

Karlsen, J.I. og Næss, R. Arbeidsmiljø i hotell- og restaurant-næringen. Arbeidspsykologisk institutt, Oslo, 1978. Statsfjord-catering prosjektet. Et sammendrag. Universitetsforlaget, Bergen, 1985. Westgaard, R.H. (red.) Arbeidsmiljø, belastningslidelser og sykefravær blant

forpleiningspersonell på Statfjordfeltet. Universitetsforlaget Bergen, 1985. (Under trykning).

Aarvak, K. Arbeid og fravær. Sammenheng mellom arbeid og fravær fra jobben. Institutt for industriell miljøforskning, SINTEF, Trondheim, 1980.

Kriseintervensjon – en oppgave for bedriftshelsetjenesten?

ATLE DYREGROV,

forsker

ODD H. HELLESØY,

forskningsleder

Forskningssenter for Arbeidsmiljø,

Helse og Sikkerhet (FAHS),

Universitetet i Bergen

Norsk bedr. h.tj. 1985, 6, 318–327.

1. Innledning

Erkjennelsen av at sykdom, lidelse, trivsel og helse ikke utvikles, opprettholdes eller bedres i et vakuum preger utviklingen innen nyere familiemedisin og sosialmedisin (Lipowski, 1977). Parallelt med dette er det også innen arbeidslivet en økende forståelse for at helse og trivsel på arbeidsplassen ikke bestemmes bare av de ytre betingelsene i arbeidet, men også av mulighetene for innflytelse og kontroll med egen arbeidssituasjon, med mulighetene til variasjon, kontakt og samarbeid med andre, osv. Gradvis er vi også i ferd med å skimte hvor viktig fritid, familie og andre forhold utenfor selve arbeidssituasjonen er for arbeidslivskvalitet og for arbeidsutfoldelse. (Hellesøy 1984).

I henhold til gjeldende lover og retningslinjer skal bedriftshelsetjenesten bistå arbeidsgiver, arbeidstakere, arbeidsmiljøutvalg og vernetjeneste i de-

res arbeid for å skape sunne og trygge arbeidsforhold, og gi de ansatte et tilbud om helsetjenester.

Bedriftshelsetjenestens fokus er naturlig nok samspillet mellom arbeidsmiljøfaktorer og arbeidstakernes helse, trivsel og sikkerhet. Og tradisjonelt er det vel fysisk-kjemiske sider ved arbeidsmiljøet og den somatiske helse det har vært lagt mest vekt på ved rekruttering og opplæring av bedriftshelsepersonell og ved forming av arbeidsrutiner i bedriftshelsetjenesten.

Selv om de psykososiale sidene ved arbeid og helse i teorien ansees viktige mangler det fortsatt mye på at dette gir seg systematiske utslag i det daglige arbeid. (Thompson et.al. 1983). En god del foreldete oppfatninger og arbeidsvaner henger fortsatt igjen (Williamson et.al. 1981).

Nyere forskning tyder også på at faktorer som ligger utenfor arbeidsplass og

arbeidstid virker inn på produktivitet, helse og ulykkesrisiko i arbeidslivet. I en tankevekkende artikkel i dette tidskrift stilte nylig Asbjørn Borg (1985) spørsmålet om ikke vårt arbeidsbegrep var for snevert fordi det i så liten grad omfattet det som kalles for «reproduksjon», det vi si det området som omfatter familie og fritid, og som skal sette den enkelte arbeidstaker i stand til å delta effektivt i «produksjon».

Vi tror at en utvidet og mer helhetlig filosofi for bedriftshelsetjenesten, som bl.a. innebærer en mer omfattende rådgivende og hjelpende funksjon i forhold til arbeidstaker og arbeidstakers familie, er nyttig og nødvendig for mer effektivt å kunne forebygge og avhjelpe helseproblemer som springer ut av, eller kommer til uttrykk på arbeidsplassen. Dette vil vi illustrere ved å skissere hvordan bedriftshelsetjenesten kan engasjere seg overfor de kriser arbeidstakere kan stå overfor i ulike sammenhenger. Etter å ha klargjort hva vi mener med kriser, vil vi skissere noen retningslinjer for slikt arbeid, ta opp de mer spesifikke problemer som kan melde seg, for så å drøfte hvordan bedriftshelsetjenesten kan engasjere seg i det vi kaller «debriefing» etter kritiske hendelser innen bedriften.

