-kärlsjukdom. Se Figur 18. Det är också visat att om den belöning man får för sina insatser inte står i proportion till den ansträngning som arbetet innebär så kan det också bidra till stress i arbetsmiljön (Siegrist med flera, 2004).

Figur 18. Krav-kontrollmodellen



Stresskontinuum

Konsekvenserna av arbetsrelaterad stress kan beskrivas som ett stresskontinuum (Nash med flera, 2010), se Figur 19. I ett sådant kontinuum är personalen i *Grön zon* förberedd och klar för insats. När man väl gjort någon form av insats kan man ha påverkats av någon form av stressor och kan då befinna sig i *Gul zon*. Om någon har varit utsatt för allvarigare belastning såsom hot mot livet, förluster, tvingats att gå emot sin egen moral eller exponerats för långvarig stress, kan det leda till att dessa individer hamnar i *Orange zon*. Från *Gul zon* kan den enskilde oftast återhämta sig väl genom

stöd från organisationen, ledarskap och kamratstöd och från eget socialt nätverk. Återhämtning kan även ske i stor utsträckning från *Orange zon*. I denna zon finns dock en risk för att några kan utveckla mental ohälsa på grund av allvarigare belastning och kan därmed vara i behov av professionell bedömning och behandling och befinner sig då i *Röd zon*.

Figur 19. Stresskontinuum

Redo (Grön)	Reagerar (Gul)	Påverkad (Orange)	Symtom (Röd)
Definition	Definition	Definition	Definition
<ul style="list-style-type: none"> - Optimal funktion - Anpassningsförmåga - Välmående 	<ul style="list-style-type: none"> - Milda, övergående reaktioner - Återhämtar sig helt - Låg risk 	<ul style="list-style-type: none"> - Svårare reaktioner eller nedsatt funktion - Minnen kvarstår - Högre risk 	<ul style="list-style-type: none"> - Kliniskt syndrom - Oläkt stresskada med nedsatt funktionsnivå
Tecken	Tecken	Tecken	Tecken
<ul style="list-style-type: none"> - Är som bäst - Välutbildad och förberedd - Upplever kontroll - Fysiskt, mentalt och andligt välfungerande - Fokuserad - Motiverad - Lugn, samlad - Har trevligt 	<ul style="list-style-type: none"> - Irriterad, orolig eller nedstämd - Förlorat motivation - Tappat fokus - Sömnsvårigheter - Muskelspänningar eller andra fysiska problem - Inget är kul längre 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollförlust - Panik, ilska, eller depressiva drag - Känner sig inte längre som vanligt - Uttalade skuld- och skamkänslor 	<ul style="list-style-type: none"> - Symtom kvarstår och förvärras över tid - Uttalade symtom eller påverkan på social - eller arbetsfunktion
	Orsaker	Orsaker	Tillstånd
	<ul style="list-style-type: none"> - Vilken stressor som helst 	<ul style="list-style-type: none"> - Trauma - Sorg - Etisk stress - Kronisk stress 	<ul style="list-style-type: none"> - PTSD - Depression/ångest - Substansrelaterade syndrom - Utmattningssyndrom

Organisationsfaktorer

Högre nivåer av tidigare stress är kopplat till mer negativ syn på organisationens stöd (Barnes med flera, 2013). Organisationen har genom ledning, struktur, processer och policy, stor påverkan på insatspersonalens arbetstillfredsställelse, förmåga att bemästra stress, anpassningsförmåga och motståndskraft (Burke, 2006). Olika former av obalans, osäkerhet och brist på tydliga värden och respekt i arbetet har visat sig utgöra riskfaktorer på arbetsplatser (Harvey med flera, 2017). Dessa aspekter illustrerar nödvändigheten av att organisationen tidigt hanterar stress hos personalen. Utbildning och förberedelser är viktigt för att stärka insatspersonalens bedömning av sina egna förmågor (Ablah med flera, 2008). Faktorer som kan minska risken för att personal ska drabbas av arbetsrelaterat PTSD, inkluderar en sund organisation och psykosocial arbetsmiljö, systematisk utbildning av personalen, socialt stöd från kolleger och chefer samt fungerande uppföljning av arbetstagare efter potentiellt traumatiska händelser (Skogstad med flera, 2013). Andra delar som visat sig ha stärkande betydelse är att arbetsplatsen utmärks av ett säkerhets- och trygghetsklimat (Petrie med flera, 2018). Det faktum att organisatoriska processer har sådan grundlig påverkan på anställdas allmänna välmående gör det angeläget att mer fokusera på hur organisationen bör utveckla mekanismer för preventiva åtgärder för att hantera potentiellt traumatiska händelser och arbetsrelaterad stress.

Ledarskap och sammanhållning

Oklarheter om roller och rollkonflikter är relaterade till påfrestningar på arbetsplatsen (Örtqvist med flera, 2006) och till depression och ångest (Schmidt med flera, 2014; Finne med flera, 2014). Höga

krav, låg kontroll och låg grad av stöd från ledare har visat sig vara relaterat till ökad risk att utveckla depression (Rugulies med flera, 2006; Regehr med flera, 2007) och omvänt har bra vägledning och stöd från ledare visat sig vara en av de viktigaste faktorerna för att minska stress i olika organisationer (Finne med flera, 2014; Britt med flera, 2004; Bliese med flera, 2000; Petrie med flera, 2018). Utöver bra stöd från ledare kan lägre grad av rollkonflikter, högre grad av tydliga roller och högre grad av förutsägbarhet minska stress hos personalen efter traumatiska händelser (Skogbrott Birkeland med flera, 2015). Den uttalade betydelsen som bra ledarskap, god sammanhållning och god anda har för att reducera risk för påverkad hälsa efter insatser har också visats i stora studier på främst militär personal i USA (Booth-Kewley med flera, 2013; Wright med flera, 2009) och i Storbritannien (Jones med flera, 2012). Personal som rankade sina ledare högre när det gäller hantering av stridsrelaterad stress, uppvisade också bättre psykisk hälsa (Adler med flera, 2014). Dessa faktorer kan också leda till att personal i större utsträckning söker hjälp vid behov (Britt med flera, 2012).

System för krisstöd i insatsorganisationer

Det finns idag inte någon entydig evidensbakgrund till hur krisstöd bör organiseras i insatsorganisationer. När det väl är sagt kan man ändå konstatera att det finns visst empiriskt stöd för olika insatser vilka beskrivs nedan. Tidigare interventioner av typen psykologisk debriefing och liknande rekommenderas inte längre då den typen av åtgärder (*one intervention fits all*) inte visade sig ha någon effekt och att de i alldeles för liten utsträckning tog hänsyn till olika individuella behov. Samtidigt har det visat sig att nyare kunskap ibland kan ha svårt att få genomslag, då vissa organisationer fortsatt brukar stödinsatser som inte längre rekommenderas (Hugelius med flera, 2014). Andra har också visat att stödjande ledarskap, förmågan att acceptera individuella behov och att stödja individer att bemästra stress, god sammanhållning är viktiga medel för att hantera arbetsrelaterad stress (Heir med flera, 2021). Insatsorganisationer som på allvar betraktar stress som en viktig arbetsmiljöfråga utmärks således av: en bra organisation som utbildar och förbereder personalen väl; bra ledarskap och god sammanhållning samt att man har utvecklade system för *stöd, uppföljning, bedömning och behandling* av personalen. Grunden för sådana system bör vara de *fem principer för stöd* som beskrivits tidigare etablerat genom *Första hjälp vid stress (FHS)*. På så sätt kan FHS utgöra ramen för *stöd* och fortsatt uppföljning genom att enheten samlas efter en insats. Vid sådan *samling efter händelse* bör fokus ligga på socialt stöd och att enkelt utvärdera händelsen genom så kallad *After action review (AAR)*. *Kamratstöd i par (KIP)* kan bidra till att stärka motståndskraft och återhämtning. Dessa delar beskriv mer ingående nedan.

Praktiskt krisstöd i insatsorganisationer

Eftersom bra ledarskap och god sammanhållning har visat sig vara så väsentligt för att stärka motståndskraft hos personal i insatsorganisationer, bör stödinsatser inom ramen för FHS särskilt fokusera på socialt stöd för så väl grupp, som för enskild individ. Socialt stöd för individer och grupper i insatsorganisationer kan precis som för andra primärt drabbade således bidra till att individerna kan lugna varandra och dessutom få stöd från inkännande ledare (Halpern med flera, 2009). Tillsammans kan personalen också identifiera positiva, generella bemästringsstrategier och möjligen också understödja förmågor att bemästra skuld- och skamkänslor hos dem som känner att de har misslyckats under en insats. En annan viktig del i stödet är att fokusera på lärandet av det man genomfört, vilket dessutom visat sig vara stärkande för insatsenheter. Eftersom det handlar om att

hantera arbetsmiljörelaterad stress bör dessa komponenter ingå som rutin inom insatsorganisationer.

Första hjälp vid stress (FHS)

Utifrån tidigare beskrivna fem viktiga principerna för stöd och psykologisk första hjälp, har varianter utvecklats även för insatsorganisationer. Det finns således en sådan sammanställning för militära enheter, *Combat and Operational Stress First Aid (COSFA)*; Nash med flera, 2010) samt för civila insatsorganisationer i form av *Firefighter Stress First Aid (SFA)*, den senare framtagen av *National Fallen Firefighters Foundation (NFFF)* i USA för civil insatspersonal (Watson med flera, 2013) och båda kan översättas med *Första hjälp vid stress (FHS)*. FHS beskriver åtgärder som är till för att användas efter behov för personal som är drabbade av uttalade stressreaktioner eller vars funktionsförmåga blivit nedsatt som följd av stressreaktioner. FHS består av sju delar: **Uppföljning, Samordning, Säkerhet, Stabilisering, Samhörighet, Funktion** och **Förtroende** (akronym: **U4S2F**). Syftet med FHS är att insatspersonal som exponerats i olika grad ska kunna återkomma till grön zon enligt stresskontinuum i figur 19. Chefer och kamratstödare bör därför kontinuerligt hålla de två första punkterna, uppföljning och samordning aktuella. De övriga fem punkterna i FHS beaktas efter behov och är egentligen identiska med de tidigare nämnda Hobfolls fem principer (Hobfoll med flera, 2007). För grafisk sammanfattning, se Figur 20.

