

Enskilt tjänstgörande 1990-2015:

Hur mår de idag och vilken långsiktig effekt har vardagsstress?



Försvvarshögskolan

LEDARSKAPSCENTRUM

Enskilt tjänstgörande 1990-2015:

Hur mår de idag och vilken långsiktig effekt har vardagsstress?

Gerry Larsson
Emil Lundell
Sofia Svensén
Anna Karin Berglund
Sofia Nilsson



Försvvarshögskolan

LEDARSKAPSCENTRUM

Rapporten har tagits fram på uppdrag av Försvarmakten.

Försvarshögskolan, Institutionen för säkerhet, strategi och ledarskap
Ledarskapscentrum Serie I:111, 2018
Serie I: Informations- och utbildningsmaterial, ISBN 978-91-86137-76-2
Tryckt av Arkitektkopia

© Författarna och Försvarshögskolans Institution för säkerhet, strategi och ledarskap

Innehåll

Sammanfattning	7
Abstract	9
Inledning.....	11
Teoretisk modell	12
Syfte.....	13
Målgrupp och läsanvisning.....	14
Metod	15
Undersökningsdeltagare	15
Datainsamling	18
Mätinstrument.....	18
Statistiska bearbetningar.....	20
Etik.....	21
Resultat.....	22
Deltagarnas hälsa	22
Vårdkvalitet	26
Prövning av den teoretiska modellen	26
Diskussion	31
Frågeställning 1	31
Frågeställning 2	32
Frågeställning 3	33
Frågeställning 4	33
Metodaspekter och praktiska förslag.....	34
Referenser.....	36
Bilaga 1. Faktorer inom områdena glädjeämnen, oros- och irritationsmoment och stresshantering.....	38

Sammanfattning

Forskning om militära veteraner har oftast inriktats mot personal som ingår i större insatser. Situationen för officerare som varit enskilt tjänstgörande har inte belysts lika väl. Att genomföra insatser som enskilt tjänstgörande, exempelvis som observatör, utmärks bland annat av att man vanligtvis är ensam svensk, att man tjänstgör under lång tid (ofta tolv månader) och att man är obehärdad i en riskfylld miljö. Tidigare veteranforskning har också främst fokuserat på allvarliga reaktioner som Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), vilka drabbar ett fåtal. Studier av långtidseffekter av mildare stressreaktioner som kan påverka många är begränsade. Syftet med undersökningen var att kartlägga hur svenska officerare som gjort insatser som enskilt tjänstgörande upplever sig må idag och särskilt beakta vardagsstressens betydelse.

En enkät skickades hem till samtliga nu levande svenskar som varit enskilt tjänstgörande officerare under perioden 1990-2015 ($N = 1198$). Svar erhöles från 653 personer (54,5% svarsfrekvens). Det dominerande svarsmönstret är att undersökningsdeltagarna upplever att de mår bra idag. Endast en mindre grupp rapporterar att de besväras av fysiska, emotionella eller kognitiva stressreaktioner (symptom). Värdena på dessa symptomskalor är jämförbara med, eller något fördelaktigare än, värden erhållna på dessa skalor i normgruppen, vilken främst utgörs av svenska manliga chefer i det privata näringslivet. Endast en procent redovisar en tydlig indikation på PTSD och fyra procent uppvisar en måttlig indikation. Dessa värden är jämförbara med, eller något gynnsammare än amerikansk militär personal som inte har PTSD.

Vardagsstressens betydelse för stressreaktioner och PTSD indikation bekräftades. Resultatet visar att ju starkare kombinationen av vardagliga glädjeämnen och funktionell stresshantering är i förhållande till kombinationen av vardagliga oros- och irritationsmoment och dysfunktionell stresshantering, desto lägre är förekomsten av fysiska, emotionella och kognitiva stressreaktioner (symptom) och vice versa. Lika tydligt blev resultatet när vardagsstress och stressreaktioner relaterades till värden på PTSD indikatorskalan.

Undersökningens främsta praktiska slutsats är att undersökningsdeltagarna i huvudsak mår bra idag. Studiens viktigast teoretiska slutsats är att den prövade

modellen ger ett betydelsefullt kunskapstillskott för förståelse av hur vardags-
händelser och hanteringsstrategier samspelar med stressreaktioner och indikationer på
PTSD.

Sökord: Veteraner, enskilt tjänstgörande, vardagsstress, glädjeämnen, stresshantering,
symptom, PTSD.

Abstract

Extant research on military veterans has: (a) generally explored larger units such as companies and battalions and (b) mostly been focused on severe reactions such as Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Research on officers serving alone, such as observers, and studies focusing on long-term effects of everyday stress are lacking. The aim was to explore how Swedish officers who have conducted international missions as individual participant experience their health today and pay particular attention to the role of everyday stress.

A questionnaire was mailed to all now living Swedes who had served as military individual participant during 1990-2015 ($N = 1198$). Responses were obtained from 653 individuals (54,5% response rate). The dominating result was that the vast majority report a favorable health condition today. Only a smaller group indicated that they were troubled by physical, emotional or cognitive stress reactions (symptoms). Only one per cent show a clear indication of PTSD while another four per cent show moderate indications. The scores are comparable to, or slightly more favorable than, the value of existing norm groups.

The importance of everyday stress-to-stress reactions and PTSD indication was confirmed. The results show that the stronger the combination of daily uplifts and functional coping strategies is, compared to the combination of daily hassles and dysfunctional coping strategies, the lower is the prevalence of physical, emotional and cognitive stress reactions (symptoms) and vice versa. Significant associations were also obtained when daily uplifts, hassles, coping and symptoms were related to the scores on the PTSD indicator scale. The main practical conclusion is that the study participants mostly report a favorable health condition today. The main theoretical conclusion is that the tested model provides an important knowledge contribution to the understanding of how daily uplifts, daily hassles and coping strategies covary with stress reactions and indicators of PTSD.

Key words: Veterans, individual participant, daily uplifts, daily hassles, coping, symptoms, PTSD

Inledning

Det finns omfattande forskning om soldaters och officerares reaktioner under och efter militära insatser (Michel, 2014). Denna forskning har oftast varit fokuserad på personal som återfinns inom ramen för större insatser. Svenska exempel utgörs av undersökningar av Bosnienbataljonerna och Afghanistaninsatsen. En aspekt som dock inte belysts lika frekvent är situationen för officerare som varit ”enskilt tjänstgörande”, exempelvis som observatörer eller monitorer. Utmärkande för insatser som enskilt tjänstgörande är bland annat att man vanligtvis är ensam svensk, att man tjänstgör under lång tid (ofta tolv månader) och att man är obeväpnad i en riskfylld miljö.