2. Hva er en krise?

Mennesker opplever kriser både i og utenfor arbeidslivet. Krisesituasjoner kjennetegnes ved at de representerer en utfordring til personers, familiers eller bedrifters vanlige måter å håndtere problemsituasjoner på – de vanlige problemløsningsmåter strekker ikke til, eller de settes på prøve. De fleste krisesituasjoner innebærer noe uvant og det stilles store krav til omstilling. For at en situasjon skal føre til krisereaksjoner hos den enkelte, familien eller bedrif-

ten er det imidlertid ikke tilstrekkelig at det finnes en objektiv «ytre» trussel. Denne trussel må også oppleves av dem det gjelder. Det er altså samspillet mellom den ytre situasjon og personen(e)s oppfattelse og tolkning av situasjonen som er bestemmende for eventuelle krisereaksjoner. (Hellesøy, 1984). De fleste forbinder uttrykket «krise» med ulykkeshendelser, brå dødsfall, volds- og ranssituasjoner, større og mindre katastrofer osv. Slike kriser betegnes gjerne som *ytre, situasjonsbestemte eller traumatiske kriser*. Men også en annen type kriser rammer mennesker (og bedrifter): de såkalte *indre kriser* eller *utviklings- eller modningskriser*. Slike kriser er knyttet til overgangsfaser i livet, overgangen fra barn til voksen, når familie stiftes, det første barnet fødes, barna forlater hjemmet, og til pensjonering og død. Også her stilles det krav til tilpasning og fleksibilitet som kan medføre krisereaksjoner hos mange.

Ulike kriser kan således ha stor betydning for livskvalitet og trivsel både i og utenfor arbeidet. Flere av de nevnte krisesituasjoner inntreffer i tilknytning til arbeidet (arbeidsulykker, pensjonering, yrkessykdommer etc.) Forskning har vist at livskriser, stress og mestring av disse direkte virker inn på vår helse i form av øket risiko for helseplager (Rahe & Arthur, 1978; Dohrenwend & Dohrenwend, 1978). Høyere sykefravær, og mer permanent arbeidsudyktighet er f.eks. rapportert etter større ulykker i norsk næringsliv (Weisæth, 1984; Holen, 1984), og bruket av helsetjenester viser også en klar økning med økende stress (Gortmaker, Eckenrode & Gore, 1982). Her skal det fremheves at psykologisk rådgivning gitt i tillegg til den medisinske behandling har en gunstig innvirkning

ikke bare på det psykiske velvære, men også på den fysiske rehabilitering etter kriser som somatisk sykdom og kirurgiske inngrep (for en oversikt se White, 1981; Conte & Karasu, 1981; Mumford et al. 1984).

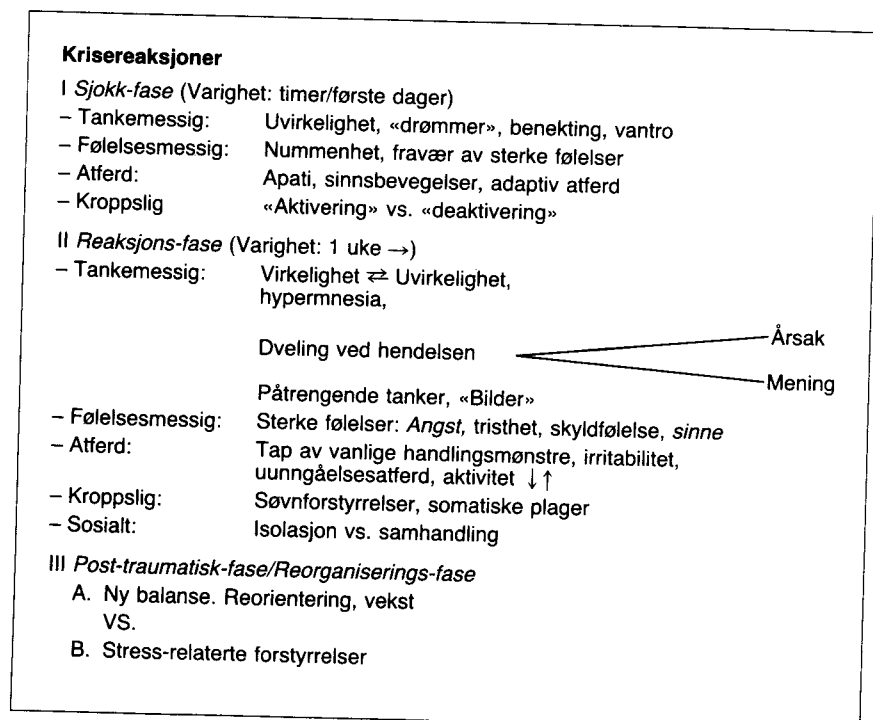
Til tross for denne kunnskap finnes det ikke utviklet adekvate tilnæringsmåter innen bedriftshelsetjenesten for å øke bedriftens eller den enkeltes evne til å håndtere kriser, eller for å hjelpe arbeidstakere – fra topp til bunn – når bedriften eller arbeidstakerne enkeltvis rammes av en krise eller katastrofe.

