

Kriseintervensjon i operative organisasjoner: Erfaringer fra Sjøforsvarets Støttelag

Jarle Eid , Bjørn Helge Johnsen , Terje Løvstad og Leif-Tore Michelsen

Kriseintervensjon i operative organisasjoner: Erfaringer fra Sjøforsvarets Støttelag

Organisasjoner kan rammes av ulykker som får følger for ansattes helse og yteevne. Erfaringer fra kriseintervensjoner i militære organisasjoner viser betydningen av personellorientert ledelse, mobilisering av kollegastøtte og gradvis tilbakeføring til arbeidet.

Innledning

Amerikanske studier av personer som har vært eksponert for traumatiske hendelser angir at 12–15 % vil kunne utvikle betydelige stressreaksjoner over tid (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993). Alvorlige ulykker og kritiske hendelser som resulterer i tap av liv vil i særlig grad ramme overlevende og etterlatte. I Norge inntreffer om lag 50 dødsulykker i arbeidslivet per år (for en nærmere oversikt se www.Arbeidstilsynet.no). Langt de fleste alvorlige ulykker og kritiske hendelser inntreffer imidlertid utenfor arbeidslivet. Statistikk over dødsårsaker i Norge viser at vi årlig har om lag 2400 tilfeller av «brå død» som ikke skyldes sykdom (se www.ssb.no). Kategorien «brå død» utgjør ca. 6 % av alle dødsfall i Norge og omfatter ulykker ($n = 1843$), selvmord ($n = 583$), drap ($n = 38$) og andre årsaker ($n = 17$). Menn er overrepresentert både når det gjelder arbeidsulykker og brå død som følge av ulykker eller selvmord.

Kriseintervensjon og oppfølging av overlevende og etterlatte etter store ulykker har gitt verdifulle bidrag som også kan anvendes i oppfølging av mer avgrensede kritiske hendelser. I norsk sammenheng har brannen på hotell Caladonien (Grønvold Bugge, 1987), brannen i Jotun fabrikker (Weisæth, 1989), ulykken med oljeplattformen Alexander Kielland (Holen, 1993), snøskredet i Vassdalen (Herlofsen, 1994), bussulykken i Måbødalen (Winje & Ulvik, 1995), havariet til hurtigbåten Sleipner (Dyregrov & Gjestad, 2003) og togulykken på Åsta (Karlsen, 2003) bidratt til å gi oss verdifull informasjon om risikofaktorer, forløp og hensiktsmessige intervensjoner.

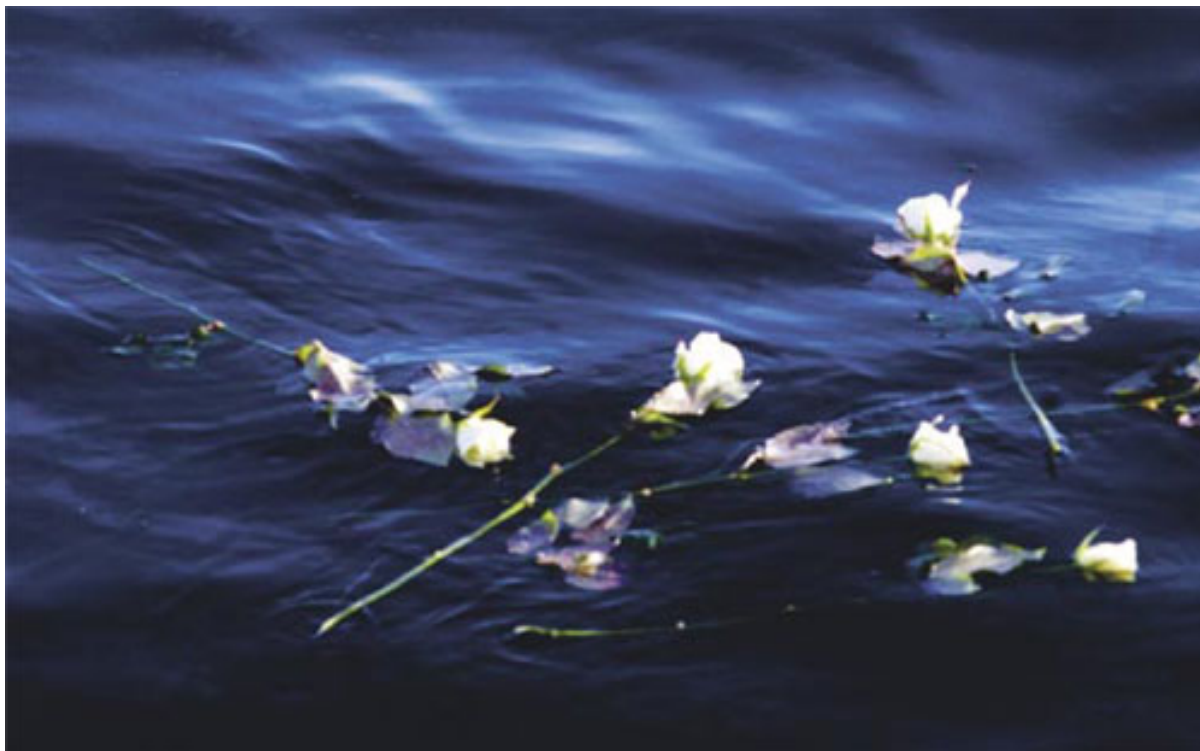
Natt til 6. februar 2002 grunnstøtte en av marinens motortorpedobåter ved Bessaker ved Trøndelagskysten. Støttelaget med psykolog og prest ble mobilisert. Se s. 324.

Foto: Gorm Kallestad / Scanpix.



Bergen 29. januar 2004. Etterlatte etter de omkomne i ulykken med steinskipet «Rocknes» deltok i en minnestund på ulykkesstedet ved Vatllestraumen. Gule blomster flyter på vannet ved ulykkesstedet.

Foto: Marit Hommedal / Scanpix.



