

Stressforskningsrapport nr 317

Hälsoeffekter av rån och övriga traumatiska händelser bland handelsanställda

Delstudie I och II

Hans Peter Söndergaard



Stressforskningsinstitutet



Stockholms
universitet

Hälsoeffekter av rån och övriga traumatiska händelser bland handelsanställda. Delstudie I och II

Hälsoeffekter av rån och övriga traumatiska händelser bland handelsanställda. Delstudie I och II

Hans Peter Söndergaard

Ansvarig utgivare: Louise Nordenskiöld

INSTITUTET FÖR PSYKOSOCIAL MEDICIN — IPM

som inrättades 1981, utvecklar, värderar och förmedlar kunskap om psykosociala aspekter på olika
hälso- och sjukdomsprocesser. Föreståndare: Louise Nordenskiöld
Vetenskapligt ansvarig: Torbjörn Åkerstedt

FORSKARGRUPPER / FORSKARGRUPPSLEDARE

Arbetsorganisation och hälsa. *Fil. dr. Hugo Westerlund*

Vetenskaplig handledare: Professor Töres Theorell

Barn och trauma. *Docent Frank Lindblad*

Migration och hälsa. *Docent Solvig Ekblad*

Stress och återhämtning. *Professor Torbjörn Åkerstedt*

Stressprevention. *Docent Aleksander Perski*

Suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa *Professor Danuta Wasserman*

Stressforskningsrapporterna ges ut i ett samarbete mellan IPM och
Avdelningen för stressforskning vid Karolinska Institutet (KI), och
Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)
vid IPM/Stockholms läns landsting som också är WHO:s samarbetscentrum.

Copyright © 2006 Förlaget och författaren

ISBN 91-975603-3-2

ISSN 0280-2783

Elanders Gotab, 2006

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	9
ABSTRACT	11
BAKGRUND	13
SYFTE	19
Genomförande	19
METODER	21
Deltstudie I och II	21
RESULTAT	23
Delstudie I	23
<i>Deltagare</i>	23
<i>Rån</i>	25
<i>Livstidsprevalens av traumatiska händelser inom svarsgruppen</i>	25
<i>Förekomsten av PTSD, ångest och depression inom undersökningsgruppen</i>	28
<i>Sambandet mellan rån och psykisk ohälsa</i>	29
<i>Betydelsen av ålder vid rånet</i>	29
<i>Rån och andra traumatiska händelser, relativa risker för PTSD, ångest och depression</i>	30
<i>Självskattad PTSD och funktionsnivå</i>	32
<i>Samverkan mellan tidigare belastning och rån</i>	33
<i>Säkerhetsutbildning</i>	34
<i>Psykiska besvär bland deltagarna</i>	38
<i>Somatiska besvär</i>	39

<i>Självrapporterad sjukdom</i>	40
<i>Sambandet mellan rån och aktuell respektive tidigare kroppslig sjukdom</i>	40
<i>Sambandet mellan PTSD och kroppslig sjukdom</i>	43
<i>Medicinering</i>	43
<i>Besvär som uppkommit respektive försvårats efter negativa händelser</i>	45
<i>Effekter av rån i arbetslivet</i>	45
<i>Arbetsmiljöfaktorer och dessas betydelse för rånoffer</i>	47
<i>Uppföljning av patienter som behandlats efter rån</i>	47
<i>Delstudie II Stresshormoner. Kvalitativ intervjustudie</i>	51
<i>Deltagande</i>	51
<i>Resultat av mätningar för cortisol och DHEAS</i>	51
<i>PTSD</i>	53
<i>Rån och cortisol</i>	54
<i>Kvalitativ intervjustudie</i>	55
<i>Resultat av intervjustudien</i>	55
<i>Rånen</i>	55
<i>Den drabbades upplevelser av rånet och tiden efteråt</i>	57
<i>Beteenden/Agerande</i>	57
<i>Känslor</i>	59
<i>Kroppsliga reaktioner</i>	61
<i>Tankar</i>	61
<i>Stöd och hjälp från omgivningen</i>	63
<i>Polisens agerande</i>	64
<i>Övrigt upplevt stöd</i>	64

<i>Professionellt stöd</i>	65
<i>Inget krisstöd</i>	67
<i>Återhämtning</i>	67
<i>Att återgå till arbetet</i>	68
<i>Kvarstående förändringar</i>	70
DISKUSSION	72
<i>Vilka är inte med i undersökningen och varför</i>	72
<i>Döda och pensionerade</i>	73
<i>Icke-organiserade och egna företagare</i>	73
<i>Bortfall</i>	73
<i>Enkätens utformning</i>	74
<i>Reflexioner</i>	74
<i>Rekommendationer</i>	75
<i>Tillkännagivanden</i>	76
REFERENSER	77

Bilgor

1. Tabell 9. *Självrapporterad tidigare ohälsa, medelvärde "traumapoäng" per åldersgrupp.*
2. Figur 8. *Upplevelser under och efter rånet.*
3. Figur 9. *Stöd och hjälp från omgivningen.*
4. Figur 10. *Faktorer som påverkar återhämtning efter ett butiksrån.*
5. Enkät

Sammanfattning

Mot bakgrund av den ökande förekomsten av hot och våld i samhället och av att nya grupper under 90-talet har exponerats för rån, speciellt anställda inom handel, initierades en studie av förekomsten av rån. Denna studie var tänkt att genomföras som en fall/kontroll-studie där personer som hade utsatts för polisanmälda rån jämfördes med personer utan rånupplevelser. I stället fick man genomföra en enkätstudie. Enkäten omfattade frågor om rån och ett antal andra potentiellt traumatiska händelser. Dessutom ställdes frågor om säkerhetsutbildning, arbetsmiljö och olika hälsovariabler. De hälsovariabler som ingick var bland annat symptomskattning för post-traumatisk stress (PTSD), depression och ångest, liksom personernas uppfattning om sin kroppsliga hälsa och medicinförbrukning.

Resultat

Deltagande i studien: 28,8 % av deltagarna inom Handelsanställdas förbund besvarade enkäten. 7,2 % uppgav att de hade varit utsatta för rån. Av dem som hade varit med om rån hade 19,3 % vissa symptom på PTSD jämfört med 9,8% av övriga. Med 47 % av samtliga negativa händelser är rån är den vanligast förekommande potentiellt traumatiserande händelsen på arbetsplatsen. Rån ger ökad risk för PTSD-symptom även om den drabbade inte har rapporterat andra traumatiska händelser. Om traumatiska händelser har inträffat tidigare, ökar förekomsten av PTSD efter rån c:a 2,5 gånger från 13,8 % till 34,5 %. *Säkerhetsutbildning:* 60 % uppgav att de hade varit med om någon form av säkerhetsutbildning. Inom denna grupp kunde man inte påvisa ett direkt samband mellan risken för PTSD och rån. Detta samband var däremot signifikant bland personer utan säkerhetsutbildning. Emellertid fanns det skillnader mellan gruppen som hade haft säkerhetsutbildning och övriga. En direkt analys av symptomnivån bland dem som hade varit med om rån, oavsett grupp, visade dock inga skillnader. Undersökningen är därför inte beviskraftig vad gäller värdet av säkerhetsutbildning. Rån ger inte upphov till depression i någon påvisbar omfattning, inte heller ångestbesvär, med undantag av den yngsta gruppen. *Självrapporterad hälsa och traumatiska upplevelser:* I allmänhet uppgav deltagarna god hälsa. Det fanns inga samband mellan rån och kroppslig ohälsa. Där- emot fanns en lång rad samband mellan traumatiska upplevelser och kroppsliga symptom, särskilt i den yngsta åldersgruppen. För individer med PTSD-diagnos fanns en ökad förekomst av regelbunden medicinering för högt blodtryck, vilket kopplar PTSD-diagnosen till en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom. Somatiska symptom förekom oftare än förväntat efter psykisk traumatisering. I 15 % av de analyserade kategorier där självupplevda traumahändelser säkert föregick somatisk sjukdom fanns det sådana säkerställda sam-

band, vilket var tre gånger så ofta som förväntat. *Effekt av debriefing*: Bland dem som hade varit med om rån fanns det ingen påvisbar effekt av debriefing vad gäller symptom på ångest, depression eller PTSD. *Arbetsmiljöfaktorer*: Arbetsmiljön bedömdes i allmänhet som bra. Det fanns inga skillnader vad gällde upplevt socialt stöd i arbetet, inflytande, uppfattning av arbetets krav eller monotonibland dem som hade varit med om rån jämfört med dem som inte hade det. De inom gruppen rånade som hade symptom på PTSD (>44) upplevde dock signifikant mindre socialt stöd i arbetet. *Individer som fått behandling efter rån*: De som hade fått behandling efter rån på arbetsplatsen var i allmänhet nöjda med behandlingen, 85,8 % uppgav att de var friska vid uppföljningstillfället, men 39,2 % anser att de fortfarande inte har kommit över händelsen. Frånvaron efter rån var i genomsnitt 20 dagar. Upplevt stöd från främst arbetsgivare, men även från arbetskamrater, hade ett starkt samband med kortvarig frånvaro och återgång till fullt arbete. *Steroidbromoner*: Analyserna av cortisol i saliv visade att rånoffer hade signifikant förhöjt cortisol i saliv efter händelsen, oberoende av om de hade utvecklat PTSD eller ej och oberoende av tid efter händelsen. DHEAS-koncentrationen var förhöjd i saliv och cortisol-koncentrationen lägre hos individer med PTSD. Kvoten cortisol/DHEAS skilde sig signifikant mellan individer med hög sannolikhet för PTSD-diagnos jämfört med ålders- och könsmatchade kontroller. *Kvalitativ intervjustudie*: Intervjustudien styrker att de som intervjuades verkligen hade varit med om allvarliga incidenter. Ett intressant fynd är att det är vanligt att man återigen exponeras för rånaren, vilket kan bidra till otrygghet.

Rekommendationer

Rån är den vanligaste negativa arbetsmiljöfaktorn hos handelsanställda och det är därför viktigt att följa utvecklingen och att i möjligaste mån förebygga exponering. Förbättrad och obligatorisk säkerhetsutbildning kan troligtvis bidra till att minska risken för PTSD, men detta måste studeras närmare med longitudinella metoder. PTSD och traumatiska händelser har en koppling till kroppslig ohälsa, varför även detta måste följas upp i framtida studier, då psykiska påfrestningar på arbetsplatsen kan bidra till ohälsa med så lång latenstid att sambandet blir svårt att fastställa i det enskilda fallet. Socialt stöd på arbetsplatsen är troligtvis av betydelse för att minska risken för utveckling av PTSD efter rån.

Abstract

This study was initiated to investigate health effects of robbery. It was initiated due to an increased prevalence of violence and threats. New groups have been exposed to robbery during the nineties, amongst them shop attendants. The study was intended to be carried out as a case-control study where subjects exposed to police-reported robberies were to be compared with subjects without such experiences, but this was impossible for legal reasons. Instead a survey study was carried out. The survey asked about robbery and a number of other potentially traumatic events. Further, there were questions about incident training, work environment, and health related questions. The latter were i.a. rating scales for post traumatic stress, depression, and anxiety, as well as the participants' reported physical health and use of prescription drugs.

Results

Participation: 28,8 % responded to the survey. 7,2 % of the participants reported that they had been exposed to robbery. Among subjects who had experienced robbery, 19,3 % had symptoms of PTSD compared to 9,8 % of subjects who did not report having been exposed to robbery. Robbery thus is the most prevalent potentially traumatising event in the work-place in the group under consideration. Physical violence and threat with a weapon was reported by 57 % of the subjects who had indicated exposure to robbery. Almost all reported threats with arms had occurred in the work-place. The prevalence of robbery is 44,7 % of all potentially traumatising event reported to have occurred in the work-place. There is an increased risk for PTSD symptoms even when the victims have reported no other potentially traumatising events. If violent events have occurred before the experience of robbery, the prevalence of PTSD after robbery is increased about 2,5 times from 13,8 % to 34,5 %. *Incident training:* 60 % reported to have participated in some type of incident training. Within this group there was no direct association between having a PTSD diagnosis, and exposure to robbery. Such an association was on the other hand significant in the group without incident training. There were differences, however, between the groups with and without incident training; participants with incident training were more exposed to robbery, and participants from the group without incident training had indications of more marginalisation. A direct analysis of symptom levels showed no differences between subjects with and without incident training. The study is thus inconclusive with regard to the value of incident training. *Self reported health and potentially traumatic events:* Generally, participants reported good health. There was no association between robbery and somatic ill health

However, a number of associations were found with regard to sum of traumatic experiences generally on one hand and bodily symptoms on the other. These associations were especially obvious in the youngest group. In subjects with a probable diagnosis of PTSD an increased prevalence of medication against hypertension was found; this associates the PTSD diagnosis with an established risk factor for cardiovascular disease. Somatic symptoms were more prevalent than expected by chance after psychological trauma. In 15 % of the categories wherein self reported traumatic experiences were reported earlier than somatic illness, such associations were found, i.e. three times as often as expected. *Effect of debriefing:* Among the participants who had reported exposure to robbery we were unable to find any effect of self-reported debriefing with regard to symptoms of anxiety, depression, or PTSD. *The work environment* was generally rated as good by the participants. No differences were found with regard to the work environment generally, social support, demand, control, or monotony among participants with and without experiences of robbery. However, the participants with experiences of robbery and who had PTSD reported significantly less social support. *Treatment after robbery:* A follow-up on subjects who had had psychological treatment after robbery showed that they were generally satisfied with the treatment, 85,8 % declared themselves healthy at the time of follow-up, but 39,2 % stated that they had not yet fully recovered from the experience. Mean sick-leave after the robbery was 20 days. Experiences of support from management, but even work-mates, were significantly associated with a shorter sick-leave and return to full-time work. *Steroid hormones:* The analysis of cortisol in saliva showed that victims of robbery had significantly increased levels of cortisol in saliva, independently of a PTSD diagnosis. The concentration of DHEAS was increased in saliva and the concentration of cortisol was lower in subjects with PTSD. The ratio cortisol/DHEAS differed significantly between subjects with high probability of a PTSD diagnosis, compared with controls with symptoms below cut-off and matched for age and sex. *Qualitative interview study:* This study shows first and foremost that participants had been exposed to serious incidents. An interesting finding is that it is a common experience to be reexposed to the robber, which can increase the feeling of lack of safety.

Recommendations

Robbery is the most important negative factor in the work environment of shop attendants and it is therefore important to prevent exposure whenever possible. Improved and compulsory incident training can probably lead to reduce risk of PTSD; this must be studied further. PTSD and traumatic experiences are associated with somatic ill-health; this has to be further explored. Psychological stressors seem to have the capacity of leading to ill-health with such a long latency that the association can be difficult to establish in the individual case.

Bakgrund

Under början av 1990-talet förändrades rutinerna för penninghantering inom post- och banksystemet. Detta medförde en förändring i brottsmönstret. Rån riktade i större omfattning mot en delvis ny grupp, nämligen personal inom handeln.

Statistik från försäkringsbolaget AFA visar att flera hundra allvarliga arbets-skador uppstår varje år på grund av rån. Nedanstående uppgifter baseras på de (allvarliga) arbetsolycksfall som har anmälts till och godkänts av AFA per december 2004.

Skadeår										
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Rån	482	335	395	275	375	286	326	365	350	247
Andel av totalt i %	3,4	2,6	3,2	2,3	3,0	2,3	2,7	2,9	3,1	2,6

Tabell 1. Allvarliga arbetsolycksfall på grund av rån. Ofullständiga data för år 2003.

Ett rån kan vara en mycket brutal handling. Exempelvis har rånare gömt sig till stängningsdags och sedan med tejp bundit kvarvarande personal och med vapenhot och misshandel framtvingat tillträde till kontantförvaring. Ofta är rånarna stressade, rädda och präglade av labilitet. Rånarens stresstillstånd ger i sin tur ökad rädsla och stress hos offren som redan är utsatta för dödshot. Situationen kan vara kortvarig, men personalen kan också vara inspärrad och fastbunden under hot om allvarliga konsekvenser ifall den försöker befria sig eller kontakta yttervärlden.

Således innebär det för de flesta människor som utsätts för rån, fränsett den verkliga faran, att de under kortare eller längre tid upplever stark rädsla eller hjälplöshet. Dessa upplevelser placerar dem i riskzonen för sjukdomstillståndet posttraumatiskt stress-syndrom (PTSD).

PTSD definieras enligt följande: Akut stress-syndrom och posttraumatiskt stress-syndrom. Den typiska reaktionen hos individer som är akut traumatiserade är akut stress-syndrom (ASD). Det utmärks av en rad så kallade dissociativa symptom. Bland dessa ingår mardrömmar med upprepningar, överkänslighetskänsla, avtrubbnings etc.

Om tillståndet inte klingar av spontant eller efter avlastande samtal, utvecklas med stor sannolikhet posttraumatiskt stress-syndrom (1). Denna diagnos kan tidigast ställas efter en månad. Om kriterierna för PTSD har varit uppfyllda i mer än tre månader, är diagnosen kroniskt PTSD, eftersom tillståndet erfarenhetsmässigt kommer att vara långvarigt när det väl har etablerats.

Kriterier för PTSD (A-F)

A: Individen har varit utsatt för en traumatisk händelse under vilken båda dessa faktorer fanns med:

1) individen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en eller flera händelser som innefattade verklig eller hotande död eller allvarlig skada, eller ett hot mot den fysiska integriteten för sig själv eller andra.

2) personens reaktion innefattade intensiv fruktan, hjälplöshet eller skräck. Nota bene : Hos barn kan detta uttrycka sig som desorganiserat eller agiterat beteende.

B: Den traumatiska händelsen fortsätter att återupplevas på ett eller flera av följande sätt:

1) återkommande, påträngande och påfrestande minnesbilder av händelsen, innefattande bilder, tankar eller sinnesförmimmelser. Nota bene: Hos mindre barn kan repetitiv lek förekomma, där teman eller delar av traumat uttrycks.

2) återkommande och påfrestande drömmar om händelsen. Nota bene: Hos barn kan det förekomma mardrömmar utan identifierbart innehåll.

3) handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen återkommer (inkluderar en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer, och dissociativa flashback-episoder, vilka även innefattar episoder som återkommer under uppvaknande eller berusning med alkohol eller droger).

4) intensivt psykiskt illamående/plåga vid mötet med yttre händelser/inre stimuli? som symboliserar eller påminner om en aspekt av traumahändelsen.

5) fysiologiska reaktioner vid exponering för inre eller yttre stimuli som symboliserar eller påminner om traumahändelsen.

C: Bestående undvikande av stimuli som är förknippade med traumahändelsen eller uppvisar en generell avtrubbningsförmåga att reagera känslomässigt (som inte förelåg före traumat), vilket visar sig på åtminstone tre av följande sätt:

1) ansträngningar att undvika tankar eller känslor som associeras till traumat.

2) ansträngningar att undvika aktiviteter, platser eller människor som väcker minnen av traumat.

3) oförmåga att minnas någon viktig aspekt av traumat (psykogen amnesi).

4) påtagligt minskat intresse för, eller deltagande i, väsentliga aktiviteter.

5) känsla av främlingskap eller avstånd gentemot andra.

6) begränsade affekter, t.ex. oförmåga att hysa kärleksfulla känslor.

7) känsla av att inte ha någon framtid (karriär, äktenskap, barn eller normal livslängd).

D: Bestående tecken på överspändhet ("hyperarousal"), vilket visar sig på åtminstone två av följande sätt:

1) svårighet att somna eller orolig sömn

2) irritabilitet eller vredesutbrott

3) koncentrationssvårigheter

4) spänd vaksamhet

5) överdriven reaktion på oväntade yttre stimuli.

E: Störningen varar åtminstone en månad (med symptom enligt B, C, D). Om störningen har varat mer än tre månader är den kronisk. Fördröjd symptomdebut kan förekomma.

F: Störningen orsakar kliniskt signifikanta obehag eller försämrad funktion socialt, yrkesmässigt, eller inom andra viktiga områden.

I kriterierna för PTSD ingår koncentrationsstörningar och nedsatt funktionsförmåga. Emellertid är de kognitiva förmågorna (minne, koncentration, problemlösningsförmåga) anmärkningsvärt påverkade, mer än till exempel vid depression eller ångest.

Förutom risken för att utveckla PTSD kan man säga att i princip alla psykiska problem kan utlösas eller försämrats av traumatiska upplevelser. De mest förekommande psykiska besvären i befolkningen är ångest och depression. Depression och ångest förekommer i ökad omfattning i samband med PTSD. Det finns dessutom en del kroppsliga besvär och/eller symptom som är förknippade med olika slag av stress. Till dessa hör bland annat förhöjt blodtryck och smärta i rörelseapparaten, men även hjärtsjukdom och MS (2–4). Sjukdomstillstånd som också kan utvecklas efter traumatisering kan omfatta ”medicinskt oförklarade” symptom. Denna term innebär endast att vi ännu inte förstår orsakerna eller inte är överens om tolkningen av symptomen (5, 6).

När man skall redovisa hälsoeffekter av rån är det viktigt att ha med i bilden att människor under sitt liv upplever en mångfald övriga påfrestningar. Således blir frågan om vissa typer av problem uppträder i större omfattning efter rån; inte allt eller inget.

Det kan också tänkas att hittills starka och motståndskraftiga individer med en mångfald belastningar bakom sig reagerar på ett rån med att få PTSD trots att de har klarat många traumatiska upplevelser tidigare i livet. Man kan här tala om en kumulativ effekt där ett rån kan bli droppen som får bägaren att rinna över.

En etablerad modell för att förstå sammanhanget mellan ett psykiskt trauma och hälsoeffekter är Yehudas och McFarlanes modell (7), som summerar att tidigare upplevelser, biologiska faktorer, miljön under traumatisering, och miljön där utläkning sker, allt är av betydelse.

Många forskningsprojekt har studerat olika hormoner och signalämnen (transmittorer) vid PTSD. I allmänhet har man funnit att cortisol – det mest undersökta stresshormonet som står för energimobilisering vid hot eller fara – har lägre blodkoncentrationer än normalt och att koncentrationen fluktuerar mindre än normalt. Eftersom koncentrationen av det styrande stresshormonet CRF (Corticosteroid Releasing Hormone) är förhöjd är detta lite märkligt (8). Det måste tolkas som att det finns en ”broms” aktiverad i systemet. Många av de med cortisol besläktade steroidhormonerna är knappast undersökta vare sig vid PTSD, psykiska sjukdomar eller vid andra stressrelaterade störningar. Det beror sannolikt på att de i allmänhet inte kan undersökas med rutinmetoder och därför är kostsamma att analysera. Vid IPM (Insti-

tutet för Psykosocial Medicin) har tidigare studier dock visat att koncentrationen av hormonet dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS) är förhöjd i blodet hos patienter med PTSD utan samtidig depression (9). Det är därför viktigt att följa upp detta fynd, dels på grund av att det är omdiskuterat och dels på grund av att DHEAS har en mångfald effekter i hjärnan. Bland annat är det kroppens egna ”anabola steroid”. Vid kroniskt trötthetssyndrom har man också funnit att ett flertal steroidhormoner är förändrade (10). Av dessa har de flesta aktivitet i hjärnan; de kallas därför ”neurosteroider”. Neurosteroider är steroidmolekyler som kan bildas i hjärnan och som förutom de vanliga effekterna av steroidhormoner också har direkta effekter på receptorer på målceller i hjärnan. Ett exempel är DHEAS som blockerar receptorerna för GABA, en av de viktigaste hämmande receptorerna i hjärnan. GABA-receptorn påverkas till exempel av de flesta läkemedel mot epilepsi.

Eftersom ett rån innebär en hälsorisk skall det i allmänhet anmälas som arbetsskada. Ett flertal företag och organisationer har utvecklat fasta rutiner för omhändertagande efter rån, och genom arbetsgivarens ansvarsförsäkring finns det även i en del fall medel avsatta för psykologiskt stöd till de drabbade i form av en kortare samtalsserie.