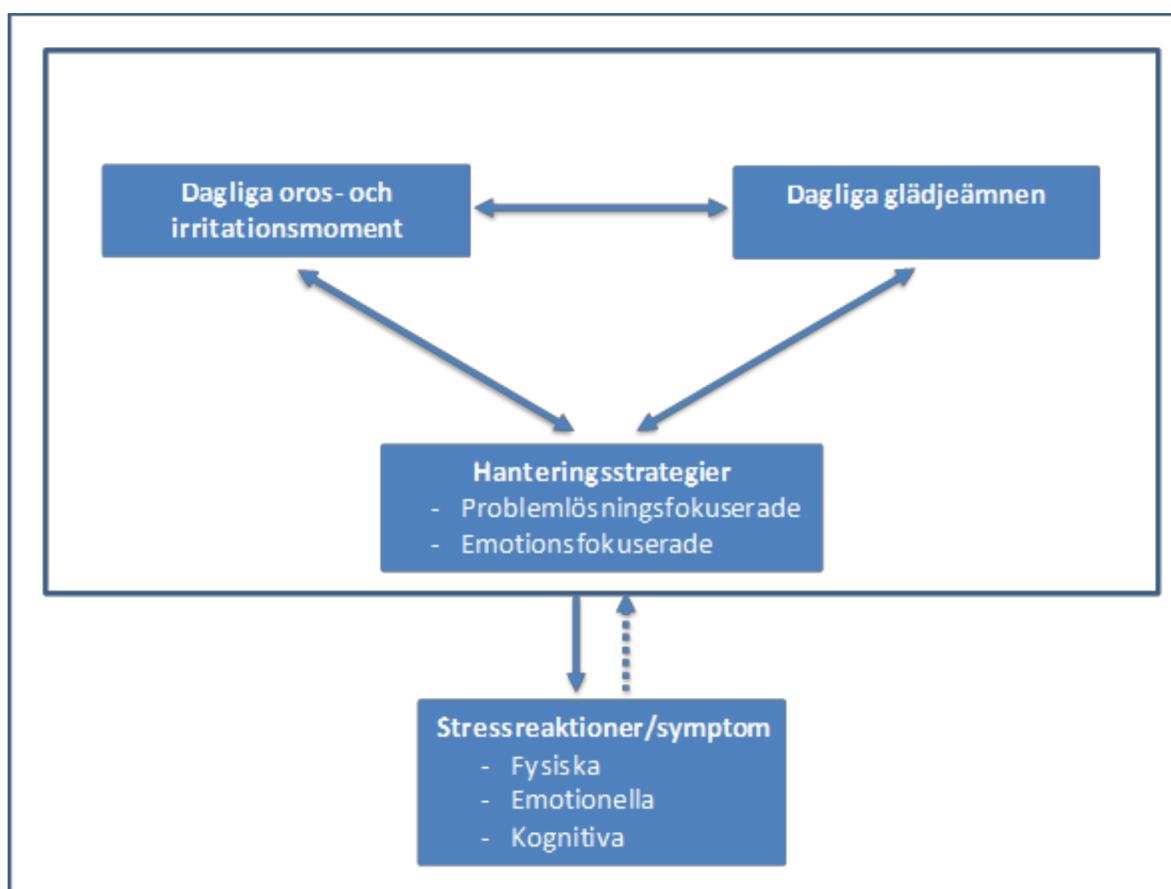
Forskningen om veteraner har vidare hittills fokuserat mer på allvarliga reaktioner som *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), vilka drabbar ett fåtal. Många soldater och officerare återvänder emellertid tillbaka till hemlandet med mildare symptom och stress som inte uppfyller alla kriterier för en psykiatrisk diagnos. Kunskapen om kort- och långtidseffekter av dessa mildare stressreaktioner är begränsad. Ett exempel på detta är att ”slitage” orsakat av kumulativa begränsade stressreaktioner inte omfattas i nuvarande definition av PTSD.

Forskning om stress och hälsa tog en ny inriktning under 1980-talet baserad på idén om ackumulerade effekter av vardaglig stress (*daily hassles*; se DeLongis et al., 1982; Lazarus, 1984). Stefanek et al. (2012) definierade *daily hassles* som ”*minor negative experiences which occur quite frequently on a regular basis*” (s. 202). Denna forskningsinriktning har vuxit påtagligt under senare år. Ett huvudresultat i olika studerade grupper är att ackumulerad vardagsstress uppvisar starkare samband med fysiska och psykiska symptom än traumatisk stress eller kroniska stressorer (Heron et al., 2013; Larsson, Berglund, & Ohlsson, 2016).

Beträffande hälsoutfall har flertalet av dessa studier fokuserat på just fysiska och psykiska symptom snarare än på sjukdomar (Gruen, Folkman, & Lazarus, 1988; Pinquart, 2009; Stefanek et al., 2012). Detta är i linje med Folkmans (1985) idé att om man vill se samband mellan stress och hälsa så är det bättre att studera övergående symptom snarare än sjukdomar (*end state*) eftersom de sistnämnda påverkas, utöver stress, av genetik, naturligt åldrande, omgivningsförhållanden med mera som inte är relaterat till stress.

En studie av svenska militära veteraner visade att om kombinationen av hög frekvens av vardagliga glädjeämnen (*daily uplifts*) och funktionell stresshantering (*coping*) dominerade över kombinationen av vardaglig stress (*daily hassles*) och dysfunktionell stresshantering (*coping*), så blev symptomförekomsten begränsad och ingen utvecklade PTSD (Larsson et al., 2017). Avsikten är nu att pröva detta angreppssätt relaterat till situationen för enskilt tjänstgörande. Eftersom denna undersökning av enskilt tjänstgörande teoretiskt grundar sig på Larssons et al. (2017) kvalitativa intervjustudie av svenska veteraner, presenterar vi inledningsvis den teoretiska modell som utvecklades i intervjustudien.

Teoretisk modell



Figur 1. Modell som beskriver centrala begrepp och deras samspel för förståelse av vardagsstressens betydelse, (modifierad från Larsson et al., 2017).

Modellen i figur 1 innehåller följande fyra centrala begrepp: (1) Dagliga oros- och irritationsmoment, (2) Dagliga glädjeämnen, (3) Hanteringsstrategier och (4) Stressreaktioner/symptom.

Enligt modellen föreligger det två ”samspelsarenor”. I den ena samspelar de centrala begreppen Dagliga oros- och irritationsmoment, Dagliga glädjeämnen och Hanteringsstrategier med varandra. Ett exempel: ett irritationsmoment uppstår, det hanteras mindre väl rent praktiskt med en problemlösningsfokuserad strategi och en kollega skämtar självkritiskt om det hela så att hela gruppen börjar skratta. Idén med samspelet inom denna box är att om vardagliga glädjeämnen kombinerade med funktionella hanteringsstrategier är starkare än kombinationen av vardagliga oros- och irritationsmoment och dysfunktionella hanteringsstrategier, så begränsas utvecklingen av stressrelaterade symptom. Det omvända gäller också. Det vill säga om vardagliga oros- och irritationsmoment kombinerade med dysfunktionella hanteringsstrategier dominerar över kombinationen av vardagliga glädjeämnen och funktionella hanteringsstrategier, så ökar sannolikheten för utveckling av stressrelaterade symptom. Det handlar således om en balansakt och dessa processer benämns Stress/Glädje/Hanteringsboxen.

”Produkten” av samspelet utgör sedan grund för den andra samspelsarenan, där denna produkt samspelar med huvudkategorin Stressreaktioner/symptom. Den dominerande samspelsformen här är att stressreaktioner/symptom uppstår som en konsekvens. Den streckade pilen uppåt i figuren visar dock att det även kan förekomma ett samspel där Stressreaktioner/symptom utgör orsak. Som exempel kan nämnas att upprepade nätter med sömnproblem och dagar med koncentrationssvårigheter kan komma att utgöra en källa till daglig oro och irritation.

Idén med samspelet mellan Stress/Glädje/Hanteringsboxen och stressreaktion/symptom är att om utfallet av Stress/Glädje/Hanteringsboxens processer är gynnsamt, så uppstår inga eller få stressreaktioner/symptom och därmed ingen eller begränsad stressrelaterad effekt på mer varaktig ohälsa. Även här gäller det omvända. Det vill säga om utfallet av Stress/Glädje/Hanteringsboxens processer är ogynnsamt, så uppstår fler stressreaktioner/symptom och därmed även en förhöjd sannolikhet för mer varaktigt stressrelaterad ohälsa (till exempel PTSD). Det handlar således även nu om en balansakt som benämns Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxen. Operationellt innebär denna balans att fysiska, emotionella och kognitiva stressreaktioner/symptom adderas till Stress/Glädje/Hanteringsboxens ogynnsamma del (kombinationen av dagliga oros- och irritationsmoment och dysfunktionella hanteringsstrategier).

Syfte

Den övergripande frågeställningen är hur personer som genomfört en eller flera insatser som enskilt tjänstgörande upplever sig må idag och hur de ser tillbaka på sin insats. Fyra mer preciserade frågeställningar avses besvaras:

- Hur mår undersökningdeltagarna idag avseende fysiska, emotionella och kognitiva stressreaktioner (symptom) liksom vad gäller indikationer på PTSD?