Selv om flertallet av overlevende og etterlatte etter kritiske hendelser ser ut til å klare seg relativt godt, vil mange også slite med alvorlige ettervirkninger. Oppdatert kunnskap om forebyggende tiltak vil være viktig for svært mange psykologer i skole og helsevesen. I denne sammenheng skal vi derfor presentere noen aktuelle erfaringer fra kriseintervensjon etter alvorlige ulykker i Forsvaret. Vi vil først gi en oversikt over Sjøforsvarets psykososiale beredskap og aktuelle arbeidsformer etter kriser og ulykker, dernest beskrive individuelle mestrings- og sårbarhetsfaktorer, før vi avslutningsvis presenterer en aktuell kasuistikk som illustrerer noen prinsipper for tidlig intervensjon i en operativ organisasjon etter en kritisk hendelse.

Sjøforsvarets kriseberedskap

Det norske Forsvaret er inne i en omfattende omstillingsprosess med sikte på å etablere mer fleksible og mobile enheter som både skal kunne forsvare Norge og delta i internasjonale operasjoner. I etterkrigstiden har over 100 000 norske soldater blitt sendt ut i en rekke internasjonale oppdrag under kommando av FN eller NATO. I 2003 hadde Norge utstasjonert militære mannskaper i Kosovo, Afghanistan, Sudan, Kirgistan, Kongo, Gibraltar, Libanon, Øst-Timor, Sri Lanka og Irak. Ut over

dette har Marinen i en årrekke bidratt med norske fartøyer i internasjonal tjeneste. Siden andre verdenskrig har Sjøforsvaret operert på alle hav. Etter at KV Andenes var utstasjonert i Den Persiske Gulf i perioden 1991–1992 har norske marinefartøyer seilt i polarområdene, Atlanterhavet, Karibien, Adriaterhavet, Middelhavet og Gibraltar-stredet. Selv om utenlandsoppdrag medfører verdifulle personlige og profesjonelle erfaringer, vil oppdragene også kunne innebære en risiko for skader og uhell, samt være en belastning for mannskapene og deres familier (Johnsen, Eid, Eriksen, & Sommerfelt-Pettersen, 2004). I Sjøforsvaret har man derfor prioritert å styrke den sanitetsfaglige støtten til Marinens operative enheter som skal sendes ut i internasjonal tjeneste. Opprettelsen av Sjøforsvarets Støttelag har vært en viktig del av dette arbeidet.

Sjøforsvarets Støttelag

Sjøforsvarets Støttelag ble opprettet i 1995 og er en tverrfaglig psykososial beredskapsgruppe bestående av lege, psykolog, prest og sykepleier. Støttelaget kan utvides med relevant personell avhengig av hvilken type hendelse det er snakk om. Ved flere anledninger har laget blitt styrket med intendant (økonomi og logistikkansvarlig) og pressekontakt. Beredskapsgruppen ledes av Sanitets sjefen i Sjøforsvaret, og inngår i Sjøforsvarets sanitetsfaglige beredskap ved kriser og ulykker. Sjøforsvarets Støttelag er lokalisert til Marinens hovedbase på Haakonsværn ved Bergen, men skal kunne yte støtte til Sjøforsvarets avdelinger i Norge og i utlandet. I praksis innebærer dette at Sjøforsvarets Støttelag bistår avdelinger fra Kystvakten og Marinen ved kritiske hendelser, under øvelser, rutinemessige tokt eller oppdrag langs norskekysten. Sjøforsvarets Støttelag inngår også i Forsvarets beredskapsopplegg for fartøyer eller avdelinger som deltar i internasjonale operasjoner.

I løpet av de siste ti årene har Sjøforsvarets Støttelag bistått avdelinger, involverte mannskaper og deres pårørende etter en rekke kritiske hendelser. I 2002 var det snakk om ulykker med personellskade, drukningsulykker og skipshavari. Et forsiktig anslag tilsier at mer enn 500 soldater og befal har blitt fulgt opp av Sjøforsvarets Støttelag etter å ha blitt eksponert for alvorlige ulykker og kritiske hendelser i tjenesten i perioden 1994–2004. Oppfølgingen har vært nøye tilpasset hver enkelt situasjon, de involvertes ønsker og behov, samt sanitetsfaglige vurderinger. Støttelagets erfaringer er inngående dokumentert og omfatter for eksempel oppfølging av avdelinger etter skipsforlis (Eid, Johnsen & Thayer, 2001), havarier (Eid & Johnsen, 2002a), snøskred (Johnsen, Eid, Løvstad, & Michelsen, 1997) og alvorlige trafikkulykker (Eid, Johnsen & Weisæth, 2001). I denne sammenheng skal vi derfor gjennomgå aktuell forskning og metodikk som ligger til grunn for den sanitetsfaglige virksomheten til Sjøforsvarets Støttelag.

Tiltak ved psykiske traumer

Sjøforsvarets støttelag har en multiterapeutisk tilnærming, der en retter inn tiltak på individ, gruppe- og organisasjonsnivå. Laget er ment å være en støtte og rådgiver for ledelsen til den berørte avdeling. Hovedprinsippene er å sikte mot en reetablering av avdelingen, og å jobbe gjennom organisasjonen under oppfølgingen av mannskapet. I dette arbeidet legger en stor vekt på å stimulere til personellorientert ledelse, kollegastøtte og legge til rette for eksponeringsbehandling. Reetablering av avdelingen innebærer å holde avdelingen samlet, vektlegge betydningen av personellomsorg, gjeninnføre avdelingens rutiner og ta i bruk avdelingens naturlige organisasjonsstruktur til informasjonsformidling. Andre former for kriseintervensjon, som psykologisk debrifing, er ment å støtte opp under denne tilnærmingen. Støttelaget legger vekt på høy grad av tilgjengelighet i den første tiden etter en alvorlig ulykke. Hvis det er hensiktsmessig, kan dette også innebære at lagets medlemmer bor sammen med personellet i den berørte avdelingen. Familiemedlemmer til de berørte blir involvert ved besøk i avdelingen, minnearrangementer og lignende. I mange sammenhenger kan de ulike tilnærmingmåtene karakteriseres som primære, sekundære og tertiære forebyggende strategier (Weisæth, 2000).

