

Krisstöd vid allvarlig händelse

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är *ett Underlag från experter*. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstaganden.

Artikelnr 2008-123-16

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2008

Förord

Socialstyrelsen är sektorsansvarig myndighet för hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Inom ramen för detta ansvar har myndigheten ett särskilt ansvar för planering och samverkan för krisberedskap, liksom inför och vid höjd beredskap. Detta framgår av förordning (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap, §§ 11 och 18.

Under det senaste decenniet har utvecklingen inom det katastrofpsykologiska området varit mycket snabb. Kunskapen om riskfaktorer och mänskliga reaktioner har ökat kraftigt, bland annat genom erfarenheter och ett stort antal vetenskapliga studier inom området. Medborgarna ställer numera större krav på samhällets insatser vid allvarliga händelser och därför är det viktigt att förnya och utöka kunskapen inom området. Syftet med den här rapporten är att ge underlag för lokal och regional planering av krisstöd till de drabbade personerna vid en allvarlig händelse och utgör ett komplement till Socialstyrelsens handbok i Katastrofmedicin. Rapporten riktar sig till följande grupper:

- Verksamhetsföreträdare och beslutsfattare inom landstingen och kommunerna.
- Personer som är verksamma i hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska organisation och socialtjänstens krisberedskap, samt andra som arbetar med relevanta delar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Beredskapssamordnare inom landsting och kommuner.
- Företrädare för räddningstjänst, polis, trossamfund och frivilligorganisationer som i sin planering inför allvarliga händelser kan behöva känna till och ta hänsyn till den föreslagna samordnings- och samverkansplaneringen.

Underlaget är utarbetat vid Socialstyrelsens Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri (KcKP) med stöd av en extern arbetsgrupp. Materialet har därefter bearbetats av Sonja Cederberg, Birgit Zetterberg-Randén och Susannah Sigurdsson, Socialstyrelsen. En referensgrupp samt utvalda landsting, kommuner och länsstyrelser har fått lämna synpunkter på det bearbetade underlaget. I det avslutande redigeringsarbetet har utöver ovan nämnda också deltagit representant för CeFAM (Centrum för allmänmedicin) vid Stockholms läns landsting.

Johan Carlson
Avdelningschef
Tillsynsavdelningen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	9
Krisstöd	9
Ökade krav på samhället	10
Grunden för krisstöd	10
Helhetssyn	10
Allvarlig händelse	11
Allvarliga händelsers orsak, omfattning, utbredning och konsekvenser	11
Drabbade	13
Hälsokonsekvenser efter en allvarlig händelse	13
Risikfaktorer	13
<i>Lagar och förordningar</i>	15
Hälso- och sjukvårdslagen	15
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap och planläggning	15
Socialtjänstlagen	15
Arbetsmiljölagen	16
Arbetsmiljöverkets föreskrifter om första hjälpen och krisstöd	16
Lagen om skydd mot olyckor	16
Lagen om kommuners och landstings åtgärder vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap	17
Offentlighet och sekretess	17
<i>Internationella aspekter</i>	18
Flodvågskatastrofen	18
Terrorhot	18
Kulturell och religiös mångfald	19
<i>Grupper med särskilda behov</i>	20
Barn och ungdomar	20
Sjukhusvårdade personer	20
Saknade personer och de som själva lämnar skadeplatsen	21
Närstående till omkomna	21
Andra grupper med speciella behov	21
<i>Krisstöd</i>	23
Skadeplatsen	23

Närståendes informationsbehov	24
Olika behov i olika faser	24
Principer för krisstöd	24
Förberedelser	25
Krisstöd inom landsting och kommuner	27
Stödcentrum	27
Frivilligas insatser	28
<i>Krisstöd under den akuta fasen</i>	<i>30</i>
Primär prevention	30
Krisstöd i akutfas	30
Återtraumatisering och offerroll	31
Motståndskraft	31
Tidiga insatser	32
Psykologisk första hjälp	33
Olika metoder för stresshantering	34
Uppföljning och tidig behandling	34
<i>Krisstöd under mellanfasen</i>	<i>35</i>
Behovet av krisstöd förändras över tiden	35
Principer för uppföljning i mellanfasen	35
Behov och åtgärder i mellanfasen	36
Screening	36
Sammanfattning av exempel på olika former av krisstöd i akut och mellanfas	37
<i>Krisstöd under långtidsfasen</i>	<i>38</i>
Samordning av uppföljning under långtidsfasen	38
Åtgärder i långtidsfasen	38
<i>Krisstöd för insatspersonal och stödpersoner</i>	<i>40</i>
Påfrestningar	40
Arbetsmiljö, ledarskap och medarbetarskap	40
Åtgärder vid olika tidpunkter	41
Före insatsen	41
Under insatsen	41
Efter insatsen	42
Sammanfattning av exempel på olika former av krisstöd till insatspersonal	43
Insatser för stödpersoner	44
<i>Organisation</i>	<i>46</i>
Landstingens hälso- och sjukvård	46

Ledningsprinciper	46
Krisstödssamordning på regional nivå	47
Krisstödssamordning på lokal nivå	49
Samordning av enbart krisstöd	50
Behoven växlar över tiden	50
Sjukhusens akutmottagningar och stödmottagning	51
Primärvården	52
Kommunerna	52
Socialtjänsten	52
Landsting och kommun i samverkan	53
Länsstyrelserna	54
<i>Övriga samverkande aktörer</i>	55
Polisen	55
Räddningstjänsten	55
Trossamfunden	56
Sjukhuskyrkan	57
Trossamfundens uppgifter	57
Frivilligorganisationerna	57
Röda Korset	58
Rädda Barnen	58
Företagshälsovården	58
Skolhälsovård	58
Studenthälsovården	59
<i>Utbildning</i>	60
Landstingens utbildningsansvar	60
Gemensam utbildning för krisberedskapsorganisationen	61
”Krisstöd vid allvarlig händelse- grundkurs”	62
”Krisstöd vid allvarlig händelse- fördjupningskurs”	62
Stödpersoner	63
Personal med ansvar för uppföljande krisstöd	63
Professionell behandlingspersonal	63
Personal med ansvar för stöd och uppföljning av sjukvårds- och räddningspersonal samt/eller stödpersoner	63
Personer med arbetsledande uppgifter	64
<i>Att hantera kommunikation i en kris</i>	65
Massmedier	65
Planera kommunikationen	65
Snabb och korrekt information	65
Anpassa informationen till målgruppen	66
<i>Ordförklaringar</i>	67
<i>Bilagor</i>	69
<i>Markera ett alternativ på varje rad</i>	69
<i>Referenser</i>	72

Sammanfattning

Dokumentet ”Krisstöd vid allvarlig händelse” är ett underlag från experter och är avsett att ge underlag för lokal och regional planering av krisstöd till drabbade vid en allvarlig händelse.

I kapitlet ”Bakgrund” beskrivs innebörden av begreppet krisstöd och betydelsen och omfattningen av samhällets stödinsatser i förhållande till det stöd som drabbade individers sociala nätverk kan utgöra. Begreppet ”Allvarlig händelse” diskuteras beträffande orsak, omfattning, utbredning och konsekvenser. Ett antal riskfaktorer för att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) i samband med en allvarlig händelse nämns i kapitlet.

I lagstiftningskapitlet finns upptaget de författningar som styr verksamheten i samband med en allvarlig händelse liksom begreppen offentlighet och sekretess.

Under rubriken ”Internationella aspekter” berörs faktorer som dels kan innebära risker för att allvarliga händelser ska inträffa (naturkatastrofer, terrorhandlingar etc) dels hur sådana händelser kan komma att uppfattas beroende på samhällsmedborgarnas olika kulturella och religiösa bakgrunder.

Kapitlet ”Grupper med särskilda behov” tar upp ett antal grupper som man i planering och vid krisstödsinsatser bör tänka särskilt på.

Under rubriken ”Krisstöd” lämnas inledningsvis en beskrivning av händelseförloppet på en skadeplats direkt efter att en allvarlig händelse inträffat. Närståendes behov av information påpekas, de drabbades behov under olika faser nämns liksom principer för krisstöd och vilka förberedelser som bör vidtas av ansvariga för krisstödsverksamhet. En beskrivning av verksamheten inom landstingens PKL-grupper och kommunernas krisstödsgrupper lämnas liksom beskrivning av hur ett stödcentrum kan inrättas och vad det kan innehålla. Frivilligas insatser diskuteras.

De tre följande kapitlen behandlar krisstödet under den akuta fasen, mellanfasen och långtidsfasen. Här tas upp hur stödet bör utformas under de olika faserna, vad krisstödspersonalen bör tänka på, principer för uppföljning mm. Tidiga insatser diskuteras, begreppet ”psykologisk första hjälp” beskrivs liksom olika metoder för stresshantering.

”Krisstöd för insatspersonal och stödpersoner” tar upp skillnaderna i åtgärder för direkt drabbade respektive insatspersonal och stödpersoner. Arbetsmiljö, ledarskap och medarbetarskap diskuteras. Lämpliga åtgärder före, under och efter en insats beskrivs.

Organisationskapitlet beskriver hur ledningsprinciperna ser ut och fungerar då det gäller landstingens hälso- och sjukvård på såväl regional som lokal nivå, före, under och efter en allvarlig händelse. Primärvårdens och kommunernas roll beskrivs och vikten av samarbetet mellan landsting och kommuner betonas. Länsstyrelsernas roll i sammanhanget beskrivs kortfattat.

I kapitlet "Övriga samverkande aktörer" beskrivs kortfattat de uppgifter som polisen, räddningstjänsten, trossamfunden, frivilligorganisationerna samt företags-, skol- och studenthälsovård har vid en allvarlig händelse.

Under rubriken "Utbildning" beskrivs landstingens utbildningsansvar samt behovet av gemensam utbildning för krisberedskapsorganisationen. Beskrivningar av vilket innehåll som ingår i utbildningarna på olika nivåer och för olika målgrupper lämnas.

I dokumentet finns också ett kapitel om att hantera kommunikation i en kris – hur kommunikation bör planeras, vikten av snabb och korrekt information, behovet av att anpassa kommunikationen till olika målgrupper.

Slutligen innehåller dokumentet ordförklaringar och lista över referenser.

Bakgrund

Under det senaste decenniet har många människor, även i västvärlden, blivit utsatta för svåra upplevelser och hot genom katastrofer, våld och terrorism. Det högteknologiska samhället medför också en ökad sårbarhet vid störningar; exempelvis kan omfattande störningar i eltilförseln få stora konsekvenser för många samhällsfunktioner. Människor reser allt mer över hela världen vilket ökar risken för transportolyckor och för att bli utsatt för politiska terrorhandlingar liksom för naturkatastrofer. Exempel på terrorhandlingar är bombdåden på ett diskotek på Bali (2002) och mot kommunala transporter i Madrid (2004) och London (2005), World Trade Center-katastrofen i New York (2001) samt gisslansituationen på en skola i Beslan (2004). Ett exempel på naturkatastrofer är tsunamikatastrofen (2004) som drabbade ett stort antal svenska medborgare. Kollisionen mellan två plan på Linateflygplatsen i Milano (2001) är exempel på en transportolycka som drabbade flera svenskar.

Den förändrade familjestrukturen, sekulariseringen och det mångkulturella samhället kan dessutom göra att den enskilda människan och familjen blir mer sårbar, liksom lokalsamhället och samhället i ett vidare perspektiv. Andra nya företeelser är den ökade användningen av Internet och utbyggda telekommunikationsmöjligheter, vilket innebär att information kan spridas snabbt. De drabbade kan larma direkt från en skadeplats vid en allvarlig händelse. Det kan medföra att närstående och andra utsätts för svåra situationer utan möjlighet att kunna ingripa eller påverka.

Krisstöd

I denna rapport används begreppet *krisstöd* för allt medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd som olika samhällsinstanser förmedlar i samband med allvarliga händelser. *Allvarlig händelse* används som ett samlingsbegrepp för alla stora olyckor, katastrofer, *extraordinära händelser* och *svåra påfrestningar*. När en allvarlig händelses effekt på människan diskuteras används ibland begreppet potentiellt traumatisk händelse. Detta begrepp förklaras mer ingående längre fram i texten.

Ett stort antal människor kan komma att drabbas vid en och samma händelse. Detta ställer stora krav på formella hjälp- och stödstrukturer. De psykologiska reaktionerna hos människor omedelbart efter en svår upplevelse kan i regel betraktas som ”normala” – även om de är plågsamma för en del. Det är situationen och sammanhanget som är ”onormalt”. Erfarenheten från allvarliga händelser är dock att de flesta drabbade inte får några långvariga psykiska störningar.

Ökade krav på samhället

Situationen kan bli mycket svårare att hantera när många människor är berörda. Exempelvis märks detta genom den stress som många människor drabbas av, behovet av att prioritera kollektiva insatser, det stora mediala intresset och de eventuella politiska följderna. En allvarlig händelse och följderna av en sådan kan få olika karaktär beroende på antalet kroppsligt skadade och omkomna. Vissa typer av allvarliga händelser kan innebära ett stort antal överlevande utan några kroppsliga skador. Idag finns god kunskap om risken att människor på lång sikt kan utveckla kroniska besvär efter svåra upplevelser, och vikten av att de drabbade möts på ett anpassat sätt i ett tidigt skede. Därför måste det i hela landet finnas en god beredskap för sådana händelser.

Grunden för krisstöd

Det vore orealistiskt att förvänta sig att stödinsatser från samhällets sida, hur väl de än organiseras och genomförs, kan ge snabb och fullständig lindring av lidande. Grunden för en människas krisstöd, och för dennes förmåga att hantera konsekvenserna av svåra upplevelser, är familj, släkt, vänner, arbetskamrater, grannar och alla andra människor som utgör personens naturliga sociala nätverk [1]. Samhällets stödinsatser kan och ska enbart komplettera det individuella nätverket, inte ersätta det. Stödinsatser från samhället kan också vid behov bistå delar av nätverket så att detta kan fylla sin viktiga funktion. Samtidigt måste det vara enkelt för människor att ta del av samhällets stödinsatser. Det kräver förberedelser och samverkan mellan olika aktörer i samhället. Internationellt har man goda erfarenheter av att inrätta lokala stödcentrum som följer principen ”one-stop shop” [2], vilket innebär att medborgarna bara ska behöva vända sig till en plats och där bli hänvisade till de olika stöd de har behov av

Helhetssyn

Ett bra krisstöd vid allvarliga händelser förutsätter en helhetssyn på människan. Det innebär att arbetet måste bygga på kunskaper från olika kompletterande kunskapsområden och ta hänsyn till biologiska, psykologiska, sociala, socialpsykologiska, samt existentiella och andliga faktorer. Det innebär i sin tur att både krisberedskapsplaneringen och den praktiska verksamheten involverar representanter för alla dessa kunskaps- och erfarenhetsområden. Katastrofpsykologi och katastrofpsykiatri är kunskapsområden som bör användas vid planering och genomförande av ett bra krisstöd och bemötande, för att minimera behovet av senare insatser och behandlingar. Ett anpassat tidigt krisstöd kan minska risken för vissa personer att utveckla psykiska och kroppsliga besvär efter svåra upplevelser, och ska stödja den drabbade i en återhämtningsprocess. En del av dem som på olika sätt drabbas och berörs av en allvarlig händelse kan ändå komma att utveckla psykisk ohälsa på

längre sikt. För de personer som utvecklar posttraumatiska stressyndrom^a och andra posttraumatiska besvär är det viktigt att dessa besvär identifieras och att det finns tillgång till psykotraumatologisk kompetens för utredning och behandling.

Allvarlig händelse

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planering inför höjd beredskap, definieras en allvarlig händelse som en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt (SOSFS 2005:13).

Allvarlig händelse används som en samlingsterm inom hälso- och sjukvården, hälsoskyddet, smittskyddet och socialtjänsten för olika typer av händelser, inklusive risk för eller hot om sådana händelser. Denna definition gör att landstingen själva kan bestämma vad som faller under begreppet utifrån sina egna förutsättningar. Samtidigt är termen entydig: för att uppfylla kriterierna för en allvarlig händelse krävs att sjukvården har reagerat och beslutat att etablera en särskild sjukvårdsledning. Termen täcker alltså inte enbart katastrofbegreppet, en stor olycka samt hotsituationer, utan även andra händelser som kan kräva att verksamheten leds på ett särskilt sätt.

Detta innebär att händelser som inte är direkt patientrelaterade men ändå har en stor påverkan på hälso- och sjukvården också kan betraktas som allvarliga händelser. Händelser som hör till det katastrofpsykologiska och katastrofpsykiatriska området kan innebära en sådan belastning att den särskilda sjukvårdsledningen behöver aktiveras. Exempel på det är en olycka där ett stort antal människor omkommer, eller när den traumatiska händelsen utgörs av ett uppenbart, överhängande livshot utan att någon fått kroppsliga skador.

Begreppet allvarlig händelse har därför en vidare innebörd ur psykologisk och psykiatrisk synvinkel, som också inkluderar händelser med ett stort antal drabbade där få eller inga fått kroppsliga skador. Detta är något som de ansvariga måste ta hänsyn till och tydligt beskriva i landstingens katastrofmedicinska planer och i kommunernas krisberedskapsplaner.

Vid ett larm bör den person som är ”tjänsteman i beredskap” ha befogenheter att initialt utöva särskild sjukvårdsledning i regionen (SOSFS 2005:13 kap 8 § Allmänna råd).

Allvarliga händelsers orsak, omfattning, utbredning och konsekvenser

Landstingens och kommunernas krisberedskapsplaner utformas så att de tar hänsyn till olika typer av allvarliga händelser. För att kunna genomföra en så lämplig insats som möjligt är det nödvändigt att tidigt kunna identifiera

^a Posttraumatiskt stressyndrom eller PTSD är en psykiatrisk diagnos av en symptombild med psykiska besvär som är orsakade av en traumatisk händelse.

händelsens storlek, omfattning och utbredning. Händelser kan indelas efter orsak, omfattning och utbredning.

Orsak

Orsakerna till en allvarlig händelse kan vara av olika slag. En vanlig indelning är:

- Naturkatastrofer såsom översvämningar, orkaner, jordbävningar, vulkanutbrott, laviner m.fl.
- Oavsiktliga, t.ex. oavsiktliga tekniska katastrofer liksom oavsiktliga tåg-, flyg- fartygs- och andra transportolyckor, större bränder, giftutsläpp, kärnreaktorolyckor, olyckor vid transport av farligt gods m.m.
- Avsiktliga, dvs. med ett uppsåt bakom, som exempelvis terrorism, gisslansituationer eller andra våldshandlingar som drabbar en grupp människor.

Vid allvarliga händelser där den mänskliga faktorn kan ha varit en bidragande orsak blir den psykologiska problematiken delvis annorlunda än vid naturkatastrofer. Frågan om avsiktligheten, om någon kan anses vara skuld till skadehändelsen, aktiveras lätt vid denna typ av händelser. Tendensen att utpeka syndabockar kan t.ex. medföra att vissa personer behöver särskilt stöd. Ännu svårare kan reaktionerna bli efter avsiktliga händelser som terroraktioner och gisslansituationer.

Omfattning och utbredning

En *skadehändelse* med endast ett fåtal döda eller svårt skadade, hör till vardagssjukvårdens område. Trots det kan den komma att beröra många människor inom ett lokalsamhälle, speciellt när barn drabbas. Om det rör sig om en offentlig person kan långt fler människor även utanför lokalsamhället, beröras.

Om t.ex. alla döda, skadade och överlevande kommer från ett geografiskt avgränsat område kan koncentrationen av många drabbade personer leda till särskilda problem. Även sjukvårds- och räddningstjänstpersonal kan då bli personligt berörd av skadehändelsen. Samtidigt kan händelser som rör flyg, tåg och båt få både nationella och internationella konsekvenser eftersom de resande kan komma från många olika håll. Större händelser kan beröra flera länder samtidigt. Det kan i sin tur leda till andra konsekvenser än vid allvarliga händelser där enbart svenskar är inblandade.

När passagerarfärjan Estonia gick under 1994 och över 850 människor omkom var detta den dittills största katastrofen i Sverige i modern tid. Flodvågskatastrofen över Sydostasien på annandag jul 2004 tog nästan lika många svenskars liv, men var en betydligt större händelse när det gäller antalet drabbade som också varit direkt utsatta för utdraget livshot, kroppsliga skador, förlust av närstående samt ovisshet om närstående drabbats. Dessutom var det många som också kom att bevittna andras lidande. Andra försvårande faktorer var avståndet hemifrån och den massiva exponeringen från massmedierna när de drabbade kom hem.

