

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**The Right Stuff? –
Dissimulering av ångest- och depressionssymtom
hos svenska Sk60- och/eller JAS39-piloter.**

Anders Björk

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM2519
Vårterminen 2016

Handledare: Mats Eklöf

The Right Stuff? – Dissimulering av ångest- och depressionssymtom hos svenska Sk 60- och/eller JAS39-piloter.

Anders Björk

Experimentstudien syftade till att undersöka dissimulering av depressions- samt ångestsymtom hos Sk60- och/eller JAS39-piloter. 109 piloter fyllde i Hospital Anxiety and Depression Scale. En grupp fyllde i skattningsformuläret anonymt och en grupp med information om att skattningarna skulle journalföras. Resultatet visade signifikanta skillnader i medelvärden på poäng på ångestskalan och totalpoäng. Det fanns även signifikanta skillnader i antalet skattningar över gränsvärdet för ångestsymtom samt för totala antalet skattningar över gränsvärdet för ångest- och/eller depressionssymtom. Resultaten för depressionssymtom enskilt var ej signifikanta. Sammanfattningsvis visar studien att det förekom dissimulering hos piloterna. För att minska dissimuleringen kan Försvarsmakten arbeta proaktivt. Genom utbildning kan stigmatisering minskas och en trygg miljö kan skapas där piloterna vågar prata om eventuell nedsättning av sin psykiska prestationsförmåga.

Den 24 mars 2015 rapporterades på nyhetsplats att Germanwings flight 9525 hade havererat i bergsområdet Massif des Trois-Évêchés nära franska byn Seyne-les-Alpes (Holmberg, 2015). Enligt den preliminära haverirapporten från Franska haverikommissionen, Bureau d'Enquêtes et d'Analyses pour la Sécurité de l'Aviation Civile (BEA) (2015) så var det styrmannen Andreas Lubitz som avsiktligt flög flygplanet in i bergssidan, medan kaptenen på flygplanet var utelåst från cockpit. Det framkom senare att Lubitz under en period under utbildningen lidit av en depression och varit klassad som olämplig att verka som pilot, något som arbetsgivaren var medveten om (Politano & Walton, 2015). Vad arbetsgivaren dock ej visste var att Lubitz led av psykisk ohälsa vid tillfället för olyckan. Efter denna händelse så har diskussioner förts i media hur detta kunde hända (se till exempel Höglund, 2015). Varför visste inte arbetsgivaren om Lubitz aktuella problematik?

Den yttersta och allvarligaste konsekvensen av psykisk ohälsa hos piloter är naturligtvis självmord, där piloten i värsta fall även tar med sig andra personer in i döden. Men nedsatt psykisk prestationsförmåga, som beror på psykisk ohälsa, innebär även annars en flygsäkerhetsrisk i pilotens dagliga arbete (Bor, Field & Scragg, 2002). Utifrån en forskningsöversikt menade Morse och Bor (2006) att psykisk ohälsa hos piloter inte får underskattas och att piloter som ej upprätthåller en tillfredställande psykiska prestationsförmåga inte skall flyga.

Efter Germanwings haveri i Alperna gavs European Aviation Safety Agency (EASA) uppdraget av Europakommissionen att utveckla en arbetsplan för hur liknande haverier skall kunna undvikas i framtiden. Arbetet mynnade ut i ett antal rekommendationer som presenterades för Europakommissionen 16 juli 2015 (EASA, 2015). Bland annat menade EASA att kontrollen av piloters psykiska hälsa bör bli

hårdare. Även i media har det höjts röster om att screeningen av psykisk ohälsa hos piloter måste ses över och att det är nödvändigt att utveckla övervakningen av den psykiska hälsan hos piloter (se till exempel Höglund, 2015).

Psykisk ohälsa hos piloter. Winter och Rice (2015) menade att piloter är lika sårbara för psykisk ohälsa som alla andra människor. Det som skiljer är att deras arbetsuppgifter kräver en hög psykisk prestationsförmåga. Av den anledningen är piloter som yrkesgrupp mer utsatta för konsekvenserna av psykisk ohälsa. Bor och Hubbard (2006) fann i deras forskningsöversikt att det framför allt finns fem olika källor till psykisk ohälsa hos piloter. För det första innebär arbetet risker, ett faktum som i sig kan skapa mentala påfrestningar hos piloterna. För det andra så skapar organisatoriska faktorer stress. Det handlar om hög arbetsbelastning och ett ansträngt arbetsklimat, med stort ansvar och mycket tid borta från hemmet. För det tredje menade Bor och Hubbard (2006) att mycket tid på resande fot kan skapa problem i de nära relationerna. Nära relationer är normalt en skyddande faktor mot stress men när det finns problem i dessa så innebär det dubbla svårigheter. För det fjärde så har piloter ett ständigt hot hängande över sig att om denne ej uppfyller de medicinska kraven, i de periodiska undersökningarna, så riskerar piloten både att förlora flygtjänsten och i vissa fall arbetet. Till sist så har piloter samma mentala påfrestningar i livet som övriga populationen. För militära piloter så tillkommer, utöver ovanstående, att flygning i en militär kontext de facto är farligt. Piloterna hanterar högteknologiska flygplan i extrema farter och med stora krafter. I en luftstrid med flera andra flygplan behöver piloten inte bara hantera sitt eget flygplan utan måste även ta hänsyn till andra flygplan. Samtidigt skall mycket komplexa uppgifter lösas. Olycksfrekvensen är åtta till 20 gånger högre för militära piloter jämfört med civila piloter (Bucove & Maioriello refererad till i Foreman, Bor & van Gerwen, 2006).