Det finns dock ingen garanti i det enskilda fallet för att dylika åtgärder förhindrar sjukdomsutveckling på längre sikt. Under många år har så kallad de-briefing i grupp använts efter katastrofer. Behandlingsformen kallas *Critical Incident Debriefing* och har ursprungligen utvecklats för användning inom militär, polis och räddningspersonal. Nyligen har en sammanställning av de få kontrollerade studier som gjorts publicerats av Cochrane-databasen (11). Den statistiska sammanställningen visade oväntat att debriefing hade ingen eller negativ effekt. Tolkningen av ett sådant resultat är inte så enkel. Det kan vara så att flertalet ändå har nytta av debriefing, men den kan ha haft negativ effekt på dem som mådde sämst och hade mest behov av hjälp. De mest chockade individerna som återigen exponeras för traumahändelsen utan att ha adekvata försvar eller trygghet i situationen tar skada och de märks mest i statistiken.

Det logiska alternativet är att försöka finna dem som behöver hjälp och ge den individuellt som en integrerad del av ett uppföljningsprogram efter rån. Det är så arbetet bedrivs i det program som har tagits fram vid Kris- och traumacentrum, Danderyds sjukhus. Detta stämmer väl med de riktlinjer för behandling som nyligen rekommenderades på basen av en kunskapssammanställning vid National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i London. (12).

Det har gjorts andra försök att förebygga att PTSD senare utvecklas hos personer som råkat ut för potentiellt traumatiska händelser. En strategi har varit att ge lugnande tabletter, så kallade bensodiazepiner, såsom Valium eller Sobril. Detta har visat sig ge negativ effekt; bensodiazepiner verkar leda till större risk att utveckla PTSD (13). Andra har föreslagit medicinering med betablockerande medicin som motverkar adrenalin (14). Adrenalin tycks spela en viktig roll i tidigt skede av sjukdomsutvecklingen. Det finns fram till nu få publicerade studier av förebyggande medicinering med betablockeraren propranolol som är den mest sannolika kandidaten i så fall (15). Andra strategier för att minska negativa hälsoeffekter av rån kan vara av mer förebyggande karaktär. En självklar strategi har varit att minska risken för rån med förbättrade säkerhetsrutiner, att uppmuntra allmänheten till att handla med kort i större omfattning, etc. En annan möjlighet är att försöka påverka socialt stöd inom arbetsgruppen, eller att som en del av arbetsmiljö- och säkerhetsutbildningen träna på hur man skall hantera ett eventuellt rån. Det är möjligt att enbart vetskapen om hur man skall förhålla sig vid ett rån har en skyddande effekt mot att utveckla den panik, rädsla eller hjälplöshet som tycks öka risken för att senare utveckla PTSD.

Syfte

Syftet med undersökningen var alltså att

- ♦ undersöka hälsoeffekter av rån med avseende på risken att utveckla PTSD, ångest och depression samt annan ohälsa.
- ♦ undersöka hur rån samspelar med andra traumatiska upplevelser för risken att utveckla PTSD.
- ♦ undersöka om arbetsmiljön har betydelse för eventuella symptom efter rån.
- ♦ undersöka om rån eller andra traumatiska upplevelser kan leda till kroppsliga sjukdomstillstånd i samband med, eller oberoende av, PTSD.
- ♦ undersöka hormonerna cortisol och DHEAS vid PTSD med salivprov.
- ♦ undersöka om personer som hade erhållit säkerhetsutbildning klarade sig bättre.
- ♦ intervjuva rånoffer om deras upplevelser för att om möjligt bättre förstå vad det innebär att bli utsatt för rån.

Genomförande

Studien var planerad som en fall/kontrollstudie av personer som råkat ut för rån respektive kontrollpersoner med liknande ålder, kön och yrke. För att säkerställa att rånerna hade en viss allvarlighetsgrad var tanken att rekrytera deltagarna via polisens register och rekrytera jämförelsepersoner via Statistiska Centralbyråns databaser. Stockholmspolisen ställde sig enligt uppgift positivt men vid juridisk granskning upptäcktes ett prejudikat som skulle hindra förfaringssättet. Polisen var därmed tvingad att själv genomföra undersökningen (vilket man inte var intresserad av). Om inte så skulle ärendet överklagas till regeringen. På polisens inrådan beslöt vi att överklaga till regeringen eftersom syftet med undersökningen var så tydligt allmännyttigt. Detta också på grund av att vi hade erfarenhet av att traumatiserade personer inte – som förväntat – blir negativt påverkade av uppmärksamhet, utan tvärtom gärna vill delta i forskning ifall det kan vara till hjälp för andra. Vi kunde också luta oss mot att Karolinska Institutets etiska kommitté hade godkänt vårt tillvägagångssätt. Överklagandet till regeringen var under behandling i nästan ett år innan ett avslag anlände strax före sommaren 2004. Tillvägagångssättet avslogs med

motiveringen att personer kunde bli upprörda av att få brev med polisen som avsändare, det skulle utgöra ett integritetsintrång.

Nu återstod ett från metodsynpunkt sämre alternativ, nämligen att göra en enkätstudie inom målgruppen. Risken med en enkätstudie, i jämförelse med en fall/kontroll-studie som planerats, är

- ♦ ett stort bortfall (= litet antal svar) gör det omöjligt att få svar på följande frågeställningar: hur många har drabbats av rån och hur många har PTSD inom målgruppen ”personer som arbetar inom handeln i Sverige”.

- ♦ ett stort bortfall skulle också kunna göra att man kan ifrågasätta andra fynd såsom sambandsanalyser inom den grupp som trots allt har svarat.

Fördelen med enkätstudier är att de är relativt enkla att genomföra. Med modern optisk lästeknik kan stora datamängder läsas in och analyseras med en rimlig tidsåtgång.

Enkäten (se Bilaga 5) omfattade frågor angående rån och andra potentiellt traumatiska händelser, säkerhetsutbildning, symptom på PTSD, ångest och depression. Det ingick också frågor om kroppslig hälsa, erhållen behandling vid eventuella traumatiska upplevelser, medicinering, alkohol, tobak, arbetsmiljö och slutligen en fråga om huruvida man kände sig hotad eller otrygg på sitt arbete till vardags. Enkäten avslutades med möjligheten att ge sitt tillstånd till att man blev kontaktad för intervju/provtagning och/eller medgivande för forskargruppen att samla registerdata för att analysera dessa tillsammans med enkätsvaren.

Enkäten var på sammanlagt 17 sidor. Den distribuerades av företaget Smartsoft efter att offerter hade inhämtats.

Metoder

Delstudie I

I delstudie I användes enkäten. För att säkerställa tillförlitligheten i de enkätsvar som pekade på att PTSD förelåg intervjuades de som medgivit kontakt och vilkas svarsmönster tydde på PTSD.

Delstudie II

Delstudie II omfattade fördjupade undersökningar av de deltagare som givit sitt tillstånd. Fall med PTSD och matchade kontrollpersoner fick lämna salivprov för analys av cortisol och DHEAS. Vidare utvaldes de som varit med om rån för djupanalys.

I delstudie II skickades provrör ut till de 35 som enligt svarsmönstret hade PTSD och 70 kontrollfall av samma ålder och kön. För cortisolinsamling var rören av typ Salivette med citronsyrebehandlad bomullstuss. DHEAS kan inte analyseras med denna metod, så för denna insamling skickades ett vanligt glaströr.

Samtidigt kontaktades de som hade uppgivit att de utsatts för rån och medgivit kontakt, för att man med kvalitativ metod skulle studera deras upplevelser och reaktioner. Denna del genomfördes som en psykologexamensuppsats.

Resultat

Delstudie I

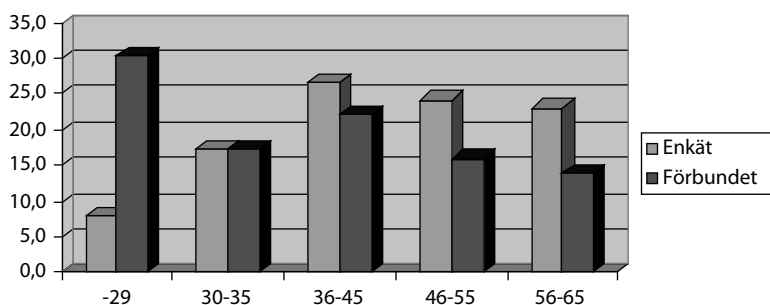
Deltagare

Enkäten skickades ut till 5000 medlemmar av Handelsanställdas förbund. En påminnelse skickades ut till dem som inte svarade inom en månad. På grund av att ett svarskuvert var i minsta laget uppkom en diskussion om huruvida detta kunde ha påverkat svarsfrekvensen och därför skickades ytterligare 1000 enkäter ut till en ny grupp, denna gång utan påminnelse.

I studien inkom sammanlagt 1730 ifyllda enkäter, svarsfrekvensen var således 28,8 %.

Av dem som svarade var 13,7 % män och 86,3 % kvinnor. Medelåldern bland männen var 43 år (s.d. 11); bland kvinnorna 45,5 år (s.d. 11,5).

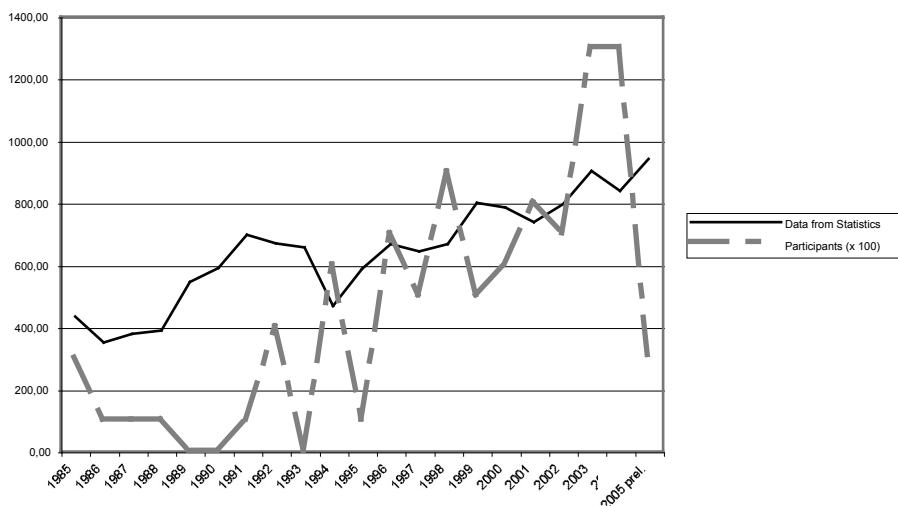
Endast ett fåtal deltagare gav oss tillstånd att kontakta dem (11,3 %) eller begära in registerdata (13,3 %).



Figur. 1. Åldersfördelningen bland deltagare i studien i jämförelse med data från Handelsanställdas förbund. Figuren visar att bortfallet är stort i den yngsta åldersgruppen.

Vad gäller representativitet återfinns den stora skillnaden i åldersgruppen 20–30 år. För övriga åldersgrupper tycks inga nämnvärda skillnader föreligga mellan dem som svarat och dem som inte svarat.

Inom gruppen av deltagare tycks utvecklingen av antal rån över tid vara jämförbar med statistiken för övrigt.



Figur 2. Trendkurva för butiks-rån. Den heldragna linjen representerar statistik från BRÅ, den punkterade utvecklingen bland deltagarna. Datainsamlingen i studien skedde februari–mars 2005.

Rån

115 av 1600 (7,2 %) uppgav att de hade varit utsatt för ett rån i sitt arbete (5,6 % av männen och 7,5 % av kvinnorna). Det fanns ingen signifikant skillnad vad gäller ålder. Av dem som hade varit med om rån hade 19,3 % symptom på PTSD jämfört med 9,8 % av övriga deltagare (OR 2,35, $p=0,001$). Med de strängare bedömningskriterierna för PTSD-diagnos hade 9,8 % av dem som varit utsatta för rån också PTSD, jämfört med 3,8 % av övriga (OR 2,74, $p=0,004$).

Livstidsprevalens av traumatiska händelser inom svarsgruppen

Enkäten omfattade, förutom frågan om rån, en checklista över typiska traumatiska händelser (16). Dessa kunde besvaras enligt följande kategorier: *hände mig, jag bevittnade det, jag hörde talas om det, vet ej, nej*. Dessutom fanns en kategori för om händelsen hade inträffat på jobbet.

Som framgår av Tabell 2 på nästa sida är rån den vanligast förekommande potentiellt traumatiserande händelsen på arbetsplatsen. Olyckshändelser i form av brand och annan allvarlig olyckshändelse utgör tillsammans enbart 3,9 % av de uppgivna händelserna. 57 % av dem som har markerat att de blivit rånade har också utsatts för fysiskt våld och vapenhot på arbetsplatsen. Nästan alla rapporterade vapenhot har inträffat på arbetsplatsen. Om man bortser från kategori 6 *Fysiskt våld* och 7 *Angripen med vapen*, som troligtvis är relaterade till rån eller hot, utgör rån 44,7 % av samtliga potentiellt traumatiserande händelser på arbetsplatsen.

	Hände mig	Bevittnade	Inträffade på arbetsplatsen
Rån			115 (7,2 %)
1. Naturkatastrof	84 (4,9 %)	47 (2,8 %)	2 (0,1 %)
2. Brand eller explosion	100 (5,9 %)	117 (6,9 %)	36 (2,1 %)
3. Transportolycka (med cykel, MC, bil, fartyg, tåg, flyg etc)	298 (17,5 %)	77 (4,5 %)	1 (0,1 %)
4. Annan allvarlig olycka i hemmet, på arbetsplatsen, el. på fritiden	69 (4,0 %)	74 (4,3 %)	31 (1,8 %)
5. Utsatt för farliga ämnen (kemiska el. strålning)	20 (1,2 %)	2 (0,1 %)	10 (0,6 %)
6. Fysiskt våld (angripen, sparkad el. misshandlad)	151 (8,9 %)	44 (2,6 %)	43 (2,5 %)
7. Angripen med vapen (skjuten, knivhuggen, hotad med kniv/annat vapen el. bomb)	60 (3,5 %)	18 (0,8 %)	64 (3,8 %)
8. Sexuellt våld (våldtäkt, våldtäktsförsök, tvingad till sex. handling under våld el. hot	39 (2,3 %)	5 (0,3 %)	1 (0,1 %)
9. Andra oönskade el. obehagliga sexuella upplevelser	88 (5,2 %)	5 (0,3 %)	12 (0,7 %)
10. Deltagit i strid under krig eller vistelse i krigszon	12 (0,7 %)	2 (0,1 %)	--
11. Fångenskap (kidnappad, bortförd, tagen som gisslan el. krigsfånge)	7 (0,4 %)	2 (0,1 %)	2 (0,1 %)
12. Livshotande sjukdom el. skada	81 (14,7 %)	160 (9,4 %)	4 (0,2 %)
13. Svårt mänskligt lidande	63 (3,7 %)	91 (5,3 %)	3 (0,2 %)
14. Ond bråd död (t ex självmord el. mord)	58 (3,4 %)	41 (2,4 %)	7 (0,4 %)
15. Plötsligt oväntat dödsfall hos närstående	467 (27,4 %)	92 (5,3 %)	6 (0,4 %)
16. Allvarliga skada, lidande el. dödsfall som du var vållande till	7 (0,4 %)	--	1 (0,1 %)
17. Annan påfrestande händelse el. upplevelse	318 (18,7 %)	48 (2,8 %)	37 (2,2 %)

Tabell 2. Traumatiska händelser bland deltagarna

Man ser också att deltagarna rapporterar ett stort antal potentiellt traumatiska upplevelser, av vilka de har flesta skett utanför arbetsplatsen. Den samlade poängen för självupplevda och bevittnade traumatiska händelser är hög. Det är endast 36,4 % som inte har rapporterat någon traumatisk händelse

från de 17 kategorierna. Fördelningen av antalet traumatiska händelser ses i Figur 3.

Antalet rapporterade potentiellt traumatiska händelser utanför arbetsplatsen är 1656, på arbetsplatsen 375 (22,6 % av samtliga).

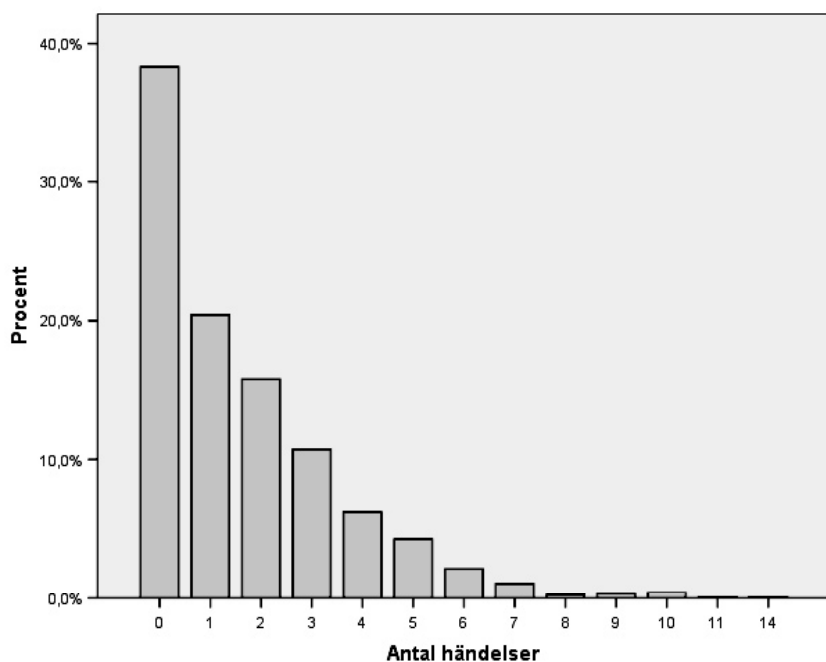
Sambandet mellan ålder och antalet rapporterade händelser var negativt ($Rho = -0,153$, $n=1547$, $p=0,000$). Yngre personer rapporterade således fler potentiellt traumatiska händelser.

Eftersom en stor del av deltagarna kryssade för restkategorin (Bilaga 6, fråga 17, *Annan påfrestande händelse eller upplevelse*), undersöktes vad denna innehöll. I Tabell 3 redovisas resultatet av analysen av kategori 17. De teman som redovisas är de händelser eller upplevelser som minst tio individer rapporterade i denna kategori. Resultatet bygger på svar från 269 individer.

Händelse/upplevelse	Antal
Dödsfall – släkting eller vän	70
Sjukdom/skada – släkting eller vän	60
Egen skilsmässa	40
Kränkning av personlig integritet	29
Familjekonflikt	27
Egen sjukdom/skada	25
Egen psykisk sjukdom/besvär	21
Komplicerad förlossning/kejsarsnitt	19
Olycka hem/fritid	18
Arbetsrelaterade problem	18
Kortvarig misshandel/hot/rån/mobbning	18
Fysiskt våld	13
Förlorat ett barn/dödfött barn/handikappat barn/sent missfall	12
Pågående påfrestande orsak	11
Bevittnat våld/terror/naturkatastrof/själv mord	10
Långvarig misshandel/hot/mobbing	10

Tabell 3. Annan påfrestande händelse eller upplevelse

Som framgår av Tabell 3 sammanföll många av de redovisade händelserna med de övriga 16 kategorierna. Kategori 17 har därför analyserats ”på lika fot” med övriga potentiellt traumatiserade händelse. Figur 3 visar antalet rapporterade självupplevda händelser.



Figur 3. Självupplevda traumatiska händelser

Förekomsten av PTSD, ångest och depression inom undersökningsgruppen

Eftersom förekomsten av psykisk ohälsa bygger på självskattningsmätt (PTSD checklist och HSL-25 [Hopkins Symptom Checklist, 25 item version]) finns det en viss osäkerhet i skattningen.

PTSD-diagnosen validerades genom att kontrollera den mot en strukturerad klinisk intervju, SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders) för PTSD, bland de deltagare som givit sitt tillstånd.

Skalorna visade sig fungera bra enligt reliabilitetstest (PTSD checklist; Cronbach Alfa 0,94, HSL-25 Ångest; 0,88, HSL-25 Depression; 0,90).

Av dem som låg över gränsvärdet 44 för PTSD uppfyllde 65,6 % dessa kriterier vid telefonintervju (vilket motsvarade förväntningarna). Om man valde gränsvärdet 50 med en något strängare analysmetod, högre symptombelastning och med kravet att profilen på symptomen också skulle vara uppfylld, blev siffran för överensstämmelse med klinisk diagnostik 72,2 %. Man kan därför utgå ifrån att det verkliga antalet PTSD-fall med självskattningsmått är ungefär 2/3 vid gränsvärdet (cut-off) 44 och 72 % om man använder det strängare kriteriet.

Med gränsvärde 44 blir prevalensen (förekomsten) av PTSD 10,1 % och med cut-off 50 och med ”profilkriteriet” blir prevalensen 4,3 %. Uppskattningsvis blir förekomsten av PTSD hos de personer som svarat på enkäten därför lågt räknat 3 %. Prevalensen för trolig ångeststörning blir 5,3 % och för depression 5,5%.

Sambandet mellan rån och psykisk ohälsa

Av dem som uppgav att de varit med om rån på sin arbetsplats låg 14,2 % över gränsvärdet 44 (det ”lägre värdet”) för PTSD jämfört med 6,6 % av övriga. Risken (Odds Ratio) för att ha utvecklat PTSD efter rån var 2,3 gånger större ($p=0,001$) än om man inte varit med om ett rån. Med det strängare kriteriet var risken 2,7 gånger större ($p=0,004$). Vad gäller ångest var risken att ha en PTSD-diagnos 2,1 gånger större ($p=0,023$) efter rån. För depression fanns det inget signifikant samband.

För undergruppen som sammanlagt i checklistan hade uppgivit ingen eller en traumatisk händelse förutom rån, fanns det en tydlig effekt av rån på självskattningsmått för PTSD ($n=35/712$; Mann-Whitney U, $Z=-2,074$, $p=0,038^*$). Det fanns däremot inget samband mellan rån och ångest- eller depressionspoäng i denna grupp.

Betydelsen av ålder vid rånet

Inom gruppen som hade utsatts för rån fanns det inget samband mellan PTSD-symptom och ålder, men för ångest fanns det ett samband i det att de yngsta hade högre självskattad ångest ($Rho -0,282$, $p=0,005$).

Rån och andra traumatiska händelser, relativa risker för PTSD, ångest och depression

I Tabell 4 presenteras den relativa risken för PTSD enligt två beräkningsmetoder. Den relativa risken (Odds Ratio) innebär risken för att uppfylla kriterierna för PTSD om man har rapporterat en viss händelse, jämfört med om man inte har rapporterat den. Händelsen kan vara markerad som *Hände mig* eller i vissa fall *Bevittnade*. Man kan se att risken att utveckla symptom ibland är större om händelsen bevittnats, exempelvis vid en allvarlig trafikolycka.

Kategori av händelse				
	OR för PTSD-symptom >44 poäng	Sig-nifi-kans-nivå	OR för PTSD-symptom >50 poäng	Sig-nifi-kans-nivå
Rån	2,347	0,001	2,736	0,004
Grovt rån (vapenhot markerad samma år)	4,134	0,000	4,978	0,014
1. Naturkatastrof (t.ex. översvämning, orkan)	1,647	n.s.	1,614	n.s.
2. Brand eller explosion	2,746	0,000	1,658	n.s.
3. Transportolycka (med cykel, MC, bil, tåg, fartyg etc.)	1,745	0,004	1,868	0,028
– bevittnade	2,674	0,001	--	
4. Annan allvarlig olycka i hemmet, på arbetsplatsen el. på fritiden	2,245	0,01	2,557	0,031
5. Utsatt för farliga ämnen (kemiska ämnen el. strålning)	1,004	n.s.	2,584	n.s.
6. Fysiskt våld (bli angripen, slagen, sparkad el. misshandlad)	3,083	0,000	3,279	0,000
– bevittnade	2,641	0,009	2,572	n.s.
7. Angripen med vapen (skjuten, knivhuggen, hotad med kniv/annat vapen el. bomb)	4,493	0,000	3,796	0,001
– bevittnade	1,651	n.s.	1,918	n.s.
8. Sexuellt våld (våldtäkt, våldtäktsförsök, tvingad till sexuell handling under våld el. hot)	6,746	0,000	6,319	0,000
9. Andra oönskade eller obehagliga sexuella upplevelser	3,662	0,000	3,579	0,000
10. Deltagit i strid under krig el. vistelse i krigszon	5,279	0,003	--	

11. Fångenskap (kidnappad, bortförd, tagen som gisslan el. krigsfånge)	--		--	
12. Livshotande sjukdom el. skada	1,673	n.s.	2,853	0,006
– bevittnade	1,931	0,004	1,090	n.s
13. Svårt mänskligt lidande	3,816	0,000	5,742	0,000
-bevittnade	2,594	0,000	2,477	0,018
14. Ond bråd död (t.ex. självmord eller mord)	4,612	0,000	5,306	0,000
– bevittnade	4,451	0,000	5,890	0,000
15. Plötsligt oväntat dödsfall hos närstående	2,097	0,000	2,084	0,004
16. Allvarlig skada, lidande el. dödsfall som du var vållande till	23,345	0,000	4,627	n.s.
17. Annan påfrestande händelse el. upplevelse	4,660	0,000	5,136	0,000

Tabell. 4. Relativa risker för poäng över cut-off samt signifikanta värden (Chi2). Värden presenteras både för cut-off >44 och för cut-off >50 samt PTSD-profil. Fet stil markerar signifikanta värden.