Drabbade

I många år betonades främst de rent medicinska åtgärderna i den katastrofmedicinska planeringen. Under senare år har fokus vidgats alltmer mot alla berörda personer med deras reaktioner och förmåga att under stress orka med, ta ansvar för sig själva och andra samt att kunna utöva ledarskap. Det är inte bara de *direkt drabbade*, t.ex. överlevande och närstående, som visar olika typer av reaktioner. Andra grupper av *indirekt drabbade*, som sjukvårdspersonal och annan insatspersonal, kan reagera med olika typer av stressreaktioner. En allvarlig händelse kan ha olika innebörd för olika drabbade personer och grupper, och leda till olika slags posttraumatiska reaktioner. En god beredskap måste omfatta alla berörda personer och grupper, och hjälpinsatserna behöver anpassas till de drabbades olika behov. Vid varje allvarlig händelse är det viktigt att identifiera vilka som har drabbats, både direkt och indirekt, och på vilket sätt de har drabbats. Samtidigt måste samhället avgränsa och avdramatisera händelsen så att man inte skapar ett onödigt hjälpbehov.

Hälsokonsekvenser efter en allvarlig händelse

En allvarlig händelse kan utlösa övergående stressreaktioner hos de flesta drabbade. För några kommer dock stressbelastningen att vara så stor att den leder till en posttraumatisk stressreaktion [3–5]. Om en sådan reaktion utlöses eller inte beror dock inte bara på den yttre påfrestningen, utan på en kombination av hur den yttre händelsen drabbar personens mentala förmåga att förstå, hantera och ge mening åt situationen. Personens tolkning av situationen och åsikt om vad hon eller han kan göra åt den är det som avgör om händelsen blir en verklig stressfaktor eller inte. Av dessa skäl talar man i modern traumaforskning hellre om potentiellt traumatiska händelser (eng. PTE, "Potentially Traumatic Events").

Beroende på typen av händelse, den drabbade gruppen och exponeringsgraden, kommer mellan cirka 5 och 30 procent av de drabbade att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) vid sådana potentiellt traumatiska händelser.

Risikfaktorer

För de direkt drabbade kan det finnas särskilda riskfaktorer som svåra personliga och materiella förluster. Dessutom kan det livshot man har varit utsatt för innebära förlust av trygghet och säkerhet samt en upplevelse av hjälplöshet och maktlöshet över sin livssituation. Att bevittna andras lidande i kombination med att känna hjälplöshet och maktlöshet har t.ex. visat sig vara en riskfaktor för senare posttraumatiska problem. Sådana faktorer kan även påverka de indirekt drabbade. Likaså kan personer i ansvarspositioner hamna i situationer som innebär etiska konflikter; exempelvis kan man som chef behöva värdera de anställdas säkerhet gentemot drabbades nödställhet.

I två metaanalyser [6, 7] har man funnit följande riskfaktorer för PTSD:

- Händelsens svårighetsgrad samt upplevt livshot.

- Bristande socialt stöd efter händelsen.
- Uttalade psykiska reaktioner under och direkt efter händelsen, särskilt dissociation (brist i förmågan att kognitivt integrera det man upplevt i relation till sig själv).
- Kön (kvinnligt kön – ökad risk).
- Ålder (barn – ökad risk).
- Begåvnings- och utbildningsnivå.
- Socialgruppstillhörighet och/eller minoritetsstatus.
- Sårbarhet pga. tidigare utsatthet (utsatthet alternativt övergrepp i barndomen; tidigare allvarliga traumatiska händelser; tidigare egna psykiatriska problem eller hos andra i familjen)
- Parallell livsstress.

Det snabba kommunikationssamhället med omfattande mediebevakning innebär att människor ibland kan följa förloppet av en allvarlig händelse i direktsändning eller gång på gång ta del av utsändningar som skildrar händelsens förlopp och effekter. På så vis blir man högradigt utsatt för potentiellt traumatiserande intryck. Risken för psykisk ohälsa som följd av detta har visat sig vara särskilt stor för barn och ungdomar.

Mötet med medierna kan i vissa situationer bli extra känsligt. Ett exempel är när medierna vill intervjua personer som direkt drabbats av en händelse. Den som ingår i krisstödet kan då bli tvungen att avgöra om en sådan intervju är lämplig eller inte.

Någon i krisstödsorganisationen avdelas för uppgiften att ta hand om journalister som vill besöka anhöriggrupper eller andra berörda. En lämplig lokal kan fungera som ett servicecentrum åt besökande journalister. För drabbade och närstående är det viktigt att ha tillgång till en separat lokal dit journalister inte har tillträde. Om journalister vill träffa drabbade och närstående bör den tilltänkta intervjupersonen och krisstödspersonal diskutera det tillsammans – ingen ska behöva ställa upp mot sin vilja.

Personer som besöker den separata lokal som närstående och drabbade hänvisats till ska legitimera sig. På så sätt kan man undvika att någon utomstående uppger sig vara anhörig för att kunna ta sig in och tala med de närstående eller drabbade.

Lagar och förordningar

Hälso- och sjukvårdslagen

Enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla som är bosatta inom landstinget, samt åt den som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där om denne behöver omedelbar hälso- och sjukvård (3 och 4 §). Lagen anger vidare att hälso- och sjukvården bland annat ska förebygga ohälsa och att människor som vänder sig till hälso- och sjukvården ska få information om hur de kan förebygga sjukdomar eller skador (2c §). Av lagen framgår också att landstinget måste planera sin hälso- och sjukvård så att man har en katastrofmedicinsk beredskap (7§). I 26c § hälso- och sjukvårdslagen regleras även att kommuner och landsting som drabbats av en extraordinär händelse har rätt till bistånd i form av hälso- och sjukvårdsresurser från andra kommuner och landsting. Detta gäller de extraordinära händelserna i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap och planläggning

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:13) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap finns bestämmelser i både föreskriftsform (skall-krav) och i form av allmänna råd (bör-krav). Enligt föreskriftens 4 kap 11 § ska alla landsting ha beredskap för psykiatriskt, psykologiskt och socialt omhändertagande. Vidare ska det finnas minst en PKL-grupp i varje landsting. Som allmänt råd anges att PKL-gruppen har ett planeringsansvar för fortlöpande krisstödsutbildning. I det operativa ansvaret behöver det bland annat ingå att organisera omhändertagandet på vårdenhet med stödjande åtgärder för de drabbade. PKL-gruppen bör dessutom samverka med kommunens krisstödsorganisation.

Socialtjänstlagen

Enligt socialtjänstlagen (2001:453) har kommunen det yttersta ansvaret för att människorna som vistas där får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 2 §). Ansvaret gäller både under normala förhållanden och vid allvarliga händelser. Vid en allvarlig händelse kan socialtjänsten få ytterligare uppgifter. De personer som redan får vård och omsorg kan då behöva mer stöd och hjälp, men andra grupper av människor, som normalt klarar sin livssituation, kan också komma att behöva insatser från socialtjänsten. Förutom dessa tillkommande uppgifter vid allvarliga händelser ska socialtjänstens

övriga verksamhet bedrivs så att människor får den hjälp och det stöd som de behöver. Socialtjänsten har också enligt lagen ett särskilt ansvar för vissa målgrupper: barn och unga, äldre, funktionshindrade, missbrukare, anhörigvårdare och brottsoffer. Dessutom har socialtjänsten ansvar för information och uppsökande verksamhet, både under normala förhållanden och vid en krissituation. Vid en allvarlig händelse kan socialtjänsten alltså ställas inför stora påfrestningar. Även vid andra händelser och kriser, som på olika sätt drabbar många människor i samhället, har socialtjänsten ett ansvar för praktiska, sociala och psykologiska stödsatser. Några exempel är händelser som elavbrott, snöoväder och översvämningar samt andra typer av situationer där enskilda människors tragedier får konsekvenser för det omgivande samhället.

Arbetsmiljölagen

Syftet med arbetsmiljölagen (1977:1160) är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även på andra sätt skapa en god arbetsmiljö. Jfr 1 kap 1 §.

Lagen gäller i varje verksamhet i vilken arbetstagare utför arbete för arbetsgivares räkning. Arbetsmiljöverket har givits rätt att föreskriva mer preciserade bestämmelser om arbetsmiljön.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter om första hjälpen och krisstöd

Arbetsmiljöverket har gett ut föreskrifter om första hjälpen och krisstöd (AFS 1999:7) Enligt föreskrifternas 5 § ska alla arbetsplatser ha beredskap och rutiner för första hjälpen och krisstöd, anpassat till verksamhetens art, omfattning och särskilda risker. Vid planering ska arbetsgivaren ta de kontakter som behövs med de berörda lokala samhällsorganen (5 §).

Lagen om skydd mot olyckor

Lagen om skydd mot olyckor (2003:778) trädde i kraft den 1 januari 2004 och ersätter den tidigare räddningstjänstlagen. Den nya lagen innehåller bestämmelser om vad staten, kommunerna och enskilda personer ska göra för att undvika olyckor. Kommunernas ansvar har utvidgats till ett samordningsansvar för olycksförebyggande och skadebegränsande åtgärder. Riskinventeringar och riskanalyser ska ingå i den kommunala processen för hur man arbetar med att förebygga olyckor och hur räddningstjänstarbetet ska bedrivas. Det kommunala handlingsprogrammet ska förnyas varje mandatperiod och syftet ska också vara att skapa en samsyn för trygghet och säkerhet i kommunen.

Lagen om kommuners och landstings åtgärder vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

Från och med den 1 juni 2006 gäller lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Bestämmelserna i denna lag ska göra kommunerna och landstingen mindre sårbara i sin verksamhet och ge dem en god förmåga att hantera krissituationer i fred. På så sätt ska kommuner och landsting också få en grundläggande förmåga till civilt försvar.

Lagen innehåller bestämmelser om kommunens skyldigheter när det gäller bl.a. risk- och sårbarhetsanalyser, krisledningsnämnd, geografiskt områdesansvar, utbildningar och övningar samt kommunens rapporteringsskyldighet vid extraordinära händelser i fred och vid höjd beredskap. Lagen innehåller också bestämmelser kring bistånd mellan kommuner och landsting samt stöd till enskilda personer.

Offentlighet och sekretess

Inom den statliga och kommunala förvaltningen råder offentlighetsprincipen. Det innebär bl.a. att allmänheten kan få tillgång till handlingar och uppgifter som finns hos myndigheter. Vissa uppgifter och handlingar är dock av känslig karaktär och skyddas av sekretess. Vilka uppgifter och handlingar som kan skyddas av sekretess beskrivs i sekretesslagen (1980:100) och sekretessförordningen (1980:657). Inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården gäller sekretess för uppgifter om människors personliga förhållanden om det inte är uppenbart att personen ifråga eller någon av hans eller hennes närstående kommer att påverkas negativt. Sekretessen omfattar både skriftliga och muntliga uppgifter.

Alla som deltar eller har deltagit i en myndighets verksamhet måste följa sekretessreglerna, både fast anställda och vikarier samt uppdragstagare, t.ex. tolkar och översättare. Det är den aktuella myndigheten som har ansvar för att anställda och uppdragstagare informeras om att de är underkastade bestämmelser om sekretess och vad dessa innebär. De anställda måste följa sekretessen oavsett om informationen varit skriftlig eller muntlig.

Lagen reglerar även sekretess mellan myndigheter och mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet, liksom vilka undantag från sekretessen som gäller. Därutöver finns bestämmelser om tystnadsplikt. För hälso- och sjukvårdspersonal finns dessa regler i 2 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. För socialtjänstens verksamhet gäller bestämmelserna i 15 kap. socialtjänstlagen (2001:453).

Internationella aspekter

Sveriges befolkning har under de senaste femtio åren ökat med nästan två miljoner invånare till över nio miljoner, en nästan 30-procentig ökning. Över en miljon invånare är invandrare eller barn till invandrare. Under åren 1970–1999 kom stora grupper invandrare från krigsdrabbade länder eller som flyktingar från diktaturer, där man inte följde regler för mänskliga rättigheter och demokratiska grundprinciper. Psykiska reaktioner hos dessa grupper kan vara en normal reaktion på en onormal händelse, men de kan ändå felaktigt diagnostiseras som ett sjukdomstillstånd på grund av att tillräcklig kulturkompetens saknas. Den situation som lett till ett flyktingskap kan ha inkluderat traumatiska händelser. En annan situation är när grupper av svenska medborgare drabbas i utlandet och då särskilt i främmande kulturmiljöer. Den stora internationella turismen har medfört ökande krav på svensk katastrofberedskap i turisttäta områden. Som exempel kan nämnas att cirka en miljon svenskar varje år besöker Spanien. 400 000 av dessa turistar på Kanarieöarna, vilket innebär att det ständigt finns 10 000 svenskar i detta område, två timmars flygresa från Madrid och den svenska diplomatiska representationen. Ett katastrofscenario med t.ex. ett stort, fullastat charterflyg som kraschar i ett hotelldistrikt skulle medföra omfattande problem.

Flodvågskatastrofen

Efter flodvågskatastrofen i december 2004 evakuerades cirka 17 000 svenskar från Sydostasien under en tvåveckorsperiod. Det har bedömts att ungefär 7 000 av dem hade befunnit sig i katastrofområdet. Denna händelse har visat behovet av att kunna skicka ut svenska insatsgrupper för krisstöd till drabbade landsmän, vilket bland annat praktiserades i samband med Libanonkriget sommaren 2006. En sådan insats kan bli särskilt angelägen i ett utdraget räddningsarbete och i framtiden kan det därför bli aktuellt att planera nationella insatsstyrkor för denna typ av arbete. Erfarenheter från flodvågskatastrofen visar också fördelen med samarbete mellan organisationer från närliggande länder och språkområden. När en nationell stödstyrka skickas ut för att bistå drabbade från det egna landet ställs man dock inför etiska problem, nämligen om insatser för egna landsmän ska prioriteras framför de rådande medicinska och psykologiska principerna om vem som har störst behov av hjälpen.

Terrorhot

Dagens internationella säkerhetspolitiska läge har också förändrat situationen för den svenska krisberedskapen. Inom Europa har hotet om krig minskat dramatiskt, men samtidigt har fundamentalistiska grupperingar blivit ett växande internationellt hot. Terroristangreppen mot World Trade Center i

New York den 11 september 2001 och bombattackerna mot pendeltågen i Madrid 2004 och i London 2005 har tydligt visat på ökande risker för terrorattacker, som i framtiden också kan komma att riktas mot mål i Sverige. Det är mycket viktigt att den svenska krisberedskapens planering också tar hänsyn till denna typ av scenarier.

Kulturell och religiös mångfald

Allt fler människor i Sverige har sin uppväxt eller familjebakgrund i en annan kulturkrets. Vid allvarliga händelser ställs därför ökade krav på kultur- och språkkompetens i samhället. Kriser som inträffar i mångkulturella miljöer eller på något annat sätt involverar olika etniska grupper kräver ofta en annorlunda hantering än den inövade och planerade. Framförallt krävs ökade informationsinsatser, både i det akuta skedet och i uppföljningsarbetet, för att undvika missförstånd och misstro mellan de drabbade och myndigheterna eller mellan olika grupper i samhället. Okunskap om hur det svenska samhället fungerar och ifrågasättande av polisens och räddningstjänstens insatser kan försvåra både det direkta räddningsarbetet och människors hantering av det inträffade. Människor med invandrabakgrund kan också ha erfarenheter från sina ursprungsländer som påverkar deras reaktioner. Inom olika kulturer och religioner gäller olika normer och regler för hur man ska reagera och bete sig i kritiska livssituationer. Det kan gälla känslomässiga uttryck för sorg och förtvivlan, omhändertagandet av skadade och döda samt begravningsskick. I samband med krisstöd är därför ovärderligt med resurspersoner som har en lämplig kulturkompetens.

När allvarliga händelser inträffar i invandratäta regioner blir det också nödvändigt att ge information på andra språk än svenska. Lokala radiosändningar och invandrarförningars informationskanaler blir då viktiga vägar för att nå ut med information. En annan viktig resurs kan vara de trossamfund som huvudsakligen omfattar trosbekännare med bakgrund i en annan kulturkrets. Där finns språk- och kulturkompetens samtidigt som trossamfundens lokaler kan bli självklara mötesplatser och centrum för att sprida information. Stora invandrargrupper i Sverige har satellitutsänd tv från ursprungslandet som sin främsta nyhetskälla och kommer inte i kontakt med svenska nyhetssändningar. I invandratäta områden kan tillgången till tolkservice också vara avgörande för att förmedla ett bra krisstöd, liksom för de uppföljande verksamheterna.

Grupper med särskilda behov

Barn och ungdomar

Vid alla allvarliga händelser måste särskild hänsyn tas till barns och ungdomars specifika behov. Även vid händelser där inga barn eller unga människor finns bland de direkt drabbade måste man utgå ifrån att de finns med som närstående. Det innebär att barnperspektivet behöver finnas med redan i den katastrofmedicinska och katastrofpsykologiska planeringen. Därför måste det alltid finnas personer med särskild psykotraumatologisk barnkompetens i landstingens och kommunernas stödorganisationer.

Efter en allvarlig händelse är det viktigt att tidigt få svar på följande frågor:

- Hur många barn har drabbats eller på något annat sätt berörts av händelsen? Var finns de?
- Var befinner sig de drabbade familjemedlemmarna?
- Vilka förskolor, skolor, fritidshem m.m. är berörda?
- Vem kan ta över ansvaret för barnet om båda föräldrarna skadats svårt eller omkommit? Vilken information måste särskilt samlas in för att förmedlas till barn och ungdomar?

Principerna för stöd till barn är i grunden desamma som för vuxna, det vill säga att de behöver trygghet, omsorg och information. Om möjligt är det föräldrarna eller andra närstående personer som bäst kan förmedla detta, och därför kan dessa personer behöva stöd och information om hur de ska ta hand om barnen och stödja ungdomarna. Förutom genom familjen kan vissa barn och unga människor behöva individuellt stöd eller stöd genom information i grupp med andra barn eller ungdomar. Informationsmöten, stödsatser, avskedstagande, minnesstunder och liknande behöver delvis kunna anpassas till de närvarande barnens och ungdomarnas behov, och vid dessa tillfällen bör det finnas stödpersoner närvarande som har speciell uppmärksamhet riktad mot barnens och ungdomarnas behov. Dessutom behövs skriftlig information som är speciellt utformad för barn och unga. Det är viktigt att sådan information till barn är konkret och praktisk. Barn är mer upptagna av de konkreta svårigheterna i nuet och först senare blir de medvetna om de mera långtgående konsekvenserna.

Sjukhusvårdade personer

Förutom medicinsk behandling för fysiska skador kan en del personer också behöva krisstöd. Vid akutmottagningar och vårdavdelningar finns ordinarie personal som ansvarar för det omedelbara krisstödet, medan uppföljning på längre sikt sannolikt varierar i landet, både när det gäller de drabbade och de närstående. Kurator vid akutmottagning kan även ordna så att en kurator inom primärvården eller ett upprättat stödcentrum sköter uppföljningen. I

samband med en allvarlig händelse är det viktigt att så långt som möjligt tillvarata den kompetens och vana som finns bland den personal som arbetar med vardagsolyckor. Om de drabbade är allvarligt skadade bör man dock vänta med att göra en bedömning av deras psykiska tillstånd. Svårt skadade följs upp avseende psykiskt tillstånd på samma sätt som oskadade eller de med lättare skador.

Saknade personer och de som själva lämnar skadeplatsen

Erfarenheter från allvarliga händelser visar att människor inte passivt sitter och väntar på att erbjudas stöd. De agerar spontant och/eller får hjälp av människor i omgivningen. En viss andel av de oskadade eller till och med de skadade personerna lämnar skadeplatsen utan att komma i kontakt med sjukvården, räddningstjänsten eller någon annan organisation. En del personer med svårare skador, och som behöver omedelbar medicinsk hjälp, kommer till akutmottagningarna på egen hand. Då blir det särskilt viktigt att alla berörda som har behov av stöd också erbjuds sådant. För att nå så många som möjligt kan man t.ex. informera via massmedierna om vart de drabbade kan vända sig.