3. Krisereaksjoner

Visse hendelser fører til krisereaksjoner hos de fleste, f.eks. ulykker med stor personskade, alvorlig sykdom, brå

dødsfall, voldtekt, tortur, gisseldrama. Det er viktig å merke seg at både overlevende (offer), pårørende og etterlatte vanligvis opplever krisereaksjoner ved slike sterke hendelser. I tillegg er det ikke uvanlig at både tilskuere og ikke minst hjelpemannskap (utrykningspersonell) opplever akutte eller forsinkete stressreaksjoner ved hendelser av sterk emosjonell karakter (se Dyregrov, 1983, 1984).

Menneskelige reaksjoner etter kriser følger ofte et visst felles mønster selv om de ulike hendelsene også utløser mer spesifikke reaksjoner. I figur 1 er det gitt en oversikt over et vanlig mønster for krisereaksjoner. Det er her beskrevet etter bestemte stadier eller faser. I praksis vil det imidlertid kunne



Figur 1

være vanskelig å gjenkjenne fasene, både fordi reaksjonene glir over i hverandre, og fordi det finnes mange personspesifikke reaksjoner.

De fleste vil oppleve en kortere eller lengre periode med nummenhet, uvirkelighet og sjokk. Denne perioden kjennetegnes ved et fravær av de sterke

PTSD

(Post Traumatic Stress Disorders)

A. «Ekstrem» stressor

B. Gjenopplevelse av traumat i:

- * Våken tilstand
- * Drømme
- * Opplevelse av at hendelsen opptrer på ny. Utløses av stimulus som assosieres med den opprinnelige hendelsen

C. Minkende interesse og involvering i omverdenen. Viser seg ved:

- * Markert minket interesse i en eller flere aktiviteter
- * Følelse av avstand eller fremmedgjøring fra andre
- * Forflatet følelsesliv

D. Tilstedeværelse av minst to av de følgende symptomer som ikke var tilstede før traumat:

- * Hypervåkenhet eller sterk startle reponse
- * Søvnforstyrrelser
- * Overlevelsesskyld eller skyldfølelser over handlinger en utførte for å overleve
- * Hukommelses- eller konsentrasjonsproblemer
- * Unngåelse av aktiviteter som vekker minner fra den traumatiske hendelsen
- * Intensivering av symptomer ved eksponering for hendelser som symboliserer eller ligner den traumatiske hendelsen

Figur 2

følelsene. Mange skremmes av dette, de etterlyser sine reaksjoner og tror det er noe fundamentalt galt ved dem når de ikke reagerer sterkere. Bedriftshelsetjenesten kan ved skikkelig informasjon om normale sjokkreaksjoner her bidra til å hindre permanente forstyrrelser av selvbildet.

Etter kritiske livshendelser vil mange mennesker veksle mellom perioder med sterke følelser av angst, depresjon, sinne og skyldfølelse, og perioder hvor følelser og tanker mer trenges i bakgrunnen. Dersom hendelsen er dramatisk, plutselig, uventet og gjennomgripende, vil den for en del medføre såkalte post-traumatiske stressforstyrrelser eller PTSD (Post Traumatic Stress Disorders). Disse forstyrrelsene har karakter av svært livaktige gjenopplevelser av det som skjedde, opplevelser som utløser angst og depresjon, og som ofte ledsages av store søvnproblemer. For å forsvare seg mot de sterke følelsene kan hendelsene skyves unna, samtidig som en på alle måter forsøker å unngå det som minner om hendelsen. Det er det samme reaksjonsmønster som i den vanlige krisereaksjonen, men intensitet og varighet av reaksjonen er mer omfattende og griper mer inn i dagliglivet. I figur 2 er kjennetegn for PTSD mer spesifisert.

