



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Kartlegging av posttraumatisk stress hos ambulanspersonell ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tora- Anette Johansen Aandahl

Masteroppgave i medisin MED-3950 august 2021

Veiledere: Anje Christina Höper, Marianne Sandbu Ryeng, Marte Thomassen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.1.1	Ambulansetjenesten	3
1.1.2	Potensielt traumatiserende hendelser	3
1.1.3	Sekundær traumatisering	4
1.1.4	Posttraumatisk stress.....	4
1.1.5	Reaksjonsmønster etter potensielt traumatiserende hendelser.....	5
1.1.6	Posttraumatisk stresslidelse (PTSD).....	6
1.1.7	Prevalens av posttraumatisk stressyndrom (PTSD), angst og depresjon hos normalbefolkningen	7
1.2	Formål.....	8
2	Materiale og metode	8
2.1	Design	8
2.2	Utvalg.....	8
2.3	Data for normalbefolkning.....	9
2.4	Datainnsamling	9
2.5	Variabler	10
2.5.1	Brief trauma questionnaire (BTQ).....	11
2.5.2	Post-traumatic stress symptom scale – 10 (PTSS-10)	13
2.5.3	Hospital anxiety and depression scale (HAD)	14
2.5.4	Alcohol use identification test – consumption (AUDIT-C).....	14
2.6	Etiske overveielser	14
2.7	Statistiske analyser.....	15
3	Resultater	15
4	Diskusjon	22
4.1	Potensielt traumatiserende hendelser og posttraumatisk stress	23

4.2	Angst.....	25
4.3	Depresjon	26
4.4	Alkoholbruk	26
4.5	Ambulansepersonells oppfatninger.....	27
4.6	Styrker og begrensninger	28
5	Konklusjon.....	31
	Referanseliste.....	32
	Vedlegg.....	36
1	UNN HF prosedyre – etterarbeid ifbm spesielle ambulanseoppdrag	36
2	Personvernombudets anbefaling	38
3	REK – vurdering	41
4	NSD- vurdering.....	44
5	Brief trauma questionnaire (BTQ).....	46
	5.1 BTQ dansk versjon	46
	5.2 BTQ engelsk versjon.....	47
6	Post-traumatic symptom scale -10 (PTSS-10).....	48
7	Alcohol use disorder identification test – consumption (AUDIT-C).....	50
8	Spørreskjema.....	51
9	Transkript informasjonsvideo	61
10	Grade skjema	65

Forord

Før jeg begynte på medisinstudiet jobbet jeg flere år i ambulansetjenesten ved UNN HF. Etter hvert begynte jeg å legge merke til at enkelte kollegaer slet psykisk etter oppdrag, noe som fikk meg til å lure på om ambulanspersonell sliter med posttraumatisk stress. Etter søk i ulike databaser fant jeg at det er funnet økt forekomst av posttraumatisk stress blant ambulanspersonell i England og Sverige sammenlignet med resten av befolkningen, men det er ingen gode tall på dette fra Norge. Derfor ble det til at masteroppgaven min handler om posttraumatisk stress hos ambulanspersonell i Norge.

Til denne oppgaven har jeg hatt hjelp av Anje Christina Höper, Marianne Sandbu Ryeng og Marte Thomassen. En takk til alle for god hjelp og veiledning. Vil også rette en takk til Johannes Walsøe v/ REDCap på UNN for hjelp med undersøkelsen, Per-Øivind Sørård ved ambulansetjenesten for hjelp med informasjon om tjenesten og distribusjon av spørreundersøkelsen og paramedisinstudenter ved universitetet i Tromsø for gjennomføring av pilotundersøkelse. Ikke minst rettes en stor takk til alle de som deltok i studien.

Resyme

Bakgrunn og formål

Internasjonalt er det dokumentert at ambulanspersonell har økt risiko for å utvikle posttraumatisk stressyndrom (PTSD), men det er foreløpig gjort lite forskning på norsk ambulanspersonell. Formålet med oppgaven var å kartlegge forekomst og fordeling av potensielt traumatiserende hendelser (PTE), symptomer på posttraumatisk stress, angst, depresjon og alkoholbruk hos ambulanspersonell ansatt ved Universitetssykehuset Nord-Norge Helseforetak (UNN HF). Hypotesen var at det er økt forekomst av PTE og posttraumatisk stress, angst, depresjon og alkoholforbruk blant ambulanspersonell, sammenlignet med den norske gjennomsnittsbefolkningen.

Metode

Studien er en tverrsnittsundersøkelse der data ble samlet inn ved hjelp av et spørreskjema, som bestod av verktøyene BTQ, PTSS-10, HAD-a, HAD-d, AUDIT-C samt noen skreddersydde spørsmål. Frekvensanalyser, kjikvadrattest, Fishers eksakte test og t-test ble utført i SPSS, signifikansnivå er satt til 5% ($p < 0,05$).

Resultater

70 % av respondentene hadde opplevd minst en PTE og 13.4 % hadde mulig PTSD. Det ble ikke funnet noen statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig PTSS-10 skår eller HAD-d skår mellom respondentene og normalbefolkningen. Respondentene (gjennomsnitt (M) = 5.5, standardavvik (SD) = 3.5) hadde høyere gjennomsnittlig HAD-a skår enn normalbefolkningen, $M = 4.4$, $SD = 3.5$, $p < 0.05$

Konklusjon

Utvalget hadde ikke mer symptomer på posttraumatisk stress eller depresjon enn normalbefolkningen, men hadde signifikant mer angstsymptomer. Det lyktes ikke å sammenligne PTE. Spørsmålet om eventuelle forskjeller i PTSD mellom utvalget og normalbefolkningen er derfor ubesvart. For å kunne gjøre dette kreves det at man kartlegger PTE hos ambulanspersonell og normalbefolkningen med samme eller tilnærmet like kartleggingsverktøy. Det er i tillegg behov for å kartlegge ambulansespesifikke PTE, samt gjøre longitudinelle studier der man undersøker symptomer på posttraumatisk stress, slik at man kan si noe om på hvilken måte og grad arbeid som ambulanspersonell påvirker de ansattes psykiske helse.

Forkortelser med forklaringer

AUDIT-C (Alcohol use identification test – Consumption): Kartleggingsverktøy for alkoholkonsum

BTQ (Brief trauma questionnaire): Kartleggings skjema for potensielt traumatiserende hendelser

CIDI (The composite international diagnostic interview): intervjuveileder for å bla. kartlegge PTE og psykiske lidelser

DSM- IV (diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV): Amerikansk diagnosesystem, versjon 4

HAD (Hospital anxiety and depression scale): Kartleggings skjema for angst og depresjonssymptomer. Deles opp i to delskårer; HAD-a for angst og HAD-d for depresjon.

ICD-10 (International Statistical Classification of diseases and Related Health Problems): Verdens helseorganisasjon sitt diagnosesystem, versjon 10

IES-R (Impact of event scale Revised): Screeningsinstrument for symptomer på posttraumatisk stress

LEC – 5 (Life event checklist for DSM – 5): Selvrapporterings skjema som screener for potensielle traumatiske hendelser i løpet av respondentens liv

M – Gjennomsnitt (mean)

Nødetat: Helsevesenet, politietaten og brannvesenet

PCL – 5 (PTSD checklist for DSM -5): Selvrapporterings skjema for å vurdere symptomer på PTSD etter DSM- 5 kriteriene

PTE (Potensielt traumatiserende hendelse): situasjoner som oppfattes som livstruende eller farlige av den/de som utsettes for hendelsen.

PTS (Posttraumatisk stress): normale reaksjoner på unormale hendelser. Reaksjonene kan være fysiske, følelsesmessige og påvirke nære relasjoner.

PTSD (Posttraumatisk stresslidelse): Diagnose, utvikling av karakteristiske symptomer i etterkant av en ekstrem traumatisk hendelse

PTSS-10 (Post – traumatic stress symptom scale): Kartleggings skjema for posttraumatisk stress

REDCap – Research Electronic Data Capture: Elektronisk datainnsamlingsverktøy

Redningstjenesten: Offentlige organer, frivillige organisasjoner og private virksomheter og - personer som arbeider for å redde mennesker fra død eller skade som følge av akutte ulykkes- eller faresituasjoner.

REK (regional etisk komite): vurderer om forskningsprosjekt er etisk forsvarlig å gjennomføre

SD – Standardavvik (Standard deviation)

UNN HF - Universitetssykehuset i Nord-Norge Helseforetak

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Siden begynnelsen av forrige århundre har vi hatt vitenskapelige diskusjoner om hva traumer er, og diskusjonen pågår fremdeles (1, 2). Under første og andre verdenskrig så man at mange av soldatene ved fronten fikk sterke psykiske reaksjoner. I begynnelsen ble traumesymptomer sett på som en konsekvens av svakhet og dårlig moral, senere som en konsekvens av dårlig konstitusjon og gener. Etter Vietnamkrigen endret dette synet seg. Krig ble sett på som ødeleggende, og da var det nesten logisk at også mennesker kunne bli ødelagte (3). Militærets forskning på feltet i kombinasjon med åpenhet og holdninger i folkeopinionen hadde altså stor betydning for utviklingen av diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (3, 4). Også i dag arbeider militæret, både i Norge og internasjonalt, med å undersøke soldaters psykiske helse (5, 6).

PTSD ble i 1980 en egen diagnose i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-systemet), men først i 1992 kom diagnosen inn i International Statistical Classification of diseases (ICD-systemet) (4). På 80-tallet hadde man i mellomtiden fattet interesse for hvordan det gikk med personell i redningstjenesten i etterkant av katastrofer (7). Man fant at personell i redningstjenesten har høyere forekomst av PTSD enn normalbefolkningen (8).

Det er utfordrende å tolke og sammenligne studier som er gjort på redningspersonell siden det er stor variasjon i rapportering av PTSD (8). Mulige årsaker til denne variasjonen kan være at de bruker ulike diagnostiske klassifiseringer, ulike skjemaer for å klassifisere PTSD og at begrepet redningspersonell kan omfatte mange ulike yrkesgrupper (9). Redningsarbeider (engelsk: rescue worker) kan defineres som *«enhver person som, profesjonelt eller frivillig, deltar i aktiviteter som er dedikert til å gi akutt medisinsk behandling utenfor sykehus, transport til endelig omsorg, frigjøre personer eller dyr fra livsfare ved ulykker, branner, flom, andre katastrofer og situasjoner som truer liv»* (8). I Norge utøves redningstjenesten i et samvirke mellom offentlige organer, frivillige organisasjoner og private virksomheter og -personer. Nødetatene, som består av helsevesenet, politietaten og brannvesenet inngår i redningstjenesten (10).

En kanadisk undersøkelse blant offentlig sikkerhetspersonell, som inkluderte bla. personell i nødetatene og personell i kriminalomsorgen, fant at 44.5 % hadde klinisk signifikante

psykiske symptomer som kunne oppfylle en eller flere diagnoser, noe som var omtrent fire ganger høyere enn for normalbefolkningen (11).

Etter hvert begynte man å se på yrkene separat, og både i Europa, Amerika, Asia og Oseania fant man forskjeller i forekomst av PTSD hos de ulike nødetatene (9, 12, 13).

Brannkonstabler har lavest forekomst på rundt 8 %, politikonstabler 5-15 % og ambulanspersonell 15 - over 20 % (9, 12, 13). Personell i nødetatene arbeider regelmessig på de samme hendelsene, men de har ulike ansvarsområder/oppgaver og har ulik forutsetning for å håndtere traumatiske hendelser og stress (13).

Etter hvert som antallet studier økte ble det mulig å gjøre metaanalyser. En metaanalyse av ambulanspersonell gjort tidlig på 2000-tallet som inkluderte tall fra Europa og Nord – Amerika, fant en prevalens av PTSD på rundt 20 %, og lignende høye tall for annen psykopatologi som angst og depresjon. Det var kun 7 studier inkludert som rapporterte tall for PTSD, og forfatterne påpekte at det fortsatt var uklart om ambulanspersonell opplevde mer psykisk uhelse enn den generelle yrkesaktive befolkningen (12). En senere metaanalyse gjort i 2018 inkluderte 27 studier, og fant en estimert prevalens av PTSD på 11 %, angst 15 % og depresjon 15 % hos ambulanspersonell (9). Også denne inkluderte tall hovedsakelig fra Europa og Nord-Amerika. Forfatterne pekte at dette kan indikere at prevalensen av PTSD hos ambulanspersonell er synkende, og at denne observerte nedgangen kan skyldes ulike faktorer som endring i studiemetode, økende underreportering av PTSD eller at det er en reell nedgang (9). I Norge ble det i 2008 funnet at ambulanspersonell har en forekomst av angst på 11 % og depresjon på 7.2 %, noe som ikke var signifikant forskjellig fra referansepopulasjonen som var hentet fra HUNT 2 (14).

Organiseringen av ambulansetjenesten og utdanningen av ambulanspersonell varierer internasjonalt, interkontinentalt, mellom land i Skandinavia og innad i et land, eksempelvis som i USA(15-19). Uakseptable organisatoriske forhold har blitt assosiert med høy grad av symptomer på PTSD (20). Vi kan derfor ikke være sikre på at tallene fra internasjonale studier er generaliserbare for norsk ambulanspersonell, og derfor ønsket jeg å bruke denne oppgaven til å undersøke forekomst av potensielt traumatiserende hendelser og posttraumatisk stress, og de assosierte tilstandene angst, depresjon og høyt alkoholforbruk hos ambulanspersonell i Norge.

1.1.1 Ambulansetjenesten

I Norge er ambulansetjenesten de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus, og består av båt-, bil og luftambulansetjeneste (21). I dag er bilambulansene bemannet med to helsepersonell, der minst den ene skal ha autorisasjon som ambulansearbeider og det andre personellet skal inneha annen akuttmedisinsk kompetanse.

Ambulanseavdelingen i UNN har 31 ambulansestasjoner med 46 bilambulanser, fem helsetransportbiler og fire ambulansebåter. Stasjonene er inndelt i 7 seksjoner med hver sin seksjonsleder. Tjenesten har 310 stillingshjemler hvorav 270 av stillingene er i turnus, 30 er lærlinger og resten er administrative. Både antall ambulanser og vaktordninger varierer fra stasjon til stasjon, fra tilstedevakt hele vakten til at deler av vakten er hjemmevakt (22).

1.1.2 Potensielt traumatiserende hendelser

Det er nødvendig å skille mellom hendelser og reaksjoner. De fleste vil i en eller annen grad bli påvirket når de opplever en potensielt traumatiserende hendelse. Noen reaksjoner er milde og forbigående, mens andre reaksjoner er sterkere, blir vedvarende, gir fall i funksjon og kan gis diagnoser, som for eksempel posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (23).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSM-IV) har definert potensielt traumatiserende hendelser (PTE) som situasjoner der den/de som utsettes for hendelsen oppfatter situasjonen som livstruende eller farlig. Slike hendelser er ofte intense, gir sterke sanseinntrykk og i de fleste tilfellene reagerer personen som opplever PTE med sterk angst, hjelpeløshet eller frykt (24, 25). Den opplevde trusselen under en potensielt traumatisk hendelse kan være rettet mot en selv, noen som står en nær eller noen som bare er i ens fysiske nærhet (26). Ut fra DSM-IV sin definisjon av PTE og personlig kjennskap til ambulansetjenesten, er det mange ulike typer oppdrag i ambulansetjenesten som kan klassifiseres som potensielt traumatiske hendelser for ambulansepersonell, for eksempel at de må ta hånd om livstruende syke mennesker og pasienter som dør.

Ambulansepersonell vet ofte lite om hva som møter dem når de rykker ut på oppdrag, og tidvis utsettes ambulansepersonell for vold og trusler. En undersøkelse gjort av arbeidstakerforeningen Delta viste at 47 % av ambulansepersonell har opplevd vold og trusler på jobb (27). Også i området som ambulansetjenesten UNN HF dekker er det et problem med vold og trusler. I 2019 var det minst to hendelser hvor ambulansepersonellet ble truet, og

ambulanspersonell kjenner på en usikkerhet når politiet kommer sent til situasjonene hvor bistand fra politi er påkrevd (28, 29). Dette illustrerer at ambulanspersonell utsettes for PTE i sin arbeidshverdag. I tillegg vil det å utsettes for vold i arbeidslivet øke risikoen for å utvikle PTSD (30, 31).

1.1.3 Sekundær traumatisering

Sekundært traumatisk stress innebærer at man selv ikke har opplevd en PTE, men man traumatiseres av å høre om hendelsen fra noen andre. Denne typen indirekte eksponering for traume kan skje både privat og i arbeidslivet. Sekundær traumatisering, også kalt vikarierende traumatisering, omsorgstretthet eller medfølelsesutmattelse, er omstridte begreper. Blant det som diskuteres rundt disse begrepene er om det er hensiktsmessig å snakke om at noen blir traumatisert av hendelser som de selv ikke har vært direkte eksponert for, da traumbegrepet kan utvides (32). Det lille av forskning som er gjort på dette fenomenet er stort sett gjort på traumeterapeuter, men det er en mulighet for at også ambulanspersonell kan være utsatt for sekundær traumatisering, ved at de hører sine kollegaer fortelle om sine opplevelser fra trafikkulykker, tap av nære relasjoner eller om vold pasientene har vært utsatt for. I denne undersøkelsen er det ikke forsøkt å skille på primær- og sekundær traumeeksponering siden de har de samme negative følgene, slikt som at de berørte kan utvikle PTSD (33).

1.1.4 Posttraumatisk stress

Etter å ha gjennomgått en PTE er det et vidt spekter av reaksjoner som de utsatte personene kan oppleve. Reaksjonene klassifiseres som posttraumatisk stress (PTS). Både de som selv har opplevd hendelsen, de som har vært vitner til hendelser og hjelpepersonell som har arbeidet i hendelsen kan oppleve reaksjoner i timer til uker etter en PTE. Reaksjonene kan være fysiske, for eksempel at man opplever skjelvninger, hjertebank eller søvnvansker. Man kan også oppleve en følelse av frykt, skam, skyld, tristhet, følelsesmessig nummenhet eller skvettenhet. Det er også vanlig at man trekker seg tilbake fra venner og familie, og dette kombinert med sinne og irritabilitet kan påvirke nære relasjoner. For de aller fleste er PTS-symptomene milde og kortvarige. PTS er normale reaksjoner på unormale hendelser (23, 34), og dermed ikke klassifisert som en psykisk lidelse.

De som har opplevd PTE har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser som posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst, depresjon og problematisk alkohol- og rusmiddelbruk. Risikoen for å utvikle psykiske lidelser og PTSD øker med økende antall PTE som er opplevd. Til tross

for denne økte risikoen så vil de fleste som opplever PTE ikke utvikle dårlig psykisk helse. Det kan også legges til at god sosial støtte virker beskyttende mot å utvikle symptomer på traumerelatert stress, depresjon og angst (35, 36)

1.1.5 Reaksjonsmønster etter potensielt traumatiserende hendelser

Bonnano og Mancini har klassifisert reaksjoner etter potensielt traumatiserende hendelser inn i fire ulike kategorier; motstandsdyktighet, forbedring, kronisk og forsinkede reaksjoner (37).

Motstandsdyktighet

Mønsteret med motstandsdyktighet (resiliens) innebærer at man etter en PTE har kortvarige og forbigående symptomer, funksjonsnivået er minimalt nedsatt og kort tid etter hendelsen klarer man å opprettholde relativt stabilt og sunt nivå av både fysisk og psykologisk funksjon. Dette reaksjonsmønsteret er det vanligst forekommende, hvor 35-65 % av de som opplever PTE kan plasseres (37).

Bedringsmønster

Personer som faller inn i kategorien bedringsmønster opplever flere og eventuelt sterkere symptomer enn de som havner i kategorien motstandsdyktighet. De har i større grad nedsatt psykologisk og fysisk funksjon sammenlignet med motstandsdyktighet-gruppen. Den nedsatte funksjonen vil påvirke dem i hverdagen, hvor de får vansker med å oppfylle sine forpliktelser. Etter hvert vil symptomene gradvis bli mindre og funksjonsnivået øker, og etter 1-2 år er de tilbake til det samme funksjonsnivå som de hadde forut for den potensielt traumatiserende hendelsen. 15-25 % av de som opplever PTE passer inn i denne kategorien (37).

Kronisk mønster

De med kronisk mønster får raskt høy grad av symptomer og faller i funksjonsnivå, og dette pågår i lang tid, opptil flere år etter PTE. Selv om det er stor variasjon i alvorlighetsgrad, varighet og type PTE vil man typisk se at 5-10 % av de som er eksponert for PTE utvikler PTSD. Om eksponeringen for potensielt traumatiserende hendelser varer over lengre tid eller om hendelsen(e) er av mer alvorlig karakter vil andelen som får PTSD øke, men sjeldent vil man se at mer enn 30 % av de eksponerte utvikler PTSD. Det er altså relativt få som havner i denne gruppen, 5-30 % av de som opplever PTE får et kronisk mønster (37).

Forsinkede reaksjoner

Gruppen som kan kategoriseres inn i forsinkede reaksjoner opplever moderat til høyt symptomtrykk kort tid etter PTE. Symptomene er like under grensen for det som klassifiseres som PTSD. Over tid forverres symptomene, og til slutt kommer symptomtrykket over grensen for det som kan klassifiseres som PTSD. Denne forsinkede («delayed onset») PTSD er omdiskutert, men nyere forskning konkluderer med at forsinket PTSD er en forverring av allerede eksisterende symptomer (38). Det er 0-15 % av de som opplever PTE som havner i denne kategorien (37).