Närstående till omkomna

Det är lämpligt att i möjligaste mån skilja närstående till omkomna från närstående till överlevande, eftersom de olika gruppernas situation skiljer sig åt och detta också medför olika behov. Redan i det akuta skedet kan det bli aktuellt att stödja närstående som ska ta avsked av den omkomne, särskilt om denne har svåra kroppsliga skador. Den som bistår vid avskedet bör själv först ha sett den omkomne för att kunna förbereda de närstående genom en muntlig beskrivning innan man tillsammans går in till den omkomne. Det är viktigt att avskedet genomförs i en värdig miljö och med respekt för den dödes integritet. Det rekommenderas att närstående personer får möjlighet att se den omkomne, för att göra det överkliga verkligt och för att kunna starta ett sorgearbete. Att se en omkommen med svåra skador kan dock vara alltför påträngande, eftersom de närstående ska leva vidare med minnesintrycken av den omkomne. Vid mycket svåra skador kan man, om det är lämpligt, visa det som är helt och friskt. Samtidigt kan människors fantasier om den döda kroppens utseende ofta vara mer skrämmande än verkligheten. Undantag från denna rekommendation finns alltid och avgörande är, förutom den döda kroppens tillstånd, framförallt lyhörddheten för de närstående och deras behov. Hantering av omkomna, identifiering, uttryck för sorg liksom begravningsarrangemang måste ta hänsyn till etiska värderingar liksom kulturella och religiösa olikheter.

Andra grupper med speciella behov

I samhället finns människor med olika typer av funktionsnedsättningar och i samband med allvarliga händelser kan dessa personer bli extra utsatta. Detta

är därför viktigt att ta hänsyn till när krisberedskap och stöd planeras. Vid inträffade allvarliga händelser blir informationsöverföringen extra viktig och måste på olika sätt underlättas. Det är t.ex. lämpligt att det i kommuner och landsting finns en förteckning över resurspersoner för olika behov, dvs. personer som kan kontaktas i akuta situationer. Exempel på resurspersoner för döva kan vara teckenspråkiga präster och diakoner liksom döva som genomgått en speciell utbildning för kris- och katastrofärbete. Andra typer av funktionshinder kräver en liknande beredskap, exempelvis för synskadade, människor med en fysisk eller psykisk funktionsnedsättning liksom för äldre ensamboende. Människor från andra språkområden är en annan viktig grupp, se vidare avsnittet Kulturell och religiös mångfald.

Krisstöd

Människor som drabbas av en allvarlig händelse har olika behov. Det gäller naturligtvis omedelbart men också kort- och långsiktigt, beroende på typen av händelse och omständigheterna kring denna. I den ofta kaotiska akuta situationen med dess begränsade resurser går det dock att identifiera en rad olika behov utifrån de drabbades perspektiv. Även om samtliga behov verkar vara lika nödvändiga behöver personernas behov prioriteras. Drabbade kan också behöva stöd med att formulera sina hjälpbehov. I det nedanstående avsnittet finns en generell beskrivning av behov och åtgärder, utan värdering av vilken huvudman som ansvarar för specifika åtgärder. Syftet är att främst belysa vilka åtgärder som är aktuella och vilken kompetens som den ansvariga organisationen behöver.

Den akuta situationen efter en allvarlig händelse präglas som regel av osäkerhet och ovisshet. Det kan ibland dröja många timmar eller dygn innan människor kan få säker information om

- händelseförloppet
- orsaken till den allvarliga händelsen
- vilka som har drabbats
- de dödas identitet.

Ett exempel på detta är den första tidens oklarhet om vidden av tsunamikatastrofen i Sydostasien i december 2004. All medicinsk verksamhet i skadeområdet eller där det första stödet förmedlas, måste präglas av medmänsklighet och att människors grundläggande behov av värme, vätska och vila tillgodoses. De drabbade ska kontinuerligt få korrekt och kortfattad information, framförd på ett taktfullt sätt. Familjemedlemmar ska i möjligaste mån vid behov ges stöd på samma ställe. Vidare är det väsentligt att de drabbade skyddas från nya starka intryck, påträngande massmedier och nyfiken allmänhet.

Skadeplatsen

Det första stödet till direkt drabbade kommer oftast från andra drabbade och av vittnen till händelsen, och först senare av räddnings- och sjukvårdspersonal. För att den anländande personalen ska kunna ge ett gott stöd till de drabbade måste de ha tillräckliga kunskaper om psykologisk första hjälp. Förutom ambulanspersonal kan också sjukvårdgrupper sändas ut till skadeområdet. Dessa kan komma från akutsjukhus eller i vissa fall från primärvården. Krisstödet är en del i sjukvårdsinsatsen som leds av en sjukvårdsledare och en medicinskt ansvarig person. Krisstödet i skadeområdet organiseras i samverkan med räddningstjänst, polis och andra närvarande aktörer.

Den särskilda sjukvårdsledningen avgör även om någon annan speciellt utbildad personal för krisstöd ska skickas ut tillsammans med en sjukvårds-

grupp. Som regel skickar ledningen aldrig ut sjukvårdspersonal som inte är utbildad och inte har erfarenhet av att arbeta i en prehospitall miljö.

Närståendes informationsbehov

Vid en allvarlig händelse kan det vara svårt att tillgodose de närståendes informationsbehov i det akuta skedet. Så snart det är möjligt lämnar den särskilda sjukvårdsledningen och anhörigupplysningen inom sjukvården säkerställd och kontrollerad information angående de drabbade. Polisen upprättar även telefonnummer dit närstående kan ringa, men ofta har medierna, t.ex. kvällspressen eller internationella tv-bolag, hunnit förmedla information innan den kunnat bekräftas eller säkerställas. För att samla in och förmedla information om de drabbade måste informationen samordnas inom hälso- och sjukvården, men även med kommuner, samverkande myndigheter och organisationer, exempelvis polismyndigheten.

I väntan på säkerställd information måste de närstående få ett gott krisstöd. Uppgiften blir att framförallt stödja den drabbade att uthärda en period av väntan och ovisshet. En vanlig del av krisstödet är att stödja när information om de drabbade ska ges till närstående och vänner.

Olika behov i olika faser

Tiden efter en allvarlig händelse indelas i tre perioder: *akutfas*, *mellanas* och *långtidsfas* [8]. Fasernas längd beror på händelsens karaktär och de drabbades egna resurser, och därför är det svårt att specificera längden av varje fas. De drabbades behov i de olika faserna skiljer sig åt och förändras också över tid. Behoven kan också variera mellan olika personer. De olika fasernas karaktär har betydelse för planeringen, där de mest intensiva insatserna görs under akut- och mellanfasen. Ofta överlappar behoven mellan den akuta fasen och den påföljande fasen. Information är viktig i alla faser men den typ av information som behövs beror på vilken fas och vilken tid det handlar om. I den akuta fasen kan behoven vara att få information om vad som hänt ens närstående och hur man kan komma i kontakt med dem, medan det senare kan handla om mer specifika problem. Efter brandkatastrofen i Göteborg 1998, då 63 ungdomar dog och ett stort antal skadades, dominerade de fysiskt medicinska behoven i den akuta fasen. Dessa minskade dock snabbt i gruppen, förutom att de med allvarliga brännskador behövde mycket lång behandlingstid. Till en början fick de drabbade endast begränsat krisstöd i form av praktiska insatser, men det ökade över tid och särskilt vid speciella tillfällen som vid begravningar, rättegångar och årsdagar. Behovet av krisstöd ökade i mellanfasen och förblev stort under det första året. Mer långsiktigt har det konstaterats att cirka 25 procent av ungdomarna fortfarande behövde behandling för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och andra psykiska störningar, två år efter olyckan [9].

Principer för krisstöd

Det finns fortfarande inte något entydigt vetenskapligt stöd för interventioner i akut- och mellanfasen. Ett sådant mål kanske aldrig ens går att uppnå

på grund av svårigheterna att genomföra randomiserade studier av katastrofsituationer. Man kan dock basera stödet på de interventioner som genom forskning visat sig vara värdefulla och som inte skadar de drabbade. Hobfoll och medarbetare har beskrivit fem principer för sådana insatser [10], vilka har som mål att:

1. förstärka de drabbades känsla av säkerhet och trygghet
2. bidra till att lugna
3. stärka känslan av självtillit och tillit till samhällets förmåga
4. stärka samhörigheten med andra drabbade och närstående
5. stärka de drabbades känsla av hopp.

Forskargruppen betonar också att insatserna måste utmärkas av flexibilitet och anpassning efter omständigheterna. Drabbade i akut- och mellanfasen behöver i första hand socialt och praktiskt stöd för att underlätta återgången till normalitet. Alltför påträngande krav på att de ska bearbeta händelsen emotionellt kan störa den spontana återhämtningen.

Här följer andra grundläggande principer för krisstöd:

- Krisstödet ska vara föregripande och inte innebära en väntan på att problem uppstår eller krav ska uppkomma.
- Krisstödet ska vara lättillgängligt.
- Krisstödet är en del i sjukvårdsinsatsen och måste redan tidigt organiseras och samordnas.
- Det är viktigt att krisstödet är länkat till samhällets övriga insatser.
- Efter bedömning och akutinsatser är det lämpligt att den drabbade vid behov erbjuds ett mer långsiktigt och kontinuerligt krisstöd.
- Krisstödet ska som regel riktas till varje drabbad eller varje drabbad familj. Gemensamma minnesstunder och årsdagar blir viktiga för många, men måste planeras och genomföras så att de inte hindrar normal återhämtning.
- En kontinuerlig utvärdering av insatserna efter en allvarlig händelse är nödvändig för att kunna lära av dessa erfarenheter.

Förberedelser

Det är väsentligt att göra människor medvetna om sin egen förmåga att hantera en svår upplevelse samt att skapa realistiska förväntningar på samhällets insatser. Insatspersonal från räddningstjänsten, polisen och sjukvården behöver vara medvetna om krisstödsaspekter vid allvarliga händelser, och då är det viktigt med gemensam planering och gemensamma övningar. Detta ökar medvetenheten om de skadades och de oskadades behov, men ger också personalen större förståelse för de olika aktörernas roller, kompetens och uppgifter. Det är omöjligt att förutse alla specifika problem som kan uppstå vid en allvarlig händelse men det är ändå nödvändigt att ha en grundläggande förberedelse och planering. Krisstödsåtgärder måste vara så pass förberedda att människor kan få den hjälp de behöver när de behöver den,

för att om möjligt undvika skadeverkningar på längre sikt. Bra förberedelser kan också göra krisstödet mer kostnadseffektivt.

Fem nyckelområden behöver lyftas fram när det gäller förberedelser:

1. Planering. Det är viktigt med en plan för krisstöd som går att tillämpa på olika typer av allvarliga händelser, oavsett deras natur.
2. Utbildning. Alla som är engagerade i krisstöd behöver ha en grundläggande utbildning i *psykotraumatologi* och i de specifika förhållanden som karaktäriserar arbetet vid allvarliga händelser. Personer i ledande funktioner behöver utbildas i ledningstänkande och ledningsstrategier. Allmänheten kan också utbildas i grundläggande krisstöd, t.ex. vanliga reaktioner vid allvarliga händelser samt strategier för självbemästring (självhjälp).
3. Utbildning och övning är väsentligt för den grupp som är direkt ansvarig för att erbjuda krisstöd. De ansvariga ska vara medvetna om psykologiska, sociala och organisatoriska aspekter vid allvarliga händelser. Specifik träning är betydelsefull men den behöver anpassas till den kompetens som finns och till gruppens roller, ansvar och uppgifter. I utbildningar och övningar är det viktigt att ta vara på kompetens från den personal som till vardags arbetar med vardagsolyckor, t.ex. sjuksköterskor, läkare och kuratorer inom somatisk traumavård, samt ambulans- och räddningstjänstpersonal.
4. Utvärdering. Kontinuerlig utvärdering av organisationsplanen, av aktiviteterna under de olika stadierna och av det slutliga resultatet ger erfarenheter inför en fortsatt planering och främjar också vetenskapen.
5. Informationshantering. Detta är ett komplext område som behöver förberedas. Därför kommer det att diskuteras i ett särskilt avsnitt.

Förutom dessa fem områden finns det också andra faktorer att ta hänsyn till när det gäller att förbereda krisstödet:

- *Flexibla planer* i kombination med lämplig utbildning är en värdefull förberedelse inför en allvarlig händelse då beslut ska fattas under press. Omedelbart efter en allvarlig händelse råder osäkerhet och förvirring samtidigt som alla som hanterar krisen arbetar under hög belastning och känslan av ett hot. Därtill kommer behoven, kraven och reaktionerna från de människor som är berörda av händelsen. Den välmenande men ibland överambitiösa önskan att hjälpa till måste också hanteras, tillsammans med den massiva mediebevakningen och den intressemotsättning som kan uppstå mellan allmänhet, politiker och organisationer. För att undvika dubbelarbete kan det vara bra med enkla, standardiserade metoder för att värdera behoven av krisstöd och för att mobilisera resurser.
- *Ett förberett samarbete* behöver finnas i vardagen som en grund för en ömsesidig förståelse och respekt för varandras arbete vid en allvarlig händelse. Internationella erfarenheter har visat betydelsen av att hälso- och sjukvård, räddningstjänst, socialtjänst, trossamfund med flera organisationer samverkar i sina insatser för olika drabbade grupper.

- *Planeringen* måste gå längre än till den akuta fasen, och även ta hänsyn till de drabbades *långsiktiga krisstödsbehov*. De som ansvarar för planering måste ha kännedom om olika aktörer, samverkan och nätverksarbete för att skapa ett fungerande system som hjälper personalen att ge människor rätt råd. De drabbade kan t.ex. behöva hänvisas vidare för att få stöd i sociala och juridiska frågor, behandlingsfrågor eller andra specifika frågor. Det långsiktiga krisstödet kan ske i ordinarie verksamhet; kommunens regi, primärvården, stödcentrum alternativt psykiatrisk öppenvård. Förutom de drabbades reaktioner efter allvarliga händelser uppstår ofta socialjuridiska spörsmål och praktiska problem som snabbt måste lösas. En del drabbade är handlingsinriktade och behöver få ordning på sin praktiska tillvaro, för att sedan hantera den potentiellt traumatiska händelse de upplevt.

Krisstöd inom landsting och kommuner

Inom landstingen finns s.k. PKL-grupper. PKL-grupper kan finnas på såväl regional som lokal nivå och är beteckningen på en grupp som är avsedd att leda och samordna hälso- och sjukvårdens psykologiska, sociala och psykiatriska stödinsatser till drabbade, närstående och personal vid en allvarlig händelse.

Inom kommunerna finns krisstödsgrupper, ofta benämnda POSOM-grupper (Psykiskt och socialt omhändertagande). Huvuduppgiften för dessa är att i det akuta skedet stödja individer och familjer, upprätta informations- och stödcentrum samt samverka med de övriga organisationer som berörs av händelsen. På grund av skillnader mellan landets kommuner finns också stora skillnader i när, hur, varför och av vem som krisstödsgrupperna aktiveras.

Stödcentrum

Efter katastrofhändelser i Nederländerna och terroristangreppen i London beskrivs goda erfarenheter av att organisera så kallade "Information and Advice Centers" (IAC). Man talar om "one-stop shop", med vilket menas att de drabbade bara ska behöva vända sig till ett enda centrum för att få hjälp med sina olika behov [2]. Ett sådant stödcentrum kan ligga på en central plats dit drabbade, närstående och andra kan vända sig efter en allvarlig händelse för att få svar på frågor och få det stöd de behöver, alternativt hänvisningar till andra inrättningar.

Ett stödcentrum kan innehålla följande funktioner:

- En reception där människor tas emot.
- Ett utrymme där de olika stödfunktionerna håller till.
- En funktion för att kunna informera, ge råd och hänvisa drabbade och andra. Centrumet kan också få funktionen av ett medicentrum.
- En funktion för att ge människor krisstöd. Sårbara grupper, t.ex. barn, får speciell uppmärksamhet.

- En funktion som koordinerar stödet från olika instanser samt remitterar drabbade till andra inrättningar.
- En funktion för att samla på sig och hantera olika data som gäller den allvarliga händelsen.
- Förberedelse för de kommande mellan- och långtidsfaserna.

Sådana stödcentrum kan ge en organisatorisk struktur för krisstödet i akutfasen och underlättar planeringen för ett effektivt arbete under mellan- och långtidsfaserna. Det behöver dock inte innebära att alla aktiviteter ska koncentreras till ett och samma ställe. Flera stödcentrum kan behöva upprättas när det är långt mellan platsen för den allvarliga händelsen och de naturliga uppsamlingsplatserna, eller långt mellan de olika sjukhus dit drabbade förts.

I en svensk motsvarighet skulle stödpersoner som engageras i arbetet kunna komma från landstingens katastroforganisation, primärvården och från kommunernas socialtjänst. Personalen ska då tidigare ha fått utbildning och träning i att arbeta under dessa omständigheter. Ledning och samordning av eventuella stödcentrum blir beroende på lokala förhållanden i landsting och kommuner och förutsätter god samverkan mellan alla samhällsinstitutioner. Större företag och organisationer har idag som regel egna krisstödsorganisationer som kan fungera på liknande sätt. Likaså har frivilligorganisationerna, exempelvis Röda Korset och Rädda Barnen, utbildat personer som kan erbjuda krisstöd och utgöra stödpersoner vid en allvarlig händelse.

Frivilligas insatser

I början av en allvarlig händelse, innan sjukvårdspersonalen och annan insatspersonal anlant, kommer de första insatserna ofta från andra drabbade som klarat sig utan allvarliga skador, vittnen till händelsen samt andra tillskyndande. Dessa tidiga insatser är ovärderliga, då de många gånger bidrar till att de drabbades skador inte förvärras och att inte fler skadas eller omkommer. Det finns goda exempel på detta, bland annat från flodvågskatastrofen i Sydostasien [11].

Sjukvårdspersonalen och den övriga insatspersonalen är särskilt utbildad och har praktiska färdigheter för sitt jobb. Ofta har insatspersonalen även de erfarenheter som krävs, liksom viss kompetens i kulturella och etiska frågeställningar som också kan bli aktuella i samband med krisstödet. Insatspersonalen har ofta övat ihop, känner varandra och har utvecklat en gruppgemenskap som är viktig i dessa sammanhang. Sjukvårdspersonal och annan insatspersonal är dessutom vana att samverka med varandra och lokalt finns en ovärderlig personkännedom.

Det är också vanligt att vissa frivilligorganisationers medlemmar deltar i insatser vid allvarliga händelser. Bland annat ingår de ofta i kommunernas krisstödsorganisation och är utbildade inom respektive organisation. För att dessa frivilligas insatser ska bli effektiva krävs att landsting och kommuner har en gemensam planering om hur och när frivilliga kan engageras.

I ett senare skede, när samhällets insatser väl kommit igång, finns det ofta frivilliga personer som fortfarande vill hjälpa till. Personer som ansluter senare drivs många gånger av ett positivt engagemang som kan vara till nyt-

ta. I några fall har det frivilliga arbetet dock komplicerat situationen eftersom en del frivilliga helt enkelt inte varit lämpliga för akutinsatser. Vid en allvarlig händelse måste därför ledningen ta ansvar för att välja ut eventuellt lämpliga personer. I vissa kommuner finns redan organiserade frivilliga resursgrupper där man kan rekrytera och utbilda lämpliga personer. Civilförsvarsförbundet har tagit fram en broschyr [12] om hur man kan organisera frivilliga i samband med en allvarlig händelse.

Krisstöd under den akuta fasen

Primär prevention

Begreppet primär prevention kommer ursprungligen från Caplan [13] och betyder i detta sammanhang att man eventuellt kan förhindra utvecklingen mot psykisk sjuklighet genom att förbereda människor innan en händelse inträffar. Ett sätt är att minska antalet utsatta personer, vilket åtminstone är delvis möjligt efter en allvarlig händelse. För vanliga samhällsmedborgare kan detta möjligen ske genom information och utbildning om vanliga reaktioner och var man kan få stöd. Det kan ske via massmedier, folkrörelser, arbetsplatser, skolor och genom kommunala initiativ, särskilt i de utpekade riskzonerna.