Primærforebyggende strategier

Strategiene omfatter tiltak som iverksettes i forkant av mulige psykiske traumer, med sikte på å forhindre eller redusere sannsynligheten for utvikling av påfølgende helseplager og utvikling av Posttraumatisk Stressforstyrrelse (PTSD). Eksempel på primærforebyggende tiltak kan være seleksjon, opplæring og praktisk trening av særlig utsatte grupper (Ursano, Grieger, & McCarrol, 1996). I tillegg til omfattende utdanning og trening, legger militære organisasjoner stor vekt på seleksjon av personell. Dette omfatter både medisinske og psykologiske forhold. Marinens seilende personell må for eksempel gjennomgå årlig helseundersøkelse og obligatorisk helsesjekk etter utenlandsoppdrag.

I tillegg til at den operative ledelsen har et klart definert ansvar for skip og mannskap, vil skipsledelsen også legge stor vekt på å informere familier og pårørende om praktiske og tjenestemessige forhold som vil være av betydning for de som blir igjen hjemme. Støtte fra familier og pårørende har vist seg å være av stor betydning for mannskapenes evne til å fungere, selv under meget krevende forhold. Primærforebyggende tiltak vil også kunne omfatte tiltak rettet mot grupper eller team i organisasjonen. Utvikling av prosedyrer, beredskapsopplegg og rutiner

for krisehåndtering vil være en del av dette. Utvikling av horisontalt (kollega til kollega) og vertikalt (leder til medarbeider) samhold i avdelingen har også vist seg å være av stor betydning for avdelingens evne til samarbeid og utholdenhet over tid (Bartone, Johnsen, Eid, Brun, & Laberg, 2002).

Sekundærforebyggende strategier

Gruppe-stressdebrifing blir også benyttet for å mobilisere kollegastøtte, lette kognitiv restrukturering og øke motivasjonen for eksponeringsbehandling

Sekundærforebyggende strategier er tiltak som iverksettes etter at en kritisk hendelse har funnet sted, med sikte på å identifisere personer i risikozonen, iverksette nødvendige tiltak for å hindre at PTSD oppstår, og å fremme positiv mestring og tilpasning. Slike tidlige intervensjoner kan omfatte enkeltpersoner, en større gruppe eller avdeling, eller i mer sjeldne tilfeller hele organisasjonen, hvis hendelsen er av en slik karakter at alle i praksis vil være berørt. Kunnskap om sekundærforebyggende strategier for å mestre akutt stress og forebygge utvikling av sykdom er særlig utviklet i militære organisasjoner, basert på dyrekjøpte erfaringer fra forebyggende psykiatri og psykologi fra 1. og 2. verdenskrig (Eid & Johnsen, 2002b).

Blant de mest kjente eksemplene på sekundærforebyggende intervensjoner er såkalt «psykologisk debrifing» (Dyregrov, 1997) eller «Critical Incident Stress Debriefing» (CISD; Everly, Boyle, & Lathing, 1999). Dette er et strukturert forebyggende tiltak rettet mot personell som har vært eksponert for traumatiske hendelser. En strukturert gjennomgang av den aktuelle hendelsen gjennomføres normalt i løpet av de første 48 timene etter en kritisk hendelse, med sikte på å la de involverte få anledning til å bearbeide egne inntrykk, reaksjoner og tanker (Raphael & Wilson, 2000). Dette foregår normalt i grupper hvor bare de som var personlig involvert deltar. Begrepet «gruppe-stressdebrifing» vil derfor være mer dekkende enn bare begrepet «debrifing», som kan lede tankene hen på en ren operasjonell og teknisk debrifing. Arbeidet bør ledes av en person med relevant utdanning og trening. En «gruppe-stressdebrifing» kan ha noe ulikt forløp avhengig av den aktuelle situasjon, men vil normalt inneholde en introduksjonsfase hvor man blir enige om rammer og kjøreregler for møtet. Deretter følger en faktafase hvor den enkelte får anledning til å redegjøre for hva som skjedde (dvs. hva vedkommende så, hørte eller gjorde i situasjonen). I neste omgang blir dette fulgt opp med vekt på hvilke tanker den enkelte hadde og dernest eventuelle følelsesmessige reaksjoner i situasjonen. Møtet avsluttes med en gjennomgang av hva som er naturlige reaksjoner etter kritiske hendelser, samt praktiske råd og veiledning om hva som kan være lurt å gjøre i den nærmeste

tiden fremover. I situasjoner der ansatte i en gitt virksomhet er involvert, vil det være naturlig å avtale tid for et oppfølgingsmøte med hele eller deler av gruppen, eventuelt også tilby oppfølging til enkeltpersoner med spesielle behov.

Operative enheter som redningstjeneste, politi, brannvesen og militære avdelinger vil normalt ha etablert egne rutiner for å gå igjennom hendelsesforløp, loggbøker og sambandsrutiner, for å trekke ut erfaringer fra nylig gjennomførte operasjoner. I operativ sjargong kalles dette gjerne «hot wash up» eller «operasjonell debrief». I denne sammenheng har enkelte enheter lagt vekt på at de involverte kan dele egne tanker og reaksjoner knyttet til den aktuelle hendelsen. Slike rutinemessige samtaler gjennomføres normalt av avdelingen selv og har fått betegnelsen «defusing» (Michell & Everly, 1997). I Sjøforsvaret har vi positive erfaringer med å introdusere tilsvarende rutiner – da under betegnelsen «utsjekk». En fordel ved å innarbeide slike prosedyrer vil være at man kan stimulere samhold og kameratskap, legge vekt på personellomsorg og normalisere stressreaksjoner ved å vise at dette også er forhold som kan påvirke kollegaer selv i profesjonelle avdelinger.