Figur 20. Sammanfattning Första hjälp vid stress, FHS



(Nash med flera, 2010; Watson med flera, 2013)

I Figur 21, ges en summering av åtgärder i varje del av U4S2F. FHS bör inarbetas i organisationens verksamhet på ett naturligt och icke-konstruerat sätt för att kunna användas vid behov. I de flesta fall blir det inte nödvändigt att använda alla FHS-delarna.

Figur 21. Summering av innehåll i FHS

Första hjälp vid stress

Kontinuerligt

Uppföljning

Värdera aktuell stress - och funktionsnivå
Följ individens utveckling

Samordning

Samordna annat stöd
Remittera för professionell bedömning vid behov

Efter behov

Säkerhet

Bidra till att skapa en känsla av trygghet och stöd
Skydda mot ytterligare stress

Stabilisering

Minska fysiskt och psykiskt spänningstillstånd
Förmedla information som kan bidra till lugn

Samhörighet

Bidra till stöd och uppmuntra kontakt med primära stödpersoner

Funktion

Stöd individen i att hantera sina stressreaktioner och att återfå full funktion

Förtroende

Stöd individen att återfå tillit till sig själv, till chefer, uppdrag och till viktiga värden

Svensk översättning av originalmanualen kan nås via följande länk:

<http://michelmentor.se/files/F%C3%B6rsta-hj%C3%A4lp-vid-stress-jan-2017.pdf>

Samling efter händelse

För att uppnå syftena med FHS, främst stärka socialt stöd samt att fokusera på lärande efter insatsen, finns det fördelar med att insatsenheter rutinemässigt samlas efter olika insatser, särskilt efter allvarliga händelser. Chefer och kamratstödjare har då vid sådan *samling efter händelse* möjlighet att utifrån FHS göra följande:

- Förmedla information
- Reflektera över aktuell insats genom att exempelvis genomföra After action review
- Förmedla psykoedukation och normalisering
- Kontinuerligt följa upp medarbetarna
- Fokusera på samhörighet - socialt stöd och sammanhållning
- Fortsatt stöd och uppföljning utifrån övriga FHS-delar som: samordning, säkerhet, stabilisering, funktion och förtroende efter behov

After action review (AAR)

Ett annat viktigt syfte med *samling efter händelse*, utöver fokus på socialt stöd är således att personalen i insatsenheten också ges möjlighet att kommunicera om och utvärdera den egna insatsen. Ett instrument som visat sig ha flera olika positiva effekter är genomförandet av en informell genomgång av händelsen - AAR. Det är viktigt att framhålla att AAR inte har som syfte att framföra kritik mot varandra utan att i stället stärka lärande och sammanhållning. Fokus ligger således på *vad som hände* och *inte på vem* som gjorde något. Exempel på de frågor man använder sig av och vad målet är med AAR framgår av Figur 22 nedan. Denna enkla och informella form av AAR kan ingå som ett första steg i krisstödet enligt FHS för civil insatspersonal som tidigare nämnts. Om man i insatsorganisationer kontinuerligt samlas efter händelser eller insatser och ger möjlighet till att kommunicera om insatsen till exempel genom sådan enkel informell AAR kan det ha positiv effekt på

enheters effektivitet (Tannenbaum med flera, 2013; Keiser med flera, 2020), samt på kommunikation och sammanhållning (Villado med flera 2013). Effekterna kan således bli att förbättrad effektivitet och stärkta förmågor, det kan vidare öka självtilliten hos personalen, stärka det sociala stödet och sammanhållningen och därigenom reducera stresspåverkan. Se Figur 22. Dessa effekter går helt i linje med övrig kunskap om hur socialt stöd kan motverka posttraumatiska stressreaktioner. För att dessa positiva effekter ska kunna uppnås krävs också att arbetsgrupperna är välfungerande. Vad som utmärker välfungerande grupper är följande fem punkter (Rozovsky, 2015):

Psykologisk trygghet

- Gruppmedlemmarna känner sig trygga i att ta risker och vågar vara sårbara inför varandra

Pålitlighet

- Gruppmedlemmarna får saker gjorda i tid och motsvarar sin arbetsgivares krav på goda prestationer

Struktur och tydlighet

- Gruppmedlemmarna har tydliga roller, planer och mål

Meningsfullhet

- Arbetet är viktigt på ett personligt plan för gruppmedlemmarna

Påverkan

- Gruppmedlemmarna upplever att deras arbete har betydelse och att det bidrar till utveckling

Det går att utveckla grupper i denna riktning och man får då jobba med de olika punkterna. Enligt de som beskrivit detta kan graden av välfungerande i den egna gruppen undersökas genom att försöka svara på nedanstående fem frågor. Ju fler ja-svar desto mer välfungerande.

Fem frågor för att undersöka om en grupp är välfungerande

- Kan vi, som enhet, hantera en risk utan att känna oss osäkra eller besvärade?
- Kan vi lita på varandra när det gäller att leverera högkvalitativa resultat i tid?
- Är våra mål, roller och utförandeplaner tydliga?
- Arbetar vi med sådant som är personligen meningsfullt för var och en av oss?
- Är vi övertygade om att det vi gör har betydelse?

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), har tagit fram ett dokument om After Action Review, relaterat till lärande, ledarskap och krisstöd (MSB, 2016) som du finner i följande länk:

<https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/28049.pdf>

MSB har också tagit fram en webutbildning i AAR som du finner i följande länk: [AAR - After Action Review \(msb.se\)](#)

Figur 22. After action review och dess relation till krisstöd

Informell After Action Review, AAR

Genomförande (15 min, i slutet av varje arbetspass)

Vad hände?

Vad har gått bra?

Vad kan vi tillsammans utveckla och göra ännu bättre framöver ?

AAR relaterat till krisstöd

Utveckla lärande/förmågor
Utveckla kommunikation
Förbättra sammanhållning



Ökad självförtroende
Stärkt socialt stöd
Reducerad stresspåverkan

Kamratstöd i par (KIP)

Som följd av den belastning som pandemin bidrog till hos sjukvårdspersonal (Albott med flera, 2020), utvecklades konceptet *Kamratstöd i par (KIP)*. Syftet var att bidra till att bättre kunna hantera arbetsrelaterad stress samt att stärka motståndskraft och återhämtningsförmåga hos exponerad personal. KIP bygger på det som använts i militära system i form av "Battle buddies", där soldatkamrater stöttar varandra för att hantera alla de extrema stressorer de kan exponeras för i stridssituationer. Genomförandet av KIP, som beskrivs kort nedan, ter sig således som ett enkelt och bra sätt att använda sig av socialt stöd och reflektion utan att det kräver några extraordinära administrativa åtgärder på en arbetsenhet.

Syfte med KIP

- Få bekräftelse av någon annan när det gäller de egna upplevelserna
- Tidigt identifiera och hantera stressorer
- Hantera arbetsrelaterade frågor på jobbet – och inte behöva ta med dem hem
- Bidra till att utveckla och stärka individens motståndskraft och återhämtningsförmåga

Genomförande

- Kontakta en kollega med samma ansvarsnivå på arbetet, någon som du tror att du kan kommunicera med på detta sätt. Det behöver inte vara din bästa vän men någon du bedömer att du kan fungera bra med i professionella sammanhang
- Ha som mål att kontakta varandra 2 – 3 gånger per vecka, eller dagligen vid behov
- Kolla läget i cirka 1 – 10 min genom ett kort sms, ett kort telefonsamtal eller kort digitalt möte
- Lyssna, värdera och ge eventuell återkoppling till varandra; identifiera saker som behöver mer stöd eller uppmärksamhet
- Identifiera eventuella teman som behöver hanteras mer direkt

Exempel på frågor/punkter man kan ta upp med varandra

- Vad är värst för dig just nu?

- Vad oroade dig idag?
- Vad gick bra idag?
- Hur fungerar det hemma?
- Vilka utmaningar ser du när det gäller att tillgodose sömn/vila, fysisk aktivitet, hälsosamt näringsintag?

Uppföljning, bedömning och behandling

Syftet med uppföljning är att tillsammans med medarbetarna identifiera var i stresskontinuum exponerad personal befinner sig. Om efter allvarliga händelser de första reaktionerna avtar, kommer de sannolikt att gå över av sig själva och individen kommer att kunna återgå till grön zon i stresskontinuum med hjälp av stöd från medarbetare, kamratstödjare, gott ledarskap och socialt stöd i det privata livet. Om reaktionerna däremot kvarstår på samma nivå, om de förvärras eller om de är särskilt besvärliga som i orange zon i tre veckor eller mer, bör individen överföras för professionell bedömning inom företagshälsovården eller motsvarande. Sådana system för uppföljning, bedömning och behandling bör vara väl kända och inarbetade i insatsorganisationer.

För insatsorganisationer kan systemet således sammanfattas enligt följande:

Stöd

- Första hjälp vid stress (FHS)
- Samling efter händelse
- Genomförande av AAR

Uppföljning

- Genom chefer och eventuella kamratstödjare
- Proaktiv kontakt

Bedömning och behandling

- Genom företagshälsovård (FHV) eller motsvarande
 - Screening efter 1 månad
 - Värdera behandlingsbehov
- Behandling som erbjuds bör vara evidensbaserad och traumafokuserad

Det är viktigt att notera att stöd genom FHS, med samling efter händelse och AAR inte är enskilda inslag, utan tillsammans utgör en del av ett system för att hantera arbetsrelaterad stress. Systemet bygger på att chefer och eventuella kamratstödjare kontinuerligt också följer upp sina medarbetare individuellt, för att identifiera de som behöver samordnade insatser, eventuellt inkluderande professionell bedömning, för att återfå sin funktionsnivå. Det kan bidra till att bygga en organisationskultur som mår om personalens hälsa och därmed också uppfyller Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2015:4).

