

Prosjektoppgave ved profesjonsstudiet i medisin

Stressymptomer hos ransoffer i Norge

Stine Volden og Elen Ingeborg Røger

Veileder: Øivind Ekeberg

INNHold:	side
Abstract	2
Bakgrunn	2
Innledning	3
Metode	7
-deltagerne	7
-måleinstrumentet	7
-utførelse	8
-statistikk	9
Resultater	10
-situasjon og opplevelse	10
-stressymptomer etter ran	11
-forskjell mellom kjønn, aldersgrupper og ulike bosituasjoner	13
-trussel og symptomer	14
-tilfredshet med oppfølgingen	15
Diskusjon	16
Konklusjon	20
Litteraturhenvisning	21
Vedlegg 1	22

ABSTRACT:

Background. A robbery can be a traumatic and violent experience. It can possibly give psychological symptoms for a long time. In this study we examine psychological symptoms in subjects that have been robbed. There's not a lot of literature to be found on this subject, and Scandinavian studies are especially scarce.

Methods. The material was provided by SOSCON, a company specializing in crisis handling and intervention. 223 individuals were evaluated after 3-4 days, 6 months and 12 months. The PTSS-10 and 12 (Posttraumatic Symptom Scale) questionnaires were used. Subjects also answered questions about demographic factors, the incident, level of threat and satisfaction with the support system.

Results. 83% were threatened by weapon, and 52 % had felt that their life was in danger. Sum scores on PTSS-10 were moderate with 27.8, 23.4 and 24.0, dropping from 3-4 days. Women had significantly higher sum scores (33.1) on PTSS-10 than men (23.8) after three to four days. Sum scores for women dropped, while for men there was little change. Subjects 31 years or older had higher sum scores initially. Life threatened and physically rough handling gave higher sum scores.

Conclusion. The results show that a robbery can be a very threatening and frightening experience. The sum scores in general were moderate, but they did not drop to normal levels. Unexpectedly the number of subjects at risk for Posttraumatic stress disorder (PTSD) increased with time, maybe reflecting that it takes time to develop symptoms. How the incident was perceived seemed to be of greater importance for the level of symptoms than the actual risk.

Bakgrunn for oppgaven:

Da vi skulle skrive prosjektoppgave ble vi involvert i et arbeid med å samle inn materiale til en studie om traumepasienter. Vi var tre studenter sammen med en liten gruppe av de ansatte ved Ullevål universitetssykehus som samarbeidet om å samle inn prøvene. Vi rullerte med å dekke dager, kvelder og netter i traumemottaket. Når traumecallingen ble utløst møtte man så opp i mottaket og sørget for å få tatt en arteriell prøve, som siden skulle analyseres med tanke på katekolaminnivå. Innsamlingen foregikk hele sommeren 2006 og utover høsten. Hensikten var at resultatet skulle gi mulighet for å lage en oppgave om katekolaminnivå hos traumepasientene og senere Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Traumeoffrene ble senere spurt om de kunne tenke seg å være med i studien, og de som ville være med svarte på spørreskjema.

Det viste seg imidlertid at det skulle ta svært lang tid å samle inn et materiale som kunne bli stort nok til å brukes. Delvis fordi mange ikke oppfylte inklusjonskriteriene, vansker med å dekke alle vaktene og iblant ble ikke arteriell prøve tatt. I etterkant var det heller ikke alle som sa seg villige til å være med i studien. Mens vi samlet inn materialet oppdaterte vi oss på temaet, og begynte å vurdere en litteraturstudie på Posttraumatisk stresslidelse.

Vi gjorde søk i databaser for medisinsk litteratur med tanke på å se hvordan faktorer som peritraumatiske forhold, sosiodemografiske variabler, tidligere hendelser og sosialt nettverk påvirker mengden stresssymptomer i etterkant og eventuelt risiko for å utvikle PTSD.

Våren 2007 fikk vi gjennom vår veileder tak i et materiale fra et privat selskap (SOSCON) som yter bistand til bedrifter som ønsker ettervern av sine ansatte etter potensielt traumatiske hendelser. Sommeren 2007 brukte vi til å legge inn data fra spørreskjemaer inn i en SPSS-fil og til å vurdere hvilke mulige innfallsvinkler dette gav oss i forhold til å skrive en oppgave om PTSD.

INNLEDNING

Ran er en relativt vanlig hendelse. I følge statistisk sentralbyrå ble det i 2006 anmeldt 1206 ran i Norge, hvorav 259 klassifisert som grove ran. Ved 870 tilfeller var ofrene menn, og ved 336 var det kvinner som var utsatt (1).

En som har vært utsatt for et ran kan ha blitt truet med våpen eller med trussel om fysisk vold. De kan ha følt seg i livsfare eller vært redde for å bli alvorlig skadet. Det er lett å tenke seg at dette kan være en svært belastende opplevelse.

Vi har søkt på litteratur om emnet ran og stressreaksjoner i to forskjellige databaser. Ved to anledninger har vi også fått hjelp av bibliotekar ved bibliotek for medisin og helsefag, for å strukturere søket. Vi har gjort det grundigste søket i Pubmeddatabasen. Vi gjorde først et søk med søkeordene: "robbery and stress". Antall treff med disse søkeordene var 36. Vi forsøkte også å søke på "robbery and ptsd" som gav 21 treff. Vi søkte også på termer som "stressdisorder", "posttraumatic", "psychological", "traumatic", "acute traumatic" sammen med "robbery" uten at vi fikk noen flere treff.

Vi søkte også på databasen PsychINFO etter artikler på området. Søkeordene "robbery" and "posttraumatic stress" gav 25 treff. Søkeordene "robbery" and "ptsd" gav 20 treff i denne databasen. Ved søk i PsychINFO fant få nye artikler som ikke fantes i pubmedsøket. De som var interessante ut fra abstract som ikke fantes i PubMed (tre stykker), måtte utelukkes på grunn av at de bare fantes i fulltekst på språk som portugisisk, fransk og tysk.

For å vurdere hvilke artikler som var aktuelle leste vi gjennom alle abstracts, og ut fra disse valgte vi hvilke vi ville lese i fulltekst. Vi inkluderte studier som omhandlet ran hvor denne gruppen ble betraktet isolert, og ikke som en del av en større gruppe som også inneholdt andre typer traumer slik mange har valgt å gjøre. Ett unntak er studien av Elklit hvor han slo sammen vold og ransoffer fordi han mente at denne gruppen var relativt lik (5). Til slutt var det ti artikler vi ville se nærmere på. Når vi leste gjennom dem handlet 7 av disse spesifikt om ran. I de andre var ran kun nevnt overfladisk eller kun som en liten del av en gruppe som også bestod av andre traumatiske hendelser (drap, voldtekt, ulykker o.l.).

PUBMED

Søkeord:	Antall treff	Aktuelle	Uaktuelle	Inkluderte
"robbery" and "stress"	36	11	25	7
"robbery and PTSD"	21	10	11	7 (de samme som over)

PsychINFO

Søkerord:	Antall treff:	Aktuelle	Uaktuelle	Inkluderte
"robbery and PTSD"	20	8	12	5 (fant de samme i PubMed)

Ved å lese artikler har vi også klart å spore opp en del litteratur som ikke kommer frem i noen av søkene i databaser vi har gjennomført. Vi fant blant annet en norsk studie som omhandler mennesker utsatt for bank- og postran som ikke er indeksert i pubmed. Det viste seg at den hadde vært publisert i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (2).

Når det gjelder mengden symptomer hos mennesker som har vært utsatt for ran, er det få konkrete studier. En amerikansk studie undersøkte en gruppe (N= 141) utsatt for bankran innenfor en tolv månedersperiode (3). 85 prosent av disse var kvinner, gjennomsnittsalderen var 39 år. Ved 50 prosent av ranene ble det brukt våpen, og 2/3 av ofrene følte seg truet. De ble spurt om 13 ulike symptomer på stress. I gjennomsnitt hadde de undersøkte tre symptomer. De vanligste var økt oppmerksomhet på omgivelsene, søvnproblemer og konsentrasjonsproblemer.

En annen studie, utført i Australia, undersøkte 57 mennesker utsatt for væpnet ran de siste fem årene (4). Også i denne studien var det mest bankran, og av deltagerne var de fleste kvinner. Mengden psykiske plager ble målt ved hjelp av IES – Impact of event scale (Horowitz, Wilmer & Alvarez, 1979). Denne versjonen av skjemaet (fire punkts skala) inneholder 15 punkter for selvevaluering av psykisk stress, i tillegg til at det måles to viktige diagnostiske kriterier for PTSD, intrusjon og unngåelsesadferd. Gjennomsnittlig totalskår for denne var på 32.8 (SD= 12.4). Minimumskår på IES er 15, og maksimumskår er 60. 30 eller mer markerer signifikant posttraumatisk stress, 19 eller mer indikerer risiko (caseness) (Horowitz 1984). Et gjennomsnitt på 32.8 er altså en ganske høy score. I denne studien ble det ikke vist noen sammenheng mellom psykiske symptomer og alder, kjønn, sivilstatus, tidligere traumer og tidligere psykiatrisk sykehistorie. I denne studien viste de at symptomene persisterte seks til tolv måneder etter traumet.

I en randomisert, kontrollert studie om debrifing av ransoffer, målte man mengden av symptomer ved hjelp av IES på tre tidspunkter hos to forskjellige grupper (5). En intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Ved første måling var gjennomsnittet intervensjon/kontroll 26.88/21.78. Etter en måned: intervensjon/kontroll 16.40/9.38. Etter tre måneder: intervensjon/kontroll 11.28/6.34. De konkluderte med at stressnivået var lavt i begge gruppene, og at intervensjon ikke hadde hatt signifikant effekt sammenlignet med kontrollgruppen.

En dansk studie omhandlet ran og vold på arbeidsplassen (6). Det var 65 deltagere, stort sett butikkansatte med en snittalder på 24.5 år. 34 % menn, 66 % kvinner. Symptomer målt med IES viste et gjennomsnitt på 26.70 (SD 15), i denne versjonen av IES har det blitt brukt en skala på 0, 1,3 og 5. Grensen for caseness er også her blitt betraktet som 19, og som vi ser kommer de godt over denne grensen. De fant også at det ikke var forskjell i grad av symptomer mellom den gruppen som hadde blitt ranet, og den som var utsatt for vold. Det ble også sett på sosiodemografiske faktorer. Kvinner viste seg å ha høyere nivå av intrusjon, somatisering og depresjon. Dette fikk han frem ved hjelp av TSC (Trauma symptom checklist). Jo yngre offeret var, jo mer symptomer presenterte de. Også andre faktorer ved offerets situasjon ble undersøkt. Tidligere alvorlige livshendelser var positivt assosiert med grad av traumatisering.