1.1.6 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Det er utfordrende å forske på posttraumatisk stress og psykisk helse, blant annet fordi det er manglende konsensus for hva som skal defineres som sykdom, og hva som skal defineres som normale reaksjoner. Dette kan eksemplifiseres ved at de to diagnosesystemene ICD og DSM klassifiserer PTSD ulikt, der PTSD er klassifisert som angstlidelse i DSM-IV men som stressforstyrrelse i ICD-10 (4). For PTSD-diagnosen er det blitt gjort endringer i både DSM-V og ICD-11 (39), og det vil bli interessant å se hvilke konsekvenser dette vil få for prevalens, og videre forskning på PTSD. Til tross for en rekke forskjeller mellom DSM-IV og ICD-10 krever begge systemene at personen har vært utsatt for en traumatisk hendelse for at PTSD-diagnosen skal kunne stilles (4).

Posttraumatisk stresslidelse er i DSM-IV definert som utviklingen av karakteristiske symptomer i etterkant av en ekstrem traumatisk hendelse. Traumatet gjenoppleves, personen forsøker å unngå stimuli som assosieres med traumatet og har vedvarende symptomer på forhøyet autonom beredskap. Symptomene må være til stedet i en måned før diagnosen kan stilles, og symptomene er så alvorlige at de påvirker personens funksjon i dagliglivet (26). Den traumatiske hendelsen må ha vært slik at 1) personen opplevde, var vitne til eller ble konfrontert med en hendelse som involverte enten død, trussel om død eller alvorlig skade, eller truet fysisk integritet for en selv eller andre. Og 2) personens respons involverte intens frykt, hjelpeløshet eller skrekk i møtet med den traumatiske hendelsen. Disse to punktene omtales som A1 og A2-kriteriet for diagnosen PTSD (26). I gjennomføringen av undersøkelsen er det tatt utgangspunkt i DSM-IV sine diagnostiske kriterier for PTSD.

De fleste vil i løpet av livet være utsatt for å oppleve PTE, uavhengig av yrke (37), og mange studier på PTSD gjøres retrospektivt. Dette gir utfordringer med å fastslå antall PTE som fører til symptomer, og om disse PTE ble opplevd privat eller på arbeid.

Hendelseskategoriene som hyppigst utløser PTSD er seksuelle og fysiske angrep, livstruende sykdom/ skade og plutselige voldelige dødsfall. Risikoen for PTSD øker proporsjonalt med antall av hendelseskategorier som oppleves (36). De som lider av PTSD har økt selvmordsfare, og angst, depresjon og/eller rusmisbruk forekommer ofte samtidig med PTSD (40). Samtidig som at PTSD gir økt risiko for å utvikle angstlidelser og depresjon er det også slik at en sårbarhet for disse sykdommene kan medvirke til at en person som opplever en potensielt traumatiserende hendelse utvikler PTSD (41). Det er en sammenheng mellom PTSD, depresjon og angstlidelser, men uten longitudinelle undersøkelser er det utfordrende å fastsette hva som kom først av disse lidelsene, om det var PTSD som førte til angst og/eller depresjon eller motsatt.

1.1.7 Prevalens av posttraumatisk stressyndrom (PTSD), angst og depresjon hos normalbefolkningen

Det finnes en rekke ulike verktøy som kan brukes for å kartlegge PTE og PTSD, og flere brukes i forskning. Eksempler er Life event checklist for DSM-5 (LEC-5) og Brief trauma questionnaire (BTQ) som dekker hhv. 17 og 10 ulike kategorier av PTE (36, 42, 43). PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) og PTSS-10 er begge kartleggingsverktøy som fylles ut av respondenten selv, og dekker symptomer på posttraumatisk stress/PTSD (36, 44). The Composite international diagnostic interview (CIDI) er et intervju som kartlegger både PTE og psykiatriske symptomer (25).

Verdens helseorganisasjons undersøkelse på mental helse (World Health Organization World Mental Health Surveys) brukte CIDI 3.0 og DSM -IV kriterier for å finne PTE og PTSD, og fant ved dette en prevalens av PTE på 70,4% (45) og en livstidsprevalens av PTSD på 3,9 %, der høyinntekstland har en prevalens på 5,0 % (46). I Norge er det sprikende tall for hvor mange av befolkningen som har vært utsatt for PTE, fra 20,6 % - 86 % av kvinner og 25,9 % - 85 % av menn (25, 36). Også prevalenstallene for PTSD i Norge er sprikende, og ulike studier opererer med ulike former for prevalens. I tillegg har de brukt ulike målemetoder for PTE og PTSD. Ved bruk av CIDI – M 1.1 og ICD-10 ble det funnet en livstidsprevalens på 4,3 % for kvinner, og 1,4 % for menn, 12-måneders prevalens på 1,7 % for kvinner og 1,0 % for menn (25), og ved bruk av LEC- 5 og PCL – 5 ble det funnet en punktprevalens på 8,5 % for kvinner og 3,8 % for menn (36). Landsforeningen for PTSD i Norge oppgir at 1-2 % av Norges befolkning til enhver tid har PTSD (41).

I den norske normalbefolkningen er det rapportert at rundt 25 % vil rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og ca. 15 % i løpet av et år (47), mens nesten 10 % av befolkningen har symptomer forenelig med depresjon (48).

1.2 Formål

I andre land er det dokumentert at ambulanspersonell har økt risiko for å utvikle PTSD, men det mangler tall fra Norge. Formålet med oppgaven er en kartlegging blant UNN HF sitt ambulanspersonell med hensyn til forekomst og fordeling over kjønn av potensielt traumatiserende hendelser, symptomer på posttraumatisk stress, samt angst, depresjon og alkoholbruk, som henger tett sammen med posttraumatisk stress. Dette for å få økt innsikt i hvordan arbeidet i ambulansetjenesten påvirker de ansatte psykisk.

Hypotesen er at det er økt forekomst av potensielt traumatiserende hendelser og posttraumatisk stress, og også forhøyet forekomst av angst, depresjon og alkoholforbruk blant ambulanspersonell, sammenlignet med den norske gjennomsnittsbefolkningen.

2 Materiale og metode

2.1 Design

Studien er en tverrsnittsundersøkelse. Datamaterialet består av svar fra spørreskjema der ambulanspersonell i UNN HF ble invitert til å delta. Det er utført en pilot av spørreskjemaet blant paramedisinstudenter på UiT for å sikre at spørreskjemaet er forståelig. Disse studentene hadde kjennskap til ambulansetjenesten gjennom praksis på sitt studium, men var ikke en del av studiepopulasjonen da de ikke var i arbeid som ambulanspersonell på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført.

2.2 Utvalg

Det å gjennomføre en spørreundersøkelse blant alle ambulanspersonell i hele Norge ble for omfattende med tanke på å få distribuert undersøkelsen, og ville i tillegg ha gitt stor usikkerhet rundt hva som er totalpopulasjonen. Det ble derfor gjort et bekvemmelighetsutvalg hvor samtlige ansatte i ambulansetjenesten i UNN HF ble invitert til å delta, inkludert vikarer og lærlinger, slik at den omfatter både by og distrikt, så resultater fra denne undersøkelsen vil kunne være overførbar til andre ambulansetjenester i Norge.

Det var kun ønskelig med respondenter med pasientkontakt, men det var umulig å velge ut disse forut for undersøkelsen. Derfor ble alle invitert og de som oppga at de ikke hadde pasientkontakt i undersøkelsen ble selektert ut før analyser.

2.3 Data for normalbefolkning

For å kunne sammenligne ambulanspersonell med den generelle befolkningen ble det hentet inn data fra ulike befolkningsundersøkelser. Det lyktes ikke å finne en enkelt befolkningsundersøkelse som inkluderte alle variablene som var nødvendige for sammenligning med ambulanspopulasjonen. For sammenligninger av PTE lyktes det ikke med å finne data for den norske normalbefolkningen som egnet seg til sammenligning.

For å kunne sammenligne PTSS-10 skårer ble det hentet inn data rapportert fra en tverrsnittsundersøkelse gjennomført i 2000. Studien inkluderte 1857 respondenter fra hele Norge i alderen 18-81 år, hhv 891 menn med gjennomsnittsalder på 45.9 år, (SD = 14.4 år) og 966 kvinner med en gjennomsnittsalder på 43.9 år (SD = 15.5 år) (49).

For å kunne sammenligne HAD-a og HAD-d skårer ble det hentet inn data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag innsamlingsrunde nr 4 (HUNT 4), spørreskjema 2. Data ble samlet inn fra september 2017 til februar 2019, og inkluderte personer mellom 20 til over 70 år (50). For angst og depresjon var det hhv. 41131 og 41440 respondenter (51, 52).

For sammenligning av AUDIT – C skårer ble det brukt data rapportert fra en tverrsnittsundersøkelse gjennomført i 2007, som inkluderte 1230 respondenter i alderen 18-79 år, hhv 556 menn og 674 kvinner (53).

2.4 Datainnsamling

Spørreundersøkelsen ble utarbeidet høsten 2019 og etiske godkjenninger innhentet våren 2020.

Grunnet Covid-19 restriksjoner var det umulig å holde fysiske informasjonsmøter på ambulansstasjonene. I stedet ble det laget en informasjonsvideo som inneholdt kort informasjon om bakgrunnen for undersøkelsen, personvern og praktisk gjennomføring. Videoen ble sendt ut på mail sammen med undersøkelsen, samt lå ute på youtube.com og ble

distribuert på Facebook. Ved datainnsamlingens slutt hadde videoen totalt 503 avspillinger. Se vedlegg 9 for transkript av informasjonsvideoen.

Undersøkelsen ble gjennomført elektronisk høsten 2020. En link til det elektroniske datainnsamlingsverktøy REDCap (Research Electronic Data Capture) ble sendt på mail til alle ansatte i ambulansetjenesten UNN HF av avdelingsleder for ambulansetjenesten UNN, Per Øivind Sørgaard. Mailen ble sendt ut første gang 15. september 2020, og 1. oktober 2020 ble det sendt ut en påminnelsemail.

Det kom tilbakemeldinger fra studiepopulasjonen om at det var vanskelig å finne undersøkelsen via jobbmail. Norsk senter for forskningsdata (NSD) ga tillatelse til at svarfristen på undersøkelsen ble forlenget, samt at det ble mulig å sende link direkte til de som ønsket det. Før linken ble sendt til private adresser ble ansettelsesforholdet kontrollert opp mot adresseliste i UNN HF sin arbeidsmail. Totalt lå undersøkelsen ute i 7 uker, fra 15. september – 9. november 2020. Våren 2020 ble data analysert og oppgaven skrevet.

2.5 Variabler

For å få et inntrykk av hvorfor noen eventuelt ikke ønsket å delta i undersøkelsen, ble det laget en kort non-responder undersøkelse. Denne bestod av ett spørsmål som skulle kartlegge årsaken til at de ikke ønsket å delta, med svaralternativene: 1) får ikke gjort det i arbeidstiden 2) er lei av spørreundersøkelser 3) synes ikke temaet er relevant 4) er redd for at spørsmålene blir for personlige 5) er redd for at arbeidsgiver/ andre får tak i informasjonen 6) annet. Om svaralternativet annet ble valgt kom det opp et fritekstfelt hvor det ble bedt om å beskrive hva årsaken var.

For de som deltok i undersøkelsen ble variablene kjønn, alder, ansettelsesforhold, ansettelseslengde, arbeidsoppgaver, sivilstatus, utdanning, primærarbeidssted (by eller distrikt) og pasientkontakt hentet inn. Potensielt traumatiserende hendelser (PTE) ble kartlagt med Brief trauma questionnaire (BTQ), posttraumatisk stress (PTS) ble kartlagt med Post-traumatic stress symptom scale -10 (PTSS-10), angst og depresjon ble kartlagt med Hospital anxiety and depression scale (HAD), alkoholforbruk ble kartlagt med Alcohol use identification test consumption (AUDIT-c). Ambulansepersonellets egen oppfatning av om symptomer på PTS kunne ha en sammenheng med opplevelser de har hatt på arbeid som ambulanspersonell ble kartlagt med selvlagde spørsmål. Til sist i spørreskjemaet var det et

fritekstfelt hvor respondentene kunne skrive inn kommentarer og tilbakemeldinger til undersøkelsen. Se vedlegg 8 for spørreundersøkelsen og non-responder undersøkelsen.

Vi har dermed kartlagt følgende punkter:

1. Forekomst og kjønns- samt aldersfordeling av PTE
2. Forekomst og kjønns- samt aldersfordeling av selvrapporterte symptomer på posttraumatisk stress hos ambulanspersonell.
3. Forekomst og kjønns- og aldersfordeling av selvrapporterte symptomer på angst og depresjon.
4. Forekomst og kjønns- og aldersfordeling av alkoholkonsum.
5. Ambulanspersonellens oppfatning om utfordringer rundt egen psykisk helse

Spørreskjemaet inkluderte også selvlagde spørsmål om opplevd leder- og kollegastøtte, da manglende sosial støtte er assosiert med PTSD symptomer (20). Kartlegging av sosial støtte gikk ut over oppgavens formål, og resultater er derfor ikke inkludert.

2.5.1 Brief trauma questionnaire (BTQ)

For at diagnosen PTSD skal kunne stilles er det et krav om at det må foreligge en PTE i forkant av symptomdebut (26). For å kartlegge PTE hos ambulanspersonell valgte vi å bruke et validert skjema fremfor å pilotere et eget verktøy for å kartlegge hendelser. Valget falt på BTQ, som er et skjema som brukes til å fastslå om en person har opplevd en hendelse som møter A.1-kriteriet i DSM-IV for PTSD, eller for å skille mellom de ulike typene A-kriterie - hendelser personen har opplevd (42, 43). Skjemaet har vist seg å ha god kriterievaliditet, og god interater-reliabilitet, med en kappa koeffisient på mellom 0.74-1. I tillegg er det påvist en assosiasjon mellom traumer målt med BTQ og alvorlighetsgrad av symptomer på PTSD (42, 54).

BTQ består av 10 spørsmål som dekker en rekke PTE, som bilulykker og naturkatastrofer. Om man svarer ja på å ha opplevd en hendelse vil man deretter få to oppfølgingsspørsmål; om man trodde at man var i fare og deretter spørsmål om man ble alvorlig skadet.

Det lyktes ikke i å finne en norsk oversettelse av BTQ, og løsningen ble derfor å ta utgangspunkt i den engelske originalversjonen samt en dansk oversettelse, og deretter selv oversette BTQ til norsk. Både den engelske og danske versjonen er validert. Se vedlegg 5.1

og 5.2 for BTQ på engelsk og dansk, samt vedlegg 8 spørreundersøkelse for norsk oversettelse.

I oversettelsesarbeidet ble det gjort en tilpasning av spørsmål 2 i BTQ, som i originalversjon ser slik ut: «Have you ever been in a serious car accident, or a serious accident at work or somewhere else?» og i dansk versjon: «Har du nogensinde været involveret i en voldsom bilulykke, en voldsom ulykke på arbejde eller et andet sted?».

En direkte oversettelse ville kunne ha skapt forvirring for ambulansepersonellet, da det kan argumenteres for at de er involvert i ulykken om de hadde rykket ut til den i arbeidssammenheng. Derfor ble spørsmålet i stedet oversatt til «*Har du selv vært utsatt for en bilulykke eller alvorlig ulykke på jobb/andre steder?*». Originalversjonens skåringsmetode er brukt for den norske oversettelsen.

For noen av hendelsene som BTQ dekker er det nok at man har opplevd hendelsen for å få en positiv skår. For andre hendelser må man i tillegg ha trodd at man var i livsfare eller fått en betydelig skade i forbindelse med hendelsen for at det skal gi en positiv BTQ skår.

- For hendelse 1-3 og 5-7 vil man få positiv skår om man har opplevd hendelsen og i tillegg trodde man var i livsfare eller fikk betydelig skade.
- For hendelse 4 vil man få positiv skår om man har opplevd hendelsen og i tillegg trodde man var i livsfare.
- For hendelse 8 vil man få positiv skår om man har opplevd hendelsen og i tillegg fikk betydelig skade.
- For hendelse 9 og 10 vil man få positiv skår om man har opplevd hendelsen.

De som får en positiv BTQ skår oppfyller både A.1 og A 2-kriteriet i DSM-IV. Videre i oppgaven vil de som ikke har positiv BTQ skår omtales som «ingen PTE», og de som har en eller flere positive utslag vil omtales som «opplevd minst en PTE».

2.5.2 Post-traumatic stress symptom scale – 10 (PTSS-10)

I utarbeidelsen av spørreskjemaet ble flere ulike screeninginstrumenter for posttraumatisk stress vurdert. PTSS-10 ble valgt, fordi, i motsetning til for eksempel Impact of event scale revised (IES-R), spør den om «hendelsen» og ikke «ulykken». Vi ønsket et skjema som ikke var så ulykkesspesifikt, fordi det er flere typer hendelser enn bare ulykker som kan være potensielt traumatiserende, og dermed gi symptomer på posttraumatisk stress. PTSS-10 er også kortere enn flere andre instrumenter og det finnes på norsk.

PTSS-10 var laget som et screeninginstrument for å identifisere PTSD hos personer i etterkant av katastrofer og hos torturofre (44). Instrumentet består av 10 ledd og måler selvrapporterte symptomer på posttraumatisk stress; søvnproblemer, mareritt, depresjon, skvettenhet, tendens til å isolere seg, irritasjon, svingende følelser, dårlig samvittighet/skyldfølelse, frykt for steder/situasjoner som kan minne om uhellet og anspenhet i kroppen. Spørsmålene besvares i en Likert skala fra 1-7, der 1 er aldri/sjelden og 7 er meget ofte. Minste mulige skår er 10 og maksimale skår er 70.

Det er noe variasjon i hvordan studier som bruker PTSS-10 har satt grenseverdi for positiv skår (44, 55-58), noe som gjør det utfordrende å sammenligne resultater på tvers av undersøkelser. For å unngå denne problemstillingen ble gjennomsnittsskår av PTSS-10 brukt for å sammenligne med normalbefolkningen. Ved validering av skjemaet er det funnet at en totalskår >35 er det som er det mest optimale, og da har god indre konsistens med Crohnbachs alfa på 0.91, i tillegg til en høy sensitivitet og spesifisitet på omtrent 90 % (44, 57, 58). Der analysene har behov for en grenseverdi brukes >35, slik som er anbefalt og flere andre studier har gjort (44, 57, 58). En skår >35 vil videre i oppgaven omtales som en høy PTSS-10 skår.

Etter PTSS-10 spørsmålene kom et selvlagd oppfølgingsspørsmål; «Knytter du de tidligere nevnte reaksjoner til opplevelser du har hatt som ambulanspersonell?» Dette for å se om ambulanspersonellet selv knytter eventuelle symptomer på posttraumatisk stress opp mot hendelser de har opplevd på arbeid.

2.5.3 Hospital anxiety and depression scale (HAD)

Angst og depresjon hører tett sammen med posttraumatisk stress og PTSD (41), og det var derfor interessant å se om ambulanspersonell hadde symptomer på disse tilstandene. Valget falt på screeninginstrumentet «Hospital anxiety and depression scale» (HAD), som dekker både angst og depresjon i hver sin subskala. Skjemaet består av 14 spørsmål med 4 svaralternativer på hvert spørsmål. Angst og depresjon dekkes med 7 spørsmål hver, der minste mulige skår er 0 og høyest mulige skår er 21 for begge subskalaer. Subskalaene HAD-a (angst) og HAD-d (depresjon) har begge ≥ 8 som grenseverdi, og en skår ≥ 8 indikerer at tilstanden (angst eller depresjon) kan foreligge (59). Den norske utgaven av HAD er et godt validert screeninginstrument for symptombelastning, HAD-a og HAD-d har adekvat indre konsistens med Cronbachs alpha $> 70\%$ (60), og har en sensitivitet og spesifisitet på omtrent 80% (61).

2.5.4 Alcohol use identification test – consumption (AUDIT-C)

Det er en sammenheng mellom PTSD og alkoholmisbruk (62). Det har blitt antydnet at PTSD og alkoholbruk/-misbruk er relatert gjennom en selvmedisineringsprosess, der alkohol på kort sikt demper angstsymptomer, men på lang sikt bidrar til å vedlikeholde symptomer på posttraumatisk stress (13). Vi valgte derfor å kartlegge ambulanspersonellens konsum av alkohol. AUDIT-C brukes for å indentifisere risikokonsum av alkohol og/eller drikking som kan utvikles til misbruk og avhengighet. AUDIT-C er en kortversjon av alcohol use identification test, og består av 3 spørsmål hentet fra originalversjonen av AUDIT. Hvert spørsmål har 5 svaralternativer og gir fra 0-4 poeng. Maks skår er 12 poeng, og en skår ≥ 3 for kvinner, ≥ 4 for menn, indikerer skadelig bruk eller avhengighet til alkohol (63). Med disse grenseverdiene har AUDIT- C en sensitivitet på 86% og spesifisitet på 72% for menn, og for kvinner en sensitivitet på 66% og spesifisitet på 94% (64, 65).