Kamratstödjare

Allt större fokus har också inriktats mot att utveckla kamratstödet i insatsorganisationer i form av att utse särskilda kamratstödjare samt att utbilda personalen i stresshantering (Steenkamp med flera, 2013). Eftersom det är en brist på litteratur om kamratstöd och för att förbättra stödet för personal i högriskorganisationer, genomförde Creamer med flera, (2012) en studie med mål att skapa riktlinjer för mer kunskapsbaserat kamratstöd. Projektet ledde till konsensus när det gäller identifieringen av åtta punkter som kan utgöra rekommendationer för kamratstödsverksamhet i insatsorganisationer. En utgångspunkt för dessa rekommendationer är att riskfyllda branscher bör ha en väl planerad, integrerad och skräddarsydd kamratstödsverksamhet för sina anställda. Rekommendationerna bör

inte tolkas strikt utan bör snarare införas i enlighet med vad som passar in i aktuell kontext. En viktig komponent i sådana kamratstödssystem är behovet av snabb tillgång till professionell bedömning och behandling för de som behöver det. Det bör ses som ett krav på organisationerna att säkerställa att dessa vägar och tjänster finns tillgängliga. Nedan beskrivs de åtta punkter som framkom ur projektet.

1. Mål för kamratstödsverksamheten

Kamratstödjare bör: (a) vara en empatisk lyssnare; (b) tillhandahålla basalt, lekmannamässigt psykologiskt stöd; (c) identifiera kolleger som kan utgöra risk sig själva eller andra; (d) underlätta vägar till professionell hjälp.

2. Att utse kamratstödjare

För att kunna bli utsedd till kamratstödjare bör individen: (a) tillhöra den aktuella arbetsgruppen; (b) vara någon med erfarenhet av det aktuella arbetsfältet; (c) vara respekterad av sina arbetskamrater samt (d) genomgå ett ansöknings- och urvalsförfarande vilket också bör innefatta att bli intervjuad av en lämplig panel.

3. Utbildning

Kamratstödjare bör: (a) få tillgång till adekvat utbildning för att kunna fungera i sin roll (till exempel förmåga att lyssna, psykologisk första hjälp, ha kännedom om kontaktvägar till professionell bedömning och behandling); (b) uppfylla angivna krav i samband med sådan utbildningen och (c) delta i fortbildning och handledning.

4. Professionellt stöd

Personal som ska svara för stödet till kamratstödjarna bör: (a) ha adekvat utbildning och (b) svara för handledning och utbildning av kamratstödjare.

5. Uppgift

Kamratstödjare bör: (a) inte begränsa sin verksamhet endast till allvarliga händelser, utan bör också kunna bidra med stöd i den vardagliga arbetsmiljön; (b) bör inte i mer komplicerade fall själv ta ansvar för länge, utan tidigt söka specialistråd och erbjuda remissvägar för professionell bedömning och behandling samt (c) upprätthålla konfidentialitet (utom när det finns risk för skada eller våld).

6. Tillgång till kamratstödjare

Kamratstödjare bör tillsammans med chefer och ledare vara de som svarar för det initiala krisstödet i insatsorganisationer om inte situationen kräver något annat. I andra situationer bör anställda själva kunna välja vilken kamratstödjare man vill vända sig till.

7. Stöd till kamratstödjare

För att kunna lösa sina uppgifter utan att själva bli överbelastade: (a) bör kamratstödjare inte finnas tillgängliga 24 timmar om dygnet; (b) bör det vara enkelt för kamratstödjare att få tillgång till professionellt stöd för egen del vid behov; (c) bör det vara enkelt att få tillgång till professionella råd samt (d) bör kamratstödjare regelbundet få tillgång till uppföljning, handledning och vidareutbildning.

8. Utvärdering av kamratstödsverksamheten

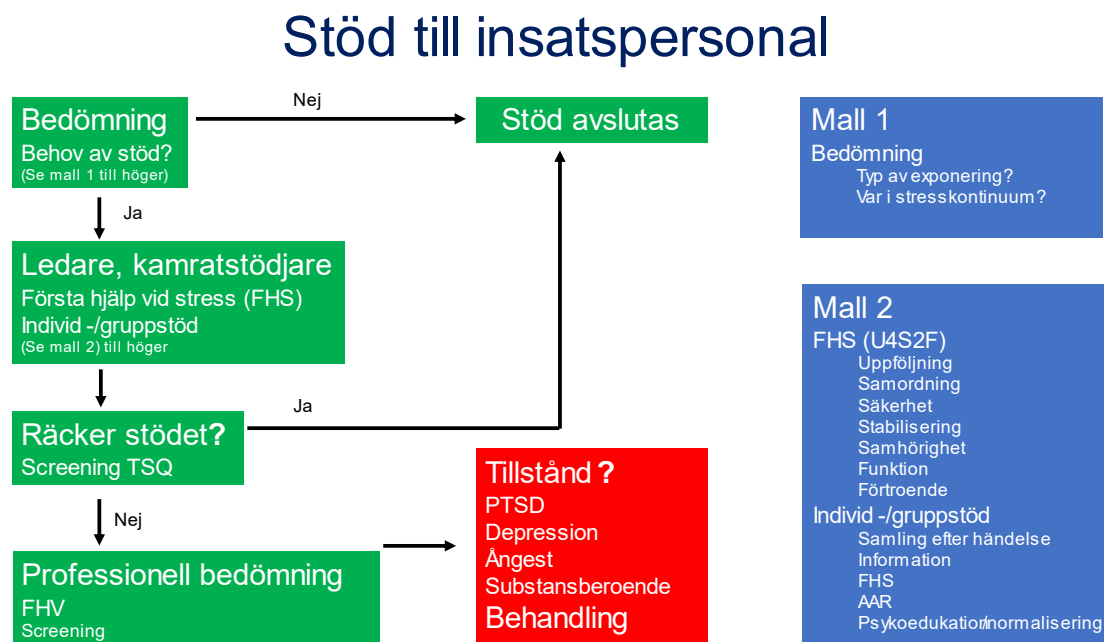
Vid inrättandet av ett kamratstödssystem bör man ange tydliga mål för verksamheten. Dess mål bör sedan regelbundet utvärderas av en extern, oberoende utvärderare och omfatta kvalitativ och

kvantitativ återkoppling från användarna. Även om objektiva indikatorer som sjukfrånvaro, personalomsättning, arbetsprestation och arbetsmoral inte utgör primära mål för verksamheten, kan de ändå ingå som en del av utvärderingen.

Algoritm gällande krisstöd för insatspersonal

Praktiskt krisstöd till insatspersonal kan också sammanfattas i en algoritm (efter Nash med flera, 2012). Se Figur 23 nedan.

Figur 23. Algoritm över stöd till insatspersonal



(Fritt efter Nash med flera, 2012 och Watson med flera, 2013)

Hantering av kronisk stress

Litteraturen på området om hur enskilda kan hantera kronisk stress är begränsad. Viktiga delar som bidrar till utveckling av kronisk stress ligger dessutom ofta utanför den enskildes möjlighet att påverka. Det kan gälla förhållanden i privatlivet och inte minst i arbetslivet. På arbetsplatserna är det som nämnts organisationen och ledarskapet som har huvudansvaret för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön vilket tydligt framgår av nya bestämmelser som gäller från mars 2016 (Arbetsmiljöverket, 2015). Utöver organisationens och chefernas ansvar måste personalen därför genom utbildning, övning och förberedelser bli medveten om potentiella risker och stressorer i arbetsmiljön för att om möjligt kunna hantera kronisk stress. Organisationer måste därför lägga mycket kraft på att öka medvetenheten om aktuella risker och stressorer. Det är också viktigt att skapa balans mellan arbete och fritid, betona vikten av socialt stöd och god sammanhållning för att minska effekterna av stressorer och för att på så sätt främja motståndskraft och bemästringsförmåga hos personalen. Även om litteraturen är begränsad för hur den enskilde kan motverka kronisk stress finns ändå en del erfarenhet, mer eller mindre knutet till vetenskaplighet, som möjligen kan reducera stresseffekter. Utöver metoderna för individuell stresshantering som beskrivits i tidigare avsnitt anges här några exempel på punkter som kan utmärka en tydlig och medveten organisation.

Personalen är den viktigaste resursen

- Nödvändig och anpassad utbildning och realistiska övningar
- Kontinuerlig diskussion om
 - Moral, etik och värdegrund
 - Klargörande av medarbetares roll och funktion
- Balans mellan arbete och fritid
- Tillskapa system för stöd och uppföljning avseende stresshantering

Organisatoriska arbetsmiljön

- Riskanalyser
- Medvetenhet om
 - Krav-, kontroll- och stödmodellen
 - Obalanser mellan ansträngning och belöning
- Möjligheten till reflekterande samtal kring olika påfrestningar i arbetet

Sociala arbetsmiljön

- Bra ledarskap
- Välfungerande grupper
- Värdet av vänskap, god sammanhållning samt bra stöd från chefer och kollegor

Screening av insatspersonal

Användning av screeningformulär bör ske med urskiljning. Det är varken önskvärt eller rimligt att genomföra screening av alla personal utan bör primärt genomföras på individer som inte återhämtar sig i rimlig tid, kanske 2–3 veckor efter allvarlig belastning. Exempel på olika instrument för screening av psykisk hälsa i samband med uppföljning finns i Bilaga 1.

Tillgång till förebyggande insatser och professionell bedömning och behandling

Som framgått upprepat tidigare i texten blir möjligheten att lätt och enkelt få tillgång till professionell bedömning och behandling en viktig hörnsten i ett utvecklat stödsystem i insatsorganisationer. Den vanligaste formen för detta är ju tillgång till en för organisationen väl anpassad företagshälsovård (FHV). Detta kan vara en stor utmaning då användningen av FHV inte alltid är anpassad utifrån verksamhetens art. Detta beskrivs tydligt i en rapport från svenska miljöinstitutet (Schmidt med flera, 2015). I rapporten framgår att HR-avdelningarna (human relations, personalavdelningar) ofta svarar för kontakten med FHV och att det är ovanligt att samverkan sker via skyddsombud och linjechefer vilket anges i anvisningarna. FHV används ofta i efterhjälpande tjänster som rehabilitering, arbetsförmågebedömningar eller till individinriktade hälsofrämjande tjänster och endast i liten utsträckning till förebyggande arbetsmiljöinsatser på arbetsplatser. För insatsorganisationer där olika former av stress ingår i arbetsmiljön borde förebyggande insatser prioriteras tillsammans med möjligheter för snabb tillgång till professionell bedömning och behandling efter behov.