Campfield og Hills har blant annet sett på timing av intervensjon og om det har noe å si for utfallet med hensyn til symptomer (7). 77 deltagere (42 kvinner og 35 menn fra 18 til 32 år) som nylig hadde blitt utsatt for ran på arbeidsplassen var inkludert. Her ble alle ran hvor offeret hadde blitt fysisk skadet, eller hvor skytevåpen hadde vært brukt ekskludert. De brukte PDS – Posttraumatic stress diagnostic scale for å måle plagene. En del av PDS måler 17 symptomer, på en skala fra null til tre, maks score blir 51. En gruppe fikk tidlig intervensjon (< 10 timer) og en fikk senere intervensjon (< 48 timer). I den første gruppen lå antall symptomer i gjennomsnitt på 13.22. I den andre gruppen var det samme tallet 13.37. Etter to uker hadde de samme gruppene henholdsvis 5.53 og 14.33. Alvorlighetsgraden av

symptomene lå ved første møtet på 36.47 for den tidlige gruppen, og for den sene gruppen var målingen 36.07. Etter to uker lå disse tallene på 6.94 og 33.10. Forfatterne anså de første målingene av symptomer for å være høye. Resultatene indikerer en markant reduksjon av symptomer og alvorlighetsgrad over to uker for den gruppen som fikk umiddelbar intervensjon.

David Richards har skrevet om symptomer og personlige og sosiale variabler etter væpnet ran i Storbritannia (8). Ingen var kommet fysisk til skade. Alle de 51 deltagerne var kvinner med en snittalder på 32.27 år. Han har brukt IES til å måle symptomene. Han legger cut off på 26, maksimumskår i denne versjonen av IES er 75. Han fant et gjennomsnitt på hele 36.0 umiddelbart etter hendelsen (her har vi lagt sammen IES avoidance (16.47) og IES intrusjon (19.53) som IES-skjemaet er satt sammen av for å få en samlet skår, som i de andre studiene vi viser til). Etter en måned hadde dette tallet sunket til 8.78. Alle fikk samme støttetilbud. I denne studien viste alle deltagerne høy grad av symptomer, men betydelig bedring etter en måned. Det er en raskere nedgang enn i studien til Harrison og Kinner, hvor man fremdeles fant betydelige symptomer opptil fem år etter.

En nederlandsk studie har sammenlignet to grupper (9). En gruppe med personer utsatt for bankran (N=310). Den andre bestod av bankpersonale som ikke hadde blitt ranet (N=214). De så blant annet på mengden symptomer ved hjelp av IES (total score er ikke oppgitt i artikkelen). De fant at den gruppen som hadde vært utsatt for ran hadde signifikant mer plager enn de som ikke hadde vært ranet. Grad av symptomer varierte med den subjektive opplevelsen av ranet, mestringsstrategi, andre livshendelser og selvtillit. Opplevd trussel under ranet var assosiert med flere posttraumatiske symptomer.

Dyregrov, Kristoffersen og Müller har skrevet den eneste norske studien vi fant som så spesielt på ransoffer (2). Forfatterne har tatt utgangspunkt i en liten gruppe (N= 26) som alle har blitt ranet mens de var på jobb i bank eller på postkontor i området rundt Bergen by. Ofrene ble fulgt opp av Senter for Krisepsykologi. Her har de fått samtale samme dag og dagen etter ranet. De har også hatt samtaler etter en måned og etter tre til seks måneder, med utvidet tilbud ved behov. De har blitt evaluert ved hjelp av tre skjemaer. Ett som dekker sosiodemografiske variabler, IES (hvilken versjon er ikke oppgitt) og State Trait Anxiety Inventory (STAI X-1). IES score lå på 17.5 etter en måned og 9.5 etter seks måneder. 67 % av deltagerne rapporterte at det å bli ranet hadde utløst høy grad av redsel, frykt og angst under hendelsen. I tiden etterpå opplevde de etterreaksjoner i form av blant annet økt skvettenhet (48 %), søvnproblemer (42 %) og konsentrasjonsvansker (41 %). 10 til 20 % hadde høy grad av plager i etterkant. Det var også en signifikant sammenheng mellom hvor sterke etterreaksjoner de hadde og om de følte at livet deres stod i fare, om de mente de hadde plager som påvirket det daglige arbeidet og hvor lang tid det tok før alt gikk tilbake til slik det var før ranet. Det var også en sammenheng mellom hvor sterke etterreaksjoner de hadde og om de følte at de fikk nok oppfølging. 89 % syntes at det tilbudet de hadde fått var i samsvar med behovet. 11 % kunne ha tenkt seg litt mer oppfølging. Ofrene tilskrev sin egen bedring den psykologiske oppfølgingen og støtteapparatet.

Det har blitt hevdet at ransoffer, som har blitt utsatt for en negativ handling fra et annet menneske, lider av flere og sterkere symptomer enn de som for eksempel utsettes for en naturkatastrofe eller ulykke som ingen har skyld i. Disse traumene kan være vanskeligere å forstå og forklare for offeret (9).

Når det gjelder sosiodemografiske faktorer er det interessant å se om det er store forskjeller på de ulike gruppene. Ifølge Harrison og Kinner var det ingen signifikant sammenheng mellom

psykiske plager og kjønn, alder, sivilstatus, tidligere traumer og tidligere psykisk lidelse (3). Men en dansk studie viste at kjønn spilte en rolle. Kvinner hadde høyere grad av somatisering og depresjon. I tillegg viste studien at tidligere alvorlige hendelser gav høyere risiko for alvorligere stressymptomer etter ran (6).

Vi fant altså syv aktuelle artikler om ran og stressymptomer når vi søkte i pubmed og psychINFO. Gjennom referanser i andre artikler fant vi en norsk artikkel som tok for seg en gruppe mennesker utsatt for post- og bankran. For å oppsummere funnene kan vi si at de fleste studiene har vist at ransoffer i gjennomsnitt har ganske høy grad av plager i etterkant. Studiene tar for seg symptomer på ulike tidspunkter og det kan derfor være noe vanskelig å sammenlikne nivåene. Det har i tillegg vært brukt ulike måleinstrumenter ved de forskjellige studiene, noe som vanskeliggjør en presis sammenlikning.

Av de som hadde målt symptomer umiddelbart ved hjelp av IES, hadde alle studiene funnet en gjennomsnittsskår som var over 19, en hadde gjennomsnittsskår på 36, noe som virker ganske høyt. I den sistnevnte studien var alle deltagerne kvinner. De fleste av studiene som målte symptomer over tid viste en reduksjon av disse.

En studie som målte symptomer opptil fem år etter ranet har funnet en gjennomsnittsskår på IES på 32.8, noe som er høyt sammenliknet med andre studier. Den nederlandske studien om bankran oppgav ikke gjennomsnittsskår, men nevner at de som var utsatt for bankran hadde signifikant høyere skår enn dem som ikke hadde vært utsatt for ran (9).

Når det gjelder alder og kjønn mener Harrison og Kinner (4) at disse faktorene ikke spiller inn når det gjelder utviklingen av stressymptomer. Elklit hevder derimot at kvinner er mer disponert for stressymptomer og at alder spiller en rolle (6). Det er generell enighet i at grad av traumatisering, altså opplevd trussel og en følelse av at livet står i fare, er assosiert med høyere grad av stressymptomer.

I vårt materiale hadde de fleste blitt utsatt for ran, og vi valgte derfor å ta for oss disse for å få en så lik gruppe som mulig. På bakgrunn av spørreskjema som SOSCON benytter i sitt arbeid har vi lagt inn informasjon om ransoffrene, selve hendelsen, mengden stress symptomer etter 3 til 4 dager, 6 måneder og 12 måneder etter ranet i en data fil (SPSS 15.0). Denne skal vi bruke til å se nærmere på enkelte av de problemstillingene vi i utgangspunktet var interessert i.

Som vist er det ikke mye litteratur å finne rundt temaet ran og stressymptomer. Vi har tilgang til et relativt stort norsk materiale. Det vil være interessant å se om resultatene støtter det vi har funnet i tidligere studier. Vi har i lys av dette valgt ut følgende spørsmål som vi skal se nærmere på i oppgaven.

Hovedspørsmål:

- 1.1** Hva har karakterisert ranssituasjonen, og hva var offerets opplevelse av den?
- 1.2** I hvilken grad har personer som har opplevd ran stressymptomer etter tre til fire dager, seks måneder og tolv måneder?

Underspørsmål:

- 2.1** Er det forskjell i grad av symptomer sett i forhold til enkelte sosiodemografiske variabler? (alder, kjønn, boforhold)
- 2.2** Er det sammenheng mellom opplevd trussel og symptomer?
- 2.3** Er det sammenheng mellom hvor tilfredse de var med oppfølgingen og grad av symptomer?

METODE

Materialet har vi fått fra SOSCON, en privat bedrift som blant annet arbeider med krisehåndtering. SOSCON ble opprettet i 1986 og er et privat foretak som spesialiserer seg på krisebearbeidelse. De tilbyr gjennom høgskolen i Hedmark utdanning i faget psykotraumatologi tilsvarende 60 studiepoeng. Dette skal gjøre deltagerne i stand til selvstendig krisehåndtering. Det er personell som har gjennomgått utdanningen i psykotraumatologi som arbeider for SOSCON (10). De engasjeres av bedrifter som inngår en avtale om ettervern av sine ansatte, dersom de skulle bli utsatt for en påkjenning som anses som alvorlig nok til at profesjonell støtte kan være ønskelig. Det trenger ikke alltid å være jobberelatert, og kan være alle typer traumatiske hendelser. Eksempler kan være ran som vi har valgt å se nærmere på, men også ulykker, dødsfall, personlige kriser som underslag eller skilsmisse med mer.

Deltagerne:

Materialet bestod i utgangspunktet av 316 personer som hadde svart på spørreskjema og fått oppfølging fra SOSCON, i perioden 2000 til 2006. Disse arbeider i ulike bedrifter som SOSCON har en avtale med. Som sagt skal vi bare inkludere ransoffer. Vi sitter da igjen med en gruppe på 223 deltagere. Etter seks måneder var det 33.6 %, det vil si 75 personer som hadde svart på skjemaet. Etter tolv måneder hadde 86 av de 223 personene som svarte på det første spørreskjemaet, det vil si 38.6 %. Det er kun 47 personer som har svart ved alle tre tidspunktene.

Kjønnsfordelingen var på 94 (43.3 %) kvinner og 123 (56.7 %) menn (6 oppga ikke kjønn). Ifølge statistisk sentralbyrå er ransoffer tradisjonelt menn (72 % i 2006). Fordelingen mellom kvinner og menn i vårt materiale er jevnere. Dette kan kanskje forklares med at det er mange kvinnelige butikkansatte. Alderen varierte fra 16 til 63 år med et gjennomsnitt på 27 år (95 % konfidensintervall ligger på 26 til 29 år).