2.6 Ethiske overveielser

Ved gjennomføring av oppgaven ble forskningsetiske retningslinjer fulgt. Studien ble gjort som en tverrsnittsundersøkelse, og prosjektet var forankret på UNN, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, i samarbeid med Arbeidshelse i nord ved Institutt for Samfunnsmedisin, UiT. Det ble sendt søknad til regional etisk komite (REK), som ga tilbakemelding om at studien ikke faller inn under helseforskningsloven, se vedlegg 3. Både

personvernombud på UNN og NSD vurderte prosjektet til å være i samsvar med personvernlovgivningen, se vedlegg 2 og 4.

2.7 Statistiske analyser

For statistiske analyser ble det brukt SPSS 26 for Mac (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Resultatvariablene ble beregnet ved frekvensanalyse og sammenligninger av kategoriske variabler ble analysert ved bruk av kjikvadrattest. Der ikke alle krav for kjikvadrattest var oppfylt ble det brukt Fishers eksakte test. Sammenligninger av kontinuerlige variabler ble analysert ved bruk av t-test. Vi har ingen kontrollgruppe, og har derfor valgt store populasjonsstudier hvor man kan anta lavt konfidensintervall (CI) for å sammenligne våre data mot normalbefolkningen. Et signifikansnivå på 5 % ($p < 0.05$) ble satt som grense for statistisk holdbarhet på analysene.

3 Resultater

Undersøkelsen ble sendt ut på mail til 515 mottakere i ambulansetjenesten ved UNN HF, men det er usikkert hvor mange av disse som har pasientkontakt. Det kom inn 136 svar, hvorav 17 ble ekskludert, 1 grunnet manglende samtykke, 3 grunnet at de ikke har pasientkontakt og 13 grunnet manglende opplysninger om pasientkontakt.

Etter eksklusjon var det totalt 119 respondenter inkludert i undersøkelsen.

UNN HF oppgir på sine nettsider at det er 270 stillingshjemler i turnus og 30 lærlinger, i tillegg kommer administrativt personell. Totalt med fast ansatte og vikarer er det rundt 400 personer (22). Om man går ut fra at de 270 stillingshjemlene i turnus alle er besatt, og at alle i turnus har pasientkontakt i sitt arbeid, vil det si at 31,5 % av de fast ansatte og 20 % av lærlingene i ambulansetjenesten i UNN HF har deltatt i undersøkelsen.

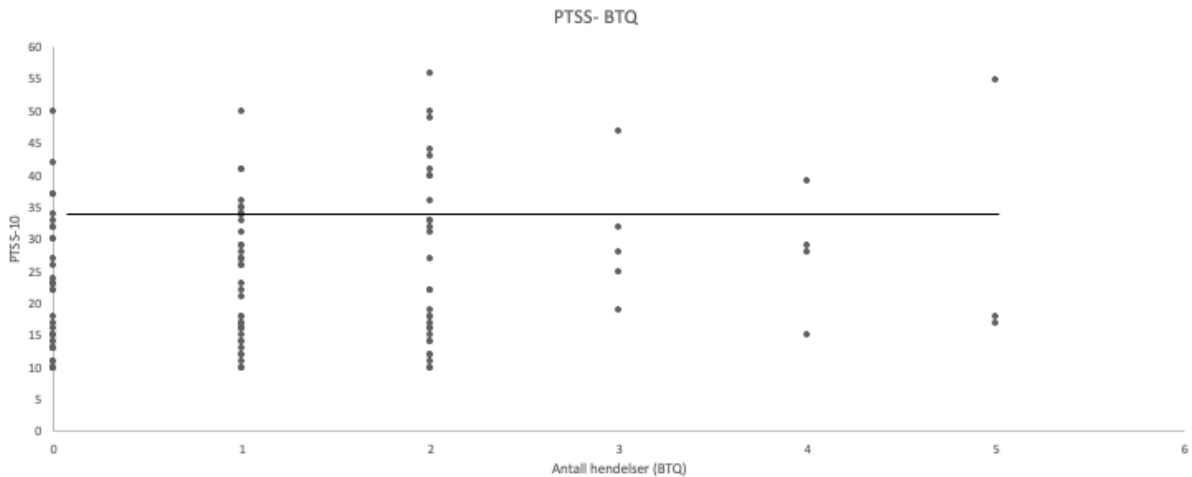
Tabell 1: Demografi.

Alder, gjennomsnittlig år i ambulansetjenesten, arbeidssted og ansettelsesforhold for studiepopulasjonen totalt og kjønnsdelt.

	Totalt	Kvinner	Menn
Respondenter	119	60	59
Alder ≤ 25 år (n)	31	24*	7
Alder 26-35 år (n)	40	24*	16
Alder ≥36 år (n)	48	12*	36
År i ambulansetjenesten (median)	10	5,5*	14
Range	0-34	0-23	1-34
Flest vakter i by (n)	32	18	14
Flest vakter i distrikt (n)	75	36	39
Like mye distrikt som by (n)	12	6	6
Fast ansatt (n)	85	36*	49
Vikar/engasjement (n)	28	19*	9
Lærling (n)	6	5*	1

*Statistisk signifikant forskjell mellom kvinner og menn, $p < 0,05$

Studiepopulasjonen består hovedsakelig av fast ansatte og er jevnt fordelt kjønnsmessig. Menn hadde en betydelig lengre ansettelsestid enn kvinner, noe som kan forklares ved at det er signifikant flere kvinner enn menn i de yngste aldersgruppene og signifikant flere menn i den eldste aldersgruppen.



Figur 1: PTSS-10 skårer mot antall potensielt traumatiserende hendelser målt ved BTQ. X-aksen viser antall positive BTQ (=antall PTE), der 0 = negativ BTQ (ingen opplevd PTE). Horisontal linje indikerer grenseverdien for høy PTSS-10 skår, >35

Figur 1 viser at de fleste ambulanspersonell i UNN HF som besvarte spørreundersøkelsen hadde opplevd 0-2 potensielt traumatiserende hendelser (PTE), som er en situasjon som oppfattes som livstruende eller farlig av den som utsettes for hendelsen. Det var ingen klar sammenheng mellom antall PTE og symptomer på posttraumatisk stress (høy PTSS-10 skår). Enkelte med ingen registrerte PTE skårer over grenseverdien for PTSS-10, mens enkelte med mange PTE skårer lavt på PTSS-10.

Totalt hadde nesten 70 % av respondentene, hhv. 63,3 % av kvinnene og 74,6 % av mennene, opplevd minst en PTE, og det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom kjønnene ved kjiqvadrattest. Gjennomsnittlig PTSS-10 skår var 26.6, og t-test viste ingen signifikant forskjell mellom kjønnene (kvinner M=26, SD=11.9, menn M= 23.3, SD= 11).

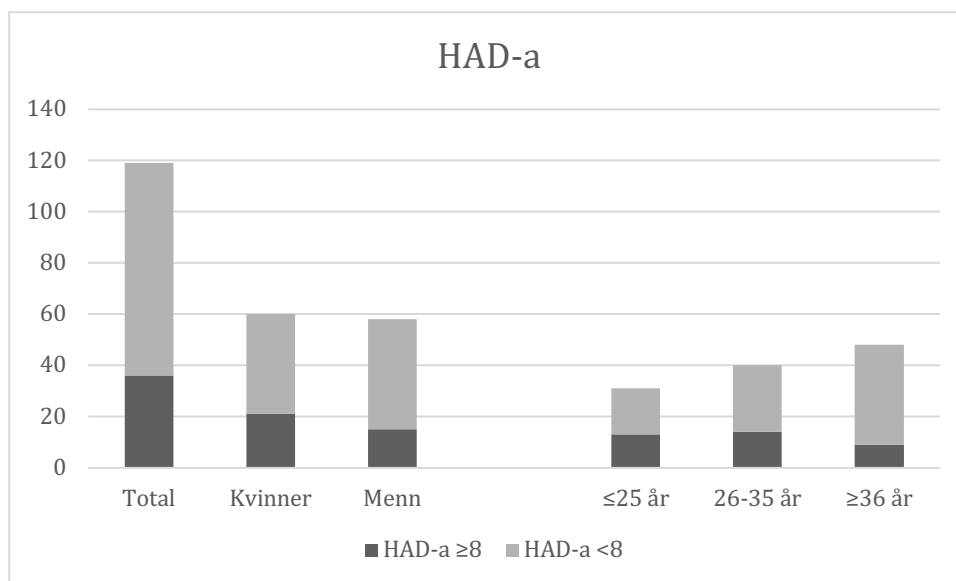
Av de som hadde opplevd minst en PTE var det 13.4 % av studiepopulasjonen, hhv. 13.3 % av kvinnene og 13.6 % av mennene, som samtidig hadde en høy PTSS-10 skår, noe som indikerer mulig PTSD.

Tabell 2: Selvrapportert sammenheng mellom symptomer rapportert i PTSS-10 og opplevelser som ambulanspersonell

		Sammenheng med jobb (n)		
		Ja	Mulig	Nei
PTSS-10 (n)	Høy skår (>35)	9	10	1
	Lav skår (<35)	22	31	46

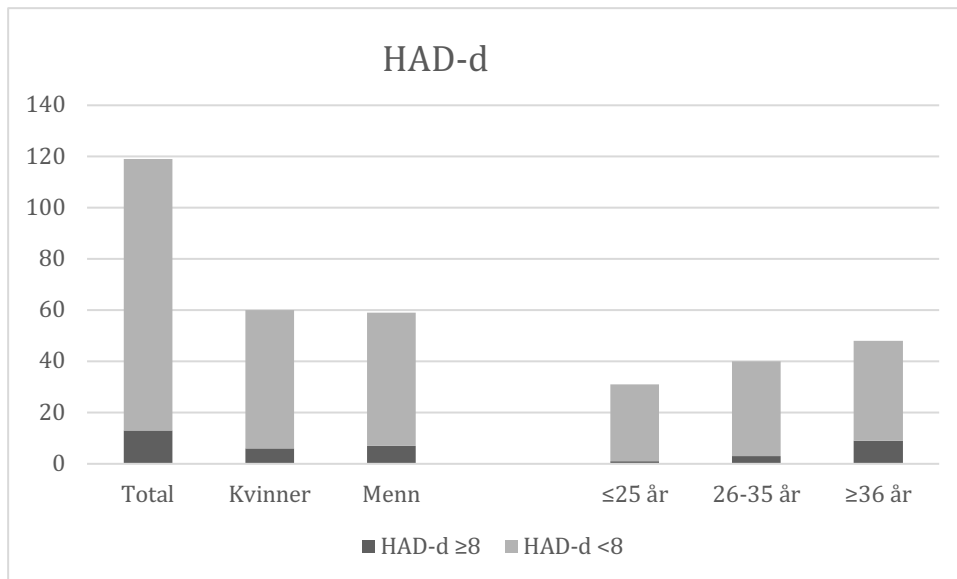
Selvrapportert sammenheng mellom symptomer rapportert i PTSS-10 og opplevelser som ambulanspersonell.

Selvrapportert sammenheng mellom opplevelser som ambulanspersonell og symptomer på posttraumatisk stress (PTSS-10) (tabell 2), viser at 95 % av de med høy PTSS-10 skår, og over 50 % av de med lav PTSS-10 skår mente at symptomene de opplever har, eller muligens har, en sammenheng med hendelser de har opplevd på arbeidet.



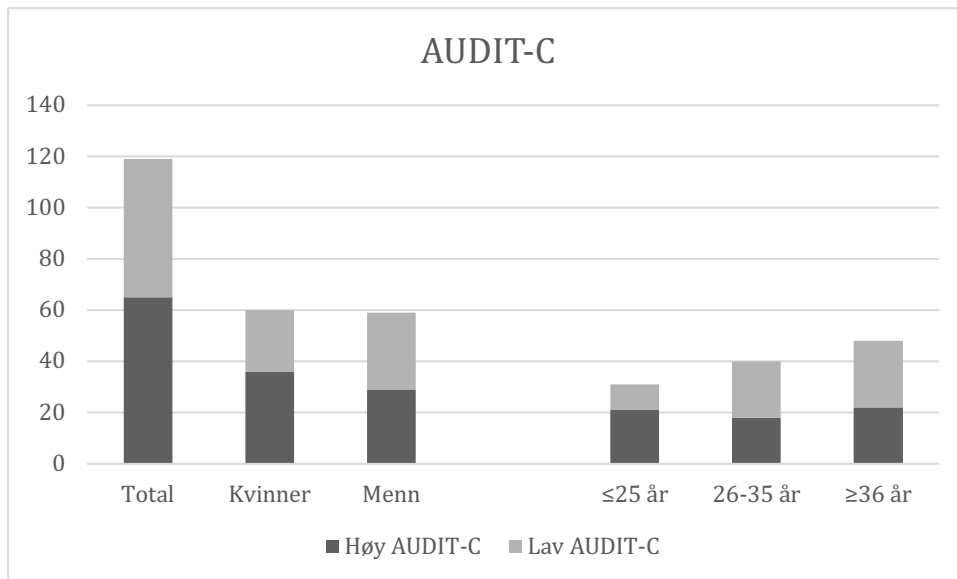
Figur 2: HAD-a skår totalt og fordelt over kjønn og alder. Søylene representerer antall svar (n), der de mørkegrå viser respondenter med HAD-a skår ≥ 8 mens de lysegrå viser respondenter med HAD-a < 8 .

Symptomer på angst ble undersøkt ved HAD-a. Omtrent 30 % av ambulanspersonellet i vår studie hadde en skår ≥ 8 , som kan være forenelig med angstlidelse. Andelen med angstsymptomer avtar med økende alder (figur 2). T-test viste signifikant forskjell i gjennomsnittlig HAD-a skår mellom kvinnelig (M=6.42, SD= 3.3) og mannlig ambulanspersonell (M=4.58, SD=3.5).



Figur 3 : HAD-d skår total og fordelt over kjønn samt alder. Søylenes representerer antall svar (n), der de mørkegrå viser respondenter med HAD-d skår ≥ 8 mens de lysegrå viser respondenter med HAD-d < 8 .

Symptomer på depresjon ble undersøkt ved HAD-d. Litt over 10 % av ambulanspersonellet i vår studie hadde symptomer i den grad at det kan være forenelig med en depresjonslidelse (HAD-d ≥ 8). Andelen med symptomer på depresjon øker med økende alder (figur 3). T-test viste ingen statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig HAD-d skår mellom kjønnene (kvinnelig ambulanspersonell M = 3.2, SD = 2.8, mannlig ambulanspersonell M = 3.3, SD = 2.8, $p > 0.05$).



Figur 4 : AUDIT-C skår totalt og fordelt over kjønn samt alder. Søylene representerer antall svar (n), der de mørkegrå viser respondenter til høy AUDIT-C (≥ 3 for kvinner, ≥ 4 for menn) mens de lysegrå viser respondenter med lav AUDIT.C

AUDIT-C ble brukt for å undersøke ambulanspersonells forbruk av alkohol. Over 50 % av ambulanspersonellet i vår studie hadde et alkoholkonsum som indikerer mulig skadelig bruk eller mulig avhengighet til alkohol (cutoff ≥ 3 for kvinner, ≥ 4 for menn), og andelen som kom over grenseverdien var størst i den yngste aldersgruppen (figur 4). T-test viste statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig AUDIT-C skår mellom kvinnelig ambulanspersonell (M= 2.77, SD = 1.69) og mannlig ambulanspersonell (M = 3.47, SD = 1.81)

Tabell 3: Sammenligning av gjennomsnittlige skår i PTSS-10, HAD-a, HAD-d og AUDIT-C.

Variabel	Ambulansearbeidere M (SD)	Normalbefolkning M (SD)	Populasjonsstr. Og referanser Normalbefolkning
PTSS-10	Kvinner: 26.0 (11.9) Menn: 23.3 (11.0)	Kvinner: 26.2 (12.2) Menn: 22.3 (10.1)	Kvinner: 966 Menn: 891 (49)
HAD-a	5.5 (3.5) *	4.4 (3.5)	41131 (51)
HAD-d	3.3 (2.8)	3.3 (3.0)	41440 (52)
AUDIT-C	3.1 (1.8) *	3.8 (2.0)	1230 (53)

M= gjennomsnitt, SD= standardavvik.

Respondentenes gjennomsnittlige skårer på PTSS-10 (symptomer på posttraumatisk stress), HAD-a skår (symptomer på angst), HAD-d skår (symptomer på depresjon) og alkoholkonsum (AUDIT-C skår) ble testet mot data fra ulike befolkningsundersøkelser.

Som tabell 3 viser var det ingen statistisk signifikant forskjell i symptomer på posttraumatisk stress mellom ambulanspersonell i vårt utvalg og normalbefolkningen, der data for normalbefolkningen ble hentet fra en tverrsnittundersøkelse gjort av Lerdal et al. (49). For å sammenligne symptomer på angst og depresjon ble det hentet inn data fra HUNT 4 (50-52). Ambulansepersonell i vår studie hadde signifikant flere symptomer på angst enn

normalbefolkningen, men det var ingen statistisk signifikant forskjell i symptomer på depresjon. For å sammenligne alkoholkonsum ble det hentet inn data fra en tverrsnittsundersøkelse gjort av Mathiesen et al. (53), som viste at ambulansepersonell i vårt utvalg hadde et signifikant lavere alkoholkonsum enn normalbefolkningen.

4 Diskusjon

Formålet med oppgaven var å kartlegge UNN HF sitt ambulansepersonell for forekomst og fordeling av symptomer på posttraumatisk stress samt angst, depresjon og alkoholbruk, som henger tett sammen med posttraumatisk stress. For å gjøre dette ble det gjennomført en spørreundersøkelse med verktøyene BTQ, PTSS-10, HAD-a, HAD-d, AUDIT-C, samt noen skreddersydde spørsmål. Hypotesen var at det er økt forekomst av potensielt traumatiserende hendelser, posttraumatisk stress, angst, depresjon og økt forbruk av alkohol blant ambulansepersonell, sammenlignet med den norske gjennomsnittsbefolkningen.

Studien endte opp med 119 respondenter som hadde jevn kjønnsfordeling. Vi fant at 70 % av ambulansepersonellet i vår studie hadde opplevd minst en potensielt traumatiserende hendelse (PTE) og 13,4 % hadde både opplevd minst en PTE og høy PTSS-10 skår, noe som indikerer mulig PTSD. Over 30 % hadde symptomer forenelig med angst, og litt over 10 % hadde symptomer forenelig med depresjon. Over 50 % hadde et alkoholkonsum som indikerer skadelig bruk av eller avhengighet til alkohol. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i hverken gjennomsnittlig PTSS-10 skår eller HAD-d skår mellom vårt ambulansepersonell og normalbefolkningen. Vi fant indikasjoner på at ambulansepersonellet i vårt utvalg opplevde mer symptomer på angst enn normalbefolkningen der ambulansepersonell hadde en signifikant høyere gjennomsnittlig HAD-a skår. Gjennomsnittlig AUDIT-C skår var derimot signifikant lavere for våre respondenter enn for normalbefolkningen.

4.1 Potensielt traumatiserende hendelser og posttraumatisk stress

13.4 % av ambulanspersonellet, hhv. 13.3 % av kvinnene og 13.6 % av mennene, hadde opplevd minst en PTE (positiv BTQ) og hadde samtidig høyt symptomtrykk av posttraumatisk stress (PTSS-10 skår >35), noe som indikerer mulig PTSD. Det er ønskelig å poengtere at grunnet studiens design ikke er mulig å si noe om kausalitet mellom PTE og symptomer på posttraumatisk stress, noe som er en forutsetning for diagnosen PTSD (4).

Symptomer på posttraumatisk stress ble vurdert ved bruk av PTSS-10. utfordringen med dette verktøyet er at det varierer hvor grenseverdien for positiv skår settes (55-57). For å unngå denne problemstillingen ble det brukt gjennomsnittsskår av PTSS-10 for å sammenligne utvalget med normalbefolkningen. Det ble ikke funnet en statistisk signifikant forskjell på gjennomsnittlig PTSS-10 skår mellom utvalget av ambulanspersonell og normalbefolkningen, og hypotesen om at ambulanspersonell opplever mer posttraumatisk stress enn normalbefolkningen kunne ikke bekreftes i denne studien.

Et interessant funn rundt symptomer kartlagt i PTSS-10 var at over 95 % av respondentene som rapporterte høy PTSS-10 skår (≥ 35) mente at symptomene de opplevde sikkert eller muligens hadde en sammenheng med arbeidet. Også blant de med lav PTSS-10 skår rapporterte over 50 % en sikker eller mulig sammenheng mellom symptomene fra PTSS-10 og opplevelser de har hatt som ambulanspersonell (tabell 2). Dette viser at ambulanspersonellet som besvarte undersøkelsen knytter sine stressreaksjoner til opplevelser på arbeid. PTSS-10 har vist seg å være sensitiv også for normale stressreaksjoner (66), og vi kan derfor ikke utelukke at PTSS-10 skårene er et mer generelt uttrykk for stress. Det vil i senere undersøkelser kunne være interessant å kartlegge hvilke typer opplevelser de mener er knyttet til sine stressreaksjoner, samt gjøre en longitudinell undersøkelse hvor hendelser og stressymptomer måles over tid.

