

Nådde hjälpen fram?

Psykologiskt och socialt stöd i en kommun vid tsunamin och en trafikolycka

Hans Michélsen

Abbe Schulman

Charlotte Therup Svedenlöf

Inger Lingsten

CeFAM Kris- & katastrofpsykologi
Centrum för allmänmedicin
Alfred Nobels allé 12
141 83 Huddinge

Alla rättigheter förbehållna CeFAM Kris-
& katastrofpsykologi och författarna

Rapport 2009:1
Tryckeri: EO Grafiska
ISSN: 1653-9877
ISBN: 978-91-976626-3-5

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	5
SAMMANFATTNING	7
SUMMARY	23
INLEDNING	40
SYFTE	42
BAKGRUND	43
Psykologiskt och socialt stöd.....	43
Förordningar och lagar för kommuners planer gällande psykologiskt och socialt stöd vid kris och katastrof	51
Kommunens planering.....	55
Beskrivning av händelseförloppen i de två katastroferna	57
MATERIAL OCH METOD	62
Urval	63
Bearbetning.....	65
RESULTAT	67
Kommunens krisplan	69
Sammanfattning av kommunens beredskap inför allvarliga händelser.....	76
Bussolyckan	77
Sammanfattning av den akuta insatsen vid bussolyckan.....	86
Flodvågskatastrofen	88
Sammanfattning av insatserna vid tsunamikatastrofen	104
Anhöriga och drabbades upplevelse av stöd.....	107
Resultat från intervjuerna, hemvändande	110
Sammanfattning av intervjuer med hemvändande	134
Resultat från intervjuerna, anhöriga.....	136
Sammanfattning av intervjuer med närmast anhöriga till personer som omkommit i tsunamikatastrofen.....	142
DISKUSSION	143
Rekommendationer	160
REFERENSLISTA	163
BILAGOR.....	171

Förord

Föreliggande rapport redovisar resultat från en studie av kris- och katastrofberedskapen vid två händelser, som inträffade under samma år, i en kranskommun till Stockholm. Den första var en allvarlig bussolycka under vintern 2004 och den andra var tsunamikatastrofen den 26 december 2004. Studien utgör en del i enhetens forskningsprogram, vars övergripande syfte är att få ökad kunskap om samhällets krisberedskap för psykologiskt och socialt stöd vid stora olyckor och katastrofer.

Tsunamikatastrofen var en av de mest omfattande naturkatastroferna i modern tid och kom att påverka ett stort antal svenskers liv och olika verksamheter i de kommuner, som de bodde i. Stockholm var sannolikt den stad i västvärlden, som i förhållande till befolkningens storlek, drabbades mest.

Hur krisplaner tillämpas och hur de fungerar då de verkligen sätts på prov i samband med allvarliga händelser är kunskap, som har ett stort värde för utvecklingen av den framtida kris- och katastrofberedskapen.

En granskning av verksamheter, som arbetar under tids- och beslutspress i samband med olyckor och katastrofer, kan lätt uppfattas som kritisk. Givetvis kan mycket göras annorlunda, men en förutsättning för förändring är att utomstående forskare får veta vad som gjorts. Denna information har den undersökta kommunen och drabbade personer delat med sig till oss. De problem som studien belyst förekommer också i andra kommuner och landsting. Studiens resultat och rekommendationer torde därför vara användbara för att förbättra den psykologiska kris- och katastrofberedskapen runtom i Sverige.

Att vi fått möjlighet att systematiskt studera krisarbetet inom en kommun vid några faktiska händelser vittnar om stor öppenhet och engagemang för dessa frågor inom den aktuella kommunen. Ansvariga tjänstemän i kommunledningen, tjänstemän med uppgifter i kommunens direkta krisarbete och drabbade invånare i kommunen har varit villiga att delta i denna undersökning och har därmed gett underlag för viktig kunskapsutveckling.

I och med att de intervjuade delat med sig sina värdefulla och för en del personer mycket smärtsamma erfarenheter finns nu ett rikt

kunskapsmaterial tillgängligt, som planerare i alla kommuner, landsting och andra organisationer kan ha glädje av för att utveckla sin kris- och katastrofberedskap. I slutändan kommer detta att gynna människor, som är med om olyckor och andra allvarliga händelser. Vi vill rikta ett varmt tack till er alla.

Studien har finansierats genom medel från Krisberedskapsmyndigheten, som numera ingår i Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).

Författarna

Stockholm i september 2009

Hans Michélsen Inger Lingsten Charlotte Therup Svedenlöf
Abbe Schulman

CeFAM Kris- & katastrofpsykologi
Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting

Sammanfattning

Stora olyckshändelser och katastrofer, som samtidigt drabbar många enskilda personer och stora delar av ett samhälle, kan vara av den omfattningen att ordinära räddningsinsatser, reguljär sjukvård och psykologiskt och socialt stöd till drabbade är otillräckligt. Samhällets normala funktioner kan delvis ha satts ur spel. När sådana händelser inträffar måste det finnas en handlingsberedskap baserad på kris- och katastrofplaner inom olika delar av samhället för att mildra effekten av händelsen. Enligt socialtjänstlagen har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver.

Vid en allvarlig händelse startar psykiska reaktioner under och i omedelbar anslutning till händelsen hos såväl kroppsligt skadade som oskadade. För de flesta är reaktionerna av övergående karaktär. Oavsett styrkan på reaktionerna är det i tidigt skede efter händelsen svårt att avgöra vilka personer, som kommer att utveckla långvariga problem. Många drabbade kan ha behov av psykologiskt och socialt stöd såväl i anslutning till händelsen som under lång tid efteråt. Det finns mycket kunskap om riskfaktorer för psykisk ohälsa efter katastrofer. Socialt stöd har visat sig ha betydelse för att minska risken för allvarlig psykisk ohälsa, men det råder olika uppfattning om på vilket sätt stödet påverkar främjandet av hälsa.

Betydelsefullt stöd till drabbade kommer vanligen från närstående men också från olika delar i samhället som hälso- och sjukvården, socialtjänsten, skolan och olika frivilligorganisationer. Kommunen har en central roll för samordning av psykologiskt och socialt stöd. Kunskapen om hur väl man når drabbade kommuninvånare och hur samordning mellan olika aktörer förlöper under och efter en katastrof är dock bristfällig.

Syftet med denna studie var att undersöka samhällets psykiska och sociala kris- och katastrofberedskap och hur psykologiskt och socialt stöd nådde de drabbade. Vidare undersöktes hur en kommuns krisplan tillämpades och hur samverkan förlöpte mellan olika delar i kommunen och mellan kommunen och landstinget, polisen och kyrkan.

Material och metod

En stor kommun i Stockholms län valdes för denna studie. Två händelser som drabbade kommunen och dess invånare under samma år har studerats, nämligen en bussolycka och tsunamikatastrofen. Bussolyckan hade ett traditionellt förlopp med snabba hjälpinsatser från räddningstjänst och hälso- och sjukvård. Kommunen kom inte att involveras i någon större utsträckning i dessa åtgärder. Vid tsunamikatastrofen stod däremot kommunen, liksom hälso- och sjukvården och frivilligorganisationer, för många olika stödåtgärder för barn, ungdomar och vuxna i kommunen. Gemensamt för båda händelserna var att insatser och samordning styrdes av samma kommunala beredskapsplan.

Planering och genomförande av åtgärder vid de två händelserna studerades utifrån tre perspektiv; ledningens, utförarnas och de drabbades. Intervjuer, enkäter och krisplaner utgjorde data i undersökningen. Tre grupper av informanter ingick. En grupp bestod av personer, som enligt kommunens krisplaner, skulle leda insatserna vid allvarliga händelser. Denna grupp utgjordes av kommunens ledningsgrupp och vissa chefstjänstemän i kommunen. Dessutom ingick personer med ledningsuppdrag hos kommunens samarbetspartners i landstinget, polisen, räddningstjänst och kyrkan. En andra grupp intervjuade bestod av tjänstemän, som deltog i genomförandet av åtgärder inom socialtjänst, skola, räddningstjänst, sjukvård, Svenska kyrkan och vid bussolyckan representanter för bussbolaget. Totalt 40 intervjuer genomfördes i dessa två grupper. Därutöver intervjuades 30 personer boende i kommunen, som var med i tsunamikatastrofen och sju, ej boende i kommunen, som var närmast anhöriga till avlidna i katastrofen. För bakgrundsvariabler och psykisk hälsa hos tsunamidrabbade boende i kommunen, användes resultat från en enkät, som 14 månader efter tsunamikatastrofen skickades ut till personer, som registrerats av polis på Arlanda flygplats i samband med deras hemkomst från Sydostasien.

Resultat

I avsikt att ge underlag till en förbättrad framtida kris- och katastrofberedskap ligger fokus för denna resultatredovisning på svagheter och brister i organisation, ledning och samordning vid de båda händelserna. Enligt kommunens centrala krisplan hade man en liten krisledningsgrupp, som vid behov kunde utökas med personer som har psykologisk och social kompetens. De som ingick i krisledningsgruppen var i stort positiva till gruppens sammansättning. Dock uppmärksammade de under tsunamikatastrofen att ledningsgruppen var sårbar vid långdragna händelser eftersom man saknade ersättare till de ordinarie gruppmedlemmarna. Planen var densamma oavsett händelsens art och omfattning och det framgick inte vilka delar av planen, som skulle aktiveras vid en enstaka olycka respektive vid en katastrof. De intervjuade uppfattade också att planen i huvudsak var tillämpbar för mindre händelser, inte för katastrofer. Det psykologiska och sociala stödet till drabbade vilade enligt planen på den ordinarie verksamheten inom socialtjänsten i samverkan med landstingets psykiatriska klinik och med visst stöd från Svenska kyrkans församlingar i kommunen. Någon speciell samverkansgrupp för psykologiska och sociala insatser vid en katastrof (POSOM-grupp) fanns inte i kommunen.

I intervjuerna betonades vikten av goda kontakter med representanter inom olika verksamheter som kunde underlätta ledning och samordning av stödinsatser. Man förlitade sig på att informella och regelbundna kontakter med lokala aktörer inom kommunen och med samarbetspartners skulle leda till god samverkan vid en allvarlig händelse. Kännedom om kommunens krisplan var god bland de intervjuade i kommunens ledning. Ju längre bort från krisledningen man befann sig, desto mindre kände man till den centrala krisplanen. Inom skolan, socialtjänst, sjukvård, räddningstjänst, polis och Svenska kyrkan var egna lokala krisplaner mera kända. Planer på olika nivåer och inom olika verksamheter var enligt informanterna inte samordnade.

En stor del av kommunens verksamheter inom skolan och sjukvården var utlagd på privata utförare. De privata organisationerna hade i likhet med de offentliga verksamheterna egna krisplaner, men de fanns inte med i kommunens krisplan. Socialtjänst, skola och Svenska kyrkan ansåg att de hade ansvar för

psykosociala frågor och inom skolhälsovården kunde man se en utökad roll i den framtida krisberedskapen.

Kommunen hade inte genomfört några större övningar för att undersöka om krisplanen fungerade. Inom olika verksamheter i kommunen hade i begränsad omfattning övningar genomförts.

Drabbade fick vid båda händelserna ett i huvudsak gott medicinskt, psykologiskt och socialt stöd. Många drabbade från tsunamikatastrofen rapporterade också att olika stödinsatser hjälpt dem att orka gå vidare. Samtidigt har flera beskrivit otillräckliga och bristfälliga stödinsatser från samhällets sida, en kritik som är viktig att beakta i utvecklingen av den psykologiska katastrofberedskapen.

Bussolyckan

Den studerade trafikolyckan inträffade i morgonrusningen en kall vinterdag. En fullsatt linjebuss på genomfart mot Stockholm kanade av motorvägen i halt väglag och välte. Räddningstjänst och ambulans larmades av SOS Alarm. Räddningstjänsten i två kommuner, den studerade och den intilliggande varifrån olycksbussen kom, larmades samtidigt. Räddningstjänsten var först på plats följt av en akutläkare och ambulans. Polisen fick larmet tio minuter senare p.g.a. oklarhet i larmvägar, vilket försvårade räddningsarbetet eftersom säkring av olycksplatsen kom igång sent. Även polisens registrering av drabbade på olycksplatsen försenades, beroende på otillräcklig tillgång på poliser. Säkerhetssamordnaren i den studerade kommunen kontaktades inte förrän två timmar efter olyckan av polisens ledningscentral. Då hade samtliga skadade passagerare redan kommit under vård på sjukhus eller på en närakut inom kommunen. Att socialtjänsten eller den berörda kommunen inte larmades i tid fick till konsekvens att en samordnad bedömning på olycksplatsen av passagerarnas akuta psykologiska och sociala behov inte kom till stånd.

Utöver påvisade brister i larmvägar framkom även otillräcklig återkoppling till SOS Alarm av utvecklingen på olycksplatsen och av där fattade beslut. Larmoperatörens uppgift att samla in och vidarebefordra information till de olika aktörerna försvårades, vilket påverkade det psykologiska stödet till de lätt skadade och oskadade passagerarna.

Räddnings- och sjukvårdsinsatsen vad gällde medicinska åtgärder på olycksplatsen fungerade enligt samtliga berörda

organisationer bra, även om det tog lång tid att få ut en fastklämd passagerare. Däremot uppstod samordningsproblem med den linjebuss som användes som uppsamlingsplats för lätt skadade och oskadade passagerare. Innan prioritering av skadade slutförts och polisens registrering genomförts skickades bussen, efter beslut av skadeplatsledaren, till en närakut. Där var man inte beredd på att det skulle komma närmare 40 passagerare.

Oklarhet rådde om vem som hade ansvar för att ge passagerarna ett omedelbart psykologiskt och socialt stöd. Bussbolaget fick snabbt information om olyckan via en medarbetare, som befann sig i olycksbussen, och förberedde i tidigt skede en egen uppsamlingsplats för passagerare vid närliggande bussgarage. Säkerhetssamordnaren i kommunen bedömde att de flesta passagerarna kom från grannkommunen, varför han kontaktade ansvarig person där, som såg till att under eftermiddagen ordna en samlingslokal för att där ge stöd till passagerarna. Information om detta nådde varken räddningstjänsten, personalen på närakuten eller det berörda bussbolaget. Passagerarna skickades därför från närakuten till bussbolagets uppsamlingsplats, som bemannades av personal från den egna företagshälsovården. Vid lunchtid skickades passagerarna vidare till grannkommunen.

Ett problem var att flera passagerare hann lämna olycksplatsen innan polis, räddningstjänst eller sjukvård hann undersöka dem. Några åkte med förbipasserande bilister till närakuten eller hem. En person, som själv tog sig till närakuten, skickades därifrån i ambulans p.g.a. befarad hjärnskada.

Det rådde olika uppfattningar om hur samverkan mellan olika aktörer fungerat på olycksplatsen. Från räddningstjänstens sida ansåg man att samarbetet fungerat väl förutom med ledningsambulansen. Polisen tyckte att samarbetet fungerat bra med samtliga aktörer, men det hade varit svårt att få kontakt med räddningsledaren, som inte stannade kvar på ledningsplatsen. Ledningsambulansens personal menade att det fanns samverkanssvårigheter med såväl skadeplatsläkare som räddningsledare p.g.a. oklar roll- och ansvarsfördelning. Trots ovan nämnda samverkanssvårigheter bedömde samtliga involverade aktörer att passagerarna fått bra vård och att bussbolaget såväl omedelbart som dagarna efter olyckan gjort en bra insats.

Det var endast kommunens säkerhetssamordnare som i sitt arbete utgick från kommunens plan för allvarliga händelser. Övriga intervjuade hänvisade till sina egna krisplaner och vanliga arbetsätt. Flera av de intervjuade ansåg att man inte kunde förlita sig på en plan utan att man måste anpassa insatserna beroende på vad det var för händelse och dess omfattning. Inom alla berörda verksamheter med undantag för primärvården hade man genomfört interna övningar kring allvarliga händelser liksom samövningar med deltagande av polis, räddningstjänst och sjukvård.

Tsunamikatastrofen

Dagen efter det att tsunamikatastrofen inträffade uppmärksammades kommunens säkerhetssamordnare om händelsen av socialjouren, enskilda kommuninvånare och den psykiatriska mottagningen i kommunen. Något larm kom inte till kommunen från Socialstyrelsen, Länsstyrelsen eller Stockholms läns landsting. Skolans rektorer liksom ansvariga inom kyrkan fick på likartat sätt information om katastrofen via media och anhöriga varefter man tog egna beslut för sina respektive verksamheter.

Dagen därpå höjdes beredskapen och delar av kommunens krisledningsgrupp kallades in. Samma eftermiddag utökade man gruppen med representanter för kommunledningskontoret och verksamhetschefer från socialtjänst och skola. Senare kallades även andra representanter för närsjukvård, skolhälsovård och psykiatri till ledningsgruppen. Krisledningsnämnd med ansvariga politiker bildades inte utan man nöjde sig med att kommunstyrelsens ordförande kontinuerligt informerades om kommunens arbete.

Enligt de intervjuade i ledningsgruppen följde man kommunens övergripande krisplan. Man menade att planens viktigaste funktion var att ge anvisning om hur olika åtgärder skulle startas. För genomförandet ute i de olika verksamheterna hade respektive verksamhet själv ansvar och där följde man sina egna krisplaner. Dessa var emellertid inte samordnade varken inbördes eller med den centrala kommunala krisplanen. Inom de olika verksamhetsområdena såg krisplan och krisledning olika ut. Exempelvis följde man i den ena av de kommunala skolorna sin krisplan medan den andra organiserade arbetet utifrån uppkomna behov. Olikheter framkom också mellan offentlig och privat verksamhet. Friskolan fick hjälp med stöd till skolans elever och lärare genom sitt företag.

Primärvården och psykiatrin i kommunen använde sig inte av någon krisplan utan man följde normala rutiner med undantag för några övergripande beslut som togs i landstingets regionala katastrofledning samt i ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde. Kommunens krisledningsgrupp angav att den främsta uppgiften i inledningskedet var att samla information om katastrofen, vilka som var drabbade av den och förmedla information om vart drabbade kunde vända sig för att få hjälp. Information till kommuninvånarna gavs via hemsidor, utökade telefontider, tidningar, radio och TV. Vad gällde psykologiskt och socialt stöd togs beslut om förstärkning av socialjouren och skolans rektorer fick i uppdrag att förbereda skolstarten och tillse att det fanns psykologiskt stöd till eleverna. Kyrkan skulle ordna mötesplatser för drabbade och deras anhöriga.