Krisstöd i akutfas

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har en brittisk motsvarighet i form av National Institute for Clinical Excellence (NICE) som har sammanställt "Clinical Guidelines 26" [14]. Man har där gått igenom litteraturen på det psykotraumatologiska området och anger vad som kan anses vara evidensbaserade interventioner. I detta sammanhang gäller det tidiga interventioner efter potentiellt traumatiska händelser. Sammanfattningsvis menar man i NICE-rapporten att följande påståenden har vetenskapligt underlag:

- Alla som varit med om traumatiska händelser bör få möjlighet till stöd som är förmedlat på ett empatiskt sätt.
- Stödet kan vara praktiskt, emotionellt och socialt.
- Särskild uppmärksamhet behöver riktas mot barn.
- Det finns fördelar med att ge information om vanliga reaktioner och råd för bemästring.
- För personer med lättare reaktioner och reaktioner som varat mindre än fyra veckor är det tillräckligt med "observerande väntan" (eng. watchful waiting).
- Man bör avstå från så kallad psykologisk debriefing (se avsnittet om åtgärder för insatspersonal) med enskilda personer.
- En månad efter traumat är det lämpligt att genomföra en screening av högriskindivider med ett enkelt instrument.

De nedanstående beskrivningarna utgår främst från en sådan evidensbas eller från andra vetenskapliga grunder. I vissa fall kommer de från beprövad erfarenhet och sunt förnuft.

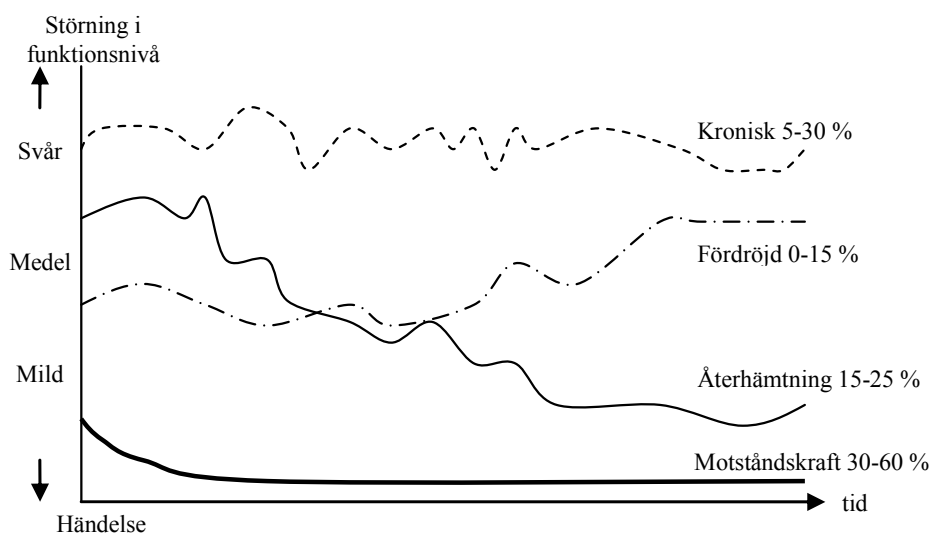
Återtraumatisering och offerroll

Samhällets hjälpinstanser måste fungera i mötet med de drabbade för att undvika s.k. sekundär traumatisering [15] – att personens trauma förvärras genom ett okänsligt eller okunnigt bemötande. De drabbade kan även påverkas negativt genom att de exponeras för den allvarliga händelsen via medier. Personer med uttalade reaktioner bör t.ex. avrådas från att låta sig intervjuas. Det finns en risk för ”återtraumatisering” av personer som ser den inträffade händelsen eller sig själva om och om igen i medierna. Samtidigt är det inte bra med ett överdrivet omhändertagande som istället förstärker de drabbades offerroll. När samhället planerar kollektiva minnesstunder och årsdagar ska man vara försiktig så att inte kollektiva behov skapas. Samhällets insatser ska stödja de drabbade i sin normaliseringsprocess, inte hålla kvar deras identitet som ”drabbad”. Trots det genomgånga traumat vill de flesta drabbade kunna återgå till ett normalt liv, och denna process måste stödjas. De drabbade som av olika anledningar fastnar i sin sorg eller drabbas av PTSD bör få individuell behandling.

Motståndskraft

Konsekvenserna av en potentiellt traumatisk händelse kan generellt, enligt Bonnano [16] (Fig. 1), bli att en del personer drabbas av kvarstående posttraumatiska reaktioner (kronisk reaktion) medan andra återhämtar sig (återhämtning). En grupp kan utveckla sena besvär (fördröjd reaktion) och huvuddelen kanske inte drabbas av några svårigheter överhuvudtaget (motståndskraft).

Fig. 1. Motståndskraft och funktionsnivå [16].



Allt fler inom den psykotraumatologiska forskningen har tagit utgångspunkt i det faktum att majoriteten av de personer som drabbas av en allvarlig händelse inte utvecklar några svårare posttraumatiska reaktioner. Några kan till och med känna att de stärkts som individer efter svåra upplevelser (eng.

”posttraumatic growth”) [17]. Det som utmärker dem som inte allvarligt påverkas av potentiellt traumatiska händelser har vad som på engelska kallas ”resilience”. Ordet är svårt att översätta till svenska men det lämpligaste ordet bedöms vara ”motståndskraft”. Masten [18] har gjort ett försök att definiera motståndskraft i denna mening och beskriver det som ”en förmåga till framgångsrik anpassning trots svåra eller hotande omständigheter”. I en sammanställning [19] beskrivs hur motståndskraft består av två delar: socialt stöd och självtillit. Se Fig. 2. Det kan naturligtvis i det akuta skedet vara svårt att bedöma vem som kommer att utveckla svårare besvär.

Fig. 2. Motståndskraft är en samverkan mellan socialt stöd och självtillit.



Tidiga insatser

Tidiga insatser efter potentiellt traumatiska händelser måste utgå från åtgärder för individer, familjer och samhället. Stödpersonerna måste prioritera sina insatser och fokusera på de mest behövande. De fyra olika grupperna i figur 1 kräver t.ex. olika åtgärder. De som uppvisar motståndskraft behöver oftast inte någon professionell hjälp. Istället kan dessa personer eventuellt engageras i hjälparbetet. Insatserna bör koncentreras på dem som kan identifieras som högriskindivider och de som uppvisar mer eller mindre svåra reaktioner. Förutom att försöka föra dessa personer i optimal trygghet och säkerhet bör de primära insatserna koncentreras på att stabilisera och lugna de drabbade. Personalen ska undvika att vara påträngande genom att t.ex. aktivt be dem berätta om sina upplevelser. Däremot måste de vara beredda att lyssna om någon ändå väljer att berätta. Naturligtvis måste dock nödvändiga faktafrågor få ställas för att möjliggöra att nödvändiga insatser kan genomföras.

Det är viktigt att stärka de drabbades självförmåga, bland annat genom att understödja positiv bemästring. Det kan man göra genom att t.ex. ge beröm till föräldrar som är förebilder för sina barn och berömma vuxna och barn som hjälper andra. Hur individer och familjer har klarat svårigheter de hamnat i är en annan viktig aspekt. Man kan också hjälpa drabbade att komma ur offerrollen genom att t.ex. involvera dem i lämpliga delar av räddningsarbetet, såsom att hämta och fördela vatten och mat till andra drabbade. Samhörighet är viktigt i dessa situationer. Allt måste därför göras för att hålla ihop familjer och koppla ihop drabbade som kan stödja varandra. Trots alla svårigheter måste stödpersonerna försöka stödja de drabbades hopp och positiva förväntningar. Ett bra sätt är genom att förmedla ”psykologisk första hjälp”.

Psykologisk första hjälp

Man menar idag att efter en allvarlig händelse är de drabbade upptagna med en anpassningsprocess där vanliga uttryck för stress och rädsla snarare kan betraktas som normala reaktioner än som symtom på ohälsa [20]. Stödpersonernas praktiska åtgärder måste därför göras i överenskommelse med de drabbade. Sedan tidigare finns det kunskap om att stöd, framförallt från de närstående, gör att färre som råkat ut för potentiellt traumatiska händelser senare drabbas av psykiatrisk sjuklighet [21]. Fokus för stödet har därför flyttats från att ”genomarbета” sina upplevelser, till att istället mobilisera det egna sociala stödet i form av närstående och vänner och till att understödja personens egna starka sidor. Ett klokt förhållningssätt kan därför vara att vänta med aktiva stöd- och behandlingsinsatser till personer med lättare reaktioner [14]. Det professionella krisstödet kan istället inriktas på drabbade med mer uttalade reaktioner. Samtidigt måste stödpersonerna fokusera på att så snart som möjligt erbjuda hjälp för att hantera akuta behov och problem, stödja de drabbades egna bemästringsförmåga samt att identifiera personer med allvarligare symtom.

Det ovanstående gör det nödvändigt att utveckla nya riktlinjer för att stödja drabbade efter allvarliga händelser. I USA hade man redan kommit långt i framtagandet av ”Field Operations Guide for Psychological First Aid” [22] när orkanen ”Katrina” drabbade New Orleans med full kraft. Den amerikanska förlagan är översatt till svenska vid Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri (KcKP) i Uppsala med titeln ”Psykologisk första hjälp, användarinstruktion” [23]. Psykologisk första hjälp anges vara ”evidence-informed”, vilket innebär att de olika interventionerna vilar på vetenskaplig grund men att helheten ännu inte har testats vetenskapligt. Psykologisk första hjälp kan lätt anpassas till olika behov. Den personal som tidigt ska ge stöd till de drabbade ska ha utbildning i psykologisk första hjälp för att ge akut krisstöd till drabbade som en del i ett organiserat stöd efter en allvarlig händelse.

Detta är syftet med psykologisk första hjälp:

- Skapa mänsklig kontakt på ett empatiskt och icke-påträngande sätt.
- Ge de drabbade en omedelbar säkerhet och förmedla fysisk och emotionell trygghet.
- Lugna drabbade som är emotionellt överväldigade och utom sig.
- Hjälpa drabbade att uttrycka sina akuta behov samt inhämta ytterligare nödvändig information.
- Erbjud praktiskt stöd och information för att hjälpa de drabbade att ta itu med sina behov.
- Så snart som möjligt koppla samman drabbade med nätverk för socialt stöd, inklusive familjemedlemmar, vänner, grannar och kommunala hjälpinstanser.
- Stödja positiva bemästringsstrategier (självhjälp) genom att berömma och stödja de drabbades starka sidor och hanteringsförmåga, samt att uppmuntra vuxna, barn och familjer att ta en aktiv del i sin återhämtning.

- Förmedla information som kan hjälpa de drabbade att bemästra traumatiska psykologiska påverkan.
- Skapa ett kontinuerligt krisstöd genom att koppla ihop den drabbade med personal från samhällets övriga stödinstitutioner.

Olika metoder för stresshantering

Det finns olika metoder för individuell stresshantering som har visat sig kunna mildra de egna reaktionerna efter en allvarlig händelse [10]. Lätt fysisk aktivitet, exempelvis promenader, men också tekniker som t.ex. djupandning och avslappning, kan bidra till att minska stressreaktioner och muskelspänningar. Andra kognitiva tekniker kan vara att öva sig i tankestopp vid återkommande negativa tankar. Inre visualiseringar av tidigare positiva upplevelser, som t.ex. minnet av en trygg plats eller en trygghetsskapande person, har också visat sig kunna vara värdefullt. Många blir också hjälpta av att själva fokusera på positiva känslor, humor, glädje och tillfredsställelse samt att öka mängden aktiviteter som ger sådana positiva känslor. Omvänt kan det också vara bra att begränsa sitt nyhetstittande efter en allvarlig händelse, liksom att inte läsa om sådant som är obehagligt. Problemfokuserad bemästring handlar dessutom om att bryta ned problem i hanterbara enheter, vilket kan öka känslan av kontroll. Hos barn och ungdomar ska man även försöka stimulera deras förmåga att reglera sina känslor och sin förmåga att hantera problem. Dessutom bör de stimuleras till att gå tillbaka till skolarbetet så snart som möjligt. Pennebaker [24] har vidare beskrivit positiva effekter av att skriva om sina traumatiska upplevelser.

Uppföljning och tidig behandling

Som stödperson ska man se till att de personer som man mött blir uppföljda. Sådan uppföljning kan göras i den egna organisationen eller genom att personerna ifråga överförs till någon annan instans för uppföljningen, t.ex. till ett stödcentrum. Syftet med uppföljningen är att klarlägga åt vilket håll reaktionen går. Om de första reaktionerna avtar kommer de sannolikt att gå över av sig själva. Om reaktionerna däremot kvarstår på samma nivå, om de ökar eller om de är särskilt besvärliga bör personen få tidig behandling [25].

Krisstöd under mellanfasen

Behovet av krisstöd förändras över tiden

Människors behov av krisstöd minskar som regel från akutfasen till mellanfasen. Det kan dock finnas behov som inte är tillgodosedda, eller områden som inte var prioriterade i den akuta fasen, men som blir större senare och som då behöver uppmärksammas.

Principer för uppföljning i mellanfasen

Uppföljningen ska vara föregripande och försöka förutse möjliga behov redan i början av mellanfasen, hellre än att vänta på att specifika problem uppstår. Detta kan innebära att företrädare för stödorganisationen aktivt tar kontakt med de drabbade och inbjuder till en uppföljande kontakt. I akutfasen handlade de mest framträdande behoven om säkerhet och trygghet samt praktiskt, emotionellt och socialt stöd. I mellanfasen gäller behoven mer hur personen anpassar sig till konsekvenserna av det inträffade.

Ett eventuellt stödcentrum kan i mellanfasen samordna verksamheten inom sjukvård, socialtjänst och lokalsamhälle för att möta behoven hos de olika drabbade grupperna. Figur 6 illustrerar den centrala roll som ledningen för krisstödsinsatserna har i denna process. Utöver detta kan ett eventuellt stödcentrum fungera som ett mellanled mellan människor och organisationer. Stödcentrumet kan också stödja aktiveringen av naturliga sociala nätverk. Basen är vardagslivets vanliga kontaktkanaler som används av personerna, grupperna och samhället som drabbats. Fokus ligger på att hjälpa människor att återvända till sina dagliga liv och dagliga rutiner. Självhjälpsgrupper och anhörigföreningar etableras ofta i denna fas. Ett stödcentrum kan också hjälpa till med att organisera informationsmöten och underlätta arrangemang för minnesstunder eller andra ritualer. Personalen vid stödcentrumet kan också ta på sig ett speciellt ansvar som företrädare för de personer som drabbats. Det kan innebära kontakter med myndigheter och med medier, med försäkringsbolag eller privata företag som är involverade i händelsen. Man kan också erbjuda råd och medverka till att specifik expert hjälp kopplas in. I en del fall kan det också krävas att personalen på stödcentrumet samarbetar med andra myndigheter, t.ex. när det handlar om identifiering eller saknade personer. Vidare kan personal på stödcentrumet också dokumentera och utvärdera både de drabbades behov och de krisstödsåtgärder som görs i mellanfasen. En månad efter den allvarliga händelsen kan det vara lämpligt att identifiera högriskindivider och att remittera dem till traumafokuserad behandling.

Behov och åtgärder i mellanfasen

I mellanfasen finns behov och åtgärder som behöver vidtagas som är gemensamma för alla drabbade. Oskadade överlevande och vittnen till händelsen kan i stort sett ha samma behov som överlevande med lättare skador, med undantag för dem som får varaktiga fysiska men.

- Socialt stöd från personens normala sociala nätverk (familj, vänner, grannar och arbetskamrater) är betydelsefullt och underlättar återanpassningen.
- Många drabbade har ett starkt behov av grupptillhörighet, att få mer information om vad som hänt, eller att kontakta andra överlevande eller insatspersonal. Detta behov kan bli tydligare under mellanfasen. Självhjälpsgrupper och andra stödgrupper har efter en del svåra händelser fått stor betydelse för de drabbade.
- Screening av högriskindivider efter cirka en månad, se nedan. Drabbade med uttalade symptom ska remitteras till en traumafokuserad behandling
- En del överlevande behöver fortsatt medicinsk behandling och rehabilitering, och de kan också behöva hjälp med praktiska, sociala och psykologiska konsekvenser av sina fysiska skador. Det kan exempelvis handla om att handikappanpassa hemmet och bilen men också stöd i att möta påfrestningarna i fortsatta kirurgiska ingrepp.
- Vissa drabbade kan komma att behöva yrkesmässig rehabilitering, eventuellt med behov av omskolning. Andra kan behöva social rådgivning eller stöd med sjukförsäkringsfrågor och liknande.
- Försäkringsfrågor och juridiska frågor, ersättningsfrågor och finansiella problem är viktiga områden att ta hänsyn till. Dessa frågor kan bidra till psykiska och sociala problem om de inte hanteras på ett lämpligt sätt och vid rätt tidpunkt.

Svåra upplevelser kan påverka hälsan och ge de drabbade relationssvårigheter och arbetssvårigheter som en konsekvens av den traumatiska stressen. Särskild uppmärksamhet krävs för att uppmärksamma posttraumatiska stressreaktioner hos barn, där uttrycken kan vara annorlunda än hos vuxna personer. En del behöver lång sjukhusvård som i sig kan leda till sociala och psykologiska konsekvenser. Vid begravnings- eller minnesceremonier kan närstående dessutom ha speciella behov som är relaterade till t.ex. religion och kultur. Barn och unga som förlorat föräldrar behöver särskild uppmärksamhet, liksom närstående till saknade personer där kroppen inte återfunnits. Fysiska och psykologiska konsekvenser av olyckan hos den drabbade kan innebära att de närstående behöver särskilt stöd för att hantera situationen. Även indirekt drabbade kan ibland behöva särskild psykologisk behandling.

Screening

Mot bakgrund av vad som tidigare nämnts om evidensbaserade insatser kan man efter en månad genomföra en screening av högriskindivider inklusive barn. Det kan göras genom kliniska bedömningar eller med fördel genom

användningen av ett screeninginstrument. Ett exempel på ett screeninginstrument är Trauma Screening Questionnaire (TSQ) [26] som finns i bilaga 1. Det består av tio frågor kring återupplevande och hyperkänslighet. De drabbade kan själva besvara frågorna eller så kan en stödperson ställa frågorna. TSQ bör användas tidigast tre veckor efter en händelse, men har i en studie också använts så tidigt som efter en vecka och ändå gett likvärdiga resultat. Sex eller fler jakande svar talar för att personen sannolikt kan utveckla ett posttraumatiskt stressyndrom. Screeningen görs lämpligen av stödpersoner på ett eventuellt stödcentrum eller i primärvården.

Sammanfattning av exempel på olika former av krisstöd i akut och mellanfas

I tabell 1 sammanfattas exempel på olika former för krisstöd som kan förmedlas i akut- och mellanfasen och där huvuddelen har en evidensbaserad bakgrund.

Tabell 1. Sammanfattning av exempel på olika former av krisstöd i akut- och mellanfasen; enskilda individer.

Stödform	Förmedlare
Socialt stöd, enskilt	Andra drabbade, insats- och sjukvårdspersonal
Psykologisk första hjälp	Stödmottagning, stödcentrum: PKL- och krisstödsgrupper, insats- och sjukvårdspersonal
Fortsatt socialt stöd	Närstående, vänner, arbetskamrater, arbetsgivare
Självhjälp	Personen själv
Uppföljning, screening, bedömning	Stödcentrum, primärvård
Behandling, traumafokuserad	Psykiatri, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, privata vårdgivare

Krisstöd under långtidsfasen

Efterfrågan på insatser brukar efter ett tag plana ut och sedan fortsätta att avta i övergången från mellanfasen till långtidsfasen. Det innebär också att insatserna från de ansvariga instanserna minskar i omfattning. Många drabbade kan hantera påfrestningar och nya krav på livet utifrån sina egna resurser och sin egen förmåga till återhämtning. Ett visst antal av de ursprungligen drabbade kommer dock att få svårigheter som riskerar att bli mer eller mindre kroniska, exempelvis fysiska skador och psykologiska eller psykiatriska störningar. Beroende på händelsens karaktär och den drabbade gruppen har det visat sig att 5–30 procent [27] riskerar att utveckla PTSD eller andra uttryck för påverkan på den mentala hälsan. Denna grupp bör erbjudas professionell behandling. Det verkar vidare som om allvarliga händelser orsakade av avsiktligt våld eller terror ger mer djupgående psykologiska effekter jämfört med naturkatastrofer.