En grunnleggende antagelse er at rutiner som innebærer gjennomføring av «utsjekk» eller en mer formalisert «gruppe-stressdebriefing» kan bidra til å organisere egne tanker og inntrykk, samt fremme emosjonell bearbeiding av traumatiske opplevelser. Selv om enkelte har påpekt at forskningen omkring effekten av slike debriefingsprosedyrer ikke har vist entydige positive resultater (Rose & Bisson, 1998), er våre erfaringer at slike intervensjoner kan være til stor nytte (Eid et al., 2001). I en kontrollert, men ikke randomisert intervensjonsstudie har vi påvist at «gruppe-stressdebriefing», bidro til å redusere akutte aktiveringssymptomer, og til å fremme personlig vekst og mestring hos en gruppe personer som hadde vært involvert i en alvorlig trafikkulykke (Eid et al., 2001). Ved oppfølging av Sjøforsvarets personell blir gruppe-stressdebriefing også benyttet for å mobilisere kollegastøtte, lette kognitiv restrukturering og øke motivasjonen for eksponeringsbehandling. Det som er spesielt i en militær sammenheng er at de overlevende ikke blir spredt etter at tiltaket er iverksatt, men fortsetter i størst mulig grad å fungere som en operativ enhet.

Geistlige tiltak

Støttelagets tverrfaglige karakter, der marineprestenes deltakelse inngår som en integrert del av Sjøforsvarets arbeid med kritiske hendelser, åpner for en aktiv bruk av kirkelige tiltak i bearbeidelsen av opplevelser og inntrykk fra ulykker og katastrofer. De geistlige tiltakene kan omfatte individuelle sjelesorgsamtaler, eller bruk av ritualer og symboler innenfor en kollektiv gudstjenestelig ramme. Gjennom individuelle sjelesorgsamtaler kan den enkelte få gitt uttrykk for sorg og savn av en nær venn

og kamerat, eller be om tilgivelse og forsoning for egne feil, unnlater eller uoppgjorte forhold. I andre sammenhenger vil kirkelige handlinger som forbønn, lystenning og liturgiske virkemidler, være viktige bidrag til avdelingens bearbeiding av det som har skjedd. Innenfor rammene av Sjøforsvarets Støttelag vil både individuelle og kollektive former for geistlige tiltak være aktuelt etter traumatiske hendelser. Tidligere erfaringer har vist at geistlige seremonier og symbolhandlinger kan være av stor betydning, både for den enkeltes sorg og for avdelingens videre virke som operativ organisasjon (Bartone & Wright, 1990).

Gudstjenestelige markeringer

Bruk av liturgier – begravelsesritualet, minnegudstjenester eller andre kirkelige markeringer – er en del av Sjøforsvarets standardprosedyrer etter alvorlige ulykker og kritiske hendelser som medfører dødsfall i tjenesten. I tråd med gjeldende reglement er deltakelsen frivillig, men oppslutningen om disse markeringene høy, og tilbakemeldingene meget positive. Gjennom å delta i geistlige markeringer vil den enkelte få anledning til å bearbeide en rekke forhold av betydning, for senere å kunne gjenoppta arbeidet og komme videre i livet.

Minnegudstjenester eller lignende markeringer vil bidra til å etablere og bekrefte fellesskap og samhold i avdelingen. Vissheten om ikke å være alene om å ha opplevd det som er vanskelig, overveldende eller traumatisk understrekes når hele avdelingen er samlet på denne måten. De faste liturgiske ritualer vil for mange skape en kjent og trygg ramme som både bidrar til å sette ord på sorg, savn og fortvilelse. I denne sammenheng kan man derfor si at ritualene også låner ord til de ordløse. Gjennom deltakelse i symbolhandlinger som lystenning, bårevakt og kransenedleggelse, får flere av de nærmeste anledning til å gi uttrykk for sorg og savn gjennom aktiv handling. De kirkelige ritualene gir perspektiv på det inntrufne, og bidrar til at man etter hvert igjen kan rette blikket fremover og forberede seg på det som skal komme. De liturgiske ritualene bidrar til å sette opplevelser og erfaringer i perspektiv.

Rammebetingelsene for dette arbeidet er heller ikke uten betydning. I en militær organisasjon vil for eksempel bruk av militære tradisjoner (flagg, bårevakter og militær honnør), og at ritualene forrettes av ens «egne» marineprester i militære kirker eller kapell med tilstedeværelse av militære sjefer, bidra til å forsterke og utvide fellesskapet. Nærhet til ulykkesstedet og ritualer som er tilpasset den aktuelle hendelsen vil også gjøre opplevelsene nærværende. Et eksempel på dette er at minnegudstjenesten etter fregatten KNM Oslos forlis i 1994 således ikke ble avsluttet i Haakonvern kirke, men fortsatte om bord på ett av marinens fartøy som tok gudstjenestedeltakerne ut til den

posisjonen KNM Oslo hadde da den sank. Her ble det så foretatt en kransepåleggingsseremoni rammet inn av salmesang, skriftlesninger og bønner.

Ritualene gjør hendelsene nærværende og konfronterer deltakerne med virkeligheten

Ritualene har altså betydning for bearbeiding av opplevelser i den forstand at de gjennom bestemte virkemidler gjør hendelsene nærværende, og konfronterer deltakerne med virkeligheten. På denne måten vil de kirkelige seremonier også bidra til kognitiv bearbeiding gjennom eksponering og konfrontering med minner fra den aktuelle hendelsen (Ehlers & Clark, 2000). I denne funksjonen vil de kunne betraktes som en av flere sekundærforebyggende strategier. Viktigere, kan hende, er imidlertid ritualenes fortolkningspotensial. Gjennom symbolhandlinger som for eksempel lystenning kan de sørgende sette ord på det utsigelige og gi perspektiv til det meningsløse og umulige. I den forstand kan ritualene bidra til å gjenopprette mening og livskvalitet.