Et forsvarlig oppfølgingstilbud for kriserammede nødvendiggjør en viss kunnskap om de post-traumatiske stressforstyrrelser. Det henvises til Horowitz (1976) og Schrignar (1984) for bedre teoretisk og terapeutisk forståelse av disse problemene.

En rekke faktorer er bestemmende for hvordan et menneske håndterer en krisesituasjon. Karakteristika ved situasjonen som grad av plutselighet, på-

kjenningens styrke og intensitet og de sanseintrykk en tar inn, er slike faktorer. Grad av livstrussel som oppleves, gjentakelsesfare, mulighet for kontroll over hendelsen, den atferd en utviser (passivitet versus aktivitet) og det ansvar (evt. moralske konflikt) en føler som følge av den atferd en utviser, er andre faktorer. I tillegg vil annet stress en opplever i livet på det aktuelle tidspunkt ha betydning, så vel som den støtte som er tilgjengelig fra familie, venner og andre. Også personlige faktorer som tidligere erfaring eller trening i å håndtere krisesituasjoner spiller inn (se Weisæth, 1984), så vel som mestringsstil, tankemessig fleksibilitet og tidligere psykiske problemer. Den individuelle reaksjon bestemmes således i et samspill mellom individuelle, sosiale og situasjonsbestemte faktorer.

4. Kriseintervensjon som arbeidsmetode

Kriseintervensjon er en arbeidsmetode som tar sikte på rask hjelp til mennesker og familier som opplever en krisesituasjon. Først og fremst kommer kriseintervensjon til anvendelse når «normale» mennesker opplever sterke eller ekstreme påkjenninger. Hjelpen har et begrenset tidsperspektiv, den sikter mot å hjelpe den enkelte, familien eller gruppen til å bearbeide de tanker og følelser krisen skaper, slik at en viss form for likevekt gjenoprettes. Det er viktig å understreke at mennesker sjelden eller aldri blir helt de samme etter slike påkjenninger, men at adekvat krisehjelp kan hindre livslange problemer, og fremme læring og modning.

I det følgende skal vi redegjøre for noen av de prinsipper som gjelder for kriseintervensjon som arbeidsmetode (mer utførlig beskrevet i Dyregrov & Ingebretsen, 1982). Først og fremst leg-

Kriseintervensjon

A. Nært opp til hendelsen

- * Vær forberedt selv
- * Etabler «rapport», tillit, og vis respekt
- * Skap en rolig og trygg situasjon
- * Reorienter til tid og sted
- * Beroligelse, støtte og oppmuntring på åstedet
- * Engasjer personen i samtale, gi tid til å lytte og gjennomgå det som har skjedd
- * Gjør hendelsen virkelig
- * Gi kortfattet og presis informasjon
- * Identifiser spesielle problemer
- * Gi hjelp til praktiske forhold
- * Mobiliser styrke og aktivitet
- * Normaliser reaksjonene
- * Forvent egne reaksjoner

B. Ukene etter hendelsen

- Tankemessig bearbeiding
 - * Gjennomgåelse av hendelsen i detalj
 - * Samtale om årsak og mening
 - * Samle informasjon, gi informasjon
- Følelsesmessig bearbeiding
 - * Følelsesmessig avreagering
 - * Sette ord på følelser
 - * Normalisering av reaksjoner
 - * Samtale om benekting, skyld, angst og sinne
- Rådgivning om problemer som ofte oppstår
 - * Økning i sårbarhet og engstelse
 - * Konsentrasjons- og hukommelsesvansker
 - * Påtrengende minner/gjenopplevelser
 - * Søvnvansker
 - * Arbeidsproblemer – selvtillit
 - * Samspillvansker i forhold til sosialt nettverk
 - * Langtidsvirkninger