Morse och Bor (2006) fann i deras forskningsöversikt att depressiva problem är vanliga hos piloter bland annat på grund av ovanstående faktorer. Piloter med depressiva problem upplever både somatiska såväl som psykologiska symtom. De somatiska handlar om sömnstörningar, trötthet, förändrad aptit samt viktförändringar. De psykologiska symtomen handlar om försämrad koncentrationsförmåga, bristande motivation, tappat intresse för aktiviteter, irritabilitet och eventuellt självmordstankar. Morse och Bor (2006) menade att under dessa omständigheter skall piloterna självklart inte vara i flygtjänst. Ängest är också vanligt förekommande bland piloter och är i många fall stressutlöst (Morse & Bor, 2006). Symtomen kan vara i form av spänningar, andningssvårigheter, yrsel, rädsla att förlora kontrollen, flygrädsla, koncentrationssvårigheter och trötthet. För piloter så kan ångest innebära en kraftigt försämrad psykisk prestationsförmåga (Morse & Bor, 2006). Winter och Rice (2015) menade att det inte är svårt att tänka sig hur psykisk ohälsa kan medföra att en pilot kan få problem med att fokusera och göra rätt bedömningar ur ett flygsäkerhetsperspektiv.

Dissimulering hos piloter. Piloter, militära som civila, är en av de ur hälsoperspektiv mest kontrollerade yrkesgrupperna (Bor et al., 2002). Det är få andra yrken där arbetstagaren riskerar att förlora arbetet en gång per år, på grund av eventuella hälsoproblem. Ett problem vid försök att identifiera psykisk ohälsa hos en individ är att det finns möjligheter att dissimulera symtomen. Att dissimulera handlar om att undvika att uppvisa sjukdomssymtom (NE.se, 2015). För piloter kan det finnas flera anledningar till att de dissimulerar. Det antas hos piloter finnas en uppfattning om att mycket sätts på spel om de uttrycker eller visar att den psykiska prestationsförmågan är nedsatt på grund av psykisk ohälsa (Bor et al., 2002). I samhället finns det vissa

stereotypa uppfattningar om att piloter är lugna, ”coola”, kontrollerade och fysiskt samt psykiskt välfungerade individer som lever ett glamoröst liv (Bor et al., 2002). Denna bild reproduceras och upprätthålls till viss del inom pilotskrået. Det finns en vilja att vara av ”the right stuff”, och därmed tillhöra den grupp individer som uppfyller alla de hårt ställda fysiska som psykiska kraven och därmed kan utföra de avancerade arbetsuppgifterna. Om en pilot erkänner för sig själv och sin omgivning, att denne lider av psykisk ohälsa och söker hjälp för detta, så kan det resultera i två konsekvenser för piloten. Dels kan det innebära att piloten själv, och andra piloter, ej längre anser att piloten är av ”the right stuff”. Pilotens yrkesidentitet hotas därmed. Konsekvensen kan också bli att piloten riskerar att bli av med sin flygtjänst och kanske indirekt sitt arbete. Detta kan vara två av anledningarna till att det finns en ovilja hos piloter att tala med läkare och psykologer om sitt psykiska hälsotillstånd (Bor et al., 2002). Det antas även finnas en uppfattning bland piloter att psykologi delvis vilar på en ej vetenskaplig grund och att den enskilda psykologen eller läkarens subjektiva bedömning, får oproportionerligt stor påverkan på pilotens situation. Piloten kan uppleva att denne tappar kontrollen över situationen (Bor et al., 2002).

Eftersom det inte finns något praktiskt användbart sätt att objektivt mäta dissimulering definieras dissimulering i föreliggande studie på följande sätt. Piloten ansågs dissimulera om piloten skattade en lägre poäng i självskattningsformuläret Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) om piloten gjorde detta med information om att skattningarna skulle journalföras (hos Försvarsmedicincentrum) än vad piloten hade gjort om denne fått göra skattningarna anonymt. För att operationalisera ovanstående skapades en modell, som byggde på att två pilotgrupper jämfördes, den ena svarade anonymt och den andra gavs informationen att svaren skulle journalföras (se metod).