Stöd till personal i utlandstjänst

På samma sätt som när det gäller krisstöd för insatspersonal som beskrivits ovan, finns det heller inte någon tydlig evidens för hur stödsystem som helhet för personal i utlandstjänst bör organiseras. Emellertid finns det en del beskrivet i litteraturen om en del aspekter när det gäller vad som kan vidtas före, under och efter utlandstjänstgöring. Exempel på sådana aspekter beskrivs nedan.

Före utlandstjänsten

Risken för personal i utlandstjänst att drabbas av fysisk eller psykisk ohälsa är naturligtvis avhängigt av vilken typ av insats det handlar om, graden av konfliktnivå i insatsområdet, personalens förberedelser och utbildning samt hur stödet är organiserat. I samband med de mest högintensiva konflikterna kan upp mot 35 % drabbas av mental ohälsa både efter militära (Milliken med flera, 2007; Felker med flera, 2008) som civila insatser (McFarlane med flera, 2009). Motivationen för tjänstgöring utomlands kan också ha viss betydelse. De vanligaste motiven för tjänstgöring utomlands är ofta självorienterade och självuppfyllande (Hedlund, 2011; Tassel med flera, 2011). I en komplettering till en undersökning på norska veteransoldater framkom att om de dominerande motiven för att delta däremot var mer av idealistisk natur, var det relaterat till att fler behövde psykologkontakt efter hemkomsten (Michel med flera, 2014). Beskrivningarna i förra delen av denna sammanställning visar på den stora betydelse som organisatoriska aspekter, inklusive ledarskap, har för personalens syn på organisationen, på effektiviteten, arbetstillfredsställelsen samt på motståndskraft och förmåga att hantera stress. Den stora utmaningen för organisationer är att betydelsen av dessa faktorer ofta ökar i samband med insatser utomlands som följd av andra kontextuella förhållanden. Det handlar dessutom om att insatsorganisationer, som arbetsgivare, måste uppfylla sitt ansvar för arbetsmiljön. När en organisation endast sänder ut enskilda individer i utlandsinsatser kan det kräva särskilda åtgärder för att uppfylla kraven på adekvat stöd till dessa i linje med vad som anges nedan. Det är således väsentligt att förbereda och utbilda personalen väl före sådana insatser. Följande punkter är exempel på delar som då kan ingå:

- Noggrann värdering av risker vid insatsen, vilket kräver relevant underrättelseinhämtning om hot och risker för personalen i insatsområdet, inkluderat medicinska hot och risker
- Utvecklad selektion av både ledare och personal - medicinskt och psykologiskt för att kunna sända ut kompetent personal
- Relevant utbildning och träning för den aktuella insatsen. Förutom stärkt förmåga och självtillit, ökar också personalens förmåga när det gäller att värdera risker genom adekvat utbildning och erfarenhet (Prati med flera, 2013)
- Säkerställd relevant vaccinering och tillgång till adekvat och modern utrustning (Aitken med flera, 2009)
- Utbildning av ledare och medarbetare i stresshantering (Varker med flera, 2012).

Inriktningen i dessa sammanhang kan vara att:

- Förstå att stressreaktioner är rimliga och normala i samband med utlandstjänstgöring samt lära sig känna igen sådana reaktioner hos sig själv och sina kamrater för att veta när man ska söka stöd (Steenkamp med flera, 2013)
 - Stärka sammanhållning i enheter genom utbildning i att: bemästra stress; stärka relationer; förbättra känsla av tillhörighet; lära känna sina kamrater; lyssna bättre och att inte kritisera andra (Williams med flera, 2007)
 - Stärka förmågan att hantera moraliska/etiska frågor som kan uppstå i mötet med en lidande befolkning (Almonte, 2009), särskilt lidande barn (Sloand med flera, 2012)
 - Diskutera egna motiv för tjänstgöringen och egna förväntningar på sig själv, på organisationen, på ledarskapet och på kollegor
- Planera för kommunikationsmöjlighet med, och stöd för hemmavarande närstående
 - Organisera och informera om system för stöd på fältet och efter hemkomst

Under utlandstjänsten

Insatspersonalen

Grunderna för krisstöd som beskrivits ovan är tillämpliga både i samband med militära som civila utlandsinsatser. Grundprinciperna enligt Hobfoll med flera, (2007) och enligt modellen, *stöd, uppföljning, bedömning och behandling* kan således systematiseras och anpassas utifrån organisations- och insatskontext. Ledare bör alltså vara väl förtrogna med grunderna i det primära stödet, exempelvis: *Första hjälp vid stress, samling efter händelse/insats, socialt stöd individ-/grupp* enligt algoritmen i Figur 23 ovan. Det som kan skilja sig, beroende på organisations- och insatskontext, är hur man organiserar delarna *uppföljning, bedömning och behandling*. Vid omfattande insatser med mycket personal eller när det föreligger uttalade stressorer, som till exempel militära stridsinsatser i ett givet insatsområde, bör de senare tre funktionerna finnas på plats. Det kan vara i form av psykiatrisk och psykologisk kompetens, ingående i någon form av sjukvårdsorganisation (jfr amerikanska militära *mental health teams*) och motsvara den uppföljning, bedömning och behandling som skulle ha skett även hemmavid. Om insatserna inte är av samma numerära dignitet eller med lägre hotnivåer, bör system finnas på plats för att snabbt och enkelt kunna sända ut personal för uppföljning och bedömning. Eventuell behandling kan i sådana situationer om möjligt ske i insatsområdet eller efter hemsändning i särskilda fall.

Hemmavarande närstående, familj och barn

I en litteraturgenomgång om militär utlandstjänstgöring framkommer vilken påverkan sådan tjänstgöring kan ha på hemmavarande närstående, familj och barn (Michel, 2014). Tjänstgöring i internationella insatser och att då eventuellt bli skadad eller att drabbas av psykisk ohälsa, kan ha negativ påverkan på hemmavarande familj och kan leda till mental ohälsa även hos hemmavarande partner eller barn. Problem vid återintegreringen kan också bidra till nedsatt hälsa hos de inblandade. Det som i en studie påverkade familjrelationer negativt, var om den hemkommande led av PTSD, uppvisade emotionell stumhet, ilska eller tendenser till att isolera sig. När detta förekom behövde familjer mer stöd. En välfungerande partnerrelation ledde däremot till att veteraner sökte hjälp i större utsträckning. Omvänt visade det sig också att mental hälsa hos utlandstjänstgörande personal kan påverkas negativt om hemmavarande familj inte får stöd efter behov. Påfrestningar i relationer visade sig kunna beskrivas bäst genom att man undersökte tillfredsställelse med relationen, förekomst av otrohet eller planer på separation. Familjer som inte fungerar bra kan påverka behandlingen av veteraner negativt varför sådan behandling också bör innefatta familjestöd.

Svårigheter i kommunikationen med hemmavarande partner under tjänstgöringen kan öka svårigheterna i återanpassningen efter hemkomst. Kommunikation med tjänstgörande förälder genom informationsteknologiska medel kan vara problematiskt för barn. Tillgång till stödgrupper för hemmavarande minskade däremot depression och ångest hos dem. Barn kan utveckla problem om ena föräldern tjänstgör, till exempel genom att tjänstgörande förälders mentala ohälsa kan påverka barn negativt, med nedstämdhet och självmordstankar som följd. Detta var särskilt uttalat om också hemmavarande partner var påverkad. Barn till tjänstgörande kunde uppvisa mer ledsenhet, hopplöshet, depressivitet samt självmordstankar och lägre livskvalitet i ett dos-responsmönster, relaterat till hur länge den tjänstgörande föräldern var frånvarande. Bristande föräldrafunktion påverkade också barn i negativ riktning. Barnmisshandel kan också bli en effekt om föräldrarna lider av depression, föräldrastress och familjekonflikter.

Våld i nära relationer var relaterat till antisociala drag, aggressivitet, barndomstrauma, relationsfaktorer och PTSD efter exponering för strid, alkoholproblem, ekonomiska svårigheter och kortare tid i tjänst. Skyddande faktorer mot våld i nära relationer var: att vara förälder, stöd från grannar och från samhället samt individuell bemästringsförmåga.

Även om ovanstående beskrivningar primärt bygger på amerikanska studier, står det klart att ett anpassat stöd till närstående, till exempel familj hemma under utlandstjänstgöringen kan vara av stort värde för alla inblandade. Behovet av sådant stöd till närstående, familj och barn kan naturligtvis variera stort. Några grundelement bör dock finnas under tjänstgöringen, till exempel:

- Möjlighet till regelbunden information om insatsen
- Möjlighet till regelbunden kommunikation mellan tjänstgörande och hemmavarande
- Proaktiv kontakt från lokala och centrala stödresurser och etablering av stödgrupper för hemmavarande familj och barn efter behov

Efter utlandstjänsten

Syftet med uppföljning efter utlandstjänstgöring, oavsett om det är efter en militär eller en civil insats, kan vara att understödja återhämtning och återintegrering för att återföra individen till *Grön zon* enligt ovan beskrivna stresskontinuum. Detta kan ske genom att även här följa modellen för krisstöd (interventionspyramiden, Figur 12) som beskrevs i första delen av detta dokument: *stöd, uppföljning, bedömning och behandling*. Man kan således inleda med att genomföra utvärdering av hela tjänstgöringscykeln. Jämfört med inledning av krisstöd i vanliga fall i insatsorganisationer, där man börjar med en informell utvärdering, ter det sig mer adekvat att man i samband med hemkomst genomför en mer *formell utvärdering*. Detta ter sig viktigt både för organisationen och för den enskilde. Andra essentiella delar kan vara *socialt stöd för individ och grupp*, vilket kan bidra till att *skapa en berättelse om tjänstgöringen* samt att underlätta återintegreringen av personalen till hemmasituationen genom *familjesamtal*. En del i detta kan dessutom vara att företrädare för organisationen, på olika sätt förmedlar erkänsla för insatsen till deltagarna. Slutligen utgörs en väsentlig del av hemkomstverksamheten av *uppföljning, bedömning och (eventuell behandling)* avseende den fysiska eller psykiska hälsan.