Tertiærforebyggende strategier

Strategiene vil kunne omfatte tiltak for å tilrettelegge for rehabilitering av personer med mer kroniske stressreaksjoner og PTSD. Våre erfaringer fra arbeidet med militært personell som har vært eksponert for kritiske hendelser i tjenesten tilsier at muligheten for å kunne vende raskt tilbake til tjeneste er en viktig del av den enkeltes personlige mestring av kritiske hendelser (Eid, Johnsen, Løvstad & Michelsen, 1995). I praksis kan dette innebære at man vurderer muligheter for å legge til rette for gradvis gjenopptakelse av arbeidet, aktiv sykemelding eller gjør individuelle tilpasninger i den enkeltes arbeidsoppgaver med sikte på å få vedkommende til å gjenoppta arbeidet. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å legge til rette for noe individuell støtte eller profesjonell hjelp til å fremme emosjonell bearbeiding og integrering av ubehagelige minner og egne reaksjoner på den traumatiske hendelsen. I denne sammenheng skal vi imidlertid ikke gå nærmere inn på ulike former for klinisk behandling av posttraumatiske stressforstyrrelse (for en oversikt se Foa, Keane & Friedman, 2000). Det vil imidlertid være viktig, tidligst mulig, å kunne identifisere personer som er særlig utsatt for å utvikle mer omfattende og kroniske helseplager etter traumatiske hendelser. I det følgende vil vi derfor gå nærmere inn på individuelle mestrings- og sårbarhetsfaktorer.

Tidlig identifisering av utsatte individer

Det vil vanligvis være vanskelig – selv for spesialister – å vurdere med sikkerhet om personer som har vært utsatt for traumatiske hendelser vil komme til å utvikle langvarige og kroniske helseplager

i form av posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) eller andre følgetilstander. En risikovurdering må imidlertid alltid ta utgangspunkt i en vurdering av kontekstavhengige forhold og den enkeltes mestrings- og sårbarhetsfaktorer. Tidlig identifisering av utsatte individer vil særlig være aktuelt i situasjoner hvor mange er berørt og de faglige ressursene er begrenset.

Kontekstavhengige sårbarhetskriterier

Gjennom vårt eget arbeid med oppfølging av militære avdelinger etter kriser og ulykker har vi erfart at det kan være hensiktsmessig å skille mellom grupper som i ulik grad har vært berørt av en traumatisk hendelse:

Flere oppfølgingsstudier av overlevende har vist at personer med sterke akutte stressreaksjoner er mer utsatt for å utvikle kroniske helseplager

Personell som har vært direkte eksponert kan være utsatt for å utvikle alvorlige helseplager i form av posttraumatiske stressforstyrrelser (PTSD). Eksponering for en traumatisk stressor er et viktig diagnostisk kriterium både i ICD- og DSM-systemene (Eid & Herlofsen, 2004). I vår egen oppfølging av utsatte grupper, har vi også sett at mannskaper med størst grad av eksponering for den traumatiske hendelsen, også har utvist mer omfattende stressreaksjoner (Eid & Johnsen, 2002b)

Redningsmannskaper eller vitner på skadestedet vil også være eksponert for sterke sanseinntrykk, menneskelige lidelser og risikofylt arbeide på et skadested. I en oppfølgingsundersøkelse av personell som ble rammet av et snøskred, fant vi at mannskaper som kom til ulykkesstedet og deltok i arbeidet med å grave ut og behandle de forulykkede, viste like sterke akutte posttraumatiske stressreaksjoner som de som hadde blitt rammet av skredet (Johnsen et al., 1997).

Reservemannskaper og personer i beredskapsfunksjoner kan være personell som kunne ha blitt kalt ut, men som ikke ble satt inn i den aktuelle redningsoperasjonen, eller personell som tilhører avdelingen, men som var forhindret fra å delta, hadde permisjon eller ble bedt om å holde seg i beredskap utenfor selve skadestedet. I sin oppfølging av soldatene etter skredulykken i Vassdalen fant Herlofsen (1994) at mannskaper som hadde vært i en beredskapsrolle uten å delta i redningsarbeidet også viste sterke stressreaksjoner i tiden etter ulykken.

Familier og pårørende (herunder barn) vil også ha behov for informasjon om hendelsen og eventuelt personlig oppfølging om situasjonen tilsier dette. Ved større ulykker der mange personer er rammet vil oppfølging av pårørende kunne kreve betydelige ressurser. Vinteren 1994 foreliste fregatten KNM Oslo med et mannskap på 114 personer. I denne situasjonen er det ikke urimelig

å anta at om lag 1000 familiemedlemmer, pårørende og nære venner av de rammede var berørt av hendelsen (Eid et al., 1995). En effektiv og tilstrekkelig dimensjonert informasjonsberedskap vil derfor være av betydning ved større kriser og ulykker.

Andre involverte er personer som identifiserer seg med den aktuelle hendelsen, de rammede eller deres nærmeste. I situasjoner hvor en fatal ulykke kan skyldes materialtretthet, konstruksjonsfeil eller mangelfullt vedlikehold, kan for eksempel utenforstående teknisk personell føle seg sterkt personlig berørt av hendelsen.