Risken att ha skattning över cut-of för ångest respektive depression presenteras i Tabell 5. Det framgår att sambanden i allmänhet är mindre starka än för PTSD (jämför Tabell 4).

Kategori av händelse				
	Relativ risk för ångeststörning	Signifikansnivå	Relativ risk för depression	Signifikansnivå
Rån	2,127	0,023	1,176	n.s.
Grovt rån	3,210	0,051	1,380	n.s.
1. Naturkatastrof (t.ex. översvämning, orkan)	1,214	n.s.	1,433	n.s.
2. Brand eller explosion	1,930	n.s.	1,364	n.s.
3. Transportolycka (med cykel, MC, bil, tåg, fartyg etc.)	1,576	n.s.	1,817	0,016
– bevittnade	1,015	n.s.	2,174	0,043
4. Annan allvarlig olycka i hemmet, på arbetsplatsen el. på fritiden.	1,478	n.s.	1,10	n.s.
5. Utsatt för farliga ämnen (kemiska ämnen el. strålning)	0,906	n.s.	0,921	n.s.

6. Fysiskt våld (bli angripen, slagen, sparkad el. misshandlad)	2,921	0,000	2,601	0,001
7. Angripen med vapen (skjuten, knivhuggen, hotad med kniv/annat vapen el. bomb)	2,152	n.s.	1,662	n.s.
8. Sexuellt våld (våldtäkt, våldtäktsförsök, tvingad till sexuell handling under våld el. hot)	5,296	0,000	6,977	0,000
9. Andra oönskade eller obehagliga sexuella upplevelser	1,380	n.s.	4,722	0,000
10. Deltagit i strid under krig el. vistelse i krigszon	--		--	
11. Fångenskap (kidnappad, bortförd, tagen som gisslan el. krigsfånge)	--		--	
12. Livshotande sjukdom el. skada	1,231	n.s.	2,047	0,062
- bevittnade	1,413	n.s.	1,338	n.s.
13. Svårt mänskligt lidand	4,317	0,000	6,461	0,000
-bevittnade	1,843	n.s.	2,035	0,051
14. Ond bråd död (t.ex. självmord eller mord)	2,704	0,014	4,101	0,000
15. Plötsligt oväntat dödsfall hos närstående	2,501	0,000	2,093	0,001
16. Allvarlig skada, lidande el. dödsfall som du var vållande till	3,068	n.s.	13,954	0,005
17. Annan påfrestande händelse el. upplevelse	3,810	0,000	3,511	0,000

Tabell 5. Relativa risker för att ha poäng över cut-off för ångest respektive depression samt signifikansvärden (Chi2). Fet stil markerar signifikanta värden.

.

Självskattad PTSD och funktionsnivå

Självskattningsinstrumentet PSOM (Positive States of Mind) användes för att få en uppfattning om hur deltagarna tyckte att de fungerade.

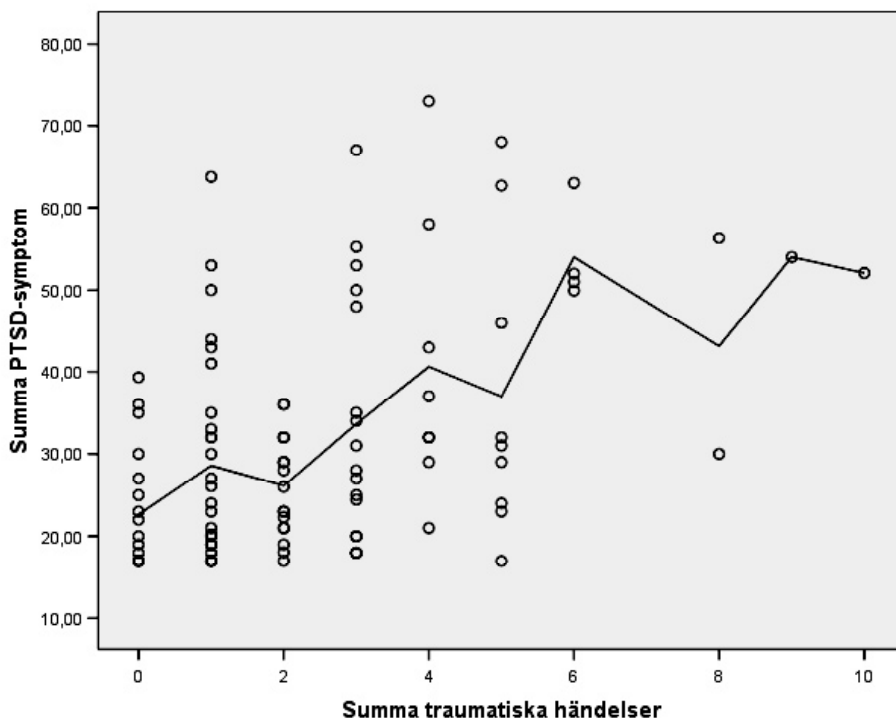
Skalan ställer frågor om förmåga till uppmärksamhet, produktivitet, att ta ansvar, avkoppling/vila, njutning och social gemenskap. Reliabiliteten var god (Cronbach Alfa 0,90). Ju bättre man fungerar, ju högre poäng får man. Max

poäng är 18. Deltagare med PTSD (>44) hade i snitt 10,44, övriga hade 14,08 (Mann-Whitney U, $Z=-11,53$, $p=0,000$). Deltagare med de strängare kriterierna för PTSD hade 9,63 i snitt på denna skala. De största skillnaderna uppmättes på frågorna angående avkoppling/vila och social gemenskap.

Samverkan mellan tidigare belastningar och rån

Även om det tidigare har beskrivits att individer som har varit med om *enbart* rån har signifikant högre självskattningspoäng för PTSD, finns det i denna grupp bara en individ som ligger över cut-off. Det är tydligt att risken att utveckla PTSD efter ett rån har samband med tidigare negativa upplevelser. För att undersöka betydelsen av rån i den samlade bilden gjordes en logistisk regression där enbart händelser som hade signifikant samband med PTSD i Tabell 3 ingick.

En variabel beräknades på basen av de tyngsta händelserna, ifall dessa hade registrerats före det år då rånet inträffade. De ”tyngsta” händelserna, de som föll ut signifikant ($p<0,10$) i den samlade bilden, var *brand/explosion*, *sexuellt våld*, *oönskade sexuella upplevelser*, *svårt mänskligt lidande*, *ond bråd död*, *bevittna ond bråd död*, och *annan händelse*. Ett index beräknades utifrån summan av dessa händelser ifall de hade rapporterats före rånet. Se Figur 4 nedan.



Figur 4. Summa övriga traumahändelser och PTSD-symptom hos deltagare som varit med om rån (Spearman's Rho 0,51, $p=0,000$).

Med andra ord, även om inte alla får PTSD efter ett rån, kan ett rån som drabbat redan belastade bli en utlösande faktor för en allvarlig kronisk sjukdom som PTSD ju kan vara.

Säkerhetsutbildning

I en rapport från Handelsanställdas förbunds utredningsgrupp (Vedin 2003) noteras att säkerhetsutbildningen för de anställda är bristfällig. En förbättring över tid kunde dock ses. I rapporten svarade drygt 40 % ja på frågan om man erhållit säkerhetsutbildning. I vårt enkätmaterial är siffran högre; drygt 60 % har svarat ja på samma fråga. Av männen var det 100/208, 48 %, som hade

fått säkerhetsutbildning. Bland kvinnorna var siffran högre, 829/1332, 62,2 %. Skillnaden var signifikant (Chi2 14,97, p=0,000).

Samband säkerhetsutbildning och frekvens av PTSD

Frågan om säkerhetsutbildning ska ställas i relation till att av dem som blivit utsatta för rån och har genomgått säkerhetsutbildning så uppfyller 13 % symptomnivån för PTSD (enl. PTSD-checklist, cutoff <44). Har man inte genomgått säkerhetsutbildning och blir utsatt för rån uppfyller 22 % symptomnivån. Skillnaden är inte signifikant; men indelning i undergrupper för varje nivå av övriga traumahändelser gav vid handen att Odds Ratio hela tiden var högre i de tio grupper som det var meningsfullt att analysera (teckentest; p= 0,0009). Frågan om säkerhetsutbildningens betydelse har analyserats med hänsyn till kön, ålder och alla andra relevanta karakteristika som var möjliga att analysera. Det har dock inte varit möjligt att finna signifikanta samband.

Rån i samband med arbetet			PTSD; stränga kriterier		Totalt
			Nej	Ja	
Nej	Säkerhetsutbildning	Nej	498	29	527
		Ja	784	23	807
	Totalt		1282	52	1334
Ja	Säkerhetsutbildning	Nej	37	4	41
		Ja	54	4	58
	Totalt		91	8	99

Tabell 6. Samband mellan säkerhetsutbildning och frekvens av PTSD.

Individer som *ej* varit med om rån hade lägre förekomst av PTSD än de som uppgav säkerhetsutbildning (Chi2 5,99, p=0,014). Detta mönster kunde inte återfinnas i gruppen som hade varit med om rån (Chi2=0,26, p=0,72, Fisher’s Exact Test).

På grund av att man inte kunde se ett direkt samband mellan säkerhetsutbildning och minskad PTSD-frekvens – även om det tycktes finnas ett indirekt sådant samband – undersöktes om de som hade fått säkerhetsutbildning skilde sig i något avseende från dem som inte hade fått sådan utbildning.

Den samlade traumabelastningen var inte signifikant högre hos de säkerhetsutbildade. Däremot rapporterade dessa deltagare signifikant fler trafik-

olyckor och vapenhot och att de oftare hade bevittnat svårt mänskligt lidande. Åldern vid vapenhot var starkt korrelerad till åldern vid rån (Pearson, 0,987, $p=0,000$). Med andra ord var det förmodligen samma incident som svaren avsåg.

Vad gäller *trafikolyckor* låg dessa i genomsnitt 13,3 år före rån i de fall där båda händelserna rapporterades ($n=24$, 13,3, s.d. 16,1). Innebörden kan vara att denna upplevelse kan ha gjort individen mer riskmedveten och mer benägen att delta i säkerhetsutbildning.

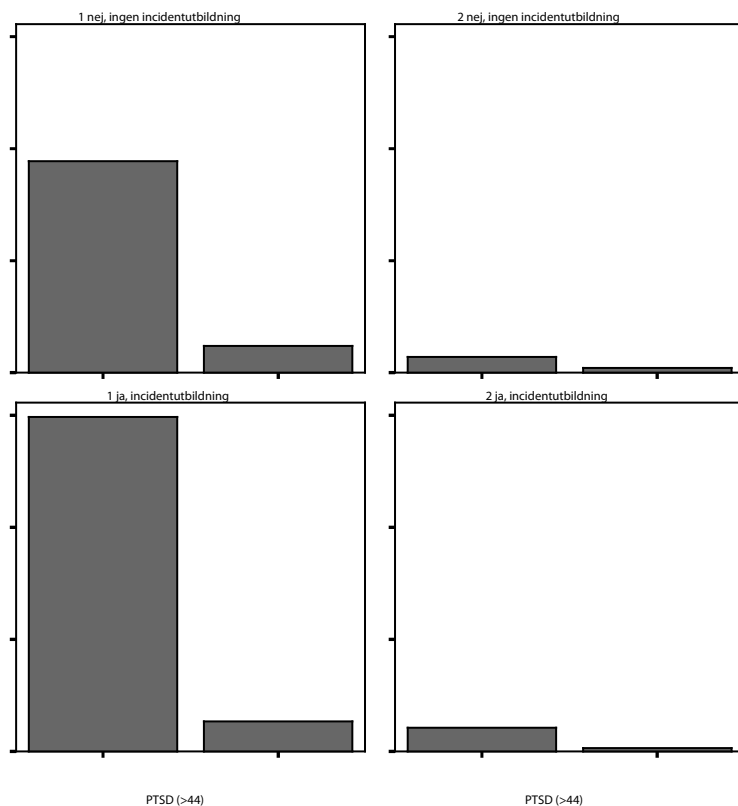
För kategorin *svårt mänskligt lidande* fanns det endast sju fall som rapporterade både rån och händelsen i fråga. Även här låg händelsen före rån i tid ($n=7$, 20,9, s.d. 12,5).

PTSD-symptom var lika vanliga i båda grupperna, men på delskalenivå fanns det tre frågor som skiljde sig signifikant mellan personer med respektive utan säkerhetsutbildning. Följande symptom, som ingår i C-symptomen på PTSD, var signifikant vanligare bland dem som inte deltagit i säkerhetsutbildning: *förlust av intresse* ($Z=-2,10$, $p=0,035$), *känsla av utanförskap* ($Z=-2,13$, $p=0,033$) och *avsaknad av framtidsinriktning* ($Z=-2,03$, $p=0,037$). Med andra ord skattade dessa individer lägre på förmåga att ordna för sig själva och upplevde ett större utanförskap.

Bland personer som deltagit i säkerhetsutbildning var det signifikant fler än bland övriga som uppfattade sin arbetssituation som otrygg ($Z=-4,59$, $p=0,000$). Bland dem som inte deltagit i utbildning var det 18,7 % som någon gång känt sig hotade eller otrygga, medan det bland dem som hade genomgått säkerhetsutbildning var 27 % som ansåg detta.

Analysen visade för övrigt inga skillnader mellan personer som hade respektive ej hade deltagit i säkerhetsutbildning med avseende på PTSD-symptom, ångest, depression, självskattad funktionsnivå, ålder, ålder vid rån, rån-tidpunkt eller upplevt socialt stöd på arbetsplatsen.

Med andra ord är det troligt att individer som tidigare har varit med om kritiska incidenter är mer benägna att delta i säkerhetsutbildning, och att personer som inte deltar känner mer utanförskap och avsaknad av framtidsinriktning. När händelsen inträffar kan den individuella sårbarheten och bristen på förberedelse påverka situationen mer än säkerhetsutbildningen. Detta utgör i sig ett argument för aktiva åtgärder för att alla skall få ta del av säkerhetsutbildning, förutsatt att denna är genomtänkt och välorganiserad. De som arbetar i en miljö präglad av hot och otrygghet har i större omfattning erhållit säkerhetsutbildning vilket gör att det blir svårare att visa en direkt effekt av själva utbildningen. Se Figur 5 .



Figur 5. Säkerhetsutbildning förekommer tillsammans med mindre antal PTSD-fall inom gruppen utan rån jämfört med gruppen som varit med om rån. PTSD-kriterierna är här cut-off 44.

		Känner du dig hotad/otrygg på arbetet				
		Aldrig	Sällan	Ibland	För det mesta	Totalt
Säkerhetsutbildning	Nej	258	192	104	2	556
	Ja	309	315	239	4	867
Totalt		567	507	343	6	1423

Tabell 7. Samband mellan att ha fått säkerhetsutbildning och självrapporterad känsla av hot eller otrygghet på arbetet ($Z = -4,59$, $p = 0,000$).

Tolkningen är därför

- ♦ att ”deltagande i säkerhetsutbildning” inte är tillräckligt specifikt för att fånga upp en eventuell skillnad; det kan till exempel innebära att man har tränat, men också att man har deltagit i undervisning på Internet.
- ♦ att benägenheten att bejaka säkerhetsutbildning kan bero på minnesfunktion. Angående samband mellan arbetsmiljöfaktorer och rån/PTSD/säkerhetsutbildning, se nedan.

Psykiska besvär bland deltagarna

Fram tills nu har vi relaterat deltagarnas psykiska besvär till tidigare traumatiska livshändelser. Hittills kan det fastställas att det finns starka samband mellan PTSD, ångest och depression å ena sidan och traumatiska upplevelser å den andra.

Emellertid skall det lyftas fram att den undersökta gruppen inte på något sätt skiljer sig från befolkningen i stort. Enligt PART-studien, som är en epidemiologisk undersökning av psykisk ohälsa i Stockholms län, lider till exempel 6,7 % (män 5,5 %, kvinnor 7,7 %) av befolkningen av en ångeststörning och 9,8 % (män 8,6 %, kvinnor 10,8 %) av depression. Även om metoderna inte är helt jämförbara finns det ingen anledning att tro att grupperna skiljer sig. I PART-studien ingick inte kartläggning av PTSD. I studier, i vilka samma instrument använts som i denna, har man funnit att förekomsten av ångest är 16,6–22,2 % och av depression 8,9–17,0 % i olika åldersgrupper (17). I den senare studien registrerades också PTSD med ett annat instrument som visade att PTSD förelåg hos 0,0–0,3 % bland svenska kvinnor. Med andra ord har deltagarna i denna studie högre förekomst av PTSD men lägre förekomst av ångest och depression än normalbefolkningen.

Somatiska besvär

Att undersöka sambandet mellan potentiellt traumatiska livshändelser och kroppslig hälsa är ett delvis nytt forskningsfält (18, 19). Emellertid finns det väl genomförda undersökningar som visar att det finns tydliga samband; med andra ord är det sannolikt att människor utvecklar kroppsliga sjukdomar eller symptom efter traumatiska händelser. Det finns till exempel studier som visar att jordbävningar leder till ökad förekomst av hjärtdöd och ändrar balansen mellan infektioner och allergier (3,4).

Traumatiska upplevelser kan leda till psykosomatiska – stressrelaterade sjukdomar. Exempel på vanliga psykosomatiska sjukdomar är allergier, ökad infektionsbenägenhet, magsår och högt blodtryck. Det finns undersökningar som visar att hjärtinfarkt, MS och psykiska besvär ökar hos personer som förlorat ett barn, till exempel (2).

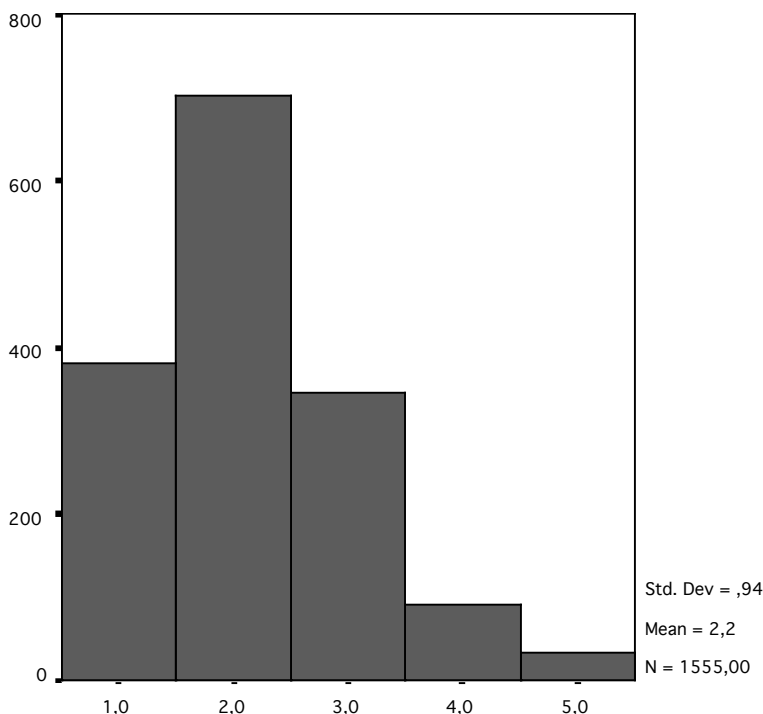
Dessutom är det känt att medicinskt oförklarade symptom, d.v.s. kroppsliga besvär som läkaren inte finner någon förklaring till, ökar efter traumatiska livshändelser (2). Självskattningsinstrument för ”Somatoform Dissociation” visar förhöjda poäng hos patienter med PTSD och så kallad dissociativ störning (20). Dissociativ störning förekommer oftare hos individer med traumatiska barndomsupplevelser än hos andra.

I enkäten ingick uppgifter om genomgången behandling för ett antal kroppsliga sjukdomar. En fråga om regelbunden medicinering ingick också, vilket gjorde det möjligt att undersöka delvis andra samband: typ av medicinering gör det i vissa fall möjligt att undersöka samband med andra sjukdomar än dem som omfattades av frågeformuläret.

En tredje informationskälla var en fråga i vilken deltagaren själv fick välja vilken traumatisk händelse som skulle avhandlas; presumptivt den viktigaste ur det egna perspektivet. En följdfråga handlade om besvär som hade uppkommit eller försämrats efter händelsen. Dessa kodades och analyserades enligt en kvalitativ (fenomenografisk) metod av Caroline Berglund.

Självrapporterad sjukdom

Flertalet ansåg att deras hälsotillstånd var gott eller någorlunda gott.



Figur 6. Hälsotillståndet under de senaste tre månaderna. 1. Mycket gott, 2. Ganska gott, 3. Någorlunda, 4. Ganska dåligt, 5. Dåligt.

Sambandet mellan rån och aktuell respektive tidigare kroppslig sjukdom

En enkätfråga var formulerad: *Går Du nu, eller har Du tidigare varit under läkarvård för/ har läkare ställt diagnos på någon eller några av följande sjukdomar?* Sedan presenterades 13 grova diagnoskategorier och för varje kategori analyserades sambandet mellan traumahändelser/nuvarande eller tidigare sjukdom.

Det fanns inget samband mellan rån och en diagnos under de senaste tre månaderna. Om man bara ser till rån de senaste fem åren fanns det ej heller några samband med rån och de sjukdomsgrupper som fanns medtagna i frågeformuläret. *Rån och tidigare sjukdom* visade däremot ett signifikant samband

för 2/12 möjliga (16,6 %); *tidigare astma* eller *kronisk luftvärskatarr* samt *tidigare nervösa besvär*. 18,7 % av de rånade uppgav *tidigare astma/luftvärskatarr* mot 10 % av övriga och 11,5 % uppgav *tidigare nervösa besvär* mot 5,4 % av övriga.

Samband mellan uppgiven diagnos och antal traumatiska upplevelser undersöktes (se Tabell 8). Det fanns vidare signifikanta samband *mellan nuvarande sjukdom* och tre sjukdomskategorier: *rygg/ledbesvär*, *nervösa besvär* och *annan sjukdom*. För *tidigare sjukdom* och traumapoäng fanns det signifikanta samband i 10/12 kategorier; undantagen var *hjärt-kärlsjukdom* och *diabetes*.

Går du nu el. har du tidigare varit under läkarvård för alt. har läkare ställt diagnos på någon el. några av följande sjukdomar?						
Sjukdomskategori	Senaste tre månaderna			Tidigare		
	Ja/ Totalt	Antal själv- upplevda händel- ser	Signi- fikans (Spear- man)	Ja/ Totalt	Antal själv- upplevda händel- ser	Signifi- kans
Hjärt/kärlsjukdom	47/ 1388	2,00/ 1,90	0,585	56/ 1203	2,05/ 1,89	0,256
Högt blodtryck	107/ 1388	1,79/ 1,90	0,754	180/ 1241	2,14/ 1,88	0,003
Astma, kroniskt luftvärskatarr	47/ 1388	3,40/ 1,86	0,133	128/ 1203	3,41/ 1,77	0,000
Magsår/magka- tarr/tarmkatarr	51/ 1365	2,26/ 1,89	0,086	287/ 1239	2,71/ 1,71	0,000
Njursjukdom/urin- vägsjukdom	30/ 1377	2,85/ 1,88	0,118	220/ 1222	2,64/ 1,76	0,000
Hösnuva	28/ 1377	3,62/ 1,87	0,06	147/ 1203	2,49/ 1,83	0,012
Hudsjukdom	45/ 1385	1,75/ 1,90	0,618	1,96/ 1216	2,58/ 1,80	0,000
Svåra rygg- el. ledbesvär	47/ 1380	2,69/ 1,84	0,03	357/ 1252	2,59/ 1,69	0,000
Diabetes	27/ 1400	1,89/ 1,90	0,817	36/ 1195	2,00/ 1,89	0,674
Nervös sjukdom	37/ 1395	3,64/ 1,86	0,001	72/ 1195	3,15/ 1,84	0,000
Övre luftvägs- infektion	41/ 1385	3,10/ 1,86	0,134	168/ 1196	3,24/ 1,72	0,000
Annan sjukdom	124/ 1364	3,17/ 1,80	0,000	278/ 1206	2,80/ 1,70	0,000

Tabell 8. Antalet upplevda händelser ("traumapoäng") i relation till diagnoskategorier.