Måleinstrumentet, (Se vedlegg 1)

Del A av spørreskjema består av en generell del hvor de svarer på spørsmål om når hendelsen inntreffer, tid på døgnet, ansettelsesforhold, om de har sagt opp stillingen sin før hendelsen, om de tidligere har hatt samtale med SOSCON etter en annen hendelse. De svarer også på spørsmål om kjønn, alder, vekt, om de bor alene eller sammen med andre, om de har vært sykemeldt etter hendelsen, om de har vært utsatt for en lignende hendelse tidligere og om de er redde for at det skal skje igjen. Spørreskjemaet har endret seg noe opp gjennom årene det har vært i bruk.

I del B av skjemaet svarer de på hva slags hendelse de har vært utsatt for: Ran, overfall, ulykke eller annen hendelse. Under hver type hendelse er det flere utfyllende spørsmål. Under punktet "ran" ble de spurt om de ble truet med våpen, om de ble fysisk berørt av raneren, om de ble fysisk hardhendt håndtert og om de ble truet på livet.

I del C er det blitt benyttet PTSS 10 og 12 som er ment å skulle måle stress-symptomer etter traume (11). Tanken er at en høy skår skal kunne gi en pekepinn på hvilke personer som trenger ekstra oppfølging, og som står i fare for å utvikle Posttraumatisk stresslidelse. I begynnelsen var det PTSS-10 som ble brukt, det ble etter hvert erstattet med PTSS-12, som inneholdt to ekstra spørsmål som har vist seg relevante for å måle stresssymptomer (12). Her krysses det av på en skala fra 1 til 7, hvor 1 er sjeldent/aldri og 7 er meget ofte. PTSS 10 omhandler 10 symptomer/problemer:

-søvnproblemer

- drømmer eller mareritt om hendelsen
- depresjon – føler seg nedtrykt
- skvettenhet ved plutselige lyder eller brå bevegelser
- tendens til å isolere seg fra andre
- irritasjon
- følelsene svinger lett opp og ned
- dårlig samvittighet, selvbekreidelse eller skyldfølelse
- frykt for stedet eller andre situasjoner som kan minne om hendelsen
- anspenning i kroppen

PTSS-12 har i tillegg spørsmål om:

- hukommelsesproblemer
- konsentrasjonsvansker

Disse spørsmålene korresponderer i høy grad med diagnosekriteriene for Post Traumatisk Stress Lidelse i ICD 10.

Når man skal tolke skjemaene legger man en ”cut off-grense” på fire eller høyere for hvert spørsmål, for å vurdere om et svar er signifikant forhøyet eller ikke. Deretter kan man se på hvor mange av de ti spørsmålene som er over grensen. Når man skal vurdere PTSS-10 regner man et svar på fire eller mer på seks eller flere av spørsmålene, som indikasjon på PTSD. Dersom man har fire eller mer på fire eller fem av spørsmålene anses man å være i risikozonen (caseness) for å utvikle PTSD (13).

Når man skal vurdere et slik skjema i praksis er det til slutt skjønn som blir den avgjørende faktoren. Alle spørsmålene tillegges ikke like stor vekt. En del punkter anses som klart viktigere enn andre når man skal vurdere pasienten.

Spørsmål som depresjon, mareritt og sosial isolasjon er fremhevet som de viktigste. Disse tre forteller mye om hvordan man har det, og hvor stort inntrykk den traumatiske hendelsen har hatt for livskvaliteten. Tidsfaktoren er også inne i bildet. Man vil forvente at når man svarer på spørreskjemaet etter seks og tolv måneder skal symptomene normalt ha forbedret seg. Samtaler med kvalifisert personell, venner og familie, samt det å ta tiden til hjelp vil hos de aller fleste bedre situasjonen. Det kan derfor lønne seg å tolke senere spørreskjemaer med et mer kritisk blikk ved de senere evalueringene. Dersom man har en reduksjon i symptommengden, men denne er forholdsvis beskjeden kan det være riktig å følge pasienten videre (14).

Utførelse:

Dersom behovet oppstår vil en av SOSCONs medarbeidere oppsøke den rammede på arbeidsplassen, eller en sjelden gang i hjemmet. Aller først vil vedkommende fylle ut et PTSS-10 eller et PTSS-12 skjema. Dette foregår 3-4 dager etter ranet og etterfølges av en lengre samtale, enten alene eller i gruppe. Antall samtaler utover denne bestemmes ut fra hver enkelt persons ønsker og behov. De har mulighet til å ringe for å be om flere samtaler. SOSCON ringer uansett tre måneder etter første møtet for å høre hvordan det går. Dersom de ikke får svar sender de en sms, dersom de da ikke oppnår kontakt vil de ikke forsøke igjen. Etter et år, når ettervernet avsluttes, ligger gjennomsnittet på mellom to og tre samtaler (10). En svakhet er at få har svart på hvor mange samtaler de mottok, vi vet derfor ikke hvor mye hjelp hvert enkelt har fått. Det er en forutsetning at samtalene skal dreie seg om plager utløst av det aktuelle traumat.

Samtalen er strukturert etter en metode som er utarbeidet av SOSCON og Are Holen, kalt RITS⁽¹⁵⁾. Dette står for rekonstruksjon og integrasjon av traumatisk stress. Ni punkter skal gjennomgås i en samtale som følger RITS-prinsippet: Fakta, sanseinntrykk, følelser, fantasier, selvet, analoger, paralleller, manifestasjoner i hverdagen og integrasjon.

RITS er utviklet av katastrofepsykiater Are Holen ved NTNU (prodekan ved det medisinske fakultet), i samarbeid med SOSCON. Modellen bygger på to hovedkomponenter: Rekonstruksjon og Integrering/Differensiering.

Rekonstruksjon deles inn i tre punkter: Overblikk/orientering, ytre fokus og indre fokus. Orienteringsdelen dreier seg om selve hendelsen, man kan rekonstruere forløpet og snakke om det som har skjedd fra begynnelse til slutt. Følelser er ikke en framtrødende del av denne fasen. Denne delen brukes til å informere de involverte om hva som har skjedd, og er en innledning til de følgende punktene og er nyttig for alle parter.

Når man tar for seg ytre fokus velger man ut noen punkter fra orienteringsdelen som trenger ekstra oppmerksomhet. Her fokuseres det blant annet på hvor faretruende for individet hendelsen har vært.

Sanser er viktige da disse inntrykkene kan bli veldig sterke. Man snakker om hvilke lyder man har hørt; smell, skrik og lignende. Og for eksempel hvilke lukter man husker; blod, røyk, etc. Tapsfølelse, ansvarsfølelse og eventuell skyldfølelse blir også adressert i denne fasen. Sanseinntrykk er ofte en god nøkkel til følelser.

Den egentlige følelsesmessige delen av samtalen dekkes når vi kommer til indre fokus. Emosjoner er sentrale og man kan luften hva man følte da man stod i situasjonen, også fantasier må man spørre om. Et offer har ofte tanker om hva som kunne ha skjedd dersom de hadde gjort ting annerledes eller forestiller seg det verst tenkelige utfall. Også selvbildet kan ha forandret seg etter en skremmende opplevelse. Det kan være nyttig å snakke om hvordan de opplevde seg selv før og nå.

Integrering og differensieringsdelen tar først for seg de daglige manifestasjoner. Hvordan påvirker det som hendte offeret i hverdagen? For eksempel om de drømmer om det om natten, og om de har "flashbacks" når de er våkne. Man snakker også om hvordan de har det nå, om de har søvnproblemer, fungerer i jobb og i sosiale sammenhenger.

En annen viktig del av integrerings- og differensieringsdelen er aktualiserte minner. Når man har en sterk opplevelse kan den negative reaksjonen forsterkes dersom det bringer opp andre sterkt emosjonelle hendelser. Det kan være en situasjon som ligner den de nettopp har vært igjennom, eller at de fikk en følelse som er den samme følelsen de hadde da noe annet traumatisk hendte som ligger tilbake i tid. Det vil da være naturlig å gå tilbake å se nærmere på den hendelsen, hvordan de hadde det da, og hvordan det påvirker det som skjer i dag. Integrerings- og differensieringsdelen fokuserer på hvilke manifestasjoner hendelsen har hatt på hverdagen og hvilke minner det bringer opp tidligere hendelser som kan assosieres med det som har skjedd og påvirke følelseslivet (15).

Statistikk

Vi har brukt statistikkprogrammet SPSS 15.0 til å analysere materialet. Ved hjelp av "explore" funksjonen har vi fått fram gjennomsnitt og konfidensintervall for de ulike variablene.

Vi har også brukt independent-samples t-test og paired-samples t-test for å finne ut om forskjellene mellom grupper og tidspunkter har vært signifikante. Ved sammenligning av flere enn to grupper har vi brukt ANOVA for å se variansen, og post hoc scheffe for å finne mellom hvilke grupper det er signifikant forskjell. $P < 0.05$ blir vurdert som signifikant. Vi

har også brukt Repeated measures GLM, for å finne signifikante forskjeller for samme gruppe ved tre målinger.

RESULTATER

Situasjon og opplevelse

Vi har sett på faktorene som kan si noe om ranssituasjonen og litt om hvordan de som ble utsatt for ranet opplevde den. Av de som svarte på spørsmålet om det var blitt benyttet våpen (216), var det 180 personer som svarte ja, det vil si 83 %. På spørsmål om de var blitt hardhendt håndtert svarte 37 av 211 ja (17.5 %).

52 %, det vil si 108 av 207, svarte at de var blitt truet på livet. Når de som var blitt truet på livet graderte trusselen de hadde følt mot sitt liv kunne de velge på en skala fra en til fire, hvor 1 betydde liten fare og 4 var meget stor fare. 98 personer svarte på spørsmålet og 49 % svarte tre eller fire på skalaen.

22 av 178 (12.4 %) deltagere hadde vært sykemeldt etter hendelsen. Det siste spørsmålet var om de var redde for at hendelsen skulle skje igjen. 88 av 134 svarte ja på dette spørsmålet, det vil si 65.7 %.

Vi gjorde t-tester for å se om det var signifikant forskjell på totalskår på PTSS-10 mellom de som hadde blitt truet på livet og de som ikke var blitt truet (tabell 1). Det samme gjorde vi med de andre gruppene, det vil si våpen, hardhendt håndtert, redd for gjentakelse og sykemeldt. Resultatet ble at de som hadde blitt hardhendt håndtert, truet på livet, var redd for gjentakelse og hadde vært sykemeldt etter hendelsen hadde signifikant høyere totalskår på PTSS-10 etter tre til fire dager. De som hadde vært sykemeldt hadde også signifikant høyere skår ved seks måneder. Forskjellen mellom gruppen hvor det var blitt brukt våpen og den der det ikke hadde vært våpen var ikke signifikant ved noen av tidspunktene.

Tabell 1, Sammenlikning av symptomer (PTSS-10) på de tre måletidspunktene for de som svarte ja eller nei på spørsmål om det var bruk våpen, de var blitt hardhendt håndtert, om de var blitt truet på livet, redd for gjentakelse og om de var blitt sykemeldt etter hendelsen.