Utvärdering

Genomförande av formell After Action Review (AAR) kan omfatta olika delar som till exempel: förberedelser/utbildning, själva tjänstgöringen och om stödet till närstående, familj och barn. AAR handlar om att beskriva vad som var uppgiften, vad som gick bra, vad som kunde gjorts bättre eller annorlunda. Resultaten sammanställs och bör utgöra en del av organisationens *lessons learned*.

Socialt stöd individ/grupp

Av vad som beskrivits tidigare framgår den stora betydelsen som socialt stöd har för återhämtning, både genom kollegor och genom stöd från närstående. Denna del består därför av två komponenter, dels att personalen enskilt eller enhetsvis bör kunna mötas för att *skapa en berättelse om tjänstgöringen*, dels att ge möjlighet att genomföra *familjesamtal* efter behov.

Skapa en berättelse om tjänstgöringen

Det ter sig rimligt att organisationen efter en insats utomlands, anstränger sig för att stärka personalens återhämtning och undersöker olika behov samt genomför formell utvärdering enligt ovan. Utöver detta bör också personalen ges möjlighet att samtala (enskilt eller i grupp) om det man

upplevt. Att skapa en gemensam berättelse kan dessutom, sannolikt utveckla det sociala stödet och därigenom stärka återhämtning/återanpassning. Samtalen kan med fördel ske enhetsvis, med eller utan samtalsledare och kan omfatta följande delar, anpassat efter typ av insats:

- Återkoppla till samtalen före tjänstgöringen om motiv för tjänstgöringen och förväntningar innan tjänstgöring
- Upplevelser och erfarenheter under tjänstgöringen, exempelvis själva arbetet, kamrater eller ledarskap
- Förhållanden hemma och kommunikation med närstående, familj och barn under tjänstgöringen
- Hemkomsten och dess utmaningar (närstående, familj, barn; arbete)
- Egen funktion (social och yrkesfunktion, må-bra-förmåga)
- Tillit (förtroende för organisationen; hopp, tillit till sig själv, meningsfullhet)
- Psykoedukation, muntligt/skriftligt

Familjesamtal

Denna del avser att ge en möjlighet för den tjänstgörande till ett möte med kompetent samtalsledare där närstående, familj och barn kan delta. Deltagare, tidpunkt och plats bör vara möjlig att anpassa efter behov och önskemål. Samtalet bör anpassas till situationen och kan omfatta följande komponenter:

- Närståendes involvering i beslut om tjänstgöringen?
- Kommunikationsmöjlighet under tjänstgöring?
- Tjänstgöringens påverkan på närstående, partner och/eller barn?
 - Arbete, skola, kamrater eller hälsa?
- Påverkan på relationerna?
- Upplevt stöd från organisationen/andra?
- Hemkomst: påfrestningar/glädjeämnen
- Psykoedukation
- Eventuellt behov av uppföljning och eller kontakter med andra stödinrättningar som till exempel familjerådgivning

Stöd, uppföljning och bedömning

- Förmedla erkänsla till personalen för deras insatser genom ansvariga företrädare, exempelvis genom, tal till personalen, erkänsla via massmedia, avslutningsmiddag och i förekommande fall medaljutdelningar (Halpern med flera, 2009)
- Uppföljning och bedömning av hälsa. Undersökning och screening behöver vanligen inte genomföras på alla. I stället bör detta anpassas utifrån individuella behov och utifrån de hot och risker som olika tjänstgöringar kan ha lett till samt vad olika individer och enheter exponerats för. Denna del kan omfatta:
 - Hälsoundersökning, från enkla hälsodeklarationer till full fysisk och psykisk undersökning
 - Identifiering av individuella stressorer: trauma; sorg; etisk eller kronisk stress
 - Identifiering av aktuellt stresskontinuum för varje individ
 - Screening och bedömning av behov av stöd. För bedömning av psykisk hälsa kan enkla frågeformulär användas, se exempel Bilaga 1
 - Eventuell behandling eller remiss för behandling

- Identifiera behov av annat stöd
 - Ekonomi
 - Juridik/försäkringar
 - Arbete/funktion
- Information om fortsatt proaktiv uppföljning av hälsotillstånd (efter 1, 3, 6 och 12 månader på indikation och efter behov) och kontaktvägar för stöd efter behov

5. Utbildning om traumatisk stress och krisstöd i insatsorganisationer

Detta utbildningsprogram är ett exempel på utbildning dels för alla anställda i insatsorganisationer när det gäller allmänna aspekter av psykotraumatologi, dels mer specifik utbildning i stresshantering för ledare och eventuella kamratstödare.

Syfte och mål

Syftet med utbildningen är att förbereda organisationen för att bättre kunna hantera arbetsrelaterad stress. Det övergripande målet är att öka kunskapen i allmänhet för alla anställda och särskilt för att förbereda ledare och eventuella kamratstödare när det gäller deras förmåga att fungera i sina respektive roller inom organisationen. Delmålen med utbildningen kan därför vara att:

Öka kunskapen om

- Basala delar inom området psykotraumatologi
- Stresshantering i insatsorganisationer

Utbilda ledare om nödvändigheten av att

- Utveckla förebyggande åtgärder för att kunna hantera potentiellt traumatiska händelser såväl som daglig arbetsrelaterad stress
- Tidigt identifiera och hantera stress hos medarbetarna
- Utveckla en bra stödverksamhet för att minska stresspåverkan i organisationen
- Minska rollkonflikter och öka förutsägbarhet på arbetsplatsen

Förbereda krisstödare i deras förmåga att

- Vara empatiskt lyssnande
- Tillgodose basalt psykologiskt stöd
- Identifiera kamrater som kan utgöra risk för sig själv eller andra
- Underlätta tillgången till professionell bedömning och behandling
- Inte begränsa sin verksamhet endast till allvarliga händelser, utan också bidra med stöd i den vardagliga arbetsmiljön
- Inte i mer komplicerade fall själv ta ansvar för länge, utan tidigt söka specialistråd och erbjuda remissvägar för professionell bedömning och behandling
- Upprätthålla konfidentialitet (utom när det finns risk för skada eller våld)

Innehåll

Basal psykotraumatologi

- Konsekvenser av potentiellt traumatiska händelser
- Återhämtning
- Riskindikatorer och motståndskraft
- Kort om neurobiologiska och neurofysiologiska aspekter
- Stress och dess normala och svårare konsekvenser
- Processer över tid
- Socialt stöd, kamratstöd
- Viktiga principer för stöd
- Basal självhjälp efter potentiellt traumatiska händelser och individuell stresshantering

Krisstöd i insatsorganisationer

- Arbetsrelaterad stress – stresskontinuum

- Kronisk stress
- Organisationsfaktorer
- Ledarskap och sammanhållning
- Förebyggande insatser – användning av företagshälsovård
- Praktiskt krisstöd
 - Första hjälp vid stress (FHS)
 - Samling efter händelse (informell *After Action Review*, AAR)
 - Socialt stöd individ/grupp
 - Basala delar avseende Förmågor för psykologis återhämtning (FPÅ)
 - Kamratstöd
 - System för stöd och uppföljning/algorithm för stöd

Genomförande

Initialt genomförs i detta förslag en halvdagsföreläsning för alla anställda på en given arbetsplats, inkluderat anställda, chefer och kamratstödjare. Efter det kan chefer och kamratstödjare utbildas ytterligare en halvdag med korta föreläsningar med upprepade falldiskussioner. Detta bör sedan följas upp med ett par upprepade gruppövningar.

Exempel på tidsplan

Deltagare	Tid	Innehåll	Form
Alla anställda, inkluderat ledare och kamratstödjare	Halvdag	Översiktligt om Basal psykotraumatologi och Krisstöd i insatsorganisationer	Föreläsning
Ledare och kamratstödjare	Halvdag Därefter återkommande övningar i grupp	Praktiskt krisstöd <ul style="list-style-type: none"> • Första hjälp vid stress (FHS) • Samling efter händelse (informell AAR) • Socialt stöd individ/grupp • Basala delar avseende Förmågor för psykologis återhämtning (FPÅ) • Kamratstöd • System för stöd och uppföljning/algorithm för stöd 	Korta föreläsningar med falldiskussioner

Referenser

- Ablah E, Hawley S, Konda KM, Wolfe D, Cook DJ. Evaluation of mental health emergency preparedness among health professionals. *Journal of Allied Health*. 2008;37(3):144-149.
- Adler AB, Bliese PD, Hoge CW, Cabrera OA, Wright KM, Castro CA. Stigma and barriers to care in soldiers postcombat. *Psychological Services*. 2009. doi:10.1037/a0012620.
- Adler AB, Saboe KN, Anderson J, Sipos ML, Thomas JL. Behavioral Health Leadership: New Directions in Occupational Mental Health. *Current Psychiatry Reports*. 2014;16:484.
- Aitken P, Leggat P, Robertson A, Harley H, Speare R, Leclercq M. Health and safety aspects of deployment of Australian disaster medical assistance team members: results of a national survey. *Travel medicine and infectious disease*. 2009;7(5):284-290.
- Albott CS, Wozniak JR, McGlinch BP, Wall MH, Gold BS, Vinogradov S. Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Anesth Analg*. 2020 Jul;131(1):43-54. doi: 10.1213/ANE.0000000000004912. PMID: 32345861; PMCID: PMC7199769.
- Almén N. Intervening stress recovery behaviors in everyday life. Vetenskaplig avhandling, Mittuniversitetet, 2022. <http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:1658517/FULLTEXT01.pdf>
- Almonte ALC. Humanitarian nursing challenges: a grounded theory study. *Military medicine*. 2009;174(5):479-485.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022.
- Arbetsmiljöverket. Organisatorisk och social arbetsmiljö. AFS 2015:4. Arbetsmiljöverket. 2015. https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-foreskrifter-Arbetsmiljoverket2015_4.pdf
- Arnsten AFT, Shanafeldt T. Physician distress and burnout, the neurobiological perspective. *Mayo Clin Proc*. 2021 march ;96(3):763-769. Doi 10.1016/j.mayocp. 2020.12.027.
- Balban MY, Neri E, Kogon MM, Weed L, Nouriani B, Jo B, Holl G, Zeitzer JM, Spiegel D, Huberman AD. Brief structured respiration practices enhance mood and reduce physiological arousal. *Cell Reports Medicine* 4, 100895, January 17, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2022.100895>
- Baldwin DV. Primitive mechanisms of trauma response: An evolutionary perspective on trauma-related disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2013;37:1549-1566.
- Barnes, J. Ben, Nickerson, A., Adler, A. B., & Litz, B. T. Perceived military organizational support and peacekeeper distress: A longitudinal investigation. *Psychological Services*. 2013;10(2):177-185. doi:10.1037/a0032607.
- Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. *Neuroscience: Exploring the brain*. Second edition. Lippincott, Williams & Wilkins. 2001. pp. 211.