I skolorna upprättades via lärarna listor på vilka elever som vistats i Sydostasien då katastrofen inträffade. Skolorna kunde därmed utan att invänta polisens listor på döda och saknade, förbereda skolstarten med extra personal till drabbade klasser. Personal från skolhälsovården kallades in och omfördelades till skolor som var särskilt belastade av katastrofen. Socialtjänsten omdisponerade personal för utredningar av hemvändande barn utan föräldrar. Man tog också beslut om att alla drabbade i kommunen skulle kontaktas per telefon, ett arbete som avslutades i mitten av mars 2005. Denna insats skulle följas upp med ytterligare ett samtal nio månader senare. Kyrkan ordnade möteskvällar, minnesgudstjänster och samtalsgrupper samt erbjöd individuella stödkontakter. Kyrkan hade i sin krisplanering program för stöd till kommunala skolor men inte för de privata. Andra frivilligorganisationer etablerade kontakt med olika instanser i kommunen och organiserade och drev stöd i gruppform för såväl barn och ungdomar som vuxna, vilka drabbats av katastrofen.

På ledningsnivå i landstinget togs beslut om inrättande av ett vårdcentrum i kommunen med öppethållande dygnet runt. Detta bemannades med personal från primärvården, barn- och ungdomspsykiatrin samt vuxenpsykiatrin. Ett annat centralt beslut var att drabbade och deras anhöriga skulle prioriteras inom primärvården och psykiatrin. Vården för de drabbade skulle vara avgiftsfri under tre månader. De som sökte hjälp skulle snabbt erbjudas sådan inom primärvården och psykiatrin och de skulle inte heller skickas mellan olika vårdinstanser.

Varje verksamhet ordnade stöd till sin egen personal. De flesta uppmuntrades att använda sig av sina ordinarie handledare och kollegor samt psykologer och kuratorer inom verksamheten. Det fanns också avtal med företagshälsovård om enskilt psykologiskt stöd.

I stort menade de intervjuade att samarbetet fungerat väl såväl inom kommunens krisledningsgrupp som mellan olika berörda verksamheter (socialtjänst, skola, primärvård, barn- ungdoms- och vuxenpsykiatri, kyrka och andra frivilligorganisationer). Samtliga intervjuade var nöjda med sina respektive verksamheters insatser och ansåg att man hade kunnat ge de katastrofdrabbade ett professionellt stöd. Arbetet hade underlättats av en trygg organisation med tydliga roller, gott samarbetsklimat, hög grad av decentraliserad beslutsångång samt en tydlig krisplanering. Många personer i verksamheterna var engagerade och samarbetet underlättades av prestigelöshet och god personlig känedom. Med undantag för en utskickad enkät till skolorna från skolhälsovårdens sida gjordes ingen systematisk uppföljning av de drabbades hälsotillstånd från kommunens sida.

Att arbetet efter katastrofen blev långvarigt gjorde att man blev uppmärksam på brister i katastrofplanerna, framför allt att ledningsgruppernas uthållighet behövde stärkas genom ersättare. Barn- och ungdomspsykiatrin menade att de långsiktiga behoven av psykologiskt stöd till drabbade måste uppmärksammas mer. Det fanns behov av att kontinuerligt uppdatera krisplanen, särskilt vad gällde aktuella namnlistor. Att öva samordning och testa krisplaner för olika kris- och katastrofscenarier sågs som nödvändigt. Några verksamheter ansåg att deras egna krisplaner borde stämmas av mot kommunens övergripande krisplan. Det fanns inget avtal med landstinget för primärvårdens och psykiatrins del i den totala kris- och katastrofberedskapen, vilket bidrog till en osäkerhet om vilken insats dessa verksamheter skulle ansvara för. Privata verksamheter inom skola, vård och omsorg hade i huvudsak inga avtal med kommun och landsting, vilket ledde till att samarbetet försvårades eller helt uteblev.

Intervjuer med drabbade och anhöriga

Trettio personer, 19 kvinnor och 11 män som varit i katastrofområden intervjuades. De hade utsatts för olika typer av exponering; varit i vattnet, upplevt situationen som livshotande, själva blivit skadade, förlorat anhöriga eller vänner och efter flodvågen upplevt förödelsen och sett många skadade och döda. Oavsett vad man varit med om under katastrofen rapporterade kvinnor genomgående att de mådde psykiskt sämre än männen vid intervjuerna två år efter katastrofen. De mest exponerade uppvisade de kraftigaste posttraumatiska stressreaktionerna och flera angav att de fortfarande mådde psykiskt dåligt. De flesta uppgav att de förändrats efter katastrofen såväl vad gällde eget beteende som synen på livet. Många hade fått ett större kontrollbehov och var mera vaksamma inför situationer som upplevdes hotande. Några hade svårt att vistas på platser i närheten av vatten. Å andra sidan upplevde många att de förändrat sin syn på livet i positiv riktning. Man värdesatte livet högre, uppskattade relationer med närstående och gjorde andra prioriteringar än tidigare.

Stöd från det privata nätverket bedömdes som mycket betydelsefullt av både kvinnor och män oavsett vad de exponerats för under katastrofen. Enstaka personer beskrev att stödet från anhöriga varit problematiskt.

Information om psykiska reaktioner, bemästringsstrategier och hjälpinstanser erhöll de hemvändande från flera håll. De mest exponerade hade tagit till sig mer av den information som erbjöds på Arlanda flygplats vid ankomsten till Sverige liksom information från hemsidor eller via media. Synen på nyttan av denna information varierade. Bland männen var det färre som rapporterade att de fått användbar information.

Flertalet intervjuade hade blivit kontaktade av någon i kommunen inom tre månader efter tsunamin och i allmänhet blivit erbjudna någon form av stöd. Kvinnor, särskilt de som var svårast drabbade av katastrofen, tog i allmänhet emot erbjudandet om stöd medan de flesta av männen inte upplevde något behov av stöd och tackade därför nej. Flera av dem som tackat nej, såväl kvinnor som män, uttryckte besvikelse över att de inte blivit kontaktade från kommunen i ett senare skede, då de upplevde ett faktiskt stödbehov.

Kvaliteten på och värderingen av olika stödinsatser varierade. Oberoende av vad man varit med om under katastrofen var många

mycket nöjda med erhållet stöd, men det fanns också uttalat missnöje med stödinsatser, framförallt bland kvinnor. Mottagandet på Arlanda flygplats uppfattades av många som positivt. Särskilt nöjd var man med det organiserade mottagandet och utbudet av såväl praktiskt som socialt och psykologiskt stöd. Det fanns också kritiska röster särskilt hos dem som inte tillhörde de svårast exponerade grupperna.

Stödet på arbetsplatser från chefer, kollegor och företagshälsovård beskrevs i stort som positivt och värdefullt. Det fanns dock personer, de flesta kvinnor, som var missnöjda med sina chefers bemötande.

Skolans olika insatser värderades i huvudsak som positivt och professionellt med några få undantag. Socialtjänstens erbjudande av stöd uppfattades också som positivt, speciellt då man även haft återkommande kontakter. Vissa framförde kritik mot kommunens krisberedskap. Man reagerade mot att man i vissa ärenden varit mycket byråkratisk och man ansåg att man från kommunens och sjukvårdens sida borde varit mer aktiv och uppsökande mot de drabbade.

Bemötandet och stödet från hälso- och sjukvården beskrevs på en skala från mycket professionellt till en "skräckupplevelse". Detta gällde för vård på akutsjukhus, vårdcentraler, psykiatriska öppenvårdsmottagningar och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Med få undantag var man nöjd med det somatiska omhändertagandet såväl på sjukhus som på vårdcentraler och det för katastrofen särskilt upprättade vårdcentrumet. Brister i bemötande rapporterades i huvudsak i kontakten med personer, som förväntades stå för det psykologiska stödet. Negativa erfarenheter i möten med läkare, kuratorer och psykologer ledde till att en del drabbade personer antingen avbröt kontakten med sjukvården eller fick dem att avstå från att söka hjälp trots ett uppenbart hjälpbehov. De få personer som fått privat psykoterapi var nöjda med det stödet.

Många kvinnor, särskilt de som varit värst exponerade, kommenterade i intervjuerna att stödet inte kommit i rätt tid. Antingen blev de kontaktade i ett tidigt skede då de inte var redo att ta emot stödet eller så kom erbjudandet om stöd för sent. Till skillnad från kvinnorna upplevde männen att de hade fått stöd och hjälp vid rätt tidpunkt.

Svenska kyrkan erbjöd stöd i form av sammankomster, enskilda samtal och gruppstöd. De personer som förlorat en eller flera

anhöriga och erhållit individuella samtal med präst var mycket nöjda med detta stöd. Många men inte alla av dem som deltagit i gruppstöd i kyrkans regi var nöjda. Stöd i gruppform erbjöd också frivilligorganisationer såsom Röda Korset, BRIS, Rädda Barnen och Referenspunkt Ersta. Dessa grupper, som pågick under cirka ett år, värderades högt och få var missnöjda. Att dela sina upplevelser med andra som också varit på plats under katastrofen och i gruppform få sina reaktioner normaliserade beskrevs som ett kraftfullt stöd. De som uttryckte missnöje med grupperna menade att grupperna startade för sent eller att sammansättningen av grupperna inte varit bra.

Flera kvinnor och främst de som varit mest exponerade återvände till Thailand inom ett år efter katastrofen. Man reste för att återse katastrofplatsen och/eller för att bistå lokalbefolkningen. Resan beskrevs genomgående som värdefull.

Intervjuer genomfördes också med anhöriga som förlorat minst en nära anhörig i katastrofen; barn, syskon och/eller barnbarn. De befann sig själva i Sverige då katastrofen inträffade. Fem kvinnor och två män intervjuades och ingen av dem bodde i den undersökta kommunen. Fem av dessa beskrev att de mådde ganska bra, två år efter katastrofen, även om de dagligen tänkte på tragedin och på de omkomna. De besvärades fortfarande av psykiska reaktioner. Alla sju menade att det mest betydelsefulla stödet de fått efter katastrofen kommit från närstående och vänner. Några beskrev också att de fått väsentligt stöd från en präst, kollega på arbetsplatsen respektive en privat psykoterapeut.

Eftersom de anhöriga inte bodde i den undersökta kommunen hade få av dem blivit kontaktade därifrån. Några hade emellertid fått professionellt stöd via den undersökta kommunen, några från sin egen kommun, medan andra hade sökt hjälp på egen hand. De som erhållit hjälp var nöjda med stödet. De flesta hade erbjudits deltagande i anhöriggrupp, men endast två av dem hade deltagit.

Flertalet av de anhöriga beskrev mottagandet och stödinsatserna på Arlanda flygplats som mycket positivt. Det menade att det var bra att det fanns hjälp för deras egen del, men framförallt uppskattade de att de hemvändande fick stöd. Några tyckte att insatsen varit för kraftfull. De flesta hade rest till Thailand och resan hade varit viktig för deras bearbetning av händelsen.

Några var kritiska mot kommunens insatser, såväl den egna som den undersökta. De önskade att man från kommunens sida snabbare

hade tagit kontakt med dem. Uteblivna löften om kontakt sågs som särskilt dåligt. Man var också missnöjd med att information kom sent och ofta visade sig vara felaktig.

Diskussion

Samma krisplan låg som underlag för kommunens agerande vid de två händelser, som drabbade den studerade kommunen. Bussolyckan hade ett snabbt efterförlopp och kommunens krisorganisation aktiverades inte trots att psykologiskt och socialt stöd efterfrågades av flera aktörer. Vid tsunamin, som inträffade långt från Sverige, var kommunens krisorganisation aktiv under lång tid efter katastrofen. Det är en svår uppgift att utforma en kris- och katastrofplan, som kan fungera vid både en avgränsad olycka och en katastrof. Den övergripande krisplanen i en kommun ska innehålla såväl riskinventering som modeller för ledning och samordning av interna och externa verksamheter och i alla delar beakta psykiska och sociala behov. Det kan vara svårt att avgränsa vid vilka händelser som planen skall utlösas. Ofta hamnar händelsen i en gråzon, där man tvingas ta ställning från fall till fall. Man kan, som i den studerade kommunen, välja att inte ha kriterier för när och vid vilka händelser krisorganisationen ska aktiveras, men erfarenheter från andra studerade allvarliga händelser talar för att krisplaner behöver vara ganska detaljerade och konkreta för att vara användbara. I den studerade kommunen saknades dessutom en övergripande målsättning för det psykiska och sociala arbetet vid allvarliga händelser.

Larm till kommunen kunde enligt krisplanen komma på olika sätt, vilket också framkom vid de två händelserna. Vid bussolyckan kom larmet sent till kommunen och något samordnat larm inom länet kom inte vid tsunamikatastrofen. Resultaten i denna studie talar för att larmvägar och konsekvenser av olika typer av larm behöver ses över och uppdateras såväl i kommunen som centralt inom länet.

De olika organisationer inom och utom kommunen, som stod för det psykologiska och sociala stödet, såsom socialtjänsten, skolan, hälso- och sjukvården och Svenska kyrkan, hade egna olika väl utarbetade krisplaner för sina verksamheter. Dessa planer var kända inom den egna organisationen, men planerna var inte samordnade med kommunens övergripande krisplan. Ute i verksamheterna var kunskapen om kommunens övergripande plan på flera håll också begränsad. Utan samordnade krisplaner och fördelning av ansvar

mellan organisationer finns risk att vissa drabbade inte alls uppmärksammas medan andra kontaktas av flera organisationer. En konsekvens blir att samhällets samlade resurser till stöd inte når ut till samtliga drabbade. Flera exempel på detta framkom i studien. Även brist på samverkan mellan olika organisationer rapporterades bl.a. mellan socialtjänst, skola och psykiatri.

Den studerade kommunen hade en princip om långt gående decentralisering och delegering av arbetsuppgifter, vilket även gällde psykologiska och sociala insatser vid allvarliga händelser. Decentralisering, flexibilitet, tydlig beslutsgång och god personkännedom har i andra studier beskrivits som framgångsfaktorer för kris- och katastrofåtgärder. Detta förutsätter emellertid att ansvariga som har kompetens om psykologiska och sociala åtgärder finns med i framtagandet av krisplanen och även i tidigt skede efter en allvarlig händelse kallas till krisledningen eller konsulteras för att bedöma behoven av psykologiska och sociala stödåtgärder. Dessutom måste ledningsgruppen kontinuerligt få återkoppling om vilka åtgärder som satts in och om de varit framgångsrika och tillräckliga, något som saknades inom kommunen.

Många samhällsliga verksamheter har övergått från offentlig till privat drift. Så var det också för olika verksamheter i kommunen och inom hälso- och sjukvården. I kommunen fanns en långt driven uppdelning i en myndighetssida med beställarorganisation och en kommunal utförarorganisation och därtill många privata aktörer. Det fanns emellertid inga avtal med de privata aktörerna om deras medverkan i den kommunala kris- och katastrofberedskapen. Kommunledningen hade heller ingen kännedom om privata aktörer t.ex. om förskola och skola hade krisplaner eller hur dessa i så fall såg ut. Motsvarande problematik framkom också inom hälso- och sjukvården vid planeringen av sjukvård för de tsunamidrabbade. Det finns således en risk vid privatisering av skattefinansierad verksamhet att dessa resurser inte kan utnyttjas vid allvarliga händelser om inte tydliga avtal tecknats om olika aktörers ansvar och plats i kommunens respektive landstingets totala krisberedskap.

I flera uppföljningstudier av personer som utsatts för potentiellt traumatiserande händelser framkommer önskemål om snabb behovsanpassad hjälp, erbjudanden om hjälp, snabb och korrekt information, att få träffa andra med liknande erfarenheter, kvalificerad hjälp, upprepade och uppsökande erbjudanden och att

hjälpn skall vara tillgänglig under lång tid. Dessa önskemål var till dels uppfyllda enligt intervjuerna med de drabbade från tsunami-katastrofen. Den undersökta kommunen förde ut information om katastrofen via hemsidor och media och flertalet av hemvändande från katastrofområdet kontaktades från kommunen. Genom samarbete med frivilligorganisationer och Svenska kyrkan erbjöds de drabbade gruppstöd, sammankomster och enskilda samtal. Dessa insatser och stödet från skolorna i kommunen var de drabbade i stor utsträckning nöjda med. Många av de drabbade var nöjda med hälso- och sjukvårdens insatser men ett flertal av de drabbade rapporterade brister i det bemötande man fått från anställda inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, som förväntades ha kompetens för att möta människor i kris och sorg.

Socialt stöd har i många studier visat sig ha en modererande effekt på utvecklingen av psykisk och fysisk ohälsa. I intervjuer med de drabbade från kommunen framkom tydligt att det mest betydelsefulla stödet kom från deras eget privata nätverk. Trots stora stödinsatser från kommunens, sjukvårdens och frivilligorganisationernas sida hade många drabbade kvarstående psykiska besvär två år efter katastrofen. Med tanke på tsunamikatastrofens karaktär och att de som mådde sämst själva skadats och/eller förlorat närstående är detta inte förvånande.

Den undersökta kommunen var aktivt uppsökande men hade inte nått alla drabbade. Flera drabbade menade också att erbjudandena inte alltid kom vid en tidpunkt då de var beredda att ta emot hjälp. Flera av dem som tackat nej initialt hade en önskan om att bli kontaktade senare, vilket inte skedde. Brist på uppsökande kontakt från kommunen rapporterades bland närmast anhöriga till personer, som omkommit i katastrofen. Dessa anhöriga bodde inte i den undersökta kommunen och var själva inte med om katastrofen. Om kommunen hade anlagt ett familjeperspektiv på stödåtgärder skulle de ha kunnat uppmärksammas. Kommunens krisplan hade inte heller något uttalat barn eller familjeperspektiv.

Alla intervjuade personer i ledande position i kommunen, hälso- och sjukvården och Svenska kyrkan uppgav att deras personal hade god och tillräcklig kompetens för uppgiften att kunna erbjuda ett gott psykologiskt stöd till drabbade. Flera drabbade ifrågasatte emellertid kompetensen hos en del av dem som skulle ge stöd och kunde också ge tydliga exempel på brister. Allvarliga händelser ställer höga krav

på dem som ska ge stöd och hjälp varför det är nödvändigt att inventera personalens kompetens och vid behov komplettera kunskaperna. Teoretisk kunskap behöver kompletteras med praktiska övningar, vilket man endast i begränsad omfattning genomfört i kommunen.

En metodisk styrka i detta projekt var att krisplan och genomförande av åtgärder studerades från tre olika perspektiv; från de med ledningsansvar vid katastrofer, från tjänstemän som träffat drabbade och från drabbade. I urvalet för intervjuer av tjänstemän kan en bias ha förekommit, men inte bland de med ledningsansvar, där alla personer som fanns med i krisplanen, ingick. I slumpurvalet av drabbade deltog 50 procent. I denna studie undersöktes en kommun, varför viss försiktighet bör råda vid generalisering av resultaten. Det finns emellertid sannolikt ingen anledning att tro att likartade problem inte skulle finnas i andra kommuner eller landsting. Liknande eller allvarigare typ av organisatoriska problem och brister i psykologisk kris- och katastrofkunskap brukar visa sig vid katastrofövningar och har beskrivits vid tidigare händelser såväl i Stockholm som internationellt.