Figur 3

ges det vekt på å nå tidlig frem med hjelpen. Krisehjelpen sikter mot å redusere risikoen for langsiktige problemer, eller om problemer oppstår, avhjelpe dem på et tidlig tidspunkt. Dette

innebærer at hjelpeinstansen aktivt strekker seg ut mot de som rammes av en krise, i stedet for å vente på at problemer eller symptomer skal oppstå. Nært opp til en krisesituasjon vil kriserammede ofte preges av mangel på initiativ og de vil sjelden selv søke hjelp. Det kreves derfor en aktiv holdning av helsepersonell for å gjøre avtaler om samtaler eller hjemmebesøk. Det kan være hensiktsmessig å presentere følgende rasjonale: «Vi vet at de fleste som opplever det du har gjennomlevd får en vanskelig tid med mange rare og sterke tanker og følelser. Vi har erfaring for at samtaler om det som har skjedd letter vanskene i tiden som kommer, og vi i vår bedrift har gjort det til regel at vi alltid avtaler å samtale med de berørte etter en slik hendelse». Dersom bedriftshelsetjenesten benytter psykologer eller psykiatere i dette arbeid, må det sterkt presiseres at dette er en hjelp til alle i bedriften som opplever en slik hendelse, og ikke noe som settes i gang fordi en antar at de har «psykiske problemer».

I krisesamtalene fokuseres det på selve hendelsen og det som ligger nært i tid. Det er de tanker, følelser og eventuelle problemer som opptrer her og nå som tas opp. Dette hindrer imidlertid ikke at forhold av betydning fra klientens historie bringes opp når det har relevans for å forstå den nåværende situasjon. Dette gjelder spesielt eventuelle tidligere kriser personen har stått overfor, og den måte de ble håndtert på.

I kriseintervensjon legges det også særlig vekt på å mobilisere mestring og ressurser. Dette til forskjell fra tradisjonell terapi hvor veien til forandring ofte går gjennom en bearbeiding av tidligere forsvarsverk og konflikter. Den styrke og de konstruktive forslag

som kommer fra personen selv blir de beste byggsteinene i krisebearbeidingen. I kriseintervensjon er det viktig å støtte opp om «klientens» egen styrke og handlingsevne. Likevel vil «terapeuten» arbeide mer aktivt, dirigerende og strukturere i samspillet med klienten enn i tradisjonell terapi. I krisesituasjonen nedsettes kapasiteten til å ta avgjørelser, til å skille det viktige fra det uviktige, og mange opplever tankemessig rigiditet og vansker med hukommelse og oppmerksomhet. Dette tilsier at den som gir hjelp må kunne bruke sin kunnskap på en aktiv rådgivende måte, for å hjelpe den kriserammede til å få full kontroll igjen. Det er viktig å gi støtten slik at ikke klienten føler seg enda mer ute av kontroll enn det som den uforutsette hendelsen i utgangspunktet førte til.

I krisearbeid er fleksibilitet en nødvendig egenskap hos hjelperen. Dette gjelder både omfang og intensitet på hjelpen, i den aktivitet som utvises, og ikke minst i forhold til hvilken type hjelp som skal gis. Det er viktig å kunne spille på de ressurser som finnes i nærmiljøet både hos profesjonelle og hos legfolk. Spesielt blir det viktig å hjelpe de kriserammede til å beholde kontakten med sitt sosiale nettverk, og gi råd om hvordan de kan håndtere de mange «rare» reaksjoner de der møter, ikke minst i form av en tendens til sosial isolasjon.

En vesentlig del av krisearbeidet består i det som kalles «antesiperende rådgivning», det vil si rådgivning om normale krisereaksjoner som kan forventes. Viktigheten av dette arbeid kan ikke overvurderes. Svært mange opplever sine «rare» tanker, og sine sterke og uventede følelser som tegn på at de holder på å bli «gal». Informasjon om de konsentrasjons- og hukommelses-

problemer som svært ofte følger krisehendelser, har spesiell relevans for arbeidslivet, i det de sterkt nedsetter arbeidskapasiteten og årvåkenheten. Det er meget sannsynlig at en del ulykker i og utenfor arbeidslivet har direkte sammenheng med konsentrasjons- og hukommelsesproblemer i tilknytning til kriser (for en analyse av ulykker i dette perspektiv se Malt, 1984).

I figur 3 er det gitt en summarisk oversikt over en del av de konkrete tiltak som bør inngå i kriseintervensjon til ulike tidspunkt.