Samordning av uppföljning under långtidsfasen

Ett stödcentrum kan i långtidsfasen fungera som mellanhand för olika organisationer och enskilda personer. Ett sådant stödcentrum, som kan ledas av landsting eller kommun, kan också behöva fungera som en talesman för kollektiva behov och intressen. Stödet behöver fokuseras på områden som medför svårigheter eller speciella frågeställningar, samt på grupper av drabbade som kan vara sårbara och behöva fortsatt stöd. Ett exempel kan vara gruppen förlustdrabbade eller drabbade ungdomar. En viktig uppgift för stödcentrumets personal är att dokumentera arbetet, göra en slutlig utvärdering av insatsen och stämma av med sina samarbetspartner. Varje större insats utgör en grund för fortsatt planering och träning samt fortsatt utveckling av organisationen och dess kompetens. All information och de dokument som rör händelsen behöver arkiveras av den ansvariga huvudmannen. Huvudmannen har också ett ansvar för att de gjorda erfarenheterna tas tillvara i den fortsatta planeringen.

Åtgärder i långtidsfasen

Nedan följer exempel på faktorer som krisstödspersonal kan behöva ha i åtanke:

- En del drabbade har behov av att kunna dela erfarenheter med och träffa andra som drabbats av samma eller liknande händelser. Många engagerar sig eller deltar i självhjälpsgrupper eller återsamlingar.
- I samband med t.ex. årsdagar av händelsen kan de förlustdrabbade behöva särskilt stöd, liksom människor med ett bristfälligt socialt nätverk.

- Personer som utvecklat psykisk ohälsa, t.ex. PTSD eller depression, behöver ha tillgång till lämplig specialistbehandling.
- När man gör långtidsplaner för krisstödsinsatser kan vissa utsatta grupper behöva särskild hänsyn. Det gäller t.ex. människor med kvarstående fysiska men, barn och ungdomar samt drabbade med olika etnisk bakgrund.
- Krisstödspersonal kan behöva uppmärksamma hanteringen av eventuella ekonomiska ersättningar till de drabbade. Om den situationen inte blivit löst på ett tillfredsställande sätt kan det ha en negativ inverkan på de drabbades psykiska välbefinnande. De kan t.ex. bli tvungna att vid upprepade tillfällen berätta om de traumatiska upplevelserna i nya sammanhang. Detta kan upplevas som en återtraumatisering.

Krisstöd för insatspersonal och stödpersoner

I krisstödsarbetet är det viktigt att framhålla skillnaden mellan de direkt drabbade och de personer som engageras som insats- och krisstödspersonal. De senare är tränade, mentalt förberedda och ingår i en professionell grupp, vilket ger bättre förutsättningar att förstå vad som görs och att hantera konsekvenserna. Det i sin tur medför att insatspersonalen och den tränade krisstödspersonalen har bättre förutsättningar att hantera påfrestningarna än tillskyndande, frivilliga hjälppersoner. Omständigheterna kan dock göra att också den utbildade personalen kan känna hög stress och få posttraumatiska reaktioner. Allvarliga händelser innebär alltid en extra påfrestning för den personal som blir involverad i arbetet. Det kan gälla både för dem som är berörda av det direkta arbetet men också för en del med mer administrativa eller serviceinriktade roller.

Påfrestningar

Påfrestningen kan dels bero på den direkta kontakten med fysiskt och psykiskt traumatiserade personer, dels på mångfalden av personer som insats- och krisstödspersonalen ska bistå.

Händelsens omfattning och insatsernas varaktighet spelar också in. En persons reaktioner kan vidare påverkas av allvarliga misstag under räddningsinsatser liksom om personens kollegor kommer till skada eller dödas. Den allvarliga händelsen kan dessutom beröra personalens egna personliga förhållanden eller livsfrågor. En särskild påfrestning är händelser som berör barn, t.ex. skadade barn eller barn som har dött. Negativ kritik från press och medier eller från direkt inblandade innebär också en extra påfrestning. Vissa är sämre rustade än andra för att hantera påfrestningar, t.ex. oerfarna personer och de som inte fått tillräckliga förberedelser för insatsen. Arbetet vid allvarliga händelser präglas ofta till en början av tidspress, osäkerhet och ovisshet. Dessutom kräver situationen andra prioriteringar än normalt och mer uthållighet hos personalen. Organisationen förändras och personal kan komma att arbeta utanför sitt vardagliga sammanhang, både innehållsmässigt och rent fysiskt. Detta ställer också nya krav på att medarbetare i nya gruppkonstellationer kan samarbeta effektivt.

Arbetsmiljö, ledarskap och medarbetarskap

Ledarskapet är en viktig del av arbetsmiljön i insatsorganisationer. Ledare kan både minska och förstärka stressen i en organisation. I grupper där ledare och medarbetare inte lyckats skapa en god anda och sammanhållning eller gemensamma mål ser man oftare flera stressreaktioner hos personalen. Det kan i sin tur leda till en förtroendekris i organisationen med uttalade konflik-

ter på olika nivåer. Långvarig stress i en organisation där ledaren inte kan upprätthålla organisationens integritet, drivkraft och målinriktning leder så småningom till vantrivsel och ineffektivitet. I värsta fall får insatsorganisationen svårare att sköta sina uppgifter. Ett gott ledarskap under akut stress förutsätter att ledarskapet är bra redan i vardagen. I komplexa situationer påverkas dessutom ledarskapet bl.a. av om människoliv är hotade samt av möjligheterna att påverka situationen [28, 29]. Bra ledare tar också hand om sin personal efter svåra insatser. Organisationer måste därför vara noggranna när de väljer och utbildar sina ledare. Det är också viktigt att personalen i insatsorganisationerna har kompetens, erfarenhet och personliga egenskaper som passar för arbetsuppgifterna. I skarpa lägen är det t.ex. viktigt att både arbetsledarna och medarbetarna är stabila och strukturerade. Vidare är det viktigt med gemensam terminologi [30], kända rutiner och olika typer av utbildningsövningar för att öka tryggheten och effektiviteten i stödarbetet.

Åtgärder vid olika tidpunkter

Före insatsen

Genom olika former av utbildning, övning och träning kan stödpersonerna förbereda sig för stressfyllda arbetsinsatser och stärka motståndskraften mot hög stress, så kallad stressvaccinering. Övningar med fingerade händelser kan fungera som ett ”vaccin” mot svårare stressreaktioner [31 – 33]. En väl förberedd organisation och ändamålsenliga rutiner ingår också i förberedelserna, liksom

- mental förberedelse
- ett positivt och stabilt ledarskap
- grupptillhörighet.

Under insatsen

Under det pågående arbetet kan följande åtgärder vara lämpliga att vidta:

- Låta personalen arbeta i par eller i små grupper. Det underlättar möjligheterna till avlastning och stöd, och gör att de kan uppmuntra varandra genom informellt kamratstöd.
- Regelbundna genomgångar och återsamlingar för att stärka känslan av att ingå i ett arbetslag.
- Observera personalens behov av raster med möjlighet till mat och vila avskilt från det pågående arbetet.
- Tidsbegränsa arbetspassen och växla mellan arbetsuppgifter med olika stressnivå.
- Spänningsreduktion genom exempelvis små pauser med djupandning.
- För arbetsledare: att ge stöd, uppmuntran och vägledning.
- Självförstärkande kommentarer.

Efter insatsen

Att arbeta med effekterna av svåra upplevelser ställer höga krav på alla involverade. Ofta kommer reaktionerna först efter avslutat arbetspass eller avslutat arbete och kan visa sig som spänningar i kroppen eller svårigheter att koppla av. Trötthet, svårigheter att somna och känslomässiga reaktioner är andra vanliga reaktioner. Även här gäller att personalen måste få möjlighet till eget krisstöd. Deras återhämtning kan gå lättare under ledare som förstärker en positiv miljö och som tar hand om sin personal, särskilt i svåra situationer. Gemensamma personalstödsåtgärder, främst *kamratstöd och avlastningssamtal*, kan därför ha sin plats i stödet till insatspersonal. Dessa insatser ger dessutom en tidig möjlighet att identifiera de personer som behöver särskilt stöd.

Kamratstöd

Man kan hjälpa sina kamrater att hantera en potentiellt traumatisk händelse genom att avsätta tid och lyssna noggrant. De flesta människor återhämtar sig bättre när de känner att de har kontakt med och känner sig förstådda av andra som bryr sig om dem. En del personer väljer att inte tala om sina upplevelser medan andra har ett större behov av att berätta vad de gått igenom. Att prata om det som hänt kan hjälpa dem att känna sig mindre överväldigade. Andra gånger kan det kännas bäst att bara få vara i närheten av personer som man känner samhörighet med och känner sig accepterad av, utan att behöva prata.

Avlastningssamtal

Avlastningssamtal är ett sätt för en arbetsledare att stödja sin personal genom att samla enheten för att underlätta det sociala stödet inom gruppen efter en insats. Man ska dock undvika emotionell bearbetning av händelsen i grupp eftersom människors återhämtningsprocesser kan påverkas negativt av att behöva lyssna till kamraternas traumatiska upplevelser (se vidare nästa stycke). De personer som vill och behöver tala om sina upplevelser bör få möjlighet till *enskilt stöd*. Vissa är också oroliga för att få feedback på sitt agerande under händelsen. Av det skälet bör ledare vara generösa med beröm för individuella insatser. Vidare kan gruppen behöva förberedas på de reaktioner som kan komma, både på kort och på lång sikt efter händelsen.

Psykologisk debriefing

En annan stödform är psykologisk debriefing. Utmärkande för psykologisk debriefing är att man i grupp systematisk går igenom deltagarnas intryck, tankar och reaktioner på en allvarlig händelse i samband med en arbetsinsats. Många som deltagit i psykologisk debriefing tycker att det varit en positiv upplevelse kanske främst genom det sociala stöd man får i sin insatsgrupp, vilket kan bidra till att stärka sammanhållning och god anda. Andra positiva delar är att man kan lugna varandra, inventera de enskilda personernas och gruppens behov, stödja positiva bemästringsstrategier, bemästra skuld och skam efter eventuella tillkortakommanden eller misslyckanden under insatsen och slutligen utforma en berättelse om händelsen. Det finns

dock farhågor om att interventioner som fokuserar på emotionell bearbetning under den akuta fasen kan vara för påträngande och därmed ha motsatt effekt. Enligt Brewin [34] kan tidiga interventioner störa den naturliga återhämtningsprocessen.

Den vetenskapliga litteraturen på området ”gruppstöd” har tidigare visat motstridiga resultat avseende nytta av psykologisk debriefing, men på senare tid har nya studier visat på att denna typ av genomgångar inte tycks kunna förhindra efterföljande stresspåverkan eller psykisk ohälsa [35 – 37]. Istället kan enskilda personer med uttalade reaktioner direkt efter en allvarlig händelse få en förhöjd stresspåverkan genom en alltför påträngande genomgång. Psykologisk debriefing, som ibland också kallas psykologisk genomgång, kan således vara av värde om/när den har fokus på händelseförloppet och oklarheter kopplat till detta. Det ger möjlighet att undanröja missförstånd och oklarheter, som kan ha uppstått under arbetet. Användningen av metoden måste dock anpassas för t.ex. hälso- och sjukvårdspersonals förutsättningar och behov, och förutsätter att direkt drabbad personal inte deltar. Vidare förutsätts att gruppledarna besitter kunskaper i gruppmetodik, grupppsykologi, krisintervention och posttraumatiska stresstörningar. Som följd av ovanstående kan gruppintervention av typen psykologisk debriefing med fokus på emotionell bearbetning av händelsen inte entydigt rekommenderas som rutinåtgärd [10].

Uppföljning och tidig behandling av insatspersonal

Uppföljningar efter allvarliga händelser gäller inte bara enskilda personer utan även insatspersonalen. Det sker lämpligast inom den egna organisationen genom arbetsledningen, eller genom insatser från företagshälsovården. Syftet är precis som tidigare att klarlägga åt vilket håll reaktionerna går. Om de första reaktionerna avtar kommer de sannolikt att gå över av sig själva. Om reaktionerna däremot kvarstår på samma nivå, om de ökar eller om de är särskilt besvärliga bör personen få tidig behandling. Företagshälsovården kan eventuellt ge sådan tidig behandling, annars hänvisas personen till exempelvis psykiatrin, primärvården eller en privat vårdgivare.

Sammanfattning av exempel på olika former av krisstöd till insatspersonal

Något som skiljer krisstöd till insatspersonal från stödet till enskilda personer är bl.a. att gruppssammanhållningen gör det möjligt med socialt stöd i grupp och eventuellt annat stöd till grupper. De flesta arbetsgivare och organisationer med ansvar för insatspersonal har utvecklat krisstödet så att det ingår som en normal del i verksamheten. Ledarskapet utgör också en viktig del i detta stöd. Det professionella stödet kommer inte sällan från företagshälsovården. Se tabell 2.

Tabell 2. Sammanfattning av exempel på olika former av krisstöd till insatspersonal.

Stödform	Förmedlare
Säkerhet, skydd	Arbetskamrater, insats- och sjukvårdspersonal
Kamratstöd	Arbetskamrater, insats- och sjukvårdspersonal
Avlastningssamtal	Arbetsledare, arbetskamrater
Psykologisk första hjälp	Särskilt utbildad personal, PKL- och krisstödsgrupper
Fortsatt socialt stöd	Närstående, vänner, arbetskamrater, chefer
Självhjälp	Den enskilde personen
Uppföljning, screening, bedömning	Företagshälsovård
Annat stöd till grupper	Företagshälsovård, särskild utbildad personal
Behandling, traumafokus	Företagshälsovård, primärvård, psykiatri, privata vårdgivare

Insatser för stödpersoner

För många av dem som ger krisstöd till drabbade vid allvarliga händelser kan uppgiften vara ny och ovan och ha en annan karaktär än deras vardagsarbete. Arbetsvillkoren och de yttre omständigheterna är ofta annorlunda och mer krävande, vilket kan leda till ytterligare psykiska påfrestningar. Därför är det viktigt med god arbetsledning, särskilt direkt efter en allvarlig händelse. Stödpersonernas arbete underlättas om de får tillräcklig och kontinuerlig information, får veta vad som förväntas av dem, vem de ska rapportera till och få stöd av, samt om de känner att de ingår i ett bestämt sammanhang och har möjlighet att arbeta tillsammans med någon de känner. För stödpersonerna kan det vara positivt med en gruppsamling i slutet av varje arbetspass eftersom det kan underlätta återhämtningen inför nästa arbetspass. Annat stöd till grupper i form av avslutande gruppsamtal kan också vara en bra möjlighet för stödpersonerna att gå igenom arbetet efter en avslutad insats. Gruppsamtal ger också stödpersonerna en chans att integrera sina upplevelser och erfarenheter, dra lärdom av dem och kunna lämna katastrofarbetet bakom sig för att kunna gå vidare i vardagsarbetet. Sådana gruppstödsformer bör vara anpassade till gruppens behov och de kan då se lite annorlunda ut än för annan insatspersonal. Även här bör man dock fokusera på det sociala stödet och till en början vara försiktig med emotionell bearbetning. Vid behov får personalen enskilt stöd eller en tidig behandling. Stödpersonerna utsätts för andra påfrestningar än insatspersonalen. De arbetar ofta under längre tid, med annorlunda och varierande uppgifter och tillsammans med olika kollegor. Den som ska ge stöd till drabbade personer har också ett annat och delvis djupare behov av psykologisk förståelse av vad man varit med om i arbetet.

Ledningsgrupperna för krisstödsinsatserna kan därtill behöva externt stöd och expertmedverkan i samband med komplicerade insatser. Det finns en internationell professionell enighet om att medarbetare inom mental hälsovård som arbetar psykoterapeutiskt med traumadrabbade ska få lämplig klinisk handledning av handledare som har utbildning och förståelse för traumaterapi och människors reaktioner på trauma. För att handledaren eller samtalsledaren ska lyckas med uppgiften är det viktigt att han eller hon har

egen klinisk erfarenhet från traumaarbete, för att insatspersonalen ska uppfatta personen som trovärdig i sin roll.

Organisation

Landstingen skall erbjuda en god hälso- och sjukvård för dem som är bosatta inom landstinget eller personer som vistas tillfälligt i landstinget och som är i omedelbart behov av vård. Landstingen skall även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Inom landstinget ska det finnas en beredskap för att kunna ge krisstöd. Det ska finnas minst en PKL-grupp, som är avsedd att leda och samordna hälso- och sjukvårdens psykologiska, sociala och psykiatriska stödinsatser till drabbade, närstående och personal vid allvarlig händelse.

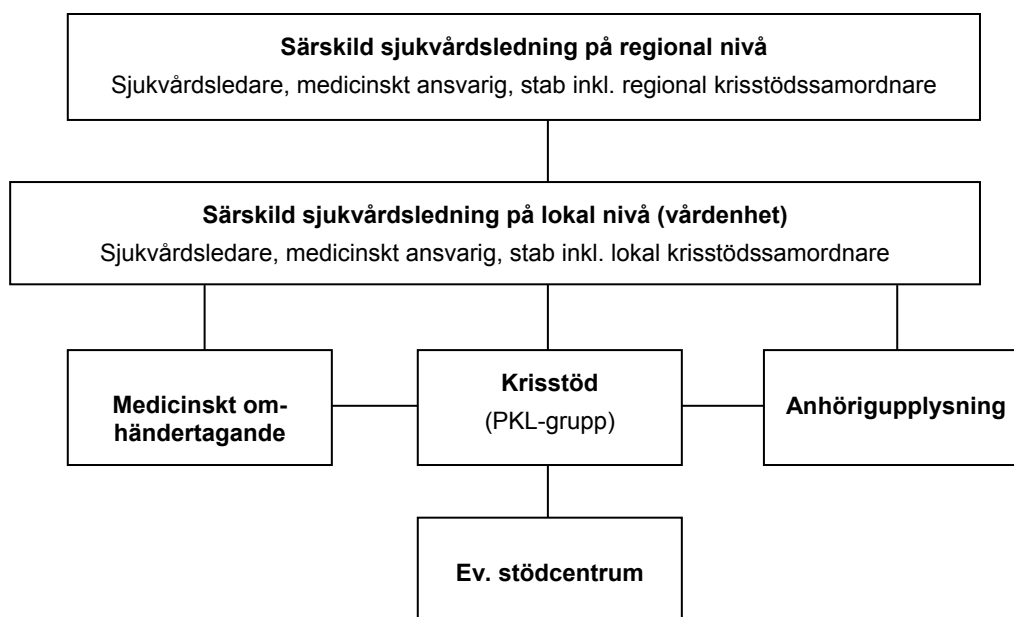
Kommunerna har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Inom kommunen ligger ansvaret för psykologiska och sociala stödinsatser på socialtjänsten som till sin hjälp har en krisstödsgrupp, som i vissa kommuner kallas POSOM-grupp.

Landstingens hälso- och sjukvård

Ledningsprinciper

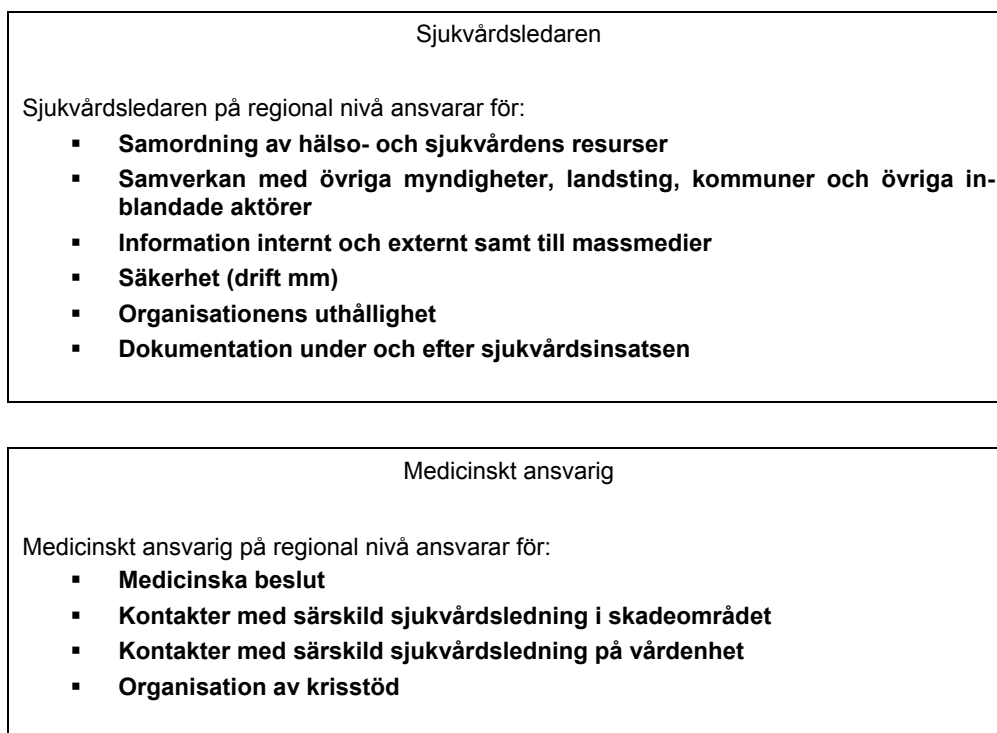
Vid beslut om en allvarlig händelse etableras en särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Denna särskilda sjukvårdsledning består av sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig, som till sitt stöd kan ha en stab. Sjukvårdsledaren och medicinskt ansvarig kan vara en och samma person. Syftet med staben är att utöka chefens ledningsförmåga genom att vara det ledningsstöd som behövs. Bemanningen av staben kan variera utifrån typ av händelse. Staben kan bestå av specifika kompetenser t ex informatör, regional krisstödssamordnare och driftansvariga. Krisstödssamordnaren lyder under medicinskt ansvarig, dvs. under det medicinska ansvarsområdet [38]. Se figur 3 och 4.