Beck JG, Sloan DM. Group treatments for PTSD. In MJ Friedman, PP Schnurr, TM Keane, (Eds.) *Handbook of PTSD*. New York: The Guilford Press. 2021. pp. 400-413.

Berkowitz S, Bryant R, Brymer M, Hamblen J, Jacobs A, Layne C, Macy R, Osofsky H, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P. The National Center for PTSD & the National Child Traumatic Stress Network, *Skills for Psychological Recovery: Field Operations Guide*. 2010.

Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 12, CD003388. 2013.

Bisson JJ, Tavakoly B, Witteveen AB, Ajdukovic D, Jehel L, Johansen VJ, Nordanger D, Orengo Garcia F, Punamaki RL, Schnyder U, Sezgin AU, Wittmann L, Olff M. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *Br J Psychiatry*. 2010 Jan;196(1):69-74.

Blackwell SE. Mental imagery: from basic research to clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2018. doi: 10.1037/int0000108

Bliese PD, Castro CA. Role clarity, work overload and organizational support: Multilevel evidence of the importance of support. *Work & Stress*. 2000;14:65-73.

Blix I, Skogbrott Birkeland M, Bang Hansen M, Heir T. Posttraumatic growth – An antecedent and outcome of posttraumatic stress: Cross-lagged associations among individuals exposed to trauma. *Clinical Psychological Science*. 2016:1-9. DOI: 10.1177/2167702615615866

Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am. Psychol*. 2004;59:20–28.

Bonanno A, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:511–535.

Bonanno GA, Diminich ED. Annual Research Review: Positive adjustment to adversity--trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013 Apr;54(4):378-401. doi: 10.1111/jcpp.12021. Epub 2012 Dec 7.

Booth-Kewley S, Schmied EA, Highfill-McRoy RM, Larson GE, Garland CF, Ziajko LA. Predictors of psychiatric disorders in combat veterans. *BMC Psychiatry*. 2013;13:130. doi:10.1186/1471-244X-13-130.

Bovin MJ, Kimerling R, Weathers FW, Prins A, Marx BP, Post EP, Schnurr PP. Diagnostic accuracy and acceptability of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition) among US Veterans (PDF). *JAMA Network Open*, 2021;4(2), e2036733. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36733>

Brewer J. *Unwinding anxiety: Train your brain to heal your mind*. London: Penguin Random House, 2021.

Brewin CR, Andrew B, Valentine JD. Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68:748-766.

Brewin CR, Rose S, Andrew B, Green J, Turner S, Foa E. Brief screening instrument for posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181:158-162. Svensk översättning: Per-Olof Michel & Filip Arnberg, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, 2007.

Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress*. 2005;18(1):53-62. Review.

Brewin CR, Scragg P, Robertson M, Thompson M, d'Ardenne P, Ehlers A; Psychosocial Steering Group, London Bombings Trauma Response Programme. Promoting mental health following the London bombings: a screen and treat approach. *J Trauma Stress*. 2008 Feb;21(1):3-8.

Briere J, Scott C, Weathers F. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *Am J Psychiatry*. 2006 Dec;162(12):2295-301.

Britt TW, Davison J, Bliese PD, Castro CA. How leaders can influence the impact that stressors have on soldiers. *Military Medicine*. 2004; 169:541-545. PMID:15291187

Britt TW, Wright KM, Moore D. Leadership as a predictor of stigma and practical barriers toward receiving mental health treatment: a multilevel approach. *Psychological Services*. 2012;9(1):26-37. doi:10.1037/a0026412

Brown RL, Leonard T, Saunders LA, Papasouliotis O. A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2001;14(2):95-106. Svensk översättning: Per-Olof Michel & Filip Arnberg, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, 2007.

Bryant R. Early interventions for trauma. I: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, redaktörer. *Handbook of PTSD: Science and practice*. 2 uppl. New York: The Guilford Press; 2014. s. 406-18.

Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P. *Psychological First Aid – Field Operations Guide*, 2nd ed, National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD, USA. 2006.

Burke KJ. Well-being in protective services personnel: Organizational influences. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. Massey Univ. 2006.

Cohen C, Pignata S, Bezak E, et al. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open* 2023;13:e071203. doi:10.1136/bmjopen-2022-071203.

Creamer MC, Varker T, Bisson J, Darte K, Greenberg N, Lau W, Moreton G, O'Donnell M, Richardson D, Ruzek J, Watson P, Forbes D. Guidelines for Peer Support in High-Risk Organizations: An International Consensus Study Using the Delphi Method. *Journal of Traumatic Stress*. 2012;25:134-141.

Darnall BD, Roy A, Chen AL, Ziadni MS, Keane RT, You DS, Slater K, Poupore-King H, Mackey I, Kao MC, Cook KF, Lorig K, Zhang D, Hong J, Tian L, Mackey SC. Comparison of a single-session pain management skills intervention with a single-session health education intervention and 8 sessions of Cognitive Behavioral Therapy in adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *JAMA*

- Netw Open. 2021 Aug 2;4(8):e2113401. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.13401. Erratum in: JAMA Netw Open. 2022 Apr 1;5(4):e229739. PMID: 34398206; PMCID: PMC8369357.
- Farchi M, Levy TB, Gershon BB, Hirsch-Gornemann MB, Whiteson A, Gidron Y. The six Cs model for immediate cognitive psychological first aid: From helplessness to active efficient coping. *Int J Emerg Ment Health*. 2018;20:1–12.
- Felitti, VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM; Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J PrevMed*. 1998;14(4):245-258.
- Felker B, Hawkins E, Dobi D, Gutierrez J, McFall, M. Characteristics of deployed Operation Iraqi Freedom military personnel who seek mental health care. *Military Medicine*. 2008;173(2):155-158.
- Finne LB, Christensen JO, Knardahl S. Psychological and Social Work Factors as Predictors of Mental Distress: A Prospective Study. *PLOSOne*. 2014;doi:10.1371/journal.pone.0102514
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen J. (Eds.). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)*. New York: Guilford Press. 2008.
- Forbes D, Creamer M, Bisson JI, Cohen JA, Crow BE, Foa EB, Friedman MJ, Keane TM, Kudler HS, Ursano RJ. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *J Trauma Stress*. 2010 Oct;23(5):537-52. doi: 10.1002/jts.20565.
- Forbes D, Bisson JI, Monson CM, Berliner L. *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the international Society for Traumatic Stress Studies. Third edition*. New York: The Guilford Press, 2020.
- Friedman MJ, Schnurr P, Keane TM. *Handbook of PTSD. Science and Practice, Third edition*. New York: The Guilford Press. 2021.
- Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: conceptual foundation. I: Gross JJ, redaktör. *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press; 2007. s. 3-26.
- Gupta S, Bonanno GA. Complicated grief, and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology*. 2011, Vol. 120, No. 3, 635–643.
- Gustafsson H, Skoog T. The Mediatlional Role of Perceived Stress in The Relation Between Optimism and Burnout in Competitive Athletes. *Anxiety Stress Coping*, 2012;25:183–199. doi: 10.1080/10615806.2011.594045
- Halpern J, Gurevich M, Schwartz B, Brazeau P. Interventions for critical stress in emergency medical services: a qualitative study. *Stress and Health*. 2009;25:139-149.
- Harvard Medical School. Stress management. Enhance your well-being by reducing stress and building resilience. Special health report, Boston: www.health.harvard.edu, 2020.
- Harvey A, Nathens AB, Bandiera G, Leblanc VR. Threat And Challenge: Cognitive Appraisal and Stress Responses in Simulated Trauma Resuscitations. *Med. Educ*. 2010;44:587–594. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03634.x

Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, Bryant RA, Christensen H, Mitchell PB. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med* 2017;74:301–310. doi:10.1136/oemed-2016-104015.

Hedlund E. What Motivates Swedish Soldiers to Participate in Peacekeeping Missions: Research Note. *Armed Forces & Society*. 2011;37(1):180-190. doi:10.1177/0095327X10372597

Heim C, Nemeroff CB. Neurobiological pathways in fear, stress, and PTSD. In I Liberson, KJ Ressler (Eds.). *Neurobiology of PTSD, from brain to mind*. New York: Oxford University Press, 2016. pp. 220-238.

Heir T, Stokke EH, Tvenge KP. The role of workplace on work Participation and sick leave after a terrorist attack: a qualitative study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 1920. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041920>

Hobfoll S. Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*. 1989;44(3):513-524.

Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BP, de Jong JT, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007 Winter;70(4):283-315; discussion 316-69. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283. Review.

Hugelius K, Berg S, Westerberg E, Gifford M, Adolfsson A. Swedish ambulance managers' descriptions of crisis support for ambulance staff after potentially traumatic events. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2014;29(6):1-4.

Inslicht SS, McCaslin SE, Metzler TJ, Henn-Haase C, Hart SL, Maguen S, Neylan TC, Marmar CR. Family psychiatric history, peritraumatic reactivity, and posttraumatic stress symptoms: a prospective study of police. *J Psychiatr Res*. 2010 Jan;44(1):22-31. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.05.011. Epub 2009 Aug 14.

International society for traumatic stress studies, ISTSS. PTSD Guidelines – Methodology and Recommendations, ISTSS. 2019

Jeffreys M, Capehart B, Friedman MJ. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: review with clinical applications. *J Rehabil Res Dev*. 2012;49(5):703-15.

Jones N, Seddon R, Fear NT, McAllister P, Wessely S, Greenberg N. Leadership, cohesion, morale, and the mental health of UK Armed Forces in Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2012;75(1):49-59. doi:10.1521/psyc.2012.75.1.49.

Joshi S, Cerdá M. Trajectories of Health resilience and illness. I: Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L, redaktörer. *Textbook of disaster psychiatry*. 2 uppl. Cambridge University Press; 2017. s. 76-86.

Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books. 1990

Keiser NL, Arthur W. A meta-analysis of the effectiveness of the after-action review (or debrief) and factors that influence its effectiveness. *J Appl Psychol*. 2020 Aug 27. doi: 10.1037/apl0000821. Epub ahead of print. PMID: 32852990.

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, Degenhardt L, de Girolamo G, Dinolova RV, Ferry F, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lepine JP, Levinson D, Navarro-Mateu F, Pennell BE, Piazza M, Posada-Villa J, Scott KM, Stein DJ, Ten Have M, Torres Y, Viana MC, Petukhova MV, Sampson NA, Zaslavsky AM, Koenen KC. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017 Oct 27;8(sup5):1353383. doi: 10.1080/20008198.2017.1353383. eCollection 2017.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-1060.

Korte KJ, Jiang T, Koenen KC, Galea S, Gradus JL. Epidemiology of trauma and PTSD in adults. In MJ Friedman, PP Schnurr & TM Keane (Eds.), *Handbook of PTSD, Science, and practice*, third edition. New York: The Guilford Press, 2021, pp 66-67.

Kozłowska K, Walker P, McLean L, Carrive P. Fear, and the Defense Cascade: Clinical Implications and Management. *Harv Rev Psychiatry*. 2015 Jul-Aug;23(4):263-87. doi: 10.1097/HRP.000000000000065. Review.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*. 2003;41(11):1284-1292. Översättning av PHQ-9 (© Pfizer AB) av Mats Adler, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 2005.

Larsson G, Berglund AK, Ohlsson A. Daily hassels, their antecedents and outcomes among professional first responders: A systemic literature review. *Scand J Psychol*. 2016;57(4):359-367.

Larsson G. Vardagsstress och hälsa: En idé om verksamma mekanismer. Lund: Studentlitteratur. 2021.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.

LeDoux JE. Emotion circuits in the brain. *Annu. Rev. Neurosci*. 2000;23:155–184.

Litz, B. T., Steenkamp, M. M., & Nash, W. P. Resilience, and recovery in the military. In L. Zoellner & N. Feeney (Eds.), *Facilitating resilience and recovery following traumatic events* (pp. 113-133). New York: Guilford. 2014

MacNamara A, Phan KL. Prefrontal-Limbic brain circuitry and regulation of emotion. In I Liberson, KJ Ressler (Eds.). *Neurobiology of PTSD, from brain to mind*. New York: Oxford University Press, 2016. pp. 169-191.

Mancini AD, Griffin P, Bonanno GA. Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 Jan;25(1):46-51.

McFarlane AC, Williamson P, Barton CA. The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings. *Journal of public health policy*. 2009;30(3):311-327.

Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S, Hoying J, McRae K, Ault S, Spurlock E, Bird SB. Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review. *Am J Health Promot.* 2020 November ; 34(8): 929–941. doi:10.1177/0890117120920451.

Michel PO. *Insatsrelaterad stress hos militära veteraner – En litteraturoversikt.* Veteranutredningen Vol 2, Bilaga 6/Försvarshögskolan, 2014.

Michel PO, Hjemdal OK, Wentzel-Larsen T. *Komplettering av levkårsundersøkelsen.* Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS. 2014.

Michel PO, Lundin T, Bergh Johannesson K, Nilsson D, Arnberg F. *Psykotraumatologi.* Lund: Studentlitteratur, 2018. Sid: 119–121.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. *Från gemensamt görande till gemensamt lärande – En kunskapssammanställning utifrån perspektivet After Action Review (Michel, Larsson, Scherp).* Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2016.

Milliken CS, Auchterlonie J L, Hoge C W. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 2007;298(18):2141-2148. doi:10.1001/jama.298.18.2141

Nash WP, Westphal RJ, Watson PJ, Litz, B. T. *Combat and Operational Stress First Aid: Caregiver Training Manual.* Washington, DC: U.S. Navy, Bureau of Medicine, and Surgery. 2010.

Nash WP, Watson PJ. Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev.* 2012;49(5):637-48.

Nash WP, Boassa AM, Steenkamp MM, Larson JL, Lubin RE, Litz BT. Posttraumatic stress in deployed marines: Prospective trajectories of early adaptation. *Journal of Abnormal Psychology.* 2015;124(1):155–171. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000020>

NICE-report. National Collaborating Centre for Mental Health. *Post-traumatic stress disorder (PTSD) The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. (CG 26).* National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.

Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Soc Sci Med.* 2009 Jun;68(12):2190-8.

Nutt DJ. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61[suppl 5]:24–29.

O'Donnell ML, Lau W, Tipping S, Holmes ACN, Ellen S, Judson R, Varker T, Elliot P, Bryant RA, Creamer MC, Forbes D. Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury. *Journal of Traumatic Stress.* 2012;25:125-133.

OPSIC-Project. *Operationalizing Psychosocial Support in Crisis SEC-2012.4.1-2.* The comprehensive guideline on mental health and psychosocial support (MHPSS) in disaster settings. 2015. Available at:

<https://www.uibk.ac.at/psychologie/fachbereiche/psychotraumatology/resources/opsic-mhpps-comprehensive-guideline-june-2016.pdf>

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003 Jan;129(1):52-73.

Pennebaker JW. Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 1997;8(3), 162–166. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x>

Peters A, McEwen BS, Friston K. Uncertainty, and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Prog Neurobiol.* 2017 Sep;156:164-188. doi: 10.1016/j.pneurobio.2017.05.004. Epub 2017 May 30.

Petrie K, Gayed A, Bryan BT, Deady M, Madan I, Savic A, Wooldridge Z, Counson I, Calvo RA, Glozier N, Harvey SB. The importance of manager support for the mental health and well-being of ambulance personnel. 2018. *PLoS ONE* 13(5): e0197802. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197802>

Pfefferbaum B, Shaw JA; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on disaster preparedness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Nov;52(11):1224-38

Prati G, Pietrantonio L, Saccinto E, Kehl D, Knuth D, Schmidt S. Risk perception of different emergencies in a sample of European firefighters. *Work (Reading, Mass.).* 2013;45(1):87-96.

Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Mark BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Pless Kaiser A, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and evaluation within a Veteran primary care sample (PDF). *Journal of General Internal Medicine*, 2016;31:1206-1211. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3703-5>

Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research – past, present, and future. *Biol psychiatry.* 2006;60:376–3820006.

Regehr C, Millar D. Situation critical: High demand, low control, and low support in paramedic organizations. *Traumatology.* 2007;13:49–58.

Rozovsky, 2015. The five keys to a successful Google team. Accessed 12 February 2021 at: <https://rework.withgoogle.com/blog/five-keys-to-a-successful-google-team/>

Rugulies R, Bültmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *American Journal of Epidemiology.* 2006;163:877–887. PMID:16571741

Santos-Rosa FJ, Montero-Carretero C, Gomez-Landero LA, Torregrossa M, Cervello E. Positive and negative spontaneous self-talk and performance in gymnastics: The role of contextual, personal and situational factors. *PLoS ONE*, 2022;17(3): e0265809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265809>

Schmidt L, Sjöström J. Användning av företagshälsovård i kommuner och landsting. Rapport NRC 125. Svenska miljöinstitutet. 2015.

Schmidt S, Roesler U, Kusserow T, Rau R. Uncertainty in the workplace: Examining role ambiguity and role conflict, and their link to depression - a meta-analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2014;23:91-106.

Schultebrasucks K, Sijbrandij M, Galatzer-Levy I, Mouthaan J, Olff M, van Zuiden M. Forecasting individual risk for long-term posttraumatic stress disorder in emergency medical settings using biomedical data: A machine learning multicenter cohort study. *Neurobiol Stress*. 2021 Jan 18;14:100297. doi: 10.1016/j.ynstr.2021.100297. eCollection 2021 May.

Seynaeve GJR. (Ed). Psycho-social support in situations of mass emergency. European Policy Paper concerning different aspects of psychosocial support involved in major accidents and disasters. Ministry of Public Health, Brussels, Belgium, 2001. ISBN: D/2001/9387/1.

Shea MT, McDevitt-Murphy, Ready DJ, Schnurr PP. Group therapy. In MJ Friedman, TM Keane, PA Resick (Eds.) *Handbook of PTSD*. New York: The Guilford Press. 2007. pp. 306-326.

Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004;58:1483-1499.

Smeets EC, de Ruijter AM. Community-based interventions working draft. Amsterdam: Impact Dutch knowledge and advice centre for post-disaster psychosocial care. 2006.

Skogbrott Birkeland M, Birkeland Nielsen M, Knardahl S, Heir T. Associations between work environment and psychological distress after a workplace terror attack: The importance of role expectations, predictability, and leader support. *PLOSOne*. DOI:10.1371/journal.pone.0119492 March 13, 2015.

Skogstad M, Skorstad M, Lie A, Conradi HS, Heir T Weisæth L. Work-related post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*. 2013;63:175-182. doi:10.1093/occmed/kqt003.

Sloand E, Ho G, Klimmek R, Pho A, Kub J. Nursing children after a disaster: a qualitative study of nurse volunteers and children after the Haiti earthquake. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing: JSPN*. 2012;17(3):242-53.

Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd Posttraumatiskt stressyndrom (SoS, 2017): [Posttraumatiskt stressyndrom | Rekommendationer och indikatorer \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/Posttraumatiskt-stressyndrom-|Rekommendationer-och-indikatorer-socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (SoS, 2021): [Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/Nationella-riktlinjer-for-vard-vid-depression-och-angestsyndrom-socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen. Krisstöd vid allvarlig händelse. Kunskapsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen, 2018.

Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:255-291.

Southwick SM, Charney DS. Resilience: The science of mastering life's greatest challenges. Second edition. New York: Cambridge University Press, 2018.

Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5:25338 - <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>

Steenkamp MM, Dickstein BD, Salters-Pedneault K, Hofmann S, Litz BT. Trajectories of PTSD symptoms following sexual assault. *Journal of Traumatic Stress*. 2012;25:469-474.

Steenkamp MM, Nash WP, Litz BT. Post-traumatic stress disorder prevention in troops: Review of the Comprehensive soldier fitness program. *American Journal of Preventive Medicine*. 2013;44(5):507-512.