	1 måling Etter tre til fire dager			2 måling Etter seks måneder			3 måling Etter tolv måneder		
	ja	nei	p	Ja	nei	p	Ja	nei	p
Våpen	174	35		60	11		59	15	
PTSS-10	27.6	28.2	0.794	23.2	18.5	0.175	23.5	27.7	0.261
Hardhendt håndtert	36	169		11	57		12	61	
PTSS-10	31.6	26.9	0.040*	25.7	22.0	0.307	23.8	24.2	0.916
Truet på livet	104	96		34	34		37	34	
PTSS-10	29.6	25.5	0.018*	25.1	20.8	0.119	24.9	24.2	0.829
Redd for Gjentakelse	88	44		29	20		30	14	
PTSS-10	31.2	19.1	0.000***	24.1	19.5	0.180	23.5	22.2	0.765
Har vært Sykemeldt	21	153		8	57		8	51	
PTSS-10	36.0	26.5	0.001**	32.1	21.6	0.013*	30.6	24.1	0.215

* p<0.05, ** p < 0,01 og *** p<0.001.

Stressymptomer etter ran.

Vi har tatt for oss totalskår på PTSS-10 og PTSS-12 i tillegg til enkeltsymptomer for hele gruppen (tabell 2). Symptomene ”hukommelse” og ”konsentrasjon” har vi satt for seg selv fordi disse inngår i PTSS-12 som ikke har blitt brukt hos alle deltagerne.

Resultatene viser at de ved første måling hadde et snitt på 27.8 på PTSS-10, og 32.6 på PTSS-12. Ved seks måneder har gjennomsnittet falt til 23.4 på PTSS-10 og til 27.5 på PTSS-12. På målingen ved tolv måneder var det en liten stigning til 24.0 på PTSS-10 og 28.5 på PTSS-12.

For å se om forandringene var signifikante, gjorde vi t-tester.

De viste at det var en signifikant ($p=0.004$, $t=3.022$) nedgang i totalscore på PTSS-10 fra 3-4 dager til seks måneder ($N=70$). Det var også signifikant ($p=0.000$, $t=3.832$) nedgang fra 3-4 dager til tolv måneder ($N=77$).

Mellom seks måneder og tolv måneder var det derimot ikke signifikant forandring ($N=47$).

Vi så også på enkeltsymptomene for å se hvilke av disse som hadde endret seg signifikant. De viste at det gjaldt symptomene søvn, depresjon, svingende følelser, skyldfølelse, frykt/annet, anspenhet og konsentrasjon. Det varierer hvilke symptomer som endrer seg signifikant fra tre til fire dager, til seks og tolv måneder.

Tabell 2, Totalskår på PTSS-10 og PTSS-12 i tillegg til enkeltsymptomer for hele gruppen. 95 % konfidensintervall står i parentes.

	3-4 dager	6 mnd	12 mnd
Søvn	3.0 (2.8-3.2)	2.5 (2.1-2.9)	2.3 (2.0-2.7) *
Mareritt	2.0 (1.8-2.2)	1.7 (1.4-2.0)	1.6 (1.3-1.9)
Depresjon	3.0 (2.8-3.2)	2.2 (1.9-2.5) **	2.3 (1.9-2.6) ***
Skvettenhet	3.5 (3.2-3.7)	3.5 (3.0-3.9)	3.3 (2.9-3.7)
Isolasjon	1.8 (1.7-2.0)	1.7 (1.5-2.0)	2.1 (1.8-2.4)
Irritasjon	2.8 (2.6-3.1)	2.5 (2.2-2.9)	2.8 (2.5-3.2)
Svingende følelser	3.3 (3.1-3.6)	2.6 (2.3-3.0) *	2.7 (2.4-3.1) **
Skyldfølelse	2.2 (2.0- 2.4)	1.7 (1.4-2.0) *	1.9 (1.6-2.2) **
Frykt/Annet	2.9 (2.7-3.2)	2.5 (2.1-2.9)	2.4 (2.1-2.8) **
Anspenhet	3.3 (3.1-3.6)	2.5 (2.1-2.9) ***	2.6 (2.2-2.9) ***
SUM (PTSS-10)	27.8 (26.2-29.5)	23.4 (20.3-25.6)	24.0 (21.2-26.9)
Hukommelse	2.2 (1.9-2.3)	1.9 (1.6-2.2)	2.2 (1.8-2.5)
Konsentrasjon	2.6 (2.4-2.9)	2.2 (1.9-2.6) *	2.3 (2.0-2.7) **
SUM (PTSS-12)	32.6	27.5	28.5

Stjernene markerer signifikant endring i forhold til første måling.

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ *** $P < 0.001$

Siden vi hadde et stort frafall fra målingen på tre til fire dager og til de to siste på seks og tolv måneder, plukket vi ut de som hadde svart på alle tre målingene til en egen gruppe. På denne måten kunne vi se om det var forskjell mellom de som hadde svart ved alle tre målingene og den totale gruppen.

Resultatene viser at det er en liten forskjell mellom disse to gruppene når det gjelder totalskår på PTSS-10. I denne gruppen, som besto av kun 47 deltagere, var skår på 27.3, 21.3 og 22.4 ved henholdsvis tre til fire dager, seks måneder og tolv måneder (tabell 3).

GLM repeated measures på denne gruppen viste at det var signifikant forskjell på skår mellom de tre målingene ($p=0.001$ $F=8.787$). T-tester viste at det var signifikant endring fra tre til fire dager til seks måneder ($p=0.000$, $t=4.235$). Det var også signifikant forskjell fra tre til fire dager til tolv måneder ($p=0.006$, $t=2.907$), men ikke mellom seks og tolv måneder.

Tabell 3, totalskår på PTSS-10 og PTSS-12 i tillegg til enkeltsymptomer for de som har svart ved alle tre målingene, N = 47. 95 % konfidensintervall i parentes.

	<u>3-4 dager</u>	<u>6 mnd</u>	<u>12 mnd</u>
Søvn	2.7 (2.2-3.2)	2.2 (1.8-2.7)	2.4 (1.9-2.9)
Mareritt	1.9 (1.4-2.4)	1.6 (2.2-1.9)	1.5 (1.2-1.8)
Depresjon	2.8 (2.3-3.3)	1.9 (1.6-2.2)	2.0 (1.7-2.4)
Skvettenhet	3.5 (3.0-3.9)	3.2 (2.7-3.8)	3.1 (2.7-3.6)
Isolasjon	2.0 (1.6-3.4)	1.7 (1.4-2.0)	1.7 (1.4-2.0)
Irritasjon	2.5 (2.0-2.9)	2.4 (2.0-2.8)	2.7 (2.3-1.3)
Svingende følelser	3.3 (2.7-3.8)	2.4 (2.1-2.8)	2.6 (2.1-3.1)
Skyldfølelse	2.3 (1.8-2.9)	1.5 (1.3-1.8)	1.7 (1.4-2.0)
Frykt/Annet	2.8 (2.3-3.3)	2.2 (1.7-2.7)	2.4 (1.9-2.9)
<u>Anspenhet</u>	<u>3.5 (3.0-4.0)</u>	<u>2.2 (1.7-2.7)</u>	<u>2.3 (1.9-2.7)</u>
SUM (PTSS-10)	27.3 (23.7-30.5)	21.3 (18.4-24.4)	22.4 (19.3-25.6)
Hukommelse	2.0 (1.5-2.4)	1.7 (3.4-2.1)	1.9 (1.6-2.3)
<u>Konsentrasjon</u>	<u>2.7 (2.3-3.2)</u>	<u>2.0 (1.6-2.4)</u>	<u>2.0 (1.7-2.4)</u>
SUM (PTSS-12)	32.0	25.0	26.3

Som vi har nevnt tidligere er et skår på fire eller mer på seks eller flere av symptomene på PTSS-10 regnet som tegn på PTSD. I vårt materiale er det få av deltagerne som kommer i denne kategorien, det vil si 1.7 % etter 3-4 dager, 13.5 % etter 6 måneder og 15 % etter tolv måneder. Hvis vi slår sammen alle som kan være i risikosonen, det vil si en skår på fire eller mer på fire eller flere av symptomene, er tallene 3 % ved tre-fire dager, 27 % ved 6 måneder og 25 % ved tolv måneder. Antallet deltagere synker kraftig fra første måling til de to siste ved seks og tolv måneder.

Tabell 4, Antall personer som scoret fire eller mer på fire eller flere av symptomene på PTSS-10, ved de tre målingene.

Tidspunkt	Antall spørsmål over fire:			
	<u>0</u>	<u>1-3</u>	<u>4-5</u>	<u>>6</u>
3-4 dager (N=223)	78 % ·	19 % ·	1.3 % ·	1.7 %
6 mnd (N= 74)	46 % ·	27 % ·	13.5 % ·	13.5 %
12 mnd (N=80)	42.5 % ·	32.5 % ·	10 % ·	15 %

Det var totalt 37 deltagere som på ett eller flere av tidspunktene skåret fire eller mer på fire eller flere av symptomene, det vil si 16.6 %. Det er fjorten av deltagerne som har svart ved alle tre målingene og hos åtte av disse stiger symptomene fra første til siste måling. Hos alle de fjorten som svarte ved tre målinger er symptomene ved måling ved tre til fire dager under grensen for caseness.

Vi delte materialet inn i to kategorier; de som var i risikosonen (case) og de som var utenfor (ikke case). Det viste seg at de som var i case-kategorien hadde en totalskår på 37.4, 35.4 og 38.5 etter henholdsvis tre til fire dager, seks måneder og tolv måneder. Den andre gruppen hadde ved tilsvarende tidspunkter 26.0, 17.1 og 18.0. T-tester viste at det var signifikant forskjell mellom gruppene ved alle målingene ($p < 0.000$ ved alle tre tidspunkter). Det ser ut til at de som er i case kategorien har et jevnt høyt symptomnivå over de tre målingene i motsetning til den andre gruppen, som har en reduksjon fra tre til fire dager og til seks og tolv måneder.

Tabell 5 Gjennomsnitt på PTSS-10 for de som hadde fire eller mer på fire eller flere av symptomene (case) og de som ikke kom i den kategorien (ikke case). Stjerne markerer de snittskårene som er signifikant høyere enn snittskår i den andre gruppen på samme tidspunkt. 95 % konfidensintervall står i parentes.

	3-4 dager	6 måneder	12 måneder
case	37.4 (32.5-42.2)*	35.4 (31.0-39.9)*	38.5 (32.9-44.1)*
Ikke case	26.0 (24.3-27.6)	17.1 (15.5-18.7)	18.0 (16.3-19.7)

* p<0.000

Forskjell på symptomer mellom kjønn, aldersgruppe og ulike bosituasjoner

Vi delte deltagerne inn i grupper etter kjønn for å se om det var forskjell på mengden symptomer. Det ble klart at kvinnene hadde rapportert høyere totalskår på PTSS-10 enn mennene. Etter tre til fire dager hadde kvinnene 33.1 og menn 23.8, etter 6 måneder hadde kvinnene 24.8 og menn 21.3 og etter tolv måneder hadde kvinnene 26.6 og mennene 21.5 i totalskår. Kvinnene har en klar nedgang fra første måling i motsetning mennene som ser ut til å holde seg på samme nivå.