Fig 3. Organisation av särskild sjukvårdsledning vid allvarlig händelse



Vid en höjning av beredskapsläget på lokal nivå (vårdenhet) etableras även där en särskild sjukvårdsledning med sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig som på liknande sätt kan ha ett ledningsstöd, dvs. en stab. I staben ingår bl.a. en lokal krisstödssamordnare. Erfarenheterna visar att krisstödsgrupper och en samordning av krisstödet bör aktiveras så tidigt som möjligt för att gynna det fortsatta krisstödsarbetet.

Fig. 4. Exempel på ansvarsområden i en särskild sjukvårdsledning vid allvarlig händelse.



Krisstödssamordning på regional nivå

Före en allvarlig händelse

Alla landsting ska ha en beredskap för att vid en allvarlig händelse kunna samordna och organisera en krisstödsinsats. I varje landsting ska det finnas minst en PKL-grupp. Gruppen består av både regionala och lokala krisstödssamordnare samt andra som är utsedda att kunna leda och samordna krisstödet i landstinget. Före en allvarlig händelse ingår PKL-gruppen i landstingets planeringsarbete inför allvarliga händelser och vid planering av utbildningar, övningar och uppföljningsarbete. I planeringsarbetet ingår även att:

- Kontinuerligt se över regionala och lokala katastrofmedicinska planer inkl. plan för krisstöd och larmlistor.
- Se till att det finns lämpliga lokaler och utrustning för verksamheten
- Inventera behov av utbildning inom krisstödet samt planering av utbildning och övning

- Upprätthålla kontakter med stödinsatser i lokalsamhället.
- Rapportera och sammanställa erfarenheter av övningar.
- Se till att verksamheten är känd hos övriga aktörer.

Landstingets PKL-grupp bör bestå av personer som är vana att leda verksamheter och som har särskild psykotraumatologisk skolning, t.ex.

- specialist i psykiatri
- specialistkunnig representant från barn- och ungdomspsykiatri
- kliniskt verksam psykolog
- kurator
- sjukhuspräst, pastor eller diakon.

För att kunna etablera krisstödssamordning på regional och lokal nivå och ett eventuellt stödcentrum, gäller att den ordinarie organisationen har beredskap även på nätter och helger.

Under en pågående allvarlig händelse

Om en allvarlig händelse inträffar aktiveras den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå och därmed också PKL-gruppen inkluderat regional krisstödssamordnare. Den regionala krisstödssamordnaren ingår i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå och leder och samordnar krisstödet genom att t.ex.:

- Bedöma behovet av krisstöd och inriktningen för arbetet.
- Etablera kontakt med en lokal krisstödssamordnare och inventera det aktuella behovet av krisstöd, men även behovet på sikt om arbetet drar ut på tiden.
- Inventera de tillgängliga resurserna för krisstöd och kontrollera vilka som är aktiverade.
- Bedöma vilka externa kontakter som behöver tas och på vilken nivå denna samverkan ska ske.
- Ingå i staben och lämna informationsunderlag till medicinskt ansvarig.
- Dokumentera verksamheten.

Efter en allvarlig händelse

Efter en allvarlig händelse ska den särskilda sjukvårdsledningen

- Ställa samman och rapportera erfarenheterna av krisstödsarbetet.
- Medverka vid landstingets uppföljning och sammanställning av den allvarliga händelsen.

Krisstödssamordning på lokal nivå

Före en allvarlig händelse

I landstingets PKL-grupp ingår både regional- och lokal krisstödssamordning. Om det finns flera PKL- grupper i landstinget är det viktigt att dessa samordnas av den regionala krisstödssamordningen. Till sin hjälp har samordnaren ett nätverk av resurspersoner/stödpersoner som kan kallas in vid en allvarlig händelse. Detta nätverk brukar bestå av kuratorer och psykologer från kroppssjukvården och psykiatri inklusive barnpsykiatri, psykiatri-sjuksköterskor och läkare från den psykiatriska öppenvården samt representanter från sjukhuskyrkan. I och med primärvårdens utveckling med tillgång till psykologer och kuratorer bör primärvården involveras i landstingets krisstödsorganisation.

Under en pågående allvarlig händelse

Den lokala krisstödssamordnaren lyder under det medicinska ansvarsområdet i den särskilda sjukvårdsledningen på vårdenheten, och ska leda och samordna vårdenhetens krisstödsinsatser utefter det inriktningsbeslut som tagits för insatsen. Samordnaren engageras därför inte i det direkta patientarbetet.

Till stöd kan krisstödssamordnaren utanför staben ha en grupp av resurspersoner, som organiserar det direkta operativa arbetet.

Arbetsuppgifter för lokal krisstödssamordnare är lämpligen följande:

- I samråd med den medicinskt ansvarige samordna krisstödet på vårdenheten.
- Bedöma behovet av flera stödpersoner samt fördela och samordna de tillgängliga resurserna.
- Ha kontinuerlig kontakt med regional krisstödssamordnare och aktiverade resurspersoner
- Samverka med kommunernas krisstödsledning (förutsatt att samverkan ska ske på lokal nivå) för samordning av det psykologiska och sociala stödet.
- Ansvara för att de drabbade får uppföljning på hemorten.
- Se till att resurspersoner/stödpersoner och övrig hälso- och sjukvårdspersonal får tillgång till uppföljning efter de anvisningar som finns i landstinget.
- Samverka med andra stödfunktioner.
- Dokumentera verksamheten.

Det är viktigt att de personer som ingår i organisationen av krisstödet består av personer som företräder kompletterande kunskapsområden och som representerar olika verksamheter. Det är också viktigt att i förväg ha planerat hur ansvaret ska fördelas på medlemmarna. Gruppen kan också gärna innehålla någon som kan svara för dokumentationen. Gruppen rapporterar till den lokala krisstödssamordnaren i den särskilda sjukvårdsledningen.

Efter en allvarlig händelse

Arbetsuppgifter för lokal krisstödssamordnare efter en allvarlig händelse är att:

- Följa upp de pågående långsiktiga stödåtgärderna.
- Medverka till att de behandlingsansvariga får handledning.
- Ställa samman och rapportera erfarenheterna av krisstödsarbetet.

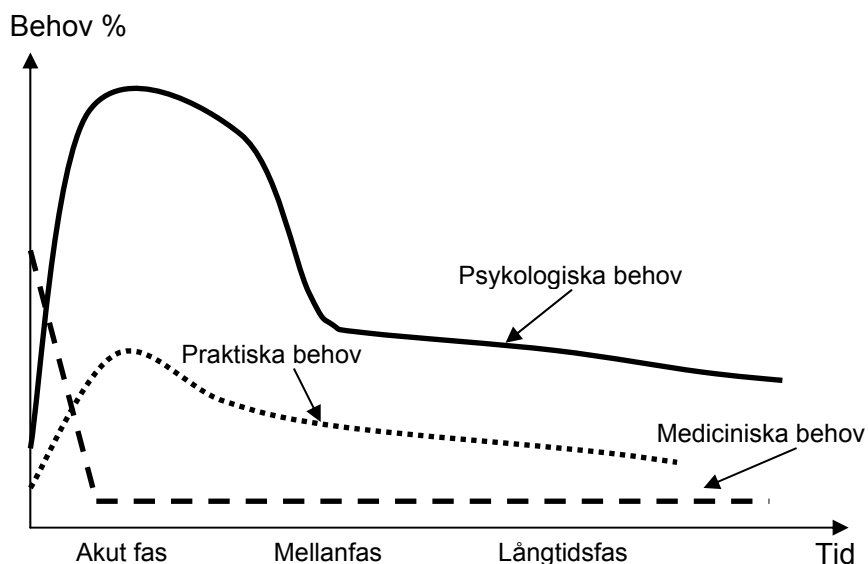
Samordning av enbart krisstöd

Vid vissa allvarliga händelser kan det erfordras en krisstödsinsats som behöver samordnas utan att landstingets övriga resurser blir engagerade. Detta kan exempelvis inträffa om alla eller nästan alla omkommer i den allvarliga händelsen. Risken finns att många närstående vid sådana händelser kan bli psykiskt traumatiserade. I ett sådant läge är det ändå viktigt att den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå aktiveras på samma sätt, dvs. genom landstingets tjänsteman i beredskap (TiB). En särskild sjukvårdsledning med sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig etableras alltid vid allvarlig händelse oavsett typ av händelse. Den regionala/lokala krisstödssamordningen kan vara den enda aktivitet som pågår, men det ska alltid finnas en sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig till stöd för beslut. Det är viktigt att det tydligt framgår när den särskilda sjukvårdsledningen (inkl. krisstödssamordningen) upphör och när en övergång till normala rutiner sker.

Behoven växlar över tiden

Erfarenheten från andra länder är att organisationen måste anpassas för att kunna tillmötesgå de drabbades behov över tid. Olika krisstödsbehov kan finnas kvar under en mycket lång period efter det att de omedelbart trängande fysiska besvären blivit hanterade.

Fig. 5. Utvecklingen av medicinska, praktiska och psykologiska behov efter diskoteksbranden i Göteborg 1998. Fritt efter *Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency. European Policy Paper 2001.*



Sjukhusens akutmottagningar och stödmottagning

Efter en bedömning och ett första omhändertagande i skadeområdet skickas de drabbade oftast till sjukhusets akutmottagning. Dit transporteras både de svårt skadade och de med lättare skador. Av erfarenhet vet man att även oskadade men psykiskt drabbade personer samt närstående efter ett tag brukar söka sig till akutmottagningen.

Hälso- och sjukvårdspersonalen i skadeområdet har därmed en viktig funktion genom att tidigt kunna ge krisstöd till drabbade. Förutom gedigen medicinsk kunskap behöver personalen på skadeplatsen också ha god kännedom om hur det omedelbara psykologiska bemötandet skall se ut. Efter ett larm och beslut om allvarlig händelse etablerar landstinget en särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå som bl. a. har till uppgift att samordna och organisera krisstödet utefter det inriktningsbeslut som gäller. På vårdenheten avdelas en lokal för stödmottagning av drabbade med lättare skador, oskadade och närstående/närstående. Där erbjuds de drabbade krisstöd av personal med specialutbildning från vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, sjukhuskyrkan och stödpersonal från somatiska mottagningar. De som inte behöver något kvalificerat psykologiskt eller psykiatriskt stöd, överförs efterhand till det stödcentrum som landstinget och kommunerna eventuellt har upprättat. De kan även hänvisas till de ordinarie resurserna för krisstöd inom primärvården eller inom kommunen. Det rekommenderas dock att personal från stödmottagningen tar ansvar för att följa upp de drabbade efter någon vecka.

Primärvården

Primärvården omfattas av hälso- och sjukvårdslagen som anger att landstingen ska planera sin verksamhet så att de har en katastrofmedicinsk beredskap. Det innebär att primärvården oftast bör vara engagerad i krisstödet vid allvarliga händelser. Detta gäller särskilt i glesbygdskommuner där primärvården har god lokalkännedom och därför bör nyttjas på ett optimalt sätt. Representanter från primärvården har också en självskriven plats i landstingens katastrofkommittéer. Om det inom primärvården finns några akutmottagningar bör dessa hålla en beredskap för allvarlig händelse. Under senare år har primärvården förstärkts med psykologer och kuratorer som är värdefulla resurser för att följa upp och eventuellt behandla de drabbade. Efter tsunamikatastrofen fick många drabbade krisstöd av kuratorer, läkare, psykologer och sjukgymnaster inom primärvården. Erfarenheterna av sådant stöd har också varit övervägande positivt [1, 39]. Efter flodvågskatastrofen har Norge rapporterat positiva erfarenheter av att distriktsläkarna kontaktade de personer som var listade hos dem för att undersöka deras behov [40]. I små och medelstora kommuner och i glesbygden är det särskilt viktigt att utnyttja de möjligheter till ett bra stöd som kommer med en nära samverkan mellan primärsjukvård, företagshälsovård, räddningstjänst, polis, socialtjänst, skolhälsovård, frivilligorganisationer och trossamfund.

Kommunerna

Socialtjänsten

På lokal nivå har kommunstyrelsen, ofta genom socialnämnden eller motsvarande, det yttersta ansvaret för att de som vistas inom kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Kommunfullmäktige beslutar om hur kommunens krisstöd ska vara organiserat enligt lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Kommunerna kan välja olika modeller för att organisera krisstödet och har också gjort det. Oftast är det dock individ- och familjeomsorgen inom kommunens socialtjänst som leder krisstödet. De flesta kommuner har organiserat särskilda krisstödsgrupper, ofta kallade POSOM-grupper, som ska ge ett direkt krisstöd. Krisstödsgrupperna kan bestå av representanter för socialtjänsten, andra kommunala förvaltningar, andra samhällsfunktioner, t.ex. primärvård och öppen psykiatrisk vård och frivilligorganisationer.

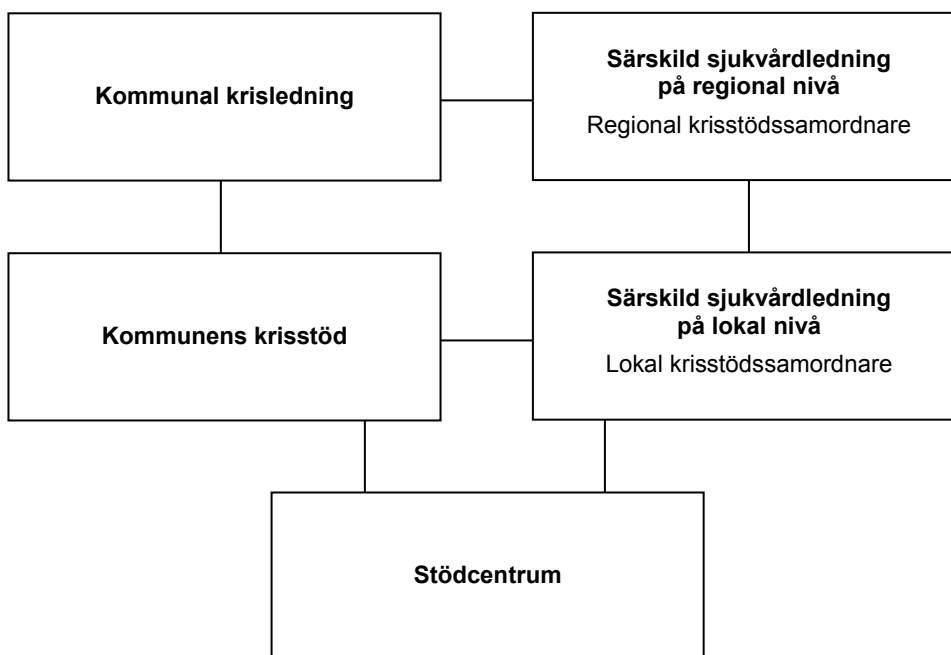
I vissa kommuner kan krisstödsgruppen larmas direkt via SOS Alarm, i andra kommuner når man gruppen via kommunens växel. Vid en allvarlig händelse där en särskild sjukvårdsledning på regional nivå etablerats är det viktigt att räddningsledare och polisinsatschef samverkar med den särskilda sjukvårdsledningen inom skadeområdet så att information om behov av krisstöd snabbt också når den regionala krisstödssamordnaren, så att samverkan mellan landsting och kommun snabbt etableras.

Landsting och kommun i samverkan

Det är inte alltid helt enkelt att dra upp gränser för de olika organisationernas ansvar när det gäller krisstöd. Ibland är det oklart vad som i strikt mening är sjukvård och vad som är kommunalt krisstöd. Det ena typfallet är en allvarlig händelse med fysiskt allvarligt skadade personer där sjukhusens akutmottagningar tas i anspråk, och då är sjukhusens krisstödsgrupper självskrivna stödpersoner för drabbade oskadade personer. I det andra typfallet, exempelvis vid en lägenhetsbrand där många blir tillfälligt hemlösa, är det kommunala ansvaret tydligare. Tidigare har landstingen framförallt haft ansvaret vid situationer när det eventuellt kan behövas fortsatta behandlande insatser, medan kommunens krisstöd haft främsta ansvaret i situationer där andra behov varit dominerande. Erfarenheten har visat att samverkan och samförstånd mellan organisationerna före, under och efter allvarliga händelser är helt nödvändigt för samhället ska kunna agera effektivt. Ett exempel som tidigare nämnts är att upprätta ett stödcentrum. Se fig. 6.

Det är ytterst viktigt att landstinget och kommunerna samverkar när de ska erbjuda krisstödsinsatser vid en allvarlig händelse.

Fig. 6. Exempel på landstinget och kommunen i samverkan.



Oberoende av vem som gör en krisstödsinsats i samband med en allvarlig händelse kommer åtgärderna i akutfasen sannolikt inte att skilja sig särskilt mycket åt. Det handlar om att se till att de drabbade kommer i säkerhet och skydd, får information om planerade åtgärder samt information om vart närstående förts. Samtliga som kan ha skadats behöver undersökas medicinskt. De kan också behöva psykologisk första hjälp och få hjälp att kontakta när-

stående på hemorten. Uppföljning bör planeras för personer som identifieras löpa risk att utveckla allvarlig psykisk ohälsa. Om ett stödcentrum etableras kan oskadade efter medicinsk undersökning hänvisas dit.

I mellanfasen blir de väsentligaste uppgifterna att följa upp högriskindivider och barn, samt att föra över personer till olika instanser allt efter deras behov. De som fått krisstöd från kommunen och som bedöms vara i behov av behandling överförs till primärvården, alternativt till psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri. Personer som först följts upp av landstinget kan omvänt följas upp i hemkommunen om de behöver fortsatt krisstöd, alternativt överförs till stödcentrumet om det finns något.

I långtidsfasen ser uppgifterna antagligen olika ut, där landstingen vid behov svarar för psykologisk och psykiatrisk behandling och kommunerna för det övriga stödet, anpassat efter individernas och gruppernas behov.

Länsstyrelserna

Krishanteringssystemet bygger på sektorsansvar och geografiskt områdesansvar på lokal, regional och nationell nivå. Det ställer också stora krav samverkan mellan parterna. Länsstyrelser, Krisberedskapsmyndigheten och regeringen kan t.ex. vara samverkanspartners vid en allvarlig händelse. Genom förordning (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap har länsstyrelsen fått en stödjande, samordnande och uppföljande roll som sträcker sig genom hela krisberedskapsprocessen, dvs. före, under och efter en kris.

Det geografiska områdesansvaret innebär att länsstyrelsen ska arbeta för att skapa den samverkan som behövs under en kris. Länsstyrelsen ska också samordna verksamheten mellan kommuner, landsting och myndigheter samt samordna informationen till allmänheten och företrädare för massmedierna.

Enligt socialtjänstlagen ansvarar länsstyrelsen för den operativa tillsynen av socialtjänsten i det egna länet.

Vid en allvarlig händelse ska kommuner och landsting hålla länsstyrelsen informerad om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen. Dessutom ska länsstyrelsen få information om de vidtagna och planerade åtgärderna. Länsstyrelsen ska i sin tur hålla regeringen underrättad och på Regeringskansliets eller Krisberedskapsmyndighetens begäran lämna information till de funktioner som ska ta fram en nationell samlad lägesbild.

Om det behövs omfattande räddningsinsatser i den kommunala räddningstjänsten får länsstyrelsen ta över ansvaret för räddningstjänsten i de kommuner som berörs av insatserna. Länsstyrelsen har också tillsyn över kommunernas räddningstjänst.