Analysen styrker därför att det finns ett samband mellan psykisk traumatisering och självrapporterad kroppslig sjukdom som har lett till läkarkontakt. För att kontrollera om ålder kunde ha påverkat resultaten (ålder ökar sannolikheten både för traumatiska händelser och för sjukdomsdiagnoser) gjordes en stegvis regressionsanalys med traumapoäng som utfall. Ålder och i nästa steg diagnosgrupperna utgjorde oberoende variabler. Efter denna analys kvarstod *tidigare övre luftvägsinfektion* ($p=0,000$), *tidigare annan sjukdom* ($p=0,016$), *tidigare astma/kron. luftrörskatarr* ($p=0,000$), *tidigare svåra rygg- el. ledbesvär* ($p=0,001$), *nervös sjukdom senaste tre månaderna* ($p=0,001$), *annan sjukdom senaste tre månaderna* ($p=0,004$) och *tidigare njursjukdom/urinvägssjukdom* ($p=0,03$) som signifikanta.

Den förklarade variansen i traumapoäng (R^2) ökade från 0,013 till 0,152.

Efter uppdelning i åldersgrupper fanns ett mönster som redovisas i Tabell 9, Bilaga 1.

I en del fall är det möjligt att sjukdomen är densamma som den traumahändelse som deltagarna har rapporterat. (Se Tabell 5 sid. 31-32.) Detta kan gälla till exempel kategori 12 *livshotande sjukdom eller skada* och kategori 17 *annan påfrestande händelse*. I en del fall är det mindre sannolikt, som till exempel kategori 8, *våldtäkt eller sexuellt våld*, kategori 4 *annan allvarlig olycka* och kategori 14 *plötsligt oväntat dödsfall*, där 4/8 signifikanta kategorier handlar om att ha *bevittnat olika händelser*.

Eftersom deltagarna huvudsakligen var kvinnor innebar det svårigheter att analysera effekten hos män för sig. Men när detta gjordes framstod följande mönster: Hos männen hade åldersfaktorn ingen betydelse för antalet traumapoäng och de sjukdomsmönster som var signifikanta var: *högt blodtryck senaste tre månaderna* ($p=0,035$), *svåra rygg- eller ledbesvär senaste tre månaderna* ($p=0,000$) och *tidigare astma/kronisk luftrörskatarr* ($p=0,001$).

Det gjordes en analys av vilka traumahändelser som eventuellt kunde förekomma i ökad omfattning hos personer som "skattade sig i" olika sjukdomsgrupper. Dessa var: att ha upplevt eller bevittnat kategori 4, *annan allvarlig olycka*, kategori 8, *sexuellt våld*, kategori 12, *livshotande sjukdom eller skada*, kategori 14, *ond bråd död* och kategori 17, *annan påfrestande händelse*. Dessa var signifikant överrepresenterade i respektive kategori 6, 7, 8 och 10. Sammanlagt var 15,7 % av förväntade kategorier signifikanta med en signifikansnivå på 0,05. Med andra ord var det tre gånger vanligare än förväntat att somatiska symptom förekom i samband med specifika traumatiska erfarenheter.

Sambandet mellan PTSD och kroppslig sjukdom

Som inledningsvis har nämnts finns det forskning som pekar på att PTSD är förknippad med ökad förekomst av kroppslig sjukdom. Sambandet mellan PTSD-diagnos och rapporterade sjukdomar analyserades därför. Kategorierna är grova och analyserna kan därför endast ge en fingervisning. Å andra sidan handlar frågorna om läkardiagnostiserade sjukdomar. Alla kategorierna innebär en ökad risk, även om inte alla är signifikanta.

I Tabell 9 (Bilaga 1) presenteras relativ risk för att ha rapporterat en kroppslig sjukdom vid PTSD med två olika kriterier, dels med det vanliga cut-offvärdet, dels med krav på typisk profil och det högre cut-offvärdet som visat en större specificitet.

Man kan invända att alla sjukdomstillstånd ökar med ökande ålder, men detta är inte fallet med PTSD-symptom som i denna studie har en negativ korrelation med ålder ($n=1572$, Spearman's $Rho=0,13$, $p=0,000$). Deltagare med cut-off 44 var i snitt två år yngre (42,8 resp. 44,89, $p=0,037$) än övriga, men när de strängare kriterierna användes (cut-off 50 + profilkriterier) var skillnaden inte signifikant.

Medicinering

Av respondenterna besvarade 1546 frågan om huruvida de tog medicin regelbundet. 30,6 % svarade ja på frågan. Medicinerna klassificerades vidare efter farmakologisk grupp; endast få grupper innefattade mer än 20 individer, se Tabell 10 nästa sida.

Medicingrupp	Antal	S:a	Medicingrupp	Antal	S:a
Antikoagulantia inkl. ASA	29		Thyroxin	50	
Diuretika	41		Samtliga immunologiska	26	
Betareceptorblockerare (C7)	80		NSAID	43	
Kalciumantagonister (C8)	22		Paracetamol	20	
Angiotensin II-antagonister (C9)	20		SSRI	58	
Summa C 7, 8, 9		115	Betastimulerare (inhalation)	23	
Summa hjärt-kärlmediciner		165	Glucocorticoider (inhalation)	21	
Lipidsänkande	37		Antihistaminer	20	

Tabell 10. Klassificering av mediciner i farmakologisk grupp.

Medicingrupper som förekom signifikant oftare hos individer som rapporterat rån var ACE-hämmare och antihistaminer samt (tendens) inhalationsmediciner mot astma.

Analys av samband mellan olika traumahändelser och typ av medicin visade att personer som rapporterat kategorin *livshotande sjukdom eller skada* oftare använde mediciner mot cancer och hjärt-kärlsjukdomar samt immunosuppressiva.

Mediciner mot magsår, diabetes eller autoimmuna sjukdomar användes inte i någon större omfattning bland traumatiserade individer än bland övriga. Däremot förekom mediciner mot allergiska besvär några gånger hos individer som uppgav att de bevittnat olika typer av händelser. Individer som medicinerade mot allergi hade uppgivit signifikant fler bevittnade händelser ($Z=-2,20$, $p=0,028$).

Personer med PTSD (cut-off > 44) använde signifikant oftare betareceptorblockerare ($p=0,026$), läkemedel ur någon av grupperna C7, 8, 9 ($p=0,000$), NSAID ($p=0,031$), paracetamol ($p=0,000$), bensodiazepiner ($p=0,000$), sömnmedel av bensodiazepintyp ($p=0,000$) tricykliska antidepressiva ($p=0,025$), SSRI ($p=0,000$) och atypiska antidepressiva ($p=0,001$) än övriga.

Med strängare PTSD-kriterier fanns det fortfarande signifikans för läkemedelsgruppen C 7, 8, 9, kalciumantagonister, paracetamol, bensodiazepinpreparat, sömnmedel av bensodiazepintyp och SSRI.

Besvär som uppkommit respektive försvårats efter negativa livshändelser

Ett annat sätt att beskriva spektrumet av kroppsliga symptom efter påfrestande och potentiellt hotande livshändelser baseras på en kvalitativ analys av de symptom som har uppkommit eller försvårats efter en av respondenten utvald traumatisk händelse.

Tabell 11 visar resultatet av analyserna av de kroppsliga besvären som uppkommit efter en händelse eller som förvärrats avsevärt. Respondenterna fick själva välja vilken händelse de ville lyfta fram. I tabellen åskådliggörs de resultat där minst tio individer beskrev liknande temata och efterföljande kroppsliga eller psykiska symtom. Totalt bygger resultatet på svar från 94 individer.

Påfrestande händelser	Antal	Symptom	Antal
Dödsfall släkting/vän	23	Rörelseapparaten	36
Kortvarigt hot/rån/miss-handel/våldtäkt	19	Huvudvärk	35
Kränkning av personlig integritet	18	Psykiska besvär	19
Olycka hem/fritid	17	Högt blodtryck	18
Fysiskt våld	10	Mag-tarmbesvär	10
Sjukdom/skada släkting /vän	10		

Tabell 11. *Typer av självrapporterade händelser och symptom som uppkommit, respektive förvärrats efter händelserna.*

Effekter av rån i arbetslivet

Sammanfattningsvis visar resultaten hittills att rån är den vanligast rapporterade negativa händelsen på arbetsplatsen. Personer som uppger att de varit med om rån har dubbelt så hög förekomst av PTSD som resten av gruppen. Andra typer av psykiska och somatiska besvär förekommer inte med något direkt samband frånsett allergier. PTSD är ofta resultatet av kumulativ traumatisering, ”droppen” kan vara en påfrestande händelse som inte i sig är tillräcklig för att framkalla PTSD. Data i den aktuella studien tyder på att rån inte är den största orsaken till PTSD, men i de fall där personerna tidigare är belastade kan rånet bli den händelse som gör att tidigare fungerande personer för kortare eller längre tid får allvarliga funktionsrubbningsar. PTSD-diagno-

sen i sin tur visar sig vara förknippad med en förhöjd risk att behöva mediciner med i synnerhet betablockerare som "lugnar ned" hjärt-kärlsystemet. Därmed har vi påvisat ett indirekt samband mellan PTSD och hjärt-kärlsjukdom eller åtminstone riskfaktorer för detta.

Vi fann inte något samband mellan PTSD och medicinerings för olika immunologiska sjukdomar som av hävd anses ha psykosomatiska orsaker, med undantag för allergi. Det fanns däremot en statistisk tendens, alltså ett svagare samband, för astma. Det förväntade sambandet mellan PTSD och psyko-farmakabehandling var särskilt starkt för SSRI.

De mönster av samband mellan traumatiska livshändelser och somatiska symptom, vårdkontakter, mediciner m.m. som kunde studeras, tyder på att PTSD-patienter har en ökad aktiveringsnivå både psykiskt och fysiskt och att detta påverkar blodtrycket som gör att personerna i större omfattning ställs in på blodtryckssänkande mediciner, kanske utan att de själva eller läkaren har sett sambandet. Men mönstret förekommer inte oberoende av PTSD-diagnosen.

Effekter av säkerhetsutbildning

Som framgår i det tidigare fanns det inget direkt samband mellan risken att utveckla PTSD efter rån hos personer som hade genomgått säkerhetsutbildning jämfört med sådana som inte hade det. Eftersom det fanns ett indirekt samband bör frågan anses som intressant för vidare studier. Anledningen till att man inte kunde visa samband kan vara att de som fått säkerhetsutbildning var mera exponerade för rån (rapporterade mer otrygghet) och att individer med utanförskap i mindre omfattning än andra hade erhållit säkerhetsutbildning.

Effekter av debriefing

Bland personer som hade varit med om rån fanns det ingen påvisbar effekt av debriefing på rapporterad förekomst av ångest, depression eller PTSD. De som hade erhållit medicinerings hade signifikant högre symptomnivåer än övriga.

De som uppgav att de hade fått vård eller stöd efter händelsen hade en tendens till fler PTSD-symptom ($Z=-1,92$, $p=0,055$) än andra, vilket kan tyda på att de som har behövt hjälpen också bäst har erhållit någon form av stöd men att de ej blivit besvärsfria.

Omhändertagande enligt enkäten

	Nej	Ja
Vård/stöd	47 (55,3 %)	38 (44,7 %)
Stöd från arbetskamrater	61 (71,8 %)	24 (28,2 %)
Debriefing	23 (27,4 %)	61 (72,6 %)
Enskilt samtal	38 (44,2 %)	48 (55,8 %)

31/43 (72,1 %) hade varit med om 1–5 samtal

Arbetsmiljöfaktorer och dessas betydelse för rånoffer

Arbetsmiljön skattades i allmänhet högt av deltagarna. Det fanns inga skillnader vad gällde upplevt *socialt stöd i arbetet*, *inflytande*, uppfattning av *arbetets krav* eller *monotoni* mellan personer som varit med om rån och andra.

De inom gruppen rånade som hade symptom på PTSD (>44) upplevde signifikant mindre *socialt stöd i arbetet* ($Z=-2,111$, $p=0,035$); men skilde sig inte från övriga med hänsyn till *arbetsmiljö* allmänt, *inflytande*, *krav*, *beslutsutrymme* eller balansen däremellan.

Uppföljning av patienter som behandlats efter rån

Vid Kris- och traumacentrum (KTC) finns ett system för omhändertagande av personer som varit med om rån och liknande incidenter på arbetsplatsen. Dessa bygger på arbetsgivarnas ansvarsförsäkringar. För att undersöka tillfredsställelsen och konsekvenserna av behandlingen efter rån skickades en enkät ut till tidigare patienter. Dessa hade antingen besökt KTC eller omhändertagits hos någon av KTC:s samarbetspartners runt om i landet. 96 personer (64,9 %) hade besökt KTC och 52 (35,1 %) någon annan psykologisk verksamhet.

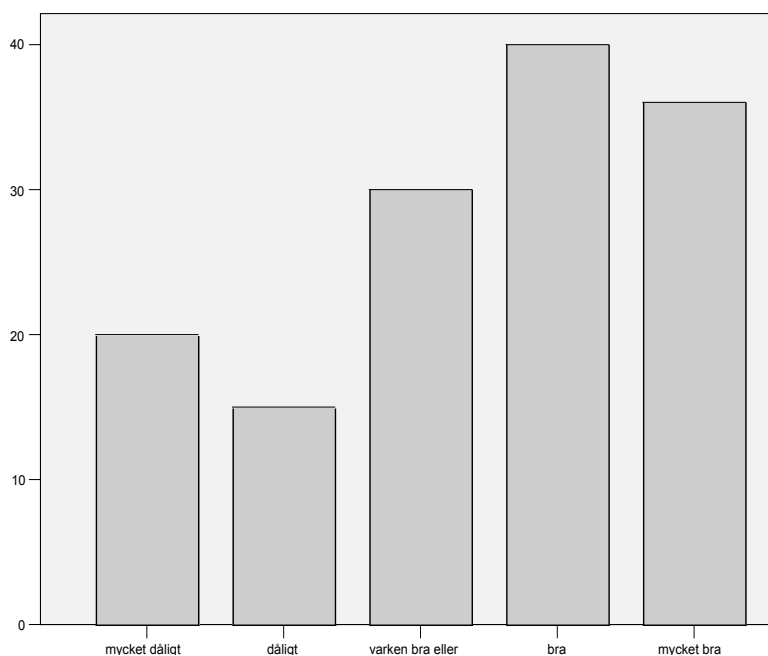
116 (82,9 %) ansåg att de hade fått hjälp tillräckligt snabbt, 59 (41,5 %) var nöjda, ytterligare 59 (41,5 %) var mycket nöjda. 99 (69,7 %) upplevde att de hade fått stöd och förståelse och ytterligare 32 (22,5 %) tyckte att det stämde delvis.

Innehållet i behandlingen var i hög grad ”exponering och normalisering” (att få berätta om situationen och att få reda på vilka reaktioner som är normala).

De flesta återgick till arbetet, 118/141 (83,7 %). De 68 (45,94 %) som uppgav sjukfrånvaro var i genomsnitt borta från arbetet i 20 dagar; 75 % av sjukfrånvaron var under 21 dagar.

Tolv av de 58 som besvarade frågan (20,7 %) uppgav att de hade bytt arbetsplats inom samma företag. 24 av 70 (34,3 %) uppgav att de bytte arbetsplats efter rånet. 29 personer (19,6 %) hade uppgivit att de var sjukskrivna fram till att de påbörjade nytt jobb – 48,3 % hade mindre än 60 dagars sjukfrånvaro. Genomsnittsvärdet var emellertid högt i detta fall (198 dagar) på grund av att några hade extremt lång sjukfrånvaro.

Stödet från arbetsgivaren efter rån undersöktes, 76 (53,9 %) uppgav att det var bra eller mycket bra, men det varierade (se Figur 7).



Figur 7. Upplevt stöd från arbetsgivaren efter rån.

Upplevt stöd från arbetsgivaren hade ett starkt negativt samband med frånvaro från arbetet på så vis att ju sämre stöd man fick, desto längre var frånvaron ($n=67$, $Rho -0,43$, $p=0,000$). Även stödet från arbetskamrater hade betydelse för närvaron ($n=68$, $Rho -0,34$, $p=0,000$). Stöd från vänner och anhöriga, som de flesta upplevde som bra, hade inget samband med sjukfrånvaro.

121/141 (85,8 %) uppgav att de var friska vid uppföljningstillfället.

En fråga handlade om vilka kroppsliga besvär som hade debuterat efter rånet; 44/137 (32,1 %) uppgav besvär. Dessa var:

Migränattacker, yrsel, panikångest till och från.	Ont i ryggen, yrsel, stress.	Är mer känslig, blir lätt berörd av känsliga saker.
	Skov av psoriasis.	
Ont i ryggen, men det har nog inte med händelsen att göra.	Ont i axlar.	Jag har fått högre blodtryck, men vet inte om rånen är orsaken.
Koncentrationsproblem, ont i käken.	Spänningshuvudvärk	
Besvär i rygg och nacke.	Huvudvärk när jag kommer att tänka på det som hände.	Rädsla att det ska hända igen. Rånaren kommer in som kund.
Migränanfall och psoriasis.	Huvudvärk, mardrömmar.	Ökad migrän, nackont (spänd), illamående, hjärtklappning, kramper.
Huvudvärk	Sömnbesvär, huvudvärk.	Sömnbesvär, flugit ur sängen av rädsla.
Högt blodtryck, ryggvärk, psykisk stress, instabilt humör.	Social fobi.	Trötthet, alltid spänd i musklerna.
Magbesvär	Stressrelaterade symptom som svettningar, tunnelseende, hjärtklappning vid situationer som att hålla föredrag. Tidigare inte reagerat så.	Ont i ryggen, känslig för ljud och hastiga rörelser.
Rädsla och oro		
Stamning		
Huvudvärk, värk i kroppen.	Ser ofta yxmannen i mardrömmarna på natten.	Muntorrhet, koncentrationssvårigheter, glömska etc.

85 av 135 (63 %) uppger att de fortfarande och dagligen tänker på händelsen. 49 av 125 (39,2 %) uppger att de ännu inte har kommit över händelsen.

Självskattad funktionsnivå med PSOM-skalan visade att 75,5 % hade en hygglig eller god funktion (≥ 12 poäng), medan 24,4 % hade lägre värde på denna skala. De med god självskattad funktionsnivå var i 88,7 % av fallen nöjda eller mycket nöjda med behandlingen. Bland dem med lägre självskattad funktionsnivå var endast 62,5 % nöjda med behandlingen ($p=0,017$). Att återgå till arbetsplatsen var också förknippat med ett gott utfall. Kroppsliga besvär var relaterade till försämrad självskattad funktion. Sambandet mellan självskattad funktionsnivå och aktuellt förhållningssätt till händelsen framgår av Tabell 12:

Frågor/påståenden om händelsen	Reaktioner	%	Självskattad funktion	p
1. Är händelsen fortfarande aktuell?	Tänker inte på händelsen	63%	God 84,2 % Mindre god 15,8 %	0,008
	Tänker på händelsen varje dag	37%	God 63 % Mindre god 37 %	
2. Har du kommit över händelsen?	Har kommit över händelsen	60,8%	God 86,8 % Mindre god 13,2 %	0,001
	Har inte kommit över händelsen	39,2%	God 60 % Mindre god 40 %	
3. Har du kvarstående problem efter att behandlingskontakten avslutats?	Har aldrig upplevt problem efter...	37,5%	God 95,5 % Mindre god 4,5 %	0,000
	Har upplevt problem efter...	62,5%	God 62,5 % Mindre god 37,5 %	
4. Kan du leva normalt?	Har i dag inga problem och kan leva som förr	53,3%	God 92,2 % Mindre god 7,8 %	0,000
	Jag har fortfarande problem	46,7%	God 56,7% Mindre god 43,3 %	
5. Jag har förändrat mitt liv och känner mig i stort sett nöjd	Ja, stämmer	60,4%	God 78,9 % Mindre god 21,1 %	0,329
	Nej, stämmer inte		God 71,1 % Mindre god 28,9 %	
6. Jag har haft det besvärligt sedan händelsen	Stämmer	42,4%	God 54,7 % Mindre god 45,3 %	0.000
	Stämmer inte	57,6%	God 91,7 % Mindre god 8,3 %	
7. Jag kan inte leva normalt sedan händelsen	Kan inte leva normalt	15,1%	God 36,8 % Mindre god 63,2 %	
	Kan leva normalt	84,9%	God 82,2 % Mindre god 17,8 %	

Tabell 12. Utfall efter rån i relation till självskattad funktionsnivå.

Delstudie II

Stresshormoner

Kvalitativ intervjustudie

Delstudie II omfattade de respondenter som hade givit tillstånd att bli kontaktade för att lämna salivprov för cortisol och DHEAS. Cortisol skulle enligt hypotesen visa en minskad variation under morgon och kväll hos de personer som hade PTSD. DHEAS har i några tidigare studier visat sig ha ett samband med PTSD-symptom. 35 personer med självskattningar på PTSD-checklist över cut-off värdet 44 hade medgivit kontakt; för var och en av dessa valdes två kontroller med samma kön och inom samma åldersgrupp. Således mottog sammanlagt 105 personer provtagningsutrustning.

Deltagande

Sammanlagt 65 deltagare lämnade salivprov för morgoncortisol (27 individer med självskattning över 44 poäng på PTSD checklist och 38 under 44), 63 lämnade (26 > 44, 37 < 44) prov för kvällscortisol. 71 deltagare lämnade salivprov för DHEAS. Av dessa låg 28 över cut-off och 43 under.

Tolv personer som lämnade cortisolprov på morgonen hade varit med om ett rån, 53 hade inte varit med om rån. Av de tolv som hade varit med om en rånupplevelse tog elva ett cortisolprov på kvällen. Bland deltagare som lämnat prov för DHEAS hade 12/71 varit med om ett rån.

Personer utan PTSD var i genomsnitt ett år äldre, men detta var ej statistiskt signifikant inom ovanstående tre grupper.

Resultat av mätningar för cortisol och DHEAS

Hypotesen var att steroidhormonerna DHEAS skulle vara högre vid PTSD och att cortisol skulle vara lägre. Detta visade sig stämma vad gäller kvoterna mellan hormonerna. Denna studie bidrar härmed till kunskapen om neurosteroider vid PTSD. Ökningen av DHEAS kan förklara en del av besvären vid PTSD, i synnerhet då skillnaden kan vara mycket större i hjärnan än vid salivprov. Medelvärden framgår av Tabell 13 och 14.

Salivprov					
	Antal	Min	Max	Genomsnitt	Standard- avvikelse
Morgon- cortisol	65	5,60	135,60	20,55	18,56
Kvälls- cortisol	63	0,30	16,80	4,03	3,80
DHEAS	71	0,90	249,00	41,77	46,34

Tabell 13. Salivprov för cortisol (morgon/ kväll) och DHEAS. Värdena anger nMol/ L.

Jämförelse mellan de 9 män och de 54 till 62 kvinnor som deltog visade ingen signifikant skillnad.

Salivprov för cortisol – män/kvinnor				
	Antal	Genomsnitt	Standard- avvikelse	Signifikans
Morgoncortisol	M=9 K=56	16,02 21,27	7,87 19,70	Z= -0,790 p=0,425
Kvällscortisol	M=9 K=54	3,78 4,07	3,75 3,84	Z= -0,039 p=0,969
DHEAS	M=9 K=62	50,87 40,45	50,31 46,03	Z= -1,037 p=0,300

Tabell 14. Jämförelse av cortisolvärden för män och kvinnor (ej signifikant). Ålder hade inget samband med morgon- eller kvällscortisol och inte heller med DHEAS (rho -,113, -,117 och -,023 (ej signifikant)).

PTSD

Resultaten rapporteras för PTSD med cut-off 50 och ”symptomprofil” vilket hade bäst överensstämmelse vid diagnosverifikation med strukturerad intervju. Se Tabell 15.