- Hur har de undersökningsdeltagare som på grund av insatsen sökt hjälp för psykiska besvär inom någon form av sjukvård upplevt vårdens kvalitet?
- Hur ser balansen i vardagen ut vad gäller oros- och irritationsmoment (*hassles*) glädjeämnen (*uplifts*) och hanteringsstrategier (*coping*), det vill säga det som här benämns Stress/Glädje/Hanteringsboxen och hur samvarierar dessa processer med fysiska, emotionella och kognitiva stressreaktioner (symptom)?
- Vilka samband föreligger mellan dessa vardagsprocesser, deras hantering, och stressreaktioner (symptom), det vill säga det som här benämns Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxen, å ena sidan och mer varaktiga indikatorer på PTSD å den andra?

Hypoteser

Hypotes 1 formulerades i förhållande till frågeställning 3: Ju starkare kombinationen av vardagliga glädjeämnen och funktionella hanteringsstrategier är i förhållande till kombinationen av vardagliga oros- och irritationsmoment och dysfunktionella hanteringsstrategier, desto lägre blir förekomsten av fysiska, emotionella och kognitiva stressreaktioner (symptom) och vice versa.

Hypotes 2 formulerades i förhållande till frågeställning 4: Ju starkare kombinationen av vardagliga glädjeämnen och funktionella hanteringsstrategier är i förhållande till kombinationen av vardagliga oros- och irritationsmoment, dysfunktionella hanteringsstrategier och förekomst av fysiska, emotionella och kognitiva stressreaktioner (symptom), desto lägre blir förekomsten av indikatorer på en varaktig sjukdom som PTSD och vice versa.

Målgrupp och läsanvisning

Rapporten riktar sig främst till personal med ansvar för veteranfrågor inom Försvarsmakten, studerande vid Försvarshögskolans militära programutbildningar och personer som är intresserade av utlandstjänstgöring. Ambitionen har varit att begränsa text om vetenskapliga metodteknikaliteter. Detta låter sig dock inte göras fullt ut – vi vill redovisa hur undersökningen gick till, inte bara dess resultat. Läsare som är inte intresserade av dessa detaljer rekommenderar vi att hoppa över följande avsnitt:

- Mätinstrument
- Statistiska bearbetningar
- Prövning av den teoretiska modellen.

En separat dokumentation riktad till en internationell vetenskaplig publik håller på att färdigställas och kan senare erhållas av författarna.

Metod

Undersökningsdeltagare

Undersökningsgruppen utgjordes av alla personer som för Försvarens räkning genomfört en eller flera internationella militära uppdrag som enskilt tjänstgörande under perioden 1990-2015. När avlidna individer och de som inte återfanns på den adress som Skatteverket uppgett räknats bort, bestod gruppen av 1215 personer. I ytterligare 17 fall erhöles information från närstående att personen ifråga inte kunde medverka på grund av sjukdom eller långvarig utlandsvistelse. Därmed kvarstod 1198 personer och inom denna grupp erhöles svar från 653, vilket ger en svarsfrekvens på 54,5%. I tabell 1 redovisas allmänna bakgrundsdata för undersökningsdeltagarna.

Tabell 1. Beskrivning av undersökningsgruppen

Kön

Kvinnor	19
Män	622

Ålder

< 31	21	
31-40	47	
41-50	116	Medelålder: 56,3 år
51-60	221	
61-70	161	
> 70	83	

Civil utbildning

Grundskola	10
Gymnasieutbildning	185
Universitets- eller högskolestudie – ej examen	159
Universitets- eller högskolestudier – tagit examen	297

Civilstånd

Gift/sambo	530
Ensamstående	120

Är du anställd inom FM idag?

Ja, kontinuerligt tjänstgörande	259
Ja, tidvis tjänstgörande	102
Ja, är civilt anställd	19
Nej, men har en annan anställning	82
Nej, är arbetssökande	4
Nej, är studerande	1
Nej, är pensionär	183

Hur länge har du sammanlagt varit anställd i FM?

Mindre än 1 år	6
1-3 år	33
4-10 år	71
Mer än 10 år	535

Militär bakgrund

Armén	474
Marinen	80
Flygvapnet	76

Tabell 1 visar att undersökningsgruppen är starkt mansdominerad, många är äldre och pensionerade, flertalet har arbetet mer än tio år i Försvarsmakten (FM) och har armébakgrund. I tabell 2 presenteras insatsrelaterade bakgrundsdata avseende det senaste militära uppdraget som enskilt tjänstgörande.

Tabell 2. Insatsrelaterade bakgrundsfrågor (senaste militära uppdraget som enskilt tjänstgörande)

Grad under tjänstgöringen

Fänrik	3		
Löjtnant	24	Korpral	5
Kapten	152	Sergeant	5
Major/örlogskapten	277	Första sergeant	12
Överstelöjtnant/kommendörkapten	100	Fanjunkare	8
Överste/kommendör	16	Förvaltare	1
Brigadgeneral/flottiljamiral	4		
Generalmajor/konteramiral	6		

Tjänstgjorde som

Observatör	316
Instruktör/Utbildare	50
Rådgivare	39
Stabsofficer/stabsmedlem	150

Hur ser du på tjänstgöringsperioden som helhet?

Jag är nöjd	559
Jag är varken nöjd eller missnöjd	70
Jag är missnöjd	10

Har någon påpekat att du har förändrats sedan den senaste tjänstgöringen?

Ja	90
Nej	544

Har du på grund av insatsen sökt hjälp för psykiska besvär inom någon form av sjukvård?

Ja	32
Nej	597

Hur många internationella tjänstgöringar har du varit på totalt?

1	77
2-3	253
4-5	193
6-10	98
Mer än 10	8

Tabell 2 visar att de flesta hade majors/örlogskaptens eller kaptens grad under sin senaste tjänstgöring. Observatör var den mest frekventa tjänstgöringstypen. Flertalet är nöjda med tjänstgöringsperioden som helhet och många har genomfört flera internationella tjänstgöringar. Det framkommer också att 90 personer angav att någon hade påpekat att de förändrats sedan den senaste tjänstgöringen och att 32 personer på grund av insatsen sökt hjälp för psykiska besvär inom någon form av sjukvård.

Datainsamling

En postenkät skickades ut till undersökningsdeltagarna tillsammans med informationsbrev från chefen för FM Veterancentrum respektive från forskargruppen och ett frankerat svarskuvert. Brevet från forskargruppen innehöll även en länk som möjliggjorde att man kunde besvara frågeformuläret digitalt. Efter tre veckor skickades en påminnelse ut till alla (eftersom enkäten besvarades anonymt visste vi inte vilka som svarat). Som framgick ovan erhöles 653 besvarade formulär (571 som postenkät och 82 digitalt besvarade).

Mätinstrument

Utöver ovan redovisade bakgrundsfrågor innehåller frågeformuläret ett antal frågor relaterade till den senaste insatsen som enskilt tjänstgörande och till personernas situation den senaste månaden. Frågorna utgjordes av en kombination av beprövade instrument och frågor som nykonstruerats utifrån den ovan nämnda kvalitativa intervjustudien av militära veteraner (Larsson et al., 2017).

Personlighet

Deltagarna besvarade formuläret Single Item Measure of Personality (SIMP; Woods & Hampson, 2005). Formuläret mäter Big Five modellens fem personlighetsdimensioner i 9-gradiga skolor. Dimensionerna är: Emotionell stabilitet, Utåtriktning, Öppenhet, Vänlighet och Målmedvetenhet (se till exempel Costa & McCrae, 1992).

Insatsrelaterade frågor

Ledarskap. Upplevelsen av närmsta chefs ledarskap kartlades med 16 frågor hämtade ur The Developmental Leadership Questionnaire (DLQ; Larsson, 2006). Frågorna mäter följande fyra ledarskapsdimensioner (9-gradiga svarsskalor): Utvecklande ledarskap, konventionellt positivt ledarskap, konventionellt negativt ledarskap och

Destruktivt ledarskap (se Larsson, Lundin, & Zander, 2017, för en fylligare beskrivning).

Frågor relaterade till senaste månaden

Vardagliga glädjemen (10 frågor) och vardagliga *oros- eller irritationsmoment* (11 frågor) hämtades från The Stress Profile (Setterlind & Larsson, 1995) kompletterade med nykonstruerade frågor (5-gradiga svarsskalor). Exempel: ”Glädje över att vara tillsammans med mina närmaste”; ”Bekymmer över framtida hälsa”; ”Irritation över chef/chefer nuvarande arbete”.