Svetlitzky V, Farchi M, Ben Yehuda A, Adler AB. YaHaLOM: A Rapid intervention for acute stress reactions in high-risk occupations. *Mil Behav Health*. 2019;8:232-242.

Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis. *Hum Factors*, 2013, Feb;55(1):231-45. doi: 10.1177/0018720812448394.

Tassell N, Flett R. Motivation in humanitarian health workers: a self-determination theory perspective. *Development in Practice*. 2011;21(7):959-973.

Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996 Jul;9(3):455-71

TENTS, The European Network for Traumatic Stress. 2009.

Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(2):122-138.

Varker T, Devilly GJ. An analogue trial of inoculation/resilience training for emergency services personnel: proof of concept. *Journal of anxiety disorders*. 2012;26(6):696-701.

Department of Veterans Affairs and the Department of Defense (VA/DoD) practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. Version 3.0 – 2017, sid 51. Hämtat mars 2021 från: [VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder](#)

Villado AJ, Arthur W. The comparative effect of subjective and objective after-action reviews on team performance on a complex task. *The Journal of Applied Psychology*. 2013;98(3):514-28. doi:10.1037/a0031510.

Wadström O. Beteendemedicin: KBT för läkare. Psykologinsats AB, 2021.

Watson PJ, Gibson L, Ruzek JI. Public mental health interventions following disasters and mass violence. I: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, redaktörer. *Handbook of PTSD: Science and practice*. 2 uppl. New York: The Guilford Press; 2014. s. 607-27.

Watson PJ, Taylor V, Gist R, Elvander E, Leto F, Martin B, Tanner J, Vaught D, Nash W, Westphal RJ, Litz B. *Stress First Aid for Firefighters and Emergency Medical Services Personnel*. The National Fallen Firefighters Foundation and National Center for PTSD, Department of Veterans Affairs. 2013.

Williams A, Hagerty BM, Andrei AC, Yousha SM, Hirth RA, Hoyle KS. STARS: strategies to assist navy recruits' success. *Military Medicine*. 2007;72(9):942-949. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17937357>

Witteveen AB, Bisson JI, Ajdukovic D, Arnberg FK, Bergh Johannesson K, Bolding HB, Elklit A, Jehel L, Johansen VA, Lis-Turlejska M, Nordanger DO, Orengo-García F, Polak AR, Punamaki RL, Schnyder U, Wittmann L, Olf M. Post-disaster psychosocial services across Europe: the TENTS project. *Soc Sci Med*. 2012 Nov;75(9):1708-14. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.06.017. Epub 2012 Jul 14

World Health Organization. *Psychological First Aid: Guide for field workers*. Geneva, Switzerland: War Trauma Foundation and World Vision International. 2011.

World Health Organization. *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization; 2022. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>

Wright KM, Bliese PD, Thomas JL, Adler AB, Eckford RD, Hoge CW. Contrasting Approaches to Psychological Screening with U.S. Combat Soldiers. *Journal of Traumatic Stress*. 2007;20(6):965-975.

Wright K, Cabrera OA, Adler A, Bliese PD, Hoge CW. Stigma and barriers to care in soldier postcombat. *Psychological Services*. 2009;6(2):108-116. doi: 10.1037/a0012620

Young Z. *Break Through Pain: How to Relieve Pain Using Powerful Meditation Techniques*. Louisville: Sounds True, 1995.

Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two-component model. *Clin Psychol Rev*. 2006 Sep;26(5):626-53. Epub 2006 Mar 3.

Örtqvist D, Wincent J. Prominent consequences of role stress: A meta-analytic review. *International Journal of Stress Management*. 2006;13:399-422.

Bilaga 1. Instrument för screening

Syftet med screening bör vara att bidra med underlag för bedömning av drabbade. Ett screeningformulär ersätter inte en professionell bedömning, men kan ge vägledning när det gäller om en sådan fördjupad bedömning behövs. De olika formulären nedan berör ämnen som erfarenhet och vetenskap tidigare visat vara förknippade med psykiatriska besvär hos drabbade individer. De olika instrumenten avhandlar posttraumatiska stressreaktioner, nedstämdhet, substansberoende samt den enskildes bedömning av eget hjälpbehov. Notera att frågorna i de olika formulären främst kan bidra till att exkludera de individer som inte har behov av stöd. I de fall där det föreligger indikation för fördjupad undersökning bör en dialog föras med den aktuella individen om överföring för professionell bedömning.

De olika instrumenten

Nedan finns fem olika instrument som kan användas i screeningsyfte, när så bedöms lämpligt.

Formulär avseende reaktioner efter allvarliga händelser

- A. Trauma Screening Questionnaire (TSQ)
- B. Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)

Formulär med två frågor om nedstämdhet

- C. Patient Health Questionnaire - 2 (PHQ-2)

Formulär med två frågor om substansberoende

- D. Two Item Conjoint Screen (TICS)

Formulär med en fråga om behov av stöd

- E. Psychological screening (PS)

A. Trauma Screening Questionnaire (TSQ)

Bakgrund

TSQ (Brewin med flera, 2002) utgörs av tio frågor gällande diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Studier har visat att 6 eller fler jakande svar med 90 % sannolikhet korrekt kunde klassificera någon med PTSD eller icke-PTSD, diagnostiserat med strukturerad klinisk intervju en vecka senare.

TSQ Formulär

Fundera över de följande reaktionerna som ibland förekommer efter en potentiellt traumatisk händelse. Detta frågeformulär handlar om dina egna reaktioner på den traumatiska händelsen som du har varit med om. Vänligen markera om du har upplevt något av nedanstående vid minst två tillfällen under den gångna veckan.

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. Upprörande tankar på eller minnen från händelsen som har kommit till dig mot din egen vilja. | Ja | Nej |
| 2. Upprörande drömmar om händelsen | Ja | Nej |
| 3. Handlingar eller känslor som om händelsen inträffar på nytt | Ja | Nej |
| 4. Upprördhet inför sådant som påminner om händelsen | Ja | Nej |
| 5. Kroppsliga reaktioner (till exempel hjärklappning, magbesvär, svettningar, yrsel) vid påminnelser om händelsen | Ja | Nej |
| 6. Svårt att somna eller orolig sömn | Ja | Nej |

7.	Irritabilitet eller vredesutbrott	Ja	Nej
8.	Svårt att koncentrera dig	Ja	Nej
9.	Ökad uppmärksamhet på möjliga faror och hot mot dig själv och andra	Ja	Nej
10.	Lättskrämdhet vid oväntade händelser	Ja	Nej

Värdering

Jakande svar på 6 eller fler frågor talar för att det föreligger en sannolikhet för att individen kan utveckla ett posttraumatiskt stressyndrom.

Uppfyllt, indikerar behov av fördjupad undersökning.

B. Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)

Bakgrund

PC-PTSD-5 utvecklat av Prins med flera (2016), kan användas en månad efter en definierad allvarlig händelse.

PC-PTSD-5 Formulär

Om du tidigare varit exponerad för någon potentiellt traumatisk händelse, eller flera sådana, har du då under senaste månaden...

1.	Haft mardrömmar om händelsen/händelserna, eller tänkt på händelsen/händelserna när du inte ville det?	Ja	Nej
2.	Ansträngt dig mycket för att inte tänka på händelsen/händelserna, eller gjort allt för att undvika situationer som påminde dig om händelsen/händelserna?	Ja	Nej
3.	Konstant varit på din vakt, vaksam eller lätt blivit uppskrämd?	Ja	Nej
4.	Känt dig avdomnad eller avskärmad från andra människor, aktiviteter eller din omgivning?	Ja	Nej
5.	Känt dig skyldig eller oförmögen att sluta ge dig själv eller andra skulden för händelsen/händelserna eller de problem som händelsen/händelserna kan ha medfört?	Ja	Nej

Värdering

Tre JA-svar eller fler balanserar bäst de falskt negativa och falskt positiva och motsvarar risk för att senare diagnostiseras med PTSD (Bovin et al. 2021).

Uppfyllt, indikerar behov av fördjupad undersökning.

C. Patient Health Questionnaire - 2 (PHQ-2)

Bakgrund

PHQ-2 är ett utdrag ur PHQ-9, ett formulär framtaget för screening av depression (Kroenke med flera, 2003).

PHQ-2 Formulär

Under de senaste två veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem?

1. Lite intresse eller glädje i att göra saker.

Inte alls 0 poäng

Flera dagar 1 poäng

- Mer än hälften av dagarna 2 poäng
- Nästan varje dag 3 poäng

2. Känt dig nedstämd, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut.

- Inte alls 0 poäng
- Flera dagar 1 poäng
- Mer än hälften av dagarna 2 poäng
- Nästan varje dag 3 poäng

Värdering

Sammanlagda antalet poäng kan variera mellan 0 och 6. Om resultatet är 3 poäng eller mer bör det leda till en professionell bedömning för att klargöra om det föreligger en egentlig depression.

- Uppfyllt, indikerar behov av fördjupad undersökning.

D. Two Item Conjoint Screen (TICS)

Bakgrund

TICS innehåller två frågor om alkohol- och drogvvanor utprovat av Brown med flera, (2001).

TICS Formulär

Har du under det senaste året...

1. Druckit mer alkohol eller använt mer droger än du tänkt dig?

- Ja
- Nej

2. Känt att du vill eller behöver minska ditt intag av alkohol eller droger?

- Ja
- Nej

Värdering

Av dem som gav 1 jakande svar uppfyllde cirka en tredjedel, kriterier för substansberoende enligt DSM. Av dem som gav två jakande svar uppfyllde 72 % kriterier för substansberoende.

- Uppfyllt, indikerar behov av fördjupad undersökning.

E. Psychological screening (PS)

Bakgrund

Enkel fråga som kan bidra till att tydliggöra den drabbades tillstånd.

Psychological screening Formulär

Skulle du vilja tala med en psykolog eller psykiater?

- Ja
- Nej

Värdering

Om individen själv inte önskar träffa psykologisk eller psykiatrisk personal, är sannolikheten stor (> 90 %) att individen för tillfället inte lider av PTSD (Wright med flera, 2007).

Jakande svar på frågan indikerar således behov av professionell bedömning.

- Uppfyllt, indikerar behov av fördjupad undersökning.