Salivprov för steroidhormoner vid PTSD				
	Antal	Genomsnitt	Standard- avvikelse	Signifikans
Morgoncortisol	M=15 K=50	16,64 21,72	7,46 20,69	,357
Kvällscortisol	M=15 K=48	4,77 3,79	4,56 3,56	,391
Cortisolmedelvärde	M=15 K=48	10,70 12,50	5,69 11,32	,559
DHEAS	M=16 K=55	60,42 36,34	64,76 38,55	,174
Skilln. cortisol morgon och kväll	M=15 K=48	11,87 17,40	4,83 18,86	,268
Log (skilln. cortisol mor- gon och kväll /DHEAS	M=15 K=43	-,57 -,24	,44 ,53	,039*
Morgoncortisol/DHEAS	M=16 K=47	,63 1,69	,63 2,59	,013*

Tabell 15. Steroidhormoner vid PTSD (>50+ ”profil”): Mann-Whitney U-test.

Således uppnåddes inte signifikans för steroiderna var för sig, men de logaritmerade kvoterna mellan skillnaden cortisol morgon/kväll och DHEAS samt morgoncortisol och DHEAS var signifikant skilda. Hypotesen att cortisol tenderar att vara lägre och DHEAS högre vid PTSD har alltså styrkts. Skillnaderna fanns inte vid den lägre cut-off-gränsen. Det fanns inga tydliga samband mellan steroidhormonernas koncentration å ena sidan och ångest eller depression å andra sidan i det aktuella materialet.

Tidigare studier har dock visat diskrepanser vad gäller PTSD och DHEAS. Detta har i en översikt över publicerade studier visat sig bero på samtidigt förekommande depression (ref).

Därför bildades en kvot mellan PTSD- och depressionssymptom; denna visade sig vara normalfördelad. Nu sågs ett tydligt samband mellan DHEAS i saliv och kvoten PTSD/depressionssymptom; detta var särskilt tydligt ovanför cut-offvärdet för PTSD (förklarad varians 0,183).

Rån och cortisol

Bland dem som lämnade salivprov för cortisol och DHEAS fanns det tolv individer som varit med om rån. Dessa tolv personer hade signifikant högre morgonvärde av cortisol (33,49; s.d. 34,43 respektive 17,62; s.d. 11,29, $Z = -2,359$, $p = 0,018$), men skilde sig inte vad gäller DHEAS eller kvoterna. Det fanns alltså en av PTSD oberoende förändring i steroidmetabolismen. Inom denna lilla grupp var cortisolkoncentrationen negativt korrelerad till ålder vid rån ($Rho -0,72$, $p = 0,009$). Det fanns inget samband med vilken tid som förflutit efter rånet ($Rho 0,11$, $p = 0,74$).

Kvalitativ intervjustudie

Intervjustudien genomfördes bland 21 personer som varit med om rån i arbetet. Ansatsen var kvalitativ, dvs. med frågeställningen *hur* (latin: *qualis*) det upplevdes att bli rånad och vilka olika reaktionsmönster som återkom i beskrivningen.

Syftet var att ge ett inifrån-perspektiv och en fördjupad förståelse av rånupplevelsen.

Metoden bygger på en grounded theory-ansats, dvs. man försöker komma fram till hypoteser om hur de studerade fenomenen kunde hänga samman, men att från början ha en öppen inställning till det som de medverkande säger.

I den följande resultatdelen återges Camilla Montells rapport i sin helhet på grund av de många detaljerade beskrivningarna.

Resultat av intervjustudien

Av Camilla Montell

Ett antal kärnkategorier, det vill säga centrala och ständigt återkommande teman, har framstått: a) *under rånet*, b) *direkt efteråt* samt c) *under en längre tid efter händelsen*. De handlar främst om scenariot där händelserna utspelar sig, det vill säga typ av rån och karaktäristika hos rånaren, samt om den drabbade med sitt agerande, sina kroppsliga reaktioner, känslor och tankar. Under tiden efter rånet framkommer faktorer kring det totala krisstödet och återvändandet till arbetet. På längre sikt kommer kärnkategorier fram som handlar om ytterligare påfrestningar i livet och de kvarstående förändringar som finns. Det är förändringar i personernas medvetande, känslomässigt och tankemässigt, som i vissa fall har bestått ända tills intervjun genomfördes.

Rånen

Vid analys av innehållet framkom att de tretton kvinnorna och de två männen som deltar i studien övervägande arbetar i livsmedelsbutiker, oftast av närbutikskaraktär. En driver dock vid tiden för rånet en egen spelbutik och en annan är anställd i en spelbutik. En kvinna står i affärens separata spelkassa. Yt-

terligare en arbetar i guldsmedsaffär. Tidpunkten på dygnet när rånaren kommer in på scenen varierar, även om stängningsdags är överrepresenterat. Tre typer av rån har skett. En typ av rån är ett impulsivt rån vid kassan. Det kan jämföras med vad som i SCB:s statistik är vanligast förekommande och kallas kassarån (Kodning av brott vid anmälningar respektive misstankar om brott, www.scb.se). Vid en annan typ är den drabbade ovetande om rånet till efteråt och det liknar mer en stöld. Några få har dock råkat ut för att rånaren aktivt tar sig in till exempelvis kassaskåpsutrymmet med mer inslag av våld mot person. Detta betecknar SCB som kontorsrån och det utgör endast 11 % av de anmälda butiksrånen år 2000.

Mest karaktäristiskt är det impulsiva rånet. En informant berättar att rånaren först uppträder som en vanlig kund och hur den hastiga rörelsen mot pengarna blir startsignal för rånet. Samtliga informanter som upplevt kassarån, uttrycker att de tycker händelsen går jättefort. ”Alltså det gick så blyxsnabbt så jag hann inte tänka.” Rånaren kommer in lika plötsligt som han sedan försvinner. I några fall kommer rånaren inte över någon större summa pengar, utan mer lotter och spelkvitton. Men vid ett rån finns mer pengar än tillåtet i kassan varvid en stor summa försvinner.

Exempel på situationer där den drabbade först är ovetande om skeendet är när en kvinna som befinner sig på lagret hör kollegan larma och då rusar ut. Hon hinner aldrig se rånaren. En annan beskriver hur hon på morgonen kommer till butiken och möter en manlig person som bär på en låda i dörren till butiken. Han hänvisar till att en annan anställd släppt in honom. Det tar sedan en tid innan kvinnan förstår att butiken blivit rånad. Ytterligare en kvinna beskriver hur hon i kassan blir distraherad av en av rånarna och när hon vänder sig tillbaka mot kassan ser hon att hon är bestulen. Sedan springer hon ut efter dem: ”...och så körde de iväg. Men då tog jag bilnumret. Så jag blev inte hotad, eller någonting.” Inga vapen har då varit inblandade.

Några informanter berättar istället om en upplevelse av att rånaren är mer aktiv och utövar våld. En kvinna står utanför butiken för att röka och plötsligt får hon en kniv mot halsen och släpas in i butiken. Där blir hon stående under en tiominutersperiod medan rånarna rör sig runt i butiken. En annan kvinna berättar uttrycksfullt om hur hon och kollegan när de ska sätta in dagskassan på banken blir överfallna. Hon blir upptryckt mot väggen och tårgas sprutas i ansiktet. Handen fastnar i automaten där pengarna sätts in och hon skadas lindrigt. Två har upplevelser av att, när det är på väg hem via personalingången, dörren rycks upp och en respektive två rånare rusar in. ”Och vi gick och tog på oss kläder och skulle gå. Och precis när vi skulle gå, jag tog i smäcklåset och tryckte ned handtaget, så drog de ut dörren. Två maskerade killar med

pistoler båda två.” Under pistolhot förs de därefter in i butiken till kassaskåpen där rånarna förmår dem att låsa upp så att de kan plocka ut pengarna. Vid det ena tillfället blir kvinnan och kollegorna inlåsta i det trånga kassaskåpsutrymmet under två timmars tid tills polisen vågar gå in i butiken. I det andra fallet bakbinds den drabbade och kollegan med tejp, innan rånarna springer ut. Tack vare att de håller händerna långt isär kan de själva ta sig loss.

De flesta drabbade ställs inför en rånare, men några möter två eller tre stycken. Vanligast är, där offret möter rånaren, att rånaren har en pistol som han visar, pekar med eller sätter i sidan på offret. ”Och i samma veva som jag öppnar kassalådan så grymtade han bara till och pekade med pistolen i lådan då, att han ville ha pengar.” Alternativt utgörs vapenhotet av kniv eller spruta. Annars beskrivs rånaren som en hotfull person som vräker sig över kassalådan och i vissa fall tar stryptag eller knuffas. I vissa fall upplever också den drabbade ganska direkt att man känner igen rånaren. ”Jag kände igen, det var det jag tyckte var så äckligt, var värst, att jag kände igen ögonen, liksom. Att jag visste att den här killen har jag sett förut.” När rånaren sedermera grips visar det sig att det är en tidigare kund i butiken alternativt att rånarens familj brukar handla i affären, eller på något annat vis är känd. Det kan handla om missbrukare som brukar finnas kring affären och så vidare.

Den drabbades upplevelse av rånet och tiden efteråt

I de flesta fall kännetecknas den drabbades inre upplevelse av rånhändelsen av att det händer mycket på en gång inombords. Beteendena strävar, efter de skilda förutsättningar som ges under och efter rånet, mot trygghet. En informant berättar till exempel hur hon försöker ta skydd bakom kassaskåpsdörren. Under rånet är det annars mer starka, distinkta känslor samt snabba eller inga tankar. Direkt efteråt däremot uppstår en fas där personen tycks ställa in sig på återhämtning med mer diffusa obehagskänslor och utredande tankar. De viktigaste kategorierna och deras förändring över tid återges i Figur 8, Bilaga 2.

Beteenden/Agerande

Informanterna berättar om centrala handlingar under rånet. Ofta är deras agerande inriktat mot säkerheten. De drabbades beteenden går ut på att sätta sig i skydd eller på annat sätt öka säkerheten. Flera som rånas under vapenhot talar om att ”Det var någon sorts reflex att komma undan...”. Några vänder sig om och springer, en annan kastar sig ned på golvet och kryper därifrån.

Ytterligare någon annan försöker slå igen kassalådan över rånarens hand. Andra sätt att reagera är att stirra framför sig och bli handlingsförlamad. De flesta gör dock som rånaren säger och lämnar över pengar. Kvinnan som senare bakbinds, vädjar om och om igen att de inte ska skada henne. ”Och hela tiden så var vi ju så att ’o gör oss inget illa, gör oss inget illa!’” Någon säger att hon faktiskt brukar handla rationellt i stunden vid svåra händelser, men i sina egna ögon tycker hon att hon reagerade mer ologiskt efteråt. När rånaren plötsligt försvinner kommer allt i en ny situation. De som har kollegor i närheten orienterar sig mot varandra. Den drabbades beteende koncentreras nu mer aktivt på att skapa trygghet och även på att komma till ro. Två fokuserar på att låsa dörren och avvärja kunder. Flera går undan för att inte synas. Polisen kontaktas. Flera berättar också att de ringer sin sambo. Kvinnan som springer ut efter gärningsmännen och tar bilnumret fortsätter sedan att jobba klart sitt pass. ”Under tiden fick ju jag fortsätta jobba, för det var ju ingen annan som kunde. Så det var bara till att stå där.” Vid kontorsrånen agerar man försiktigare, som när en kvinna långsamt smyger ut i nästa rum för att se om rånaren är kvar.

Informanterna upplever även ett behov av att knyta an till trygga relationer. De ringer exempelvis till vänner och föräldrar, som de känner bör få veta om händelsen. Föräldrar eller personens partner kommer i vissa fall också snabbt till platsen. Däremellan kommer i samtliga fall polisen till platsen och spärrar av runt butiken. Det är nu som gråten i vissa fall kommer. ”Och sen när den här damen, den här kunden kom fram då satt jag bara och grät och så.” Rent fysiskt vistas de efter rånet nästan alltid i personalutrymmena, lunchrum eller chefs kontor.

De allra flesta får skjuts hem av polis eller någon ur familjen, alternativt av kollegor. Väl hemma berättar många informanter att de mest sitter ned en stund med närstående. ”Han frågade hur det var med mig och vad som hade hänt och, det var också skönt att få prata av sig.” De flesta anser att det är först nu de kan slappna av och att det går relativt bra. Då det ofta är sent på kvällen vill den drabbade snart gå och lägga sig. En del berättar dock hur de fortfarande är oroliga. Ett par drar för persienner och gardiner samt försöker undvika fönster. De allra flesta upplever trots allt att de kan sova bra redan natten efteråt. För några individer är det dock svårt att somna in. De tänker på bilderna från rånet och får även sömntabletter i samband med detta. En kvinna säger att hon har mardrömmar en tid efteråt. ”Och sen sprang jag upp och ned och kissade hela tiden, så här, typ nervöst beteende, liksom.”

Flertalet av informanterna berättar att rånaren sedermera grips. I två av fallen sker det i direkt anslutning till rånet, tack vare hjälp från vittnen. Annars

varierar det när rånaren grips, men det sker i så fall inom ett år efter händelsen.

Känslor

Under rånet beskriver informanterna likartade känslor. Främst beskriver de olika grad av rädsla och ilska, uppskruvade känslor där stresspåslaget gör att mycket händer i det inre. Andra har en mer fysiskt dämpad upplevelse, där en skrämmande ovisshet ger en maktlöshet eller en förlamande känsla. Efter rånet förekommer många olika känslor i informanternas berättelser. Sammanfattningsvis uttrycker de tydliga starka känslor som övergår i ett malande obehag och en närmast paranoid vaksamhet. Andra upplevelser är känslor av att vara utlämnad och misstrodd.

Mest central är ändå rädslan. Nästan alla beskriver att de blev mycket rädda under rånet, ”kanske till och med så rädd det överhuvudtaget går att bli, eller.” ”Nej, jag grät inte. Jag var nog mest rädd och tänkte så här.” Den här känslan förvärras för någon under den tid när rånarna befinner sig i butiken, medan rädslan minskar för en annan och hon kan lugna sig och inte vara lika hysterisk som inledningsvis. Andra tycker att de mer har känt sig upprörda och att rädslan inte tog överhand. Rädslan kretsar mest kring hotet och vad rånarna kan tänkas göra. Rädsla för att dö finns, eller för att bli smittad av en infekterad spruta. ”Jag var jätterädd att jag skulle få en kniv i mig, det kommer jag ihåg.” En annan framträdande rädsla är om rånaren finns kvar i byggnaden, om han kommer att skada kollegorna, eller om han vet vem man är. Känslan av kontrollförlust och ovissheten i samband med detta är något som många beskriver. ”Men det var jobbigt att bara stå och vänta också. Och inte veta när man skulle komma ut eller om han överhuvudtaget var kvar där inne.”

För de flesta minskar rädslan till ungefär hälften efteråt, och med tiden minskar rädslan ännu mer. Många poängterar också att rånet påverkar dem direkt efteråt, men att efter ett par timmar känns det normalt igen. ”Den gick över efter en stund då. Då var det inte alls så farligt.” Faktorer som påverkar detta är känslan av lättnad allt eftersom man inser att rånaren inte kommer tillbaka. Att träffa personer man känner, berättar många också, är en lättnad. Dagarna efteråt tycks ändå för många präglas av en underliggande obehagskänsla och av att man är på helspänn både mentalt och fysiskt. Informanterna uttrycker att det är en mer allmän känsla och specificerar sällan mer än att det är jobbigt, omtumlande eller dylikt. ”Ja, det var jättejobbigt, man mådde jättedåligt.” Några berättar att de är rädda för att vara ensamma. Rädslan hänger

också ihop med att rånaren ska veta vem man är och komma tillbaka för att hämnas eller liknande.

Ungefär hälften av de drabbade informanterna, som ser rånaren, beskriver också känslor av ensamhet och av att vara utlämnad åt rånaren i stunden. Människor runt om borde höra eller se, men reagerar inte, trots att den drabbade ropar på hjälp med att stoppa rånaren. I övriga fall är det två eller tre kollegor som finns på platsen och personen känner sig inte ensam. En kvinna berättar hur hon får hjälp av en taxichaufför som följer efter rånarna så att polisen senare kan gripa dem. En annan får reaktioner på sina skrik och både en kollega och tre kunder utanför butiken kastar sig på rånaren och tar fast honom.

”Och en tjej sprang genom butiken ut på, ja, bakgården, så att säga. Så gick hon på en kille och ’är det du som har snott pengar?’ ’Nej.’ Så knuffade han undan den här tjejen och hon flög iväg. ...Och han sprang ju på fel personer kan man säga. För de var tre ganska stora personer. Och de brottade ned honom då och höll fast honom ända tills polisen kom då.”

Några upplever att de känner sig ensamma efteråt även om de omges av kunder eller andra människor. De flesta uttrycker dock att de inte är, eller känner sig, ensamma direkt efter rånet. Kollegor och kunder kommer fram och finns hos dem. Vanligt är att chefen, som i de här mindre butikerna ofta tycks vara butiksägaren, kommer tidigt till platsen och i någon mån tar över initiativet, alternativt är han en av de första på plats.

När de talar om hur arga de blivit, talar några om en ilska som väller upp snabbt och intensivt, utan förvarning. En kvinna säger att rånaren gått över gränsen, att ”någon hade trampat in liksom”. Rånet är en kränkning mot den anställde som person.

Uppståndelsen kring rånet har i många fall påverkat de rånade. Vid tid för hemfärd har i vissa fall journalister samlats utanför butiken tillsammans med nyfikna människor. Just havet av människor är en av de starkaste bilderna, berättar en kvinna.” När man såg, ja, massa poliser typ då, och kör genom det där havet med folk som står där. För alla har samlats utanför och tidningar är där och ...” Att läsa om sig själv och rånet i tidningen beskrivs som ytterligare en press av dem som blivit utsatta. Det gör det jobbigt för dem att prata med andra och en kvinna skäms över det som hänt. Det är en känsla av att vara utlämnad, främst av pressen, men också av polisen, chefen och kunder. ”Så minns jag att det var på morgonen, dagen efter, i radio. Då pratade de om det på nyheterna. Och då tyckte jag att det kändes ännu skämmigare.”

För många informanter är det ändå en jobbig period den närmaste veckan och fram till en månad efter rånet. Vissa beskriver att de inte mår riktigt bra och att tryggheten och rutinerna i vardagslivet kastas omkull. Några upplever sig vara misstrodda och att deras berättelse inte helt tas för sann. En kvinna möter sin rånare i staden där hon bor, men när hon ska berätta är det ingen som tror på henne. Paniken driver henne att ta reda på om det hon sett är sant eller om hon håller på att bli tokig. Hon berättar:

”Och jag ser honom. Då står min kusin i butiken och jag ringer henne och säger att jag har sett min rånare. ’Lugn, lugn’ sa hon. Hon trodde mig inte. ’Du ser spöken på ljusa dan. De hade ju tagit honom.’ Det visste jag med, men jag såg honom ju. Ingen tror mig. Jag tänkte att nu blir jag sjuk på allvar. Och jag ser spöken. Jag sitter och ringer runt en hel dag och kommer till staden där han bodde, den församling han tillhörde. Och jag skriker och jag gråter, jag säger att jag orkar inte, jag såg honom men ingen tror mig. Så ringer hon upp mig och säger så här: ’Han har rymt!’”

Kroppsliga reaktioner

Vid rånet sammanvävs kognitiva, känslomässiga och fysiologiska reaktioner. Men informanterna kan relativt lätt benämna flera olika fysiska reaktioner. Samtliga talar om att de åtminstone i någon mån känner av kroppen i stunden. De blir kalla och varma om vartannat, svettiga, det sticker i kroppen och den fungerar inte som de vill. De beskriver blodsmak i munnen, hög puls samt att de skakar och hyperventilerar. Två poängterar dock att de enligt sin egen mening inte är i ett chocktillstånd. Efter rånet varierar det mer hur informanterna upplever situationen. Alla intervjuade talar dock om en utmattning och en överväldigande trötthet: ”Det var ju fortfarande den här mattheten och jag var lite nollställd, kände jag.” Andra kroppsliga reaktioner direkt efteråt som beskrivs är muntorrhet, illamående, och att man har svårt att få fram ord. Dygnen efteråt uppger några vad de benämner som ångestattack-er där gråten kommer häftigt över dem. En kvinna uppger att hon upplever koncentrationssvårigheter. För andra är det nu istället över och de kan inte se att de haft några kroppsliga reaktioner efteråt.

Tankar

Många tankar snurrar i huvudet på de flesta informanterna under rånet. Tankar som febrilt försöker begripliggöra situationen. Ibland klara tankar,

ibland uppfattas de som helt ologiska. Någon tänker på familjen och en annan funderar över blommor på sin begravning. ”Och vilka blommor min mamma skulle välja till min begravning. Sådana här dumma saker, liksom.” Andra tycker att de tänker klart. Flera säger också att de inte hinner tänka och att det snarare är blankt. ”Man blir alldeles kall, liksom. Man slutar att tänka.” Direkt efter rånet beskriver informanterna andra tankar. Man kan inte förstå vad som hänt, några förtränger händelsen snabbt, medan de flesta grubblar och tänker mycket på rånet. Ett par olika strategier att hantera tankarna hos de drabbade har framkommit. Framför allt berättar en del informanter att de tänker på rånet som opersonligt medan andra ser det som något som är personligt riktat mot dem själva.

Direkt under rånet beskriver informanterna att många tankar kretsar kring vad som kommer att hända, precis som att känslan av ovisshet är dominant. ”Vad kan förvärra situationen?”, är ett sammanfattande tema. ”Kommer rånaren att upptäcka vad jag gör?” Hos flera handlar det om att rånaren kan komma att skjuta och att det gäller att vara lugn så att han inte gör bruk av vapnet. Det finns med ett mått av riskbedömning kring vad som kan förarga rånaren. ”Jag tänkte att nu kommer han inte att komma ut genom lagerdörren för att den är låst. Och då kommer han att bli arg och komma tillbaka.”

Något som flera säger att de tänkte på var vad som var rätt respektive fel beteende i hotsituationer. Säkerhetsinstruktioner säger att man inte ska göra motstånd utan göra precis som rånaren säger. De gånger offret upplever sig inte klara av att vara passiv, skapar det ångest. ”Ja, det kom redan då va, att jag gjorde, att jag gjorde fel alltså, att jag gjorde precis som vi inte skulle.”

Att larma uppges också vara en tanke som tidigt uppstår. Andra tankar som beskrivs handlar om rånarens signalement. Alla kan också beskriva en specifik ”fokuspunkt” som det starkaste intrycket från rånet: sekunden då dörren rycks upp framför näsan, ansiktet på medhjälparen som lurar kassörskan, eller när rånaren springer ut. Även förvåningen över den egna reaktionen bränner sig kvar i medvetandet hos någon.

Efter rånet är det till att börja med vanligt att man har svårt att förstå vad som har hänt. Även här växlar tankeförmågan: Efteråt när man går igenom sina handlingar så är man två människor, en som tänker helt klart och sedan tänker man helt oklart. Vissa tänker också att de är nöjda med sitt agerande: man har klarat av att larma, det är över, och så vidare. Dagarna efteråt får händelsen en allvarligare prägel när man inser att det rubriceras som rån. Ett par säger att det har tagit ungefär två veckor innan tankarna strukturerats och de börjar få distans till händelsen. Den meddrabbade ältar och mest framträdande hos samtliga är då tankarna på vad som kunde ha hänt, eller vad man skul-

le ha gjort. ”Man tänker, jag tänker till exempel att de kunde ha haft en pistol i bilen och bara skjutit när jag kom. Det är nog det jag tänker på mest, liksom. Varför jag gjorde som jag gjorde.” Vissa känner skuld och tänker att deras beteende har orsakat fara för kollegor, eller att de förvärrat situationen genom att inte agera enligt säkerhetsinstruktionerna.

”Plus att jag hade ju haft lite sådana tankar att när jag skrek så kom ju hon springande och då kom ju hon precis emot den riktningen där han sprang ut. Jag tänkte sen att om de hade krockat där och om hon hade fått kniven i sig istället, då hade det varit mitt fel, och så här. Det var ju sånt jag hade börjat tänka på då.”

För ett par finns även tankar på pengarna och att man förlorat dem. En annan faktor som spelar in är när den drabbade är gravid: ”Då tänkte jag ju mest på fostret, eller barnet då. Jag tänkte, jaha, nu får jag missfall, tänkte jag.”