Rekommendationer

I varje kommuns övergripande plan för kris- och katastrofberedskap behövs anvisningar vid vilka händelser planen skall aktiveras, mål för psykologiska och sociala insatser, hur dessa mål skall uppnås och vilka organisationer inom och utom kommunen med ansvar för psykologiska och sociala insatser, som skall larmas för genomförandet.

Alla skattefinansierade organisationer, offentliga och privata, vilka ingår i kommunens kris- och katastrofberedskap, måste ha krisplaner för att tillgodose psykologiska och sociala behov. Planerna måste även vara samordnade med kommunens övergripande plan.

Larmvägar måste vara tydliga såväl inom som mellan kommun, länsstyrelse, landsting, polis, räddningstjänst och privata aktörer. Tydlig ledning, roll- och ansvarsfördelning för det psykologiska och sociala arbetet måste finnas särskilt då flera organisationer är involverade. Ledningsgruppen måste få regelbunden återkoppling om insatta åtgärder och dessas effekt från deltagande organisationer.

Stödinsatser, såväl akuta som långsiktiga, måste vara behovs- anpassade och utlovade åtgärder måste följas upp. Genomgående

måste ett barn- och familjeperspektiv beaktas på alla nivåer i kris- och katastrofplanering.

Personal involverade i stödinsatser ska själva erbjudas stöd och handledning.

Kunskaper i kris- och katastrofpsykologi behöver förbättras såväl i ledningsgrupper som hos dem som skall möta krisdrabbade människor. Gemensamma övningar är nödvändiga för att integrera kunskaper och erfarenheter. Erfarenheter från övningar och allvarliga händelser måste dokumenteras för att ge ny kunskap.

Summary

Large accidents and disasters, which simultaneously affect many individuals and considerable parts of society, may be too large in scope for ordinary emergency services, regular hospitals, and psychological and social services to be able to support the victims. The society's normal functions may be disrupted. When such events occur there must be a plan of action based on crisis and disaster plans within different parts of society in order to lessen the overall effects of the event. According to the Social Welfare Act, the municipality has the ultimate responsibility for ensuring that its residents and visitors get the support and help they need.

In the event of a serious incident, both injured and uninjured people experience psychological reactions immediately and throughout the course of the event. For most people the reactions are temporary. Regardless of the intensity of the reactions during and immediately following the event, it is difficult to determine at such an early stage which people will develop long-term problems. Many victims may need psychological and social support both in conjunction with the event and for a long time afterwards. There is a great deal of knowledge about the risk factors for mental illness following disasters. Social support has shown to be important for reducing the risk of serious mental illness, but there are different ideas about what kind of support encourages health.

Meaningful support to the victims usually comes from friends or relatives, but also from various institutions in society such as healthcare, social services, schools, and volunteer organisations. The municipality has a central role in co-ordinating psychological and social support. However, there is a lack of knowledge about how to best reach affected residents and how the co-ordination between different organisations proceeds during and after a disaster.

The purpose of this study was to investigate the public crisis and disaster preparedness from a psychological and social support perspective, as well as to examine how psychological and social support reached victims. Furthermore, it investigates how a municipality's crisis plan was employed and how the co-ordination

proceeded between different departments of the municipality and between the municipality the county, the police, and the church.

Materials and method

A large municipality in Stockholm county was selected for this study. Two events which affected the municipality and its residents during the same year - a bus accident and the tsunami disaster - were studied. The bus accident followed a traditional course of events with quick responses from emergency and medical services. The municipality was not involved to any greater extent in these measures. During the tsunami disaster on the other hand, the municipality, as well as healthcare and volunteer organisations, offered many different support measures for children, youths, and adults in the municipality. Both events were similar in that the support measures and co-ordination were run by the same municipal crisis plan.

Planning and implementation of the measures during the two events were studied from three perspectives; that of the management, the aid personnel and the victims. Interviews, questionnaires, and crisis plans comprised the data in the study. Three groups of interviewees were included. One group was comprised of people who, according to the municipal crisis plans, would lead the emergency response efforts in the event of a serious accident or disaster. This group was composed of the municipal management group and certain upper-level civil servants in the municipality. The group also included people holding management positions at the municipalities' partner organisations in the county, such as police, emergency services and the church. A second group of interviewees consisted of municipal employees who participated in implementing support measures on behalf of social services, schools, emergency services, health care, and the Swedish Church. In addition, this group included representatives from the bus company who assisted during the bus accident. In total 40 interviews were conducted in these two groups. Furthermore, thirty residents in the municipality who were also victims of the tsunami were interviewed, as well as seven people who were not residents but who were the closest of kin to those who died in the tsunami. For background variables and mental health of the tsunami victims living in the municipality, this study used the results from a questionnaire that had been distributed 14 months after

the disaster to people registered by the police at Arlanda airport upon arrival home from Southeast Asia.

Results

In order to provide a foundation for improved crisis and disaster preparedness in the future, these results focus on the weaknesses and deficiencies within the organisation, management, and co-ordination during both events. According to the municipality's central crisis plan, there was a small crisis management group which could be expanded with psychological and social experts as needed. However, they noticed during the tsunami disaster that the management group was vulnerable during long, drawn-out events since it lacked replacements for the normal group members. The plan was the same regardless of the nature and scope of the event, and it was not stated which parts of the plan should be activated during an individual accident or during a disaster. Those who were interviewed also felt that the plan was generally applicable for smaller events, not for disasters. Providing psychological and social support measures to victims rested, according to the plan, with ordinary social service operations in co-operation with the county's psychiatric clinic and to some extent from the Swedish Church in the municipality. A special, expert group for psychological and social support during a disaster (POSOM-group) did not exist in the municipality.

In the interviews, it was stressed that good contacts with representatives in various organisations were important for improving management and co-ordination of support measures. It was believed that regular, informal contact with local persons in the municipality and with partners would lead to good co-operation during a serious event. Knowledge of the municipality's crisis plan was good among the interviewed members of the municipal management. The further away from the crisis management one was, the less people knew of the central crisis plan. Within the school system, social services, emergency and medical services, the police, and the Swedish church, local organisation-specific crisis plans were more well-known. According to the interviewees, plans at different levels and within different organisations were not co-ordinated.

A large part of the municipality's operations in the areas of education and health care were contracted out to private companies. The private organisations had, as did the state-run organisations, their

own crisis plans, but they were not a part of the municipality's crisis plans. Social services, schools and the Swedish church believed that they all had the responsibility for psychological issues and the school health care in particular believed it would have a greater role in future crisis preparedness. The municipality had not conducted any comprehensive disaster training drills to investigate whether the crisis plan functioned. Within the various municipal organisations, there had been some test runs done in limited scope.

During both events, the victims received good medical, psychological and social support. Many victims from the tsunami disaster also reported that various support measures had helped them to summon the energy to go on. At the same time, several people had described insufficient and inferior support from society, a critique that is important to consider when developing the psychological disaster preparedness plans.

Bus accident

The studied traffic accident occurred during the morning rush on a cold winter day. A full bus headed towards Stockholm on its regular schedule skidded off the icy highway and flipped over. An SOS Alarm alerted emergency services and ambulances. Emergency services in two municipalities, both the one in this study, and a neighbouring municipality from which the bus came, were alerted simultaneously. Emergency services were on the scene first, followed by an emergency doctor and an ambulance. The police were alerted ten minutes later due to some ambiguity in the alarm procedure, which meant that the rescue efforts were encumbered due to the delay in securing the accident scene. The police's registration of victims at the scene was also delayed due to insufficient access to police personnel. The security co-ordinator in the studied municipality was not contacted by the police alarm headquarters until two hours after the accident. By that time all injured passengers had been taken to the hospital or to a local emergency clinic within the municipality. The fact that neither the social services nor the municipality in question were not alerted in time meant that there was no co-ordinated assessment of the passengers' acute psychological and social needs at the accident scene.

In addition to the deficiencies already pointed out, it also emerged that there was insufficient feedback to SOS Alarm regarding the

development of events and decisions made at the accident scene. The alarm operator's duty to collect and forward information to all the organisations involved was hindered, which affected the availability of psychological support to the lightly injured and uninjured passengers.

When it came to medical care at the scene, all the organisations involved felt that emergency and medical services worked well, even if it took a long time to rescue a passenger who was stuck. However, there were some co-ordination problems with another bus, which became a meeting place for the lightly injured and uninjured passengers. Before an assessment of injuries and the police registration of passengers was complete, the leader at the scene decided to send the bus to the local emergency clinic. They were not prepared for 40 passengers to gather there.

It was unclear who was responsible for providing the passengers with immediate psychological and social support. The bus company was quickly informed about the incident via an employee who happened to be involved in the accident, and soon after prepared their own meeting place for passengers at a close by bus garage. The security co-ordinator in the municipality determined that most passengers came from the neighbouring municipality, which is why he contacted the responsible person there, who in turn organised a meeting place that afternoon in order to give support to the passengers. Information about this did not reach the emergency services, the personnel at the local clinic, or the bus company. The passengers were therefore sent from the clinic to the bus company's meeting point which was staffed by employees from the company's own health care services. At lunchtime the passengers were transferred to the neighbouring municipality.

One problem was that several passengers left the accident scene before the police, emergency services or health services had time to examine them. A few got rides to the hospital or home from cars passing the scene. One person, who went alone to the local clinic, was later sent to a hospital with an ambulance due to a suspected brain injury.

There were different views of how the co-operation between different players worked at the accident scene. The emergency services thought that the co-operation worked well with the exception of the lead ambulance. The police thought that the co-operation

worked well with all involved, but that it had been difficult to get in touch with the rescue co-ordinator who did not remain at the scene. The personnel from the lead ambulance thought that there were some difficulties in co-operation with both the emergency doctor and the rescue co-ordinator due to unclear division of roles and responsibilities. Despite the aforementioned co-ordination difficulties, everyone involved thought that the passengers had received proper care and that the buss company had done a good job both during and after the accident.

Only the municipality's security co-ordinators had based their efforts on the municipality's plans for serious accidents. The others interviewed referred to their own crisis plans and ordinary working methods. Several of those interviewed believed that they could not trust a plan, but that they must adapt the efforts depending on the type and severity of event. Within all concerned organisations, with the exception of primary health care, internal practice training drills for serious events had been done, and there had been tests done together with the police and emergency and medical services.

Tsunami disaster

The day after the tsunami disaster occurred, the municipality's security co-ordinator was alerted by the social service personnel on duty, individual residents, and the local psychiatric care centre. The municipality was not alerted by the National Board of Health and Welfare, the Stockholm County Administrative Board, or by Stockholm County Council. School principals, as well as church leaders, were informed of the disaster via the media and relatives, after which they made decisions within their own organisations.

One day later, the level of preparedness was heightened, and parts of the municipality's crisis management group were called in. That same afternoon representatives from the municipal management office as well as operational managers from social services and from the school district joined the group. Later, other representatives for local health care, school health care, and psychiatry were called to join the group. A crisis management council with the responsible politicians was never formed because it was deemed sufficient that the municipality's chairman was continuously updated about the efforts.

According to those interviewed in the management group, the municipality's general crisis plan was employed. This meant that the plan's most important function was to provide a guideline for how various measures should be initiated. When it came to how the involved organisations should take specific action, each of them therefore followed their own crisis plans. However, these plans were co-ordinated neither on an internal level nor with the central municipal crisis plan. Even within the various municipal areas the crisis plan and crisis management looked different. For example, one municipal school adhered to its own crisis plan while the other organised their work based on identified needs. Differences also emerged between public and private actors. The private school could support its students and teachers via its own organisation. Primary health care and the municipal psychiatric care centre did not refer to any kind of crisis plan, but followed normal routines with the exception of a few top decisions that were made by the county's regional disaster management group and by the management for Stockholm County health care. The municipal crisis management group stated that the priority during the initial phase was to collect information about the disaster, identify the victims, and to distribute information about where the victims could turn to get help. Information to the residents was distributed via websites, extended telephone hours, newspapers, radio, and TV. When it came to psychological and social support, a decision was made to reinforce the social services staff on duty, and the school's headmasters were commissioned to prepare for the new term and ensure that students were offered psychological support. The church was to organise meeting places for the victims and their families.

In the schools, the teachers created lists of which students were in Southeast Asia when the disaster occurred. Thus, the schools did not have to wait for the police lists of the dead and missing and could prepare for the new term by placing extra personnel in the affected classes. Personnel from school health care were called in and sent out to schools that had been heavily affected. The social services personnel were relocated to begin working with children who were returning alone without their parents. There was also a decision taken to contact all victims in the municipality via telephone, a job that was concluded in mid-March 2005. This effort was to be followed up with one additional call nine months later. The church organised meeting

nights, remembrance services, and discussion groups, and also offered contact people for individual support. As a part of its crisis planning, the church had a program to offer support to public schools but not to private schools. Other volunteer organisations established contact with different departments in the municipality, and organised and ran group support meetings for children, teenagers, and adults.

The management group at the county level made the decision to create a municipal care centre open 24 hours per day. This centre was staffed by personnel from primary care, and from child, youth and adult psychiatry. Another central decision was that the victims and their relatives would be prioritised within primary care and psychiatry. The care for the victims would be free of cost for a period of three months. Those who sought help would be quickly offered time with primary care and psychiatry, and they would not be sent back and forth between different health care systems.

Every involved organisation arranged support for its own personnel. Most were encouraged to use the regular guidance counsellor and colleagues, as well as psychologists and social workers within the organisation. There were also agreements made with company health care for individual psychological support.

In general those who were interviewed thought that the co-operation worked well within both the municipality's crisis management group and between the different organisations involved (social services, schools, primary care, child, youth, and adult psychiatry, the church and other volunteer organisations). All those interviewed were satisfied with their own organisation's efforts and believed that they had been able to give the disaster victims professional support. Having a stable organisation with clear roles, a good work climate, a high degree of decentralised decision making, and clear crisis planning facilitated the work. In addition to being quite committed, many people in the organisations had good personal relations with one another, and generally did not seek personal recognition, all of which improved co-operation. With the exception of a questionnaire sent out to the schools by the school health care, there was no systematic follow-up by the municipality concerning the victims' health status.

The long, drawn-out character of the post-disaster efforts illuminated the deficiencies in the disaster plans, in particular the fact that the management group needed to be sustained through

replacements. Child and youth psychiatry thought that the long-term needs for psychological support to victims should receive greater recognition. There were needs to continuously modify the crisis plans, especially concerning the updated name lists. Practising co-ordination and testing crisis plans for different crises and disaster scenarios was considered necessary. Some organisations thought that their own crisis plans should be checked against the municipality's general crisis plan. Neither primary care nor psychiatry had any kind of general agreement with the county regarding their role in crisis and disaster preparedness, which contributed to uncertainties for which measures these organisations should be responsible for. Private-sector schools, and health care had largely no agreements with the county or municipality, which meant that such co-operation was made very difficult or was completely absent.

Interviews with victims and their relatives

Thirty people - 19 women and 11 men - who had been in the disaster area were interviewed. They had experienced different types of exposure; having been present in the water, having experienced the situation as life-threatening, having been injured, having lost relatives or friends, or having experienced the post-tidal wave destruction with the many injured and dead. Regardless of what they had experienced during the disaster, women consistently reported that they felt psychologically worse than men in interviews two years after the disaster. Those who were most exposed showed the most intensive post-traumatic stress reactions and several reported that they still felt quite poor on a psychological level. Most of those interviewed said that they had changed after the disaster both with regard to their own behaviour and to their view of life. Many had developed stronger needs for control and have been more guarded in situations that felt threatening. Some had a hard time being in places close to water. On the other hand, some felt that their view of life had changed in a positive way. They valued life more, valued relationships with those who were close, and changed their priorities from before.

Both men and women considered support from private networks to be of great importance, regardless of what types of exposure they had experienced during the disaster. A few individuals reported that support from relatives had been problematic.

Those returning home received information about psychological reactions, coping strategies and support systems from many different sources. Those who had been the most exposed during the disaster accepted much of the information that was offered at Arlanda when they arrived in Sweden, and also found information on Internet or other media. The perception of the usefulness of this information was varied. Fewer men reported that they had received useful information.

Most of those interviewed had been contacted by someone in the municipality within three months of the tsunami, and in most cases had been offered some kind of support. Women, especially those who were the most severely affected by the disaster, generally accepted support while most of the men did not experience any need for support and therefore declined the offer. Several of those who declined, both women and men, expressed disappointment that they were not contacted by the municipality at a later time, when they felt that they actually needed support.

The quality and valuation of different support forms were varied. Regardless of what people experienced during the disaster, many were satisfied with the support they received, but there was also an expressly stated dissatisfaction with support systems, especially from women. The reception at Arlanda airport was seen as positive by many, especially the high level of organisation and the offers of both practical as well as social and psychological support. There were also critical voices, especially with those who did not belong to the most severely affected groups.

The support at workplaces from managers, colleagues, and corporate health care was generally described as positive and valuable. However there were those, mostly women, who were dissatisfied with their managers' responses.

The various efforts made by schools were generally perceived as positive and professional with some exceptions. The offers from the social services were also perceived as positive, especially when they also resulted in recurring contact. Some people were critical of the municipality's crisis preparedness. They felt that in some cases the municipality was very bureaucratic and also felt that both the municipality and the health care system should have been more proactive in contacting the victims.

The descriptions of reception and support from the health care system ranged on scale from very professional to “nightmare”. This was true for health care at hospitals, primary health care centres, open psychiatric centres, and for Child and Adolescent Psychiatry. With few exceptions, people were satisfied with the somatic care both at hospitals and clinics, as well as at the care centre established especially for tsunami victims. Deficiencies in the reception were mainly related to victims’ contact with people who were expected to represent the psychological support system. Negative experiences in meetings with doctors, social workers and psychologists meant that a number of victims either discontinued the contact with health care or did not seek help despite a clear need for it. The few people who received private psychotherapy were satisfied with that support.

Many women, especially those who were the most severely exposed, commented in the interviews that the support had not come at the right time. Either they were contacted at an early phase when they were not ready to accept support, or the offers came too late. In contrast to the women, men felt that they had received support at the right time.

The Swedish Church offered support in the form of meetings, individual discussions and group support. Those people who lost one or more relatives and who had spoken privately with a priest were very satisfied with this support. Many, but not all of those who participated in group support organised by the church were very satisfied. Volunteer organisations such as the Red Cross, BRIS, Save the Children, and Referenspunkt Ersta also offered group support. These groups, which met over the course of about a year, were very appreciated and few were dissatisfied. Being able to share experiences with others who also had been at the site of the disaster, and being able to feel in a group that one’s reactions were normal was described as a powerful form of support. Those who expressed dissatisfaction with the groups meant that the groups started too late or that the composition of the groups was not good.