De fleste som rammes av traumatiske kriser har et stort behov for å gjennomgå hendelsen i detalj, ikke bare en gang, men på nytt og på nytt. Dersom en slik «mal» følges vil de fleste få anledning til en tankemessig og følelsesmessig bearbeiding av det som har inntruffet. Likevel bør det understrekes at vi i for stor grad har undervurdert de langsiktige konsekvenser av de traumatiske kriser. Ofte gjenoppleves hendelsen ved årsdager og høytidsstunder, ledsaget av «nye» krisereaksjoner. Krisereaksjonene kan også opptre på nytt fordi noe direkte eller symbolsk minner om den opprinnelige hendelsen. Av denne grunn er det nyttig å holde kontakten utover de første månedene, og sette av tid til samtale etter at årsdagen for den traumatiske hendelse er passert.

5. Hvilke kriser kan bedriftshelsetjenesten bistå ved?

Bedriftshelsetjenesten bør etter vår mening bistå ved følgende kriser:

- a) Alvorlig sykdom hos arbeidstaker eller i familien.
- b) Brå dødsfall i familien, inkludert oppfølging av etterlatte dersom arbeidstaker dør.
- c) Arbeidsulykker – oppfølging av en-

kelpersoner og grupper innen bedriften.

Bedriftshelsetjenesten bør også kunne bistå familien ved tilretteleggelse for permisjon, fri og praktisk hjelp i forbindelse med fødsel, sykdom og død i familien. I kriseintervensjonsarbeid i familier som rammes av barns sykdom og død, har vi dessverre ofte opplevd at arbeidsgiver/bedrift har motarbeidet foreldres mulighet til å være mer til støtte for familien i slike krisesituasjoner. For mange betyr hospitalisering av nære familiemedlemmer, selv for tilstander som ikke er livstruende, en stor påkjenning (Baumer et al, 1981; Poole, 1980). En mer helhetlig forståelse av arbeidstakerens livssituasjon kunne i mange sammenhenger styrket den ansattes tilhørighet til, og innsats i bedriften heller enn svekke den.

Bedriften og bedriftshelsetjenesten bør også ha et ansvar overfor familiene til medarbeidere som blir alvorlig skadet eller omkommer i arbeidsulykker. Skikkelig oppfølging av familien vil forebygge helseproblemer, og både for den ansatte og andre familiemedlemmer vil det innebære trygghet å vite at familien får hjelp dersom en ulykke skulle skje. For å redusere effektivt de menneskelige lidelsene etter en ulykke er imidlertid systematisk planlegging og innøving av metoder og prosedyrer ved krisehjelp nødvendig. Tidlig kriseintervensjon overfor ansatte og familien vil også kunne medvirke til å bedre bedriftshelsetjenestens evne til å håndtere eventuelle større ulykker som måtte ramme bedriften.

6. Debriefing ved kritiske hendelser i bedriften

En viktig oppgave i forbindelse med krisehendelser (ulykker, katastrofer) innen bedriften vedrører dem som er

Debriefing etter kritiske hendelser

A. Pre-debriefing

- A) Etablert team
- B) Kontakt i organisasjon
- C) Informasjonsinnsamling
- D) Møt tidlig opp
- E) Unngå mediainteresse

B. Debriefing

1. Introduksjon

- A) Introduksjon leder
- B) Grunnregler
- C) Spørsmål
- D) Introduksjon deltagere

2. Fakta fase

- A) Hva hendte?
- B) Inntrykk – alle sanser
- C) Tidssekvens
- D) Gjenskape hendelsen

3. Opplevelsesfase

- A) Tanker
- B) Følelser da
- C) Følelser nå
- D) Hva er felles?