T-testene viste at det var en signifikant forskjell mellom gruppene ved målingen ved tre til fire dager. Det er ikke signifikant forskjell mellom målingene ved seks og tolv måneder.

Enkeltsymptomene ble også undersøkt med tanke på om det var forskjell mellom gruppene. T-testene viste at det var signifikant forskjell mellom menn og kvinner etter tre til fire dager når det gjaldt alle enkeltsymptomene bortsett fra økt irritasjon.

Ved seks måneder var det signifikant forskjell på symptomene mareritt og hukommelse, og ved tolv måneder var det signifikant forskjell på skvettenhet, frykt/annet og anspenhet. Det er kvinnene som ligger høyere enn menn på samtlige av de nevnte symptomene.

Tabell 6, Totalskår på PTSS-10 hos kvinner og menn. Signifikant høyere snitt er markert med stjerne. 95 % konfidensintervall står i parentes.

	3 til 4 dager		6 måneder		12 måneder	
	kvinne	mann	kvinne	mann	kvinne	mann
totalskår	33.1(30.4-35.8) *	23.8(21.9-25.6)	24.8(20.6-29.1)	21.3(17.7-25.0)	26.6(21.7-31.6)	21.5(18.1-24.9)

* p = 0.000

Vi delte deltagerne inn etter alder. Den første gruppen besto av deltagere som var 30 år eller yngre (n=162) og den andre gruppen av de som var 31 år eller eldre (n=55). Hos de som var 30 år eller yngre var totalskår på PTSS-10 26.7 etter tre til fire dager, og den andre gruppen hadde en skår på 30.9. Ved seks måneder hadde de yngste 23.1 og de eldste 22.7, og ved tolv måneder hadde de yngste 23.2 og de eldste 26.3. Gruppen med deltagere på 31 år og eldre hadde dermed høyere totalskår på PTSS-10 ved alle målingene. T-testene viste at den eldste gruppen hadde signifikant høyere symptomskår ved tre til fire dager.

Tabell 7, Totalskår PTSS-10 inndelt etter alder. Signifikant høyere skår er markert med stjerne. 95 % konfidensintervall står i parentes.

	3 til 4 dager		6 måneder		12 måneder	
	30 år og yngre	31 år og eldre	30 år og yngre	31 år og eldre	30 år og yngre	31 år og eldre
totalskår	26.7(24.9-28.5)	30.9(27.1-34.8) *	23.1(19.8-26.4)	22.7(17.3-27.4)	23.2(19.6-26.7)	26.3(20.8-31.7)

*: p = 0.02

For å teste om det var signifikant forskjell mellom de deltagerne som bodde alene, sammen med foreldre/venner/bekjente eller med ektefelle/partner, brukte vi ANOVA for å se på variansen mellom gruppene. Testen viste at det ikke var noen signifikant forskjell mellom gruppene ved noen av måletidspunktene.

Trussel og symptomer

De som svarte ja på spørsmålet om de hadde vært truet på livet viste tydelig høyere score etter tre til fire dager og ved seks måneder enn de som svarte nei. Etter tolv måneder er det liten forskjell mellom gruppene. Vi gjorde også t-tester, og resultatene vises i tabell 8. Det var kun signifikant forskjell ved tre til fire dager.

Vi undersøkte sammenheng mellom trusselgrad og gjennomsnittsskår ved hjelp av ANOVA og post hoc Scheffe for å se hvilke grupper det var forskjell mellom. Testene viste at det var forskjell mellom gruppene ved første måling (p=0.000) Ved post hoc testen så vi at det var signifikant forskjell mellom de som hadde skåret 2 og 3 (p=0.000) og de som hadde skåret 2 og 4 (p=0.004).

Tabell 8, Grad av opplevd trussel (fra 1 til 4, hvor 4 er stor og 1 er liten trussel) og gjennomsnitt på PTSS-10. (95 % konfidensintervall står i parentes)

trusselgrad	3-4 dager	6 måneder	12 måneder
1, liten	29.1 (22.1-36.0)	24.4 (15.6-33.2)	19.2 (12.6-25.9)
n	15	7	5
2, moderat	22.1 (19.2-25.1)	21.5 (16.5-26.5)	24.2 (16.6-31.8)
n	35	18	14
3, stor	35.1 (30.9-39.3)	30.3 (14.9-45.8)	35.7 (19.4-52.0)
n	30	6	7
4, meget stor	34.3 (27.8-40.9)	37.2 (17.9-56.6)	24.5 (8.2-40.8)
n	16	5	4

Tilfredshet med oppfølgingen

Vi har lagt inn data på evalueringsspørsmålene deltagerne har svart på ved seks måneder. Når deltagerne svarte på spørsmål om betydningen av samtalene de hadde fått skåret de dette på en skala fra 0 til 4 (tabell 9). Også her betydde 0 ingen betydning og 4 meget stor betydning. Vi så på variansen av totalskår på PTSS-10 mellom deltagerne med de ulike skårene og fant at det ikke var noen signifikant forskjell ved seks måneder. Ved målingen ved tre til fire dager fant vi en signifikant forskjell på $p=0.024$, men post hoc scheffe testen viste ikke mellom hvilke grupper. For å undersøke nærmere brukte vi t-tester for å se hvilke grupper det var forskjell mellom på dette tidspunktet. Det viste seg å være signifikant forskjell mellom de som svarte ingen betydning og de som svarte stor betydning ($p=0.000$). Det var de som mente at samtalene hadde hatt stor betydning som hadde mest symptomer. De som svarte stor betydning hadde signifikant ($p=0.045$) høyere totalskår enn de som svarte ingen betydning. Man fant den samme forskjellen mellom de som svarte stor betydning og liten betydning ($p=0.018$), og mellom meget stor betydning og liten betydning ($p=0.044$).

Tendensen synes å være at jo høyere symptomer de har, jo større utbytte føler de at de har hatt av den hjelpen de har fått. 49,2 % av de spurte svarte tre eller fire, og var altså meget fornøyde med samtalene. Vi vet ikke hvor mange samtaler hver enkelt har hatt.

Tabell 9, Totalskår på PTSS-10 ved tre til fire dager og ved seks måneder inndelt i grupper etter hvor stor betydning samtalene hadde hatt (0 = ingen betydning, 4= meget stor betydning). 95 % konfidensintervall i parentes.

betydning og antall deltagere	3-4 dager	6 måneder
0, ingen	15.8 (9.6-21.9)	18.5 (2.0-34.9)
n	4	4 (6 %)
1, liten	20.7 (14.1-27.3)	20.6 (13.0-28.3)
n	10	10 (14.9 %)
2, moderat	25.3 (20.0-30.6)	19.8 (16.0-23.5)
n	21	20 (29.9 %)
3, stor	30.7 (25.7-35.7)	26.3 (20.3-3.4)
n	20	21 (31.3 %)
4, meget stor	32.0 (22.9-41.1)	24.5 (17.1-31.9)
n	12	12 (17.9 %)

Om vissheten om at de hadde et støttetilbud var av betydning ble av deltagerne skåret fra 0 = ingen betydning, til 4= meget stor betydning. Ved hjelp av å gjøre ANOVA fant vi ingen forskjell på mengden symptomer mellom deltagerne når vi delte de inn etter hvilken skår de hadde gitt.

DISKUSJON

Vi ønsket å se på hva som karakteriserte ranssituasjonen som våre deltagere har vært utsatt for. De fleste av ranene som er med i materialet har blitt utført på matbutikker og bensinstasjoner. Resultatene viste at 83.3 % av deltagerne hadde opplevd at det var blitt brukt våpen. For de fleste vil det å bli truet med at våpen være veldig skremmende.

Det var ca halvparten (52 %) som opplevde å ha blitt truet på livet, det er dermed mange av deltagerne har følt en alvorlig trussel mot sitt liv. Man kan også merke seg at det er en del mennesker som har blitt truet med våpen som ikke har følt seg i livsfare. Miller-Burke, Attridge og Fass fant i sin studie at 1/3 av deltagerne ikke hadde følt noen trussel under ranet, men her var det også en del av deltagerne som ikke hadde vært i samme rom som ranerne befant seg⁽³⁾.

Blant våre deltagere var det 48.5 % av de som 99 som svarte på spørsmålet som følte de hadde vært i stor eller meget stor fare. Det vil si at omtrent halvparten av de som hadde blitt truet på livet hadde følt seg alvorlig truet.

Det var fåtallet (17.5 %) som hadde blitt fysisk hardhendt håndtert under hendelsen. Her har kanskje deltagerne ulik oppfatning av hva som er hardhendt, men det viktigste er at de fleste har ikke oppfattet seg som fysisk hardhendt håndtert.

Det var 66.7 % som var redd for at de skulle bli utsatt for ran en gang til. Dette kan tolkes som at de fleste tross alt synes det er en belastning å bli utsatt for en slik hendelse. Men redsel for at det skal gjenta seg kan kanskje også være et tegn på hvor skremmende hendelsen har vært. Denne redselen kan jo også være berettiget hvis sannsynligheten for at det skal skje igjen er stor. Det er jo ikke sjeldent man hører om ran av bensinstasjoner og matbutikker.

Det var 12.1 % som hadde vært sykemeldt etter hendelsen, men vi vet ikke årsakene til sykemeldingene. Vi kan ikke uten videre forutsette at det var den psykiske belastningen av ranet som var årsak, men vi finner dette sannsynlig. Det vi kan si er at det var fåtallet som ble sykemeldt og det kan reflektere at de fleste av ranene ikke har ført til alvorlige skader som har ført til sykemelding.

De som ble truet med våpen hadde ikke høyere skår på PTSS-10 sammenliknet med de som ikke hadde blitt utsatt for våpen. Det kan virke som at våpen i seg selv egentlig ikke hadde så mye å si for stressreaksjonen i ettertid. De som hadde blitt truet på livet, hadde derimot en signifikant høyere skår på PTSS-10 etter tre til fire dager, sammenliknet med de som ikke var blitt truet. Det kan dermed se ut til at dette hadde større betydning enn våpen for deltagerne. Hardhendt håndtert var også forbundet med signifikant høyere skår ved første måling, og har derfor også muligens hatt en større betydning for stressreaksjonen. De få deltagerne som hadde blitt sykemeldt etter hendelsen hadde signifikant høyere skår enn de som ikke var sykemeldte, både ved tre til fire dager og ved seks måneder. Det kan være lett å konkludere med at disse har blitt utsatt for en mer traumatiserende situasjon enn de andre og dermed har mer symptomer. Det kan også hevdes at dette er individer som er predisponerte for å få en kraftigere stressreaksjon enn de andre og dermed blitt sykemeldt.