Several women, and mainly those who had been the most severely exposed, returned to Thailand within one year of the disaster. They returned to revisit the site of the disaster and/or to assist the local people. Such trips were consistently described as positive.

Interviews were also conducted with relatives who had lost at least one close family member in the disaster; a child, sibling and/or

grandchild. They were in Sweden when the disaster occurred. Five women and two men were interviewed and none of them lived in the studied municipality. Five of these people reported feeling fairly well two years after the disaster even if they thought of the tragedy and those who were lost on a daily basis. They were still troubled by psychological reactions. All seven stated that the most meaningful support they had received after the disaster had come from relatives and friends. A few also described that they had received considerable support from a priest, colleague at work, or a private psychotherapist.

Since many of the relatives did not live in the studied municipality, few of them had been contacted by representatives there. However, a few did receive professional support either via the studied municipality, or from their own municipality, and others had sought help on their own. Those who had been offered help were satisfied with the support. Most of them had been offered to participate in a relatives' support group, but only two accepted the offer.

Most of the relatives described the reception and support efforts at Arlanda airport as something very positive. They felt that it was good that there was help for them too, but especially appreciated that those returning home received support. A few felt that the efforts were too intensive. Most had travelled to Thailand and the trip had been an important part of their strategy for coping with the event.

A few were critical of the municipality's efforts, both their own municipality and the one in this study. They wished that representatives from the municipality had been quicker to contact them. Unfulfilled promises to be contacted were viewed as particularly disappointing. There was also some dissatisfaction with information that was sent out late and often turned out to be incorrect.

Discussion

The same crisis plan acted as a foundation for the municipality's actions during both events, which occurred within the same municipality. The sequence of events after the bus accident unfolded quickly, and the municipality's crisis organisation was not activated despite the fact that psychological and social support was requested by several different groups. During the tsunami, which occurred far from Sweden, the municipality's crisis organisation was active for

quite a long time after the disaster. Forming a crisis and disaster plan is a difficult task, especially one that will work both during an accident limited in scope and during a disaster. The general crisis plan in a municipality should contain both an inventory of risks and different models for management and co-ordination of internal and external organisations, and it should, in all parts, take psychological and social needs into consideration. It may be difficult to limit the kinds of events that should activate the plan. Often the event is in a grey zone, and it is necessary to make decisions on a case-to-case basis. It is possible, like in the studied municipality, to choose not to have criteria for when and under which circumstances the crisis organisation should be activated, but experience from other serious events that have been studied indicates that crisis plans should be fairly detailed and concrete enough to be useful. In the studied municipality, there was no general objective for the psychological and social efforts during serious incidents.

According to the crisis plan, the municipality could be alerted in a number of different ways, which was also evident in the two events. During the bus accident, the alarm came late to the municipality and some kind of co-ordinated alarm within the county was not made during the tsunami disaster. The results in this study indicate that alarm procedures and the consequences for different types of alarms should be reviewed and updated both within the municipality and centrally within the county.

The different organisations which provided psychological and social support both within and outside of the municipality, including social services, schools, health care system, and the Swedish Church, all had their own thorough crisis plans. These plans were well known within the organisation, but the plans were not co-ordinated with the general municipal crisis plan. Even in the municipal organisations, knowledge of the municipality's general plan was also limited in several areas. Without co-ordinated crisis plans and a division of responsibility between the organisations there was a risk that some of the victims would not be noticed while others might be contacted by several organisations. One consequence of this is that the society's collective resources for support would not reach all the victims. Several examples of this were evident in the study. A lack of co-ordination was reported between the different organisations - for example between the social services, schools and psychiatry.

The studied municipality had a principle of extensive decentralisation and delegation of work duties, which also applied to psychological and social efforts during serious incidents. Decentralisation, flexibility, clear decision-making processes and good personal relations have been described in other studies as success factors for crisis and disaster responses. However, this requires that experts in psychological and social support are included when the crisis plan is developed, and also that they are either brought into the crisis management group in the event of a serious incident, or at least asked to join on a consulting basis in order to assess the psychological and social support needs. Furthermore, the management group must continuously receive feedback concerning the measures that have been implemented, and whether or not they have been successful and sufficient - something that was lacking in the municipality.

Many social welfare organisations have gone from public ownership to private operation. This was also true for various health and medical organisations in the municipality. The municipality had a distinctly divided system with a strong authority side which ordered services and a strong municipal side which produced and delivered services, and then there were a number of private actors in addition to this. However, there was no agreement with the private organisations with regard to their participation in the municipal crisis and disaster plans. Nor did the municipal leaders have any knowledge of whether private actors in areas such as pre schools and schools had crisis plans, or how these plans looked in that case. A similar type of problem also emerged in the area of health and medical care during the planning of health care for the tsunami victims. Therefore, there is a risk related to the privatisation of tax-financed operations that such resources will not be utilised during serious incidents unless there are clear agreements specifying the responsibilities of different actors and their place in both the municipalities' and the county's total crisis preparedness.

In several follow-up studies of people who have been exposed to potentially traumatising events, victims have made requests for a quick need-based forms of help, offers for help, quick and correct information, the chance to meet others with similar experiences, qualified help, and repeated contact attempts with offers for help that will be available for a long time. These wishes were partly fulfilled

according to the interviews with the tsunami victims. The studied municipality distributed information about the disaster via websites and other media, and several of those returning home from the disaster area were contacted by the municipality. By co-operating with volunteer organisations and the Swedish Church, the victims received group support, opportunities to meet, and individual discussions. The victims were largely satisfied with these efforts as well as the support from the local schools. Many of the victims were also satisfied with the health and medical efforts although several of them reported problems during encounters with healthcare employees and with employees at the social services, who were expected to be competent in helping people in crisis and sorrow.

In many studies, social support has been shown to have a moderating effect on the development of mental and physical illness. In interviews with the victims from the municipality, it became clear that the most important support came from their own private networks. Despite support efforts from the municipality, health care, and volunteer organisations, many victims had lasting psychological problems two years after the disaster. Considering the character of the tsunami disaster, and that those who felt the worst had been injured and/or lost loved ones, this is not surprising.

The studied municipality was proactive in making contact, but had not reached all the victims. Many victims also stated that the offers for help did not always come at a time when they were ready to accept it. Several of them who had said no initially had wanted to be contacted at a later time, which did not happen. A lack of proactive contact on the municipality's part was reported among the close relatives to people who died in the disaster. These relatives did not live in the studied municipality and were not involved in the disaster themselves. If the municipality had taken a family perspective for support efforts, this may have become evident. The municipal crisis plan did not have a clearly stated child or family perspective.

All those interviewed who held leading positions in the municipality, health care system, and in the Swedish Church, stated that their personnel had good and sufficient competence for the task of being able to offer good psychological support to the victims. However, several victims questioned the competence of some such people whose job it was to offer support, and they also pointed out clear examples of problems. Serious incidents demand a lot of those

who must offer support and help, which is why it is crucial to make an inventory of the personnel's competence and reinforce these competencies as needed. Theoretical knowledge should be reinforced by practical exercises, which were only conducted to a limited extent in the municipality.

A methodological strength of this project was that the crisis plan and implementation of measures were studied from three different perspectives; from those who had a management responsibility during disasters, from civil servants who received the victims, and the victims themselves. In selecting civil servants for interviews, some bias may have arisen, but not among those with management responsibilities, which included all the people who were a part of the crisis plan. In the random selection of victims, 50% participated. This study examined one municipality, which means that certain care should be taken before making any generalisations of the results. However, there is no reason to believe that similar problems would not exist in other municipalities or counties. Similar or more serious types of organisational problems and deficiencies in psychological crisis and disaster preparedness usually emerge during training drills and have been described in previous events both in Stockholm and internationally.

Recommendations

Every municipality's general crisis and disaster preparedness plan must describe the kinds of events that should activate the plan, objectives for psychological and social measures, how these objectives should be achieved, as well as the alarm procedure for alerting the organisations responsible for psychological and social efforts both within and outside the municipality.

All tax-financed organisations, public and private, which are included in the municipal crisis and disaster preparedness, should have crisis plans in order to meet psychological and social needs. The plans should also be co-ordinated with the municipality's general plan.

Alarm procedures should be clear both within and between municipalities, county councils, police, rescue services, and private actors. Unambiguous management, a clear division of roles and responsibilities for the psychological and social work must be in place, especially since several organisations are involved. The

management group must have regular feedback concerning the enacted measures and their effects on the participating organisations.

Support measures, both acute and long-term, should be need-based and the promised measures must be followed up. A child and family perspective should be consistent and taken into consideration on all levels.

Personnel involved in support efforts should also be offered support and guidance. Knowledge in crisis and disaster psychology should be improved both in management groups and with those who work with crisis victims. Joint training drills are necessary in order to integrate knowledge and experience. Experience from both training drills and from serious events should be documented in order to contribute to new knowledge.

Inledning

Större olyckshändelser, som samtidigt drabbar många enskilda personer och stora delar av ett samhälle, kan vara av den omfattningen att ordinära räddningsinsatser, reguljär sjukvård och psykologiskt och socialt stöd är otillräcklig. Samhällets normala funktion kan vara i gungning eller delvis satt ur spel. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fredstida katastrofmedicinsk beredskap, definieras en allvarlig händelse som en händelse, som är så omfattande eller allvarlig att resurser måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt (SOSFS, 2005:13). Med denna definition kommer även händelser, som till sin karaktär domineras av psykologiska och sociala behov att omfattas av samhällets kris- och katastrofberedskap. I denna rapport används allvarlig händelse som samlingsterm för stora olyckor, katastrofer, extraordinära händelser och svåra påfrestningar.

Allvarliga händelser kan vara av olika art alltifrån större kommunikationsolyckor, industriolyckor med utsläpp av gifta kemikalier eller radioaktivitet till naturkatastrofer, okontrollerbar smitta med livshotande sjukdom eller terrorism. Vilka händelser samhället måste ha beredskap för har tagits fram av Krisberedskapsmyndigheten (KBM, 2004:1) och brukar finnas med i landstingens och kommunernas kris- och katastrofplaner (SLL, 2002, 2006). Varje händelse är i sig unik vad gäller påfrestningsgrad på enskilda individer, lokalsamhället eller geografiskt större områden. För vissa händelser såsom trafikolyckor kan behoven av omedelbara insatser vara kortvariga medan andra händelser t.ex. naturkatastrofer kräver längre insatser. På motsvarande sätt skiljer sig också händelser åt vad gäller långsiktiga stödinsatser. De medicinska behoven brukar vara tillgodosedda inom någon/några dagar, de sociala inom några veckor medan de psykologiska behoven kan kvarstå upp till ett år eller längre (Seynaeve, 2001).

När allvarliga händelser inträffar måste det finnas en handlingsberedskap för att mildra effekterna av händelserna. Detta gäller såväl existentiella, medicinska, psykologiska som materiella behov. För att åstadkomma detta behöver särskilda resurser avsättas. Medborgarna har stora förväntningar på att samhället skall ha kapacitet och

förmåga att ge dem snabb hjälp inte enbart i form av medicinska åtgärder utan också genom psykologiskt och socialt stöd. För att garantera sådant stöd finns lagar och anvisningar för hur katastrofplaner för åtgärder vid allvarliga händelser skall utvecklas inom olika delar av den totala samhällsorganisationen. Enligt kommunallagen åligger det kommunen att sörja för sina invånares psykiska och sociala välbefinnande. Den kommun där händelsen inträffar har också en skyldighet att ansvara för det omedelbara omhändertagandet av samtliga direkt drabbade av händelsen oavsett mantalsskrivningsort (vistelseansvar) (SFS 1991:900).

Utvärderingar av hur kris- och katastrofplaner fungerar sker i samband med utbildningar kring dessa planer och mer ingående vid katastrofövningar. När en olycka eller katastrof faktiskt inträffar är det av särskilt intresse att följa och värdera de insatser som gjorts i enlighet med olika krisplaner. Detta kan ske på olika nivåer exempelvis som bedömningar av hur krisledningen agerat, hur tjänstemän som har att möta drabbade genomfört sina uppdrag och hur drabbade själva har uppfattat omhändertagandet.

I detta projekt studerades de psykologiska insatserna i en kommun vid två händelser av olika karaktär. Gemensamt för båda händelserna var att insatserna styrdes av samma beredskapsplan. Kommunens befintliga krisplanering undersöktes via offentliga dokument och intervjuer med personer i krisledningen och tjänstemän på olika nivåer i kommunens organisation. Erfarenheterna från de båda händelserna studerades också genom intervjuer med tjänstemän, som träffat de drabbade, och ledande personer inom andra organisationer, som kommunen samarbetade med, som sjukvård, räddningstjänst, polis och Svenska kyrkan.

Avgörande för om krisberedskapen i en kommun fungerar är att de samhälleliga insatserna når fram till de drabbade. För att få information om hur de drabbade uppfattat hjälpen och vilken effekt insatta åtgärder fått intervjuades drabbade från en av händelserna (tsunamikatastrofen).

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka hur företrädare inom en kommun tillämpade sin krisplan och agerade för att ge psykologiskt och socialt stöd till drabbade vid två händelser, som inträffade i kommunen under ett och samma år. Det var av särskilt intresse att studera samverkan mellan olika organisationer i kommunen och landstinget. Vidare var syftet att undersöka hur stödet nått de drabbade. Studiens syften kan sammanfattas i följande frågeställningar:

- Hur allmänt känd var kommunens katastrofplan och hur kom den att tillämpas?
- Hur skedde samverkan mellan kommunens olika delar?
- Vilka insatser gjordes av landsting, polis och Svenska kyrkan och hur samverkade kommunen med dessa organisationer?
- Vilka erbjudanden om psykologiskt och socialt stöd nådde de drabbade och hur uppfattade de stödet?

Bakgrund

Som bakgrund ges först en allmän beskrivning av förutsättningarna för den psykologiska kris- och katastrofberedskapen i kommuner och landsting och betydelsen av att kunna möta de drabbades förväntningar på samhället vid allvarliga händelser. Vidare redovisas de lagar och förordningar som styr och påverkar en kommuns planering och agerande vid allvarliga händelser. Slutligen beskrivs den aktuella kommunens ledningsstruktur, organisation och planering för allvarliga händelser samt händelseförloppen i de två händelser som uppmärksammats i denna studie.

Psykologiskt och socialt stöd

Rätt bemötande och stöd till människor som varit med om potentiellt traumatiserande händelser, är en medmänsklig och humanitär uppgift, men kan sannolikt också förhindra eller minska framtida psykisk och somatisk ohälsa hos de drabbade (Hart & Orner, 2005). Kunskapen om riskfaktorer för utveckling av psykisk ohälsa efter olyckor och katastrofer är idag stor samtidigt som det råder osäkerhet om vilket stöd till drabbade som är effektivt. I Stockholms län, liksom på de flesta håll i landet, finns inom landsting och kommuner beredskapsplaner för psykologiskt och socialt stöd vid stora olyckor och katastrofer.

I ett globalt perspektiv inträffar i medeltal en katastrof varje dag. Lyckligtvis för svenskt vidkommande har Sverige varit relativt förskonat från katastrofer och krig. Det innebär inte att allvarliga händelser inte drabbat Sverige. Under de senaste decennierna har Stockholmsregionen varit med om flera allvarliga händelser som drabbat medborgare som varit bosatta i länet. Exempel på sådana händelser är bussolyckan i Måbødalen utanför Bergen, 1988 (Winje & Ulvik, 1998), flygolyckan i Gottröra 1991 (Socialstyrelsen, 1994), Estoniaolyckan 1994 (Socialstyrelsen, 1997; SOU 1998:132; SOU 1999:48; Schulman & Håkanson, 1995; Håkanson, 1995) samt Tsunamikatastrofen 2004 (Michélsen et al., 2007). Vid samliga dessa händelser har de medicinska behoven varit förhållandevis små särskilt i jämförelse med de psykologiska.

Konsekvenser av allvarliga händelse

Det finns idag god nationell och internationell kunskap om psykologiska och sociala konsekvenser av allvarliga händelser och vikten av psykologiskt stöd i anslutning till och efter sådana händelser (van der Kolk, 1984; Figley, 1985; Wilson 1993; Ursano et al., 1994; Dyregrov, 2002; Ruzek et al., 2006;). Inom EU och på andra håll har man tagit fram policydokument om psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser (Emergency Management Australia, 1996; Seynaeve, 2001; Attorney Management Australia, 2003; NICE, 2005). Norsk katastrofpsykologi/psykiatri har under de senaste decennierna spelat en framträdande roll för att förbättra det psykologiska stödet och tagit fram modeller för hur psykologiska stödinsatser kan organiseras i kommun och landsting (Weisaeth & Mehlum, 1997; Dyregrov, 2002). Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsunderlag om krisstöd vid allvarlig händelse (Socialstyrelsen, 2008) och en vägledning för socialtjänstens planering av krisberedskap (Socialstyrelsen, 2009).

Potentiellt traumatiserande händelser kan leda till psykisk ohälsa oavsett fysisk skadegrad. De flesta kommer att återhämta sig men det finns alltid ett antal, som kommer att utveckla långvarig ohälsa och sociala problem (Briere & Elliot, 2000; Norris, 2002). Beroende av vilken händelse man varit med om, kommer 5–20 procent att uppvisa tecken på allvarlig psykisk ohälsa (Norris, 2004). Huruvida händelsen blir traumatisk beror på a) händelsens art och vad den drabbade utsatts för, b) reaktioner hos den drabbade i kombination med c) personliga egenskaper och aktuell livssituation samt d) vilket bemötande och stöd den drabbade fått (Schulman, 2000).

Vid olyckor och katastrofer i allmänhet och avsiktliga händelser i synnerhet finns risk för misstro och bristande tillit till ansvariga i samhället (Baum et al., 1983). Detta är särskilt fallet om beredskapen är dålig, om varningar funnits men inte tagits på allvar, om information saknats eller varit motstridig, om medicinska, psykologiska och sociala insatser setts som otillräckliga eller om omgivningens bemötande uppfattats som okänsligt eller oförstående (Weisaeth & Mehlum, 1997). Risken är då stor för anklagelser och syndabockstänkande, splittring och fragmentering i stället för samverkan mellan olika grupper och organisationer i samhället.

Organisatoriska svårigheter, som hindrar adekvat stöd, finns beskrivna men är otillräckligt studerade. I Sverige finns det få studier som utvärderat akuta eller långsiktiga psykologiska eller sociala stödåtgärder och de av Socialstyrelsen föreslagna krisberedskapsmodellerna är inte alls utvärderade (Socialstyrelsen, 1996).