Hanteringsstrategier. Rapportering av vilka stresshanteringsstrategier man använt sig av den senaste månaden gjordes med hjälp av frågor hämtade ur The Ways of Coping Checklist (WCC; Lazarus & Folkman, 1984) kompletterade med nykonstruerade frågor (35 frågor totalt, 5-gradiga svarsskalor). Exempel: ”Jag försöker analysera problem för att förstå dem bättre”; ”Jag skapar tid för återhämtning”.

Stressreaktioner (symptom). Ur formuläret The Stress Profile (Setterlind & Larsson, 1995) hämtades checklistor som täcker av fysiska symptom (10 frågor), emotionella symptom (8 frågor) och kognitiva symptom (4 frågor). Man anger hur ofta man besvärats av varje symptom den senaste månaden (5-gradiga svarsskalor). Exempel: ”Huvudvärk”, ”Nedstämdhet” och ”Lätt för att glömma”. Undersökningsgruppens medelvärden kommer att jämföras med frågeformulärets normgrupp, som främst består av chefer inom svenskt privat näringsliv (ackumulerad datafil från 130 arbetsmiljöstudier, separata värden för kvinnor och män).

PTSD-indikator. Frågeformuläret The PTSD Checklist (PCL-4, military version; Weathers et al., 1993; Weathers et al., 2013) användes som indikator på förekomst av PTSD (Post Traumatic stress Disorder). Formuläret består av 17 frågor som har 5-gradiga svarsskalor. Undersökningsgruppens medelvärden kommer att jämföras med frågeformulärets normgrupp (amerikanska veteraner från Irak och Vietnam med och utan diagnostiserad PTSD).

Vårdkvalitet. Ur frågeformuläret Quality from the Patient's Perspective (QPP; Wilde Larsson & Larsson, 2002) hämtades tolv frågor avsedda att mäta deltagares upplevelse av vårdens kvalitet (4-gradiga svarsskalor); Frågorna mätte QPP instrumentets faktorer Information, Läkarnas engagemang och Delaktighet. Endast de deltagare som uppgav att de sökt någon form av sjukvård för psykiska besvär de relaterade till insatsen besvarade dessa frågor. Undersökningsgruppens medelvärden kommer att jämföras med frågeformulärets normgrupp, i detta fallet över 100 000 svenska patienter från såväl vårdavdelningar som mottagningar.

Statistiska bearbetningar

Summativa index beräknades på vart och ett av de ovan redovisade frågeområdena under ”Insatsrelaterade frågor” och ”Frågor relaterade till den senaste månaden”. För att underlätta tolkningen dividerades erhållna summascorer i flertalet fall med antalet frågor i skalan. Beträffande frågorna om vardagliga glädjeämnen, vardagliga oros- och irritationsmoment och hanteringsstrategier genomfördes inledningsvis faktoranalys (principal axis factoring med oblik rotering). Faktoranalysen relaterad till frågor om vardagliga glädjeämnen resulterade i att två faktorer erhöles: 1) ”Glädjeämnen – Icke arbetsrelaterade” och (2) Glädjeämnen – Arbetsrelaterade”. Analysen av frågor om vardagliga oros- och irritationsmoment föll ut med följande två faktorer: 1) ”Självrelaterad oro” och 2) ”Arbetsrelaterad irritation”. Faktoranalysen av frågorna om stresshantering resulterade i följande fyra faktorer: 1) ”Rationell probleminriktad hantering”, 2) ”Önsketänkande”, 3) ”Självbehärskning och gilla läget” och 4 ”Emotionell återhämtning”. I bilaga 1 redovisas dessa faktorer i detalj.

Stress/Glädje/Hanteringsboxen

Den teoretiska modellen (se figur 1) operationaliserades på följande sätt (endast svar relaterade till senaste månaden): (1) En bedömning av om en hanteringsstrategi är funktionell eller dysfunktionell gjordes på basis av strategins parvisa samband med varje enskild summativa symptomskala (fysiska, emotionella respektive kognitiva) liksom med PTSD indikatorskalan. Statistiskt signifikanta negativa samband sågs som funktionella och signifikanta positiva samband som dysfunktionella. I denna studie visade det sig att strategin Emotionell återhämtning blev funktionell, strategierna Önsketänkande och Självbehärskning och gilla läget blev dysfunktionella och strategin Rationell probleminriktad hantering slutligen uppvisade inga signifikanta samband och utgick ur analyserna utifrån de två boxarna. (2) En första summascor beräknades genom att addera skalorna Glädjeämnen – Icke arbetsrelaterade, Glädjeämnen - Arbetsrelaterade och stresshanteringsskalan Emotionell återhämtning och (3) en andra summascor beräknades genom att addera skalorna Självrelaterad oro, Arbetsrelaterade irritationsmoment och stresshanteringsskalorna Önsketänkande och Självbehärskning och gilla läget. Det fjärde och avslutande momentet bestod av att subtrahera den andra summascoren från den första. Det erhållna måttet Stress/Glädje/Hanteringsbox kan teoretiskt variera från – 23 (minst gynnsamt) till 19 (mest gynnsamt).

Stress/Glädje/Hantering/Symptombboxen

En kombination av ovan nämnda Stress/Glädje/Hanteringsbox och stressreaktioner (symptom, se figur 1) genomfördes för att få ett mått på den teoretiska modellen i sin helhet. Beräkningsmässigt gjordes detta genom att addera symptomscorerna fysiska,

emotionella och kognitiva symptom till ovan redovisade summa av Självrelaterad oro, Arbetsrelaterad irritation, Önsketänkande och Självbehärskning och gilla läget. Denna utökade summascore subtraherades därefter från ovan nämnda summascore av Glädjeämnen – Icke arbetsrelaterade, Glädjeämnen – Arbetsrelaterade Emotionell återhämtning. Det erhållna måttet Stress/Glädje/Hantering/Symptombox kan teoretiskt variera från – 38 (minst gynnsamt) till 22 (mest gynnsamt).

Scoren Stress/Glädje/Hanteringsbox användes i enlighet med den teoretiska modellen för att se samband med de tre typerna av symptom. Scoren Stress/Glädje/Hantering/Symptombox användes enligt samma logik för att se samband med PTSD indikatorn. Vid dessa multipla regressionsanalyser betraktades personlighet och ledarskap som bakomliggande förhållanden och stoppades in i analysens första steg.

Utöver ovan nämnda analyser gjordes reliabilitetsberäkningar på varje skala (Cronbach alpha) liksom ett antal deskriptiva statistiska beräkningar och undergruppsjämförelser.

Etik

Projektet är etiskt prövat och godkänt av Regional Etikprövningsnämnden i Stockholm (Protokoll EPN 2016/5:3).

Resultat

Deltagarnas hälsa

Bortfallsanalys

Jämförelser gjordes mellan den grupp som besvarade enkäten och den grupp som inte gjorde det vad gäller kön och ålder. Som framgår av tabell 1 består gruppen som svarat till 97% av män och 3% av kvinnor. Motsvarande siffror i gruppen som ej svarat är 96% män och 4% kvinnor. Denna skillnad är inte statistiskt signifikant ($\chi^2(1) = 1.30, p = .254$). Medelåldern bland de svarande är 56.3 år ($SD = 12.0$) medan den är 52.6 år ($SD = 13.5$) bland de icke svarande. Denna skillnad är statistiskt signifikant ($t(1199) = 5.07, p < .001$).

Stressreaktioner/symptom

Enkäten innehöll en checklista på tio fysiska, åtta emotionella och fyra kognitiva stressreaktioner hämtades ur The Stress Profile (Setterlind & Larsson, 1995). Svaren avser hur ofta man upplevde dessa under den senaste månaden. Utfallet presenteras i tabellerna 3 – 5.