Som nevnt i innledningen er det hevdet at offerets subjektive oppfattelse av ranssituasjonen er avgjørende for hvor store plager de får i etterkant⁽⁹⁾. Våre funn kan støtte denne teorien da det ser ut til at det å bli truet på livet og redsel for gjentagelse gir signifikant mer symptomer. Det at det er brukt våpen ser ut til ikke å ha hatt en avgjørende betydning for reaksjonen.

Resultatene våre viser at totalskår på PTSS-10 for hele gruppen av deltagere ved målingen ved tre til fire dager var 27.8. Snittet faller til 23.4 ved målingen ved seks måneder og 24.0 ved tolv måneder. En studie om voldsoffere, hvor halvparten hadde blitt vurdert innen fire uker etter hendelsen og resten mellom fire og seksten uker, viste et snitt på 29.3 på PTSS-

10⁽¹³⁾. UNIFIL soldater som hadde blitt vurdert i snitt 6.6 år etter endt tjeneste hadde 17.3 i snitt på PTSS-10⁽¹⁷⁾. Det kan være litt vanskelig å vurdere akkurat hvor grensen går på totalskår på PTSS-10, men vi velger å vurdere de gjennomsnittene vi har funnet for våre deltagere som moderate.

En svakhet ved vårt materiale er at vi har et stort frafall fra første måling og til de to neste ved seks og tolv måneder. De fleste som har svart ved seks måneder har ikke svart ved tolv måneder og omvent. Dette gjør det vanskelig å si noe sikkert om hvordan symptomene utviklet seg over tid for hele gruppen.

Det var kun 47 deltagere som hadde svart ved alle tre målingene og vi fant at de ikke hadde spesielt høyere eller lavere snitt på PTSS-10 sammenlignet med hele gruppen. De som hadde svart ved alle tre anledningene hadde en signifikant nedgang fra tre til fire dager frem til seks og tolv måneder. Det var ikke signifikant nedgang fra seks til tolv måneder. T-testene vi foretok på gruppen med alle deltagerne viste at det samme gjaldt for dem.

I den norske studien vi fant, ble det blant annet konkludert med at reaksjonen for de fleste normaliserte seg relativt raskt⁽²⁾. Richards fant at det var en betydelig bedring av symptomene en måned etter ranet⁽⁸⁾. Harrison og Kinner sin studie viste derimot høy grad av symptomer hos offer for bankran opptil fem år etter hendelsen ⁽⁴⁾

Selv om vi fant en signifikant nedgang i symptomer fra den første målingen hos våre deltagere, kan man neppe kalle det en normalisering. Etter tolv måneder ligger de bare 3.8 under skåren de hadde tre til fire dager etter hendelsen. Til tross for at litteraturen er sprikene på området ville vi ventet oss en større nedgang enn den vi har funnet. En mulig forklaring kan være at det er de friskeste som faller fra etter første måling og at det er de med flest symptomer som har svart ved de senere målingene. Gruppen som hadde svart ved alle tre målingene ligger imidlertid på samme nivå av symptomer som totalgruppen.

Av enkeltsymptomene var det enkelte som viste et høyere snitt enn de andre. Det var spesielt skvettenhet, svingende følelser og anspenhet som var høyest etter tre til fire dager. Depresjon og søvnproblemer skåret også ganske høyt her. Etter seks måneder hadde alle disse symptomene sunket bortsett fra skvettenhet som ikke endret seg. At man etter et ran har blitt mer skvetten kan man kanskje tolke som et tegn på læring, som ikke nødvendigvis er noe negativt. Enkeltsymptomene sank også fra første måling frem til tolv måneder, også skvettenhet hadde gått litt ned her. I Miller-Burke, Attridge og Fass sin studie fant de at offer for bankran i gjennomsnitt hadde tre symptomer, og de tre vanligste var økt oppmerksomhet på omgivelsene, søvnproblemer og hukommelsesproblemer ⁽³⁾. Våre funn kan tolkes som noe like da søvnproblemer skåret høyt og anspenhet er tegn på økt aktivisering på samme måte som økt oppmerksomhet på omgivelsene.

Som vi har nevnt tidligere vil en skår på fire eller mer på seks eller flere av symptomene på PTSS-10 være en indikasjon på PTSD. Dersom man har over fire i skår på fire eller fem av symptomene er man i en risikosone. I våre resultater var det få som skåret så høyt på PTSS-10. Men vi fant at antallet som hadde fire eller mer på fire eller flere av symptomene steg fra tre til fire dager frem til seks og tolv måneder. Vi fant med andre ord en stigning i antall deltagere med alvorlige plager selv om snittet for hele gruppen viste en nedgang i symptomer. Muligens reflekterer dette at det tar tid å utvikle symptomene. Det faktum at de fleste som har høy skår ved seks og tolv måneder ikke er i risikozonen ved tre til fire dager støtter dette. En annen forklaring kan være at deltagerne med økende skår har vært utsatt for nye belastende hendelser i tiden mellom målingene, men dette er vel lite sannsynlig.

Harrison og Kinner fant at det ikke var forskjell på menn og kvinner når det gjaldt psykiske symptomer etter ran (4). Elklit fant derimot at kvinner hadde høyere grad av intrusjon, somatisering og depresjon sammenliknet med menn (6). Våre resultater viste at kvinnene hadde høyere gjennomsnittsskår på PTSS-10 ved alle målingene. T-testene viste at kvinnene var signifikant høyere bare ved den første målingen ved tre til fire dager. Studier av forekomsten av PTSD i befolkninger har vist at det er høyere forekomst blant kvinner enn blant menn. I følge en svensk studie er det ikke kjønn som er av størst betydning for risiko for å utvikle PTSD, men traumetype, traumeintensitet og antall traumer som er avgjørende (16). Blant våre deltagere ser det ut til at kjønn har betydning for mengden symptomer, i alle fall kort tid etter hendelsen.

Gjennomsnittsalderen til våre deltakere var 27 år, med et 95 % konfidensintervall på 26 til 29 år. Flertallet av deltagerne er dermed ganske unge mennesker, noe som reflekterer hvilke aldersgrupper som jobber i dagligvareforetninger og bensinstasjoner. Resultatene våre viste at gruppen som var 31 år eller eldre hadde høyere gjennomsnittsskår på PTSS-10 ved tre til fire dager sammenliknet med de som var 30 år eller yngre. Ved de neste målingene vekslet de mellom hvem som var høyest og det var kun signifikant forskjell mellom gruppene ved tre til fire dager. Elklit fant i sin studie at alder var negativt assosiert med nivå av traumatisering (6). Harrison og Kinner fant at alder ikke var utslagsgivende på mengden symptomer i ettertid. Våre resultater viser en forskjell kort tid etter hendelse, men det ser ut til at alder ikke har så mye å si for mengden symptomer senere i forløpet.

Vi fant ved hjelp at testene vi utførte at det ikke var signifikante forskjeller i nivå av symptomer målt med PTSS-10 mellom de som bodde alene, med foreldre eller venner og de som bodde med ektefelle eller samboer. Man ville kanskje forventet at de som bodde alene var mer plaget i etterkant av hendelsen sammenliknet med de andre gruppene. Kanskje er ikke spørsmålet om bosituasjon egnet til å beskrive den sosiale situasjonen. Selv om man bor alene kan man ha et rikt nettverk av venner og familie. Kanskje ville spørsmål som; ”hadde du noen å snakke med om ranet?” eller; ”var det noen som hadde tid til å lytte til deg?” være mer sensitive for å måle støtte. Elklit målte oppfattet sosial støtte i tillegg til sivilstatus (6). Han brukte Crisis Support Scale (CSS) for å måle sosial støtte, med blant annet spørsmål om emosjonell og praktisk støtte og generell sosial støtte. Dette kan kanskje være mer sensitive spørsmål som gir mer verdifull informasjon enn bosituasjonen.

Kamphuis og Emmelkamp fant, som nevnt i innledningen, at opplevd trussel under ranet var forbundet med flere posttraumatiske symptomer(9). Det var 52 % blant våre deltagere som svarte at de var blitt truet på livet. Det var signifikant høyere skår på PTSS-10 blant disse ved tre til fire dager sammenliknet med de som ikke hadde blitt truet på livet. Deltagerne som hadde blitt truet ble bedt om å gradere trusselgraden, og testene viste at det var signifikant mer symptomer blant de som hadde svart tre og fire på skalaen sammenliknet med de som hadde svart to. Noen av gruppene er dessverre veldig små og det blir vanskelig å være helt sikker på konklusjonen, men det ser ut til at det er økende symptomer med økende oppgitt trusselskår. Våre funn kan støtte Kamphuis og Emmelkamps påstand.

I den norske studien som tok for seg mennesker utsatt for bank- og postran tilskrev mange av deltagerne sin bedring i symptomer den psykologiske oppfølgingen de hadde fått (2). Våre resultater viser at det er en tendens til at de som var mest fornøyd med samtalen hadde mer symptomer enn de som ikke følte samtalen hadde betydd mye for dem. Det er muligens et paradoks at de som er mest fornøyd har mest symptomer. En forklaring på dette er at de som har hatt mest symptomer har fått flest samtaler, og da er det naturlig at samtalen har hatt stor betydning for dem.

Deltagerne ble som kjent fulgt gjennom et helt år. I løpet av denne perioden var det et til dels stort frafall. Svarprosent ved seks måneder var som nevnt 33.6 % og 38.6 % ved tolv måneder. Dette er uheldig med tanke på om vi kan stole på resultatene vi har fått. Når gruppen blir meget liten er det vanskelig å hevde at statistikken er representativ og det må tas hensyn til dersom man skal prøve å dra konklusjoner ut av tallmaterialet. Ved seks og tolv måneder ble spørreskjemaet levert som brev i posten. Det er ved disse tidspunktene vi har mistet deltagerne. Ved første måling etter tre til fire dager ble deltageren aktivt oppsøkt, og dermed er antallet deltagere vesentlig større her. Målingen etter tre til fire dager er det derfor mulig å gi ganske sikre antakelser. Det blir også vanskelig å si noe sikkert om hvordan symptomene utviklet seg over tid for hele gruppen når så mange faller fra.

Det store frafallet kan ha flere forklaringer. Deltagerne var stor sett unge, kanskje er det større mobilitet i gruppen, de bytter muligens arbeidsgiver, bosted og telefon oftere, noe som gjør det vanskeligere å holde kontakten. En annen mulighet er at ettersom symptomene dabber av, og de får hendelsen på avstand, mister de interessen for å bruke tid på å fylle ut og returnere skjemaet.