Samhällen och individer visar anmärkningsvärd psykosocial resilience, d.v.s. förmåga att motstå och hantera allvarliga konsekvenser av händelsen. Cirka 75 procent av dem som varit med om en olycka eller katastrof återhämtar sig utan att behöva psykologisk/psykiatrisk expert hjälp under förutsättning att de utöver stöd från sitt sociala nätverk vid behov också får somatisk vård och stöd från sin kommun (Bonnano et al., 2006). Allmänheten måste ges korrekt information och det skall finnas tillgång till psykologiskt och socialt stöd. Forskning har visat att fungerande stöd förutsätter förberedda krisplaner i vilka socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens och frivilligorganisationernas insatser integrerats så att samverkan mellan dessa organisationer snabbt kommer till stånd vid en inträffad händelse (Dyregrov & Dyregrov, 2008).

De flesta kris- och katastrofexperter menar att det är svårt att i omedelbar anslutning till en katastrof bedöma det långsiktiga hjälpbehovet för enskilda individer (Ursano & Norwood, 2003, Shalev, 2004). Exempelvis kommer många, såväl vuxna som barn och ungdomar, som initialt uppvisar starka reaktioner, att klara sig bra på lång sikt. Tysta och till synes lugna personer kan å andra sidan utveckla bestående problem. Den viktigaste åtgärden är därför att erbjuda kontinuitet och uppföljning samt gärna arbeta uppsökande. Stödinsatserna behöver vara lättillgängliga i omedelbar anslutning till händelsen och tillgången till stöd behöver ofta finnas kvar under lång tid efteråt (Hobfall et al., 2007).

När följdtilstånd såsom PTSD (eng. posttraumatic stress disorder) (APA, 1994) eller andra psykiska sjukdomstillstånd väl utvecklats blir behandlingsinsatserna mer tidskrävande och kostsamma. Om tidigt insatt psykologiskt stöd skulle kunna motverka sjukdomsutveckling finns stora vinster av framförallt humanitär men också av ekonomisk art att hämta.

Socialt stöd har ansetts vara en faktor som minskar risken för allvarligare psykisk ohälsa på sikt. Samtidigt är socialt stöd ett komplext begrepp och det har visat sig vara svårt att beskriva vad det är, vad det åstadkommer och på vilket sätt. Man brukar dela upp

socialt stöd i uppfattat respektive erhållet stöd. Det förstnämnda speglar förväntan om stöd, som man tror sig kunna få när man behöver det, medan det sistnämnda är det stöd, som redan mottagits. Uppfattat stöd har visat sig vara en skyddande faktor för psykisk hälsa medan erhållet stöd i många studier inte har samma positiva effekt (Norris & Kaniasty, 1996).

Olika former av stöd under efterförloppet till en olycka eller katastrof

En grundregel för alla stödåtgärder i samband med stora olyckor och katastrofer är att de måste behovsanpassas, vilket förutsätter stor flexibilitet hos både dem som leder och dem som erbjuder stödet vid en katastrof. Stödinsatserna kommer med nödvändighet att se olika ut beroende på vad det är för händelse, vem som drabbats, hur det sociala nätverket ser ut och när i händelseförloppet insatserna sätts in.

Karakteristiskt för stora olyckor och katastrofer är att de kommer plötsligt och ofta oväntat. I det "kaos" som uppstår på skadeplatsen kan både vuxna och barn uppleva att de tappar kontrollen över såväl skeendet som egna tankar och reaktioner (Dyregrov, 2002). Det är därför väsentligt att hjälpinsatserna så snabbt som möjligt underlättar för människor att återta kontrollen.

Den första insatsen vid en olycka eller katastrof handlar om att rädda liv och minska de kroppsliga skadorna så mycket som möjligt. Hur räddnings- och sjukvårdspersonal agerar är emellertid också avgörande för hur de drabbade, såväl vuxna som barn, kommer att klara fortsättningen psykologiskt. Utöver medicinska åtgärder behöver drabbade människor snabbt få känna att de tas om hand av kompetenta personer, att faran är över för deras del och att det finns någon som undersöker vad som hänt deras anhöriga. Under det akuta skedet är det viktigt att hålla ihop familjer eller hjälpa dem att återförenas.

Registrering

Det är önskvärt att alla som kommer från en skadeplats, även kroppsligt oskadade, får träffa personal med specialkunskap i psyko-traumatologi. Detta låter sig sällan göras, dels för att det rör sig om många drabbade, dels för att många inte vill träffa någon utan önskar få komma hem så fort som möjligt. Man får då nöja sig med att registrera samtliga så att aktiv uppföljning från kommunernas sida kan underlättas. I Sverige är det polisen som ansvarar för denna registrering ute på skadeplatsen. Vid tsunamikatastrofen gjordes denna registrering då de drabbade anlände till svenska flygplatser (Bergh Johannesson et al., 2006; Michélsen et al., 2007).

Kroppslig undersökning

Det är önskvärt att alla som varit med om en händelse där de kunde ha blivit allvarligt skadade undersöks somatiskt i omedelbar anslutning till händelsen oavsett om de skadats kroppsligt eller inte. Skador kan ha uppkommit, som inte är fullt synliga. Det finns också försäkringsmässiga skäl att undersöka alla. Själva undersökningen i sig är trygghetsskapande och lugnande. Reaktionen, såväl de kroppsliga som de psykiska, kan av många upplevas som skrämmande. Hur man ser på egna kroppsliga reaktioner har visat sig ha betydelse för sjukdomsutveckling, s.k. sjukdomsattribuering (Wilson et al., 1994). Att "normalisera" reaktionerna har oftast lugnande effekt såväl på vuxna som barn.

Slutligen möjliggör kontakten med en läkare en bedömning av den drabbades behov av omedelbart psykologiskt och/eller socialt stöd. Den kroppsliga undersökningen kan med fördel göras på uppsamlingsplats för lätt skadade och oskadade. För händelser som inträffar inom tätbebyggda områden kan man använda sig av en vårdcentral eller ett närsjukhus som uppsamlingsplats.

Akuta psykologiska och sociala stödinsatser

Vid allvarliga händelser inrättar man stödcentrum för anhöriga, dit personer som berörts av olyckan kan komma för information och stöd. Lokaler och planer för sådana centrum finns på de flesta sjukhus i landet. De bemannas oftast av resurspersoner under ledning av sjukhusets PKL-grupp (psykologisk/psykiatrisk katastrof-

ledningsgrupp). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap (SOSFS 2005:13) skall det i varje landsting finnas minst en PKL-grupp. I Stockholms län finns det sju akutsjukhus med var sin PKL-grupp. I föreskrifterna står det också att PKL-grupper bör samverka med kommunerna för att drabbade och anhöriga ska få den hjälp och det stöd som de behöver. Under senare år har primärvården förstärkts med psykologer och socionomer, som kan stå för ett mera långsiktigt stöd. Erfarenheterna av sådant stöd har varit övervägande positiva (Bergh Johannesson et al., 2006; Michélsen et al., 2007). I Norge tog efter tsunamikatastrofen distriktsläkare kontakt med personer som var listade på vårdcentralen och erfarenheterna från detta arbets sätt var positiva (Hjemdal, 2007).

Beroende på vad det är för typ av händelse kan kommuner också upprätta stödcentrum för oskadade drabbade och deras närstående. På många håll brukar lokaler öppnas i kyrkor eller i skolor. De flesta kommuner har organiserat särskilda krisstödsgrupper, som ibland kallas för POSOM-grupper (psykologiskt och socialt omhändertagande) eller krisgrupper, vilka ansvarar för att ge ett direkt krisstöd. Krisstödsgrupperna kan bestå av representanter för socialtjänsten, andra kommunala förvaltningar, primärvård, öppen psykiatrisk vård och frivilligorganisationer (Socialstyrelsen, 2009).

Hur arbetet ska organiseras beror på om det rör sig om en kommunikationsolycka, en industriolycka eller någon annan form av katastrof där ett helt lokalsamhälle drabbas. Transportolyckor drabbar ofta, utöver företaget, familjer som bor i flera kommuner. Det är vanligt förekommande att det uppstår oklarheter om vem som bär det praktiska och ekonomiska ansvaret för stödåtgärder och långtidsuppföljning, vilket kan skapa problem för de överlevande och efterlevande (Dyregrov, 2002). Det är önskvärt att det psykosociala team som ansvarar för den akuta interventionen på ett tidigt stadium aktiverar lokala resurser, som kan svara för långtidsuppföljningen.

Långsiktigt stöd i hemkommunen

Numera är det vedertaget att det fortsatta stödet för katastrof-drabbade bör utgå från den kommun de bor i (Socialstyrelsen, 2009). Skolor, daghem, fritidshem och arbetsplatser har här en viktig roll. Erfarenheter från olika katastrofer talar för att man skall kontakta

drabbade människor antingen genom telefonsamtal eller genom personliga besök. Det är således önskvärt att kommuner och arbetsplatser är uppsökande och att erbjudande om stöd kommer i tidigt skede. Det räcker inte med information i media eller på hemsidor om vart man kan vända sig vid behov (Benyakar & Collazo, 2005; Crocq et al., 2005).

Det har i samband med många tidigare allvarliga händelser konstaterats att det långsiktiga stödet varit bristfälligt. Efter Estoniakatastrofen påpekades att det saknades uthållighet och många upplevde att det inte fanns någon hjälp att få sex månader efter olyckan (SOU, 1999). Efter olyckan med passagerarfärjan Scandinavian Star upplöstes det psykosociala stödteamet innan en månad gått varefter de drabbade i fortsättningen fick sitt stöd inom den ordinarie hälso- och sjukvården (Weisaeth, 1990). Efter diskoteksbranden i Göteborg, 1998, tillsattes en samordnare med säte i kommunledningen med uppgift att samordna och följa upp överlevande, efterlevande och andra berörda, vilket visade sig leda till ett gott resultat (Hagström & Sundelius, 2001). Samma erfarenheter finns från andra händelser t.ex. efter bombdådet i Oklahoma (Tucker et al., 1998).

Katastrofdrabbade såväl vuxna som barn och unga har behov av att förstå vad som hänt. Vid dödsfall är ritualer och begravningar oftast till stor hjälp. Att få delta i ritualer och/eller att återvända till olycksplatsen eller katastrofområdet kan vara till hjälp, inte bara för dem som själva varit med då händelsen inträffade utan också för närstående. Kommunen kan organisera detta med hjälp av frivilligorganisationerna.

I katastrofsammanhang finns det ett stort behov hos drabbade att träffa människor med liknande upplevelser som deras egna (Michélsen et al., 2007; Saari, 2006). I grupper med andra drabbade kan de känna sig trygga och mindre ensamma, ta del av andras upplevelser och upptäcka att deras egna reaktioner inte nämnvärt skiljer sig från andras. Denna typ av gruppverksamhet har vid stora händelser i Sverige, med få undantag, inte utgått från den offentliga hälso- och sjukvården eller socialtjänsten utan organiserats av frivilligorganisationer. Trots att denna typ av stöd ofta används i katastrofsammanhang och rekommenderas finns det få utvärderingsstudier. En sådan studie finns i vilken stödgrupper för tsunami-

drabbade i Röda Korsets regi har beskrivits och utvärderats (Högeling Drozin et al., 2008).

En fungerande kris- och katastrofplan

I samband med stora olyckor och katastrofer är det vanligt förekommande i många kommuner att hela organisationer inte kopplas in eller att individuell kompetens förblir outnyttjad. Orsaken brukar hänföras till att skriftliga rutiner inte utarbetats, att rutinerna varit vagt formulerade eller inte tillräckligt konkreta (Dyregrov et al., 2000; Nordanger et al., 2003). De som ska sätta i gång planen bör också ha arbetat med att förbereda den. Det är väsentligt att planen är känd såväl i kommunledningen som i brukarleden (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Det är brukligt att varje organisation har sin egen krisplan. Om dessa organisationer inte känner till kommunens övergripande plan eller vice versa föreligger stor risk att varje organisation följer sin egen plan utan att ta hänsyn till den övergripande planen. Risken är då att arbetet blir ineffektivt med dubbelarbete vilket kan leda till att en del drabbade kontaktas av flera organisationer samtidigt medan andra tappas bort (Grønvold Bugge, 2008).

Vem som sätter i gång planen varierar från kommun till kommun. Det kan vara en kommun-/stadsdirektör eller annan tjänsteman i kommunledningen. Kommuner kan välja olika modeller för att organisera ett krisstöd. Det är viktigt att krisstödet är integrerat med kommunens övriga krisberedskapsplanering (Socialstyrelsen, 2008). Hur man organiserar krisstödet är beroende av storleken på kommunen. I små kommuner med stor personkänedom kan det fungera bra med en koordinator medan medelstora och stora kommuner oftast behöver en annan organisation. Brist på rutiner ses oftare i större kommuner än i små (Nordanger et al. 2003).

Förordningar och lagar för kommuners planer gällande psykologiskt och socialt stöd vid kris och katastrof

Vissa generella principer är vägledande i planering av det svenska krishanteringssystemet nämligen:

Ansvarsprincipen som innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden också har det vid en kris- och katastrofsituation.

Likhetsprincipen som innebär att en verksamhet vid en kris- och katastrofsituation, så långt möjligt, ska bygga på samma organisation som den har i vardagsarbetet.

Närhetsprincipen som innebär att en kris- och katastrofsituation ska hanteras där den inträffar och av dem som är närmast berörda och ansvariga.

Verksamhetsansvar som innebär att varje myndighet eller organisation vid en kris, har fortsatt ansvar för sina verksamhetsområden. Verksamhetens krisberedskap utgörs av den ordinarie verksamhetens krav och åtgärder för säkerhet och uthållighet, kompletterad med de förberedelser som verksamheten vidtagit för att kunna hantera en allvarlig händelse. Verksamhetsansvar i samband med allvarliga händelser skall sammanfattas i en krisplan för verksamheten.

Geografiskt områdesansvar utgör ett komplement till verksamhetsansvaret och är fördelat på tre nivåer: lokal nivå (kommunerna), regional nivå (länsstyrelserna) och central nivå (regeringen). Områdesansvaret pekar ut en sammanhållande aktör för de gemensamma insatser som krävs för att hantera en kris. På den övergripande statliga nivån var det år 2004 Krisberedskapsmyndigheten (KBM), som hade det övergripande och samordnande ansvaret. Under KBM hade länsstyrelserna på den regionala nivån samordnings- och visst tillsynsansvar. På lokal nivå var det kommunerna som ansvarade för krishantering, praktiskt och organisatoriskt (Krisberedskapsmyndigheten, 2004).

Lagar och förordningar som styr kommunens verksamhet (särskilt vid kris och katastrof)

Ett flertal lagar och förordningar hade år 2004 på olika sätt direkt eller indirekt betydelse för hur den studerade kommunen planerade sin kris- och katastrofberedskap.

En allmän grund för kommunens uppdrag ges i *kommunallagen* (SFS 1991:900). Enligt denna lag får kommuner och landsting själva ta hand om angelägenheter av allmänt intresse som rör kommunens invånare. Vidare regleras i den s.k. speciallagstiftningen, i form av ramlagar, uppdraget för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och räddningstjänsten.

Enligt *socialtjänstlagen* (SFS 2001:453) har kommunen det yttersta ansvaret för att personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver både under normala förhållanden och vid allvarliga händelser. Vid en allvarlig händelse kan socialtjänsten få ytterligare uppgifter. Personer, som redan omfattas av vård och omsorg kan behöva mer stöd och hjälp, men också människor, som normalt klarar sin livssituation, kan vara i behov av insatser från socialtjänsten. Jämsides med dessa extra uppgifter skall socialtjänstens verksamhet i övrigt bedrivas i vanlig omfattning. Socialtjänsten har enligt lagen ett särskilt ansvar för vissa målgrupper nämligen barn och unga, äldre, funktionshindrade, missbrukare, anhörigvårdare och brottsoffer. Dessutom har socialtjänsten ett ansvar för information och uppsökande verksamhet såväl under normala förhållanden som vid en krissituation. Socialtjänsten kan alltså vid en allvarlig händelse bli utsatt för stora påfrestningar. Även vid andra händelser och kriser, som på olika sätt drabbar många människor i samhället, har socialtjänsten ett ansvar för psykologiskt, socialt och praktiskt stöd. Det finns således inget "force majeure" för socialtjänsten.

I *lagen om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting* (SFS 2002:833) regleras kommuners och landstings organisation och befogenheter vid extraordinära händelser i fredstid. Händelsen innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner. Extraordinära händelser kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting. Landsting och kommun skall för varje ny mandatperiod fastställa en plan för hur man skall hantera sådana händelser. Det skall finnas en krisledningsnämnd i varje kommun och landsting.

Dessa nämnder skall fullgöra ledningsuppgifter under extraordinära händelser i fredstid. Denna lag upphävdes 2006-06-30 och ersattes med en lag om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting (SFS 2006:544).

Lagen om skydd mot olyckor (SFS 2003:778), som ersätter den tidigare räddningstjänstlagen, syftar till att i hela landet ge ett tillfredsställande och likvärdigt skydd mot olyckor med hänsyn tagen till gällande lokala förhållanden. Lagen innehåller bestämmelser om de åtgärder som stat, kommun och enskilda skall vidta till skydd mot olyckor. Kommunernas ansvar har utvidgats till ett samordningsansvar för olycksförebyggande och skadebegränsade åtgärder. Genomförande av riskinventeringar och riskanalyser ska ingå i den kommunala processen och ska utmynna i ett handlingsprogram som förnyas varje mandatperiod. I varje kommun skall det finnas en räddningschef. Räddningschefen är räddningsledare, men kan utse någon annan som uppfyller de behörighetskrav som föreskrivs av regeringen. Om en räddningsinsats berör mer än en kommun, skall länsstyrelsen eller länsstyrelserna bestämma vem som skall leda insatsen, om inte räddningsledarna från de berörda kommunerna själva har bestämt det. Länsstyrelserna skall genom rådgivning och information stödja kommunerna i deras verksamhet enligt denna lag.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) föreskriver att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Landstinget ska, enligt ett tillägg 1/6 2002, planera sin verksamhet så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. En samverkansskyldighet gäller i förhållande till andra samhällsorgan, i första hand stat och kommun. Kommuner och landsting får på begäran ställa resurser till förfogande för att bistå annan kommun eller annat landsting, som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid, enligt lag (SFS 2006:544).

Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) har tillkommit för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt även på andra sätt skapa en god arbetsmiljö. I avsikt att förbättra arbetsmiljön gav dåvarande Arbetarstyrelsen ut en föreskrift om första hjälpen och krisstöd (AFS 1999:7). Med krisstöd avses det psykiska och sociala stöd som behöver vidtas i samband med olyckor och andra allvarliga händelser, som kan utlösa krisreaktioner. Alla arbetsplatser skall ha beredskap och rutiner för första hjälpen och krisstöd, anpassat till verksamhetens

art, omfattning och särskilda risker. Chefer och arbetsledande personal skall ha tillräckliga kunskaper om krisstöd för att kunna planera och ordna detta på lämpligt sätt. I *Arbetskyddsstyrelsens allmänna råd* om tillämpning av föreskrifterna betonas vikten av utbildning för en beredskap som inte bara är medicinsk, utan även ska tillgodose behovet av psykiskt och socialt stöd. Företagshälsovården föreslås som en resurs för riskbedömning, utbildning och planering av åtgärder. På motsvarande sätt föreslås att skolhälsovården kan anlitas för händelser som inträffar i skolan.