Individavhengige sårbarhetskriterier

Individrelaterte mestrings- og sårbarhetsfaktorer vil også spille en viktig rolle i vurderingen av personer som kan ha behov for personlig oppfølging etter traumatiske hendelser. I denne sammenheng vil vi særlig fremheve følgende faktorer:

Akutte stressreaksjoner. Flere oppfølgingsstudier av overlevende etter ulike former for traumatiske hendelser har vist at personer med sterke akutte stressreaksjoner er mer utsatt for å utvikle kroniske helseplager (Bryant & Harvey, 2000). Akutte stressreaksjoner kan innebære økt rastløshet og uro, stadig tilbakevendende og påtrengende tanker eller minner, og økende grad av unngåelse eller benekting av det som har skjedd. I tillegg kommer «dissosierings-symptomer» – dvs. om vedkommende har opplevd det hele som uvirkelig, har endret person- eller tidsopplevelse, eller har problemer med å huske deler av det som har skjedd. Akutte stressreaksjoner vil være vanlige i timene og dagene etter en traumatisk opplevelse og avtar vanligvis over tid. I de tilfeller hvor akutte stressreaksjoner ikke avtar, har dette vist seg å være en god indikator på at vedkommende er utsatt for å utvikle mer omfattende og langvarige helseproblemer (Eid & Johnsen, 2002b).

Sosial rolle. I de fleste sammenhenger vil det være knyttet en rekke forventninger til personer som innehar formelle eller uformelle sosiale roller. Roller som etterlatt, nærmeste pårørende, ektefelle og barn vil representere klare uttrykk for potensiell sårbarhet og emosjonell nærhet til den forulykkede. Imidlertid kan også andre roller være krevende i en slik situasjon. Lederrollen innebærer et betydelig emosjonelt, personlig og juridisk ansvar overfor andre involverte – både de overlevende og deres nærmeste. I tillegg kommer lederens rolle som talerør til presse og media, lokalsamfunn og overfor andre myndighetspersoner. Alt dette skal ivaretas på en best mulig måte, og det vil ofte være liten anledning for ledere til å trekke seg tilbake og ivareta sine personlige behov (Dyregrov, 2002). Oppfølging av ledere vil derfor ofte være en prioritert oppgave. Våre egne erfaringer er at formelle

roller også kan reflektere underliggende forhold som utdanningsnivå, trening og personlighetsfaktorer som kan gi indikasjoner om økt sårbarhet.

Tidligere eksponering. Personell som tidligere har vært utsatt for kritiske hendelser kan også ha økt sårbarhet for å utvikle posttraumatiske reaksjoner. Gjennom økt sensitisering (utløsning av responser som et resultat av øket aktivering i nervesystemene) til traumerelaterte stimuli, kan overlevende utvikle ubehag eller situasjonsspesifikke reaksjoner som ytterligere forsterkes og opprettholdes etter eksponering for nye traumatiske hendelser. Våre studier fra militære utvalg har vist at personer som tidligere har opplevd traumatiske hendelser viser høyere nivåer av stressreaksjoner enn andre overlevende etter en traumatisk hendelse (Johnsen, Eid, Laberg, & Thayer, 2002).

Mestringsstil. Den enkelte overlevendes evne til bearbeiding av intense traumerelaterte sanseinntrykk, emosjoner og handlinger vil ifølge sosial kognitive teorier spille en viktig rolle for individets evne til å mestre traumatiske opplevelser (Ehlers & Clark, 2000). I flere studier har vi påvist at individer som har en unngående mestringsstil er mer utsatt for stressbelastninger av så vel kronisk (Eid, Johnsen, Saus, & Risberg, 2004; Johnsen, Laberg, & Eid, 1998) som traumatisk karakter (Eid, 2003; Eid & Johnsen 2002a; Johnsen et al., 1996). Ikke bare mestringsstil, men også individers egen opplevelse av mestring er knyttet til utvikling av symptomer. Opplevelsen av mestring i den aktuelle situasjonen har vist seg å være en buffer mot senere utvikling av plager som et resultat av ulykken (Johnsen et al., 1997).

Tilgang til emosjonell støtte. Flere studier har pekt på at den enkelte overlevendes tilgang til praktisk og emosjonell støtte fra andre vil være av stor betydning for mestring av traumatiske livshendelser (Joseph, Andrews, Williams, & Yule, 1992). I profesjonelle organisasjoner vil den enkeltes organisasjonstilhørighet og graden av samhold i avdelingen ofte reflektere den enkelte ansattes muligheter til å kunne forvente emosjonell støtte fra arbeidskollegaer. Det har ikke uventet vist seg at ledere på lavere nivå i organisasjonen (team/arbeidsgruppe-nivå) ser ut til å spille en viktig rolle for utvikling av samhold i operative team (Bartone et al., 2002).

Kasuistikk: En skipsulykke

Natt til 6. februar 2002 grunnstøtte en av Marinens motortorpedobåter (MTB) ved Bessaker på Trøndelagskysten med en hastighet på 32 knop. Hele fartøyet sto på tørt land på skjæret det

grunnstøtte med. Om bord var 13 befal og 14 menige og matroser. Ingen personer omkom, men tre ble skadet. Støttelaget ble mobilisert med psykolog og prest. Litt senere, samme dag som uhellet inntraff, møtte de besetningen på havaristedet.