4. Didaktisk fase

- A) Gjennomgå vanlige akutte stressreaksjoner, langtidsreaksjoner
- B) identifiser «risikopersoner»

5. Avslutningsfase

- A) Spørsmål
- B) Eventuell handling

Figur 4

vitne til hendelsen, deltar i redningsarbeid, eller er kollega med hardt skadede eller omkomne. Dette er oftest upåaktede grupper innen helsetjenesten. Hjelpere (inkludert helsepersonell) og de som er vitne til ulykker vil ofte selv oppleve krisereaksjoner i sterkere eller mindre grad, og posttraumatiske stressreaksjoner er ikke uvanlig i kjølvannet av slike hendelser (Dyregrov 1983, 1984). Angst, sorg, følelse av overveldethet blandet med skam, skyldfølelse

og selvbebreidelser er noen av de følelser som ofte melder seg, gjerne en tid etter hendelsen. De som har en oppgave i situasjonen blir ofte forstyrret av den innvirkning akutt stress har på tankevirksomheten, mens de gjerne får utsett de emosjonelle reaksjonene til etter redningsoperasjonen. Dette tilsier at bedriftshelsetjenesten også følger opp tilstedeværende og hjelpere ved ulykkes- og katastrofesituasjoner.

I slike tilfelle er det praktisk å samle de tilstedeværende til en såkalt «debriefing». Debriefing sikter mot en ventilerende av følelser og tanker som hendelsen har utløst. Samtidig gis deltagerne informasjon om vanlige reaksjoner slik at deres reaksjoner normaliseres. I en del tilfelle skjer debriefing uformelt i samtale over en kopp kaffe, men ved spesielt tragiske eller dramatiske hendelser vil sammenkalling til formell debriefing være hensiktsmessig for å hindre langtidsproblemer. En slik debriefing kan skje i regi av bedriftshelsetjenesten. Ideelt sett bør den finne sted mellom 24 og 72 timer etter hendelsen. I figur 4 er det gitt en oversikt over gangen i en debriefingsprosess, etter modell av Mitchell (1983).

Ved starten av en slik sesjon bør det understrekes at det ikke kreves at alle sier noe, og at en kan være tilstede bare for å lytte. Det er også viktig at de tilstedeværende garanteres konfidensialitet. Deltagerne skal bare omtale sin egen opplevelse og ikke andres, og debriefingen er ikke et oppgjør hvor ansvar og skyld skal plasseres, eller en diskusjon av årsaker.

Under faktafasen går en inn på hva som hendte, og hvordan deltagerne ble involvert i hendelsen. Hva så, hørte, luktet eller kjente de? Meningen er å

gjenskape hendelsen. I opplevelsesfasen går en inn på deltagerens tankeprosesser og avgjørelser. Hva var deres første tanke? Hva tenkte de om det som skjedde? Her legges det vekt på å få frem hvorfor de handlet som de gjorde, fordi det ofte oppklarer eller gjør forståelig atferd som ellers leder til kritikk fra andre. Faktaspørsmål gir ofte følelsessvar, som så gir grunnlag for ventilerende av flere følelser (opplevelsesfasen). Videre utspørring gjelder: Hva var det verste ved det som skjedde for deg? Ikke bare tar en opp hvordan deltagerne følte, tenkte eller fysisk reagerte når det skjedde, men også hvordan det var de neste dagene, og hvordan de har det nå. Til slutt i opplevelsesfasen kommer en inn på hvordan dette har påvirket familien, det sosiale liv og arbeidet.

I den didaktiske fase gjennomgår lederen (helsepersonell) vanlige akutte og langsiktige stress og krisereaksjoner. Denne informasjonen knyttes til de reaksjoner som har kommet frem i de foregående faser. Hensikten er en videre normalisering av reaksjoner, samt å forberede deltagerne på hvilke reaksjoner de kan vente hos seg selv eller andre. Underveis i debriefingen bør lederne (det er alltid en fordel å være to) være oppmerksom på personer som synes å ha spesielle oppfølgingsbehov, slik at de kan gis tilbud om mer aktiv oppfølging.

Mot slutten av debriefingssesjonen gis deltagerne mulighet til å stille spørsmål og til å diskutere ting de vil gjøre (som f.eks. kontakte etterlatte). De gjøres også kjent med at bedriftshelse-tjenesten er tilgjengelig om reaksjoner skulle vedvare eller deltagerne har behov for videre samtale. I noen tilfelle ønsker gruppen å møtes på nytt.

7. Konklusjon

Vi har pekt på behovet for å utvide rammen for bedriftshelsetjenesten til å omfatte de krisehendelser som arbeidstakere og deres familier står overfor. Dette gjelder både de hendelser som direkte har sitt utspring i bedriften, og de hendelser som mer indirekte påvirker ansatte og ansattes familier. I dette ligger det et betydelig potensiale til å gi rask, adekvat hjelp, til å forebygge helseproblemer og andre skadevirkninger og til å bidra til å øke kvaliteten i arbeidslivet.