Tabell 3. Fysiska stressreaktioner/lindriga symptom den senaste månaden (%)

Symptom	Aldrig/sällan	Ibland	Ofta/mycket ofta
Ryggont eller ryggbesvär	64	21	15
Värk i nacke eller axlar	69	17	14
Huvudvärk eller migrän	86	10	4
Magont eller magbesvär	84	12	4
Spänningar i olika muskler	77	17	6
Svettningar	88	9	3
Tryck över bröstet eller bröstsmärtor	92	6	2
Hjärtklappning	92	6	2
Andfåddhet	89	8	3
Yrsel	91	7	2
Medelvärden (skala 1-5)			
Svenska undersökningsgruppen	1.63		
Normgrupp – manliga svenska chefer	1.69		
Normgrupp – kvinnliga svenska chefer	1.98		

Tabell 3 visar att det är två fysiska symptom som dominerar, ryggont eller ryggbesvär och värk i nacke eller axlar. Cirka en tredjedel av deltagarna upplever dessa besvär ”ibland”, ”ofta” eller ”mycket ofta”. Endast ett mindre antal personer rapporterar att de besväras av övriga fysiska symptom. Jämfört med normgruppen svenska manliga chefer, främst från det privata näringslivet, har gruppen enskilt tjänstgörande i stort sett jämförbara eller något mer gynnsamma värden.

Tabell 4. Psykiska stressreaktioner/symptom den senaste månaden (%)

Symptom	Aldrig/sällan	Ibland	Ofta/mycket ofta
Emotionella			
Maktlöshet/hjäplöshet	89	9	2
Nedstämdhet/deppighet	78	16	6
Rastlöshet	69	21	10
Nervositet eller oro	82	14	4
Trötthet eller kraftlöshet	67	23	10
Sömnpblem	72	20	8
Lätt för att gråta	85	12	3
Svårt att slappna av	72	21	7
Kognitiva			
Koncentrationssvårigheter	76	19	5
Svårt att fatta beslut	86	12	2
Lätt för att glömma	60	29	11
Svårt att tänka klart	83	4	3
Medelvärden emotionella symptom (skala 1-5)			
Svenska undersökningsgruppen	1.81		
Normgrupp – manliga svenska chefer	1.90		
Normgrupp – kvinnliga svenska chefer	2.30		
Medelvärden kognitiva symptom (skala 1-5)			
Svenska undersökningsgruppen	1.88		
Normgrupp – manliga svenska chefer	2.09		
Normgrupp – kvinnliga svenska chefer	2.35		

Tabell 4 visar att drygt 30% av deltagarna besväras av trötthet och kraftlöshet eller rastlöshet "ibland", "ofta" eller "mycket ofta". Sömnpblem och svårigheter att slappna av uppvisar liknande siffror. Även när det gäller emotionella stressreaktioner/symptom är värdena i stort sett jämförbara eller något gynnsammare jämfört med normgruppen manliga svenska chefer.

När det gäller kognitiva stressreaktioner/symptom slutligen är det ett svar som dominerar – 40% rapporterar att de ”ibland”, ”ofta” eller ”mycket ofta” har lätt för att glömma. Inom detta område har gruppen enskilt tjänstgörande mer gynnsamma värden än normgruppen.

PTSD indikation

Förekomst av indikation på PTSD kartlades med The PTSD Checklist (PCL-4, military version; Weathers et al., 1993). Resultatet presenteras i tabell 5.

Tabell 5. PTSD indikation den senaste månaden

PCL-4 score	
< 36 (ingen indikation)	78%
36-48 (låg indikation)	17%
49-53 (måttlig indikation)	4%
> 53 (tydlig indikation)	1%

Medelvärden (skala 17-85)	
Svenska undersökningsgruppen	28.8
US Veterans från Vietnam med PTSD	63.6
US Veterans från Vietnam utan PTSD	34.4
US Veterans från Irak med PTSD	64.2
US Veterans från Irak utan PTSD	29.4

Tabell 5 visar att flertalet inte uppvisar någon indikation på PTSD. En procent har en ”tydlig” indikation och fyra procent en ”måttlig” indikation. De erhållna värdena är något lägre än normgruppen US Veterans från Irak utan PTSD och avsevärt lägre än de medelvärden som uppvisats av amerikansk militär personal med diagnostiserad PTSD.

Undergruppsjämförelser

Statistiska jämförelser gjordes mellan de olika undergrupper som redovisas i tabell 1 (allmänna bakgrundsfrågor, exempelvis kön, ålder, utbildning och vapenslag) och tabell 2 (insatsrelaterade bakgrundsfrågor, exempelvis tjänstgöringstyp, hur man ser på tjänstgöringsperioden i sin helhet och hur många internationella tjänstgöringar man varit på totalt). Resultatet visar sammanfattningsvis att endast ett fåtal statistiskt signifikanta undergruppskillnader framkom.

En jämförelse gjordes också i den svenska veterangruppen mellan de fem procent med lägst respektive högst värden på PTSD indikatorskalan. Resultatet visar att de två

grupperna skiljer sig åt i ett stort antal avseenden. Sammanfattningsvis har personerna i gruppen med de fem procent högsta värden på PTSD indikation lägre värde på personlighetsdimensionen Emotionell stabilitet, de upplever sin närmsta chefs ledarskap mer negativt, de rapporterar färre vardagliga glädjeämnen och fler oros- och irritationsmoment de scorar högre på de två dysfunktionella hanteringsstrategierna, de rapporterar högre förekomst av besvär med stressreaktioner/symptom och de har lägre (mindre gynnsamma) medelvärden på de teoretiska modellindexen Stress/Glädje/-Hanteringsboxen och Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxen. Liknande resultat framkommer när man jämför de som sökt sjukvård för psykiska besvär med de som inte gjort det.

Vårdkvalitet

Sammanlagt 32 undersökningsdeltagare svarade Ja på frågan om de på grund av insatsen sökt hjälp för psykiska besvär inom någon form av sjukvård. Dessa personer besvarade 12 frågor som var avsedda att mäta deras upplevelse av vårdens kvalitet (hämtade ur The Quality from the Patient's Perspective Questionnaire, QPP; Wilde Larsson & Larsson, 2002).

De utvalda QPP frågorna handlade om hur man upplevde kvaliteten på den information man fått (till exempel information om behandlingar, risker och biverkningar, egenvård och mediciner), läkarnas personliga bemötande samt möjligheter att samråda om beslut kring den egna vården. Resultatet visar att såväl totalmedelvärdet som medelvärdena på de tolv enskilda frågorna, är avsevärt lägre (det vill säga lägre upplevd vårdkvalitet) vid en jämförelse med QPP normvärden för både män och kvinnor vid såväl vårdavdelningar som mottagningar.

Prövning av den teoretiska modellen

Den teoretiska modellens två begrepp Stress/Glädje/Hanteringsbox och Stress/Glädje/Hantering/Symptombox prövades båda i två steg. Först beräknades ett antal parvisa korrelationer och därefter följde multipla regressionsanalyser.

Stress/Glädje/Hanteringsboxen

Parvisa korrelationer relaterade till modellbegreppet Stress/Glädje/Hanteringsboxen presenteras i tabell 6.

Tabell 6. Parvisa samband mellan personlighetsskalorna, ledarskapsskalorna och symptomskalorna å ena sidan och Stress/Glädje/Hanteringsboxen å den andra

		Personlighetsskalor				
		Emotionell stabilitet	Utåtriktning	Öppenhet	Vänlighet	Målmedvetenhet
Stress/Glädje/						
Hanteringsboxen		.34***	-.18**	-.08	.10*	-.04

		Ledarskapsskalor			
		Utvecklande ledarskap	Konventionellt positivt ledarskap	Konventionellt negativt ledarskap	Destruktivt ledarskap
Stress/Glädje/					
Hanteringsboxen		.12*	.13*	-.09	-.17***

		Symptomskalor och PTSD		
		Fysiska	Emotionella	Kognitiva
Stress/Glädje/				
Hanteringsboxen		-.45**	-.62***	-.56***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabell 6 visar att höga (gynnsamma) värden på Stress/Glädje/Hanteringsboxen samvarierar starkt med hög grad av Emotionell stabilitet, låg grad av Utåtriktning, hög grad av Vänlighet, hög förekomst av Utvecklande ledarskap, låg förekomst av Destruktivt ledarskap samt låg förekomst av symptom och låga värden på PTSD indikatorn. I tabell 7 presenteras den multipla regressionsanalysen med den emotionella symptomskalan som utfallsvariabel.