Ångest- och depressionssymtom hos svenska flygvapenpiloter. Teurnell genomförde 2008 en studie där 87 svenska flygvapenpiloters psykiska hälsa undersöktes. Teurnell satte ihop ett skattningsbatteri bestående av sju delar varav en del var HADS. Resultatet på HADS visade att 77% av piloterna uppvisade symtom på mild depression och 11% uppvisade symtom på moderat depression. 46% av piloterna visade symtom på mild ångest medan 3% skattade att de hade moderat ångest. Teurnell (2008) menade att med tanke på det gedigna uttagningsförfarandet som piloter genomgår samt den fortlöpande undersökningen av piloters psykiska hälsotillstånd, så borde förekomsten av psykisk ohälsa hos flygvapenpiloter vara relativt låg. Hon menade att resultatet i hennes studie indikerade en relativt stor förekomst av psykisk ohälsa hos flygvapenpiloterna.

I den flygoperativa manualen (FOM) (Försvarsmakten, 2015) klargörs att det är varje enskild pilot som ansvarar för att denne upprätthåller erforderlig psykisk prestationsförmåga. Försvarsmakten (2015) påtalar att det är en mängd olika faktorer som kan påverka pilotens prestationsförmåga. Däribland återfinns psykisk hälsa, psykosocial miljö samt stress. När en flygvapenpilot upplever sig lida av psykisk ohälsa är det tänkt att denne själv skall anmäla detta till sin divisionschef alternativt flygläkaren vid förbandet (Försvarsmakten, 2015). Om piloten ej själv gör detta skall flygläkaren identifiera problematiken vid de periodiska läkarundersökningarna. Alternativt skall pilotens divisionschef uppmärksamma pilotens nedsatta psykiska prestationsförmåga och hänvisa piloten till förbandets flygläkare. Teurnell (2008) menade att det är problematiskt att piloter tenderar att fortsätta flyga trots upplevd nedsättning av den psykiska prestationsförmågan. Hon menade vidare att resultatet i

hennes studie vittnade om att dagens icke anonyma hälsouppföljning ej är tillräcklig för att identifiera psykisk ohälsa hos flygvapenpiloter. Det finns således fog för att misstänka att det förekommer dissimulering och att det finns brister i dagens system för att säkerställa att svenska flygvapenpiloterna upprätthåller en god psykisk prestationsförmåga. Systemet bygger i hög grad på att piloten själv meddelar sig om en eventuell nedsättning av den egna psykiska prestationsförmågan. Problem uppstår om piloter på grund av risk för stigmatisering och svåröverskådliga konsekvenser dissimulerar psykisk ohälsa. Det har inte gått att finna någon tidigare forskning där syftet har varit att försöka kvantifiera eventuell dissimulering av psykisk ohälsa hos piloter.

Syfte

Denna studie syftade till att studera om det förekom dissimulering för depressions- samt ångestsymtom bland svenska flygvapenpiloter som flög Sk60 och/eller JAS39 Gripen. Studien var tänkt att besvara följande frågeställning. Förekommer det dissimulering för depressions- samt ångestsymtom bland piloter som flyger Sk60 och/eller JAS39 Gripen i svenska Försvarsmakten?

Förekomst av dissimulering prövades via två hypoteser. Hypotes 1: Den grupp piloter, som fick informationen att deras svar skulle journalföras, skulle rapportera *lägre nivåer* av a) ångest- respektive b) depressionssymtom samt c) både ångest- och depressionssymtom tillsammans än en kontrollgrupp som fick informationen att deras svar var anonyma. Hypotes 2: I den grupp piloter som fick informationen att deras svar skulle journalföras skulle en *lägre andel* piloter rapportera a) ångestsymtom över ett kliniskt gränsvärde, b) depressionssymtom över ett kliniskt gränsvärde, c) över det kliniska gränsvärdet för något av symtomen, jämfört med en kontrollgrupp vars svar var anonyma.

Metod

Studien hade en experimentell design. Två randomiserade grupper bestående av Sk60- och/eller JAS39-piloter i svenska Försvarsmakten fick fylla i självskattningsformuläret Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) utifrån två olika betingelser. En grupp fyllde i självskattningsformuläret anonymt och andra gruppen fyllde i skattningsformuläret med information om att skattningarna skulle journalföras hos Försvarsmedicincentrum.

Deltagare

Aktiva piloter som vid tiden för undersökningen flög JAS39 Gripen och/eller Sk60 i svenska Försvarsmakten (benämningen på dessa deltagare är fortsättningsvis endast pilot). Samtliga var män i åldrarna 23 till 54 år. 136 enkäter skickades ut och 113 svar erhöles, vilket innebär en svarsfrekvens på 83%. Det interna bortfallet var 3,5%, fördelat på följande sätt. En pilot hade ej svarat fullständigt, en enkät inkom efter att information om studiens upplägg gått ut till piloterna och två piloter, som skulle ha varit

anonyma, skickade med en personlig hälsning och var därmed icke anonyma. Av sekretesskäl beskrivs ej deltagarna ytterligare.