De kunnskaper og ferdigheter som kreves for å kunne gi effektiv kriseintervensjon, bygger på det helsepersonell allerede vet og gjør. For de fleste vil det likevel være behov for mer spesialisert opplæring og trening, (tilpassede kurs- og undervisningsopplegg kan utvikles/tilbys) og kanskje også organisert samarbeid med mer kvalifiserte hjelpere om behovet skulle overstige egne ressurser.

Først må imidlertid bedriftshelsetjenesten treffe en forpliktende beslutning om å se kriseintervensjon som del av sitt ansvar og arbeidsfelt, og tilrettelegge betingelsene for å utvikle kompetanse og kapasitet til å yte faglig forsvarlig assistanse.

Litteratur

Baumer JH, David TJ, Valentine SJ, Roberts JE, Hughes BR: Many parents think their child is dying when having a first febrile convulsion. *Develop Med Child Neurol* 1981; 23:462-464

Borg, A: Trygghet og Livskvalitet. Norsk bedr.h.tj. 1985; 6, 245-264

Conte HR, Karasu TB: Psychotherapy for medically ill patients: Review and critique of controlled studies. *Psychosomatics* 1981; 22:285-315

Dyregrov A: Stress-reaksjoner hos hjelpere. *Tidsskr Norsk Psykologforening* 1983; 20:674-679

Dyregrov A: Redningspersonell reaksjoner etter katastrofer. *Impuls* 1984;38:6-15

Dyregrov A, Ingebretsen R: Kriseintervensjon - teoretisk fundament og praktisk virkelighet. *Tidsskr Norsk Psykologforening* 1982;12:583-594.

Dohrenwend BS, Dohrenwend BP: Some issues in research on stressful life events. *J Nerv Ment Dis* 1978;166:7-15

Gortmaker SL, Eckenrode J, Gore S: Stress and the utilization of health services: A time series and cross-sectional analysis. *J Health Soc Behav* 1982;23:25-38

Hellesøy OH, (red.) *Arbeidsplass Staffjord*. Universitetsforlaget, Bergen - Oslo - Stavanger - Tromsø, 1984

Holen A: *Occupational dysfunction and post-traumatic stress*. Foredrag ved kurset «Forskningsmetoder ved stress og krisereaksjoner» 19.-20. september 1984, Gaustad sykehus, Oslo

Horowitz MJ: *Stress response syndromes*. New York, Jason Aronsen Inc., 1976

Jenkins CD: *New horizons for psychosomatic medicine*. *Psychosom Med* 1985;47:3-25

Lipowski ZJ: Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *Am J Psychiatry* 1977;134:233-244

Malt U: *Ulykker og personskader*. Foredrag ved konferansen «Personikkerhet - Ansvar og mål i det moderne samfunn» 11.-14. desember 1984, Soria Moria, Oslo

Mitchell J: When disaster strikes . . . The critical Incident Stress debriefing process. *J Emergency Med Serv* 1983;8:36-39

Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV, Pat-

rick C, Cuerdon T: A new look at Evidence about reduced cost of medical treatment utilization following mental health treatment. *Am J Psychiatry* 1984;141:1145-1158

Poole SR: The «over anxious» parent. *Clin Ped*, 1981;19,557-562

Rahe RH, Arthur RJ: Life change and illness studies: Past history and future directions. *J Hum Stress* 1978;4:3-15

Schrignar CB. *Post-traumatic stress disorder*, New York, Praeger, 1984

Thompson TL, Stoudemire A, Mitchell WD & Grant RL: Underrecognition of patients' psychosocial distress in a university hospital medical clinic. *Am J Psychiatry*;140:158-161

Weisæth L: *Stress reactions to an industrial disaster*. Oslo; Division of Disaster Psychiatry, Institute for Psychiatry, Gaustad & The Psychiatric Institute, Vindern, University of Oslo & The Joint Norwegian Armed Forces Medical Services: 1984

White SL: The impact of mental health services on medical care utilization: Economic and organizational implications. *Hosp Community Psychiatry* 1981;32:311-319

Williamson P, Beitman BD, Katon W: Beliefs that foster physician avoidance of psychosocial aspects of health care. *J Fam Pract* 1981;13:999-1003