Resultatene viste ingen åpenbar sammenheng mellom PTE og symptomer på posttraumatisk stress. Av respondentene som hadde opplevd minst en PTE var det over 80 % som hadde lav PTSS-10 skår. Dette viser at selv om deltakerne hadde opplevd PTE så hadde de ikke høy grad av posttraumatisk stress på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført. I denne undersøkelsen er verken tidspunkt for opplevd PTE eller tidligere symptomer på posttraumatisk stress kartlagt. Respondentene ble imidlertid spurt om de hadde hatt

symptomer på posttraumatisk stress den siste uken. Det er dermed ikke mulig å si hvor stor andel som havner i kategoriene bedringsmønster, forsinkede reaksjoner eller motstandsdyktighet, se 1.1.4. Dette kan kanskje også forklare den manglende sammenhengen mellom PTE og posttraumatisk stress. Tidligere er det funnet at majoriteten av de som utsettes for en PTE vil havne i kategorien motstandsdyktighet (37), men for å kunne si om dette gjelder også for ambulanspersonell er det nødvendig å kartlegge når PTE ble opplevd, tidligere og nåværende symptomer på posttraumatisk stress, og hvorvidt det er en casual sammenheng mellom hendelser og symptomer. Det vil være hensiktsmessig å kartlegge dette i en longitudinell studie slik at risikoen for erindringsskjevhet minskes.

Som beskrevet i 1.1.6 kreves det at man har opplevd en potensielt traumatiserende hendelse for at diagnosen PTSD skal kunne stilles (4). Det ble funnet to artikler som rapporterer om PTE i den norske befolkningen; Heir et al. rapporterer at 86 % av kvinner og 85 % av menn har opplevd minst en PTE(36), mens Lassemo et al. rapporterer at prevalensen av PTE er 20.6 % hos kvinner og 25.9 % hos menn (25). Som man kan se er det et stort sprik i disse tallene, og det fører til en usikkerhet rundt hva som er den reelle forekomsten i den norske befolkningen. En mulig årsak til dette spriket kan være at de har brukt ulike verktøy for å kartlegge PTE, Heir et al. har brukt LEC-5 som kartlegger 17 ulike PTE, mens Lassemo et al. brukte CIDI, som er et intervju. Det har blitt vist at prevalensen av PTE øker jo mer detaljert man spør om hendelser (67, 68). I denne studien er det brukt BTQ, som kartlegger 10 ulike PTE. Vi har vurdert at LEC-5 og CIDI er så forskjellig fra BTQ at det ikke er hensiktsmessig å bruke data fra overnevnte undersøkelser til sammenligning med våre data. Vi kan dermed ikke si noe om ambulanspersonell opplever flere PTE enn normalbefolkningen, og dermed er den delen av hypotesen ikke besvart. En konsekvens av at vi ikke kan sammenligne PTE med normalbefolkningen er at vi heller ikke kan sammenligne prevalenser for PTSD. Ved senere undersøkelser burde det samme skjema brukes både for ambulanspersonell og normalpopulasjonen, slik at dataene blir sammenlignbare.

Befolkningsundersøkelser har funnet at menn er mer utsatt for PTE enn kvinner (25), men at kvinner er mer utsatt for å utvikle PTSD (25, 36). Derfor ble det undersøkt om en slik forskjell var til stede mellom kjønnene i utvalget av ambulanspersonell. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom kjønnene for verken PTE eller symptomer på posttraumatisk stress. Internasjonale studier har heller ikke klart å finne en kjønnsforskjell i PTSD-symptomer blant ambulanspersonell, men i disse studiene bestod utvalgene hovedsakelig av menn (8), noe som gjør det vanskelig å finne kjønnsforskjeller.

Datamaterialet i denne studien har en jevn kjønnsfordeling, så dette skal ikke kunne være årsak til en manglende kjønnsforskjell. Det kan være at utvalget ikke er stort nok, slik at kjønnsforskjellene ikke kommer frem. I tillegg kan det hende at de manglende kjønnsforskjellene skyldes at ambulansepersoneell rammes av PTE i arbeidssituasjonen, og at dette skjer uavhengig av kjønn. Det vil være nyttig å kartlegge i hvor stor grad ambulansepersoneell opplever PTE på arbeid for å se om dette kan være forklaring på manglende kjønnsforskjeller. I tillegg vil en grundigere kartlegging av arbeidsrelaterte PTE kunne gi en økt forståelse for hvordan arbeid som ambulansepersoneell påvirker psykisk helse.

4.2 Angst

Resultatene viste en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig HAD-a skår mellom ambulansepersoneell i denne studien og normalbefolkningen. Ambulansepersoneellet i utvalget hadde en høyere skår, noe som støtter hypotesen om at ambulansepersoneell har mer symptomer på angst enn normalbefolkningen. Dette samsvarer ikke med tidligere forskning som fant at ambulansepersoneell har lavere gjennomsnittlig HAD-a skår enn normalbefolkningen (14). Det kan være flere årsaker til diskrepansen mellom funnene. Sterud et al. hadde flere respondenter, og aldersjusterte normalbefolkningen med utvalget av ambulansepersoneell. Disse to faktorene kan bidra til de motstridende funnene. En annen mulighet er at forekomsten av angstsymptomer faktisk har økt hos ambulansepersoneell siden 2005, som var tidspunktet Sterud et al. Samlet inn data. Dette viser at det er nødvendig med mer forskning for å kunne konkludere sikkert om ambulansepersoneell opplever mer angst enn befolkningen generelt.

Det var >30 % av ambulansepersoneellet i studien som hadde en HAD-a skår ≥ 8 , noe som indikerer mulig angstlidelse. Det ble også funnet en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig HAD-a skår mellom kvinnelig og mannlig ambulansepersoneell, der kvinner hadde høyere skår enn menn. Denne kjønnsforskjellen var forventet ut fra befolkningsundersøkelser (47). Det ble ikke undersøkt bakenforliggende årsaker til angstsymptomene hos respondentene, men det er en mulighet for at arbeidssituasjon er en medvirkende faktor. Angst og PTSD er nært beslektede diagnoser, og i DSM-IV er PTSD klassifisert som en angstlidelse (26). Angst er en kjent risikofaktor for PTSD, så de med en tidligere sårbarhet for angstlidelser vil være ekstra utsatt for å utvikle PTSD om de opplever PTE. Dermed vil det å forebygge angst kunne bidra til å forebygge PTSD (25, 41). For å

kunne gjøre forebyggende arbeid er det nødvendig å først identifisere hvilke faktorer som fører til økte angstsymptomer hos ambulanspersonell.

4.3 Depresjon

Det var ikke statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig HAD-d skår mellom ambulanspersonellet i utvalget og normalbefolkningen, så hypotesen om at ambulanspersonell har økt forekomst av depresjon sammenlignet med normalbefolkningen ble ikke bekreftet. Dette støtter også funn i en tidligere studie (14). Det ble ikke funnet en statistisk signifikant forskjell mellom kjønnene. Befolkningsundersøkelser har funnet at menn har mer depresjon enn kvinner, men denne sammenhengen var svak (48). I denne undersøkelsen var respondentene jevnt fordelt kjønnsmessig, men bestod av relativt få respondenter, og det er mulig at man kan finne den samme kjønnsforskjellen som i befolkningen ellers om man ser på et større utvalg.

Det var litt over 10 % av utvalget som hadde HAD-d skår ≥ 8 , som kan være forenelig med depresjon. En tidligere sårbarhet for depresjon gir økt risiko for å utvikle PTSD (23, 25), og det å forebygge depresjon kan da også forebygge PTSD. Det kan kanskje være hensiktsmessig å være ekstra oppmerksom på denne gruppen etter en ev. opplevd PTE, slik at man kan forebygge PTSD.

4.4 Alkoholbruk

Utvalget av ambulanspersonell hadde en signifikant lavere gjennomsnittsskår på AUDIT- C enn normalbefolkningen. Årsaken til denne forskjellen er ukjent, men det kan tenkes at arbeidet som helsepersonell og dermed pliktmessig avhold kan bidra til lavere alkoholkonsum. I tillegg ble det funnet en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig AUDIT-C skår mellom kvinnelig og mannlig ambulanspersonell, der menn hadde en høyere skår enn kvinner. Denne kjønnsforskjellen var forventet ut fra funn i befolkningsundersøkelser (53). Det er nødvendig med mer forskning for å kunne si noe om årsaken(e) til at ambulanspersonell har et gjennomsnittlig lavere alkoholkonsum enn normalbefolkningen.

I spørreskjemaet var det også inkludert ett spørsmål fra DUDIT for å kartlegge bruk av andre rusmidler, men i ettertid ble det vurdert til at spørsmålet kan ha blitt misforstått. Derfor ble det valgt å ikke inkludere funn omkring andre rusmidler enn alkohol i denne oppgaven, og

dermed er heller ikke rusmiddelbruk blant ambulanspersonell kartlagt slik som planlagt. Ved senere undersøkelser av PTSD bør det inkluderes spørsmål som omhandler rusmiddelbruk da PTSD og rusmisbruk ofte forekommer samtidig (40).

4.5 Ambulansepersonells oppfatninger

På slutten av spørreundersøkelsen var det inkludert et fritekstfelt hvor respondentene kunne skrive inn tilbakemeldinger til undersøkelsen. Selv om det faller noe utenfor formålet med oppgaven er det ønskelig å trekke frem de hyppigst forekommende kommentarene og diskutere disse, da dette er verdifull informasjon om ambulanspersonells oppfatninger rundt psykisk helse og arbeidsmiljø. Det kan være hensiktsmessig å ta hensyn til disse oppfatningene ved senere undersøkelser av psykisk helse og PTSD hos ambulanspersonell, samt at det kan være nyttig informasjon for ambulansavdelinger i Norge, spesielt i UNN HF, deres ledelse og bedriftshelsetjeneste.

Flere av kommentarene i fritekstfeltet gikk ut på at ambulanspersonellet opplever manglende oppfølging etter hendelser, og at rutinene for defusing og debriefing ikke er gode nok. Ambulanseavdelingen UNN HF har en intern prosedyre for etterarbeid i forbindelse med det som kalles «spesielle ambulansoppdrag» (69). Det kan ikke utelukkes at det finnes flere prosedyrer eller interne rutiner i oppfølging av ambulanspersonell v/ UNN HF som vi ikke har kunnskap om, og videre diskusjon gjøres på bakgrunn av denne prosedyren, som kan leses i sin helhet i vedlegg 1. Prosedyrens hensikt er «*å sikre god emosjonell ivaretagelse av kollegaer og personell ved ulykker og andre hendelser med emosjonelt potensial. Videre skal retningslinjene bidra til å sikre erfaringsutbytte fra de ulike hendelser*». Prosedyren angir at ambulanspersonellet selv har ansvaret for å iverksette defusing, som er definert som en lett og uformell «utlufting» av tanker og følelser. Defusing skal gjøres så raskt som mulig etter hendelsen og utføres av personellet som var i innsats og nærmeste leder. Når dette er gjennomført skal behov for debriefing og/eller videre oppfølging kartlegges (69).

Det kommer ikke fram i prosedyren at det er spesifisert hvordan kartleggingen av behov for videre oppfølging skal foregå, hvilke instanser som skal kontaktes ved identifisert behov eller hvem som har ansvar for å kontakte disse instansene. Det er uvisst om det er disse uklarhetene og/eller andre faktorer som er bakenforliggende årsak til at ambulanspersonellet i undersøkelsen rapporterer at rutinene for defusing ikke er gode nok. Det kan se ut til at det er

et behov for en presisering av hvordan videre oppfølging skjer ved behov og hvem som skal kontakte instansene som skal gjennomføre den videre oppfølgingen.

De som arbeider i distriktet rapporterte i fritekstfeltet at det som regel kun er makkeren (den de er på samme bil med) de har mulighet til å snakke med når de opplever belastende hendelser/oppdrag. De rapporterer det som vanskelig å få inn nytt personell til å ta over vekten om de ikke føler seg skikket til å fortsette å være på arbeid. Prosedyren sier at det ikke skal være tvil om at personen som ikke føler seg i stand til å utføre videre arbeid skal gå av vakt, og at nytt personell skal kalles inn, og videre at innkallingen skal gjøres av kollega(er), ev. nærmeste leder (69). Disse kommentarene tyder på at prosedyren er vanskelig å følge for de som arbeider i distriktet. Det kan være nødvendig for UNN å se om det er noen organisatoriske grep som kan gjøres for at det skal bli lettere å følge prosedyren.

4.6 Styrker og begrensninger

Denne oppgaven er en av de første undersøkelsene som ser på potensielt traumatiserende hendelser, posttraumatisk stress, angst og depresjon blant ambulanspersonell i Norge. Utvalget var stort, der alt ambulanspersonell i UNN HF var invitert til å delta. Denne undersøkelsen har gitt mer kunnskap om ambulanspersonells psykiske helse, og er med på å danne kunnskapsgrunnlag for videre undersøkelser.

Det ble primært brukt validerte spørreskjema som PTSS-10, HAD-a, HAD-d og AUDIT-C. Sammenligning med normalbefolkningen ble gjort med data fra store befolkningsundersøkelser med middels til høye svarprosjenter.

I utvelgelsen av spørsmål til undersøkelsen gjorde min egen erfaring fra ambulansetjenesten det mulig å velge ut variabler og kartleggingsskjema som var relevante for ambulanspersonell. Gjennomføring av pilot med paramedisinstudenter sikret at undersøkelsen var forståelig for studiepopulasjonen.

Inkludering av fritekstfelt hvor populasjonen fritt kunne komme med tilbakemeldinger til undersøkelsen ga gode indikasjoner på hva ambulanspersonell selv oppfatter som utfordrende. Dette sammen med resten av funnene kan brukes av UNN HF i arbeid med videreutvikling av prosedyrer og rutiner for oppfølging og ivaretagelse av ambulanspersonell, i tillegg til at det gir indikasjoner på hvilke variabler som bør kartlegges grundigere.

En begrensning er at selv om utvalget var stort så har vi ikke full oversikt over potensielle deltakere, og kan derfor ikke si noe sikkert om svarprosenten. Om man går ut fra at hver enkelt mailadresse som fikk tilsendt undersøkelsen (515 totalt) representerer potensielle deltakere gir det en svarprosent på 26,4%. Dette er et forsiktig estimat av svarprosenten, da det er en stor mulighet for at flere av disse 515 ikke er en del av studiepopulasjonen ved at de enten ikke har pasientkontakt i sitt arbeid eller ikke lenger arbeider i ambulansetjenesten. Litt over 30 % av de fast ansatte i ambulansetjenesten UNN HF deltok i undersøkelsen. Svarprosenten gir muligheter for skjevhet i utvalget, og er en svakhet i undersøkelsen. Vi vil argumentere for at svarene likevel gir nyttig informasjon om ambulanspersonell sin psykiske helse da respondentene var jevnt fordelt alders- og kjønnsmessig.

Normalbefolkningsdata ble hentet fra flere ulike undersøkelser, som gjør det vanskelig å ta hensyn til konfunderende faktorer og forskjeller mellom normalbefolkningspopulasjonene og ambulanspopulasjonen. For eksempel hadde alle normalpopulasjonene brukt i denne undersøkelsen inkludert personer >70 år (49, 50, 53). Vi kartla ikke øvre alder hos ambulanspersonellet mer nøyaktig enn >50 år, men vi kan likevel med sikkerhet si at normalpopulasjonene skiller seg fra ambulanspopulasjonen med tanke på alder, da ambulanspersonell har en pensjonsalder på 60 år (70, 71). I tillegg er det en mulighet for at normalbefolkningsdataene hadde respondenter som arbeider/har vært i arbeid som ambulanspersonell. Dette gjør at dataene for normalpopulasjonene ikke er optimale å sammenligne med, og er en svakhet ved oppgaven. Ved fremtidige undersøkelser burde man ha en referansepopulasjon som samsvarer med ambulanspersonell med hensyn til relevante konfunderende faktorer.

Det er en mulighet for at ambulanspersonellet som har valgt å delta i undersøkelsen skiller seg ut fra de som ikke deltok, noe som fører til mulig selvseleksjonsskjevhet.

Selvseleksjonsskjevhet kan gå i begge retninger; 1) ved at de som har opplevd PTE og har symptomer på psykisk uhelse i større grad fant det relevant å delta i studien enn de som ikke har opplevd PTE eller har symptomer på psykisk uhelse, noe som vil føre til for høy prevalens av mulig PTSD, eller 2) De som har opplevd PTE og har symptomer på psykisk uhelse syntes at det ble for belastende å delta i spørreundersøkelsen og dermed lot være å delta, noe som vil føre til for lav prevalens av mulig PTSD. Non-responder undersøkelsen som ble brukt for å kartlegge årsaken til at ambulanspersonell valgte å avstå fra å delta i undersøkelsen hadde kun en respondent, dermed har vi ikke noen utfyllende informasjon om denne gruppen som kan brukes under vurderingen av funnene i prosjektet.

Studiepopulasjonen i denne undersøkelsen er ambulanspersonell som er i arbeid i ambulansetjenesten UNN HF. Ambulanspersonell som ikke lenger arbeider i tjenesten ble ikke invitert til å delta, da det er utfordrende å få kontakt med disse. Det er en mulighet for at en del ambulanspersonell har sluttet i tjenesten på grunn av psykiske reaksjoner etter PTE opplevd i arbeid. Det at disse ikke er inkludert i studien gir en mulighet for sunn arbeidstaker-effekt (healthy worker effect) da man må være relativt frisk for å klare å være i arbeid (12). Dette gir mulighet for en undervurdering av symptomtrykk av posttraumatisk stress, mulig PTSD, angst og depresjon blant ambulanspersonell. Det bør gjøres undersøkelser hvor denne gruppen ambulanspersonell er inkludert, slik at man får minsket skjevheten som sunn-arbeidstaker-effekten gir. I tillegg vil man da kunne få nyttig informasjon om hvilke hendelser som oppleves som mest belastende, og om det er enkelthendelser eller summen av flere hendelser som gjorde at de sluttet i tjenesten. For å kunne gjøre dette må man følge de ansatte over tid og følge opp de som slutter for å kartlegge om grunnen til at de slutter skyldes belastninger fra arbeidet og ev. utvikling av PTSD.

Det vil alltid være en risiko for erindringskjevhet når man spør respondenter om fortiden, som for eksempel om de i løpet av livet har vært utsatt for en PTE. Dette vil kunne påvirke funnene i denne undersøkelsen, da noen respondenter kanskje ikke husker tidligere eksponering for PTE. Dette vil kunne føre til en lavere prevalens av mulig PTSD.

BTQ ble oversatt fra engelsk og dansk til norsk. Denne norske oversettelsen er ikke validert, og er en svakhet ved undersøkelsen. Vi valgte likevel å bruke BTQ da norsk og dansk er veldig like språk, og den norske versjonen er tilnærmet en direkte oversettelse fra den danske versjonen. Den norske versjonen av BTQ har trolig liknende validitet som den danske, men det kan ikke sies med sikkerhet før det er gjort analyser på dette.

I denne undersøkelsen har vi ikke sett på hvilke typer PTE ambulanspersonell har opplevd, kun om de har opplevd PTE eller ikke. Vi har heller ikke lyktes i å skille på hvilke PTE som er opplevd på arbeid og hvilke som er opplevd privat. Dette gjør at vi ikke kan konkludere med at det er arbeidet som er årsak til symptomene på mulig PTSD, kun rapportere prevalens av mulig PTSD. Ved fremtidige undersøkelser burde man forsøke å få klarhet i hvor PTE har skjedd og kartlegge mer arbeidsspesifikke PTE. Om dette kartlegges vil man kunne si noe om i hvilken grad arbeid som ambulanspersonell fører til potensielt traumatiserende hendelser og PTSD.

5 Konklusjon

Denne studien viser at 70 % av ambulanspersonellet som besvarte spørreskjema har opplevd minst en potensielt traumatiserende hendelse og 13.4 % (hhv. 13.3 % av kvinner og 13.6 % av menn) har i tillegg en høy PTSS-10 skår (>35) noe som indikerer mulig PTSD.

Gjennomsnittlig PTSS-10 skår var ikke signifikant forskjellig fra den norske normalbefolkningen. Likevel rapporterte majoriteten av ambulanspersonellet en sammenheng mellom opplevelser på arbeid og stresssymptomene de har, noe som indikerer at arbeidet i ambulansetjenesten er stressende. Forekomsten av mulig angst var høyere enn for normalpopulasjonen, der ambulanspersonell hadde signifikant høyere gjennomsnittsskår på HAD-a, mens forekomsten av mulig depresjon, målt ved gjennomsnittlig HAD-d skår var lik som for den norske befolkningen ellers. Hypotesen var at det er økt forekomst av potensielt traumatiserende hendelser, posttraumatisk stress, angst, depresjon og alkoholforbruk blant ambulanspersonell, sammenlignet med den norske gjennomsnittsbefolkningen. Dette kunne ikke bekreftes for posttraumatisk stress, depresjon og alkoholbruk, men ble styrket for angst. Hypotesen om at ambulanspersonell opplever flere potensielt traumatiserende hendelser enn normalbefolkningen ble ikke besvart. For å gjøre dette kreves det en kartlegging av PTE hos ambulanspersonell og normalbefolkningen med samme eller tilnærmet like verktøy. Det er i tillegg behov for å kartlegge ambulansespesifikke PTE, og gjøre longitudinelle undersøkelser der man undersøker symptomer på posttraumatisk stress, slik at man kan si noe om på hvilken måte og hvilken grad arbeid som ambulanspersonell påvirker de ansattes psykiske helse.