Tabell 7. Regressionsanalys av samband mellan prediktorerna ålder, personlighet, ledarskap och Stress/Glädje/Hanteringsboxen och utfallet emotionella symptom

Utfallsvariabler	Steg 1			Slutlig modell		
Fysiska symptom						
Prediktorvariabler	<i>Beta</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Beta</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Ålder	-0.00	1.03	1.97	-0.00	1.03	.311
Emotionell stabilitet	-0.21	84.16	.000	-0.21	84.16	.000
Utåtriktning	0.04	5.17	.024	0.04	5.17	0.24
Öppenhet	0.01	0.10	.753	-.000	0.03	.866
Vänlighet	0.04	4.02	.046	0.05	8.05	.005
Målmedvetenhet	-0.01	0.14	.704	-.000	0.05	.830
Utvecklande ledarskap	0.10	4.72	.030	0.08	4.81	0.29
Konventionellt positivt ledarskap	-0.05	1.50	.222	-0.04	1.59	.209
Konventionellt negativt ledarskap	0.00	0.00	.983	0.01	0.17	.678
Destruktivt ledarskap	0.12	11.54	.001	0.08	7.21	.008
Stress/Glädje/Hanteringsboxen				-0.22	144.73	.000
<i>R²/Adjusted R²</i>	0.28/0.26			0.49/0.47		
<i>F Change in R²</i>	12.34	<i>p</i> < .00		131.21	<i>p</i> < .001	

Tabell 7 visar den regressionsanalys som är gjord med den emotionella symptomskalan som utfallsvariabel. Prediktorerna sammantagna svarar för en betydande del av variansen i utfallsvariabeln (*adjusted R² = 0.47*). De bakomliggande variablerna, och än mer variabeln Stress/Glädje/Hanteringsbox, bidrar signifikant till den förklarade andelen av variationen i den emotionella symptomskalan. Slutmodellen visar att hög förekomst av emotionella symptom samvarierar med låg Emotionell stabilitet, hög grad av Utåtriktning, låg grad av Vänlighet, hög förekomst av Utvecklande och Destruktivt ledarskap samt låga värden (ogynnsamt) på Stress/Glädje/Hanteringsboxen. Regressionsanalysen med fysiska symptom som utfall gav ett *adjusted R²* på 0.22. Samma analys med kognitiva symptom som utfall resulterade i ett *adjusted R²* på 0.37 både Utvecklande och Destruktivt ledarskap samt låga värden (ogynnsamt) på Stress/Glädje/Hanteringsboxen.

Stress/Glädje/Hantering/symptomboxen

Parvisa korrelationer relaterade till modellbegreppet presenteras i tabell 8.

Tabell 8. Parvisa samband mellan personlighetsskalorna, ledarskapsskalorna, PTSD skalan å ena sidan och skalan Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxen å den andra

	Personlighetsskalor				
	Emotionell stabilitet	Utåtriktning	Öppenhet	Vänlighet	Målmedvetenhet
Stress/Glädje/Hantering					
Hantering/Symptomboxen	.40***	-.16**	-.01	.06	.01

	Ledarskapsskalor			
	Utvecklande ledarskap	Konventionellt positivt ledarskap	Konventionellt negativt ledarskap	Destruktivt ledarskap
	.12*	.13*	-.09	-.17***

	PTSD-skalan
Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxen	-.81***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

I tabell 8 redovisas parvisa samband mellan Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxen å ena sidan och de bakomliggande faktorerna personlighet och ledarskap, samt PTSD indikatorskalan å den andra. Som synes samvarierar Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxen positivt med emotionell stabilitet och utåtriktning, positivt med ledarskapsskalorna Utvecklande ledarskap och Konventionellt positivt ledarskap samt negativt med Destruktivt ledarskap. Slutligen uppvisar Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxen ett starkt negativt samband med PTSD indikatorskalan.

Tabell 9. Regressionsanalys av samband mellan prediktorerna ålder, personlighet, ledarskap och Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxen och utfallet PTSD

Utfallsvariabler PTSD	Steg 1			Slutlig modell		
	<i>Beta</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Beta</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Prediktorvariabler						
Ålder	0.00	0.01	.973	0.03	1.01	.317
Emotionell stabilitet	-2.55	62.17	.000	-0.61	6.53	.011
Utåtrikning	0.63	5.86	.016	-0.04	0.05	.819
Öppenhet	0.16	0.36	.551	0.12	0.41	.521
Vänlighet	0.71	5.37	.021	0.58	8.09	.005
Målmedvetenhet	-0.04	0.02	.892	-0.05	0.05	.817
Utvecklande ledarskap	1.62	6.64	.010	0.79	3.54	0.61
Konventionellt positivt ledarskap	-0.93	2.85	.092	-0.51	1.87	1.72
Konventionellt negativt ledarskap	-0.10	0.09	.763	-0.05	0.06	.813
Destruktivt ledarskap	0.51	9.06	.003	0.23	0.62	.431
Stress/Glädje/Hantering Symptomboxen				-255	540.36	.000
R ² /Adjusted R ²	0.23/0.20			0.65/0.64		
F Change in R ²	9.21	<i>p</i> < .001		540.36	<i>p</i> < .001	

Tabell 9 visar att prediktorvariablerna sammantaget svarar för en hög förklaring av variationerna i utfallsvariabeln PTSD indikation (*adjusted R² = 0.64*). De bakomliggande skalorna avsedda att mäta personlighet och ledarskap bidrog signifikant (steg 1) men förklaringsgraden steg starkt när Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxen tillkom i steg 2. Slutmodellen visar att högre värden på PTSD indikatorskalan samvarierar med låg grad av Emotionell stabilitet och Vänlighet och låga värden (ogynnsamt) på Stress/Glädje/Hantering/Symptomboxvariabeln.

Diskussion

I denna avslutande diskussion kommer studiens två första frågeställningar att kommenteras var för sig medan den tredje och fjärde behandlas gemensamt.

Frågeställning 1: Hur mår undersökningsdeltagarna idag avseende fysiska, emotionella och kognitiva stressreaktioner (symptom) liksom vad gäller indikationer på PTSD?

Det generella svaret på denna fråga är att de medverkande personerna mår bra! Som förväntat finns det dock en betydande individuell variation. Inom området *fysiska symptom* är det två som rapporteras mer, nämligen ryggont eller ryggbesvär och värk i nacke eller axlar. Om detta beror på stress, belastning under insatsen eller något annat går inte att avgöra. Det ska dock noteras att det inte tycks bero på ålder (utifrån jämförelsen av olika åldersgrupper) vilket är intressant eftersom 161 deltagare är 61-70 år och 83 är över 70 år. Hela undersökningsgruppens medelvärde är också likvärdigt med eller något mera gynnsamt än en normgrupp främst bestående av svenska manliga chefer i det privata näringslivet. Ökat fokus på dessa muskelgrupper vid fysisk träning skulle sannolikt ha en gynnsam preventiv effekt.

Inom områdena emotionella symptom och kognitiva symptom är gruppens medelvärde ånyo jämförbart med eller något mer fördelaktigt än normgruppens. Följande fem symptom besvarar dock 30-40 procent av deltagarna: trötthet och kraftlöshet, rastlöshet, sömnsvårigheter, svårigheter att slappna av samt lätt för att glömma. Alla dessa brukar ses som stressrelaterade och pekar på behov av regelbundna stunder, och ibland längre perioder av återhämtning. Detta kan delvis lösas med organisatorisk schemaläggning. De individuella skillnaderna vad gäller vilken form av vila och återhämtning man föredrar är dock stora. Den organisatoriska kontexten (för dem som är kvar i FM) i form av positivt gruppsyck ska dock inte underskattas när det gäller att aktiviteter som fysisk träning och avslappningsövningar ska bli av.