Instrument

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) är ett självskattningsformulär för ångest samt depressionssymtom. Skalan, som utvecklades av Zigmond och Snaith (1983), var inledningsvis tänkt att användas på somatiska patienter utanför den psykiatriska vården. Skattningsformuläret har dock på senare tid kommit att användas bredare på ej kliniska grupper. Bjelland, Dahl, Haug och Neckelmann (2002) fann i en forskningsöversikt där de gick igenom 746 genomförda studier där HADS använts, att skattningsformuläret är användbart såväl inom somatisk och psykiatrisk vård som inom övriga populationen. I föreliggande studie användes en svensk översättning av skattningsformuläret gjord år 2000 av HRQL-gruppen (förkortningen står för Health Related Quality of Life) vilket var ett kunskapsföretag vid Göteborgs universitet. Skattningsformuläret består av 14 frågor med fyra svarsalternativ. Individens ställning till hur denne upplevt den senaste veckan utifrån påstående som *"Oroande tankar kommer för mig"* och *"Jag uppskattar samma saker som förut"*. Svarsalternativen är i en likertskala och lyder exempelvis enligt följande: *"Inte alls, Inte ofta, Ibland och För det mesta"*, där de fyra skalstegen ges poäng från noll till tre poäng. Svarsalternativen har alternerande ordning för att minska risken för slentrianmässiga svar. Sju av frågorna handlar om ångestsymtom medan de andra sju rör depressionssymtom. Poängen på de sju frågorna inom respektive skala räknas samman. Maxpoängen på delskalorna är således 21 poäng. Gränsvärdet för lindriga depressions- respektive ångestsymtom är åtta poäng, gränsvärdet för måttliga symtom är 11 poäng och för svåra symtom 15 poäng. Bjelland et al. (2002) fann utifrån 24 studier där skattade poäng på HADS jämfördes med kliniskt ställda diagnoser, att det mest användbara gränsvärdet är åtta poäng på respektive skala för att identifiera möjliga fall av ångest och depression. Cronbach α är 0.84 på ångestskalan, 0.82 på depressionsskalan samt 0.90 på totalskalan (Zigmond & Snaith, 1983). Bjelland et al. (2002) fann i sin forskningsöversikt att Cronbach's alfa presenterades i 15 av de 746 genomgångna studierna. Bland dessa 15 studier varierade Cronbach's alfa för ångestskalan mellan 0.68 och 0.93 (medel 0.83) medan Cronbach's alfa för depressionsskalan varierade mellan 0.67 och 0.90 (medel 0.82).

Tillvägagångssätt

Innan studien påbörjades inhämtades godkännande av Flygvapnets flygchef samt av Försvarsmedicincentrum, för att få genomföra studien på planerat sätt. Därefter informerades lokala flygchefer samt divisionschefer på berörda förband. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) sändes sedan med post till piloterna. Med i utskicket fanns ett informationsbrev, med sidhuvud från Försvarsmedicincentrum, där det förklarades att studien avsåg undersöka den psykiska hälsan bland svenska flygvapenpiloter. De ombads fylla i skattningsformuläret och sedan returnera det i det medföljande frankerade kuvertet. Hälften av flygvapenpiloterna fick skattningsformulär med ett angivet nummer på informationsbrevet samt

skattningsformuläret. I informationsbrevet till dessa piloter stod det att de var slumpmässigt utvalda att ingå i en ej anonym del av studien och numret var kopplat till deras journal hos Försvarsmedicincentrum. Den vitala informationen skrevs innanför en ram och med fet stil, i informationsbrevet. Således skulle denna grupp av piloter vara av den uppfattningen att studien ej var anonym och att deras svar skulle journalföras. Syfte med att poängen skulle journalföras sades vara att det skulle finnas möjlighet att senare undersöka hur eventuella behandlingsinterventioner eller förändrade arbetsförhållanden påverkade den psykiska hälsan. Numret var dock fiktivt samt slumpmässigt och hade därför ingen koppling till piloterna, vilket innebär att även dessa individer var anonyma. Den andra hälften av piloterna fick skicka in sina skattningsformulär helt anonymt. I informationsbrevet till denna grupp ombads de att inte ange några personuppgifter på skattningsformuläret. Även här skrevs den vitala informationen innanför en ram och med fet stil. Indelningen i grupperna skedde genom att de två olika varianterna av utskick placeras i omärkta kuvert. Efter detta blandades kuverten. Slutligen applicerades adresserna på kuverten. Således var det okänt vilken pilot som fick vilken typ av grupptilldelning. Skattningsformulären skickades ut 2015-11-02 och nio dagar senare skickades en påminnelse till samtliga piloter via elektroniskt brev. Det skickades även elektroniskt brev till samtliga divisionschefer där dessa ombads påminna sina medarbetare att om de ville delta i studien skulle de skicka in sina skattningar så snart som möjligt. Sista skattningsformuläret mottogs 2015-12-17.