I *Allmänna råd (1991:2) från Socialstyrelsen om psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer* beskrivs uppgifterna för landstingens PKL-grupper och motsvarigheten inom kommunerna, d.v.s. POSOM-grupperna. Denna skrift har ersatts av *Krisstöd vid allvarlig händelse (Socialstyrelsen, 2008)* och *Krisberedskap inom socialtjänstens område (Socialstyrelsen, 2009)*.

Andra lagar och författningar som reglerar kommuners och andra aktörers uppdrag och arbete med krisberedskap är:

Förvaltningslagen (SFS 1986:223)

Lag (SFS 1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lag (SFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Sekretesslagen SFS 1980:100 5 kap 8§

Skollagen (SFS 1985:1100)

Smittskyddslagen (SFS 2004:168)

Förordning (SFS 1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen

Förordning (SFS 2002:864) med Länsstyrelseinstruktion

När det gäller planering av det psykologiska och sociala omhändertagandet i samband med kriser och katastrofer har bedömningen gjorts att dessa texter inte ger ytterligare underlag. I denna översikt har förordning (SFS 2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap inte beaktats eftersom den tillkom efter tsunamikatastrofen och således inte kunde påverka den aktuella kommunens arbete.

Kommunens planering

Den aktuella kommunen gav varje år ut en plan, benämnd *Allvarlig händelse*, för kommunens arbete vid stora olyckor och katastrofer. Planen innehöll en organisationsmodell och beskrivning av de verksamheter som skulle aktiveras när allvarliga händelser drabbade kommunen. Kommunstyrelsen hade delegerat den politiska ledningen vid en allvarlig händelse till kommunstyrelsens arbetsutskotts presidium, som vid en sådan händelse skulle övergå till att bli kommunens *krisledningsnämnd*.

Kommunens *krisledningsnämnd* hade ansvar för uppgifter som hörde till beredskap och säkerhet vid allvarliga händelser i kommunen. Man fastställde riktlinjer för säkerhetsarbetet, genomförde riskanalyser och riskvärdering. Krisledningsnämnden svarade också för att genomförda åtgärder följdes upp och utvärderades.

Enligt planen var *presidiets* roll i kommunen vid en allvarlig händelse densamma som i normalsituationen. Det specifika vid en allvarlig händelse var att arbetet skulle riktas mot frågor som var kopplade till den aktuella händelsen och den beslutsprocess händelsen ledde till genom att presidiet skulle:

- a. skaffa en överblick av situationen
- b. göra en konsekvensanalys
- c. besluta i frågor som krävde särskilt höga kostnader respektive fick andra konsekvenser eller innebar att viktiga samhällsfunktioner kunde störas, väsentliga miljövärden förstöras eller betydande enskilda intressen skadas.

Ledningsgruppen

Kommunen hade en *ledningsgrupp* för "allvarlig händelse och större olyckor i fred". Arbetet leddes av *stadsdirektören*. I gruppen ingick också *säkerhetssamordnare* och *informationsdirektör* från stadsledningskontoret samt *räddningschefen* från räddningstjänsten. Ledningsgruppens uppgifter var enligt planen att:

- a. leda och samordna tillgängliga resurser
- b. organisera och ansvara för ett effektivt samband mellan ledningens olika ansvarsområden samt till berörda verksamheter
- c. verkställa presidiets beslut

- d. vara en förbindelselänk mellan presidiet och de operativa enheterna
- e. ansvara för uppföljning av vidtagna åtgärder

Den *operativa ledningen* var indelad i tre huvudansvarsområden; information, räddningsledning och administration. Kommunens räddningschef hade ett övergripande informationsansvar för räddningstjänsten under en räddningsinsats i samband med bränder, explosioner eller andra olyckor där människor eller egendom riskerade att skadas. Den operativa ledningen låg dock hos Räddningscentral Stockholm, som också utsåg en egen räddningsledare.

Som stöd för ledningen hade man inrättat en kanslifunktion för samordningsuppgifter såväl internt som externt, vilken leddes av säkerhetssamordnaren. En av uppgifterna var att samordna sociala resurser för temporärt boende, transporter, förplägnad mm. En annan uppgift var att samordna kommunens resurser med landstingets sjukvårds- respektive psykosociala katastrofledning.

Psykologiskt och socialt stöd

Man hade i kommunen bestämt sig för att inte ha någon särskild krisgrupp för att leda och samordna det psykologiska stödet. Det **fanns** således inte heller någon POSOM-grupp. I stället hade man lagt ut ansvaret på socialjouren i samverkan med landstingets psykiatriska klinik. Ett samarbete fanns också med kommunens tre församlingar. Uppgiften var att "ta hand om personer som är berörda av händelsen samt kontakta anhöriga".

Socialtjänstens uppgift och roll

I planen hänvisades till Socialstyrelsens Allmänna råd 1991:2 för hur en beredskapsgrupp bör organiseras i varje kommun för psykiskt och socialt omhändertagande vid katastrofer (Socialstyrelsen, 1991). I den aktuella kommunen hade Socialtjänstens ledningsgrupp ansvar för att starta, leda och samordna det sociala arbetet vid katastrofer och andra allvarliga händelser. Enligt planen skulle socialtjänsten ha beredskap för psykiskt och socialt omhändertagande vid katastrof-

platsen. Socialjouren och lokalkontoren skulle utgöra basen för insatserna som också bestod av att:

- upprätta en uppsamlingsplats
- ordna inkvartering, utspisning, tolk och transporter
- möjliggöra kommunikation med anhöriga.

Beskrivning av händelseförloppen i de två katastroferna

Bussolyckan

Enligt protokoll från den tekniska genomgången efter olyckan fick SOS Alarm klockan 07.58 information om att en fullsatt SL-buss i ordinarie linjetrafik på väg in mot Stockholm på en av motorvägslederna, av okänd anledning, kört av vägen. Bussen hamnade i diket och blev liggande på sidan.

Klockan 08.01 larmades räddningstjänsten och bussbolagets pressjour. Klockan 08.17 kontaktades och informerades bussbolagets företagshälsovård om olyckan av en anställd, som befann sig på bussen. Bussbolagets krisorganisation aktiverades och tog enligt protokollet hand om ett 30-tal passagerare.

Polisen tog först klockan 08.13 emot ett larm om olyckan från räddningstjänstens larmoperatör, en fördröjning som skulle utredas av inblandade organisationer i ett senare skede. Klockan 14.51 hade polisen registrerat 85 passagerare av vilka 18 var skadade.

En stor räddningsstyrka med akutbil och sju ambulanser skickades till platsen. När sjukvårdspersonal klockan 08.16 anlände till olycksplatsen befann sig två personer kvar i den välta bussen. Övriga passagerare hade tagit sig ur bussen. Sex personer med medelsvåra skador fördes till ett av de stora akutsjukhusen, där de blev inlagda. Enstaka skadade fördes till andra sjukhus inom landstingsområdet. Jourhavande tjänsteman på landstinget bedömde att det inte fanns behov av att skicka ut en särskild sjukvårdsgrupp. PKL-gruppen på det sjukhus som fått ta emot flest skadade aktiverades, men behövde inte göra någon insats på sjukhuset.

Klockan 08.57 kontaktade SOS Alarm en närakut i kommunen och frågade om man kunde ta emot lätt skadade och oskadade

passagerare från olyckan. Sammanlagt togs 38 personer om hand på närakuten. De flesta kom med en SL-buss, som också hade andra passagerare ombord. Beslutet att skicka bussen till närakuten fattades av en person från räddningstjänsten, som befann sig på skadeplatsen. Det förekom diskussioner mellan landstingets personal och företrädare för räddningstjänsten om det var rätt eller fel beslut att skicka iväg bussen. En passagerare med skrubbsår tog sig på egen hand till närakuten. Den personen sjönk i medvetandegrad på mottagningen och transporterades med ambulans till neurokirurgisk klinik. Efter undersökning och omplåstring fördes de drabbade från närakuten till ett närbeläget bussgarage för "debriefing".

Kommunens krisledning

Först klockan 09.45 kontaktades säkerhetssamordnaren, i den kommun där olyckan inträffade, av polisens länskommunikationscentral, med en förfrågan om kommunens krisorganisation hade aktiverats eller skulle träda i kraft. Säkerhetssamordnaren kontaktade den grannkommun varifrån bussen kom, eftersom han bedömde att passagerarna hörde hemma i den kommunen. Grannkommunen lade ut information om kristelefonnummer på sin hemsida och öppnade en krismottagning i ett församlingshem.

Tsunamikatastrofen

Klockan 01.59 svensk tid söndagen den 26 december 2004 inträffade en jordbävning under havsytan nordväst om den indonesiska ön Sumatra. Skalvet uppmättes till 8.9 på Richterskalan och åstadkom en flodvåg med en initial hastighet av cirka 800 kilometer i timmen. Klockan 03.45 träffade första delen av flodvågen öarna utanför Thailands västkust och fortsatte in mot kusten. Tio meter höga vågor svepte in över kustområdena med stor kraft och åstadkom en av de värsta naturkatastroferna i modern tid. Sammanlagt uppskattas 230 000 människor ha omkommit. Många fler skadades, miste sina anhöriga och/eller förlorade sina hem och ägodelar. Begreppet "tsunami", som få människor i västvärlden hört talas om, kom under lång tid att fylla världspressens framsidor.

Naturkatastrofer är vanliga i Sydostasien. Jordbävningar inträffar varje år och ihållande monsunregn åstadkommer stora översväm-

ningar. Det ovanliga med denna katastrof var att tusentals resenärer från västvärlden, av vilka många var svenska medborgare, befann sig i området då katastrofen inträffade.

I Sydostasien befann sig vid tidpunkten för katastrofen cirka 20 000 svenskar, av vilka många bodde i strandnära hotell längs hela den drabbade kuststräckan. De stora resebyråerna uppskattade antalet svenskar, som befann sig inom katastrofområdena (Thailand, Sri Lanka, Malaysia, Indien), till upp emot 8 000 personer.

Klockan 03.35 svensk tid kom ett första TT-telegram om att ett jordskalv inträffat. Kort därefter nåddes anhöriga och medier av telefonsamtal och SMS från förtvivlade svenska turister, som berättade om stor förödelse och död. Samtidigt kom osäkra besked från UD som antydde att svenskar i området var utom fara.

Vidden av katastrofen blev tydligare för varje dag som gick. Det skulle senare visa sig att svenska medborgare utgjorde den största gruppen av utländska turister som hamnade på thailändska sjukhus. I förhållande till befolkningens storlek drabbades Sverige mest vad gäller avlidna av samtliga i-länder. Informationen om hur många som avlidit eller skadats var under de första dyggen mycket spekulativ. I en artikel i Aftonbladet vid årsskiftet 2004/2005 nämndes siffran 4 500 saknade svenskar och på nyårsafton sade statsminister Göran Persson att det kunde röra sig om 1 000 avlidna svenskar (Andersson Odén et al., 2005)

Klockan 05.30 den 28 december landade de första planen med hemvändande resenärer från Sydostasien på Arlanda flygplats. Totalt kom cirka 13 000 svenskar från Sydostasien hem via Arlanda. Av dessa uppgavs 4 500 vara hemmahörande i Stockholmsregionen.

Tio månader efter katastrofen hade 523 avlidna svenskar identifierats medan 18 fortfarande saknades. Av de avlidna kom 205 personer från Stockholmsregionen och av dessa kom enligt rikspolisens lista 23 personer från den aktuella kommunen.

För att kunna möta de medicinska, psykologiska och sociala behov, som hemvändande personer från katastrofområdena i Sydostasien hade, förstärktes Arlanda flygplats med personal från den somatiska vården, BUP, resurspersoner från landstingets PKL-grupper, socialtjänsten och frivilligorganisationerna. Stockholms läns landsting ansvarade under de första veckorna för bedömning och stöd på Arlanda, transport till sjukhus samt vård och stöd på sjukhus, inom primärvård samt vuxen-, barn- och ungdomspsykiatri. På

Stockholms läns sju akutsjukhus fanns personal med särskild katastrofpsykologisk utbildning under ledning av PKL-grupper. I den aktuella kommunen fanns inget akutsjukhus och därför inte heller någon PKL-grupp. Primärvårdens och psykiatrins roll vid katastrof var, då tsunamikatastrofen inträffade, inte definierad i landstingets katastrofplan. Det förväntades att de, som var i behov av mera långsiktigt stöd eller behandling, skulle få detta i den ordinarie vården och i enlighet med de principer som gällde för denna vård (Michélsen et al., 2007). Många av de hemvändande personerna var i behov av enklare somatiska åtgärder i kombination med psykologiskt stöd, något som inte behövde åtgärdas på sjukhusens akutmottagningar. Vidare antogs att många resenärer, som initialt inte såg sig ha behov av medicinskt eller psykologiskt stöd, efter några dagar i hemmet skulle bli oroliga för såväl kroppsliga som psykologiska reaktioner. Därför öppnades sju vårdcentrum, som till stor del utgick från de sjukvårdsområden, som år 2005 fanns i Stockholms län. Dessa bemannades med allmänläkare, sjuksköterskor, PKL-resurspersoner samt personal från barn- och ungdoms- respektive vuxenpsykiatri. Utbudet av stödinsatser blev initialt stort. Vårdcentraler och psykiatriska öppenvårdsmottagningar uppmanades via landstingsledningen att prioritera personer som drabbats av flodvågs-katastrofen. Vård, såväl somatisk som psykologisk/ psykiatrisk blev under en tremånadersperiod kostnadsfri. Företagshälsovård utlovade via massmedia psykologiskt stöd till drabbade familjer. Genom sina hemförsäkringar kunde drabbade få tillgång till privat psykoterapi. Olika privata psykoterapisammanslutningar erbjöd också via media, psykologiskt stöd. Frivilligorganisationer, och i begränsad omfattning kommuner, startade stödgrupper av olika slag.

Kommunens krisledning

På förmiddagen den 27 december 2007 blev säkerhetssamordnaren, tillika sammankallande i den undersökta kommunens krisledningsgrupp, uppringd av företrädare för den psykiatriska öppenvårdsmottagningen i kommunen med en fråga om hur kommunen organiserat krishjälpen. Svaret blev att man inte kommit i gång med någon planering. Säkerhetssamordnaren blev också kontaktad av chefen för socialjouren, som i sin tur blivit tillfrågad om hur kommunen skulle agera, av tjänstgörande socialjour. Säkerhets-

samordnaren tog beslut om att inte starta någon större verksamhet men att man i kommunen skulle hålla en ökad beredskap för att sätta in åtgärder när mer information fanns tillgänglig. Även privatpersoner, vars närstående befann sig i Sydostasien, hörde av sig till kommunen och ville förvarna om att det fanns kommuninvånare i katastrofområdet. Säkerhetssamordnaren skickade, samma dag, e-post till samtliga församlingar med en förfrågan om de kunde medverka till stöd för drabbade.

Tisdagen den 28 december, när informationen om katastrofens omfattning var mera tillförlitlig, ansåg säkerhetssamordnaren och informationsdirektören att det var dags att sammankalla krisledningsgruppen. Stadsdirektören informerades om detta beslut och en särskild webbsida startade med information till kommuninvånarna.

Material och metod

Material för denna studie har till största delen samlats genom intervjuer. Därutöver har vissa dokument och data ur en enkät till hemvändande från tsunamikatastrofen utnyttjats. Dokumenten utgjordes av kommunens plan vid allvarliga händelser och protokoll och minnesanteckningar från möten med ledningsgruppen. Informanter i intervjuerna var personer i kommunens ledningsgrupp för allvarliga händelser och chefstjänstemän, som enligt planen, skulle leda insatserna vid en katastrof. Vidare ingick från kommunen informanter från socialtjänst, skola och räddningstjänst. Dessutom intervjuades representanter för landstingets sjukvård, polisen och Svenska kyrkan, vilka samverkat i de två händelserna med den aktuella kommunen. I samband med bussolyckan tillkom även representanter för det aktuella bussföretaget. En tredje grupp informanter var personer, som bodde i kommunen, och som på plats drabbats av tsunamikatastrofen samt anhöriga som förlorat någon men inte själva varit med om katastrofen (Bilaga 1a och 1b). Av olika skäl intervjuades inte passagerarna från bussolyckan. Det viktigaste skälet var att passagerarna inte bodde i den studerade kommunen, vilket bl.a. resulterade i att kommunen inte bistod med psykologiska stödinsatser. Eventuellt psykologiskt stöd gavs i stället av bussföretaget och den kommun där passagerarna hade sin hemvist.

Delvis strukturerade intervjuer användes. Utgångspunkten för intervjuerna med ledningsgruppen och övriga tjänstemän var kommunens plan för allvarliga händelser och hur den hade tillämpats i de två här studerade händelserna. Intervjufrågorna handlade om tjänstemännens kunskap om planen, genomförda kris- och katastrofövningar, vilken roll befattningshavaren hade i relation till planen, synen på psykologiska och sociala frågor och stöd, hur planen tillämpats vid de aktuella händelserna, vilka åtgärder man varit inblandad i och hur arbetet hade förlöpt (Bilaga 2). I intervjuerna med direkt drabbade respektive anhöriga frågades efter sociodemografiska data samt aktuell livssituation och hälsa, vad de varit med om, vilken information om olika typer av samhälleligt stöd de fått, vad för stöd de fått och när de fått det samt vilken betydelse

stödet hade haft (Bilaga 3). Alla intervjuerna spelades in och har skrivits ut.

Enkätmaterial från den aktuella kommunen har hämtats ur ett annat forskningsprojekt i vilket en enkät sändes ut till hemvändande från tsunamikatastrofen, som vid återkomsten till Sverige registrerades på Arlanda flygplats. Enkätundersökningen genomfördes som ett samarbetsprojekt mellan Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet, Karolinska Institutet och CeFAM Kris- & katastrofpsykologi, Stockholms läns landsting. I enkäten, som besvarades cirka 14 månader efter katastrofen, ingick utöver socio-demografiska data, frågor om vad de drabbade utsatts för i Sydostasien och frågor om deras hälsotillstånd. Som mått på psykisk ohälsa användes General Health Questionnaire med 12 frågor (GHQ 12, Goldberg & Williams, 1988) och för posttraumatiska stressymtom Impact of Event Scale, revised, IES-R (Weiss & Marmar, 1997).