Referanseliste

1. Jones E, Fear NT, Wessely S. Shell shock and mild traumatic brain injury: a historical review. *Am J Psychiatry*. 2007;164(11):1641-5.
2. Vasterling JJ, Aslan M, Lee LO, Proctor SP, Ko J, Jacob S, et al. Longitudinal Associations among Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, Traumatic Brain Injury, and Neurocognitive Functioning in Army Soldiers Deployed to the Iraq War. *J Int Neuropsychol Soc*. 2018;24(4):311-23.
3. Wessely S. Twentieth-century Theories on Combat Motivation and Breakdown. *Journal of Contemporary History*. 2006;41(2):268-86.
4. Jarle Eid PHH. Posttraumatisk stressforstyrrelse i DSM- og ICD-systemene: Implikasjoner for forskning og behandling. [PTSD diagnostics in the DSM and ICD systems: Implications for research and clinical practice.]. 2004;41:620-7.
5. stressmestring Kf. Afghanistan undersøkelsen 2012. En undersøkelse av psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan 2001-2011. 2012.
6. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Jama*. 2006;295(9):1023-32.
7. Raphael B, Singh B, Bradbury L, Lambert F. Who Helps the Helpers? The Effects of a Disaster on the Rescue Workers. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 1984;14(1):9-20.
8. Berger W, Coutinho ESF, Figueira I, Marques-Portella C, Luz MP, Neylan TC, et al. Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(6):1001-11.
9. Petrie K, Milligan-Saville J, Gayed A, Deady M, Phelps A, Dell L, et al. Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2018;53(9):897-909.
10. Hovedredningsentralen. Håndbok for redningstjenesten, systembeskrivelse - prinsipper- verdier. In: beredskapsdepartementet Jo, editor. 2018.
11. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, Taillieu T, Duranceau S, LeBouthillier DM, et al. Mental Disorder Symptoms among Public Safety Personnel in Canada. *Can J Psychiatry*. 2018;63(1):54-64.
12. Sterud T, Ekeberg Ø, Hem E. Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2006;6(1):82.
13. Soravia LM, Schwab S, Walther S, Müller T. Rescuers at Risk: Posttraumatic Stress Symptoms Among Police Officers, Fire Fighters, Ambulance Personnel, and Emergency and Psychiatric Nurses. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;11(1553).
14. Sterud T, Hem E, Ekeberg Ø, Lau B. Health problems and help-seeking in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. *BMC Public Health*. 2008;8(1):3.
15. Bos N, Krol M, Veenvliet C, Plass AM. Ambulance care in Europe—Organization and practices of ambulance services in 14 European countries. 2015.
16. Langhelle A, Lossius HM, Silfvast T, Björnsson HM, Lippert FK, Ersson A, et al. International EMS Systems: the Nordic countries. *Resuscitation*. 2004;61(1):9-21.
17. Helsedirektoratet. The Nordic Emergency Medical Services—Project on Data Collection and Benchmarking 2014–2018.
18. Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Med J*. 2010;25(4):320-3.
19. Pozner CN, Zane R, Nelson SJ, Levine M. International EMS Systems: The United States: past, present, and future. *Resuscitation*. 2004;60(3):239-44.

20. Skogstad M, Skorstad M, Lie A, Conradi HS, Heir T, Weisæth L. Work-related post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*. 2013;63(3):175-82.
21. NOU 2015:17. Først og fremst et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
22. Nord-Norge U. Ambulanseavdelingen u.å. [cited 2019 7. oktober]. Available from: <https://unn.no/avdelinger/akuttmedisinsk-klinikk/ambulanseavdelingen#ambulanseseksjon-4-dyroy-lenvik-torsken-berg-tranoy>.
23. Regel S, Joseph S, Waite T, Dyregrov A. Post-traumatic stress. 2. ed. United States of America: Oxford University Press 2017.
24. Dyregrov A. Katastrofepsykologi. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.
25. Lassemo E, Sandanger I, Nygård JF, Sørgaard KW. The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017;52(1):11-9.
26. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
27. Ambulanseforbundet i Delta. Vold og trusler mot ambulanspersonell -et økende problem. Ambulanseforbundet i Delta. 2016 11. oktober 2016
28. Helland AØ. Ambulansearbeiderne ble slått, sparket og jaget av mann de skulle hjelpe:- Han ga seg ikke. *Nordlys*. 2019 12. oktober 2019.
29. Henriksen TK. Ambulansearbeiderne ble angrepet da de kom til ulykkesstedet: - Ting eskalerte fort. En av oss ble slått med knyttet neve. *Nordlys*. 2019 7. september 2019.
30. Marit Skogstad MS, Arve Lie, Hilde Slørdahl Conradi, Bjørn Lau, Trond Heir, Lars Weisæth. Posttraumatisk stresslidelse og arbeidslivet. In: Statens arbeidsmiljøinstitutt nkovops, editor. 2011.
31. Pihl-Thingvad J, Elklit A, Brandt LLP, Andersen LL. Occupational Violence and PTSD-Symptoms: A Prospective Study on the Indirect Effects of Violence Through Time Pressure and Nontraumatic Strains in the Occupational Context. *J Occup Environ Med*. 2019;61(7):572-83.
32. Berge T. Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2005;42(2):125-7.
33. Institute F. Workbook 2012. Available from: http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012July20_RevAugust2013.pdf.
34. Arentz-Hansen C, Moen K. Stressreaksjoner. In: Jesper Blinkenberg IHJ, editor. *legevakhåndboken: Gyldendal Akademisk*; 2018.
35. Overstreet C, Berenz EC, Kendler KS, Dick DM, Amstadter AB. Predictors and mental health outcomes of potentially traumatic event exposure. *Psychiatry Res*. 2017;247:296-304.
36. Heir T, Bonsaksen T, Grimholt T, Ekeberg Ø, Skogstad L, Lerdal A, et al. Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. *BJPsych Open*. 2019;5(5):e82.
37. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011;7(1):511-35.
38. Andrews B, Brewin CR, Philpott R, Stewart L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2007;164(9):1319-26.
39. Shevlin M, Hyland P, Vallières F, Bisson J, Makhshvili N, Javakhishvili J, et al. A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: an analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018;137(2):138-47.

40. Arentz-Hansen C, Moen K. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). In: Jesper Blinkenberg IHJ, editor. *Legevakthåndboken*: Gyldendal Akademisk; 2018.
41. Landsforeningen for PTSD i Norge. Om PTSD ukjent [Available from: <https://www.ptsdnor.no/om-ptsd/>].
42. Schnurr PP, Spiro, A., Vielhauer, M.J. et al. Trauma in the Lives of Older Men: Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Clinical Geropsychology*. 2002; 8, 175–187.
43. Schnurr PP VM, Weathers F, Findler M. The Brief Trauma Questionnaire. 1999.
44. Stoll C, Kapfhammer HP, Rothenhäusler HB, Haller M, Briegel J, Schmidt M, et al. Sensitivity and specificity of a screening test to document traumatic experiences and to diagnose post-traumatic stress disorder in ARDS patients after intensive care treatment. *Intensive Care Medicine*. 1999;25(7):697-704.
45. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*. 2016;46(2):327-43.
46. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. 2017;47(13):2260-74.
47. Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S. Psykisk helse i Norge. In: *Folkehelseinstituttet*, editor. 2018.
48. Grav S, Hellzèn O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(1 - 2):111-20.
49. Lerdal A, Lee KA, Rokne B, Knudsen Jr. Ø, Wahl AK, Dahl AA. A population-based study of associations between current posttraumatic stress symptoms and current fatigue. *Journal of Traumatic Stress*. 2010;23(5):606-14.
50. Trøndelag Hi. HUNT 4, questionnaire 2 September 2017 - February 2019 [HUNT 4, questionnaire 2]. Available from: <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/studypart/NT4BLQ2>.
51. Trøndelag Hi. Hospital Anxiety and Depression Scale Anxiety 2017-2019 [HUNT 4, questionnaire 2]. Available from: <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/variable/20300>.
52. Trøndelag Hi. Hospital Anxiety and Depression Scale Depression 2017-2019 [HUNT 4, questionnaire 2]. Available from: <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/variable/20299>.
53. Mathiesen EF, Nome S, Eisemann M, Richter J. Drinking patterns, psychological distress and quality of life in a Norwegian general population-based sample. *Quality of Life Research*. 2012;21(9):1527-36.
54. Harville EW, Jacobs M, Boynton-Jarrett R. When Is Exposure to a Natural Disaster Traumatic? Comparison of a Trauma Questionnaire and Disaster Exposure Inventory. *PLOS ONE*. 2015;10(4):e0123632.
55. Matthesen SB, Einarsen S. Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2004;32(3):335-56.
56. Thoresen S, Mehlum L, Røyamb E, Tønnessen A. Risk Factors for Completed Suicide in Veterans of Peacekeeping: Repatriation, Negative Life Events, and Marital Status. *Archives of Suicide Research*. 2006;10(4):353-63.
57. Schandl A, Bottai M, Hellgren E, Sundin O, Sackey PV. Developing an early screening instrument for predicting psychological morbidity after critical illness. *Crit Care*. 2013;17(5):R210-R.

58. Rosendahl J, Kisyova H, Gawlytta R, Scherag A. Comparative validation of three screening instruments for posttraumatic stress disorder after intensive care. *Journal of Critical Care*. 2019;53:149-54.
59. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1(1):29.
60. Leiknes KA DT, Siqveland J. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). [Psychometric assessment of the Norwegian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Report No.: 978-82-8082-707-4 Contract No.: 9516.
61. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;52(2):69-77.
62. Simpson TL, Stappenbeck CA, Luterek JA, Lehavot K, Kaysen DL. Drinking motives moderate daily relationships between PTSD symptoms and alcohol use. *J Abnorm Psychol*. 2014;123(1):237-47.
63. (ROP) Nkfsropl. AUDIT-C Alcohol Use Identification Test - Consumption [Available from: <https://rop.no/kartleggingsverktøey/audit-c/>].
64. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA, Project ftACQI. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Archives of Internal Medicine*. 1998;158(16):1789-95.
65. Bradley KA, Bush KR, Epler AJ, Dobie DJ, Davis TM, Sporleder JL, et al. Two Brief Alcohol-Screening Tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation in a Female Veterans Affairs Patient Population. *Archives of Internal Medicine*. 2003;163(7):821-9.
66. Eid J, Thayer JF, Johnsen BH. Measuring post-traumatic stress: A psychometric evaluation of symptom- and coping questionnaires based on a Norwegian sample. *Scandinavian Journal of Psychology*. 1999;40(2):101-8.
67. Mills KL, McFarlane AC, Slade T, Creamer M, Silove D, Teesson M, et al. Assessing the Prevalence of Trauma Exposure in Epidemiological Surveys. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011;45(5):407-15.
68. Peirce JM, Burke CK, Stoller KB, Neufeld KJ, Brooner RK. Assessing traumatic event exposure: Comparing the Traumatic Life Events Questionnaire to the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Psychological Assessment*. 2009;21(2):210-8.
69. Kvalitetssystem - dokumentstyring og avviksbehandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge Hf (Internrevisjonsrapport nr.: 05/2009). 2009.
70. Lov om aldersgrenser for statsansatte m.fl. Lov om aldersgrenser for statsansatte m.fl. 1956.
71. Midtsundstad T, Nielsen RA. *Arbeid og pensjon i kommunal sektor*. 2014.

Vedlegg

1 UNN HF prosedyre – etterarbeid ifbm spesielle ambulanseoppdrag

Definisjon

Retningslinjene definerer ambulansepersonellet og ledernes handling etter ambulanseoppdrag med et visst emosjonelt potensial, samt der utførelsen av oppdraget klart har forbedringsmomenter. Det skal i utgangspunktet være nok at en person ønsker å møte.

- Med defusing menes en lett og uformell "utlufting" av tanker og følelser tett opp mot selve ambulanseoppdraget.
- Emosjonell debrifing utføres sammen med en møteleder som utpekes av leder. Personellet som skal delta i den emosjonelle debrifingen skal ha vært på samme sted, til samme tid og hatt samme arbeidsoppgaver. Man må i disse tilfellene vurdere 1 til 1 samtale eller gruppesamtaler.
- Begrepet "teknisk debrifing" innebærer en mer formell tilnærming, og involverer gjerne flere personer og etater. Teknisk debrifing gjøres 1-3 døgn etter selve hendelsen, og planlegges/gjennomføres av nærmeste leder(e).

Hensikt

Hensikten med retningslinjene er å sikre god emosjonell ivaretagelse av kollegaer og personell ved ulykker og andre hendelser med emosjonelt potensial. Videre skal retningslinjene bidra til å sikre erfaringsutbytte fra de ulike hendelser.

Ansvar

- Ambulansepersonellet skal tilstrebe og iverksette "defusing" etter hendelser som er av betydning emosjonelt, eller der en ser at en klart har behov for erfaringsoverføring.
- Nærmeste leder skal evaluere og følge opp de momenter som kommer frem ifm etterarbeidet.

Handling

Etter oppdrag der ambulansepersonellet opplever at hendelsen som emosjonelt krevende, eller at det er momenter ved håndteringen av oppdraget som klart har forbedringspotensial, er det ønskelig at følgende handling iverksettes.

- Personellet som var i innsats, sammen med nærmeste leder samles så snart som praktisk mulig etter hendelsen og utfører en "defusing". Her er forslag til momenter som kan gjennomgås:
 - Forberedelse og tanker på vei ut til hendelse.
 - Utføring av oppdraget. Hva gjorde vi? Handling på stedet, osv.
 - Evaluering. Hva gjorde vi bra? Forbedringspotensial?
 - Hvordan foregikk samarbeid med andre etater?
 - Oppsummering. Behov for debrifing og/eller videre oppfølging?
- Om det foreligger spesielle momenter personellet ønsker å vite mer om, for eksempel hvordan det gikk med pasienten osv, vil personalleder viderefremme disse spørsmålene til overlege i avdelingen.
- Når svar foreligger vil personalleder informere personellet som var involvert.

- Ved spesielle behov kan det besluttes å innkalle personellet til en oppfølgingsamtale. Det vil da bli kartlagt hvilke behov som foreligger og koordinere ytterligere etterarbeid.

Spesielle presiseringer:

I hvilken grad en hendelse kan påvirke oss emosjonelt er avhengig av flere faktorer, blant annet tidligere erfaringer, livssituasjon, kompetanse osv. Hver enkelt av oss vil oppleve hendelsene ulikt og ha varierte behov. Denne erkjennelsen må legges til grunn for etterarbeidet vårt.

- Ambulansene våre skal som et utgangspunkt til enhver tid være operative. Vi er ikke "delvis operative" eller "litt ute av drift". Utmelding skal i dialog med seksjonsleder.
- I de tilfeller en ansatt føler seg ute av stand til å utføre videre arbeid på den aktuelle ambulanse, må det ikke være tvil om at personen skal gå av vakt og nytt personell kalles inn. Det skal gjøres klare avtaler om hvor lenge et slikt vaktavbrudd vil vare, og innleie gjøres ihht til dette. Innkalling utføres primært av kollega(er), eventuelt nærmeste leder.
- Det skal være aksept for at personell som har opplevd flere hendelser med et emosjonelt potensial innen en begrenset periode forsøker å skjerme seg for liknende hendelser. Dette kan medføre at andre biler blir forespurt om å ta oppdraget, tross for oppsatt kjøreplan (aktiv/passivtid). Dette kan også være ifm oppdrag som involverer familie og venner/bekjente.
- Ved oppdrag, der vi har lærlinger med, skal personellet være spesielt oppmerksom på det emosjonelle potensial. Spesielt skal en forsøke å skjerme de for store fysiske traumer og krevende pårørende arbeid.

Skade/ulykke/vold

- Ved skade/ulykke/vold, der eget personell er involvert, skal nærmeste leder kontaktes.
- Personellet skal til legesjekk. Dette for også å dokumentere evt. skader.
- Fyll ut intern skademelding (eget skjema for UNN).
- Vurder anmeldelse til politiet om hendelsen.
- Videre oppfølging av bedriftshelsetjenesten, fast lege etc.

2 Personvernombudets anbefaling

0



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



Anje Höper
Arbeids- og miljømedisinsk avdeling

Deres ref.:

Vår ref.:
2020/5775

Saksbehandler/dir.tff.:
Kristin Andersen/77626506

Dato:
10.6.2020

ANBEFALING – BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Det vises til Meldeskjema for forsknings- og kvalitetsprosjekt og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger, mottatt 2.4.2020 og ettersendt REK-vedtak og NSD vedtak mottatt 27.5.2020.

Meldingen gjelder prosjektet:

Nr. 02487

Navn på prosjektet: Kartlegging av posttraumatisk stress hos ambulanspersonell ved Universitetssykehuset Nord-Norge

Prosjektperiode: 1.5.2020 – 31.5.2022

Prosjektet er et **forskningsprosjekt** hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF er dataansvarlig.

Formål: «Prosjektet skal kartlegge symptomer på posttraumatisk stress hos ambulanspersonell ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Studier fra England og Sverige har vist økt forekomst av symptomer på posttraumatisk stress blant ambulanspersonell, men det finnes ingen gode tall fra Norge. Kartleggingen skal skje gjennom et anonymt spørreskjema som dekker symptomer på posttraumatisk stress samt de relaterte symptomene angst, depresjon og risikabel alkoholbruk. Undersøkelsen er primært et masterprosjekt (5.års medisinstudium) der hovedfokuset ligger på å beskrive forekomsten og fordeling av symptomer. Dersom det innhentes tilstrekkelig med data, vil det gjennomføres statistiske analyser som kan indikere risikofaktorer og/eller eventuelle beskyttende faktorer. Prosjektet er derfor tilknyttet Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved UNN, fordi det kan hende at disse analysene vil gå utover tidsaspektet og omfanget til medisinstudentprosjektet. Resultatene kan gi økt innsikt i hvordan arbeidet i ambulansetjenesten påvirker de»

Prosjektet skal gjennomføre en anonym spørreundersøkelse, dataene som samles inn er av sensitiv karakter og må behandles som mulig identifiserbare. Det er ikke direkte identifiserbar informasjon som samles inn, men i spørreundersøkelsen spørres det etter mange opplysninger

Postadresse:
UNN HF
9038 TROMSØ

Personvernombudet
Avdeling: Kvalitets- og utviklingssenteret
Besøksadr.: G-fløya (PET-senteret) 10. et.

Telefon: 77 62 80 00
Internett: www.unn.no
E-post: personvernombudet@unn.no

som, etter personvernombudets vurdering, til sammen lett kan identifisere enkeltpasienter innenfor ambulansetjenesten: alder, kjønn, hvor lenge ansatt og om det er i by eller distrikt.

REK har vurdert prosjektet i vedtak av 2.4.2020, og finner at behandlingen av personopplysningene **ikke faller inn under medisinsk- og helsefaglig forskning etter Helseforskningsloven.**

Intervjuobjektene får tilsendt ei lenke til elektronisk spørreundersøkelse (REDCap). Det er frivillig å svare, og det at pasienten velger å besvare undersøkelsen er å anse som et implisitt samtykke. PVO vurderer derfor at behandlingen vil være hjemlet etter Personvernforordningen artikkel 6.1.a), artikkel 9.2. a) og j) og artikkel 89.1, jf. Personopplysningsloven § 10.

PVO har på bakgrunn av tilsendte meldeskjema med vedlegg registrert prosjektet og opprettet et eget område (mappe) på **hn.helsenord.no\UNN-Avdelinger\Forskning** (O:\) med navn **02487** hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres. Tilgang til dette området er begrenset til kun å omfatte prosjektleder og den/de som prosjektleder oppgir. PVO vil ha tilgang til området.

PVO gjør oppmerksom på at dersom registeret (data lagret på O:) skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen, må dette meldes særskilt.

PVO skal ha melding når prosjektet er avsluttet og når registeret er slettet. PVO skal ha melding hvert 3. år inntil prosjektet er slutt.

Med hjemmel i Personvernforordningens artikkel 39, anbefaler PVO at behandlingen kan iverksettes.

PVOs anbefaling forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt, samt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter.

Med vennlig hilsen

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

for Personvernombudet

Kristin Andersen

Kopi: Klinikksjef Truls Myrmel

Om personvernombud

Personvernombudet er utpekt av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og meldt til Datatilsynet. Personvernombudet har som oppgave å bidra til at UNN følger gjeldende regelverk for behandling av personopplysninger. Oppgaven innebærer blant annet å kontrollere overholdelsen av regelverket, informere og gi råd til virksomheten og de ansatte, og gi råd i vurdering av personverskonsekvenser. Personvernombudet er uavhengig og kan ikke instrueres av UNN i gjennomføring av sine oppgaver.

Om uttalelsen

Personvernombudets uttalelse er ikke selvstendig juridisk bindende og du kan selv velge hvordan du ønsker å forholde deg til denne. Du er imidlertid selv ansvarlig for at du følger gjeldende personvernregler innenfor ditt ansvarsområde. Velger du å avvike fra personvernombudets uttalelse bør du begrunne dette skriftlig i ditt arbeid.

Klageadgang

Personvernombudets uttalelse er har ingen selvstendig juridisk virkning og det finnes ingen adgang til å klage på uttalelsen. Dersom uttalelsen konkluderte på annen måte enn du ønsket kan personvernombudet bistå.