Dataanalys

Två olika typer av statistiska beräkningar genomfördes. Dels gjordes tre oberoende t -test där beroendevariablerna var skattade poäng på depressions- respektive ångestskalan samt totalpoäng. Dels så gjordes tre χ^2 -test (test for independence) där nollhypotesen var att det skulle vara lika stor andel piloter i den anonyma gruppen, som i den icke anonyma gruppen, som rapporterade över respektive gränsvärde på ångestsskalan, depressionsskalan samt på någon skala (ångest- och/eller depressionsskalan). Signifikansnivån 0.05 valdes.

Etiska överväganden

Den grupp som kallas ”icke anonyma” i denna studie var de facto anonyma, eftersom det nummer som stod på deras skattningsformulär var randomiserat och fiktivt. Det skulle kunna vara så att någon i denna grupp verkligen önskade att deras skattningar journalfördes, vilket således ej gjordes. Av den anledningen skickades ett elektroniskt brev till samtliga piloter, efter att undersökningen genomförts, där de informerades om detta. De fick även en kontaktuppgift dit de kunde vända sig om de önskade fylla i ett nytt skattningsformulär för journalföring. Informationen skickades även till divisionscheferna som ombads informera sina medarbetare. Kontaktuppgifter till legitimerade psykologer vid Flygmedicincentrum fanns även på informationsbrevet. Studiens författare är verksam som JAS39-pilot i Flygvapnet och har därför en förståelse som kan påverka tolkningen och diskussionen av resultaten.

Resultat

Ett oberoende t-test visade att det fanns en signifikant skillnad mellan gruppen som fyllde i det anonyma skattningsformuläret och gruppen som fyllde i det icke anonyma formuläret, med avseende på poäng på ångestskalan, $t(109) = 2.42$, $p < .05$, tvåsidigt test (Tabell 1). De anonyma hade i genomsnitt 5.52 poäng, $SD = 3.50$, 95 % CI = [5.39, 6.44], och de icke anonyma hade i genomsnitt 4.06, $SD = 2.67$, 95 % CI = [3.31, 4.81] (Tabell 1). Resultatet innebar att nollhypotesen kunde förkastas. Gruppen icke anonyma skattade lägre på ångestskalan än gruppen anonyma.

Ett oberoende t-test visade att det inte fanns en signifikant skillnad mellan gruppen som fyllde i det anonyma skattningsformuläret och gruppen som fyllde i det icke anonyma formuläret, med avseende på poäng på depressionsskalan, $t(109) = 1.50$, $p = .14$, tvåsidigt test (Tabell 1). De anonyma hade i genomsnitt 3.88 poäng, $SD = 2.79$, 95 % CI = [3.15, 4.61], och de icke anonyma hade i genomsnitt 3.14, $SD = 2.32$, 95 % CI = [2.49, 3.79] (Tabell 1). Resultatet innebar att nollhypotesen ej kunde förkastas. Resultatet var inte i linje med hypotesen att de icke anonyma skattade lägre på depressionsskalan än de anonyma.

Ett oberoende t-test visade att det fanns en signifikant skillnad mellan gruppen som fyllde i det anonyma skattningsformuläret och gruppen som fyllde i det icke anonyma formuläret, med avseende på totalpoäng på ångest- och depressionsskalan tillsammans, $t(109) = 2.28$, $p < .05$, tvåsidigt test (Tabell 1). De anonyma hade i genomsnitt 9.40 poäng, $SD = 5.82$, 95 % CI = [7.87, 10.93], och de icke anonyma hade i genomsnitt 7.20, $SD = 4.22$, 95 % CI = [6.01, 8.38] (Tabell 1). Resultatet innebar att nollhypotesen kunde förkastas. Gruppen icke anonyma skattade lägre poäng totalt än gruppen anonyma. Ovanstående resultat sammanfattas i tabell 1.

Tabell 1
Medelvärde för ångest-, depressions- samt totalpoäng.

	Grupp		<i>T</i>	<i>Df</i>
	Anonym M(sd)	Icke anonym M(sd)		
Ångestpoäng	5.5 (3.5)	4.1 (2.7)	2.42*	107
Depressionspoäng	3.9 (2.8)	3.1 (2.3)	1.50	107
Totalpoäng	9.4 (5.8)	7.2 (4.2)	2.28*	103.42

Not. * = $p < .05$.

Ett χ^2 -test genomfördes för att utröna om andelen piloter som skattade över gränsvärdet åtta poäng på ångestskalan skilde sig mellan grupperna. Andelen skattningar över gränsvärdet på ångestsskalan skilde sig signifikant mellan de två grupperna, $\chi^2(1, N=109) = 6.87$, $p < .01$ (Tabell 2). Resultatet innebar att nollhypotesen kunde förkastas. I gruppen icke anonyma piloter skattade en lägre andel över gränsvärdet på ångestskalan.

Tabell 2

χ^2 -test för andelen piloter som skattade över gränsvärdet på ångestskalan. Förväntad frekvens inom parantes.