Tallene fra statistisk sentralbyrå viser at ran er en ganske vanlig hendelse. Man skulle derfor tro at det ville være en enkel sak å finne litteratur på gruppen ransoffer, og følgene av hendelsen. Det skulle imidlertid vise seg at da vi søkte i PubMed og PsychINFO var det begrensede mengder litteratur som omhandlet det vi ville skrive om. Dette trenger ikke å bety at det ikke finnes noen interesse for dette temaet. En forklaring kan være utfordringen med å få tak i ransoffer, og få et stort nok materiale. Kanskje kan det skyldes at de ikke automatisk kommer i kontakt med helsevesenet, slik for eksempel vold og voldtektsoffer ofte gjør. Ransoffer kommer i kontakt med politiet, og sendes deretter hjem. Det er så opp til dem selv å ta kontakt med helsevesenet dersom de føler at de har behov for profesjonell støtte, i motsetning til deltagerne i vår studie, som har blitt aktivt oppsøkt. Det er et tankekors at de studiene vi finner viser at ransoffer har til dels høy grad av stressymptomer, ettersom det blir opp til hver enkelt å søke hjelp, kan man anta at det finnes en hel del mennesker som ikke får nødvendig oppfølging.

En annen mulighet er selvsagt at vi ikke har funnet fram til alt som er skrevet på dette feltet. Vi har søkt i PubMed og PsychINFO, som vi ble anbefalt av bibliotek for medisin og helsefag. PubMed er en av inngangene til Medline som kombinerer to store resurser, Cochrane Reviews og ACP Journal Club. Databasen oppdateres også ukentlig. Dette burde derfor være en god kilde til å finne materiale.

En mulig feilkilde kan kanskje være at enkelte av deltagerne ikke har fylt ut spørreskjemaet riktig, eller glemte å svare på spørsmål. De skal blant annet svare på spørsmål ut fra hvordan de hadde det før ranet sammenlignet med etterpå. Enkelte kan for eksempel ha store søvnproblemer fra før, og skårer høyt uten at det egentlig er noen stor endring fra før ranet. Det setter krav til god instruksjon i hvordan de skal forstå spørsmålene og fylle ut skjemaet riktig.

Del A i spørreskjemaet fra SOSCON er vel egentlig ikke designet for forskning, men for klinisk praksis. Enkelte av spørsmålene egner seg derfor kanskje ikke like godt til å besvare enkelte problemstillinger.

For å oppsummere noen av de viktigste funnene, kan vi si at det var helt klart mest symptomer ved den første målingen, men PTSS-10 skår var aldri mer enn moderat forhøyet hos våre deltagere. Ved seks og tolv måneder falt gjennomsnittet, men ikke nok til å kalle det en normalisering. Her igjen må vi ta i betraktning at frafallet ved de to siste målingene er stort. Det var få av deltagerne som nådde grensen for mulig PTSD eller risikosone for å

utvikle lidelsen. Det er verdt å merke seg at det er flere som kommer inn i denne kategorien ved seks og tolv måneder. Vi hadde vel forventet at det skulle være motsatt, men det kan være et resultat av at det tar tid å utvikle symptomene.

Når det gjelder ranssituasjonen og oppfattet trussel, kan det se det ut til at offerets subjektive opplevelse er av betydning for utvikling av symptomer i etterkant. Det var helt klart kjønnsforskjeller ved første måling, hvor kvinner viste seg å ha høyere skår enn menn. Alder var ved første måling utslagsgivende. Økende alder syntes å henge sammen med høyere symptomskår.

Konklusjon

Ranssituasjonen var blant annet karakterisert av at det var vanlig at ranerne brukte våpen. Det var omtrent halvparten av ofrene som hadde blitt truet på livet, og halvparten av disse hadde følt en stor eller meget stor trussel mot deres liv. Til tross for at halvparten som var blitt truet på livet ikke oppfattet trusselen som stor var de fleste deltagerne (65.7 %) redde for at hendelsen skulle skje igjen. Bruk av makt mot ofrene var uvanlig, og det var få som hadde blitt fysisk hardhendt håndtert.

Det viste seg at personer som hadde opplevd ran i dette materialet hadde et moderat nivå av symptomer ved tre til fire dager, seks måneder og tolv måneder. Vi hadde derimot ventet at symptomnivå skulle falle mer til målingene seks og tolv måneder. Antall deltagere med klinisk signifikant forhøyet skår på PTSS-10 steg fra tre til fire dager og til de to neste målingene. Det viste seg at mange av disse ved første måling ikke hadde en forhøyet skår. Gruppen bestående av alle de som ved ett eller flere av tidspunktene skåret klinisk signifikant på PTSS-10 hadde ikke et fall i symptomer over tid.

Kvinner viste seg å ha en signifikant høyere skår enn menn ved den første målingen. Ved seks og tolv måneder hadde de fortsatt en høyere skår enn mennene men det var ikke signifikant forskjell mellom dem lenger. Et annet funn var at mennene ikke hadde det samme fallet i symptomer som det kvinnene hadde etter seks og tolv måneder, men holdt seg på det samme nivået..

Gruppen av deltagere som var 31 år og eldre viste seg å ha signifikant høyere symptomer etter tre til fire dager sammenlignet med de som var 30 år og yngre. Ved seks og tolv måneder viste det seg dermed at det ikke var store forskjeller mellom disse gruppene i symptomnivå.

Det var ikke noen forskjell i grad av symptomer mellom de som bodde alene, med foreldre/venner/bekjente eller med ektefelle/partner.

Resultatene viste at det var signifikant høyere grad av symptomer hos de som hadde blitt truet på livet sammenlignet med de som ikke hadde det. Det var også signifikant mer symptomer hos de som svarte at trusselgraden var stor eller meget stor sammenlignet med de som mente den var liten eller moderat. De som var redde for at hendelsen skulle gjenta seg hadde også mer symptomer. Vi velger på bakgrunn av disse funnene å konkludere med at det er en sammenheng mellom opplevd trussel og symptomer.

De som var mest fornøyd med samtalene viste seg å ha mer symptomer enn de som ikke var like fornøyd. Vi har tolket dette som en konsekvens av at de med mest symptomer har fått mest oppfølging. Betydningen de tilla vissheten om at de hadde et ettervern var ikke av betydning for mengden symptomer i etterkant.

LITTERATURHENVISNING

- 1) Statistisk sentralbyrå, hjemmesiden 15.02.08.
<http://www.ssb.no/lovbruddo/tab-2007-05-18-08.html>
- 2) Dyregrov.A, Kristoffersen.J.I, Müller.O, Når livet trues. 1991; Tidskrift for norsk psykologforening, 28, 885-894.
- 3) Miller-Bruke J, Attridge M, Fass P.; Impact of Traumatic Events and Organizational Response A Study of Bank Robberies. Journal of occupational & Environmental Medicine. 1999. Vol. 42(2), 73-83.
- 4) Harrison. C.A, Kinner. S.A, Correlates of Psychological Distress Following Armed Robbery. Journal of traumatic stress 1998. Vol. 11 No 4. s 787-798.
- 5) Marchand.A, Guay.S, Boyer.R, Iucci.S, Martin.A, St-Hilaire.M.H: A Randomized Controlled Trial of an Adapted Form of Individual Critical Incident Stress Debriefing for Victims of an Armed Robbery. Brief Treatment and Crisis Intervention. 2006. 6:122-129.
- 6) Elklit.A, Acute stress disorder in victims of robbery and victims of assault. Journal of interpersonal violence; 2002. Vol.17 No 8. 872-887;
- 7) Campfield.K.M, Hills.A.M; Effect of Timing of Critical Incident Stress Debriefing (CISD) on Posttraumatic Symptoms. Journal of traumatic stress. 2001. Vol.14. no.2.
- 8) Richards.D; Symptom severity, personal and social variables after armed robbery British journal of clinical psychology. 2000. 39. 415-419.
- 9) Kamphuis.J.H, Emmelkamp.P.M.G. Crime-Related Trauma: Psychological Distress in victims of bankrobbery. 1998: Journal of Anxiety Disorders, Vol.12, No.3, 199-208.
- 10) Soscons hjemmeside: www.soscon.no, 11.02.08
- 11) Eid J, Thayer JF, Johnsen B H. Measuring post-traumatic stress: A psychometric evaluation of symptom- and coping questionnaires based on a Norwegian sample. Scandinavian Journal of Psychology 1999, 40, 101-108
- 12) Wilson J P, Raphael B (editors), International Handbook of Traumatic Stress Syndrome. Kap. 39, s 71-478. The North Sea Oil Rig Disaster,
- 13) Johansen.VA, Wahl.A, Eilertsen.D, Hanestad. B, Weisæth. L. Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: Peritraumatic dissociation, posttraumatic stress disorder, anxiety and depression. Nord J Psychiatry 2006; 60:452-462.
- 14) Personlig meddelelse Lars Weisæth
- 15) Kompendium RITS Trinn/Steg 1 Versjon 01.05. Utarbeidet av dr.med. Are Holen. Soscon Institutt for krisehåndtering.
- 16) Frans.Ø, Rimmø.P-A, Åberg.L, Fredrikson.M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. 2005; Acta Psychiatr Scand. 111:291-299.
- 17) Mehlum L, Weisæth L. Predictors of Posttraumatic Stress Reactions in Norwegian U.N. Peacekeepers 7 years after service. 2002; Journal of Traumatic Stress, Vol.15, No.1, 17-26.

VEDLEGG

- 1) Spørreskjema med delene A,B,C og de skjemaene som sendes ut ved seks og tolv måneder. Dette er de skjemaene som benyttes i dag.

Vedlegg 1

SOSCON ID.NR.	Dato for RITS® samtalen:	Samtaleleder:	FORTROLIG
----------------------	---------------------------------	----------------------	------------------

1.RITS® intervju - Undersøkelse av stress-symptomer / T/A

SOSCON versjon 01.05

Navn: _____

Postadresse privat: _____

Arbeidsplass: _____

Privat telefon/mobiltelefon: _____

DEL A: GENERELT

Når skjedde det: **DATO:** _____ **KLOKKEN:** _____

Hvilket ansettelsesforhold har du på arbeidsplassen (kryss av):

- Heltid**
- Deltid**

Har du sagt opp din stilling på arbeidsplassen FØR denne hendelsen?

- Ja**
- Nei**

Har du hatt samtale(r) med SOSCON og besvart et tilsvarende skjema – etter en annen hendelse for mindre enn 12 måneder siden?

- Ja**
- Nei**

- Mann**
- Kvinne**

Alder: _____ **Vekt i kg:** _____

- Bor alene**
- Bor med foreldre, venner, bekjente (ikke intim relasjon)**
- Bor i intim relasjon (ektefelle, samboer, partner)**

Er du – eller har du vært sykmeldt etter hendelsen denne gang?

- Ja** **Hvis Ja, hvor lenge?** _____
- Nei**

Har du tidligere vært utsatt for en lignende hendelse:

- Ja** **Hvis Ja, hvor mange ganger tidligere?** _____
Når var det? _____
- Nei**

Er du redd for at det skal skje igjen?

- Ja**
- Nei**



DEL B: HVILKEN TYPE HENDELSE BLE DU UTSATT FOR

Velg hendelse (ran, overfall, ulykke eller annen hendelse) – og kryss av:

RAN

Har du vært på ranskurs?