Vissa är förstående mot omgivningens ibland oförstående reaktioner, medan andra funderar mycket över att de inte fått någon hjälp i situationen. För vissa hjälper det att tänka att rånet inte var någon aggressiv handling riktat mot dem personligen. ”Och det, det var liksom inte mot mig personligen. Han gör ju det här för att han behövde pengar till sina droger, liksom.” För andra var det just det personligt riktade som gjorde det så hotfullt. Det var just de som blev drabbade och upplevde rädsla och så vidare.

De allra flesta tycker att det är skönt att få prata mycket om det som hänt, men några påpekar också att det samtidigt är jobbigt att tänka på det. En annan säger att det inte går att tänka på det, för då skulle man bli galen. De säger att man måste vara duktig på att förtränga sådant för att kunna fortsätta med sitt liv: ”Jag är väldigt duktig på det, ja. Ja, det är ett sätt för att överleva helt enkelt va. För att kunna orka, helt enkelt.”

Stöd och hjälp från omgivningen

Två viktiga punkter som påverkar hur den drabbade har anpassat sig efter rånet framkommer. Dessa är det totala krisstöd individen upplever sig få samt upplevelsen av att gå tillbaks till arbetet.

Två typer av upplevt stöd i den uppslitande rånsituationen kan skönjas i intervjuerna. Dels ett arrangerat, mer eller mindre professionellt krisstöd, och dels övrigt stöd i omgivningen, som den drabbade upplever som betydelsefullt. Båda delarna kan vara på initiativ av företagsledningen eller kan vara egna initiativ. Det finns också de som upplever sig inte ha fått något stöd alls.

Samtliga informanter möter polisen och samtliga har också synpunkter på detta möte. Stöd och hjälp från omgivningen återges i Figur 9, Bilaga 3.

Polisens agerande

I över hälften av rånbeskrivningarna har direktlarm använts. Det innebär att det går ett tyst larm till polisen som därefter ringer tillbaks till butiken och frågar vad som hänt. Polisen är ofta den instans som är först på plats, efter eventuella kollegor och chefer. Polismännen förhör, tar signalement och ställer frågor kring eventuella vapen. För någon visar de även foton på potentiella rånare. En kvinna får tillsammans med polisen se övervakningskamerans film. Efteråt frågar hon sig varför de ville att hon skulle göra det. ”Och det skulle jag kanske inte ha gjort, för det kändes inte så bra.”

Det finns både positiva och negativa synpunkter på polisens agerande i studiens intervjuer. Flera känner sig lugnade av polisens närvaro och upplever att polismännen tar situationen på allvar. De är snabbt på plats och de är trygga samt finns till för den drabbade. De visar även förståelse för de reaktioner som kan komma under förhör och visande av vapen. ”Han tog det väldigt försiktigt med pistolen, jag förstod att han visste att jag kunde reagera på det här.”

Flera andra berättelser är bittra i tonen. Det tar då lång tid innan polisen kommer till butiken. Offren känner sig misstrodda och polisen lyckas inte förmedla förståelse för situationens allvar. ”Det var nästan, det verkade som de tyckte att jag inte skulle ha larmat efteråt.” För en kvinna blir det också ytterligare en skrämmande stund när hon ska sitta ensam med en manlig polis i förhör. Vid flera tillfällen upplevs också polisens fråga som påstridig när det handlar om detaljer från rånet som den drabbade inte minns.

Övrigt upplevt stöd

Viktigast är ändå vad som skulle kunna sammanfattas i ordet ”omsorg”, med innehållet a) *ombändertagande av situationen* och b) *förståelse med en varm hållning från människorna runt omkring*. Det kan vara omsorg från flera parter, till exempel polisen som är först på plats, eller en krisgrupp. Omsorg från chefen talar samtliga om som viktig. Upplevd omsorg från arbetsledningen beskrivs i form av en närvarande chef som den drabbade tycker om sedan tidigare eller en lugn chef som visar förmåga att hantera situationen och organiserar. ”Ja, han kramade om oss han också. Och så var jag ju: ’de tog alla pengarna, de tog alltihopa! ’Men bry dig inte!’, sa han. ’Bry dig inte! Det har ingen betydelse

med pengarna, bry dig inte!” Omsorg från chefen är också då butikschefen lyssnar på den drabbades berättelse och sedan fortsätter fråga hur man mår tiden efteråt. Ett samtal hem under kvällen från ägarna kan också kännas bra.

Det upplevs också som betydelsefullt när någon man känner väl, helst föräldrar, sambo eller make, kommer och kan finnas nära en i butiken. Arbetskollegor gör en insats genom att lyssna och hjälpa till praktiskt i stunden. De allra flesta menar att omgivningen reagerar på ett positivt sätt efter rånet. De allra flesta av de tillfrågade menar att de får stort stöd och mycket omsorg från sin närmaste familj och av vänner som hör av sig och skickar blommor. De har funnits till hands och lyssnat.

Det berättas också att de drabbade har mottagit mindre väl – när en chef och kollega uppenbarligen inte har tagit individens reaktioner på allvar eller när en chef, som informeras via telefon, väljer att inte komma till butiken. Ett par möter en chef som fokuserar på de försvunna pengarna. Han upplevs av berörda informanter som någon som förvärrar de inre sår.

För ett par tycks mottagandet hemma också vara kallt och oförstående inför den drabbades behov. ”Men min man är inte så känslös, liksom så här så (tystnad).” I samband med detta upprepar flera att andra inte kan förstå, även om de försöker, hur det är att bli utsatt för ett rån. ”Jag förstod ju att man måste bli utsatt för att förstå. Man kan inte förstå annars.” Ryktesspridning startar i ett fall bakom ryggen på en informant och utgör en obehaglig konsekvens tiden efteråt. ”Och så hörde jag skitsnack bakom ryggen, att: ’Ja vad fan, det skulle jag ha vetat att jag inte fick ha dom pengarna där.’”

Professionellt stöd

I ett par fall har några professionella samtalsledare kommit till platsen direkt efteråt och samtalat med de som rånats. Exakt vilken typ av krisgrupp som varit aktuell är oklart. ”Det som var bra det var ju att de verkligen kom. Att det fanns en krisgrupp, eller vad jag ska kalla det för.” En annan tydlig form krishantering, som beskrivs av några informanter, är när arbetsledningen direkt efter händelsen, alternativt dagen efter, ringer till samtliga berörda, också till kollegor som inte har upplevt rånet men som också arbetar i butiken. Alla samlas, i vissa fall tillsammans med vad som beskrivs som en professionell samtalsledare, och man får berätta om sin upplevelse. ”Så all personal plus chefen och hans fru träffades hemma hos min chef då. Och alla blev informerade och fick höra våra versioner.” Flera informanter blir genom företagshälsovården kontaktade av psykolog eller kurator veckan efter rånet. Detta resulterar i allt ifrån tre samtal till längre samtalskontakter. Några berättar att de

själva i ett senare skede söker professionella att tala med, vilket i fyra fall resulterar i längre terapier. Bara en kvinna, som är med om ett kontorsrån, berättar att hon får träffa psykologen i själva lokalen för rånet för att där steg för steg gå igenom händelsen. De tränar på att vara i situationer som är skrämmande och påminner om rånet. Före och efter träningen genomförs personliga samtal. De inledande samtalen är då gemensamma. En kvinna upplever de gemensamma samtalen som givande och tycker att det ger möjlighet att komplettera bilden av händelsen. ”Vi hade kanske sett, vi hade ju sett det från olika vinklar, om man säger så. Det var ju bra att prata igenom det.” En annan är mer oförstående till varför de ska prata tillsammans och känner sig lite hämmad i det. ”Eller jag kände kanske lite, man hade kanske behövt prata lite för egen maskin.”

Facket är en annan instans som många tar upp. Flera kontaktas efter rånet av en facklig representant. ”Ja, facket kom ju också dagen efter. Och frågade liksom vem det var. ... E, jo, jag tyckte det var bra att de kom så där fort också.” Man känner sig sedd om butiken får fackets rekommendationer om ökad säkerhet efter rånet. En kvinna berättar att hon har haft hjälp av att hon får gå fackliga utbildningar kring rån både före och efter sin rånupplevelse. I tre andra fall dröjer den fackliga representanten eller kommer inte till platsen, alternativt pratar inte alls med den drabbade utan endast med butikschefen. ”Där kan jag tycka att dom gör fel va. Är det någon dom ska prata med så är det den som har blivit rånad.”

Några nämner också stödet från BOJ (Brottsofferjouren). En kommer på eget initiativ i kontakt med ett av deras rehabiliteringsprogram där hon får stöd att fullt ut komma över sin skräckfyllda upplevelse.

”Jag tog kontakt med Brottsofferjouren. Och dom stöttade mig! Till tusen! Och på den tiden, så fanns det ett brottsoffer – vad heter det ...? Och vi var fem stycken tjejer. Utspridda från hela landet. Och alla hade blivit drabbade av rån. Vi fick sitta och berätta i grupp, vi fick prata med henne i enrum, det var en präst som pratade med oss och en dietist ... Det här är helt underbart! De tog hand om oss.”

De flesta andra får, av polis eller chef, tips om BOJ och någon har även enstaka samtal med jouren. En kvinna beskriver att hon i det läget inte orkar söka sig dit själv, även om hon önskar. ”Och Brottsofferjouren orkade jag aldrig ansöka. Hade inte den kraften riktigt till det. Det var så mycket papper och grejer så jag orkade faktiskt inte det.”

Till övrigt stöd i krissituationen räknade informanterna ekonomisk ersättning och rättslig hjälp. Många berättar att de får blanketter att fylla i angående någon typ av ekonomisk ersättning, bland annat från BOJ. Med något undantag talar alla som varit på rättegång om stöd i form av målsägandebiträde. En kvinna beskriver att detta stöd för henne är helt avgörande för att orka med rättegången över huvud taget.

Inget krisstöd

Informanterna ger många exempel på att inget arrangerat krisstöd ges: ”Nej. Vi fick en blomsterkvast från Konsum. Men den kan man ju inte prata med.” Och några upplever inte heller att det fått något annat stöd. Omgivningen agerar som om inget hänt. ”Alla tycker det är för jävligt och sen, sen rycker man bara på axlarna. Så det, det är så det funkar.” För någon finns inget behov av mer hjälp, medan andra upplever bitterhet över att inte få stöd alls. En kvinna säger att det inte ordnas något eftersom hon inte orkar uttrycka sitt behov tydligt. ”E, men när jag inte tog tag i och ville ha någon krishjälp så då rann det väl ut i sanden, typ. Det var ingen som frågade sen eller ringde om jag ville ha någon hjälp.”

Återhämtning

När informanterna talar om vad som har hjälpt dem att stå ut med händelsen tycks omsorgen och den direkta närheten samt sällskapet vara viktiga. En annan viktig aspekt av det akuta krisstödet är att bli tagen på allvar. Det finns en poäng med att omgivningen visar att den är beredd att hjälpa, bland annat genom att fortsätta fråga hur personen mår. På samma sätt är det viktigt att det finns människor till hands, om den drabbade så vill, även om en akut krishantering inte är aktuell för tillfället. ”Det var bra att man kände ett stöd att de finns där om man vill något, liksom. Så det var bra.” När informanterna diskuterar bearbetning av händelsen tas normalisering upp som en viktig faktor. Att få höra att man inte reagerat konstigt och att andra också råkat ut för liknande saker. ”Ja, det är det jag menar att man inte bar sig så tokigt åt i alla fall.” (se Figur 10, Bilaga 4.)

En kvinna anger att ett av de starkaste minnena är hur polisen lugnar och informerar om vad som händer i telefon efter larmet. ”Det är skillnad att prata med en kund som är lekman än med ett proffs.” Att prata med en professionell är annorlunda än att prata med vänner och familj, säger flera. I de samtal kan man uttrycka allt och det är skönt att utan dåligt samvete få prata av

sig. Återkommande är också hur viktigt det är att få prata om sin upplevelse om och om igen. De flesta är överens om att det är läkande att samtala med någon som lyssnar. ”E, bra har väl varit att man fått berätta och att de bara lyssnat. Att man: berätta din version, att även om du gjort det tio gånger tidigare så lyssnar vi, liksom.”

Att återgå till arbetet

Arbetsplatsens roll i samband med rån framträder på två sätt. Dels framgår det av de flesta intervjuerna att sjukskrivning inte varit aktuell. Den andra inverkan faktorn kan sammanfattas i ordet ”arbetsträning”. När informanterna tillfrågas om sjukskrivning svarar den övervägande delen att de inte är sjukskrivna efter rånet. Undantag finns och ett par berättar om en lång väg tillbaka till arbetet. De flesta är hemma någon dag. Ofta är det en ”ledig dag” och de går sedan tillbaka och fortsätter på sitt normala schema full tid. En informant säger att sjukskrivning ju också är en ekonomisk fråga. För en annan känns det tvunget att arbeta då hon strax därefter ska få barn och vara mammaledig. En kvinna får det direkta rådet att arbeta dagen efter, men känner själv att hon inte vill och stannar hemma. Hon återgår några dagar senare. I de fall där sjukskrivningar förekommer längre tid efter rånet, har det ofta angetts en annan orsak, till exempel en senare bilolycka eller komplicerad graviditet.

Första tiden på arbetet efter ett rån har beskrivits som en kritisk period av informanterna. Många säger att det går bra att komma tillbaka. Dagen efter är omständigheterna annorlunda – till exempel att det är dagtid och att det är mer personal i butiken, vilket gör det mindre otäckt. ”Det var liksom inte alls att jag var rädd, för då var vi två. Det var ljust, det var på dagtid.” Säkerheten höjs på några arbetsplatsen tiden efteråt, till exempel anlitas väktare vid stängningsdags eller man ordnar med titthål i bakdörren.

Ett resultat som är särskilt tydligt är hur positiva, näst intill samtliga, är till vad som skulle kunna kallas arbetsträning. Att gå tillbaka till arbetet fungerar väl så länge den drabbade själv får möjlighet att känna efter vilka arbetsuppgifter som känns rimliga och hur mycket han eller hon vill arbeta. De som blivit rånade vid kassorna, beskriver att de inte vill sitta i kassan tiden efteråt. Sedan tränar de sig närmare kassorna och till slut vågar de sitta i kassan allt längre stunder. Tiden efter rånet har offren inte heller velat vara ensamma i butiken runt det klockslag då rånet inträffade:

”Jag och den ena, vi gick dit och arbetsprövade lite. Vi gick till och från, för jag tyckte det var jättejobbigt att möta kunderna och sitta i kassan då. Det var det jobbigaste efteråt. ... Mm. Vi fick gå och plocka varor på golvet och göra precis som vi ville. Vi fick gå hem om vi ville.”

De första dagarna på arbetet efter rånet uttrycker många att det först känns konstigt, eller oroligt. För vissa är kunders nyfikenhet en belastning som väcker obehagliga känslor igen, medan det för andra är skönt att då dela sin upplevelse med stamkunder. Bearbetningen och hälsan efter en traumatisk upplevelse, så som informanterna presenterat den, påverkas positivt av krisstödet genom processer som trygghet, omsorg, normalisering och samtal. Dock visar det sig att vissa livshändelser har mer påverkan, både i positiv och negativ bemärkelse. Främst framkommer att informanterna ställs inför flera påfrestningar i livet tiden efteråt. Det är ofta många små händelser som adderas till en jobbig livssituation för flera av dem. ”Min mormor hade dött dagen innan, så det var väldigt mycket den veckan, och jag fyllde år samma vecka och. Det var väldigt turbulent.” Andra exempel på händelser är cancer i familjen, en egen operation och att maken dör. De två gravida kvinnorna tänker också att deras graviditeter spelar in, till exempel genom att rånet inte kan bearbetas på arbetet. Att tvingas vara borta från arbetsplatsen, på grund av sjukskrivning under graviditeten eller för mammaledighet, gör att rädslor kopplade till rånet inte får tillfälle att sjunka undan. Tankarna på rånet får också stå tillbaka för det barn som kommer. Det verkar som att dessa tankar då finns kvar för att bearbetas senare. Några menar att detta att få barn även gör att man generellt blir mer orolig och vaksam. ”...man har ju blivit lite mer försiktig sedan man fått barn och såna saker.” Barn skänker också glädje, och detta i sig gör att den drabbade mår bättre.

En speciell påfrestning är att se sin rånare. Det visar sig nämligen att flera efter rånet har mött sin rånare, på rättegången eller när han handlat i butiken. Mötet med rånaren är minst lika skräckfyllt som rånet. En kvinna beskriver mötet i rätten som ytterligare något som river upp sår och återigen väcker känslan av att under förhöret bli misstrodd och kanske inte komma ihåg detaljer runt händelsen.

”Efter, det var åtta månader senare man skulle på rättegång. Och då kom det liksom tillbaka igen. Det började om på något sätt när man satt mitt emot han själv... Det var värre än själva rånet. Sitta där och kunna se att det var han.”

Kvarstående förändringar

Hur har då rånet påverkat på sikt? De allra flesta upplever sig idag må bra. Samtidigt visar sig hos vissa en personlighetsförändring som kan betecknas som en allmänt ökad sårbarhet. Andra förändringar är mörkrädsla och misstänksamhet. Några få kan även se positiva konsekvenser av rånupplevelsen. Många säger att de inte kan se att rånet påverkar dem idag. Det är det vanligaste svaret. Ibland kan informanterna ange en avgränsad specifik förändring som till exempel att inte tycka om att vara ensam. Oftast är det dock en allmän upplevelse av hur de uttrycker sig som får en att tro att obehagskänslor och tankar idag lättare kan väckas vid påfrestning. Flera säger att de inte pratar om rånet och att de förtränger det mer eller mindre omedvetet. För drygt hälften är det som att man införlivat rånet i sin livshistoria. ”Det är liksom något man lagt bakom sig. Det som har varit, har varit, liksom.”

Den generellt större sårbarheten innebär att rånet är något som rubbat tryggheten och välbefinnandet. Föreställningen att de är trygga i världen har bevisats vara felaktig och otäcka händelser kommer närmare dem. En kvinna nämner att hon nu varit med om en hemsk livshändelse och därmed blivit mer ödmjuk inför hur man kan må. För en annan tar det sig uttryck i att: ”Jag har lättare att stressa upp mig över saker, tycker jag.” Flera blir rädda inför nya saker som kan associeras till rånet. Det kan vara plötsliga ljud, mörka kläder eller någon som går efter dem på gatan. Rån på TV väcker också rädsla, beskriver tre stycken. En kvinna sätter rånet i samband med att hon senare i livet utvecklar diabetes.

Upp till ett par månader efteråt vågar vissa inte gå hem själva efter arbetet, även om denna rädsla har minskat med tiden. Det finns en allt mer avtagande, men kvardröjande, osäkerhet och en del lägger sig till med beteenden som försäkrar dem om deras säkerhet. Vid stängningsdags beskriver en informant det som att: ”Så man fick rutiner. Man gick ut och tittade om det fanns mycket folk utanför, och såna grejer va.”

Denna misstänksamhet är något som ungefär hälften av informanterna talar om. Man är på sin vakt och betar sig försiktigare gentemot kunderna. En person beskriver det som att godtrogenheten försvann och att rånet ständigt finns i bakhuvudet:

”Ja, alltså det jag känner det är det att, att man blev liksom på något vis, man var inte trygg längre. Jag hade aldrig tänkt tanken före att det skulle kunna hända. Men det kunde det. Som, ja, tryggheten försvann.”

Flera informanter nämner en kvarstående mörkrädsla så stark att de undviker att gå ut alls tiden efter rånet. Denna känsla av obehag i mörker både hemma och utomhus finns ännu kvar flertalet år efter rånet. En kvinna tycker att det är ganska bra nu, men berättar att det ändå påverkar henne när hon åker hem från arbetet:

”Jag var aldrig mörkrädd i hela mitt liv, nu är jag fruktansvärt mörkrädd. Men jag känner ändå att det lättar. Men jag vet ju att när jag kommer hem från jobbet och det är kolmörkt ute, då sitter jag kvar i bilen en liten, liten stund, och så springer jag in fort. Jag vet inte vad jag är rädd för. Jag blev ju inte rånad på kvällen, jag blev ju rånad på dagen, men nu vet man inte, det är när jag inte riktigt ser.”

Under intervjuerna märks också att rånet satt sina spår. Tre drabbade blir uppenbart berörda och i affekt när de talar om händelsen. En säger: ”Jag ser när jag pratar med dig här nu, så håller jag så hårt i luren, jag försöker slappna av, men jag håller hårt, precis som om jag var rädd.”

Samtidigt kan några enstaka drabbade även se positiva effekter av rånet. En kvinna berättar hur hennes familj stöttade henne och hämtade henne från jobbet varje dag och att det hade gjort att de kommit varandra närmare. Även då familjen är ett stöd finns mycket skuldkänslor efteråt för att man är en belastning, beskriver en kvinna. Återkommande tankar på händelsen resulterar i ett tjat: ”De är nog trötta på att höra det.” En kvinna säger att hon lärt sig att ”ta tjuren vid hornen” och att ta tag i sitt liv. ”Jag liksom tog tag i det med detsamma och gjorde de här sakerna jag var rädd för.” Två andra kvinnor ger liknande berättelser om hur de till slut påbörjar längre terapier för att reda ut sina liv.

Diskussion

Vilka är inte med i undersökningen, och varför

Innan man kan dra några slutsatser om undersökningen måste man analysera i vilken mån den är representativ för dem som i sitt yrkesliv har varit utsatta för rån. Frånsett eventuella tillkortakommanden med enkätens utformning – vad som borde ha tagits med men inte kom med – är det viktigt att beskriva hur en idealisk undersökning borde utformas.

Den idealiska designen ur forskningssynvinkel vore att personer vilkas hälsa redan var välkänd före och efter ett rån fick besvara enkätfrågor. Därtill skulle man också ha möjlighet att studera objektiva data såsom sjukdomsdiagnoser och sjuktillfällen. En sådan studie har faktiskt genomförts i Norge då oljeplattformen ”Aleksander Kielland” kapsejsade under en storm i Nordsjön. Man kunde då jämföra data från företagshälsovården före och efter händelsen och jämföra med personer inom samma yrke som inte drabbats. Man kunde här även undersöka betydelsen av och samspelet med tidigare livshändelser. Denna undersökning visade mycket tydliga effekter av traumatisering (21).

Det näst bästa alternativet skulle vara en så kallad fall/kontroll-studie. I en fall/kontroll-studie skulle man ha undersökt ett stort antal individer som man säkert visste hade blivit utsatta för rån. För att vara säker på att det inte handlade om bagatellartade händelser skulle man till exempel endast inkludera personer som anmält arbetsskada eller vilkas rån var polisanmält, och jämföra dessa med registerdata från jämförbara individer.

Det var en sådan undersökning som vi ville utföra, men detta gick inte att genomföra, då jurister på Stockholmspolisen ansåg att det fanns ett prejudikat som gjorde att polisen inte fick kontakta brottsoffer. Såvitt vi vet var polismyndigheten i princip positiv till undersökningen och fann att den var betydelsefull även från dess synpunkt, och uppfordrade oss att överklaga avslaget till regeringen. Enligt avslagsbeslutet från regeringen kunde personer bli upprörda över att få ett brev från polisen och detta var alltså orsaken till att denna variant av undersökning inte blev av. Vi hade i vårt överklagande framfört att våra forskningserfarenheter från undersökningar av betydligt mer utsatta grupper pekade åt ett annat håll, men detta beaktades alltså inte. En fall/kontroll-studie hade kunnat besvara frågan om hur det på sikt gick för personer

som varit utsatta för rån. Och detta kan vi alltså i nuläget inte svara på, mer om detta i nästa stycke.

Döda och pensionerade

I och med att en fall/kontroll-studie inte kunde genomföras finns ingen uppgift om dem som är döda eller pensionerade. Detta kan vara en förklaring till att vi inte fann några samband med hjärt-kärlsjukdom och psykisk traumatisering, trots att dessa sjukdomar har ett tydligt samband med andra former av stress. Det finns ingen anledning att anta att sådana samband inte skulle kunna finnas även efter rån i arbetslivet. De som har mördats i samband med rån saknas också.