	Ångestskalan		χ^2	Df
	Under gränsvärdet	Över gränsvärdet		
Anonyma	44 (49.0)	14 (9.1)	6.87*	1
Icke anonyma	48 (43.1)	3 (8.0)		

Not. * $p < .01$.

Antalet piloter som skattade över gränsvärdet åtta poäng på depressionsskalan var för litet för att kunna genomföra ett χ^2 -test. Förväntad frekvens i de båda grupperna anonyma samt icke anonyma var under 5 (Tabell 3).

Tabell 3

χ^2 -test för andelen piloter som skattade över gränsvärdet på depressionsskalan. Förväntad frekvens inom parantes.

	Depressionsskalan		χ^2	Df
	Under gränsvärdet	Över gränsvärdet		
Anonyma	52 (53.2)	6 (4.8) [#]	-	1
Icke anonyma	48 (46.8)	3 (4.2) [#]		

Not. [#] = förväntat frekvens < 5.

Ett χ^2 -test genomfördes för att utröna om andelen piloter som skattade över gränsvärdet åtta poäng på någon av skalorna (ångest- och/eller depressionsskalan) skilde sig mellan grupperna. Andelen piloter som skattade över gränsvärdet på någon av skalorna (ångest- och/eller depressionsskalan) skilde sig signifikant mellan de två grupperna, $\chi^2(1, N=109) = 3.87, p < .05$ (Tabell 4). Resultatet innebar att nollhypotesen kunde förkastas. I gruppen icke anonyma piloter skattade en lägre andel över gränsvärdet på någon av skalorna (ångest- och/eller depressionsskalan).

Tabell 4

χ^2 -test för andelen piloter som skattade över gränsvärdet på någon skala (ångest- och/eller depressionsskalan). Förväntad frekvens inom parantes.

	Ångest- och/eller depressionsskalan		χ^2	Df
	Under gränsvärdena	Över något gränsvärde		
Anonyma	44 (47.9)	14 (10.1)	3.87*	1
Icke anonyma	46 (42.1)	5 (8.9)		

Not. * $p < .05$.

Diskussion

Studien avsåg besvara frågeställningen om det förekom dissimulering av depressions- samt ångestsymtom bland piloter som flög Sk60 och/eller JAS39 i svenska Försvarsmakten. Piloterna ansågs dissimulera om piloterna skattade en lägre poäng i självskattningsformuläret Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) om piloterna gjorde detta med information om att skattningarna skulle journalföras (hos Försvarsmedicincentrum) än vad piloterna hade gjort om de fått göra skattningarna anonymt. Detta operationaliserades genom att två pilotgrupper jämfördes, den ena svarade anonymt och den andra gavs informationen att svaren skulle journalföras. Resultatet visade en signifikant skillnad mellan grupperna, beträffande medelvärdet på skattade poäng på ångestskalan samt medelvärdet på totalpoäng. De anonyma skattade högre poäng på ångestskalan samt totalt. Resultatet visade även en signifikant skillnad mellan de två grupperna anonyma och icke anonyma piloter, med avseende på andelen piloter som skattade över gränsvärdet på ångestsskalan samt andelen piloter som skattade över gränsvärdet på någon av skalorna (ångest- och/eller depressionsskalan). Det var en större andel piloter i den anonyma gruppen som skattade över gränsvärdet på ångestskalan samt på någon av skalorna (ångest- och/eller depressionsskalan). Skillnaden mellan grupperna med avseende på medelvärdena på skattade poäng på depressionsskalan var ej signifikant. Antalet piloter som skattade över gränsvärdet på depressionsskalan var för litet för att kunna genomföra en tillfredställande statistisk analys.

Som tidigare nämnt så har det ej gått att finna någon tidigare forsknings där försök till kvantifiering av dissimulering hos piloter skett. Av den anledningen är det svårt att värdera föreliggande studies resultat. Teurnell (2008) fann i sin studie relativt stor förekomst av ångest- samt depressionssymtom hos svenska JAS39-piloter. I den studien var samtliga informanter anonyma. Hon menade att dagens icke anonyma uppföljning av den psykiska hälsan hos Flygvapnets piloter ej är tillräcklig. Föreliggande studie påvisar att det kan finnas problem med dagens system med identifiering av psykisk ohälsa, hos piloter som flyger JAS39 och/eller Sk60, eftersom det inte går att utesluta att det förekommer dissimulering av ångestsymtom. Det går ej heller att utesluta att det förekommer dissimulering av ångest- och depressionssymtom sammantaget.