Övriga samverkande aktörer

Polisen

Polisen är en statlig myndighet och en viktig samverkansmyndighet vid en allvarlig händelse. Polisens arbete syftar till att upprätthålla allmän ordning och säkerhet samt att i övrigt tillförsäkra allmänheten skydd och hjälp. Polisens åtgärder i samband med insatser vid en allvarlig händelse beror på händelsens karaktär. Det kan t.ex. röra sig om avspärning, utrymning, bevakning, eftersökning, registrering, identifiering, uppsamling och omhändertagande av gods (personliga tillhörigheter) och information. I skadeområdet ansvarar polisen bl.a. för registrering av alla drabbade samt identifiering av döda. Polisen ansvarar även för att skadeområdet spärras av och att uppsamlingsplatser för skadade, oskadade och döda bevakas och spärras av.

Vid händelser med många drabbade och döda kan arbetet med att identifiera och registrera bli både omständligt och tidsödande och det kan ta lång tid innan anhöriga kan få säker information. Detta är påfrestande både för de drabbade och deras närstående men även för befattningshavaren som har ansvar för det. Det är vanligt att anhöriga och andra hör av sig till polisen för att både få information och lämna information om eventuellt drabbade personer och för att efterfråga saknade. Därför upprättar polisen ofta ett speciellt telefonnummer dit allmänheten kan vända sig med efterfrågningar om personer och gods.

Vid en allvarlig händelse med många döda med olika nationaliteter kan en särskild identifieringskommission träda i funktion. Det är polisen som ansvarar för att fastställa de dödas identitet, vilket också är en förutsättning för begravningar och som påverkar försäkringsfrågor.

Polisen har som regel den samlade informationen om händelsen, vilka som är drabbade, vilka som är döda och vilka som eventuellt är saknade. Därför behöver den särskilda sjukvårdsledningen samverka med polisen och ett utbyte av information behövs, bl.a. mellan polisens informationsservice och sjukhusens och kommunernas anhörigupplysning.

Räddningstjänsten

Enligt 1 kap. i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor menas med räddningstjänst de räddningsinsatser som staten eller kommunerna ska ansvara för vid olyckor och överhängande fara för olyckor för att hindra och begränsa skador på människor, egendom och miljö (2 §). En räddningsinsats utförs av räddningstjänsten och lagen gäller inte hälso- och sjukvård (4 §).

Räddningstjänstens primära uppgifter är att rädda liv, begränsa omfattningen av en allvarlig händelse samt att leda räddningsinsatsen. Räddningstjänsten har beredskap dygnet runt och är tränad att ha ett aktivt krismedvetande. Ofta är det personalen från räddningstjänsten som tillsammans med ambulanspersonalen får den första kontakten med de drabbade. Därför be-

höver all personal inom räddningstjänsten ha en god allmän kunskap om hur man bemöter människor i akut kris. Räddningstjänsten är en viktig resurs när det gäller att ge de drabbade den medmänskliga första hjälpen i skadeområdet och det är ofta de som har information om vad som hänt på skadestplatsen.

För att krisstödsinsatserna ska vara samordnade krävs att hälso- och sjukvården samverkar med räddningstjänsten och socialtjänsten i planeringen av krisberedskapen.

Trossamfunden

Uttrycket trossamfund syftar främst på de kristna samfunden och de islamiska och judiska församlingarna. Erfarenheter från en rad allvarliga händelser visar att trossamfunden, i samverkan med samhället i övrigt, fyller en viktig funktion när det gäller att ge krisstöd till de drabbade, både under det akuta skedet och på längre sikt [41]. Trossamfunden har stor erfarenhet av att möta människor i kris och har speciell kompetens när det gäller själavård, diakoni och medmänskligt stöd.

På de flesta orter ingår representanter för trossamfunden i kommunens krisstödsorganisation, t.ex. i POSOM-gruppen. Företrädare för trossamfunden deltar också ofta i kommunens krisberedskapsutbildningar och övningsverksamhet. Det kan vara viktigt att redan tidigt informera sig om de drabbades samfundstillhörighet för att på ett så taktfullt sätt som möjligt kunna tillgodose deras olika behov. Vårt samhälle präglas i allt högre grad av kulturell och etnisk mångfald och många människor tillhör andra religioner än den kristna. Andra människor kan sakna religiös tillhörighet. Trossamfund vilka huvudsakligen omfattar trosbekännare som har bakgrund i en annan kulturkrets, blir viktiga resurser för samhället vid allvarliga händelser. Här finns språk- och kulturkompetens och trossamfundets lokaler kan bli viktiga platser för kontakter och spridning av information. Det är Krisberedskapsmyndigheten som sedan 2002 har uppgiften att sprida kunskap om och stärka samhällets krishanteringsförmåga. Inom Krisberedskapsmyndighetens ram finns Trossamfundens krisberedskapsråd (TKR), vilket består av representanter för mångfalden av trossamfund i Sverige. Rådet ska fungera som en länk mellan trossamfunden och myndigheten.

Kyrkor och gudstjänstrum fungerar ofta som naturliga samlingsplatser vid allvarliga händelser. För många människor representerar själva kyrkobyggnaden något bestående och upplevs som en stilla plats där man kan samla tankarna. Även tidigare generationer har kommit till kyrkan för att ge tolkning och betydelse till viktiga händelser. Med sina gudstjänstrum kan trossamfunden erbjuda människor budskap, rum och form för att hantera och bearbeta sorg, död och förluster, och genom symboler och riter kan man uttrycka tröst och medmänsklig omsorg. Efter allvarliga händelser kommer människor ofta i kontakt med kyrkan i samband med begravningsgudstjänsten. Ibland är det också lämpligt med gemensamma begravnings- och minnesgudstjänster. Sådana erfarenheter finns efter Måbödalen/Kista-olyckan, Estoniakatastrofen, branden i makedoniska föreningens lokal i Göteborg och tsunamikatastrofen i Sydostasien. Begravningsgudstjänsten är för många en viktig del av sorgeprocessen. I mötet med lidande och död aktualiseras ofta

de existentiella frågorna hos människor. Det är viktigt att livsåskådningsfrågorna ges utrymme, inte minst i den långsiktiga bemästringen av det upplevda. Vissa händelser medför ingen ökad belastning för kroppssjukvården, t.ex. när det inte finns några överlevande. Då kommer trossamfunden troligen att få ännu större betydelse när det gäller stödet till de efterlevande.

Sjukhuskyrkan

Andligt stöd i hälso- och sjukvården förmedlas av de kristna och muslimska trossamfunden. Sjukhuskyrkan är det samlande namnet för den kristna andliga vården på sjukhus. I sjukhuskyrkan samverkar Svenska kyrkan, medlemssamfunden i Sveriges frikyrkosamråd och Katolska kyrkan. Det är också sjukhuskyrkans ansvar att förmedla kontakt med de övriga samfundet och med företrädare för andra religioner. Sjukhuskyrkan ingår i sjukhusens PKL-organisation och samverkar med de övriga resurserna inom sjukhuset. Direkt efter en allvarlig händelse har sjukhuskyrkan en viktig uppgift att fylla när döda och skadade har förts till sjukhuset. I det omedelbara uppföljningsarbetet har sjukhuskyrkans personal en speciell kompetens när det gäller att stödja de närstående som ska se och ta avsked av en död person, och att rituellt utforma detta avsked. Sjukhuskyrkan är också den naturliga förbindelselänken mellan sjukhuset och de församlingar som direkt berörs av händelsen.

Trossamfundens uppgifter

Trossamfunden har följande uppgifter:

- Bistå polisen att meddela dödsbud.
- Vara med vid avsked av en avliden och hålla en andakt om så önskas.
- Förbereda och genomföra begravningsgudstjänster.
- Förmedla kontakt med företrädare för trossamfund på andra orter som berörs av katastrofen.
- Ordna minnesstunder och tacksägelsegudstjänster.
- Erbjudna en helande miljö där människor kan samlas.
- Inbjuda till sorgegrupper och anhöriggrupper.

Frivilligorganisationerna

Inom många frivilligorganisationer som Röda Korset, Rädda Barnen m.fl. finns en gedigen erfarenhet från stora katastrofer, framförallt internationellt. Organisationerna har också erfarenhet från krigsdrabbade områden och nationella katastrofer till följd av torka, svält och epidemier. Dessa organisationer har ofta haft sin tyngdpunkt i det praktiska biståndsarbetet och deras erfarenheter kan vara till god hjälp också vid händelser inom Sverige. Frivilligorganisationerna kan därför inkluderas i både den lokala och regionala planeringen av krisstödet.

Röda Korset

Svenska Röda Korset har både en sjukvårdande och en social verksamhet. Behandlingscentrum för krigsskadade och torterade finns på fem platser i landet. Inom den sociala verksamheten finns t.ex. stöd till människor på flykt, anhörigstöd vid sjukdom, besöksverksamhet och telefonjour. Ett antal frivilliga stödgrupper för krisstöd har också utbildats runt om i landet. Dessa kan ses som ett komplement till samhällets resurser. När samhällets resurser inte automatiskt griper in men händelsen är för stor för den enskilde personen att hantera inom sitt eget nätverk kan de frivilliga stödgrupperna erbjuda stöd till enskilda personer och till grupper.

Rädda Barnen

Rädda Barnen arbetar dels för att skapa opinion, dels med att stödja barn i utsatta situationer. Exempel på verksamheter är Rädda Barnens Centrum för ungdomar i kris och Föräldratelefonen för de föräldrar som behöver någon att tala med. Efter allvarliga händelser har Rädda Barnen öppnat en jourtelefon för barn som behöver någon att tala med. Vid allvarliga händelser där barn drabbats har medarbetarna också kommit att fungera som konsulter till lokalsamhället.

Utöver de nämnda organisationerna finns ett antal andra frivilligorganisationer som kan ge värdefull hjälp vid samhällskatastrofer.

Företagshälsovården

Företagshälsovården har en viktig funktion i den psykologiska och sociala katastrofberedskapen. Genom lagen om första hjälpen och krisstöd (AFS 1999:7) måste alla arbetsgivare kunna erbjuda krisstöd till de anställda som drabbas i tjänsten. Därför är det viktigt att företagshälsovården har en grundläggande kompetens om psykotraumatologi och krisstöd för individer och grupper. Även företagshälsovården bör upprätta en krisberedskapsplanering och samordna den med samhällets övriga planering (AFS 1999:7). Lokalt finns ofta stor kunskap om både individer, grupper och organisationer, som kan underlätta bedömningar och förmedling av stödet. Företagshälsovården kan även arbeta förebyggande genom att informera om normala krisreaktioner och krisbemötande, vilket ger företagen och organisationerna en bättre beredskap. Inom varje företagshälsovårdsorganisation måste det finnas handlingsplaner för akuta krissituationer.

Skolhälsovård

Skolhälsovårdens skolsköterskor, läkare, kuratorer och psykologer har ofta stor vana att möta unga människor i krissituationer. Vid de flesta skolor finns idag kris- och beredskapsplaner med en organisation av krisgrupper för att stödja eleverna och personalen om en skola skulle drabbas av en allvarlig händelse. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är vanliga samarbetspartners för skolhälsovården. Skolhälsovården och BUP är ett viktigt resurs-

tillskott till krisstödet efter svåra händelser där barn och ungdomar är inblandade.

Studenthälsovården

På universitetsorterna har studenthälsovården uppmärksammat behovet av krisstöd och har en viss beredskap för detta.

Utbildning

Utbildning, träning och övning är nödvändigt för att upprätthålla och öka förmågan att hantera allvarliga händelser. För att den katastrofmedicinska beredskapen ska bli effektiv behövs det utbildning inom en rad olika områden. Utbildning behövs också inom området krisstöd. Utbildning inom det katastrofmedicinska området genomförs dels genom nationella utbildningar via katastrofmedicinska centra, på uppdrag av Socialstyrelsen, dels på regional och lokal nivå inom landstingen. Bemötandet av den enskilde personen vid en allvarlig händelse skiljer sig i princip inte från hur individen behöver bli bemött i andra kritiska situationer i livet. God kunskap om, träning av och medvetenhet om människors olika behov och vad krisstöd innebär är den grund som all personal inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, räddningstjänsten, polisen, med flera behöver ha. Personer ingående i landstingens och kommunernas krisberedskapsorganisationer behöver därtill adekvat grund- och fördjupningsutbildning anpassad efter uppgiften. Det är arbetsgivaren som har ansvaret för att den berörda personalen har tillräckliga kunskaper och lämplig personlighet för att kunna göra en god insats.

Landstingens utbildningsansvar

För att ha en god förmåga i landstinget att hantera allvarliga händelser krävs bl.a. en i förväg noga genomförd planering med en utbildad, tränad och övad organisation. Landstingen arbetar bl.a. med att planera för olika utbildningsinsatser inom olika specifika områden men ser också till att organisationen regelbundet får träna och öva tillsammans i både mindre och större övningar. Landstingen utser vanligen en utbildningssamordnare på regional nivå som i samverkan med landstingets beredskapssamordnare säkerställer ett relevant kursutbud.

Utbildningen i krisstöd ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, baseras på teoretiska presentationer, integrera teori och praktik och baseras på att lära genom erfarenhet. Den ska också ge deltagarna tillfälle att vidareutveckla sina resurser och också utveckla förmågan att förmedla krisstöd, påverka attityder och ge nya erfarenheter. Förutom en grundutbildning som är gemensam för alla, behöver stödpersonerna få träning för de olika roller och uppgifter som de förväntas ha och utföra i den akuta fasen. En särskild typ av utbildning kan komma att fokusera på screening och rådgivning i ett längre perspektiv. Stödpersonerna behöver också grundläggande kunskap om och en gemensam terminologi för psykotraumatologi. Oberoende av grundprofession ska alla stödpersoner kunna upptäcka posttraumatiska symtom som depression, ökade somatiska problem, sömnproblem och akut stressyndrom (ASD) respektive posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). De behöver också kunna värdera dessa symtom för att kunna avgöra om det finns behov av att remittera till en specialist. Utbildningen ska dock inte

handla om terapi eller behandling. Metoderna och tillvägagångssätten i krisstödsarbetet måste fokuseras på att förklara, diskutera och öva följande:

- Att kommunicera med drabbade och stärka förmåga till bemästring.
- Att ge adekvat information på ett inkännande och respektfullt sätt.
- Att förmedla stöd till drabbade familjer vid identifiering av omkomna.

Utbildningen ska också ge deltagarna tillfälle att diskutera värderingar och generella principer om attityder och inställning till drabbade människor. Det är viktigt att stödpersonerna får en bild av människans inneboende resurser som tar hänsyn till de drabbades rätt till självbestämmande samt förmåga att överleva och lösa problem. Demokratiska rättigheter och personlig frihet samt lyhördhet för kulturella olikheter, ålder och kön är också centrala aspekter. Kunskap om vad som ger motståndskraft och styrka att klara av svårigheter kan också minska risken att sjukförklara normala reaktioner eller göra drabbade personer till enbart offer. Ett annat viktigt område i utbildningen av stödpersoner är att dessa får tillfälle att lära känna och känna igen sina egna personliga begränsningar och att förstå de begränsningar som finns vad gäller insatser i krissituationer. Kunskap härom kan minska risken för sekundär traumatisering av de drabbade och att hjälparen själv inte ska bli känslomässigt uttröttad eller traumatiserad av mötet med många drabbade personer.

Gemensam utbildning för krisberedskapsorganisationen

För att säkerställa enhetlighet och god kvalitet på utbildningarna inom det katastrofmedicinska området har Socialstyrelsen publicerat ”Utbildning inom katastrofmedicinsk beredskap, rekommendation för planering”. Rekommendationen vänder sig till den som har ansvar för eller genomför utbildningar inom det katastrofmedicinska ämnesområdet och är tänkt att vara ett stöd för planering, genomförande, uppföljning och utvärdering.

Vissa utbildningar och praktiska övningar kan med fördel genomföras gemensamt för olika yrkeskategorier och enheter inom hela krisberedskapsorganisationen. Organisationen måste vara samtränad för att kunna fungera optimalt vid en allvarlig händelse. Värdet av sådana övningar ökar avsevärt om man efteråt har ordentliga genomgångar på alla enheter och nivåer som deltagit i övningen. All personal som kan behöva ta hand om personer som utsatts för svåra upplevelser behöver ha kunskap om:

- Psykiska och psykosomatiska reaktioner vid allvarliga händelser.
- Bemötande av människor i kris i den akuta fasen.
- Vanliga och förväntade stressreaktioner hos stödpersonerna och möjligheten att få stöd.
- Hur den totala krisberedskapen är organiserad, vilka som ingår i denna samt kännedom om hur krisstödet är organiserat.

”Krisstöd vid allvarlig händelse- grundkurs”

Målgruppen för denna utbildning är personal från hälso- och sjukvården, såväl från den somatiska som från den psykiatriska/psykologiska organisationen, socialtjänsten samt övriga organisationer som kan komma att ingå i organisationen för krisstöd vid allvarliga händelser. Syftet med utbildningen är att ge deltagarna grundläggande kunskaper och färdigheter i att kunna ge krisstöd vid allvarliga händelser.

Grundkursen omfattar följande moment:

- Traumatiska och posttraumatiska reaktioner vid allvarliga händelser.
- Riskgruppsbedömning.
- Psykologisk första hjälp.
- Reaktioner hos stödpersonerna och deras behov av stöd.
- Sjukvårdens katastrofmedicinska organisation och dess olika samverkanspartner.
- PKL och ledningen för det lokala krisstödet uppgifter och ansvar före, under och efter en allvarlig händelse.
- Ledning och samverkan.
- Organisatoriska aspekter på arbetet vid allvarliga händelser inkluderande arbetsledaransvar.
- Rekrytering och utbildning av stödpersoner.
- Kontakter med massmedia.
- Praktiska övningar inkluderande spel med ledningsproblematik.

Vid sidan av nämnda utbildning i ledning och organisation för PKL-grupperna behöver dessa regelbunden vidareutbildning och träning samt möjligheter att samöva med andra enheter inom krisberedskapsorganisationen för att vidmakthålla och utveckla sin förmåga att fungera optimalt vid skarpt läge.

”Krisstöd vid allvarlig händelse- fördjupningskurs”

Målgruppen för denna utbildning är personal från hälso- och sjukvården med psykologisk eller psykiatrisk kompetens samt personal som i sin yrkesutövning kan komma i kontakt med personer som drabbats av en allvarlig händelse (t.ex. socionomer, präster och diakoner). Syftet är att ge deltagarna fördjupade kunskaper och färdigheter inom ämnesområdet för att kunna identifiera drabbade som kan riskera svårare efterverkningar och öka förmågan hos personal att ta hand om sig själva

Fördjupningskursen omfattar följande moment:

- Identifiering av riskgrupper.
- Stödcentrum.
- Samverkan mellan landsting och kommuner.
- Primärvårdens roll.
- Stressreaktioner hos och stöd till insatspersonal.

Stödpersoner

Stödpersoner som ska arbeta i direkt anslutning till den allvarliga händelsen och med vissa uppföljande stödkontakter bör ha följande kunskaper:

- Goda kunskaper om kriser och krisstöd.
- Kunskap om riskfaktorer för utvecklande av psykisk ohälsa hos drabbade personer.
- Kännedom om akut stressyndrom (ASD) och PTSD.
- God kännedom om egen och andras funktion, uppgift och ansvarsområde i den egna krisberedskapsorganisationen.
- Kunskap om egenreaktioner hos stödpersoner.

Personal med ansvar för uppföljande krisstöd

Personal med ansvar för uppföljande krisstöd behöver, förutom grundpsyko-terapeutisk kompetens, exempelvis kontaktmannautbildningen inom psyki- atrin eller utbildning i psykologisk första hjälp, dessutom ha:

- Kunskap om ASD och posttraumatiska stressreaktioner och symtom på PTSD.
- Kunskaper och färdigheter i krisstöd
- Kunskap om sorg och stöd till förlustdrabbade.
- Tillgång till adekvat handledning.

Professionell behandlingspersonal

Professionell behandlingspersonal inom området mental hälsa (läkare, psy- kologer, kuratorer, specialutbildade psykiatrijuksköterskor) med grund- läggande psykoterapiutbildning (eller den tidigare statliga steg-1- utbildningen) måste utöver detta ha kunskap om:

- Diagnostik av ASD och PTSD.
- Behandlingsmetoder för PTSD.
- Kunskap om sorg och stöd till förlustdrabbade.