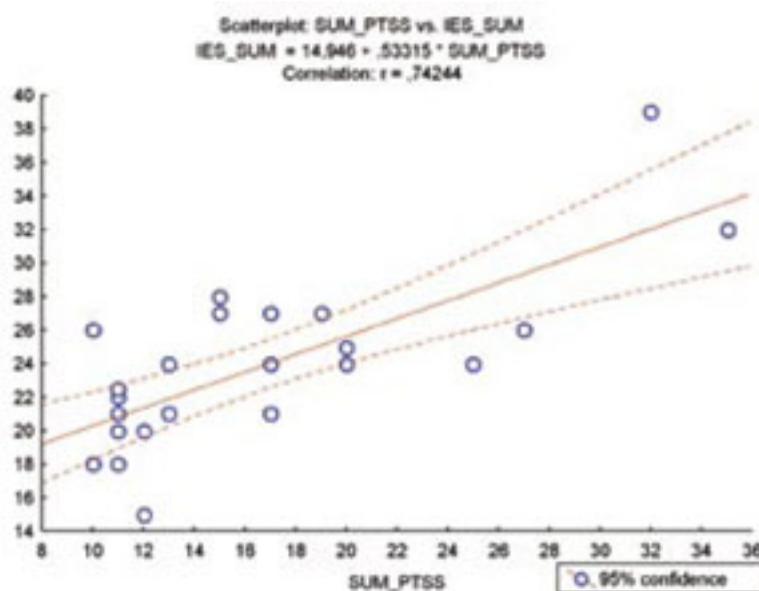
Oppfølgingen ble innledet med et rådgivende møte med sjefen for fartøyet og skvadronen fartøyet var del av. På dette møtet ble det gitt informasjon om Støttelagets arbeidsmåter, aktuelle tiltak som kunne iverksettes og hvilke reaksjoner en kunne forvente. Deretter ble det arrangert en samling for besetningen på det grunnstøtte fartøyet. Besetningen ble her organisert i sine naturlige arbeidsgrupper som i dette tilfellet var maskin-, dekk- og navigasjonsdetaljen, der de gjennomgikk hendelsen og sine egne tanker og reaksjoner etter dette. Spesiell oppmerksomhet fikk navigasjonsdetaljen og de mannskaper som hadde jobbet på bro under grunnstøtingen. Gruppesamtalen ble her ledet av psykolog. Samlingen ble avsluttet med informasjon om reaksjoner og videre arbeid. Faktorer som ble vektlagt var betydningen av personalomsorg, en relasjonsorientert lederstil og kollegastøtte, noe som var spesielt viktig i forhold til kommende eksponeringstrening.

Dagen etter startet eksponeringstreningen med en gradvis økning i intensitet. Mannskapet tok seg over til havaristen for å begynne arbeidet på båten. En rullering ble organisert, der de som ikke arbeidet eller hvilte gikk sjøvakter om bord i de andre fartøyene på skvadronen. Navigatøren som sto til rors under grunnstøtingen gjennomførte en flere timer lang seilas under kontrollerte forhold. Styrket mestringsfølelse var et mål i eksponeringstreningen. Sammen med skvadronsledelsen ble det så lagt en plan for mannskapets videre tjeneste, som ble kalt «trinnvis tilbakeføring til tjeneste». Tilbakeføringene fulgte prinsippene for eksponeringsbehandling med en gradvis økning i intensiteten på stimuleringen.

To uker etter havariet ble den aktuelle besetningen bedt om å gjennomføre en screeningsundersøkelse med vekt på å avdekke eventuelle posttraumatiske stressymptomer. Figur 1 viser spredningsdiagrammet over besetningens skårer på henholdsvis Impact of Event Scale (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) og Post Traumatic Symptom Scale (PTSS-10; Weisaeth & Mehlum, 1993) målt to uker etter hendelsen. Besvarelsene ble foretatt anonymt, og en ser at to personer skårer høyt. Disse resultatene har ført til at en i Sjøforsvaret har utviklet rutiner for screening av traume-eksponerte mannskaper 2 uker, 2 måneder og 12 måneder etter kritisk hendelse. Screeningen omfatter symptomnivå, sosial støtte, livskvalitet og synet på støttearbeidet. En slik tilnærming dekker diagnosekategoriene ASD, PTSD og PTSD med sen start (Eid & Herlofsen, 2004),

og gir Sjøforsvaret en anledning til tidlig identifisering og iverksetting av tiltak ovenfor personer med økt sårbarhet.

Figur 1. Utfallet av individuelle skårer på Impact of Event Scale, og Post Traumatic Symptom Scale for besetningsmedlemmer etter MTB-havari (n = 23).



Militære erfaringer og sivil relevans

Ved større ulykker, både militære og sivile, ser en ofte at organisasjonen som er rammet blir handlingslammet. Erfaringene fra militære ulykker der en vektlegger reetablering av organisasjonen, kan ha betydelig sivil relevans. Reetableringen av organisasjonen bygger på prinsipper som å vektlegge personellorientert ledelse og mobilisere kollegastøtte. Gjennom å reetablere organisasjonen vil en også ha et godt utgangspunkt for å gjennomføre eksponeringstrening.

Vi vil anta at flere av de nevnte prinsippene for kriseintervensjon i militære organisasjoner også kan overføres til sivile organisasjoner som rammes av alvorlige ulykker og kritiske hendelser. Dette gjelder i første omgang profesjonelle innsatsgrupper som politi, brann og akuttmedisinske tjenester, men vil også kunne gjelde andre sivile organisasjoner hvor en eller flere ansatte har vært eksponert for en traumatisk hendelse. Selv om de overordnede prinsippene for kriseintervensjon i operative organisasjoner vil kunne ha bred anvendelse, må de imidlertid tilpasses lokale rammebetingelser.

Et aktuelt faglig dilemma i denne sammenheng er også i hvor stor grad man skal legge opp til å anvende eksponeringstrening i slike situasjoner. Betydningen av eksponeringstrening kan belyses ved en studie gjennomført av Eid og Johnsen (2002b) etter fregatten KNM Oslo sitt forlis. I denne situasjonen fikk de overlevende etter forliset selv velge om de ville fortsette å seile med et identisk fartøy, eller avslutte sjøtjenesten og ha tjeneste på land. Oppfølgingsundersøkelser viste at de som hadde fortsatt å seile, hadde lavere symptomnivå etter fire måneder sammenlignet med den gruppe som hadde gått over til landbasert tjeneste. Dette til tross for at det ikke var noen forskjell med hensyn til nivå på symptomer på de to gruppene målt to uker etter forliset. Resultatene indikerer derfor at eksponeringstrening i form av å reetablere avdelingen og legge til rette for en gradvis gjenopptaking av tjeneste vil kunne være en effektiv strategi for kriseintervensjon i operative organisasjoner.

Jarle Eid

Institutt for Samfunnspsykologi

Universitetet i Bergen

Christiesgate 12, 5014 Bergen

Tlf 55 58 91 88

E-post jarle.eid@psysp.uib.no

Referanser

Arbeidstilsynet (2002). Se www.arbeidstilsynet.no

Bartone, P. T., Johnsen, B. H., Eid, J., Brun, W., & Laberg, J. C. (2002). Factors influencing small unit cohesion in Norwegian Navy officer cadets. *Military Psychology, 14*, 1–22.