Urval

Tre typer av urval till intervjuer har ingått i studien; ett avseende chefer med ledningsansvar vid allvarliga händelser, ett för tjänstemän, som träffat drabbade från bussolyckan och/eller från tsunamikatastrofen samt direkt drabbade av tsunamikatastrofen. Efter inledande samtal med stadsdirektören valdes för intervjuer medlemmarna i kommunens ledningsgrupp för allvarliga händelser, d.v.s. säkerhetssamordnaren, informationsdirektören och räddningschefen samt den som i inledningsskedet vid tsunamikatastrofen representerade socialtjänsten. Utgångspunkten för intervjuerna i nästa led var kommunens plan vid allvarlig händelse i vilken ansvariga tjänstemän var namngivna. På ledningsnivå valdes de tre kommundirektörerna, vilka representerade myndighetssidan i kommunen med ansvar för det psykologiska och sociala stödet, d.v.s. personaldirektör samt direktörerna för socialtjänst och utbildning. Dessutom intervjuades verksamhetschefer för utförarsidan inom nämnda områden.

Bland kommunens samarbetspartners vid allvarliga händelser intervjuades på ledningsnivå för landstinget, primärvårdschefen för det aktuella området. Enhetschefen för öppenvårdspsykiatri inom kommunen liksom en kyrkoherde från en av kommunens försam-

lingar, som båda tidvis ingick i ledningsgruppen efter tsunamikatastrofen, togs också ut för intervju. Speciellt för bussolyckan valdes för intervju polisens ledningskommissarie i det aktuella polisdistriktet samt den säkerhetsansvarige från bussbolaget.

Från utförarsidan intervjuades tjänstemän, som träffat drabbade från bussolyckan respektive flodvågskatastrofen eller deltagit i den praktiska planeringen av dessa insatser. Utgångspunkt för urvalet var kommunens organisationsplan och en namnlista, som kommunens säkerhetssamordnare, sammanställt på de personer som varit aktiva i inledningsskedet av tsunamikatastrofen. Eftersom skolan var särskilt engagerad under tsunamikatastrofen, valdes rektorer från några drabbade skolor och förskolor samt en skolsjuksköterska och kommunens skolläkare ut till intervju. Från socialtjänsten valdes representanter för socialjouren och socialsekreterare, som varit aktiva i arbetet med drabbade.

För intervjuer kring bussolyckan intervjuades förutom personal på en av vårdcentralerna i kommunen, brandmästare och brandförman, akutläkare, ambulansförare och polisens insatschef. Dessutom intervjuades larmoperatör vid SOS alarm och den jourhavande tjänsteman, som var i tjänst vid bussolyckan och representanter från bussbolaget.

För intervjuer om tsunamikatastrofen valdes inom hälso- och sjukvården chefer och personal på vårdcentraler, öppenvårdspsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Från Svenska kyrkan intervjuades en präst och två diakoner som varit engagerade med drabbade från tsunamikatastrofen.

Totalt genomfördes 40 intervjuer med ledning och tjänstemän, tre av dessa som telefonintervjuer. Ingen av de utvalda representanterna för ledningen respektive för tjänstemännen avböjde att delta i studien. Flertalet intervjuer utfördes av två intervjuare och genomfördes under tiden november 2005 till april 2006.

Underlag för urvalet av personer, som drabbats av tsunamikatastrofen, var listan över hemvändande från Sydostasien respektive listan över närmaste anhöriga till avlidna i katastrofen, som upprättades av Rikskriminalpolisen. De registrerade hemvändande från den aktuella kommunen delades in med avseende på kön och i tre åldersklasser. I varje urvalsgrupp gjordes ett proportionellt slumpmässigt urval. Bland gruppen närmast anhöriga till avlidna valdes en anhörig per avliden. Anhöriga till avlidna, som själva varit i

Sydostasien, fördes till gruppen hemvändande. Samtliga valda personer tillfrågades via brev om de ville delta i studien. Av 62 tillfrågade hemvändande ställde 30 personer upp för intervju, 21 avböjde och 11 besvarade inte förfrågan. Bland de anhöriga till avlidna, som själva inte varit i Sydostasien, tillfrågades 14 personer av vilka sju deltog i intervju, fyra avböjde medan tre inte besvarade förfrågan om att delta i studien. Intervjuerna, som ägde rum under hösten 2006, genomfördes av psykologer och psykiatriker med mångårig erfarenhet av att möta kris- och katastrofdrabbade personer. Samtliga intervjupersoner informerades skriftligt och muntligt om förutsättningarna för intervjun och de har skriftligt gett sitt informerade samtycke att delta i studien (Bilaga 1a och 1b).

Enkäten skickades till alla hemvändande från Sydostasien, som registrerats på Arlanda flygplats vid återkomsten. 4432 var hemmahörande i Stockholms län. Enkäten besvarades av 1939 personer (45 %) och av dessa hade 1505 varit i katastrofdrabbade områden i Sydostasien. Övriga svaranden hade kommit hem med samma flygplan, men från andra orter än de tsunamidrabbade. I den undersökta kommunen var svarsfrekvensen något lägre (38 %) än totalt i Stockholms län. Sjuttioåtta personer från kommunen svarade att de hade varit i de drabbade områdena i samband med katastrofen.

Bearbetning

Intervjuerna med ledning och tjänstemän spelades in, avlyssnades, strukturerades och skrevs ut för varje frågeområde enligt intervjuguiden. Svaren grupperades därefter för informanter från samma organisatoriska område för ledningsgruppen och ansvariga tjänstemän såväl beställare som utförare. På samma sätt grupperades intervju svaren för representanterna från skola, socialtjänst och räddningstjänst, sjukvård, polis, och Svenska kyrkan. Intervju-utsagorna bearbetades med speciellt fokus på organisation, ansvar och mandat.

Intervjuerna med anhöriga och drabbade spelades också in varefter de i sin helhet skrevs ut. De individuella intervju svaren per frågeområde sammanfördes var för sig inom gruppen anhöriga respektive gruppen drabbade. De drabbade delades upp i tre grupper beroende på vad de varit med om under katastrofen (exponering).

För att ge en bild av respektive undergrupp sammanfattades svaren på bakgrundsfrågorna och delades in med avseende på kön. Olika former av stöd som de intervjuade erhållit respektive önskat att de hade fått kategoriserades varefter de intervjuades värderingar av de olika formerna av stöd sammanfattades.

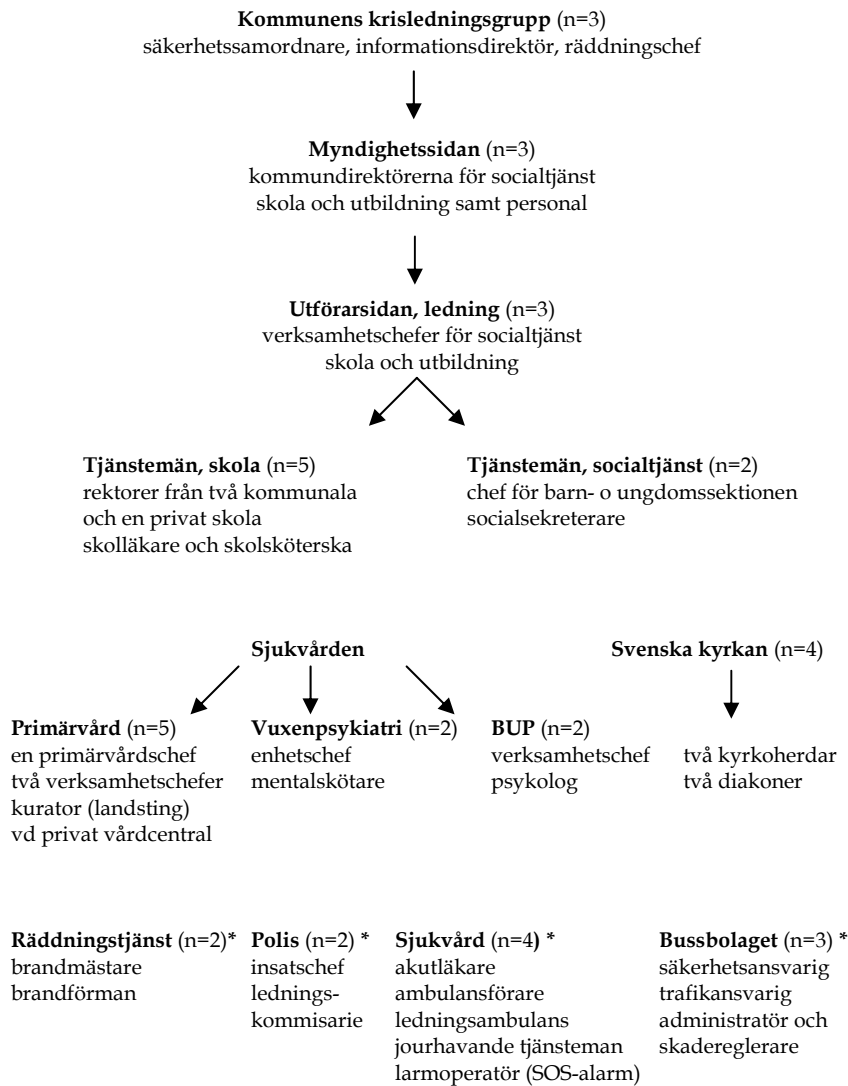
Enkäterna har bearbetats statistiskt dels deskriptivt dels med logistisk regression för att jämföra hälsoutfallen för dem som kom från den aktuella kommunen med övriga svaranden från Stockholms län.

Projektet har granskats av den Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, dnr: 2006/499-31.

Resultat

Resultatet är uppdelat i fyra avsnitt. Först presenteras hur olika befattningshavare inom kommunen, hälso- och sjukvården, polisen samt Svenska kyrkan uppfattade kommunens plan för allvarliga händelser. Därefter följer två avsnitt som beskriver insatta åtgärder vid bussolyckan respektive tsunamikatastrofen. Vilka personer som intervjuats och deras organisationstillhörighet framgår ur Figur 1. Resultatdelen avslutas med en sammanställning av intervjuerna med personer som drabbades av tsunamikatastrofen. Detta avsnitt kompletteras med en sammanställning av rapporterad psykisk hälsa/ohälsa hos de kommuninvånare, som befann sig i katastrofområdet. Data har tagits från en enkätstudie, som genomfördes 14 månader efter katastrofen. Kommuninvånarnas psykiska hälsa har också utifrån enkäterna jämförts med hälsan hos drabbade personer från resten av Stockholms län.

De intervjuade har använt sig av en del begrepp, som vi utifrån våra definitioner skulle ha använt på annat sätt. Vi har emellertid valt att låta informanternas redogörelser ligga kvar utan att kommentera dem. Exempel på sådana begrepp är allvarlig händelse, psykosocialt omhändertagande, stöd, debriefing, behandling m.fl.



Figur 1. Representanter för olika organisationer och enheter som varit informanter i studien.

* Informanter från enbart bussolyckan.

Kommunens krisplan

Kommunens krisledningsgrupp

Planen för allvarliga händelser var kommunens övergripande styrdokument och skulle årligen revideras och finnas tillgänglig på kommunens intranät. Den strategiska ledningen vid allvarliga händelser hade en krisledningsgrupp bestående av fyra personer under ledning av stadsdirektören. Gruppen bestod av en säkerhets-samordnare med mandat att vid en allvarlig händelse leda arbetet som stabschef. Dessutom ingick en informationsdirektör, som menade att hennes uppgifter som informationsansvarig tydligt framgick ur planen. Den återstående gruppmedlemmen, räddningschefen, ansåg däremot att han hade dubbla roller. Han företrädde såväl kommunen som räddningstjänsten och räddningstjänsten hade en egen plan för allvarliga händelser. Kommunens brandförsvaret köpte, i likhet med ett flertal andra kommuner inom Stockholms län, räddningstjänst från Stockholms brandförsvaret. Det operativa ledningsansvaret vid en olyckshändelse inom kommunen innehades av den räddningsledare, som räddningscentralen i Stockholm utsåg. Uppgiften för kommunens räddningschef var att fungera som länk mellan räddningscentralen och kommunens krisledningsgrupp. Vissa oklarheter i mandat och ansvar borde enligt räddningschefen klargöras tydligare.

I planen räknades möjliga hotbilder och händelser upp, som kunde leda till att planen aktiverades. Det var emellertid oklart vid vilka händelser ledningsgruppen skulle sammankallas.

De intervjuade var nöjda med att ledningsgruppen initialt vid en olycka eller allvarlig händelse var liten och att den kunde breddas beroende på händelsens storlek. Man hade dock under tsunami-katastrofen upptäckt att planen inte var anpassad för dygnetruntbemanning. Man såg därför behov av att vid långvariga händelser förbättra uthålligheten i ledningsgruppen genom att tillse att det fanns ersättare.

En fråga gällde hur väl känd planen var inom ledningsgruppen och hur man såg på sin egen roll i förhållande till planen. I intervjuerna framkom att gruppen hade allmän kännedom om planen, men att säkerhetssamordnaren, som utformat planen hade detaljkunskaperna. Det var också tänkt att det var han, som i första

hand skulle larmas. Ur intervjumaterialet framkom inte tydligt om det var han ensam som hade ansvar för att bedöma händelsens omfattning och allvarsgrad.

Samtliga intervjuade i ledningsgruppen menade att planen inte var särskilt känd ute i verksamheterna. De ansåg därför att det var viktigt att föra ut kunskap om krisplanen och få acceptans för den bland de kommunanställda. Säkerhetssamordnaren betonade vikten av att "vara synlig" så att så många som möjligt fick vetskap om vem man kunde vända sig till i samband med allvarliga händelser. Räddningschefen uppgav att kommunens plan inte var särskilt känd inom hans verksamhet. Där utgick man mer från de planer som fanns centralt inom Stockholms brandförsvaret.

Övningar för att testa krisplanen hade under de senaste åren endast genomförts med ledningsgruppen och då i "skrivbordsform". Övningar som omfattade alla delarna av krisorganisationen hade inte alls förekommit. Det var flera år sedan man hade haft någon övning, som berörde flera verksamheter samtidigt. Det fanns emellertid planer på att genomföra en stor övning med praktiska inslag. Inom informationsverksamheten hade man de senaste åren haft två egna övningar och inom räddningstjänsten övade man regelbundet.

På frågan om ledningsgruppens syn på ansvaret för psykosociala frågor och stöd i samband med allvarliga händelser bekräftades att kommunen inte hade någon POSOM-grupp. De uppgifter som POSOM-gruppen skulle stå för var desamma, som ingick i det ordinarie arbetet i kommunen. Därför var man tveksam till att tjänstemän vid allvarliga händelser skulle gå ifrån sitt ordinarie arbete för att arbeta i en POSOM-grupp. Det hade funnits en POSOM-grupp i kommunen tidigare, men det hade varit svårt att få kontinuitet i gruppen. Dessutom uppfattades gruppens uppdrag som något otydligt, varför den lagts ner, dock utan att dessförinnan ha testats vid en faktisk händelse. Säkerhetssamordnaren menade också att POSOM-gruppen givits ett alldeles för stort inflytande från Räddningsverket, som tagit fram och lanserat modellen. Han såg det som en risk att en POSOM-grupp kunde få en för stor roll och börja fungera som kommunens ledning istället för att vara en resurs, som kunde tas in vid behov.

Som ersättning för en POSOM-grupp hade kommunens ledningsgrupp istället gjort en överenskommelse med Landstingets psykiatriska enhet i kommunen om att vid behov kunna vända sig till den.

Svenska kyrkans församlingar i kommunen var också vidtalade och de kunde erbjuda såväl personal som lokaler vid allvarliga händelser. Inom ledningsgruppen var man angelägen om att regelbundet aktualisera namnlistor för kontaktpersoner inom landstinget, räddningstjänsten, polisen och kyrkan, varför man byggde upp personliga kontakter inom dessa organisationer. Vid ett akut läge vilade, enligt kommunens plan, ansvaret för psykosociala frågor och stöd på de ordinarie verksamheterna. Räddningstjänsten och socialjouren, som var först på plats vid en olycka, skulle kontakta kommunledningen vid allvarliga händelser.

Kommundirektörer

Tre kommundirektörer ingick i studien. De hade ansvaret för kommunens myndighetsutövande liksom beställaransvar för kommunens åtaganden inom socialtjänst, skola och utbildning samt personal. Alla tre kände till kommunens krisplan även om två av dem inte tyckte att de var helt uppdaterade på planen. En av de senare ansåg att hon tillämpat planen i praktiken under arbetet med tsunamikatastrofen.

Med fokus på sina respektive ansvarsområden uppgav alla tre att de hade en samordningsfunktion och ansvar för att skapa organisatoriska förutsättningar och en beredskap att möta eventuella krissituationer. De räknade med att bli sammankallande i sina respektive organisationer vid en allvarlig händelse. En poängterade att den aktuella planen var anpassad för att fungera vid en större trafikolycka. Planen borde ses som en beredskapsplan men den var otillräcklig för katastrofer som tsunamin.

Socialdirektören menade att socialtjänsten visserligen hade en jourorganisation med täckning hela dygnet men hon poängterade att den inte hade kapacitet nog vid allvarliga händelser. Socialjouren skulle behöva vara kopplad till resten av organisationen vid sådana händelser. Kommunen som helhet hade en stor del av sin verksamhet utlagd på privata utförare och de tre kommundirektörerna hade ansvar för att det skulle finnas en krisorganisation inom alla deras verksamheter såväl inom kommunens egna som hos de privata. Detta var inte fullt utbyggt i alla verksamheter vid intervjutillfället, något som uppmärksammades i samband med tsunamikatastrofen. Den övergripande kommunplanen för allvarliga händelser var inte heller

tillräckligt detaljerad utan måste kompletteras med planer anpassade för varje enskild verksamhet och detta krävde tid menade de tre intervjuade direktörerna.

Verksamhetschefer

Från utförarsidan inom kommunen intervjuades två verksamhetschefer, en från skolan och en från socialtjänsten. Dessutom intervjuades en centralt placerad tjänsteman inom socialtjänsten, som tidigare arbetat med socialtjänstens krisplanering. En av cheferna ingick också i kommunens krisledningsgrupp, som ersättare för samordnaren. Alla tre var väl insatta i kommunens övergripande plan. De hade också själva initierat utformning av egna verksamheters krisplaner. De betonade betydelsen av att de som chefer skulle var väl kända och lätt nåbara inom sina verksamheter. Detta såg de som en förutsättning för att få gehör för beslut i samband med allvarliga händelser.

De två verksamhetscheferna menade att kommunens centrala plan för allvarliga händelser inte var helt förankrad hos medarbetarna inom skolan och socialtjänsten. Detta tyckte de dock inte var så allvarligt eftersom medarbetarna vid en allvarlig händelse skulle utföra sitt vanliga arbete i enlighet med socialtjänstens respektive skolans krisplaner. Ett observandum var att friskolor och privat barnomsorg inte ingick i den krisplanering, som verksamhetschefen för skola ansvarade för.

Vad gällde övningar hade inga större sådana genomförts inom socialtjänsten på lång tid. I skolan hade delar av skolans krisplan övats.