Personal med ansvar för stöd och uppföljning av sjukvårds- och räddningspersonal samt/eller stödpersoner

Personal med ansvar för stöd och uppföljning av sjukvårds- och räddnings- personal samt/eller stödpersoner ingående i landstingens och kommunernas katastroforganisation behöver ha kunskap om:

- Egenreaktioner hos insatspersonal/stödpersoner.
- Gruppdynamik.
- Metoder för olika personalstödande åtgärder i samband med akut insatsarbete.
- Posttraumatisk stress och PTSD och andra traumarelaterade psykiska sjukdomstillstånd.

Personer med arbetsledande uppgifter

Personer med arbetsledande och samordnande uppgifter (t.ex. lokal eller regional krisstödssamordnare eller personal med ansvar för telefonjourmottagning) i landstingens och kommunernas katastroforganisation behöver ha kunskap om:

- Arbetsledning särskilt under extraordinära förhållanden.
- Den egna beredskapsorganisationens uppgifter, villkor och ansvarsområde.
- Särskild sjukvårdsledning på regional/ lokal nivå.

Att hantera kommunikation i en kris

Massmedier

Massmedierna har en viktig roll när det gäller att bevaka krishanteringen och informera medborgarna vid kriser. Man har stor nytta av medier i kris-kommunikationsarbetet, men mediernas krav på dem som leder och hanterar krisen kan samtidigt bli väldigt stora. Det finns olika sätt att klara journalis-ters stora krav på information och kommentarer. Olika lösningar passar oli-ka organisationer.

Ibland kan det vara lämpligt att utse en särskild presstalesperson eller att peka ut några alternativa talespersoner som svarar på olika slags frågor. Ge-nom att ha aktuell information på organisationens webbplats kan man hän-visa journalister dit för att se om den information de söker finns där. Hittar de inte det de söker på webbplatsen kan man i nästa steg hänvisa till tales-personen eller talespersonerna. Experter på kriskommunikation brukar ge rådet att hålla dagliga presskonferenser för att samla de flesta mediefrågor till ett och samma tillfälle.

Planera kommunikationen

Ingen kris är den andra lik och det finns heller ingen standardlösning för hur man ska hantera en sådan situation. Däremot behöver kommunikationen planeras, både för att bli bra och effektiv och för att den kan underlätta det övriga krisarbetet. Dåligt planerad kommunikation riskerar att hindra och försvåra krisarbetet. Därför kan det vara lämpligt att avdela någon eller någ-ra personer till att analysera, planera och genomföra kommunikationsinsat-serna. Ansvariga måste ha tänkt igenom vilken kompetens och vilka rutiner som behövs och tydliggöra ansvars- och rollfördelningen.

Snabb och korrekt information

I en krissituation är människor ofta oroliga för sin egen och sina närståendes säkerhet och hälsa. Beslutsfattare och de som berörs av krisen i sin yrkesroll måste veta vilka krav som ställs på dem och vad som behöver göras. Alla dessa personer behöver snabbt få information för att de ska kunna hantera situationen.

Om de som berörs inte får någon information finns en risk för ett informa-tionsvakuum. I en sådan situation kan det uppstå onödig oro, rykten kan börja spridas och människor kan agera på ett sätt som inte gagnar situatio-nen. Krisen kan då förvärras och det kan skapas en förtroendekris som är värre än krisen i sig.

Även om man inte har alla fakta om situationen är det alltså viktigt att så snart som möjligt ge den information man har. Informationen till medierna

kan då handla om att man just nu inte vet tillräckligt om den uppkomna situationen och hur man arbetar för att få fram mer fakta.

Anpassa informationen till målgruppen

Det är viktigt att tänka igenom vem man riktar sig till med informationen. Vilken situation befinner sig mottagarna i? Vilka förkunskaper har de? Påverkar kulturell bakgrund mottagarnas uppfattning om den händelse som inträffat och hur de kan tänkas hantera den? Behövs information på andra språk än svenska? Hur ska den i så fall tas fram och hur når man ut med den? Är informationen på webbplatsen tillgänglig även för personer med olika funktionsnedsättningar, osv.?

Fler råd och tips om vad man bör tänka på när det gäller kommunikationen i en kris finns t.ex. i Krisberedskapsmyndighetens "Handbok i kriskommunikation".

Ordförklaringar

Akutfas	Tiden omedelbart efter en svår upplevelse
Allvarlig händelse ^a	Händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt. <i>Kommentar:</i> Allvarlig händelse används här som ett samlingsbegrepp inom hälso- och sjukvård, hälsoskydd, smittskydd och socialtjänst för olika typer av händelser, inklusive risk för eller hot om sådana.
Närstående	Person inom familjen eller bland de närmaste.
Avlastningssamtal ^a	(Inom katastrofmedicinsk beredskap) Kortare gruppgenomgång av upplevelser direkt efter en kritisk händelse.
Drabbad ^a	Person som varit utsatt för en traumatisk upplevelse.
Insatspersonal	Sammanfattande benämning på yrkesverksamma inom polis, räddningstjänst samt hälso- och sjukvård, som genomför räddningstjänst-, polis- eller sjukvårdsinsatser vid en allvarlig händelse.
Kamratstöd	Sammanfattande benämning på medmänskliga verbala och ickeverbala stödinsatser från arbetskamrater, kolleger och chefer.
Katastrof ^a	Allvarlig händelse där de tillgängliga resurserna är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav inte kan upprätthållas trots lämpliga åtgärder.
Katastrofpsykiatri	Kunskapsområde som rör de psykotraumatologiska konsekvenserna av en definierad svår upplevelse.
Katastrofpsykologi	Kunskapsområde som rör de normalpsykologiska konsekvenserna av en definierad svår upplevelse.
Krisstöd	Grundläggande medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd efter en svår upplevelse.
Krisintervention	Systematiskt psykologiskt stöd eller bearbetning med hjälp av psykologiska metoder efter en svår upplevelse.
Långtidsfas	Tidsperioden efter akut- och mellanfasen efter en svår upplevelse då de långsiktiga verkningarna blir tydliga och behöver åtgärdas.
Mellanfas	Tidsperioden efter akutfasen i en svår upplevelse då omfattningen och konsekvenserna av händelsen börjar bli tydliga och behöver åtgärdas.
PKL-grupp	Ledningsgrupp inom landstinget med uppgift att leda och samordna hälso- och sjukvårdens psykologiska, sociala och psykiatriska stödinsatser till drabbade, närstående och personal vid allvarlig händelse..
Posttraumatiskt stressyndrom	Psykiatrisk diagnos av symptombild för psykiska besvär orsakade av en traumatisk händelse.
Potentiellt traumatisk händelse (eng. potentially traumatic event, PTE)	Svåra upplevelser leder inte automatiskt till att alla som exponeras drabbas av posttraumatiskt stressyndrom. Av den anledningen är "potentiellt traumatisk händelse" en lämpligare benämning än (enbart) "traumatisk händelse"
Primärvård ^a	Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning av sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Primärvården kräver inte sjukhusens medicinska och tekniska resurser.
Psykiskt trauma	Svår upplevelse som inträffar oförberett eller är för omfattande för att omedelbart kunna förstås eller bearbetas.
Psykologisk första hjälp	Ett anpassat, icke påträngande sätt, att tidigt möta drabbade efter en svår upplevelse.

^a Term och definition hämtad ur Socialstyrelsens Termbank
<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>

Psykologisk debriefing	Systematisk genomgång i grupp, med inriktning mot insatspersonal, av tankar, intryck och reaktioner efter en allvarlig händelse.
Psykotraumatologi	Kunskapen om det psykiska traumats effekt på människan ur ett helhetsperspektiv: biologiskt, psykologiskt, socialt och existentiellt.
Screening	Identifiering av individer som är i behov av behandling. Kan ske kliniskt eller genom användning av screeninginstrument, ofta frågeformulär.
Sekundär traumatisering	När en drabbad individ i sitt sökande efter hjälp möts av okänslighet finns en risk för återtraumatisering, vilket kan leda till att traumats påverkan på individen förvärras.
Självhjälpsgrupp	Grupp av drabbade som stöder varandra efter en svår upplevelse.
Skadeplats ^a	Plats där skadehändelse har inträffat.
Sorgegrupp	Grupp som bedriver systematiskt och ofta strukturerat stöd i mindre grupper för nära närstående till avlidna eller omkomna.
Spänningsreduktion	Fysiska, farmakologiska eller psykologiska insatser för att reducera kroppslig och psykisk spänning.
Stressvaccinering	Systematiserad psykologisk förberedelse för att möta extremt svåra situationer inom ramen för det egna yrkesansvaret.
Stödcentrum	En mottagning där drabbade kan få krisstöd och hänvisning till samhällets övriga stödinstanser.
Stödmottagning	Landstingens mottagning för oskadade drabbade och närstående som kommer till sjukhus efter en allvarlig händelse.
Tjänsteman i beredskap ^a (TIB)	Person i beredskap som kan ta emot larm vid allvarlig händelse.
Återtraumatisering (re-traumatisering)	Återuppväckande av obearbetade minnen från en specifik händelse, som leder till en förvärrad eller förnyad psykisk symptomatologi.

Bilagor

Trauma Screening Questionnaire (TSQ)

Dina egna reaktioner idag på den traumatiska händelsen.

Fundera över de följande reaktionerna som ibland förekommer efter en traumatisk händelse. Detta frågeformulär handlar om dina reaktioner på den traumatiska händelsen som du varit med om. Vänligen markera (Ja/Nej) om du upplevt något av nedanstående vid minst två tillfällen den gångna veckan.

Markera ett alternativ på varje rad

1 Upprörande tankar på eller minnen från händelsen som har kommit till dig mot din egen vilja.	Ja	Nej
2 Upprörande drömmar om händelsen.	Ja	Nej
3 Handlingar eller känslor som om händelsen inträffar på nytt.	Ja	Nej
4 Upprördhet inför sådant som påminner om händelsen.	Ja	Nej
5 Kroppsliga reaktioner (t.ex. hjärtklappning, magbesvär, svettningar, yrsel) vid påminnelser om händelsen.	Ja	Nej
6 Svårt att somna eller orolig sömn.	Ja	Nej
7 Irritabilitet eller vredesutbrott.	Ja	Nej
8 Svårt att koncentrera dig.	Ja	Nej
9 Ökad uppmärksamhet på möjliga faror och hot mot dig själv och andra.	Ja	Nej
10 Lättskrämdhet vid oväntade händelser.	Ja	Nej

Brewin C.R., Rose S., Andrew B., Green J., Turner S., & Foa E. (2002). *Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder*. *British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.

Svensk översättning: Per-Olof Michel, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri. (reviderad: Arnberg, F. 2007)

Trauma screening Questionnaire (TSQ)

Råd till användare:

Bör användas tidigast 3 veckor efter en händelse(1), men har i en studie också använts så tidigt som en vecka efter en händelse och presterat likvärdigt(2).

Sex eller fler jakande svar talar för att det föreligger en sannolikhet för att individen kan utveckla ett posttraumatiskt stressyndrom.

Trauma Screening Questionnaire (TSQ) är ett screening-instrument för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), som ska användas i syfte att identifiera individer som är i riskzonen för att uppfylla kriterierna för PTSD. Med effektivitet och användbarhet i åtanke försökte konstruktörerna minimera antalet frågor och har därför utelämnat A-kriteriet, C-kriteriet, E-kriteriet och F-kriteriet som återfinns i diagnosen PTSD som den är formulerad i DSM-IV (3).

TSQ innehåller tio frågor som gäller återupplevande och överspändhet, två symptomgrupper i diagnosen PTSD. Effektiviteten hos originalversionen av TSQ var densamma i två oberoende studier: Sannolikheten var 90 % att en individ korrekt klassificerades av TSQ som PTSD eller icke PTSD enligt strukturerad klinisk intervju en vecka senare (1) eller enligt The Davidson Trauma Scale, ett validerat diagnostiskt skattningsformulär, både en och sex månader senare (2).

Den svenska versionen är idag inte tillräckligt utprövad, varför resultaten från den brittiska originalversionen måste tolkas med viss försiktighet.

1. Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., et al. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry Vol 181(2) Aug 2002, 158-162.*
2. Walters, J. T. R., Bisson, J. I., & Shepherd, J. P. (2006). Predicting post-traumatic stress disorder: validation of the Trauma Screening Questionnaire in victims of assault. *Psychological Medicine, 37(01), 143-150.*
3. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.) (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association.

Arbetsgrupp

Bergh Johannesson, Kerstin	Kunskapscentrum för Katastrof- psykiatri
Lundin, Tom	Kunskapscentrum för Katastrof- psykiatri
Arvidsson, Inga-Lena	Svenska kyrkan
Cederberg, Sonja	Socialstyrelsen
Håkanson, Eva	Stockholms läns landsting
Näsman, Ulla	Sundsvalls kommun

Per-Olof Michel på Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri har, efter anvisningar från Socialstyrelsen, på nytt bearbetat arbetsgruppens förslag.

Referensgrupp

Andersson, Anna-Lena	Västra Götalandsregionen
Björn Persson, Maj-Britt	Landstinget i Värmland
Broberg, Anders	Göteborgs universitet
Hammarlund, Claes-Otto	Sveriges Kris- och Katastrofpsyko- logiska Förening
Hansson-Lönnqvist, Gudrun	Stockholms läns landsting
Heidenfors, Maria	Västra Götalandsregionen
Hermansson, Jan-Åke	Arvika kommun
Johansson, Håkan	Region Skåne
Larsson, Gerry	Försvarshögskolan
Lilled, Lars	Göteborgs stad
Linders, Anita	Landstinget i Östergötland
Ragnarsson, Eva	Västerbottens läns landsting
Tordling, Ingrid	Statens räddningsverk
Torstensson, Gunnel	Socialstyrelsen

Referenser

- [1] Bergh Johannesson K, Michel PO, Arnberg F, Lundin T, Schulman A, Hultman C. Uppföljning av svenska resenärer efter tsunamin 2004. Uppsala: Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri; 2006.
- [2] Smeets EC, de Ruijter AM. Community-based interventions working draft. Amsterdam: Impact Dutch knowledge and advice centre for post-disaster psychosocial care. 2006.
- [3] Weisaeth L M, Mehlum L, red. Människor, trauman och kriser. Stockholm: Natur och Kultur; 1997.
- [4] Emergency Management Australia. Mental Health Practitioners Guide. Vol 3. Guidelines for Psychological Services Practise. Manual 10. Canberra, Emergency Management Australia 2002. ISBN 0-642-99655-5.
- [5] Michel PO, Lundin T, Otto U. Psykotraumologi, Bedömning, bemötande och behandling av stresstillstånd. Lund: Studentlitteratur; 2001.
- [6] Brewin CR, Andrew B, Valentine JD. Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68:748-766.
- [7] Ozer EJ, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta analysis. *Psychological Bulletin* 2003;129:52-73.
- [8] Seynaeve, G. J. R. (Ed). Psycho-social support in situations of mass emergency. European Policy Paper concerning different aspects of psychosocial support involved in major accidents and disasters. Ministry of Public Health, Brussels, Belgium, 2001. ISBN: D/2001/9387/1.
- [9] Broberg AG, Dyregrov A, Lilled L. The Gotheburg discoteque fire: posttraumatic stress and school adjustments reported by primary victims 18 months later. *J ChildPsychol Psychiatry* 2005;46:1279-86.
- [10] Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BP, de Jong JTVM, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*. Winter 2007;70(4):283-314.
- [11] Bodin A, Jansson S, Britton Long R, Ekström A, Källander K, Rosling H, von Schreeb J. Rapport till tsunami-katastrofkommissionen från Volontärstudien. Folkhälsovetenskap Karlstads universitet, Avdelningen för Internationell Hälsa, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet. 2005.
- [12] Civilförsvärsförbundet. 30-minutersmetoden. Så organiserar du frivilliga i en kris- och katastrofsituation. 2003. www.civil.se
- [13] Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books; 1964.
- [14] The management of post-traumatic stress disorder in adults in primary, secondary and community care. Clinical guideline 26. London: National Institute of Clinical Excellence (NICE); 2005. ISBN 1-84257-922-3 (www.nice.org.uk)
- [15] Campbell R, Raja S. Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence Vict* 1999 Fall;14(3):261-75.
- [16] Bonnano GA, Galea S, Bucchiarelli A, Vlahov D. Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychol Sci*. 2006 Mar;17(3):181-6.
- [17] Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996;9:455-471.
- [18] Masten AS, Best KM, Garmezzy N. Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology* 1990;2:425-44.
- [19] Schaap IA, van Galen FM, de Ruijter AM, Smeets EC. Resilience, the article. Impact Dutch knowledge and advice centre for post-disaster psychosocial care. Amsterdam: 2006.
- [20] Hart DS, Orner R. New values in reconstructing early interventions after trauma. *ISTSS Traumatic Stress Points* 2005;19:2.
- [21] Fullerton CS, Ursano JR, Kao T, Barhiya V. The chemical and biological warfare environment: Psychological responses and social support in a high stress environment. *Journal of Applied Social Psychology*. 1992b;22:1608-23.
- [22] National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, Psychological First Aid: Field Operations Guide 2nd Edition. July, 2006. www.nctsn.org; www.ncptsd.va.gov.
- [23] Michel PO, Bergh Johannesson K, Lundin T. Psykologisk första hjälp i samband med katastrofer och olyckor. *Läkartidningen* 2006;103:2855-56.
- [24] Pennebaker JW. Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science* 1997;8:162-66.
- [25] Bisson J, Brayne M, Ochberg FM, Everly GS. Early psychosocial intervention following traumatic events. *Am J Psychiatry*. 2007;16:1016-19.
- [26] Brewin CR, Rose S, Andrew B, Green J, Turner S, Foa E. Brief screening instrument for posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181:158-162.

-
- [27] Michel PO, Bergh Johannesson K, Abdoulbaghi A, Lundin T. Posttraumatiskt stressyndrom alltmer i fokus. *Läkartidningen* 2006;103:3369-72.
- [28] Larsson G, Johansson A, Jansson T, Grönlund G. Ledarskap under akut stress: En kvalitativ svensk-norsk intervjustudie. I: Larsson G, red. *Ledarskap under stress*. Karlstad: Försvarshögskolan, Ledarskapsinstitutionen ACTA D3. 1999:13-33.
- [29] Sjöberg M, Wallenius C, Larsson G. Leadership in complex rescue operations: A qualitative study. *Disaster Prevention and Management* 2006;15:576-84.
- [30] Rüter A, Nilsson H, Vikström T. *Sjukvårdsledning vid olycka och katastrof*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
- [31] Hytten K, Jensen A, Skaugli G. Stress inoculation training for smoke divers and free-fall life boat passengers. *Aviation and Space Environmental Medicine* 1990;61:983-8.
- [32] Southwick S. Translational approaches to the study of resilience: Implications for recovering from traumatic stress – types of resilience: Defining and operationalizing of resilience. Paper presented at the International Society for Traumatic Stress Studies 22nd Annual Meeting in Hollywood 2006.
- [33] Meichenbaum DH, Deffenbacher JL. Stress inoculation training. *The Counseling Psychologist*. 1988;16:69-90.
- [34] Brewin CR. Cognitive and emotional reactions to traumatic events: Implications for short-term interventions. *Advances in Mind-Body Medicine*. 2001;17:160-196.
- [35] Carlier IV, Lamberts RD, van Uchelen AJ, Gersons BP. Disaster-related posttraumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine*. 1998;14:143-148.
- [36] McNally RJ, Bryant RA, Ehlers A. Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*. 2003;4:45-79.
- [37] Litz BT, Gray MJ. Early interventions for mass violence: What is the evidence? What should be done? *Cognitive and Behavioural Practice*. 2002;9:266-272.
- [38] *Fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. SOSFS 2005:13, kap. 7.
- [39] Michelsen H, Schulman A, Håkanson E, Hultman C. Tillbaka i Stockholm efter tsunamikatastrofen – nådde stödet fram? Centrum för Allmänmedicin (CEFAM), Stockholms Läns landsting och Karolinska Institutet. Rapport 2007:1.
- [40] Hjemdal OK. Fastlegens oppfølging av de berørte etter tsunamin. Rapport nr 1. 2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- [41] Överstyrelsen för Civil Beredskap (Krisberedskapsmyndigheten). Trossamfundens medverkan i krishantering. Stockholm: Krisberedskapsmyndigheten; 2004:1.