Taushetsplikt

Personvernombudet har taushetsplikt ovenfor opplysninger om personlige forhold, enkeltpersoners varsling om mulige brudd på personvernlovgivningen, forretningshemmeligheter eller sikkerhetstiltak som det får kjennskap til i utførelsen av sitt arbeid. Dersom slike opplysninger er nødvendig for å gjennomføre lovpålagte oppgaver kan den registrerte bli bedt om samtykke til å gi nødvendige opplysninger videre.

For mer informasjon om personvernombud se [Datatilsynets sider om personvernombud](#)

For mer informasjon om pasientens rettigheter se [Dine rettigheter på Datatilsynets sider](#)

For mer informasjon om virksomheten (UNN) sine plikter se [Virksomhetenes plikter](#)

3 REK – vurdering

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Lill Martinsen		07.04.2020	81526
			Deres referanse:	

Anje Christina Höper

81526 Kartlegging av posttraumatisk stress hos ambulanspersonell ved Universitetssykehuset Nord-Norge

Forskningsansvarlig: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Søker: Anje Christina Höper

Søkers beskrivelse av formål:

Prosjektet skal kartlegge symptomer på posttraumatisk stress hos ambulanspersonell ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Studier fra England og Sverige har vist økt forekomst av symptomer på posttraumatisk stress blant ambulanspersonell, men det finnes ingen gode tall fra Norge. Kartleggingen skal skje gjennom et anonymt spørreskjema som dekker symptomer på posttraumatisk stress samt de relaterte symptomene angst, depresjon og risikabel alkoholbruk.

Undersøkelsen er primært et masterprosjekt der hovedfokus ligger på å beskrive forekomsten og fordeling av symptomer. Dersom det innhentes tilstrekkelig med data, vil det gjennomføres statistiske analyser som kan indikere risikofaktorer og/eller eventuelle beskyttende faktorer.

Resultatene kan gi økt innsikt i hvordan arbeidet i ambulansetjenesten påvirker de ansatte psykisk, og samtidig ha en overføringsverdi til hele Norges ambulansetjeneste.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av sekretariatet i REK nord på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i

forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Søknaden er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Om prosjektet

Prosjektet er en del av en masterutdanning innen medisin.

Data/materiale

Data skal innhentes gjennom spørreundersøkelse.

Det framgår av søknaden at data er: *«utdanning, type stilling og arbeidsoppgaver, alder, kjønn»*

Videre framgår det: *«spørsmål angående symptomer på angst og depresjon, gjennomgått traume og rusmiddelbruk, samt spørsmål om faktorer som kan være beskyttende med hensyn til angst, depresjon eller PTSD.»*

De som ikke ønsker å svare på spørreskjemaet får en kort "non-responder -undersøkelse" der det kan krysses av på flere alternativer hvorfor man ikke ønsker å delta.»

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om *«medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, human biologisk materiale eller helseopplysninger»*, jf. helseforskningsloven § 2. *«Medisinsk og helsefaglig forskning»* er i § 4 a), definert som *«virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom»*. Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

I dette prosjektet er formålet å kartlegge symptomer på posttraumatisk stress hos ambulansepersonell ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Hovedfokuset ligger på å beskrive forekomsten og fordeling av symptomer. Søker skriver at dersom det innhentes tilstrekkelig med data, vil det gjennomføres statistiske analyser som kan indikere risikofaktorer og/eller eventuelle beskyttende faktorer.

REK vurderer at dette kan være en nyttig kartlegging for på sikt å kunne implementere tiltak for å redusere stress hos ambulansesarbeidere, men selv om tiltaket har et klart helsefremmende perspektiv vil det ikke frembringe ny kunnskap om sykdom eller helse.

Prosjektet skal således ikke vurderes av REK.

Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler om taushetsplikt og personvern.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 2.

Vi gjør oppmerksom på at etter personopplysningsloven må det foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

4 NSD- vurdering

NSD Personvern

27.05.2020 13:32

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 329243 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 27.05.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Behandlingen kan starte. Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 07.04.2020, deres referanse 81526 (se under Tillatelser). REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4.

Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2022. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf.

personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2). PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Universitetssykehuset Nord-Norge HF er felles behandlingsansvarlig institusjon. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til felles behandlingsansvar, jf. personvernforordningen art. 26. REDCap (Research Electronic Data Capture) er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

5 Brief trauma questionnaire (BTQ)

5.1 BTQ dansk version

BTQ - Brief Trauma Questionnaire (kort traume spørgeskema)

Navn og cpr. nr.: _____

Spørgsmålene handler om begivenheder i livet, der er ekstraordinært stressende eller foruroligende for næsten alle mennesker. Sæt en cirkel om "Ja" eller "Nej" afhængigt af om du har oplevet begivenheden eller ej.

Hvis du svarer "Ja" til en begivenhed, så besvar venligst spørgsmålene placeret til højre på siden for at svare på om: (1) Troede du, at dit liv var i fare, eller at du kunne være blevet alvorligt skadet? og (2) Blev du alvorligt skadet?

Hvis du svarer "Nej" til en begivenhed, så gå videre til næste begivenhed.

Har du nogensinde været udsat for disse begivenheder?		Besvar disse spørgsmål for hver begivenhed du har været udsat for	
		Troede du, at dit liv var i fare, eller at du kunne være blevet alvorligt skadet?	Blev du alvorligt skadet?
1. Har du nogensinde gjort tjeneste i en krigszone, eller har du nogensinde gjort tjeneste i områder, hvor du blev udsat for krigsrelaterede tilskadekomne (f.eks. som læge eller som registrant af krigsgrave)?	Nej Ja	Nej Ja	Nej Ja
2. Har du nogensinde været involveret i en voldsom bilulykke, en voldsom ulykke på arbejde eller et andet sted?	Nej Ja	Nej Ja	Nej Ja
3. Har du nogensinde oplevet en voldsom naturkatastrofe eller teknologisk katastrofe, f.eks. ildebrand, tornado, orkan, oversvømmelse, jordskælv eller kemisk udslip?	Nej Ja	Nej Ja	Nej Ja
4. Har du nogensinde haft en livstruende sygdom f.eks. cancer, blodprop/hjertestop, leukæmi, AIDS, multiple sklerose, etc.?	Nej Ja	Nej Ja	
5. Er du, før du fyldte 18 år, nogensinde blevet fysisk afstraffet eller slået af en forælder, lærer eller anden omsorgsperson, så du blev meget bange, troede at du ville blive skadet, fik skrammer, sår, røde striber, buler eller andre skader?	Nej Ja	Nej Ja	Nej Ja
6. Dette spørgsmål indeholder ikke afstraffelse eller slag, du rapporterede i spørgsmål 5. Er du nogensinde blevet angrebet, slået eller overfaldet af nogle, herunder venner, familiemedlemmer eller fremmede?	Nej Ja	Nej Ja	Nej Ja
7. Er du nogensinde blevet tvunget eller presset til at have en eller anden form for uønsket seksuel kontakt? Bemærk: Med seksuel kontakt menes hvilken som helst kontakt mellem en anden person og dine kønsdele eller mellem dig og en anden persons kønsdele.	Nej Ja	Nej Ja	Nej Ja
8. Har du nogensinde været i andre situationer, hvor du blev alvorligt skadet, eller har du nogensinde været i en situation, hvor du frygtede, at du kunne blive alvorligt skadet eller dræbt?	Nej Ja		Nej Ja
9. Har du oplevet tæt familie eller vens død efter en voldsom hændelse f.eks. alvorlig bilulykke, overfald eller angreb?	Nej Ja		
10. Har du nogensinde været vidne til en situation, hvor en person blev alvorligt skadet eller dræbt, eller en situation hvor du frygtede, at en person blev alvorligt skadet eller dræbt? Bemærk: Svar ikke "Ja" til en oplevelse du allerede har rapporteret i spørgsmål 1-9	Nej Ja		
Samlet antal begivenheder:		(En begivenhed (spørgsmål) tælles med hvis der er en cirkel om en af de gult afmærkede svar, hver begivenhed tælles kun en gang).	

Spørgeskemaet er oversat af: ph.d. Jacob Hvidhjelm og ph.d. Jesper Bak, Enheden for Klinisk Psykiatrisk Sundheds- og Sygeplejeforskning, Psykiatrisk Center Sct. Hans. Kilde: Schnurr, P., Viehauer, M., Weathers, F., and Findler, M. The brief trauma questionnaire. White River Junction, VT: National Center for PTSD. 1999.

5.2 BTQ engelsk versjon

Brief Trauma Questionnaire

The following questions ask about events that may be extraordinarily stressful or disturbing for almost everyone. Please circle "Yes" or "No" to report what has happened to you.

If you answer "Yes" for an event, please answer any additional questions that are listed on the right side of the page to report: (1) whether you thought your life was in danger or you might be seriously injured; and (2) whether you were seriously injured.

If you answer "No" for an event, go on to the next event.

Event	Has this ever happened to you?	If the event happened, did you think your life was in danger or you might be seriously injured?	If the event happened, were you seriously injured?
1. Have you ever served in a war zone, or have you ever served in a noncombat job that exposed you to war-related casualties (for example, as a medic or on graves registration duty?)	No Yes	No Yes	No Yes
2. Have you ever been in a serious car accident, or a serious accident at work or somewhere else?	No Yes	No Yes	No Yes
3. Have you ever been in a major natural or technological disaster, such as a fire, tornado, hurricane, flood, earthquake, or chemical spill?	No Yes	No Yes	No Yes
4. Have you ever had a life-threatening illness such as cancer, a heart attack, leukemia, AIDS, multiple sclerosis, etc.?	No Yes	No Yes	N/A
5. Before age 18, were you ever physically punished or beaten by a parent, caretaker, or teacher so that: you were very frightened; or you thought you would be injured; or you received bruises, cuts, welts, lumps or other injuries?	No Yes	No Yes	No Yes
6. Not including any punishments or beatings you already reported in Question 5, have you ever been attacked, beaten, or mugged by anyone, including friends, family members or strangers?	No Yes	No Yes	No Yes
7. Has anyone ever made or pressured you into having some type of unwanted sexual contact? <i>Note: By sexual contact we mean any contact between someone else and your private parts or between you and some else's private parts</i>	No Yes	No Yes	No Yes
8. Have you ever been in any other situation in which you were seriously injured, or have you ever been in any other situation in which you feared you might be seriously injured or killed?	No Yes	N/A	No Yes
9. Has a close family member or friend died violently, for example, in a serious car crash, mugging, or attack?	No Yes	N/A	No Yes
10. Have you ever witnessed a situation in which someone was seriously injured or killed, or have you ever witnessed a situation in which you feared someone would be seriously injured or killed? <i>Note: Do not answer "yes" for any event you already reported in Questions 1-9</i>	No Yes	N/A	N/A

6 Post-traumatic symptom scale -10 (PTSS-10)

Reaksjoner etter ulykken/hendelsen (PTSS-10)

De neste spørsmålene omhandler i hvor stor grad du opplever stress og reaksjoner etter ulykken/hendelsen. Svar på spørsmålene ut fra slik du har det nå.

For hvert av spørsmålene skal du svare ved å sette kryss i den ruten som passer best for deg. Svarene angis på en skala fra 1 (aldri/sjelden) til 7 (meget ofte).

1. Søvnproblemer...

Aldri/sjelden ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ Meget ofte ⁷

2. Drømmer med mareritt om hendelser fra uhellet....

Aldri/sjelden ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ Meget ofte ⁷

3. Depresjon, føler meg nedtrykt...

Aldri/sjelden ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ Meget ofte ⁷

4. Skvettenhet ved plutselige lyder eller brå bevegelser...

Aldri/sjelden ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ Meget ofte ⁷

5. Tendens til å isolere meg fra andre...

Aldri/sjelden ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ Meget ofte ⁷

6. Irritasjon (blir lett irritert og ergerlig)...

Aldri/sjelden ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ Meget ofte ⁷

7. At følelsene svinger opp eller ned...

Aldri/sjelden ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ Meget ofte ⁷

8. Dårlig samvittighet, selvbebreidelser, skyldfølelse...

Aldri/sjelden ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ Meget ofte ⁷

9. Frykt for steder eller situasjoner som kan minne om uhellet...

Aldri/sjelden ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ Meget ofte ⁷

10. Anspenhet i kroppen...

Aldri/sjelden ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ Meget ofte ⁷

7 Alcohol use disorder identification test – consumption (AUDIT-C)

AUDIT-C

Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption

AUDIT-C er en kortversjon av AUDIT som er utviklet av Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT – The alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization.

Mann	Kvinne	Alder:	Dato:				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
1	Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldri	1 gang i måneden eller sjeldnere	2-4 ganger i måneden	2-3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	Hvor mange alkoholenheter tar du på en 'typisk' drikkedag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller flere	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?	Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Nesten daglig	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

8 Spørreskjema

Confidential

Side 1

Samtykke

[Attachment: "Signertsamtykkeskjema_ACH.pdf"]

Om det skulle dukke opp et behov for å snakke med noen, arbeidsrelatert eller ikke, er det mulig å ringe mental helse sin hjelpetelefon på 116123. Her kan du være anonym og de har taushetsplikt. Ellers så vil jeg minne på at fastlegen også kan være til hjelp om du kjenner at du trenger å snakke om hendelser du har opplevd eller plager du opplever.

Ønsker du å delta i undersøkelsen?

- Ja
 Nei

Jeg ønsker ikke å svare fordi jeg

- får ikke gjort det i arbeidstiden
 er lei av spørreundersøkelser
 synes ikke temaet er relevant
 er redd for at spørsmålene blir for personlige
 er redd for at arbeidsgiver/andre får tak i informasjonen
 annet

Beskriv annet

Spørreundersøkelse

Vennligst svar på spørsmålene.

Du kan når som helst lagre ufullstendig fylt ut skjema og komme tilbake senere for å fullføre ditt svar. For å gjøre dette trykk på "Lagre & Fortsett senere" knappen nederst på skjema. Husk og ta vare på returkoden og bokmerke siden, evt. kan du velge å sende link til din e-postadresse (adressen blir ikke lagret)

1. Hvor mange år har du vært ansatt i ambulansetjenesten? _____

2. Hvilket ansettelsesforhold har du i ambulansetjenesten? Fast ansatt
 Vikar/engasjement
 Lærling

3. Hvilke arbeidsoppgaver har du i tjenesten? Kun bil/båt
 kombinert bil/ båt og AMK
 bil/båt og annet administrativt
 kun administrativt/kun AMK
 Annet

4. Har du pasientkontakt i ditt arbeid i ambulansetjenesten? Ja
 Nei

5. Hvor gammel er du? Under 20 år
 21-25 år
 26-30 år
 31-35 år
 36-40 år
 41-45 år
 45-50 år
 over 50 år

6. Kjønn Kvinne
 Mann
 Annet

7. Hvilken utdanning har du? (Om du har flere utdanninger krysser du av for flere) Ambulansearbeider
 sykepleier
 helsefagarbeider
 er under utdanning (lærling eller student/annet)
 har fullført annen utdanning
 paramedic (nasjonal eller bachelor)

8. Har du autorisasjon som ambulansarbeider? Ja
 Nei

9. Har du flest vakter i by eller i distrikt? (By er her definert som ambulansetjenesten i Harstad, Narvik eller Tromsø. Alt annet er distrikt). By
 Distrikt
 Begge deler

9.1 Arbeider du ved stasjon der det er ett eller flere vaktlag på samtidig? kun på stasjon der det er ett vaktlag på om gangen
 kun på stasjon der det er flere vaktlag på om gangen
 varierer om stasjonen har ett eller flere vaktlag på samtidig

10. Hva er din sivilstatus?	<input type="radio"/> Singel <input type="radio"/> Fast partner <input type="radio"/> Samboer/gift
-----------------------------	--

10.1 Er fast partner/samboer/ektefelle også ansatt i prehospital tjeneste?	<input type="radio"/> Ja, og har pasientkontakt <input type="radio"/> Ja, men har ikke pasientkontakt <input type="radio"/> Nei
--	---

11. Har du selv opplevd å ha ambulanseoppdrag til familiemedlem/venn/kollega?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
---	---

11.1 Opplevde du det på noen måte som annerledes å rykke ut til familiemedlem/venn/kollega?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
---	---

11.2 På hvilken måte var det annerledes?	
--	--

For de neste spørsmålene skal du velge ett alternativ som best beskriver dine følelser den siste uken. Ikke tenk for lenge på svaret - de spontane svarene er best.

12. Jeg føler meg nervøs og urolig	<input type="radio"/> Mesteparten av tiden <input type="radio"/> Mye av tiden <input type="radio"/> Fra tid til annen <input type="radio"/> Ikke i det hele tatt
------------------------------------	---

13. Jeg gleder meg fortsatt over tingene slik jeg pleide før	<input type="radio"/> Avgjort like mye <input type="radio"/> Ikke fullt så mye <input type="radio"/> Bare lite grann <input type="radio"/> Ikke i det hele tatt
--	--

14. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje	<input type="radio"/> Ja, og noe svært ille <input type="radio"/> Ja, ikke så veldig ille <input type="radio"/> Litt, bekymrer meg lite <input type="radio"/> Ikke i det hele tatt
---	---

15. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner	<input type="radio"/> Like mye nå som før <input type="radio"/> Ikke like mye nå som før <input type="radio"/> Avgjort ikke som før <input type="radio"/> Ikke i det hele tatt
---	---

16. Jeg har hodet fullt av bekymringer	<input type="radio"/> Veldig ofte <input type="radio"/> Ganske ofte <input type="radio"/> Av og til <input type="radio"/> En gang i blant
--	--

17. Jeg er i godt humør	<input type="radio"/> Aldri <input type="radio"/> Noen ganger <input type="radio"/> Ganske ofte <input type="radio"/> For det meste
-------------------------	--

18. Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet	<input type="radio"/> Ja, helt klart <input type="radio"/> Vanligvis <input type="radio"/> Ikke så ofte <input type="radio"/> Ikke i det hele tatt
--	---

19. Jeg føler meg som om alt går langsommere	<input type="radio"/> Nesten hele tiden <input type="radio"/> Svært ofte <input type="radio"/> Fra tid til annen <input type="radio"/> Ikke i det hele tatt
20. Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen	<input type="radio"/> Ikke i det hele tatt <input type="radio"/> Fra tid til annen <input type="radio"/> Ganske ofte <input type="radio"/> Svært ofte
21. Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut	<input type="radio"/> Ja, jeg har sluttet å bry meg <input type="radio"/> Ikke som jeg burde <input type="radio"/> Kan hende ikke nok <input type="radio"/> Bryr meg som før
22. Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv	<input type="radio"/> Uten tvil svært mye <input type="radio"/> Ganske mye <input type="radio"/> Ikke så veldig mye <input type="radio"/> Ikke i det hele tatt
23. Jeg ser med glede frem til hendelser og ting	<input type="radio"/> Like mye som før <input type="radio"/> Heller mindre enn før <input type="radio"/> Avgjort mindre enn før <input type="radio"/> Nesten ikke i det hele tatt
24. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk	<input type="radio"/> Uten tvil svært ofte <input type="radio"/> Ganske ofte <input type="radio"/> Ikke så veldig ofte <input type="radio"/> Ikke i det hele tatt
25. Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV	<input type="radio"/> Ofte <input type="radio"/> Fra tid til annen <input type="radio"/> Ikke så ofte <input type="radio"/> Svært sjelden

De neste spørsmålene omhandler i hvor stor grad du opplever stress og reaksjoner etter hendelser/ulykker på jobb eller hjemme. Svar på spørsmålene ut fra slik du har det nå

1 er aldri/sjelden, 7 er meget ofte

	1	2	3	4	5	6	7
26. Søvnproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Drømmer med mareritt om hendelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Depresjon, føler meg nedtrykt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Skvettenhet ved plutselige lyder eller brå bevegelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Tendens til å isolere meg fra andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Irritasjon (blir lett irritert og ergerlig)
32. At følelsene svinger opp eller ned
33. Dårlig samvittighet, selvbekreidelser, skyldfølelse
34. Frykt for steder eller situasjoner som kan minne om hendelsen
35. Anspenhet i kroppen

36. Knytter du de tidligere nevnte reaksjoner til opplevelser du har hatt som ambulanspersonell? Ja
 Nei
 Mulig det er en sammenheng

37. Hvor ofte drikker du alkohol? Aldri
 1 gang i måneden eller sjeldnere
 2-4 ganger i måneden
 2-3 ganger i uken
 4 ganger i uken eller mer

38. Hvor mange alkoholenheter tar du på en "typisk" drikkedag? (en alkoholenhet er for eksempel 0,33 L pils (4,5%), et glass vin eller en dobbel drink (4cl)) 1-2
 3-4
 5-6
 7-9
 10 eller flere

39. Hvor ofte drikker du 6 alkoholenheter eller mer? (en alkoholenhet er for eksempel 0,33 L pils (4,5%), et glass vin eller en dobbel drink (4cl)) aldri
 sjelden
 noen ganger i måneden
 noen ganger i uken
 nesten daglig

39.1 Hvor ofte drikker du 6 alkoholenheter eller mer? (en alkoholenhet er for eksempel 0,33 L pils (4,5%), et glass vin eller en dobbel drink (4cl)) Det er sosialt
 for å slappe av
 for å få sove
 alkoholrelatert hobby (for eksempel ølbrygging)
 fordi jeg føler meg ensom
 avhengighet
 annet

40. Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol? Her menes rusmidler utenom nikotin, koffein og energidrikk Aldri
 1 gang i måneden eller sjeldnere
 2-4 ganger i måneden
 2-3 ganger i uken
 4 ganger i uken eller mer

De neste spørsmålene handler om hendelser i livet som vil kunne være ekstra stressende eller alarmerende.