Icke-organiserade och egna företagare

Den enkätmetod vi valde bedömde vi ändå skulle ha giltighet för gruppen icke-organiserade och egna företagare och till exempel kunna belysa samband mellan incidentutbildning och PTSD, samband mellan kroppslig sjukdom och traumatisering och framför allt samspelet mellan rån och tidigare traumatiska upplevelser liksom hormonella förändringar vid PTSD. Dessutom vet man att många arbetar ensamma på natten i utsatta förorter, inte ingår i studien för att de inte är organiserade eller är egna företagare.

Bortfall

Vi samhällsmedborgare kontaktas ofta på telefon eller brev i samband med opinionsundersökningar och en viss trötthet är begriplig. Vi har ställt många och personliga frågor till deltagarna och fått en låg svarsfrekvens. Vi valde – på grund av att våra frågor till exempel angående sexuella övergrepp kunde vara provocerande – att inte skicka ut mer än en påminnelse. Det stora bortfallet kunde bero på att man helt enkelt inte orkade fylla i enkäten och av respekt för dem som inte svarade skickade vi alltså inte ut fler påminnelser.

Särskilt stort var bortfallet i den yngre åldersgruppen. Detta kan ha olika orsaker, till exempel:

- ♦ Yngre människor flyttar ofta och i den aktuella åldersgruppen kan även fackligt organiserade representera ett genomgångsyрке.

- ♦ Unga människor har enligt vissa forskare en ”immunitetsillusion” som gör att de har svårt att föreställa sig att vissa händelser kan drabba dem. På så sätt kan de uppfatta att vår undersökning inte är relevant för dem.

Ett antagande är att de som är mest berörda i högre grad svarar på enkäten. Här finns data som pekar åt olika håll: Till exempel finns det undersökningar i Norge som pekar på att man även med hög svarsfrekvens (80 %) endast får kontakt med 50 % av dem som har svåra besvär efter traumatiska upplevelser, på grund av det obehag som traumatiserade individer upplever när de påminns om ett trauma (22). Å andra sidan har vi fått telefonsamtal från personer som undrade om de behövde delta eftersom de inte utsatts för rån. Det fanns en bristande insikt om att det var värdefullt att just de deltog i undersökningen för att det skulle möjliggöra jämförelser.

Efter anbudsförfarande – som enligt EG-rätt är obligatoriskt – skickades enkäten ut av ett privat företag med namnet ”Smartinfo”, och en miss gjorde att enkäten endast med ansträngning fick plats i svarskuvertet. Detta kan naturligtvis ha påverkat svarsfrekvensen, men den var inte högre i det utskick som gjordes när företaget hade rättat till misstaget.

Enkätens utformning

Eftersom vi ville belysa viktiga frågeställningar som eventuella samband mellan psykisk traumatisering och kroppslig ohälsa, betydelsen av arbetsmiljö och socialt stöd och frågor angående omhändertagande efter trauma var enkäten omfattande. Normalt eftersträvar man korta enkäter för att få hög svarsfrekvens, men av vetenskapliga skäl kunde den inte vara kort. Uppgifter om hur ofta rån förekommer finns inom kriminalstatistiken. Det är dock anmärkningsvärt få som gav tillstånd till personlig kontakt eller granskning av registerdata. En del som ringde undrade om vi ville ha salivprov och om dessa skulle sparas i DNA-register; m.a.o. fanns rädsla med tanke på övervakningssamhället.

Reflexioner

Det är tydligt att det finns ett forskningsfientligt klimat i Sverige, och att detta även har försvårat denna angelägna undersökning. Det är också påtagligt att det inte går att hämta in data från företagshälsovården eftersom det inte finns någon sådan längre, åtminstone inte med regelbundet återkommande hälso-

kontroller. Vidare är det naturligtvis beklagligt att vi har missat vissa möjligheter till att ställa mer precisa frågor.

Man kan invända att det finns registerdata, till exempel kriminalstatistik och databaser hos SCB; men enbart studier av dessa databaser ger inte svar på specifika frågor. Med denna metod finns det risk för grovt missledande slutsatser när data som rör stora grupper är indikatorer och kan påverkas av en mångfald andra faktorer.

Denna undersökning visar att rån är den vanligast förekommande arbetsmiljörisken hos personal inom handeln. De drabbade har dubbelt så hög frekvens av PTSD som övriga trots att andra traumahändelser utanför arbetsplatsen har en viktig roll för utvecklingen av PTSD.

Effekt av säkerhetsutbildning kunde endast påvisas indirekt, vilket kan bero på att vi inte har någon uppfattning om denna utbildnings innehåll. Men i första hand beror det troligtvis på att de som har genomgått säkerhetsutbildning i större omfattning riskerar att utsättas för rån, och att en lång rad andra faktorer har större tyngd i utvecklingen av PTSD, såsom tidigare trauma och socialt stöd.

Debriefing har inte visat sig ge någon förebyggande effekt, vilket stämmer med litteraturen (Cochrane-databasen).

Arbetsmiljöfaktorer såsom socialt stöd på arbetsplatsen har däremot visat sig ha samband med minskad förekomst av PTSD och snabbare återgång i arbete hos dem som utsatts för rån. Här finns det alltså möjlighet att påverka risken för långtidssjukskrivning genom arbetsmiljöinsatser, vilket också kunde förklara den indirekta, men inte direkt påvisbara, effekten av säkerhetsutbildning.

Rekommendationer

Rån är den vanligaste negativa arbetsmiljöfaktorn hos handelsanställda och det är därför viktigt att följa utvecklingen och att i möjligaste mån förebygga exponering. Förbättrad och obligatorisk säkerhetsutbildning kan troligtvis bidra till att minska risken för PTSD, men detta måste studeras närmare med longitudinella metoder. PTSD och traumatiska händelser har en koppling till kroppslig ohälsa, varför även detta måste följas upp i framtida studier, då psykiska påfrestningar på arbetsplatsen kan bidra till ohälsa med så lång latenstid att sambandet blir svårt att fastställa i det enskilda fallet. Socialt stöd på arbetsplatsen är troligtvis av betydelse för att minska risken för utveckling av PTSD efter rån.

Tillkännagivanden

Smartinfo AB har genomfört datainsamlingen och den grafiska inläsningen.

Gabriel Oxenstierna har deltagit i utformningen av den ursprungliga designen, som dock inte kunde genomföras.

Fredrik Garpe har ansvarat för utformningen av enkäten, datainsamlingen och formulerat delar av texten.

Robert Mehrete Ahabra stod för insamlingen av salivprov för steroidanalyser.

Salivanalyserna genomfördes av Bartholomé de la Torre och Lars Holmberg.

Caroline Berglund analyserade självrapporterade hälsoförändringar efter traumatiska händelser samt klassificerade restkategorin av traumatiska händelser.

Camilla Montell genomförde intervjustudien.

Lillemor Katz stod för redigering och layout.

Studien har initierats av Handelsanställdas förbund i samarbete med Arbetsgivarorganisationen inom Handels och har finansierats av AFA.

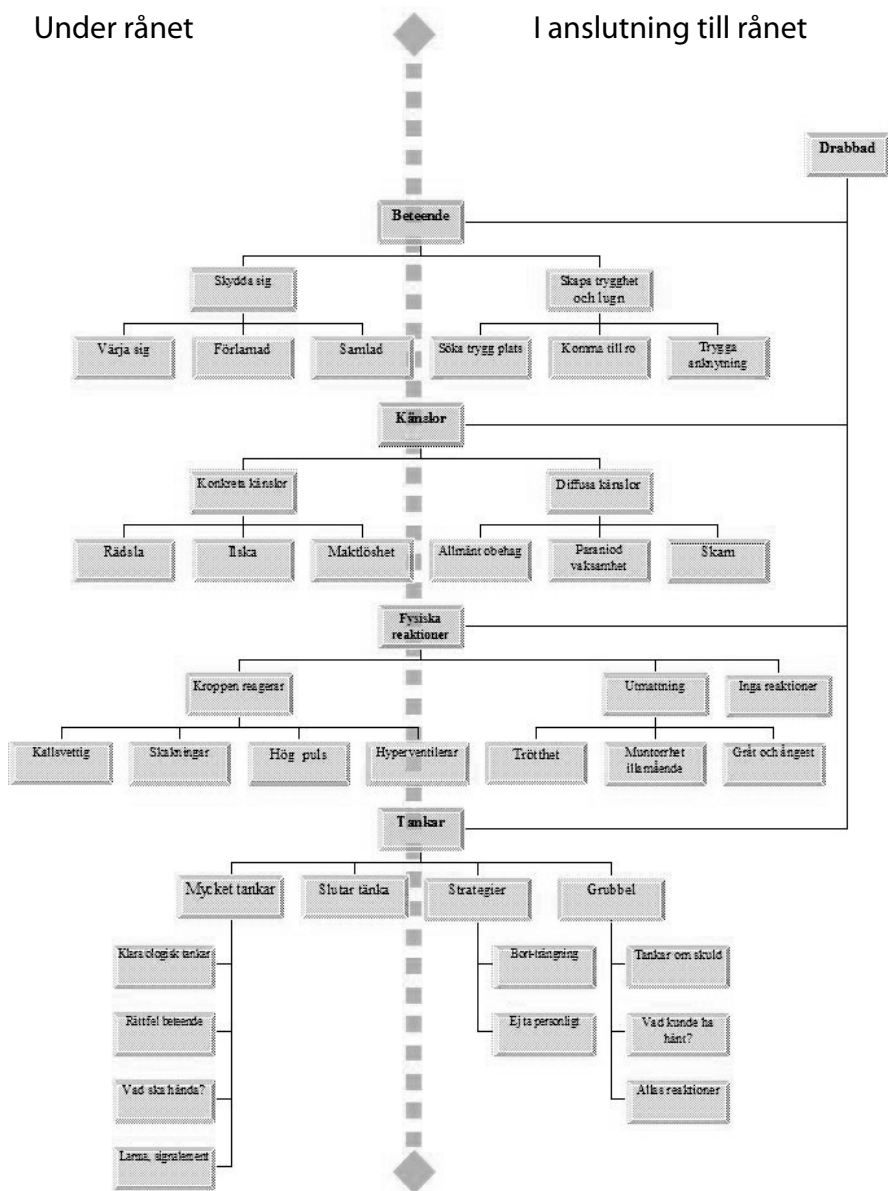
Referenser

1. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM–IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
2. Li J, Johansen C, Bronnum-Hansen H, Stenager E, Koch-Henriksen N, Olsen J. The risk of multiple sclerosis in bereaved parents: A nationwide cohort study in Denmark. *Neurology* 2004;62(5):726-729.
3. Abdo T, al-Dorzi H, Itani AR, Jabr F, Zaghloul N. Earthquakes: health outcomes and implications in Lebanon. *Journal Medical Libanais – Libanese Medical Journal* 1997;45(4):197-200.
4. Armenian HK, Melkonian AK, Hovanesian AP. Long term mortality and morbidity related to degree of damage following the 1998 earthquake in Armenia. *American Journal of Epidemiology* 1998;148(11):1077-1084.
5. Scaer RC. The neurophysiology of dissociation and chronic disease. *Applied Psychophysiology & Biofeedback* 2001;26(1):73-91.
6. Scaer RC. *The body bears the burden: trauma, dissociation, and disease*. New York: Haworth Medical Press, 2001.
7. Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Eds.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press, 1996.
8. Tsigos C and Chrousos GP. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research* 2002;53(4):865-871.
9. Sondergaard HP, Hansson LO, Theorell T. Elevated blood levels of dehydroepiandrosterone sulphate vary with symptom load in posttraumatic stress disorder: findings from a longitudinal study of refugees in Sweden. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2002;71(5):298-303.
10. Murphy BE, Abbott FV, Allison CM, Watts C, Ghadirian AM. Elevated levels of some neuroactive progesterone metabolites, particularly isopregnanolone in women with chronic fatigue syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29(2):245-268.
11. Wessely S, Rose S, Bisson J. *Brief psychological intervention ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder*. [Update in Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;3: CD000560; PMID: 11686967]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000;2:CD000560.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)*: NICE Guideline, 2005.

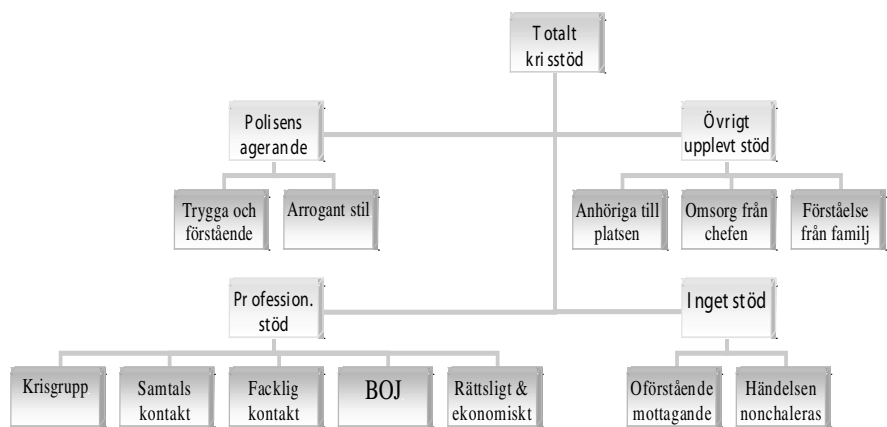
13. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ (Eds). *Effective treatment for PTSD: practical guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford, 2000.
14. Pitman RK and Delahanty DL. Conceptually driven pharmacologic approaches to acute trauma. *CNS Spectrums* 2005;10(2):99-106.
15. Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K, Averland B, Lestavel P, Brunet A, Marmar CR. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. [Erratum in *Biological Psychiatry* 2003;54(12):1471] [Comment in *Current Psychiatry Report* 2004;6(4):241-242]. *Biological Psychiatry* 2003;54(9):947-949.
16. Deykin EY, Keane TM, Kaloupek D, Fincke G, Rothendler J, Siegfried M, Creamer K. Posttraumatic stress disorder and the use of health services. *Psychosomatic Medicine* 2001;63(5):835-841.
17. Sundquist K, Johansson LM, DeMarinis V, Johansson SE, Sundquist J. Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity: symptoms in a random sample of female Bosnian refugees. *European Psychiatry* 2005;20(2):158-164.
18. Schnurr PP, Friedman MJ, Sengupta A, Jankowski MK, Holmes T. PTSD and utilization of medical treatment services among male Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000;188(8):496-504.
19. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experience in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005 Nov 29; [Epub ahead of print].
20. Nijenhuis ER, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. Psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire: a replication study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1998;67(1):17-23.
21. Holen A. *A long-term outcome study of survivors of a disaster*. Thesis. University of Oslo, 1990.
22. Weisaeth L. Importance of high response rate in traumatic stress research. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl.* 1989;355:131-137.

Går du nu el. har du tidigare varit under läkarvård för/ har läkare ställt diagnos på någon el. några av följande sjukdomar?									
Sjukdomskategorier	Åldersgrupp 22-38			Åldersgrupp 39-51			Åldersgrupp 52-		
	Ja/Totalt	Antal självupplevda händelser	Sig-nifi-kans	Ja/Totalt	Antal självupplevda händelser	Sig-nifi-kans	Ja/Totalt	Antal självupplevda händelser	Sig-nifi-kans
Hjärt-kärlsjukdom	11/452	2,18/2,04	,907	11/400	3,27/2,09	,850	33/324	2,58/1,52	,021
Högt blodtryck	33/454	2,79/2,03	,011	57/407	2,54/2,10	,157	85/351	2,11/1,52	,075
Astma, kron. luftrörskatarr	59/457	3,00/1,96	,001	34/397	3,74/1,98	,000	33/321	2,73/1,45	,001
Magsår/magkatarr/tarmkatarr	111/468	2,63/1,97	,000	104/403	2,67/1,95	,004	65/332	2,66/1,37	,000
Njursjukdom/urin-vägssjukdom	86/462	2,73/1,95	,000	66/403	2,50/2,03	,110	64/329	2,70/1,38	,000
Hörsnuva	72/456	2,42/2,01	,157	41/402	2,63/2,10	,162	31/318	2,48/1,49	,158
Hudsjukdom	79/458	2,81/1,92	,000	60/402	2,52/2,08	,396	53/328	2,47/1,40	,001
Svåra rygg- el. ledbesvär	108/461	2,69/1,88	,001	118/418	2,57/1,94	,004	119/343	2,34/1,24	,000
Diabetes	11/438	1,82/2,09	,998	7/396	3,29/2,14	,261	17/322	1,88/1,55	,443
Nervös sjukdom	22/449	3,14/2,03	,017	29/399	2,79/2,06	,032	20/319	3,75/1,48	,001
Övre luftvägsinfektion	54/451	3,39/1,89	,000	50/400	3,78/1,89	,000	61/319	2,38/1,38	,002
Annan sjukdom	100/456	2,85/1,87	,000	94/399	2,80/1,86	,000	80/322	2,38/1,35	,000

Tabell 9. Självrapporterad tidigare ohälsa, medelvärde av "traumapoäng" per åldersgrupp. Signifikansen: Mann-Whitney U.



Bilaga 3



Figur 9. Stöd och hjälp från omgivningen

Bilaga 4



Figur 10. Faktorer som påverkar återhämtning efter ett butiksrån



Traumaenkät

Information till deltagare i undersökningen
"Traumatisk stress i arbetslivet", delstudie I.

Du som får denna enkät är medlem av Handelsanställdas Förbund och utvald slumpmässigt via medlemsregistret. Du kan också få den för att polismyndigheten har upplysningar om att du varit utsatt för rån i samband med din yrkesutövning.

Syftet med denna enkät är att undersöka konsekvenserna av rån, hot och olyckor i arbetslivet vad gäller människors hälsa. Det är också avsikten att undersöka hur vanligt det är att människor har traumatiska upplevelser.

Vi ber dig fylla i enkäten. Frågorna i det första frågeformuläret gäller traumatiska upplevelser under hela ditt liv, som du antingen själv har råkat ut för, bevittnat eller som har drabbat en närstående person, samt din hälsa i dag.

De följande formulären som ingår i enkäten beskriver typiska besvär efter traumatiska händelser, samt allmän hälsa, hur du upplever din arbetssituation och hur du anser att du själv fungerar.

Enkäten är anonym. Om du själv önskar, kan vi medverka till att undersöka dina kontakter med sjukvården och/eller att forskargruppen tar kontakt med dig för ytterligare frågor angående din hälsa. **Se sid 18.**

Ditt deltagande är helt frivilligt, och du kan när som helst avbryta undersökningen även om du har medgivit att delta.

Alla uppgifter som du lämnar till oss är konfidentiella och kan inte lämnas till andra personer. Svaren sammanställs anonymt.

Under tiden **18 mars – 24 mars** finns det möjlighet att kontakta **08-524 867 25**. Detta nummer hålls öppet vardagar kl. 12:00 – 20:00 och en av forskarna svarar i telefon, dels vid frågor angående enkäten, dels om du vill få råd eller har upplevt obehag när du svarade på frågorna.

Fredrik Garpe
Leg. psykolog
IPM

Hans Peter Söndergaard
Spec. psykiatri, Med dr
IPM

Uppgifter om dig själv:

Ålder: år

Kön: man kvinna

Tänk på att fylla i samtliga frågor! Enkäten är 18 sidor lång! _____

Har du blivit utsatt för rån i samband med ditt arbete? nej ja

Om ja; vilket år?

Har du på din arbetsplats erhållit utbildning i hur du bör göra/förhålla dig vid ett rån (säkerhetsutbildning)? nej ja

Påfrestande livshändelser

Nedan finns en lista över andra svåra eller påfrestande upplevelser. För varje händelse, skriv årtal för händelsen i en eller fler rutor för att markera om a) du personligen har upplevt händelsen, b) du har bevittnat att det hände någon annan, c) du har hört att det hände **någon närstående person**, d) du är inte säker på om det är tillämpligt i ditt fall, e) händelsen är inte tillämplig i ditt fall; i så fall sätt enbart kryss i denna ruta.

Tänk på att frågorna gäller **hela** livet, barndom såväl som vuxen ålder, när du går igenom listan. Skriv **ungefärligt** år som händelsen inträffade. Om händelsen inträffade på ditt arbete, skriv årtal i kolumnen längst till höger.

Om mer än ett årtal är aktuellt på samma händelse, vänligen skriv detta på "övriga kommentarer" på sidan 4.

Händelse	Hände mig (årtal)	Jag bevittnade (årtal)	Jag hörde talas om det (årtal)	Jag är osäker (kryss)	Gäller ej mig (kryss)	Hände på arbetet (årtal)
1. Naturkatastrof (t ex översvämning, orkan)				☐	☐	
2. Brand eller explosion				☐	☐	
3. Transportolycka (olycka med cykel, MC, bil, fartyg, tåg, flyg, etc.)				☐	☐	
4. Annan allvarlig olycka i hemmet, på arbets- platsen eller på fritiden				☐	☐	
5. Utsatt för farliga ämnen (kemiska ämnen eller strålning)				☐	☐	

Händelse	Hände mig (årtal)	Jag bevittnade (årtal)	Jag hörde talas om (årtal)	Jag är osäker (kryss)	Gäller ej mig (kryss)	Hände på arbetet (årtal)
6. Fysiskt våld (att bli angripen, slagen, sparkad eller misshandlad)				☐	☐	
7. Angripen med vapen (skjuten, knivhuggen, hotad med kniv/annat vapen eller bomb)				☐	☐	
8. Sexuellt våld (våldtäkt, våldtäkts- försök, tvingad till sexuell handling under våld eller hot)				☐	☐	
9. Andra oönskade eller obehagliga sexuella upplevelser				☐	☐	
10. Deltagit i strid under krig eller vistelse i krigszon				☐	☐	
11. Fångenskap (kidnappad, bortförd, tagen som gisslan eller krigsfånge)				☐	☐	
12. Livshotande sjukdom eller skada.				☐	☐	
13. Svårt mänskligt lidande.				☐	☐	
14. Ond bråd död (ex självmord eller mord)				☐	☐	
15. Plötsligt oväntat dödsfall hos närstående				☐	☐	
16. Allvarlig skada, lidande eller dödsfall som du var vållande till				☐	☐	
17. Annan påfrestande händelse eller upplevelse				☐	☐	

Om du har svarat ja på fråga 17 kan du förklara närmare:

Övriga kommentarer:

På någon/några av frågorna är mer än ett årtal aktuellt (sätt i så fall kryss):

☐

Om du fyllt i kryss ovan, kan du förklara närmare:

Vänligen identifiera det trauma från föregående sidor som är mest besvärande för dig i dag:

Nedan är en lista på problem och besvär som människor ibland kan få som en reaktion på stressande livs upplevelser. Läs varje påstående noga och markera sedan med ett kryss i den ruta som motsvarar hur mycket du har besvärats av detta problem under den senaste månaden. Graden av besvär motsvarar (1) inte alls, (2) något, (3) måttligt, (4) en hel del, (5) mycket.

	1	2	3	4	5
1. Upprepade störande minnen, tankar eller bilder av en tidigare stressande upplevelse					
2. Upprepade, störande drömmar från en tidigare stressande upplevelse					
3. Plötsligt agerande eller känsla som om den stressande upplevelsen från det förflutna hände igen (som om du återupplevde den)					
4. Känslor av stark upprördhet när något påminner dig om en stressande upplevelse från tidigare i livet					
5. Fysiska reaktioner (t.ex. hjärtklappning, andningssvårigheter, svettningar) när något påminner dig om en stressande upplevelse från det förflutna					
6. Undviker att tänka på eller prata om stressande upplevelser från det förflutna eller undviker att känna något inför dem					
7. Undviker aktiviteter eller situationer därför att det påminner dig om en stressande upplevelse från tidigare i livet?					
8. Svårigheter att minnas viktiga delar av en stressande upplevelse från tidigare i livet?					
9. Tappat intresset för aktiviteter som du brukade tycka om?					
10. Upplevelse av avstånd eller att vara avskuren från andra människor?					
11. Upplevelse av känslomässig bedövning eller oförmåga att känna kärlek för dem som står dig nära?					
12. Upplevelse av att din framtid på något sätt kommer att förkortas?					

	1	2	3	4	5
13. Svårigheter att somna eller sova?					

14. Känslor av irritation eller vredesutbrott?
15. Koncentrationssvårigheter?
16. "Superalert", hyperuppmärksam
eller på din vakt?
17. Rycker till lätt eller känslor av skakighet?