Vilka implikationer månne då detta få för Försvarsmakten? Morse och Bor (2006) menade att depression och ångest sänker den psykiska prestationsförmågan hos piloter. I den Flygoperativa manualen (Försvarsmakten, 2015) klargörs att det är varje enskild pilot som ansvarar för att denne upprätthåller erforderlig psykisk prestationsförmåga. Systemet bygger i hög grad på att piloten själv meddelar sig om en eventuell nedsättning av den egna psykiska prestationsförmågan. Som föreliggande studies resultat visar så går det såldes inte att utesluta att piloter dissimulerar. Som Teurnell (2008) menade så är det ur ett flygsäkerhetsperspektiv bekymmersamt att piloter i Försvarsmakten tenderar att fortsätta flyga trots upplevda problem med psykisk ohälsa. Orsaken till att piloter fortsätter flyga tros vara en osäkerhet hos piloterna huruvida organisationen kan hantera problemen utan att karriären äventyras (Teurnell, 2008). Bor et al. (2002) menade att utöver oro för att bli av med sin flygtjänst så undviker piloter att uppvisa symtom på psykisk ohälsa på grund av oro för stigmatisering samt upplevd kontrollförlust då psykologi anses vila på en ovetenskaplig

grund. Subjektiva bedömningar från psykologer samt läkare tyckes därmed kunna få en oproportionerlig stor påverkan på pilotens situation.

Efter Germanwings haveri i Alperna har det höjts röster om att screeningen av psykisk ohälsa hos piloter måste ses över och att det är nödvändigt att utveckla övervakningen av den psykiska hälsan hos piloter (se till exempel Höglund, 2015). Enligt min mening så är det i dagsläget föga meningsfullt för Flygvapnet att screena för psykisk ohälsa eftersom det kan förekomma dissimulering. Resurserna bör istället framför allt användas i preventivt arbete. Bor et al. (2002) menade att det är av vikt att avmystifiera psykologin, minska stigmatiseringen samt att ge piloterna verktyg och strategier för att kunna hantera psykiska påfrestningar från arbete och privatliv. Försvarsmakten bör även sträva efter att skapa en trygg miljö där piloterna öppet vågar berätta om eventuella symtom på psykisk ohälsa. Enligt Bor och Hubbard (2006) så kopplas normalt flygpsykologer in först när något har hänt eller när en pilot upplever kliniskt signifikanta problem. Genom att minska avstånd mellan piloter och flygpsykologer ökar möjligheten att ”mota Olle i grind” innan eventuella psykiska påfrestningar leder till kliniskt signifikanta problem. *”It is important to ensure that pilots have direct and easy access to confidential mental health professionals with whom they can consult, without necessarily adverse repercussions for doing so”* (Bor et al., 2002, s. 253). Bor et al. (2002) menade vidare att de som arbetar med piloters psykiska hälsa måste förstå den unika arbetsmiljön och de krav som ställs på piloterna i denna miljö. Här fyller, enligt min mening, flygspecialpsykologer en viktig funktion. Flygspecialpsykologer är piloter som dessutom är legitimerade psykologer (Försvarsmakten, 2015). Flygspecialpsykologer i Försvarsmakten bedriver sin flygtjänst på de olika förbanden som ”en i gänget” och vet vad som krävs av piloterna i den unika militära flygkontexten. Av den anledningen kan det för en pilot upplevas tryggare att gå till en flygspecialpsykolog än till exempelvis en flygläkare. En flygspecialpsykolog som känner piloterna har sannolikt även en större möjlighet att upptäcka förändringar i beteendet, som kan vittna om symtom på psykisk ohälsa, hos en individ än vad en flygläkare kan göra vid de årliga läkarundersökningarna. Flygspecialpsykologen kan även möta individer, som varit med om incidenter, med en förståelse som är svår att nå utan att själv ha en lång flygerfarenhet.

Studiens centrala begränsningar. Föreliggande studie har ett antal svagheter. För det första skall det beaktas att studien inte säger något om hur de som ej upplevde problem med ångest- och depressionssymtom hade skattat om de upplevt sådana problem i samband med skattningen. Om piloten inte upplevde sådana symtom så kunde piloten ej heller dissimulera. Av den anledningen kan problemen med dissimulering vara större än vad som påvisades. Detta skulle även kunna förklara varför utfallet för dissimulering på depressionsskalan inte blev signifikant. Problemen med depressionssymtom bland piloterna var helt enkelt för små för att det skulle kunna gå att påvisa dissimulering. Det var dock dubbelt så många i gruppen anonyma som skattade över gränsvärdet på depressionsskalan, i jämförelse med gruppen icke anonyma. Det kan även ha förekommit dissimulering i den anonyma gruppen. Piloterna i den anonyma gruppen kan ha velat reproducera bilden av pilotskrået som en grupp av ”the right stuff”. Ett annat problem med studiens upplägg var att det inte med säkerhet går att säga att alla piloterna verkligen läste det medföljande informationsbrevet. Om piloterna inte läste informationen så har inte den manipulerade variabeln påverkat piloterna. Därmed kan piloter i gruppen icke anonyma ha fyllt i skattningsformuläret i tron av att det var anonymt vilket i så fall har gjort det svårare att påvisa dissimulering. I ett försök att

motverka detta skrevs den vitala informationen innanför en ram och med fet stil, i informationsbrevet. Numret på de icke anonyma skattningsformulären var skrivet med rött på både informationsbrevet samt på själva skattningsformuläret. En annan svaghet med studien är att det kan vara så att de som ej skickade in sina skattningsformulär valde att inte göra detta på grund av att de upplevde problem med ångest- samt depressionssymtom och att de inte ville att det skulle komma till Försvarmaktens kännedom. De facto var det 11 piloter färre som svarade i den icke anonyma gruppen än i den anonyma (inklusive det interna bortfallet).