Grunnen til at disse spørsmålene stilles er for å forsøke å skille på om ev. symptomer du har på posttraumatisk stress skyldes arbeidslivet eller hendelser opplevd utenom arbeid.

41. Har du noen gang tjenestegjort i en krigssone, eller har du noensinne tjenestegjort i områder der du ble utsatt for krigsrelaterte skader? Ja
 Nei

41.1 Trodde du at livet ditt var i fare eller at du kunne blitt alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
41.2 Ble du alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
42. Har du noen gang selv vært utsatt for en alvorlig bilulykke, alvorlig ulykke på jobb eller andre steder?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
42.1 Trodde du at livet ditt var i fare eller at du kunne blitt alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
42.2 Ble du alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
43. Har du noen gang vært i en stor naturkatastrofe eller annen katastrofe som brann, tornado, orkan, oversvømmelse, jordskjelv eller kjemisk utslipp?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
43.1 Trodde du at livet ditt var i fare eller at du kunne blitt alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
43.2 Ble du alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
44. Har du noen gang hatt en livstruende sykdom som kreft, hjerteinfarkt, blodpropp, leukemi, AIDS, multipel sklerose etc?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
44.1 Trodde du at livet ditt var i fare eller at du kunne blitt alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
45. Har du, før du fylte 18 år, noen gang blitt fysisk straffet eller slått av en forelder, lærer eller annen omsorgsperson sånn at du ble redd, trodde at du kom til å bli skadet, fikk blåmerker, sår, hevelser eller andre skader?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
45.1 Trodde du at livet ditt var i fare eller at du kunne blitt alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
45.2 Ble du alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
46. Uten å inkludere straffen eller slagene allerede nevnt i forrige spørsmål, har du noen gang blitt angrepet, slått eller overfalt av noen, inkludert venner, familiemedlemmer eller fremmede?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
46.1 Trodde du at livet ditt var i fare eller at du kunne blitt alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
46.2 Ble du alvorlig skadet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei

47. Har noen presset eller tvunget deg til å ha noen slags form for uønsket seksuell kontakt? Ja
 Nei

Med seksuell kontakt menes kontakt mellom dine og noen andres kjønnsorganer eller mellom deg og en annen persons kjønnsorganer.

47.1 Trodde du at livet ditt var i fare eller at du kunne blitt alvorlig skadet? Ja
 Nei

47.2 Ble du alvorlig skadet? Ja
 Nei

48. Har du noen gang vært i en annen situasjon der du ble alvorlig skadet, eller har du vært i en annen situasjon der du fryktet at du kunne blitt alvorlig skadet eller drept? Ja
 Nei

48.1 Hvilken type ulykke/hendelse?

48.2 Ble du alvorlig skadet? Ja
 Nei

49. Har et familiemedlem eller venn dødd etter en voldsom hendelse, feks i en alvorlig bilulykke, ran eller angrep? Ja
 Nei

50. Har du noen gang vært vitne til en situasjon der noen var alvorlig skadet eller drept, eller har du noen gang vært vitne til en situasjon der du fryktet at noen kunne bli alvorlig skadet eller drept? Ja
 Nei

Ikke svar ja om denne hendelsen allerede er rapportert i de foregående spørsmålene

Under kommer noen påstander. Velg det svaralternativet som passer best.

51. Jeg har god sosial støtte fra kolleger på arbeidsplassen Helt enig
 Litt enig
 Verken enig eller uenig
 Litt uenig
 Veldig uenig

52. Jeg opplever at jeg har god støtte fra mine ledere Helt enig
 Litt enig
 Verken enig eller uenig
 Litt uenig
 Veldig uenig

53. Jeg trives i jobben min

- Helt enig
- Litt enig
- Verken enig eller uenig
- Litt uenig
- Veldig uenig

Nå er undersøkelsen ferdig, tusen takk for ditt bidrag!

Om du har noen kommentarer/ tilbakemeldinger til undersøkelsen kan du fylle de inn i boksen under, eller ta kontakt på mail taa029@post.uit.no

Obs: ikke send sensitive opplysninger på mail!

Vil igjen minne på mental helse sin hjelpetlf på 116123 om du skulle føle behov for å snakke med noen.

Når skjema er sendt inn, vil du få opp link til et annet skjema, der du kan registrere din e-postadresse hvis du ønsker å være med i trekning av gavekort.

Kommentar:

Opplysninger og link til trekning

For å delta i trekning av gavekort, klikk på linken nedenfor (åpnes i nytt vindu/tab):

TA MEG TIL TREKNINGEN!

E-post adressen fra trekningen er ikke knyttet til din besvarelse.

På neste side vil du få opplyst hvordan å trekke deg fra undersøkelsen dersom du ønsker det på et senere tidspunkt.

Trekke samtykke / deltakelse

Trekker min samtykke / deltakelse, vennligst slette mitt spørreskjemasvar

9 Transkript informasjonsvideo

Hei! Jeg heter Tora-Anette Johansen Aandahl, og jeg er medisinstudent ved UiT.

Pga praksis i studiet, og Covid-19 situasjonen så har jeg ikke mulighet til å reise rundt på stasjonene for å snakke med dere, så i stedet har jeg laget den her videoen for å be dere om å hjelpe meg med masteroppgaven min.

Først kommer en kjapp oppsummering av alt for dere som ikke orker å se hele videoen.

Jeg vil undersøke hvor utbredt det er blant ambulanspersonell i Nord-Norge å ha symptomer på posttraumatisk stress. Det er en undersøkelse som sendes ut på jobbmailen deres, men arbeidsgiver har ingen tilgang til data, jobbmailen er bare enkleste måten for meg å nå dere på. Det er helt frivillig å delta, og det tar maks 20 min å svare på undersøkelsen. Jeg lodder også ut 10 gavekort på 500 kr til dere som ønsker å delta i trekningen av det.

Hvis du vil vite mer om masterprosjektet mitt, og hva posttraumatisk stress er for noe må du gjerne se videre på videoen. Om du velger å slutte å se på nå, håper jeg at du tar deg tid til å svare på undersøkelsen min.

Som sagt så skal jeg gjennomføre en undersøkelse blant ambulanspersonell i UNN HF, for å finne ut om jobben påvirker oss på en sånn måte at vi opplever «usunt stress», eller posttraumatisk stress. Akkurat dette har ikke vært mye undersøkt i Norge, men i England, USA og Sverige har de funnet ut at ambulanspersonell opplever en del posttraumatisk stress. Jeg lurer på om ambulanspersonell her i Norge opplever det samme.

Så, hva er posttraumatisk stress? Jo, det er stressreaksjoner på unormale belastninger, og kan oppleves for eksempel etter man har vært ute på oppdrag. Reaksjonene kan påvirke tanker, følelser og forholdet til andre mennesker, og man kan i tillegg oppleve fysiske symptomer, som for eksempel hjertebank.

Det å oppleve posttraumatisk stress kan for noen utvikle seg til posttraumatisk stressyndrom, altså PTSD.

Da håper jeg at dere vil hjelpe meg til å finne ut om ambulanspersonell i Norge har samme utfordring med posttraumatisk stress som de har i andre land. Måten dere hjelper meg på er ved å svare på spørreundersøkelsen som sendes ut på jobbmailen deres.

Ja, jeg vet at det kan være litt skjit å svare på spørreundersøkelser, det tar tid og hvordan vet man at det faktisk blir brukt til noe?

Vel, jeg har gjort mitt beste for å holde undersøkelsen så kort som mulig, og for de fleste tar det godt under 20 minutter å svare på den.

Svarene deres vil jeg bruke til masteroppgaven min, og planen min er å presentere resultatene for dere, når arbeidet er ferdig. Om jeg får nok materiale, altså om mange nok av dere svarer, så planlegger jeg å skrive om oppgaven min til en artikkel som da ev. kan publiseres.

Verken i oppgaven eller i den eventuelle artikkelen vil det ikke være mulig å finne ut av hva enkelte har svart, resultatene vil bare oppsummeres. Og igjen; arbeidsgiver har ikke tilgang til individuelle svar, eller hvem av dere som ev. deltar.

Og, om jeg finner at posttraumatisk stress er en utfordring for ambulanspersonell i UNN HF så kan denne undersøkelsen gi grunnlag for at det settes i gang mer arbeid for å ivareta ambulanspersonell, så dere kan klare å være i den fantastiske jobben så lenge som mulig.

Og ikke minst, en siste liten gulrot; for de av dere som ønsker det kan dere på slutten av undersøkelsen skrive inn mailadressen deres for å være med i trekningen av 1/10 gavekort på 500 kr, enten på jekta eller dittgavekort.no, dere kan selv velge hvor dere ønsker gavekort fra.

Mailadressen som dere ev. skriver inn for å delta i trekningen av gavekort vil ikke knyttes opp mot svarene deres i undersøkelsen.

Så, litt om praktiske ting; dere deltar selvfølgelig bare hvis dere vil. Det er også mulig å trekke seg senere om du ombestemmer deg. Det er flere muligheter for å trekke seg, og disse mulighetene kommer opp på slutten av undersøkelsen. Men, den enkleste måten å gjøre det på er om dere noterer ned løpenummeret som dere får tildelt på slutten av undersøkelsen. Om dere da ønsker å trekke dere er det bare å kontakte meg på mail eller tlf, og gi meg løpenummeret, så vil svarene deres slettes.

Link til undersøkelsen er sendt ut på jobbmailen deres, den gjennomføres på REDCap, et sikkert datainnsamlingsverktøy.

Svarene dere gir vil ikke kunne spores tilbake til den enkelte, for ingen vet hvem som får hvilket løpenummer før det tildeles. Svarene lagres på en sikker server tilknyttet UNN.

Arbeidsgiveren deres vil ikke få tilgang til svarene, det er det kun jeg og veilederne mine som har. Arbeidsgiver har ikke tilgang til svarene eller hvem av dere som ev. deltar.

Undersøkelsen kommer på jobbmailen kun fordi det er enkleste måten for meg å få tak i dere på.

Det er også en del lover og regler som skal følges når man gjennomfører spørreundersøkelser, og derfor vil den første siden av undersøkelsen ha en god del skriftlig informasjon om samtykke, hvordan vi behandler informasjonen dere gir oss og hvordan rettigheter du har som deltaker i undersøkelsen. Hovedpoengene i denne informasjonen har jeg dekket i denne informasjonsvideoen, så ikke la dere bli overveldet av at det er mye tekst. Etter første siden kommer selve undersøkelsen, og da er det kun enkle spørsmål. Prosjektet er godkjent av NSD, norsk senter for forskningsdata.

Siden det er fort gjort at det å svare på spørreskjemaer havner i glemmeboka vil jeg sende ut opptil to påminnelser på mail om å gjennomføre undersøkelsen, men siden jeg ikke vet hvem som har svart og ikke så vil påminnelsen komme ut til dere alle.

Og bare for å presisere det; jeg skal ikke stille noen diagnose på noen, her skal jeg kun undersøke om ambulanspersonell har symptomer på posttraumatisk stress!

Så oppsummert;

Deltakelse er frivillig

Det tar maks 20minutt

Linken til undersøkelse kommer på jobbmail

En påminnelsesmail kommer uansett om du har svart eller ikke

Vi og arbeidsgiver vet ikke hvem som har gitt hvilke svar

- DU kan delta i trekning av gavekort på 500 kr

Om dere har noen spørsmål kan dere sende meg en mail på taa029@post.uit.no eller send meg en sms på 98862593!

Da håper jeg at dere tar dere tid til å svare på undersøkelsen, for jo flere av dere som svarer, jo mer får både jeg, og etter hvert dere ut av dette. Tusen takk!

10 Grade skjema

Referanse: Lassemo E, Sandanger I, Nygård JF, Sørgaard KW. The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> . 2017;52(1):11-9.		Design: Tverrsnittstudie	
		Dokumentasjonsnivå	Middels
		GRADE	+++
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<ul style="list-style-type: none"> Undersøke insidens og livstids- og 12 måneders prevalens av eksponering for potensielt traumatiserende hendelser (PTE) og PTSD Undersøke hvilken effekt preeksisterende psykiatriske lidelser forut for traumeeksponering har å si for risiko for å utvikle PTSD Hvilken effekt traumets karakter har å si for risikoen for PTSD 	<p>Populasjon 1691 personer i OsLof studien (1300 rekruttert i 1989 og 391 rekruttert i 2000)</p> <p>Utfall – hoved utfall PTE PTSD Depresjon Angst Somatoforme lidelser Traumekarakteristika</p> <p>Viktige konfunderende faktorer</p> <p>Statistiske metoder OR, 95% CI, Kaplan-Meier survival estimates.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Flere menn (25.9%) enn kvinner (20.6%) var eksponert for PTE. Av de som var eksponert for PTE var det flere kvinner (20.6%) enn menn (5.6%) som oppfylte diagnostiske kriterier for PTSD Livstidsprevalens på 4.4% for kvinner og 1.3% for menn 12-månedersprevalens på 1,8% for kvinner og 0.8% for menn Det å ha en preeksisterende psykiatrisk lidelse ga økt risiko for PTSD for kvinner (OR 3.6 (95% CI 2.6-5.0), og fravær av preeksisterende psykisk lidelse ga en lavere risiko for å utvikle PTSD (OR 0.3 (95% CI 0.2-0.4) Kvinner som hadde opplevd en overlatt PTE hadde større sannsynlighet for å utvikle PTSD i etterkant, sammenlignet med kvinner som opplevde tilfeldige PTE. Kvinner som opplevde både tilfeldige og overlagte PTE hadde større risiko for å utvikle PTSD enn de kvinnene som kun hadde opplevd tilfeldig PTE Menn som hadde opplevd overlatt PTE hadde større sannsynlighet for å utvikle PTSD i etterkant, sammenlignet med menn som kun hadde opplevd tilfeldig PTE 	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er problemstillingen klart formulert? Ja Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Ja Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? Ja, ved å referere til en annen artikkel som har brukt samme populasjon/datamateriale, hvor de redegjør for de som har respondert og ikke respondert. De skiller seg ikke. Er svarprosenten høy nok? Ja, 74%. Braker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? Det mangler gullstandard for å måle de psykiatriske lidelsene som er målt i studien. De har brukt CID-I-M og ICD-10. Er datainnsamlingen standardisert? Ja, gjennom CID-I-M. Er dataanalysen standardisert? Ja Hva forteller resultatene? At det er kjønnsforskjeller i prevalens
Konklusjon			

<p>Det ble observert kjønnsforskjeller mht PTE eksponering, typer PTE og insidens av PTSD. Menn opplever flere PTE men har mindre PTSD enn kvinner.</p> <p>For kvinner er det å ha en tidligere psykiske lidelse en risikofaktor for å utvikle PTSD.</p> <p>De mest skadelige PTE var de overlagte PTE.</p> <p>Primærintervensjon for PTSD er mulig, men sekundærintervensjon burde være kjønnsesifikk.</p>			<p>for PTE og PTSD, der menn er mer utsatt for PTE, mens kvinner er mest utsatt for å utvikle PTSD etter PTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan det overføres til praksis? Ja, de viser at de mest skadelige PTE også er mulig å forebygge. Denne kunnskapen gir mulighet for å forebygge eksponering for de mest skadelige PTE, og dermed redusere prevalensen av PTSD. <p>Hva diskuterer forfatterne som: Styrke: Oppgir resultater kjønnsdelt Sett på både PTE og PTSD</p> <p>Svakhet: Lite antall deltakere som er eksponert for PTE og har PTSD. Seleksjonsbias; deltakere i epidemiologiske studier har en tendens til å være friskere enn den generelle populasjonen. Hukommelsesbias; deltakere husker ikke eksponering til PTE eller påfølgende reaksjoner etter PTE. Kan påvirke resultatene i begge retninger. Lav svarprosent blant de yngre, og særlig menn. Dette har de juster for med invers sannsynlighetsvektig (invers probability weighting)</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja</p>
Land			
Norge			
Ar data innsamling			
1989 og 2000			

Referanse: . Heir T, Bonsaksen T, Grimholt T, Ekeberg Ø, Skogstad L, Lerdal A, et al. Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. BJPsych Open. 2019;5(5):e82.		Design: Tverrsnittstudie	
		Dokumentasjonsnivå	Middels
		GRADE	+++
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Undersøke livstidseksponering for traume og prevalens av PTSD i den norske befolkningen	<i>Populasjon</i> Nasjonalt sannsynlighetsutvalg. 1792 respondenter av 4961 mulige.	Minst 85% av men og 86% av kvinnene hadde opplevd minst en alvorlig livshendelse. Vanligste type alvorlig livshendelse var transportulykker og livstruende sykdom eller skade. Prevalens av PTSD var 3.8% for menn og 8.5% for kvinner De vanligste hendelseskategoriene som førte til PTSD var seksuelle og fysiske overgrep, livstruende sykdom eller skade og uventede voldsomme dødsfall.	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none">Er problemstillingen klart formulert? JaEr befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? JaBle utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja.Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? Ja, de skiller seg ikke mtp alder, kjønn eller bosted.Er svarprosenten høy nok? Moderat svarprosent, 36%Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? Ingen gullstandard for å måle PTSD. Bruker DSM-5 kriterier for å klassifisere PTE og PTSD. Tilfredsstillende målemetode.Er datainnsamlingen standardisert? Ja.Er dataanalysen standardisert? Ja.Hva forteller resultatene? De fleste har opplevd minst en alvorlig livshendelse. Fiere kvinner enn menn har PTSD.
Konklusjon	<i>Utfall – hoved utfall</i> Traumeeksponering i løpet av livet PTSD	Risiko for PTSD økte proporsjonalt med antall opplevde hendelseskategorier.	
Høye estimater av alvorlige livshendelser (serious life events) og høye rater av PTSD i den norske befolkningen støtter paradokset om at land med mer ressurser og bedre helsevesen har høyere risiko for PTSD. Mulige forklaringer til dette kan være at befolkningen har en høy forventning om et risikofritt liv og mye oppmerksomhet rundt potensielt skadelige effekter av alvorlige livshendelser (serious life events)	<i>Viktige konfunderende faktorer ikke kartlagt depresjon og angst, som er nært knyttet til PTSD, og symptomer som fører til at de har reg. PTSD kan i virkeligheten være symptomer på hhv depresjon eller angst</i> <i>Statistiske metoder</i> Logistisk regresjon og multipel logistisk regresjon. Grense for statistisk signifikant satt til $P < 0.05$		

			<ul style="list-style-type: none"> Kan det overføres til praksis? Bør være oppmerksom på å ikke gjøre PTE pas. Har opplevd mer sentrale/gi for mye fokus til PTE, da dette kan føre til forsterkning av PTE sine negative helsekonsekvenser (som PTSD).
Land			
Norge			
År data innsamling			
2015-2016			<p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <p>Styrke: Nasjonalt sannsynlighetsutvalg Traumeundersøkelsen var del av en større helseundersøkelse og ikke presenter som en ren traumestudie Prevalens i stedet for livstidsprevalens Respondentene er representative for den norske befolkningen. Respondenter og ikke-respondenter var like mht alder, kjønn og bosted.</p> <p>Svakhet: Moderat svarprosent Mulig seleksjonsskjøvheter, kan gå i begge retninger Brukte selvrapporteringsskjema og ikke klinisk intervju for å måle prevalens av PTSD, gir ukjent retning på mulig bias. Har ikke vurdert komorbiditeter som for eksempel angst og depresjon, noe som kan føre til en skjøvheter i retning høyere prevalens av PTSD Retrospektiv studie, hukommelsesskjøvheter er mulig</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja.</p>