- Ja**
- Nei**

Dersom du svarte ja, hvor stor positiv betydning mener du nå at ranskurset har hatt for din opplevelse/reaksjon under og etter ranet:

1	-	2	-	3	-	4
Liten		Moderat		Stor		Meget stor

Ble du truet med våpen?

- Ja** Hvis Ja, hvilken type våpen: _____
- Nei**

Ble du fysisk berørt av raneren?

- Ja**
- Nei**

Ble du fysisk hardhendt håndtert?

- Ja**
- Nei**

Ble du truet på livet?

- Ja**
- Nei**

Dersom du svarte ja, hvor stor fare var det for ditt liv?

1	-	2	-	3	-	4
Liten		Moderat		Stor		Meget stor

OVERFALL

Ble du fysisk hardhendt håndtert?

- Ja**
- Nei**

Ble du truet på livet?

- Ja**
- Nei**

Dersom du svarte ja, hvor stor fare var det for ditt liv?

1 - **2** - **3** - **4**
Liten **Moderat** **Stor** **Meget stor**



□ ULYKKE

Ble du fysisk skadet?

- Ja**
- Nei**

Dersom du svarte ja, hvor stor skade mener du det var

1 - **2** - **3** - **4**
Liten **Moderat** **Stor** **Meget stor**

Var det fare for ditt liv?

- Ja**
- Nei**

Dersom du svarte ja, hvor stor fare var det for ditt liv?

1 - **2** - **3** - **4**
Liten **Moderat** **Stor** **Meget stor**

Ble noen andre skadet?

- Ja**
- Nei**

Døde noen som følge av ulykken?

- Ja**
- Nei**

□ ANNEN HENDELSE

Hvilken type hendelse – spesifiser: _____

Hva var din oppgave/yrke: _____

Var det fare for ditt liv?

- Ja** **Hvis Ja, hvilken type fare:** _____
- Nei**

Dersom du svarte ja, hvor stor fare var det for ditt liv?

1 - **2** - **3** - **4**
Liten **Moderat** **Stor** **Meget stor**

Ble noen andre skadet?

- Ja**

Nei

Døde noen som følge av ulykken?

Ja

Nei

DEL C: PTSS-12

Svar på spørsmålene ut fra slik det er for deg nå – siste par døgn
Sett kryss rundt det ”riktigste” punktet på linjen.

- 1: SØVNPROBLEMER**
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Sjelden/aldri Meget
ofte
- 2: DRØMMER MED MARERITT OM HENDELSEN**
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Sjelden/aldri Meget
ofte
- 3: DEPRESJON – FØLER MEG NEDTRYKT**
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye
- 4: SKVETTENHET VED PLUTSELIGE LYDER ELLER BRÅ BEVEGELSER**
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye
- 5: TENDENS TIL Å ISOLERE MEG FRA ANDRE**
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye
- 6: IRRITASJON (blir lett irritert eller ergerlig)**
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Sjelden/aldri Meget
ofte
- 7: AT FØLELSENE SVINGER LETT OPP OG NED**
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye
- 8: DÅRLIG SAMVITTIGHET, SELVBEBREIDELSER, SKYLDFØLELSE**

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

9: FRYKT FOR STEDET ELLER ANDRE SITUASJONER SOM KAN MINNE OM DETTE

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

10: ANSPENTHET I KROPPEN

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

11: HUKOMMELSESPROBLEMER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

12: KONSENTRASJONSVANSKER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye



DEL D: TILLEGGSPARAMETRE

Svar på spørsmålene ut fra slik det er for deg nå – siste par døgn
Sett kryss rundt det "riktigste" punktet på linjen.

13: APPETITT - MATLYST

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært stor

14: INITIATIV

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

15: SELVMORDSTANKER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7

Overhodet ikke
Svært ofte

16: FØLELSESMESSIG REAKSJON

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7

Overhodet ikke
Svært stor

SOSCON ID.NR.	FORTROLIG
---------------	-----------

Undersøkelse av stress-symptomer 6 måneder etter

(PTSS – 12, Post-Traumatisk Stress Score) 1.RITS® intervju. SOSCON versjon 07.05

Navn: _____

Postadresse privat: _____

Arbeidsplass: _____

Telefon: _____

DEL A:

Dato i dag : _____ Vekt i kg: _____

Har du siden du hadde samtale med SOSCON etter hendelsen vært utsatt for en ny hendelse som du mener kan påvirke evt. forsterke dine svar denne gang?

Ja Hvis Ja, hva har hendt: _____

Nei _____

Jobber du fortsatt på samme arbeidsplass som da du var utsatt for hendelsen?

Ja
 Nei Hvis Nei, hvorfor ikke? _____

Har du vært sykmeldt pga hendelsen?

Ja Hvis Ja, hvor lenge? _____
 Nei

Har du søkt hjelp til bearbeidelse av hendelsen hos andre enn SOSCON?

Ja Hvis Ja, hvor og hvorfor? _____
 Nei

Hvor stor betydning synes du samtalen(e) hadde etter hendelsen for ca. 6 måneder siden?

0 - **1** - **2** - **3** - **4**
Ingen **Liten** **Moderat** **Stor** **Meget stor**

Hvor stor betydning synes du oppfølgingen/ettervernet har?

0 - **1** - **2** - **3** - **4**
Ingen **Liten** **Moderat** **Stor** **Meget stor**

SOSCON INSTITUTT FOR KRISEHÅNTERING

DEL B

Svar på spørsmålene ut fra slik det er for deg nå – siste par døgn

Sett kryss rundt det "riktigste" punktet på linjen.

1: SØVNPROBLEMER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Sjelden/aldri Meget
ofte

2: DRØMMER MED MARERITT OM HENDELSEN

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Sjelden/aldri Meget
ofte

3: DEPRESJON – FØLER MEG NEDTRYKT

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

4: SKVETTENHET VED PLUTSELIGE LYDER ELLER BRÅ BEVEGELSER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

5: TENDENS TIL Å ISOLERE MEG FRA ANDRE

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

6: IRRITASJON (blir lett irritert eller ergerlig)

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Sjelden/aldri Meget
ofte

7: AT FØLELSENE SVINGER LETT OPP OG NED

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

8: DÅRLIG SAMVITTIGHET, SELVBEBREIDELSER, SKYLDFØLELSE

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

9: FRYKT FOR STEDET ELLER ANDRE SITUASJONER SOM KAN MINNE OM DETTE

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

10: ANSPENTHET I KROPPEN

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

11: HUKOMMELSESPROBLEMER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

12: KONSENTRASJONSVANSKER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye



DEL D: TILLEGGSPARAMETRE

Svar på spørsmålene ut fra slik det er for deg nå – siste par døgn
Sett kryss rundt det "riktigste" punktet på linjen.

13: APPETITT - MATLYST

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært stor

14: INITIATIV

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

15: SELVMORDSTANKER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært ofte

16: FØLELSESMESSIG REAKSJON

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært stor

SOSCON ID.NR.	FORTROLIG
---------------	-----------

Undersøkelse av stress-symptomer 12 måneder etter

(PTSS – 12, Post-Traumatisk Stress Score) 1.RITS® intervju. SOSCON versjon 07.05

Navn: _____

Postadresse privat: _____

Arbeidsplass: _____

Telefon: _____

DEL A:

Dato i dag : _____ Vekt i kg: _____

Har du siden du hadde samtale med SOSCON etter hendelsen vært utsatt for en ny hendelse som du mener kan påvirke evt. forsterke dine svar denne gang?

- Ja** Hvis Ja, hva har hendt: _____

- Nei** _____

Jobber du fortsatt på samme arbeidsplass som da du var utsatt for hendelsen?

- Ja**
- Nei** Hvis Nei, hvorfor ikke? _____

Har du vært sykmeldt pga hendelsen?

- Ja** Hvis Ja, hvor lenge? _____
- Nei**

Har du søkt hjelp til bearbeidelse av hendelsen hos andre enn SOSCON?

- Ja** Hvis Ja, hvor og hvorfor? _____
- Nei**

DEL B

Svar på spørsmålene ut fra slik det er for deg nå – siste par døgn

Sett kryss rundt det "riktigste" punktet på linjen.

1: SØVNPROBLEMER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Sjelden/aldri Meget
ofte

2: DRØMMER MED MARERITT OM HENDELSEN

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Sjelden/aldri Meget
ofte

3: DEPRESJON – FØLER MEG NEDTRYKT

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

4: SKVETTENHET VED PLUTSELIGE LYDER ELLER BRÅ BEVEGELSER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

5: TENDENS TIL Å ISOLERE MEG FRA ANDRE

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

6: IRRITASJON (blir lett irritert eller ergerlig)

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Sjelden/aldri Meget
ofte

7: AT FØLELSENE SVINGER LETT OPP OG NED

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

8: DÅRLIG SAMVITTIGHET, SELVBEBREIDELSER, SKYLDFØLELSE

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

9: FRYKT FOR STEDET ELLER ANDRE SITUASJONER SOM KAN MINNE OM DETTE

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

10: ANSPENTHET I KROPPEN

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

11: HUKOMMELSESPROBLEMER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

12: KONSENTRASJONSVANSKER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye



INSTITUTT FOR KRISEHÅNTERING

DEL D: TILLEGGSPARAMETRE

Svar på spørsmålene ut fra slik det er for deg nå – siste par døgn
Sett kryss rundt det "riktigste" punktet på linjen.

13: APPETITT - MATLYST

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært stor

14: INITIATIV

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært mye

15: SELVMORDSTANKER

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7

Overhodet ikke
Svært ofte

16: FØLELSESMESSIG REAKSJON

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
7
Overhodet ikke
Svært stor



EVALUERING

Vi ønsker stadig å vurdere vårt arbeid med, slik at tilbudet om psykisk ettervern etter en alvorlig hendelse evt. kan bli bedre. Vi ber deg derfor gi oss en siste evaluering. Denne evalueringen (kun denne siden) vil bli gitt til vår oppdragsgiver i kopi.

Ønsker du flere samtaler?

- Ja
- Nei

Hvilken betydning gir du samtalen(e) etter hendelsen for 12 måneder siden?

0 - 1 - 2 - 3 - 4
Ingen Liten Moderat Stor Meget stor

Hvilken betydning har det hatt å få tilsendt skjema for besvarelse etter 6 og 12 mndr?

0 - 1 - 2 - 3 - 4
Ingen Liten Moderat Stor Meget stor

Skulle du ønske at ettervernet gikk over lenger tid enn ett år?

- Ja – hvis Ja, hvor lenge: _____
- Nei

Det enkelte spørreskjema for oppfølging/ettervern etter hendelsen gir lite rom for egne/personlige kommentarer. Dine kommentarer er svært viktige, og gir meget verdifull kunnskap for kvalitetsutvikling av ettervern. Vi håper du tar deg tid til også å gi dine egne/personlige kommentarer.

Tusen takk for samarbeidet!