Bartone, P. T., & Wright, K. (1990). Grief and group recovery following a military air disaster. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 523–529.

Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (2000). *Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Dyregrov, A. (1997). The process in critical incident stress debriefings. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 589–605.

- Dyregrov, A. (2002). Lederskap i krise og omstilling. I S. Einarsen og A. Skogstad (Red.), *Det gode arbeidsmiljø* (ss. 229–241). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A., & Gjestad, R. (2003). A maritime disaster: Reactions and follow-up. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5, 3–14.
- Eid, J. (2003). The course of PTSD symptoms following military training accidents and brief psychosocial interventions. *Personality and Individual Differences*, 35, 771–783.
- Eid, J., & Herlofsen, P. (2004). Diagnosen Posttraumatisk Stressforstyrrelse i DSM- og ICD-systemene: Implikasjoner for forskning og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 620–627.
- Eid, J., Johnsen, B. H., Saus, E. R., & Risberg, J. (2004). Stress and coping in a week-long disabled submarine exercise. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 75, 616–621.
- Eid, J., & Johnsen, B. H. (2002a). Submarine accidents – acute stress reactions in submarine crewmembers. *Military Medicine*, 167, 427–431.
- Eid, J., & Johnsen, B. H. (2002b). Diagnosen akutt stressforstyrrelse og forebygging av posttraumatisk stressforstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 987–995.
- Eid, J., Johnsen, B. H., Løvstad, T., & Michelsen, L. T. (1995). Psykososiale støttetiltak ved to ulykker i Forsvaret. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, , 959–961.
- Eid, J., Johnsen, B. H., & Thayer, J. (2001). Post-traumatic stress symptoms following shipwreck of a Norwegian Navy frigate – an early follow up. *Personality and Individual Differences*, 30, 1283–1295.
- Eid, J., Johnsen, B. H., & Weisæth, L. (2001). The effects of group psychological debriefing on acute stress reactions following a traffic accident: A quasi-experimental approach. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 141–150.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Everly, G. S., Boyle, B. A., & Lating, J. M. (1999). The effectiveness of psychological debriefing with vicarious trauma: A meta-analysis. *Stress Medicine*, 15, 229–233.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (Eds.). (2000). *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Grønvold Bugge, R. (1987). Psykologisk støttetjeneste i forbindelse med en brannkatastrofe. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 24, 164–170.

- Herlofsen, P. (1994). Group reactions to trauma: An avalanche accident. I R. J. Ursano, B. G. McCaughey, & C. S. Fullerton (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster* (ss. 248–266). Cambridge: Cambridge University Press.
- Holen, A. (1993). The North Sea oil rig disaster. I J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (ss. 471–478). New York: Plenum Press.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*, 209–218.
- Johnsen, B. H., Eid, J., Eriksen, B., & Sommerfeldt-Pettersen, J. (2004). Mental beredskap under internasjonale operasjoner: Erfaringer fra 21. MTB skvadrons deployering i Gibraltar. *Norsk Militært Tidsskrift*, *173* (5), 4–8.
- Johnsen, B. H., Eid, J., Laberg, J. C., & Thayer, J. F. (2002). The effect of sensitization and coping style on posttraumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Psychology*, *43*, 181–188.
- Johnsen, B. H., Eid, J., Løvstad, T., & Michelsen L. T. (1997). Post-traumatic stress symptoms in non-exposed, victims and spontaneous rescuers after avalanche. *Journal of Traumatic Stress*, *10*, 133–140.
- Johnsen, B. H., Laberg, J. C., & Eid, J. (1998). Coping strategies and mental health problems in a military unit. *Military Medicine*, *163*, 599–602.
- Johnsen, B. H., Eid, J., Løvstad, T., & Michelsen L. T. (1996). Mestringsstrategi og utvikling av posttraumatiske stresssymptomer etter forlis med marinefartøy. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *33*, 859–866.
- Joseph, S., Andrews, B., Williams, R., & Yule, W. (1992). Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter ship disaster. *British Journal of Clinical Psychology*, *32*, 63–73.
- Karlsen, E. (2003). *Mestring og psykisk helse hos personell i politiet etter kritiske hendelser*. PHS Forskning nr 1. Politihøgskolen, Oslo.
- Michell, J. T., & Everly, G. S. (1997). *Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers* (2nd. ed.) Ellicot City, MD: Chervron.
- Raphael, B., & Wilson, J. P. (2000). *Psychological debriefing: Theory, practice, and evidence*. Cambridge; UK: University Press.

- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a retrospective national sample of women. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 61*, 984–991.
- Rose, S., & Bisson, J. (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 697–710.
- Statistisk sentralbyrå (2003). Se www.ssb.no/dodsarsak
- Ursano, R. J., Grieger, T. A., & McCarroll, J. E. (1996). Prevention of posttraumatic stress: Consultation, training and early treatment. I B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisæth (Eds.), *Traumatic stress* (ss. 441–462). New York: Guilford Press.
- Weisæth, L. (1989). A study of behavioral responses to an industrial disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80*, 13–24.
- Weisæth, L. (2000). Traumerelaterte lidelser. I L. Weisæth & O. S. Dalgard (Red.), *Psykisk helse – Risikofaktorer og forebyggende arbeid* (ss. 205–236). Oslo: Gyldendal.
- Weisæth, L., & Mehlum, L. (1993). Appendix 3. I L. Weisæth, & L. Mehlum (Red.), *Mennesker, traumer og kriser* (ss. 254–255). Oslo: Universitetsforlaget.
- Winje, D., & Ulvik, A. (1995). Confrontations with reality: Crisis intervention services for traumatized families after a school bus accident in Norway. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 429–444.