Referanse: Pihl-Thingvad J, Elklit A, Brandt LLP, Andersen LL. Occupational Violence and PTSD-Symptoms: A Prospective Study on the Indirect Effects of Violence Through Time Pressure and Nontraumatic Strains in the Occupational Context. J Occup Environ Med. 2019;61(7):572-83.			Studiedesign: Kohortestudie (prospektiv)
Formål			Grade - kvalitet ***
Materiale og metode		Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Undersøke om frekvens av vold i arbeidslivet påvirker symptomer på PTSD gjennom ikke-traumatiske belastninger i jobbsammenheng.	Populasjon: 1763 Sosialpedagoger som jobber med funksjonshemmede voksne. Hoved utfall: PTSD (ved oppfølging, T2) målt ved ITQ (ICD 11 skala) Prediktor: arbeidsrelatert vold Mediator: Tidspress (endring) Symptomer på utbrenthet (endring) Trygghetsfølelse på arbeid (endring) Håndtering av anger (endring)	Hovedfunn Lavt gjennomsnitt av PTSD symptomer ved oppfølgingsstidspunktet, gjennomsnittet var på 2.56 (SD= 3.56). Relativt høy frekvens av arbeidsrelatert vold, gjennomsnittlig 0.78 (SD= 0.98). Frekvens av arbeidsrelatert vold hadde effekt på PTSD $b= 0.46$; $t (19)= 5.0$, $P<0.001$ Frekvens av arbeidsrelatert vold var indirekte assosiert med symptomer på PTSD gjennom endring i trygghet på arbeidsplassen og endring i håndteringsstrategier av anger. Endringer i tidspress påvirker ikke direkte PTSD symptomer signifikant, men påvirker via endringer i symptomer av utbrenthet, endring i følelsen av trygghet på arbeidsplassen og endring i håndteringsstrategier av anger. Bekrefter tidligere kunnskap fra tverrsnittstudier om at frekvens av arbeidsrelatert vold er en prediktor for symptomer på PTSD Bifunn	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> Formålet klart formulert? Ja Var gruppen sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias)* Ja, de ble ved baseline sammenliknet med non-responders på alder, kjønn og arbeidsområde. Kun alder var signifikant forskjellig mellom gruppene, med gjennomsnittsalder 47,9 år (SD= 9.9) i respondergruppen og 46,5 år (SD= 10,7) i non-respondergruppen Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? Ja, representative for sosialarbeidere. Ble eksponisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert) i de to gruppene? (Classification bias) ** Er den som vurderte resultatene (endepunkt- ene) blindet for gruppetilhørighet? ** Var studien prospektiv? Ja Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (Attrition bias/follow-up-bias) 78,8% svarte på oppfølgings skjemaet Er det utført frafallanalyser? (Eval. attrition bias) Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? Ja; 1 års oppfølgingstid. Lang nok tid til at PTSD kan utvikles. Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/ gjennomføring/analyser? Ja, hver enkelt confounder er analysert med regresjonsanalyse. Tror du på resultatene? -Ja Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? - Kan overføres til alle som regelmessig utsettes for vold på arbeidsplassen Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ikke mulig å sammenligne de indirekte måtene arbeidsrelatert vold påvirker symptomer på PTSD, da det ikke er andre studier
Konklusjon PTSD som resultat av yrkesvold er ikke bare et resultat av de voldelige handlingene, men forårsakes også av ikke-traumatiske belastninger. Ved forebygging av arbeidsrelatert PTSD er det essensielt å inkludere et bred spekter av miljøfaktorer på arbeidsplassen.	Land Danmark	Viktige konfunderende faktorer Alder PTSD-symptomer ved baseline	
Ar data innsamling 2016-2017	Statistiske metoder binær logistisk regresjon Korrelasjonsanalyser Stianalyse		

Referanse: Overstreet C, Berenz EC, Kendler KS, Dick DM, Amstadter AB. Predictors and mental health outcomes of potentially traumatic event exposure. Psychiatry Res. 2017;247:296-304.			Design: Tverrsnittstudie (gjentakende)
Formål			Dokumentasjonsnivå middels GRADE +
Materiale og metode		Resultater	Diskusjon/kommentarer
1) Undersøke prevalens og sammenhenger av livtidspotensielt eksponering for potensielt traumatiserende hendelse (PTE) 2) Undersøke sammenhengen mellom eksponering for PTE og mental helse (dvs traumerelatert stress, alkoholbruk, symptomer på depresjon og angst) i et stort utvalg av studenter i sitt første år på høyskole.	Populasjon 6120 førsteårsstudenter ved Virginia Commonwealth University. Utfall – hoved utfall Eksponering for PTE motstandsdyktighet (resilience) Traumerelatert stress Alkoholbruk Depresjon Angst Viktige konfunderende faktorer Statistiske metoder Deskriptiv statistikk Logistisk regresjon Regresjonsanalyser Nivå for statistisk signifikans var satt til $p<0.05$	81.8% hadde opplevd minst en PTE i løpet av livet, 39.0% hadde opplevd minst et mellommenneskelig traume (interpersonal trauma) som fysisk/ seksuelt overgrep. I gjennomsnitt opplevde deltakerne 1.71 (SD=1.30) PTE, 8.7% hadde opplevd ≥4 ulike typer PTE før de begynte på høyskole. Kvinnelig kjønn og gruppepåvirkning (peer deviance) var assosiert med eksponering for PTE og symptomer på psykopatologi. Det å ha opplevd en et mellommenneskelig traume (interpersonal trauma) var assosiert med høyere alkoholbruk, traumerelatert stress og symptomer på både angst og depresjon.	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> Er problemstillingen klart formulert? Ja Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Ja Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja, alle 1. årsstudenter ≥18 år ble invitert til å delta Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? Nei, artikkelen oppgir kun at deltakerne er representative for studentmassen. Er svarprosenten høy nok? ja, 67% Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? Ja, validerte skjemaer brukes. Er datainnsamlingen standardisert? Ja. Er dataanalysen standardisert? Ja. Hva forteller resultatene? At det er vanlig for unge å ha opplevd PTE, og mellommenneskelige PTE har betydning for alkoholforbruk, traumerelatert stress, og symptomer på angst og depresjon.
Konklusjon Høy prevalens av eksponering for PTE blant unge voksne og klinisk signifikans av historie med PTE.			

<p>utdanning, lav husholdningsinntekt og å være arbeidsledig var assosiert med høyere risiko for livstids-PTSD blant de som var eksponert for traumer.</p>			<ul style="list-style-type: none"> Hva forteller resultatene? At det er stor forskjell i prevalens av PTSD mellom land, og varierer med landets økonomiske status. Kan det overføres til praksis? Resultatene indikerer to mål for intervensjon; 1) tidlig identifisering av de som har høy risiko for PTSD og deretter sette i gang tidlig intervensjon 2) Øke tilgjengeligheten til behandling <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <p>Styrke: Stort materiale Standardiserte metoder for å vurdere traumatiserende hendelser og PTSD Undersøkt assosiasjoner på individuelt og sosialt nivå med prevalens på PTSD</p> <p>Svakhet: Stor variasjon i responsrate på tvers av landene; 45.9-97.2%, noe som kan fi bias hvis traume eller andre sosiodemografiske variabler påvirket sannsynligheten for å delta i studien. Retrospektiv vurdering av eksponering for traumatiske hendelser og PTSD, som kan føre til underrapportering av begge. Kulturelle forskjeller mellom landene, der det kan være varierende åpenhet for det å diskutere sensitive tema som traumatiserende hendelser og PTSD er ikke inkludert mange land som nylig har opplevd massevold og væpnet konflikt, noe som kan gi et lavere estimat av PTSD</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene?</p>
<p>Land</p> <p>Data kommer fra: Colombia, Irak, Peru, Kina, Ukraina, Brasil, Bulgaria, Libanon, Mexico, Romania, Sør-Afrika, Australia, Belgia, Frankrike, Tyskland, Israel, Italia, Japan, New Zealand, Nord-Irland, Portugal, Spania, Nederland, USA.</p> <p>Ar data innsamling</p> <p>2001-2012</p>			

<p>Referanse: Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. Psychological Medicine. 2017;47(13):2260-74.</p>		<p>Design: Tverrsnittstudie</p> <p>Dokumentasjonsnivå: Middels</p> <p>GRADE: ++</p>	
<p>Formål</p> <p>Sammenligne WMH data på tvers av land for å etablere en global epidemiologisk forståelse av PTSD, inkludert prevalens av PTSD, hvor ofte personer med PTSD søker hjelp og demografiske korrelasjoner. Se på traumeeksponering og PTSD prevalens på tvers av land.</p> <p>Konklusjon</p> <p>Tverrnasjonal livstidsprevalens av PTSD var 3.9% totalt, og 5.6% blant de som var eksponert for traumer. Halvparten av respondentene med PTSD rapporterte om vedvarende symptomer. Å søke behandling var omtrent dobbelt så vanlig i høyinntektsland sammenlignet med middelinntektsland. Sosial ulempe, inkludert yngre alder, kvinnelig kjønn, å være ugift, ha lavere</p>	<p>Materiale og metode</p> <p>Populasjon 26 WMH surveys i 24 land, der 18 var nasjonalt representativ og 8 dekket storby-områder. 4 lavinntektsland, 6 middelinntektsland, 13 høyinntektsland</p> <p>Utfall – hoved utfall PTSD</p> <p>Viktige konfunderende faktorer</p> <p>Statistiske metoder</p> <p>Krystabeller Overlevelselsesmodeller Logistisk regresjon</p>	<p>Resultater</p> <p>Livstidsprevalens av PTSD på 3,9% totalt, med store variasjoner mellom land; høyinntektsland 5,0%, middelinntektsland 23% og lavinntektsland 2,1%</p> <p>Sosial ulempe, ibkludert det å være ung, være kvinne, være ugift, ha mindre utdanning, lav husholdningsinntekt og være arbeidsledig var assosiert med økt risiko for livstids – PTSD blant de som var eksponert for traume.</p> <p>Halvparten av de med symptomer på PTSD 12 mnd fikk behandling, denne diskrepansen var større i lav- og middelinntektsland hvor ¼ rapporterte om noen form for behandling</p>	<p>Diskusjon/kommentarer</p> <p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er problemstillingen klart formulert? nei, må lete i teksten for å finne formålet Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Ja, i ekstra vedlegg Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja. Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? Nei, ikke i denne artikkelen. Refererer til en bok som angivelig skal redegjøre for dette, men denne har jeg ikke tilgang til. Er svarprosenten høy nok? 70,6% Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? Ja, intervju (CIDI), DSM-IV kriterier for traume og PTSD. Er datainnsamlingen standardisert? Ja. Er dataanalysen standardisert? Ja.

Referanse: Soravia LM, Schwab S, Walther S, Müller T. Rescuers at Risk: Posttraumatic Stress Symptoms Among Police Officers, Fire Fighters, Ambulance Personnel, and Emergency and Psychiatric Nurses		Design: Tverrsnittstudie	
		Dokumentasjonsnivå	middels
		GRADE	++
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Identifisere variabler som påvirker PTSS, velvære og selvmordstanker, som kan påvirke de ulike yrkesgruppene av redningsarbeidere og nedpersonell ulikt.</p>	<p>Populasjon 1002 redningspersonell, hhv. 499 (18% kvinner) politibetjenter, 239 (4% kvinner) brannkonstabler, 97 (43% kvinner) ambulansarbeidere, 85 (86% kvinner) sykepleiere med akutfunksjon og 82 (68% kvinner) sykepleier med psykiatrisk funksjon. Alle fra Bern, Sveits. 61% av deltageren var gift/ stabilt partnerskap, 31% va singel og 8% va skilt. Gjennomsnittsalderen var 39,6 år. Gjennomsnittlig tid i yrket var 14,7 år.</p>	<p>Prevalensen av mulig PTSD varierer med mellom undersøkte yrkene, fra 8% hos brannmenn til 22% hos <u>psykiatriske</u> sykepleiere. Mulig PTSD er assosiert med psykisk belastning og selvmordstanker.</p> <p>SEM-analysen viste at dysfunksjonelle mestringsstrategier, mestringssevne, tidligere gjennomgått arbeidsrelatert traume, antall år i jobben, kvinnelig kjønn forklarte opp mot 78% av PTSS og at PTSS i seg selv forklarte opp mot 68% av den psykiske belastningen i de ulike yrkene.</p> <p>Uavhengig av yrke så var dysfunksjonelle mestringsstrategier (som bruk av alkohol), unngåelse, distraksjon og arbeidsrelatert trauma de sterkeste predikatorene for PTSS</p> <p>Høy mestringssevne var en risikofaktor for politibetjenter, brannkonstabler og ambulanspersonell, men det var en beskyttende faktor for sykepleier i psykiatrisk/nødhjelpsfunksjon.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er problemstillingen klart formulert? Ja, den er presist formulert. • Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Ja, den er klart definert. Både i yrke, antall og kjønn. • Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Seleksjonsbias da det er en online-spørreundersøkelse. • Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? Det ble nevnt en mulighet for seksjonsbias som følge av tittelvalget. Kan ikke si noe om de som ikke har respondert, mangler informasjon • Er svarprosenten høy nok? Forfatterne sier ikke noe om svarprosent eller antall redningspersonell som er ansatt i Bern. Har et stort utvalg på over 1000 respondenter. • Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? Ja, men det finnes flere andre skjemaer/måter å måle på • Er datainnsamlingen standardisert? Ja. • Er dataanalysen standardisert? Bruker <u>standardiserte</u> skjemaer, men sier ikke noe om validitet av disse.
Konklusjon	<p>Utfall – hoved utfall Følelse av mestringssevne Mestringsstrategiers nytte Stressfulle arbeidsrelaterte omstendigheter/situasjoner Symptomer på <u>posttraumatisk</u> stress Mental velvære Psykiatriske lidelser Selvmordstanker</p> <p>Viktige konfunderende faktorer Konfunderende faktorer er ikke omtalt spesifikt i artikkelen. Har testet for arbeidserfaring, alder og kjønn</p>		

<p>øke livskvaliteten i disse utsatt yrkene.</p> <p>Men; det kan ikke konkluderes med kausalitet mellom arbeidsrelatert-traume og PTSS da undersøkelsen ikke skille mellom traumer fra jobb eller privatliv.</p>	<p>Statistiske metoder Enveis <u>ANCOVA</u> Multippel fra 8% e regresjon t-test Structural Equation Modeling (SEM) Chi-Square test R² Comparative Fit Index (CFI) Tucker-Lewis Index (<u>TLI</u>) Root Mean Square Error of Approximation (<u>RMSEA</u>)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Er dataanalysen standardisert? Bruker <u>standardiserte</u> skjemaer, men sier ikke noe om validitet av disse. • Hva forteller resultatene? Yrker med <u>nedfunksjon</u> er utsatt for PTSS og mistenkt PTSD. Man kan ikke sikkert si hvorfor. • Kan det overføres til praksis? ja, resultater kan kanskje brukes i forebyggende arbeid <p>Hva diskuterer forfatterne som: Styrke: Ser på risikofaktorer for PTSS i et stort utvalg og på tvers av yrker Sammenlignet de ulike profesjonene</p> <p>Svakhet: - Funnene er basert på retrospektive selvrapportert innsamlet data. - Tittelen til undersøkelsen kan ha ført til seleksjonsbias i seg selv. - Datamaterialet er ikke fullstendig representativt. - Det er svært ulik kjønnsfordeling i de ulike yrkesgruppene. - Uvisst antall traumatiske hendelse per undersøk subjekt. Utvalgets størrelse mellom yrkesgruppene vanskeligjør den direkte sammenligning mellom dem.</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja. De henviser til tidligere publisert litteratur som samsvarer med deres funn.</p>
Land			
Sveits			
År datainnsamling			
2015			

Formål		Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Estimere prevalensen av symptomer på angst og depresjon ambulanspersonell, og deres assosiasjon med å søke profesjonell hjelp. Sammenligne med den generelle arbeidende befolkningen.</p> <p>Studere symptomer på muskel-skjelettplager og søvnforstyrrelser hos ambulanspersonell</p>		<p>Populasjon 1180 ambulanspersonell i hele Norge Kontrollgruppe: 31987 av den generelle yrkesaktive befolkningen (HUNT2 data)</p> <p>Hevet skrift</p> <p>Utfall – hoved utfall Søkt profesjonell hjelp siste 12 mnd</p> <p>Angst (HAD-a) og depresjon (HAD-d)</p> <p>Søvnforstyrrelser</p> <p>Subjektiv opplevelse av helse (SHC skjema)</p>	<p>Lavere gjennomsnittlig HAD-a skår for ambulanspersonell enn hos normalbefolkningen, signifikant.</p> <p>Depresjon signifikant lavere for ambulansmenn, ikke for kvinner.</p> <p>Ambulanspersonell søker oftere kiropraktor enn normalbefolkningen, men sjeldnere hjelp hos profesjonelle for andre tilstander.</p> <p>Kun søvnproblemer var assosiert med å søke hjelp fra psykolog/psykiater.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er problemstillingen klart formulert? Ja. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Ja. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja, alle ambulanspersonell i hele Norge ble invitert, undersøkelsen ble distribuert av ulike ambulansledere. Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? Nei, ikke redegjort for dette. Er svarprosenten høy nok? 41%, men diskuteres at den reelle svarprosenten sannsynligvis er høyere Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? Ja, bruker validerte skjemaer Er datainnsamlingen standardisert? Ja. Er dataanalysen standardisert? Ja.
<p>Konklusjon</p> <p>Kunne ikke støttes at ambulanspersonell har mer angst og depresjon enn den generelle yrkesaktive befolkningen. Ambulanspersonell har mer muskelskjelettplager og søker kiropraktor oftere. Trengs mer forskning for å kartlegge de fysiske belastningene hos ambulanspersonell.</p>		<p>Viktige konfunderende faktorer har justert for alder og i aktivt arbeid</p> <p>Statistiske metoder T-test X² test Unjanoa Logistisk regresjon</p>		

			<ul style="list-style-type: none"> Hva forteller resultatene? At ambulanspersonell kanskje har mindre angst enn normalbefolkningen, men oftere kontakter kiropraktor. Ambulanspersonell er mindre villig til å søke profesjonell hjelp Kan det overføres til praksis? Ja, kan brukes i videre forskning. Poengteres at ambulanspersonell emed fordel bør informeres om hva bedriftshelsetjenesten har å tilby.
Land			
Norge			
Ar data innsamling			
1995-1997 (HUNT data) 2005 (Ambulansedata)			<p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <p>Styrke: Første store nasjonale studie av operativt ambulanspersonell. Sammenlignet angst og depresjon mot HUNT undersøkelsen</p> <p>Svakhet: Tversnitt – kan ikke si noe om årsaker Report bias</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja, viser til annen litteratur som bekrefter deres funn Viser til at angstfunn og depresjonsfunn er lavere enn det som er funnet i andre studier av ambulanspersonell, men ingen av disse studiene var nasjonale.</p>

Referanse: Mathiesen EF, Nome S, Eisemann M, Richter J. Drinking patterns, psychological distress and quality of life in a Norwegian general population-based sample. Quality of Life Research. 2012;21(9):1527-36.		Design: Tverrsnittstudie	
		Dokumentasjonsnivå	middels
		GRADE	++
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Undersøke mulige sammenhenger mellom drikkemønster, psykisk ubehag og livskvalitet i den norske befolkningen</p>	<p>Populasjon 1230 (55% kvinner)</p> <p>Reduser skriftstørrelse</p> <p>Utfall – hoved utfall Alkoholbruk og dets konsekvenser (AUDIT) ulike psykiske lidelser (for eksempel angst, depresjon) Livskvalitet; psykisk helse, sosiale forhold, miljøfaktorer.</p>	<p>Alle deler av AUDIT korrelerte signifikant og negativt med alder</p> <p>Livskvalitet og utdanning hadde positiv korrelasjon Psykisk ubehag og utdanningsnivå var ikke signifikant relatert.</p> <p>Menn konsumerer signifikant mer alkohol og rapporterte mer drikke-relaterte problemer med mer negative konsekvenser sammenlignet med kvinner.</p> <p>Alle livskvalitetsparametre minket med økende alkoholinntak i den gruppen som anga å drikke alkohol.</p> <p>De som drikker mye hadde det høyeste nivået av psykisk ubehag og lavest livskvalitet i psykiske, sosiale relasjoner -og miljøfaktor – delene.</p> <p>Ikke-drikkere rapporterte å ha dårliges livskvalitet i fysisk helse-delen, mens de som drakk litt til moderat hadde minst psykisk ubehag og beste livskvalitet.</p> <p>Psykisk ubehag viste større betydning for livskvalitet, enn det sosiodemografiske variabler, alkoholkonsum, alkoholavhengighet og negative konsekvenser av alkoholbruk.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er problemstillingen klart formulert? ja. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? Ja. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja, tilfeldig utvalg av SSB. Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? De som ikke deltok var yngre, og flere menn som ikke deltok. Sivilstatus, utannelse og arbeidsstatus var og ulik. Er svarprosenten høy nok? 33% Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? ja, bruker validerte skjemaer som for eksempel AUDIT. Er datainnsamlingen standardisert? ja. Er dataanalysen standardisert? ja.
Konklusjon	<p>Viktige konfunderende faktorer alder, kjønn, utdanning, arbeidsstatus</p> <p>Statistiske metoder Kjikkvadrattest T-test Pearson og spearman korrelasjonskoeffisient ANOVA, ANCOVA, MANOVA, MANCOVA Multipel regresjon</p>		
<p>Funnene indikerer et behov for fokus på psykisk ubehag og dets negative effekter på livskvalitetsaspekter. Avholdsmennesker rapporterte dårlig fysisk helse. Krevs videre forskning for å undersøke forholdet mellom alkoholinntak, psykisk ubehag og livskvalitet i både generelle befolkningen men også i mer spesifikke populasjoner.</p>			

			<ul style="list-style-type: none"> Hva forteller resultatene? At det ser ut til at menn drikker mer enn kvinner og har flere alkoholrelaterte-problemer Kan det overføres til praksis? Psykisk ubehag var viktigere faktor for livskvalitet enn for eksempel alkohol. Denne informasjonen kan, når mer forskning foreligger, få konsekvenser for hva man fokuserer på når målet er å øke livskvalitet.
			<p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <p>Styrke: Forfatterne påpeker ingen styrker</p> <p>Svakhet: Lav responsrate (33%). Sannsynligvis færre av respondentene som drikker mye alkohol og som har alvorlige helseproblemer enn det som er i den generelle befolkningen. Ikke mulig å teste kausalitet grunnet at det er en tverrsnittstudie s</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? ja, som styrker eller delvis styrker. Diskuterer også annen litteratur som ikke samsvarer med deres funn.</p>
Land			
Norge			
År data innsamling			
2007			