Det vore intressant att genomföra en kvalitativ studie och intervjua piloterna för att försöka bringa klarhet i varför det förekommer dissimulering samt hur de tror att dissimuleringen kan minskas. En kvalitativ studie skulle även kunna ge en fingervisning huruvida piloter som i denna studie ej dissimulerade på grund av (tack vare) att de helt enkelt ej upplevde tillräckligt starka symtom, hade dissimulerat om de upplevt symtom.

Att inte piloter öppet vågar prata om eventuell psykisk ohälsa kan äventyra flygsäkerheten. Sammanfattningsvis visar denna studie att psykisk ohälsa bland Sk60- och/eller JAS39-piloter ej med säkerhet kan identifieras genom icke anonym screening och kontroll eftersom det kan förekomma dissimulering. Den flygmedicinska funktionen i Försvarmakten bör istället arbeta proaktivt och genom utbildning minska stigmatiseringen, avmystifiera psykologin samt ge verktyg för att hantera mentala påfrestningar. Försvarmakten bör även sträva efter att skapa en trygg miljö där piloterna vågar prata om eventuell nedsättning av sin psykiska prestationsförmåga. Målsättningen måste enligt min mening vara att piloter trots en, på grund av psykisk ohälsa, nedsatt psykisk prestationsförmåga fortfarande upplever att de är av "the right stuff".

Referenser

- BEA. (2015). *Accident on 24 March 2015 at Prads-Haute-Bléone (Alpes-de-Haute-Provence, France) to the Airbus A320-211, registered D-AIPX, operated by Germanwings. Preliminary report*. Paris: Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the hospital anxiety and depression scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Bor, R., Field, G., & Scragg, P. (2002). The mental health of pilots: an overview. *Counselling Psychology Quarterly*, 15, 239-256.
- Bor, R., & Hubbard, T. (2006). Aviation Mental Health: An Introduction. I R. Bor, & T. Hubbard (Red:er), *Aviation mental health: Psychological implications for air transportation*. (s. 1-12). Aldershot, UK: Ashgate.
- EASA. (2015). *Task Force on Measures Following the Accident of Germanwings Flight 9525. Final Report*. Cologne: Europeiska Unionen
- Foreman, E. I., Bor, R., & van Gerwen, L. (2006). The nature, characteristics, impact, and personal implications of fear of flying. I R. Bor, & T. Hubbard (Red:er), *Aviation mental health: Psychological implications for air transportation*. (s. 53-68). Aldershot, UK: Ashgate.
- Försvarmakten. (2015). *Flygoperationell Manual för Försvarmakten Gemensam*. Stockholm: Försvarmakten.

- Holmberg, K. (2015, 24 mars). Katastrofplatsen mycket svårtillgänglig. *Dagens Nyheter*. Hämtad 2015-05-03 från <http://www.dn.se/nyheter/varlden/-katastrofplatsen-mycket-svartillganglig/>
- HRQL-gruppen. (2000). *HAD*. 26 oktober 2015, [http://fbanken.se/files/17/HAD_\(HRQL-gruppen\).pdf](http://fbanken.se/files/17/HAD_(HRQL-gruppen).pdf)
- Höglund, J. (2015, 3 april). De söker sanningen om flygkraschen. *Göteborgsposten*. Hämtad 2015-05-03 från <https://www.gp.se/nyheter/varlden/1.2675220-de-soker-sanningen-om-flygkraschen>
- Morse, J. S., & Bor, R. (2006). Psychiatric disorders and syndromes among pilots. I R. Bor, & T. Hubbard (Red:er), *Aviation mental health: Psychological implications for air transportation*. (s. 107-126). Aldershot, UK: Ashgate.
- NE.se (2015). *Dissimulera*. Hämtad från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/s%C3%B6k/?t=all&q=dissimulera>
- Politano, P. M., & Walton, R. O. (2015). Analysis of ntsb aircraft-assisted pilot suicides: 1982–2014. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Teurnell, J. (2008) *State Tiger? – En undersökning av svenska flygvapenpiloters mentala hälsa*. Opublicerat psykolog-examensarbete, Linköpings universitet: Psykologiska institutionen, Linköping.
- Winter, S. R., & Rice, S. (2015). Pilots who are perceived as unsociable are perceived as more likely to have a mental illness: An affective perspective. *Aviation Psychology and Applied Human Factors*, 5(1), 36-44.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.