Endast en procent (8 personer) uppvisar en tydlig indikation på PTSD. Ytterligare fyra procent (25 personer) uppvisar en måttlig indikation (det handlar om indikation

eftersom det krävs en klinisk intervju för att ställa diagnosen PTSD). Siffrorna för hela gruppen är något mer gynnsamma än de värden som erhållits bland amerikanska veteraner som inte har PTSD. Förekomsten av PTSD förefaller således vara mycket låg i den svenska gruppen. På systemnivå ska dock inte en ackumulerad effekt underskattas. Om det exempelvis handlar om två procent som faktiskt utvecklar PTSD, och om Sverige skickar ut 1000 personer årligen, kan vi förvänta oss en grupp på cirka 100 personer på en femårsperiod.

Jämförelsen mellan de fem procent med lägst respektive högst värden på PTSD indikatorskalan gav flera intressanta resultat. Personer med högre poäng på PTSD indikatorskalan uppvisade lägre värden på personlighetsskalan Emotionell stabilitet. Detta kan behöva ytterligare beaktas i urvalssituationen. Dessa personer upplevde också i sin närmsta chefs ledarskap mer negativt, särskilt vad avser förekomst av destruktiva ledarskapsbeteenden. Detta bör föranleda ytterligare fokus på att medvetandegöra chefer om det negativa ledarskapets negativa konsekvenser (se Fors Brandebo, Nilsson & Larsson, 2018). Jämförelsen visade också på ett antal skillnader när det gäller vardagsstress, dess hantering och stressreaktioner (symptom) som kommenteras vidare nedan i anslutning till frågeställningarna 3 och 4.

Frågeställning 2: Hur har de undersökningsdeltagare som på grund av insatsen sökt hjälp för psykiska besvär inom någon form av sjukvård upplevt vårdens kvalitet?

Det generella svaret på denna fråga är att vårdkvaliteten upplevts som mindre god. De 32 personer som besvarat frågan har ett klart lägre medelvärde jämfört med normgruppen. Detta gäller inom samtliga kartlagda delar, det vill säga den information man fått, läkarnas bemötande och möjligheterna att samråda om beslut kring den egna vården. Undersökningen ger inget svar på vilken typ av sjukvård de sökt sig till, vårdens omfattning och resultat. Många har dock i tidigare sammanhang påtalat kompetensbrister inom svensk primärvård och psykiatri när det gäller veteraners problematik och området bör undersökas närmare (Michel, 2014). Som ett delvis parallellt exempel kan nämnas att norska motsvarigheten till den svenska försäkringskassan utbildat några handläggare så att de blivit specialister på veteraners situation. Dessa handläggare har även en utbildande och rådgivande funktion gentemot landets lokala handläggare. Mer studier behövs men möjligen kan detta vara en intressant lösning för svensk hälso- och sjukvård och för Försäkringskassan.

Frågeställning 3: Hur ser balansen i vardagen ut vad gäller vardagens oros- och irritationsmoment (*hassles*), glädjeämnen (*uplifts*) och hanteringsstrategier (*coping*), det vill säga det om här benämns Stress/Glädje/Hanteringsboxen, och hur samvarierar dessa processer med fysiska, emotionella och kognitiva stressreaktioner (symptom)?

Frågeställning 4: Vilka samband föreligger mellan dessa vardags-händelser, deras hantering och stressreaktioner (symptom), det vill säga det som här benämns Stress/Glädje/Hantering/Symptombboxen, å ena sidan och mer varaktiga indikatorer på PTSD å den andra?

Vi inleder med Stress/Glädje/Hanteringsboxen och svaret på hypotes 1. Resultatet visar att ju starkare kombinationen av glädjeämnen och den två funktionella hanteringsstrategin Emotionell återhämtning är i förhållande till kombinationen av oros- och irritationsmoment och de dysfunktionella hanteringsstrategierna, desto lägre är förekomsten av fysiska, emotionella och kognitiva stressreaktioner (symptom) och vice versa. Detta gäller såväl parvisa korrelationer som utfallet av de tre symptomgruppspecifika multipla regressionsanalyserna. Hypotes 1 måste därför anses vara bekräftad.

Ett genomgående mönster i de sistnämnda analyserna är också att låg grad av Emotionell stabilitet, hög grad av Utåtriktning, låg grad av Vänlighet och hög förekomst av Destruktivt ledarskap samvarierar med högre symptomförekomst. Resultatet avseende Emotionell stabilitet och Destruktivt ledarskap förefaller vara logiskt. När det gäller personlighetsdimensionen Utåtriktning är resultatet svårt att förklara. När det gäller Utvecklande ledarskap framträder en splittrad bild. De parvisa sambandsberäkningarna gällande alla tre symptomskalorna liksom PTSD indikatorskalan visade att bedömningen att närmsta chefs utvecklande ledarskap sammanföll med få symptom och låg PTSD indikation. De multipla regressionsanalyserna visade på motsatt resultat. Den troligen mest sannolika förklaringen av de sistnämnda resultaten är att det handlar om en statistisk felkälla, så kallad multikollinearitet.

Så över till den fjärde frågeställningen och hypotes 2, som handlar om Stress/Glädje/Hantering/Symptombboxen. Resultatet visar att ju starkare kombinationen av glädjeämnen och den funktionella hanteringsstrategin är i förhållande till kombinationen av oros- och irritationsmoment, de dysfunktionella hanteringsstrategierna och förekomsten av fysiska, emotionella och kognitiva stressreaktioner, desto lägre är förekomsten av indikation på en varaktig sjukdom som PTSD. Hypotes 2 måste anses vara bekräftad.

Resultaten från regressionsanalyserna kopplade till Stress/Glädje/Hanteringsboxen respektive till Stress/Glädje/Hantering/Symptombboxen är studiens mest intressanta

resultat ur ett forskningsperspektiv. Vår tolkning är att de föreslagna begreppskombinationerna, och den valda metoden för deras operationalisering, ger ett betydelsefullt kunskapstillskott för förståelse av hur vardagshändelser och hanteringsstrategier bidrar till stressreaktioner och indikationer på PTSD. Ytterligare studier i olika kontexter är självfallet önskvärda där vår föreslagna begrepps- och operationaliseringsmodell prövas. Som komplement till det ovan sagda vill vi peka på ett par förhållanden som kan ha bidragit till den låga indikationen på PTSD. Först en aspekt som inte togs upp direkt i studien men som ligger som en bakomliggande faktor, nämligen selektion. För att bli aktuell för en mission som enskilt tjänstgörande måste man passera flera urvalssteg och psykiskt mer sårbara personer är därför redan bortgallrade.

En andra tänkbar förklaring till studiens resultat är den ”stressdos” deltagarna utsattes för. Även om den var hög, så var den inte i annat än undantagsfall, extremt hög till exempel exponering för flera väpnade strider. Det kan inte uteslutas att det finns en dos-respons-relation här att ingen eller få av de medverkande deltagarna hamnade över en kritisk stressdosnivå.

Metodaspekter och praktiska förslag

Metodmässigt menar vi att studien har flera styrkor. Samtliga mätinstrument är antingen väl etablerade eller konstruerade utifrån en kvalitativ grounded theory studie av svenska veteraner (Larsson et al., 2017). Samtliga skalor hade höga eller medelhöga reliabilitetskoefficienter. Ytterligare en styrka är att undersökningsgruppens resultat i flera fall kunde relateras till normgruppens värden utifrån tidigare forskning.

En svaghet i undersökningen är bortfallet (45.5%). Två sannolika orsaker till detta är att enkäten upplevdes som lång och att många känner av en allmän ”enkättrötthet”. Vi försökte förebygga bortfall genom att inkludera ett informationsbrev från chefen för FM Veterancentrum och genom att möjliggöra svar i såväl papper-och-penna-form som digitalt. Bortfallsanalysen visar att det inte föreligger någon könsskillnad mellan de som besvarat enkäten och de som avstått. Däremot är medelåldern högre bland de svarande (56,3 år vs 52,6 år). Vår bedömning är att denna åldersskillnad saknar betydelse. Med så pass stora grupper som det här handlar om krävs det enbart en liten skillnad i absoluta tal för att statistisk signifikans ska uppstå. Undergruppsjämförelser inom gruppen svarande visar också att det endast förekom försumbara köns- och åldersskillnader.