HSC – 25 - S

Nedan finns en lista på besvär som människor kan uppleva. Vänligen läs noggrant och ta ställning till huruvida Du har haft dessa besvär senaste veckan inklusive idag. Graden av besvär anges med kryss i rutan för någon av möjligheterna: (1) inte alls, (2) något, (3) måttligt eller (4) extremt mycket.

<u>Del I</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
1. Plötslig rädsla utan anledning				
2. Känsla av skräck				
3. Svimningskänsla, yrsel eller matthet				
4. Nervositet eller inre oro				
5. Hjärtklappning				
6. Skakningar				
7. Känsla av spänning eller stress				
8. Huvudvärk				
9. Attacker av skräck eller panik				
10. Rastlös, kan ej sitta still				

<u>Del II</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
11. Orkeslöshet, långsamhet				
12. Självförebråelser				
13. Nära till gråt				
14. Förlust av sexuellt intresse				
15. Förlust av aptit				
<u>Del II, fortsättning</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

16. Svårt att somna eller avbruten sömn
 17. Hopplöshetskänslor inför framtiden
 18. Nedstämdhet
 19. Känsla av ensamhet
-

20. Tankar om självmord, dödslängtan
21. Känsla att ha fastnat i fälla
22. Att bekymra sig för mycket
23. Brist på intresse
24. Känsla att allt kräver ansträngning
25. Känsla av värdelöshet

PSOM-S

Detta formulär ställer frågor om olika typer av gynnsamma sinnestillstånd som du har upplevt under de senaste 7 dagarna. Markera en av möjligheterna för varje ämne.

- 3: Rikligt av dylika upplevelser
 2: Kan känna så vissa stunder
 1: Har svårt att känna så
 0: Oförmögen att känna det så

0 1 2 3

A: Uppmärksamhet: Jag är i stånd att koncentrera mig på en uppgift som jag vill utföra utan att distraheras av andra tankar

B: Produktivitet: Jag kan slutföra ett arbete och ta itu med de problem som uppstår och hitta lösningar på dem

C: Förmåga att ta ansvar/ta hand om: Jag känner att jag kan ta hand om mig själv och andra på ett bra sätt

D: Avkoppling och vila: Det är möjligt för mig att känna mig avslappnad utan störande tankar, eller kroppsliga spänningar

E: Förmåga till njutning: Jag kan njuta av kroppsliga upplevelser eller trivsamma tankar och göra saker som jag tycker om; som att lyssna på musik, ta promenader eller ett varmt bad

F: Gemenskap: Jag kan umgås med andra och uppleva närhet till dem i samtal, promenader eller då vi bara är tillsammans

Angående insatser vid eventuella traumatiska händelser

Har du varit med om en traumatisk händelse (skriv händelsen här):

ja – skriv händelsen här: _____

nej – gå direkt till frågeavsnittet Allmänna upplysningar på sidan 9

Erhöll du vård eller stöd efteråt?

nej ja

jag har haft det besvärligt sedan händelsen/erna

jag kan överhuvudtaget inte leva normalt sedan händelsen

Allmänna upplysningar

1 Äter Du regelbundet någon medicin?

Ja Nej

Vilken/vilka

Om senaste behandling med läkemedel skedde för mindre än 1 månad sedan, uppgi när och vilket medel som togs:

2 Röker Du?

Nej

Ja, ca 1-3 cigaretter/pipstopp per dag

4-10

11-20 mer än 20

3 Snusar Du?

Nej

Ja, ca

st priser/vecka

4 Hur tycker du att ditt hälsotillstånd har varit under de senaste 3 mån?

Mycket gott

Ganska gott

Någorlunda

Tämligen dåligt

Dåligt

5 Hur ofta dricker du öl?

ggr/vecka

6 Hur mycket öl dricker du?

burkar/vecka,

flaskor/vecka

7 Hur ofta dricker du vin?

ggr/vecka

- 8 Hur mycket vin dricker du? centiliter/vecka (ca)
- 9 Hur ofta dricker du starksprit? ggr/vecka;
- 10 Hur mycket starksprit dricker du? cl/vecka (ca)
- 11 Hur många gånger har du totalt varit sjukfrånvarande under de senaste tre månaderna?
(På grund av egen sjukdom, ej för att vårda sjuka barn)
- Ingen gång
- 1- 3 ggr
- 4- 6 ggr
- 7-10 ggr
- Mer än 10 ggr
- 12 Hur många dagar har du totalt varit sjukfrånvarande under de senaste tre månaderna?
(p g a egen sjukdom)
- Ingen dag Mindre än en vecka
- 1-2 veckor 2-4 veckor
- 1-2 månader Mer än två månader
- 13 **a** Har du under de senaste 3 mån varit sjukskriven på grund av skada som du ådragit dig i tjänsten (ej fysisk träning)?
- Ja Nej
- b** Om JA: Kryssa för nedan antal tillfällen och sammanlagt antal dagar
- 1 tillfälle Mindre än en vecka
- 2-3 tillfällen 1-2 veckor
- 4-5 tillfällen 2-4 veckor
- 6 eller fler tillfällen 1-2 månader
- mer än två månader
- 14 **a** Har Du vid något tillfälle under de senaste tre månaderna varit sjukskriven eller sjukanmäld då huvudorsaken har varit trötthet eller stress (även om Du angett annan orsak), som Du tror har orsakats av Dina arbetsförhållanden?
- Ja Nej

b Hur länge har Du sammanlagt varit borta på grund av dessa orsaker?

Mindre än 1 vecka

1-2 veckor

2-4 veckor

1-2 månader

Mer än två månader

15 Går Du nu, eller har Du tidigare varit under läkarvård, för (har läkare ställt diagnos på) någon eller några av följande sjukdomar?

	Under de senaste 3 månaderna		Tidigare	
Hjärt/kärlsjukdom	ja	nej	ja	nej
Högt blodtryck	ja	nej	ja	nej
Astma, kron. luftrörskatarr	ja	nej	ja	nej
Magsår/magkatarr/tarmkatarr	ja	nej	ja	nej
Njursjukdom/urinvägssjukdom	ja	nej	ja	nej
Hösnuva	ja	nej	ja	nej
Hudsjukdom	ja	nej	ja	nej
Svåra rygg- el. ledbesvär	ja	nej	ja	nej
Diabetes (sockersjuka)	ja	nej	ja	nej
Nervös sjukdom	ja	nej	ja	nej

Övre luftvägsinfektion	ja	nej	ja	nej
Hepatit (gulsot)	ja	nej	ja	nej
Annan sjukdom	ja	nej	ja	nej

- 16 Hur mycket saltar Du på maten?
mindre än andra
som folk i allmänhet
mer än andra

- 17 Hur många koppar kaffe dricker Du en vanlig dag?

/ dag

Psykosociala faktorer på arbetsplatsen (enbart om du arbetar nuförtiden)

1. Jag känner att jag är isolerad från mina arbetskamrater och står lite utanför gemenskapen
stämmer helt och hållet
stämmer ganska bra
stämmer inte särskilt bra
2. Min chef eller arbetsledare behandlar mig på ett nedlåtande sätt
stämmer helt och hållet
stämmer ganska bra
stämmer inte särskilt bra
3. Min chef eller arbetsledare klarar inte av att leda och fördela arbetet
stämmer helt och hållet
stämmer ganska bra
stämmer inte särskilt bra
4. Jag kommer ofta i konflikt med mina överordnade
stämmer helt och hållet

- stämmer ganska bra
stämmer inte särskilt bra
5. För att kunna tillmötesgå vissa personer måste jag göra andra missnöjda eller besvikna
stämmer helt och hållet
stämmer ganska bra
stämmer inte särskilt bra
6. Det är ofta konflikter och bråk på min arbetsplats
stämmer helt och hållet
stämmer ganska bra
stämmer inte särskilt bra
7. Det finns ingen som jag kan tala med om jag har personliga problem
stämmer helt och hållet
stämmer ganska bra
stämmer inte särskilt bra
8. Det finns ingen jag kan tala med om jag har problem med mitt arbete
stämmer helt och hållet
stämmer ganska bra
stämmer inte särskilt bra
9. Jag jobbar i ett arbetslag där det gäller att vara snabb och hänga med om det ska fungera
stämmer helt och hållet
stämmer ganska bra
stämmer inte särskilt bra
10. Personalomsättningen på min arbetsplats är stor
stämmer helt och hållet
stämmer ganska bra
stämmer inte särskilt bra
11. Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats

- stämmer helt och hållet
 stämmer ganska bra
 stämmer inte särskilt bra
12. Det är god sammanhållning
 stämmer helt och hållet
 stämmer ganska bra
 stämmer inte särskilt bra
13. Mina arbetskamrater ställer upp för mig
 stämmer helt och hållet
 stämmer ganska bra
 stämmer inte särskilt bra
14. Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag
 stämmer helt och hållet
 stämmer ganska bra
 stämmer inte särskilt bra
15. Jag kommer bra överens med mina överordnade
 stämmer helt och hållet
 stämmer ganska bra
 stämmer inte särskilt bra
16. Jag trivs bra med mina arbetskamrater
 stämmer helt och hållet
 stämmer ganska bra
 stämmer inte särskilt bra

17. Hur är Din egen roll på arbetsplatsen?

Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
-------------	---------------	----------------	-------------------------------

Andra bestämmer över mig

Jag bestämmer över mig själv

Bestämmer själv mitt arbetstempo

Bestämmer själv förläggningen av min arbetstid

Bestämmer själv förläggningen av mina raster

Bestämmer över tillsättandet av min närmaste chef
Bestämmer själv över förläggningen av min semester
Bestämmer över valet av arbetskamrater
Bestämmer över utformandet av min fysiska arbetsmiljö

18. Har Du under de senaste 3 månaderna deltagit i någon kurs eller annan utbildning som anordnats på arbetstid?

Ja

Nej

19. Arbetsmängden i mitt arbete varierar mycket:

Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
-------------	---------------	----------------	----------------------------

Över arbetsdagen

Från vecka till vecka

Från månad till månad

Varierar under längre perioder

Är jämnt fördelat över både arbetsdagen
och längre perioder

20. Beträffande just Ditt arbete:

Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
-------------	---------------	----------------	----------------------------

Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?

Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?

Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?

Har Du tillräckligt med tid för att hinna med
arbetsuppgifterna?

Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?

Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?

Kräver Ditt arbete skicklighet?

Kräver Ditt arbete påhittighet?

Innebär Ditt arbete att man gör samma sak
om och om igen?
Har Du frihet att bestämma hur Ditt arbete
skall utföras?
Har Du frihet att bestämma vad som skall
utföras i Ditt arbete?

21. Hur många timmar arbetar Du i genomsnitt per dag?

timmar

22. Anser Du att arbetsförhållandena tvingar Dig att bita ihop tänderna och aldrig klaga?

Aldrig

Sällan

Ibland

För det mesta

23. Upplever du dig hotad/otrygg på arbetet på grund av kunders beteende?

Aldrig

Sällan

Ibland

För det mesta

Nedan är du välkommen att skriva kommentarer till enkäten:

Fortsatt kontakt

Du kan nu välja att ge ditt medgivande till att vi kontakter dig för ytterligare intervju. Detta medgivande sker genom att du lämnar ditt namn och din kontaktadress här. Vi är intresserade av deltagare oavsett om du har varit med om en traumatisk händelse eller ej och oavsett om du har besvär eller inte.

nej, jag vill inte bli kontaktad

ja, jag medger härmed att forskargruppen får ta kontakt med mig för ytterligare intervju och för att lämna salivprov vid två tillfällen

namn _____

adress _____

telefonnummer: _____

ev. mobiltelefon: _____

ev. e-mail-address. _____

Du kan även välja att ge oss tillstånd att undersöka dina data angående sjukvårdskontakter och hos Statistiska Centralbyrån genom att lämna ditt personnummer här:

nej, jag lämnar inte ett sådant tillstånd

ja, jag ger härmed tillstånd för
forskargruppen att ta del av mina uppgifter
från olika register

Underskrift: _____

Personnummer: _____

Stressforskningsrapporter 1996 –

Nr

- 317 **Söndergaard HP**
Hälsoeffekter av rån och övriga traumatiska händelser bland handelsanställda. Delstudie I och II
- 316 **Holmén-Isaksson M**
Rehabiliterig. En förhandling mellan individer och organisationer. 2005
- 315 **Widmark M**
Det nya arbetslivet. En explorativ studie som jämför två dominerande psykosociala arbetsmiljömodeller med aktuell arbetsmiljöproblematik i organisationsförhållanden. 2005
- 314 **Hasselhorn HM, Theorell T, Hammar N, Alfredsson L, Westerholm P and the WOLF Study Group**
Occupational health care team ratings and self reports of demands and decision latitude – results from the Swedish WOLF Study. 2004
- 313 **Bernin P, Theorell T**
Mönster för framgångsrikt ledarskap i vården. 2004
- 312 **Söderström M, Jeding K, Ekstedt M, Kecklund G, Åkerstedt T**
Arbetsmiljö, stress och utbrändhet inom ett företag i IT-branschen. 2003
- 311 **Hansen Egon**
Stress, Stream of Affect, Emotions, and Background Variables: Exploratory Experiment with Poetry Reading II. 2003
- 310 **Pernler H, Gillberg M**
Sömnvanor och sömnproblem hos barn i förskoleåldern. 2003
- 309 **Åkerstedt T, Kecklund G**
Trötthet och trafiksäkerhet – en översikt av kunskapsläget. 2003
- 308 **Åkerstedt T, Ingre M, Eriksen C**
Work hour flexibility and the ability to sustain working life to retirement. 2003
- 307 **Shahnavaz S, Ekblad S**
Skolsköterskornas möte med asylsökande och andra nyanlända invandrar- och flyktningbarn. Fokusgruppsintervju med skolsköterskor i en av Stockholms invandratäta kommuner. 2002
- 306 **Ingre M, Kecklund G, Åkerstedt T, Lindqvist A, Johansson R**
Effekter av ändrad skiftordning i pappersindustri. 2002
- 305 **Kecklund G, Dahlgren A, Åkerstedt T**
Undersökning av förtroendearbetstid: Vad betyder inflytande över arbetstiden för stress, hälsa och välmående? 2002

- 304 **Ekblad S, Wasserman D**
Tidig upptäckt och preventiv behandling av asylsökande i riskzonen för självmord. 2002
- 303 **Åkerstedt T, Theorell T**
Biologiska stressmarkörer. Konsensusmöte 12–13/2 2002. Sammanfattning. 2002
- 302 **Åkerstedt T, Theorell T**
Biologiska stressmarkörer. Konsensusmöte 12–13/2 2002. 2002
- 301 **Ekstedt M, Kecklund G, Dahlgren A, Åkerstedt T, Samuelson B**
Kan dubbelskift vara en acceptabel arbetstidslösning? – effekt på återhämtning, stress och hälsa. 2001
- 300 **Torbjörn Åkerstedt**
Arbetstider, hälsa och säkerhet – En sammanfattning av en översikt av aktuell forskning. 2001
- 299 **Torbjörn Åkerstedt**
Arbetstider, hälsa och säkerhet – Sammanställning av aktuell forskning. 2001
- 298 **Kecklund G, Ingre M, Söderström M, Åkerstedt T**
Tågtrafik och säkerhet: hur kan lokförarens arbetsmiljö förbättras. 2001
- 297 **Society for Light Treatment and Biological Rhythms.** Book of abstracts. 13th Annual Meeting, June 24.27, 2001, Stockholm, Sweden. 2001
- 296 **Lindencrona F, Ekblad S, Charry J**
Kartläggning av levnadsomständigheter, behandlingskontakter och samverkans-insatser för nybesökspatienter på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning 1998 –1999. 2001
- 295 **Matell G, Theorell T**
Musikens roll i barns utveckling. 2001
- 294 **Svensson I, Westerlund H**
Kvinnors erfarenheter av 90-talets uppsägningar och arbetslöshet. En intervjustudie med korttidsutbildade kvinnor i ett landsbygds-län. 2001
- 293 **Ekblad S**
A survey of somatic, psychological and social needs of mass displaced refugees from the Kosova province while in Sweden. 2000
- 292 **Ingre M, Söderström M, Kecklund G, Åkerstedt T, Kecklund L**
Lokförarens arbetssituation med fokus på arbetstider, sömn, stress och säkerhet. 2000
- 291 **Åkerstedt T, Folkard S, Gillberg M, Kecklund G (Eds.)**
The 24h Society and the New Millennium: book of abstracts. 2000

- 290 **Åkerstedt T, Haraldsson P-O (Eds.)**
The Sleepy Driver and Pilot: book of abstracts. 2000
- 289 **Hasselhorn H-M, Theorell T, Vingård E and the MUSIC-Norrtälje Study Group**
Acute Musculoskeletal Disease and Psychophysiological Parameters – A Swedish Case Control Study. 1999
- 288 **Kecklund G, Åkerstedt T, Ingre M, Söderström M**
Lokförarens arbetssituation och konsekvenser för säkerhet, stress och sömnhet: litteraturöversikt, olycksanalys och turlisteanalys. 1999
- 287 **Nilsson J, Gillberg M, Göranson B, Kecklund G, Åkerstedt T**
Felhandlingar vid hög- respektive lågprioriterade uppgifter – samband med sömnhet i simulerat kontrollrumsarbete. 1999
- 286 **Göranson B, Gillberg M, Kecklund G, Åkerstedt T, Lundin S, Nilsson J**
Nattarbete, tänkande och processtyrning: en simulatorstudie av kontrollrumsoperatörer. 1999
- 285 **Göranson B, Åkerstedt T, Kecklund G, Gillberg M**
Utvärdering av införande av 12 timmars helgskift vid Birka Service AB. 1999
- 284 **Lindblad F, Holm M, Kaldal A**
Sexuella övergrepp på daghemmet Glädjen i Karlstad – myndigheternas och föräldrarnas perspektiv. 1999
- 283 **Liljeholm Johansson Y, Theorell T**
Orkestrarnas psykosociala arbetsmiljö. 1999
- 282 **Lowden A, Åkerstedt T**
Självvalda arbetstider inom Handels – psykosociala effekter. 1999
- 281 **Olsson B, Åkerstedt T, Ingre M, Holmgren M, Kecklund K**
Kortare arbetsdag, hälsa och välbefinnande. 1999
- 280 **Ekblad S, Käsälä R, Al-Falahe N, Cirgic Z, Wennström C, Larsson-Ericsson S**
Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund. Metodutveckling under det fjärde projektåret. 1998
- 279 **Kecklund G, Axelsson J, Lowden A, Åkerstedt T**
8 och 12 timmars skift inom samma skiftschema: effekter på sömn och vakenhet. 1998
- 278 **Ekblad S, Marttila A**
Att möta människor från andra kulturer i livets slutskede. Rapport från en uppföljning med fokusgruppsintervjuer av kompetens-utvecklingsinsatser på tre hospiceenheter. 1998

- 277 **Mårtensson F**
Leva eller bara överleva. *Det finns bruk för alla* ur ett deltagarperspektiv – en stödande miljö utanför den ordinarie arbetsmarknaden. 1997
- 276 **Westerlund H, Bergström A**
Det finns bruk för alla – en metod i utveckling. Empowerment, aktivering, rehabilitering och försök att skapa nya arbetstillfällen genom underifrånstyrda verksamheter för arbetslösa, långtids-sjukskrivna och andra utanför den ordinarie arbetsmarknaden i Södra Skaraborg. 1997
- 275 **Åkerstedt T, Arnetz B, Ficca G, Paulsson L-E, Kallner A**
Effekter av lågfrekventa elektromagnetiska fält på sömn och vissa hormoner. 1997
- 274 **Åkerstedt T**
Arbetsid, hälsa och säkerhet – en sammanfattning. 1997
- 273 **Ekblad S, Eriksson N-G, Klefbeck E-L, Flygare K, Basgül Y, Sunnman S, Ljungman P, Karimi M, Guici T, Yildirim S**
Ett hälsoblad som screeninginstrument för nyanlända flyktingar. Del 1. Rapport; Del 2. Handbok; Del 3. Frågeformulär, Hälsobladet. 1997
- 272 **Ekblad S, Eklundh T, Wennström C, Al-Falahe N, Känsälä R, Westin M**
Posttraumatiskt stressyndrom bland patienter med invandrarbakgrund. En utveckling av ett pågående tvåårigt rehabiliteringsprojekt på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning. 1997
- 271 **Åkerstedt T, Westerlund M, Andersson G**
Mot bättre tider. En utvärdering av några av vårdens arbetstidsmodeller med avseende på välbefinnande och hälsa. 1996
- 270 **Åkerstedt T**
Arbetstider, hälsa och säkerhet. 1996
- 269 **Lowden A, Kecklund G, Axelsson J, Åkerstedt T**
Övergång från 8 till 12-timmars skift. 1996
- 268 **Moser V, Blom M, Eriksson I, Högbom M, Wamala S P, Schenck-Gustafsson K, Orth-Gomér K**
Psykosocial stress hos kvinnor med hjärtsjukdom - en inventering och metodutveckling. 1996
- 267 **Ekblad S, Belkic K, Eriksson N-G**
Health and Disease Among Refugees and Immigrants. A Quantitative Review Approaching Meta-Analysis, Implications for Clinical Practice and Perspectives for Further Research, Part 1: Mental Health Outcomes. 1996
- 266 **Hansen E**
Stress, Stream of Affect, and Emotions. Exploratory Experiment with Poetry Reading. 1996

- 265 **Åkerstedt T**
Tidzoner och oregelbundna arbetstider – en handbok om sömn och trötthet. 1996
- 261 **Brunnberg H, Blomkvist V**
Arbetssätt och kontorsmiljö. Utvärdering av en ny kontorsmiljö på ett företag i Stockholm. 1995

Stressforskningsrapporter 2003-2013

- 325 *Tucker P, Bejerot E, Kecklund G, Aronsson G & Åkerstedt T (2013)* Doctors' work hours in Sweden: Their impact on sleep, health, work-family balance, patient care and thoughts about work.
- 324 *Åkerstedt T, Ingre M, Kecklund G (2012)* Vad kännetecknar bra och dåliga skiftscheman?
- 323 *Lowden A, Åkerstedt T (2012)* Ljus i kontrollrummet vid Forsmark 3 anpassat till skiftschema för optimering av synergonomi, vakenhet och återhämtning.
- 322 *Kecklund G, Ingre M, Åkerstedt T (2010)* Arbetstider, hälsa och säkerhet – en uppdatering av aktuell forskning.
- 321 *Kinsten A, Magnusson Hanson L, Hyde M, Oxenstierna G, Westerlund H, Theorell T (2007)* SLOSH – Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health: a nationally representative psychosocial survey of the Swedish working population.
- 320 *Oxenstierna G, Widmark M, Finnholm K, Elofsson S (2008)* Psykosociala faktorer i dagens arbetsliv och hur man mäter och beskriver dem.
- 319 *Kecklund G, Eriksen CA, Åkerstedt T (2006)* Hälsa, arbetstider och säkerhet inom polisen.
- 318 *Thulin Skantze E (2006)* Organisationsstrukturens betydelse för de anställdas hälsa. En explorativ studie baserad på fokusgruppsintervjuer bland chefer.
- 317 *Söndergaard HP (2006)* Hälsoeffekter av rån och övriga traumatiska händelser bland handelsanställda. Delstudie I och II.
- 316 *Holmén-Isaksson M (2005)* Rehabilitering. En förhandling mellan individer och organisationer.
- 315 *Widmark M (2005)* Det nya arbetslivet. En explorativ studie som jämför två dominerande psykosociala arbetsmiljömodeller med aktuell arbetsmiljöproblematik i organisationsförhållanden.
- 314 *Hasselhorn HM, Theorell T, Hammar N, Alfredsson L, Westerholm P and the WOLF Study Group (2004)* Occupational health care team ratings and self reports of demands and decision latitude – results from the Swedish WOLF Study.
- 313 *Bernin P, Theorell T (2004)* Mönster för framgångsrikt ledarskap i vården.
- 312 *Söderström M, Jeding K, Ekstedt M, Kecklund G, Åkerstedt T (2003)* Arbetsmiljö, stress och utbrändhet inom ett företag i IT-branschen.
- 311 *Hansen Egon (2003)* Stress, Stream of Affect, Emotions, and Background Variables: Exploratory Experiment with Poetry Reading II.
- 310 *Pernler H, Gillberg M (2003)* Sömnvanor och sömnproblem hos barn i förskoleåldern.

Stressforskningsinstitutet

Stockholms universitet 106 91 Stockholm www.stressforskning.su.se



Stockholms
universitet