En annan svaghet är den tid som passerat mellan deltagarnas mission och genomförandet av enkätstudien. Det kan hända att deltagarna inte minns lika mycket som de skulle gjort i direkt anslutning till tjänstgöringsperioden. Det ska dock observeras att alla frågor utom frågorna om ledarskap och vårdkvalitet handlar om situationen den senaste månaden.

En avslutande begränsning med studien som vi vill lyfta fram är att den är koncentrerad på symptom och PTSD indikation som utfallsmått. Hade fokus varit på

prestationsförmåga är det möjligt att de olika områden vi studerat samspelat på ett annorlunda sätt. Exempel på praktiska konsekvenser av studien är utbildningsinsatser med råd riktade till enskilda, till grupper, till direkta ledare till indirekta ledare på högre organisationsnivå och till personal inom Försvvarshälsan. Olika åtgärdsförslag prövas under 2018 i ett pilotförsök. Kunskap från forskningsprojektet kan därmed införlivas i Försvvarsmaktens ordinarie verksamhet från och med 2019.

Referenser

- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1992). Neo PI-R: *Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology, 1* (2), 119-136. doi:10.1037/0278-6133.1.2.119
- Folkman, S. (1985). *The relationship between coping and health: Where should we look?* Paper presented at Meetings of the American Psychological Association, August 1985, Los Angeles.
- Fors Brandebo, M., Nilsson, S., & Larsson, G. (2018). *Destruktivt ledarskap: Hur uppkommer det? Vilka effekter får det? Vad kan man göra åt det?*. Lund: Studentlitteratur.
- Gruen, R. J., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Centrality and individual differences in the meaning of daily hassles. *Journal of Personality, 56*(4), 743-762. doi:10.1111/j.1467-6494.1988.tb00475.x
- Heron, E. A., Bryan, C. J., Dougherty, C. A., & Chapman, W. G. (2013). Military mental health: The role of daily hassles while deployed. *Journal of Nervous & Mental Disease, 201*, 1035-1039.
- Larsson, G. (2006). The Developmental Leadership Questionnaire: Some psychometric properties. *Scandinavian Journal of Psychology, 47*, 253-262.
- Larsson, G., Berglund, A. K., & Ohlsson, A. (2016). Daily hassles, their antecedents and outcomes among professional first responders: A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Psychology, 57*(4), 359-367. doi:10.1111/sjop.12303
- Larsson, G., Lundin, J., & Zander, A. (2017). *Ledarskapsmodellen: Konsten att matcha individuella och organisatoriska förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur.

- Larsson, G., Ohlsson, A., Berglund, A. K., & Nilsson, S. (2017). Daily uplifts and coping as a buffer against everyday hassles: Relationship with stress reactions over time in military personnel. *Scandinavian Psychologist*, 4, e 13.
<https://doi.org/10.15714/scandpsychol>, 4 e 13.
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(4), 375-389. doi:10.1007/978-3-662-02475-1_3
- Lazarus, R. S., & Folkman, S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Michel, P. O. (2014). *Svensk veteranpolitik: Ett ansvar för hela samhället [Swedish veteran politic: A responsibility for the whole society]*. Bilaga 6 och 7. SOU 2014:27 [Swedish Parliament 2014:27]
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 53-60.
- Regionala etikprövningsnämnden. (2016). *Protokoll EPN 2016/5:3*. Stockholm.
- Setterlind, S., & Larsson, G. (1995). The Stress Profile: A psychosocial approach to measuring stress. *Stress Medicine*, 11, 85-92.
- Stefanek, E., Strohmeier, D., Fandrem, H., & Spiel, C. (2012). Depressive symptoms in native and immigrant adolescents: The role of critical life events and daily hassles. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(2), 201-217, doi:10.1080/10615806.2011.605879.
- Weathers, F. N., Litz, B. J., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, 1993.
- Weathers, F. N., Litz, B. J., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD Behavioral Science Division.
- Wilde Larsson, B., & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality form the Patients Perspective Questionnaire (QPP) *Journal of Clinical Nursing*, 11, 681-687.
- Woods, S. A., & Hampson, S. E. (2005). Measuring the Big Five with single items using a bipolar response scale. *European Journal of Personality*, 19, 373-390.

Bilaga 1. Faktorer inom områdena glädjeämnen, oros- och irritationsmoment och stresshantering

Glädjeämnen

Glädjeämnen – Icke arbetsrelaterade

Glädje över att ge något i form av tid, lyssnande, omtanke eller gåva

Glädje över avkoppling och rekreation (t ex litteratur, musik, promenader, sport)

Glädje över att ha någon att tala med som vill lyssna

Glädje över att må bra

Glädje över att vara tillsammans med mina närmaste

Glädje över ett nytt perspektiv på stressorer i vardagen

Glädjeämnen – Arbetsrelaterade

Glädje över chef/chefer (nuvarande arbete)

Glädje över stimulerande arbete (nuvarande arbete)

Glädje över arbetskamrater (nuvarande arbete)

Glädje över att ha lyckats med något eller uppnått ett mål

Oros- och irritationsmoment

Självrelaterad oro

Bekymmer över egen prestationsförmåga

Bekymmer över att inte ha tillräckligt med kraft och energi

Bekymmer över framtida hälsa

Bekymmer över nära anhöriga eller släktingar

Bekymmer över eget utseende

Bekymmer över praktiska förhållanden (t ex ekonomi, bostad, trädgård, bil)

Arbetsrelaterad irritation

Irritation över tröghet i organisationen (nuvarande arbete)

Irritation över chef/chefer (nuvarande arbete)

Irritation över arbetskamrater (nuvarande arbete)

Irritation över dåliga anställningsvillkor (nuvarande arbete)

Irritation över hög arbetsbelastning (nuvarande arbete)

Stresshantering

Rationell probleminriktad hantering

Jag försöker mer eller mindre medvetet bli klar över alla möjliga handlingsalternativ
Jag försöker mer eller mindre systematiskt väga olika handlingsalternativs för- och nackdelar mot varandra

Jag anstränger mig för att få fram ytterligare information

Jag försöker hålla mig till problemet och inte ta det personligt

Jag drar nytta av tidigare erfarenheter, om jag har varit i en liknande situation tidigare

Jag vet vad som måste göras, så jag ökar mina ansträngningar ytterligare för att få saker att fungera

Jag står på mig och kämpar för det jag vill

Jag försöker analysera problem för att förstå dem bättre

Jag försöker se problemet med andra personers ögon

Jag försöker att inte handla alltför överilrat eller följa min första ingivelse

Jag gör upp en handlingsplan och följer den

Önsketänkande

Jag önskar att situationen ska gå över eller upphöra på ett eller annat sätt

Jag kritiserar eller läxar upp mig själv (tyst inombords)

Jag låter det gå ut över andra

Jag har fantasier eller önskningar om hur det ska gå till slut

Jag låter inte andra få veta hur illa det är

Jag försöker lugna mig själv genom att äta godis, röka och liknande

Jag förbereder mig på det värsta

Jag diskuterar med mig själv om vad jag skall säga eller göra

Jag ber tyst för mig själv

Jag tänker över hur någon jag beundrar skulle göra i min situation och använder det som ledstjärna

Jag intalar mig saker som gör att jag känner mig bättre till mods

Jag påminner mig själv om att det kunde varit mycket värre

Självbehärskning och gilla läget

Jag försöker hålla mina känslor för mig själv

Jag låter det inte påverka mig, undviker att tänka för mycket på det

Jag behåller stoltheten och låtsas som ingenting

Jag försöker hålla känslorna i styr, låter dem inte påverka andra saker för mycket

Jag finner mig i situationen, försöker resonera som så att ibland har man otur

Jag accepterar situationen eftersom ingenting kan göras åt den

Emotionell återhämtning

Jag använder mig av fysisk träning för att jag mår bra av det

Jag känner att jag uppskattar saker men än tidigare
Jag använder mig av fysisk träning för att skingra tankarna
Jag skapar tid för återhämtning
Jag söker avkoppling i naturen
Jag försöker se det positiva i det hela; ”Inget ont som inte har något gott med sig”