Ansvar för psykosociala frågor och stöd vid allvarliga händelser menade man fanns väl företrädd inom både skolan och socialtjänsten. Det fanns enligt verksamhetscheferna stor kapacitet och beredskap i den ordinarie verksamheten för att kunna hantera psykologiska och sociala frågor. Inom socialtjänsten utgjorde kriser av olika slag en stor del av det vardagliga arbetet. Man hade inom socialtjänsten också tagit fram planer för olika typer av små och stora händelser.

Tjänstemän inom skola och socialtjänst

Tre rektorer, två från kommunala skolor och en från en friskola intervjuades. Alla skolorna hade varit berörda av tsunamikatastrofen. Samtliga hade lokala katastrofplaner men endast en av de tre rektorerna kände till kommunens plan för allvarliga händelser. En rektor menade att det borde vara kommunen som skulle stå för information och erbjuda hjälp till skolorna vid allvarliga händelser. Rektorn från friskolan uppgav att företaget bakom skolan hade en övergripande krisplan och att skolan vid några inträffade händelser hade fått viss hjälp från företaget. De tre rektorerna ansåg att de hade ansvar för skolans insatser vid allvarliga händelser och mandat från kommunen att sköta insatserna på egen hand. Övningar kring krisplanen hade inte genomförts.

För att få skolsjukvårdens syn på krisplanen intervjuades en skolsjuksköterska och skolhälsovårdsöverläkaren. Skolläkaren var chef för kuratorer och psykologer, som arbetade inom skolan och skolsköterskan ingick i ett av skolornas kristeam. De hänvisade i intervjuerna till skolans egna krisplaner för att beskriva sin del i krisarbetet.

Skolläkaren menade att det var problematiskt att skolhälsovården enbart var i tjänst under skoltid. Skolläkaren kontaktades ibland och då oftast informellt rörande psykosociala frågor. Hon ansåg att skolhälsovården borde bli inkopplad vid allvarliga händelser när barn var inblandade. Hon önskade också bli informerad vid olyckor och allvarliga händelser, som drabbade barn.

Socialtjänsten, representerad av chefen för barn- och ungdomsverksamheten samt en socialsekreterare, hade begränsad kunskap om kommunens krisplan. De var mer uppdaterade på den plan som rörde socialtjänsten. Den höll man aktuell eftersom man kunde bli kontaktad av socialjouren. Kontaktvägarna vid allvarliga händelser var kända och man blev självklart inkopplad vid händelser, som drabbade barn. Beredskap för allvarliga händelser var ständigt aktuell för socialsekreterarna inom socialtjänsten och psykosociala uppgifter ingick i deras grunduppdrag.

Representanter för landstinget

Sex intervjuer genomfördes med personer i chefsställning inom sjukvården med den aktuella kommunen som upptagningsområde, nämligen en primärvårdschef, två vårdcentralsschefer, VD för en privat vårdgivare, enhetschef för vuxenpsykiatri samt verksamhetschefen för barn- och ungdomspsykiatri. Dessutom intervjuades en mentalskötare från vuxenpsykiatri, en psykolog från BUP och en kurator från en vårdcentral. De tre sistnämnda hade träffat drabbade från tsunamikatastrofen.

Primärvårdschefen var kontaktperson mellan sjukvården och kommunen. Sjukvården hade en krisplan, som delvis synkroniserats med kommunens. Enhetschefen inom vuxenpsykiatri hade kontakt med kommunens krisledningsgrupp och kunde kallas till denna vid behov. De två verksamhetscheferna inom primärvården hade ingen kunskap om eller koppling till kommunens krisplan. Deras uppdrag och ansvar karakteriserades av de sjukvårdsinsatser, som ingick i deras ordinarie verksamhet. Den privata vårdgivaren hade inte heller någon koppling till kommunen. I stället hade man utarbetat en egen krisplan och man hade också en egen krisstab.

Svenska kyrkan

Från två församlingar i kommunen, som drabbades hårt av tsunamikatastrofen, intervjuades en kyrkoherde och en diakon. En av kyrkoherdarna ingick vid behov i kommunens utökade krisledningsgrupp och han kände därför till kommunens plan vid allvarliga händelser.

De intervjuade menade att en av kyrkans främsta uppgifter är att ge stöd till människor i kris och sorg. De ansåg att de var väl förberedda för detta. Vid katastrofer kunde kyrkan bidra till stödet utifrån sin särskilda kunskap i existentiella frågor. Kyrkan hade en egen plan för allvarliga händelser, som regelbundet uppdaterades. Man upplät gärna sina lokaler som mötesplatser för berörda personer vid allvarliga händelser.

Man hade etablerat en samverkan med kommunens skolor, dock inte med de friskolor, som verkade inom kommunen. En präst var avdelad för varje skola och man hade placerat ut en låda med material, som man kunde behöva för att ordna minnesstunder.

Kyrkan samarbetade också med polisen för att bistå dem, som lämnande dödsbud.

Vad säger krisplanerna om stöd till barn och ungdomar?

Kommunens krisplan hade inget direkt uttalat barnperspektiv, men man framhöll att varje skola liksom socialtjänsten hade sina egna krisplaner och i dessa stod barnen i centrum. Inom socialtjänsten hade man riktlinjer för omhändertagande av barn. Att uppmärksamma barn var därför för socialtjänsten en självklarhet och ett ansvar som ingick i det normala arbetet. Man tyckte inte att en katastrofsituation var så väsensskild från vardagshändelser att det motiverade en särskild text om barn och ungdomar i kommunens krisplan.

Inom sjukvården fanns det inte några formaliserade riktlinjer för situationer när både barn och vuxna kommit till skada eller avlidit. Man menade att det i katastrofsituationer finns en risk att personal missar barns behov, då man i hög utsträckning är fokuserad på de vuxna. För att minska risken behövs ett utökat samarbete mellan vårdgivare med olika perspektiv, menade de intervjuade.

Från räddningstjänsten framhöll man att det var emotionellt påfrestande för personalen när barn kom till skada eller dog. Dock menade man att personal uppmärksammar barn, som heller aldrig lämnas ensamma.

Enligt ambulanssjukvårdaren fanns det klara riktlinjer hur man skulle förhålla sig vid olycksfall med barn. Barn tas nästan alltid till sjukhus och man försöker alltid att få med någon anhörig till barnet.

Polisen hade inga riktlinjer för omhändertagande av barn vid särskilda händelser. De intervjuade poliserna menade att barn borde prioriteras högre. När det gäller försvunna barn finns särskilda föreskrifter om att insatser för eftersökning skall ske extra snabbt. Från polisen ville man lägga över ansvaret för drabbade barn främst på sjukvården, som man menade har mer kompetens på området.

En stor del av kyrkans vardagsverksamhet är riktad mot barn och ungdomar och man menade att kyrkan var väl förberedd att arbeta med barn. Man var också engagerad i skolornas krisplaner.

Bussbolagets krisplan hade inga anvisningar för omhändertagande av barn, något som de intervjuade upplevde som en brist.

Man rapporterade också att det fanns oklarheter i förhållande till kommunen som gällde barn som åkte linjebuss istället för att det ordnades separata skolbussar.

Sammanfattning av kommunens beredskap inför allvarliga händelser

Vid genomgång av kommunens centrala krisplan framgick det att man i huvudsak förlitade sig på en liten krisledningsgrupp, som vid behov kunde utökas med andra personer när det gällde psykologiskt och socialt stöd. De personer som ingick i krisledningsgruppen var i stort positiva till gruppens sammansättning, samtidigt som de upptäckte att gruppen var sårbar vid långdragna händelser eftersom det i planen saknades ersättare för ordinarie funktioner. Flera påpekade att planen mest var avsedd för mindre händelser och trafikolyckor och inte för katastrofer. Planen var densamma oavsett händelsens art och storlek och det fanns ingen åtgärdslista för tillvägagångssätt vid katastrofer. För att få till stånd ett psykologiskt och socialt stöd förlitade man sig helt på kommunens olika verksamheter, i första hand socialtjänsten, landstingets psykiatri samt Svenska kyrkan, dock utan att precisera dessa organisationers uppgifter. I planen fanns inget om samverkan mellan olika organisationer.

Larmvägar såväl in till ledningsgruppen som från denna ut till kommunernas verksamheter var otydliga. Det föreföll som att det var säkerhetssamordnaren, som initialt skulle larmas och att det var han, som tog beslut om och när krisledningsgruppen skulle kallas in. Detta belystes dock inte tillräckligt tydligt i intervjuerna. I inledningskedet av en olycka eller allvarlig händelse fanns inga representanter i kommunens ledningsgrupp med särskild kunskap om psykologiskt och socialt stöd.

I intervjuerna betonades vikten av personkännedom som en framgångsfaktor för lyckade stödinsatser. Man förlitade sig i hög grad på att informella och regelbundna kontakter med lokala aktörer skulle leda till god samverkan vid en allvarlig händelse.

Kännedom om kommunens krisplan var god hos dem som varit med om att ta fram planen samt för dem som satt högst upp i kommunens organisationshierarki. Ju längre bort man kom från krisledningen desto mindre känd blev planen. Inom skolan,

socialtjänsten, sjukvården, räddningstjänsten och Svenska kyrkan fanns det i stället egna utarbetade krisplaner, som enligt informanterna inte samordnats med den centrala planen. Ansvar för psykosociala frågor framfördes främst av socialtjänstens, skolans och Svenska kyrkans representanter.

En stor del av kommunens verksamheter och externa samverkanspartners var utlagda på privata utförare t.ex. inom skolan och sjukvården. De privata organisationerna fanns inte med i krisplanen och de hade på samma sätt som de offentliga verksamheterna tagit fram egna krisplaner.

Rollen var otydlig för kommunens räddningschef beroende på det avtal som kommunerna inom Stockholms län har med Stockholms brandförsvaret. Skolläkaren uttryckte önskemål om att få ingå i kommunens framtida krisberedskap.

Kommunen hade inte genom övningar testat om krisplanen fungerade. Övningar inom kommunens olika verksamheter förekom endast i begränsad omfattning.

Bussolyckan

Kommunens krisledningsgrupp

Olyckan inträffade några minuter före klockan 08.00 på morgonen men först klockan 09.45 kontaktades säkerhetssamordnaren på kommunen från polisens ledningscentral. Han fick då information om att en bussolycka med ett tiotal skadade inträffat i kommunen. Vid denna tidpunkt hade samtliga skadade kommit till akutsjukhus eller till en närakut i kommunen. Säkerhetssamordnaren gjorde bedömningen att de flesta passagerarna sannolikt var hemmahörande i grannkommunen eftersom bussen kom därifrån och var på väg in mot centrala Stockholm. Han kontaktade därför grannkommunen, som ordnade en lokal för att samla och ge stöd till oskadade passagerare. Samordnaren bedömde att den egna kommunen inte behövde göra några ytterligare insatser, varför han inte sammankallade krisledningsgruppen.

Under förmiddagen hade säkerhetssamordnaren ytterligare kontakter med polisen och socialtjänsten i grannkommunen. Stockholms brandförsvaret informerade honom om olyckan i enlighet

med överenskomna rutiner vid större händelser. Brandchefen i kommunen, som också var medlem i krisledningsgruppen, deltog inte i räddningsarbetet. Säkerhetssamordnaren kontaktades också av bussbolaget, som informerade honom om att man skickat personal från sin företagshälsovård till ett närbeläget bussgarage för att där ta hand om passagerarna. Vid lunchtid var arbetet med olyckan avslutat för samordnarens del.

Vid intervjun uppgav säkerhetssamordnaren att han initialt följt kommunens krisplan. Emellertid hade informationen från polisens ledningscentral kommit så sent att han inte ansåg det meningsfullt att aktivera socialtjänsten för att ge stöd till passagerarna. Han kunde konstatera att samordningen mellan de båda kommunerna och polisens olika enheter behövde förbättras.

Räddningstjänsten

Räddningstjänsten i två kommuner larmades via Stockholms brandförsvaret, som stod för den operativa ledningen. Två brandstationer, en inom den studerade kommunen och en från grannkommunen, skickade fordon och personal till olyckan. Brandmästaren från grannkommunen och en brandförman från den studerade kommunen intervjuades.

Enligt de intervjuade var räddningstjänsten först på plats vid olyckan. Brandmästaren från den studerade kommunen kom först till olycksplatsen och beordrades därför att vara räddningsledare, medan brandmästaren från grannkommunen tog ansvaret för uppsamlingsplatsen för skadade (skadeplatsledare). När räddningstjänsten anlände var det mycket folk på vägen utanför bussen, som låg på sidan i vägrepen. De flesta passagerarna hade på egen hand tagit sig ut ur bussen och många oskadade hade fått hjälp av andra trafikanter att åka vidare. Initialt uppfattade man att räddningstjänstens personalstyrka var för liten eftersom det var rörigt med många passagerare på vägen. Arbetet försvårades av att det tog lång tid för polisen att komma igång med omdirigering av trafiken och registrering av passagerare.

De passagerare som satt kvar i bussen togs relativt snabbt ut av brandmän och en läkare, som i tidigt skede kom till olycksplatsen. En person satt fastklämd länge, eftersom man först var tvungen att tillkalla bärgare för att säkra bussen, så att den inte skulle kanna utför

vägslänten. När bussen väl var säkrad kunde brandförmannen via bussens taklucka samordna det tidskrävande arbetet med att ta loss passageraren med hjälp av läkare, ambulanspersonal och brandmän. Samarbetet i bussen hade gått bra och brandförmannen hade kontinuerlig radiokontakt med räddningsledaren. Han menade emellertid att man skulle ha fått stora problem om många av passagerarna varit svårt skadade.

Till uppsamlingsplats för skadade togs en förbipasserande buss i linjetrafik, vars passagerare fick flytta till bakre delen av bussen, för att ge plats åt drygt 40 skadade och oskadade personer från olycksbussen. Ambulanspersonal bedömde vilka skadade som behövde ambulanstransport till sjukhus. Förutom med ambulans transporterades flera skadade till sjukhus med privatbilar, som passerade olycksplatsen.

Innan polisen hunnit registrera alla i bussen skickades den iväg till en närakut, ett beslut som togs av räddningstjänsten. Enligt de intervjuade fick man inte stöd för denna åtgärd i ledningsambulansen. Från närakuten ordnades senare en busstransport av lätt skadade och oskadade till en uppsamlingsplats i ett av bussbolagets garage för att där erbjuda ett psykologiskt omhändertagande. Att garaget fick bli uppsamlingsplats hängde samman med att räddningstjänsten inte fått någon uppgift om att den närliggande kommunen skulle ordna med uppsamlingsplats för drabbade. En sådan kom igång först klockan 14.

Från räddningstjänstens sida uppfattade man ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna som bra och tydlig. Man tyckte att samarbetet fungerat väl förutom med ledningsambulansen, som man ansåg inte hade varit "tillgänglig" på ledningsplatsen. Bland annat hade man olika uppfattning om busstransporten av skadade och oskadade till närakuten.

För de direkta räddningsinsatserna fungerade räddningstjänstens egna planer bra och man hade kompetens för uppgiften, menade man. Däremot hade man inte haft tid att ägna sig åt det sociala omhändertagandet av oskadade och andra trafikanter, som fanns på platsen, eftersom man fokuserade på den direkta räddningsinsatsen. Enligt de intervjuade ligger inte socialt omhändertagande i räddningstjänstens uppdrag även om man försöker hjälpa till speciellt i en olycka av denna omfattning och där kommunens socialtjänst inte var inkopplad.

Drygt en månad efter händelsen deltog och redogjorde räddningsledaren för räddningsarbetet i en uppföljning med de drabbade, som bussbolaget arrangerade. Han ansåg att gemensam uppföljning med kommunen för att bredda informationen om olyckan behövde förbättras.

Polisen

Polisinsatschefen och en ledningskommissarie, tillika informatör vid en närliggande polisstation, intervjuades. Den senare utgick vid intervjun från polisens egen händelserapport. Larmet om bussolyckan kom till polisen cirka tio minuter senare än till räddningstjänsten, vilket gjorde att reglering av trafiken runt olycksplatsen inte kom igång direkt. Polisinsatschefen fick information om händelsen, men inte dess omfattning, på väg till olycksplatsen. Han kom fram drygt en halvtimme efter olyckan.

Polisens uppdrag var att skapa en säker arbetsplats för de yrkesgrupper som skulle arbeta med att rädda liv, ta hand om skadade och oskadade och bärga olycksbussen. Dessutom skulle alla inblandade i bussolyckan registreras. Insatschefen menade att hans roll var klar i förhållande till andra aktörer på olycksplatsen. "Alla känner till polisens verksamhet". Hans uppgift var att bedöma händelsen, begära tillräckligt med resurser från polisen och leda polisens arbete på olycksplatsen.

De intervjuade angav att polisen initialt hade svårt att klara av sina uppgifter bl.a. på grund av brist på egen personal vid olycksplatsen. Det var rörigt på olycksplatsen med mycket folk och ambulanser och det var svårt att få en uppfattning om vad som hade hänt. Polisinsatschefen sökte omedelbart få kontakt med räddningsledaren, men lyckades inte. Han begärde att få in flera poliser, men det dröjde innan en patrull för vägavspärrning fanns på plats. Det hade behövts mer personal för identifiering av passagerare. Många hann lämna olycksplatsen utan att bli registrerade. Först efter en timme kunde poliser åka till uppsamlingsplatser och sjukhus, för att tala med drabbade och fullfölja registreringen av alla passagerare i bussen. Man sökte information om hur många som blivit fysiskt skadade och om det behövdes psykologiska eller sociala insatser. Man kontaktade också busschauffören för att höra hur han mådde och förhöra honom om olyckan.

För omhändertagandet av de oskadade passagerarna hade skadeplatsledaren, ordnat en buss och polisen hade för eventuella psykiska och sociala stödåtgärder kontakt med säkerhetssamordnaren i kommunen. Det rådde emellertid vissa oklarheter om vart de oskadade skulle föras för eventuell "debriefing".

Enligt polisinsatschefen flöt samarbetet med den aktuella kommunen, räddningstjänsten, ambulansen och sjukhusen i stort sett bra. Han uppskattade särskilt samarbetet med ledningsambulansen. Däremot hade han haft svårt att få kontakt med räddningsledaren, som gick runt på olycksplatsen. Stöd för samarbetet fanns i upparbetade planer, rollfördelningen och den egna träningen och rutinen att leda polisinsatser. Samarbetet påverkades negativt av att det inte fanns tillgång till poliser i början av insatsen.

Man menade att det vore bra att initialt avsätta mer resurser t.ex. i form av extra polispatruller som sedan snabbt kunde utgå när behoven av polisinsatser minskat. En erfarenhet från denna insats, menade de intervjuade, var att kontakten med operatören på polisens ledningscentral hade en avgörande betydelse för möjligheterna att få fram personal i tid för insatsen.

Sjukvården

Larmoperatör, SOS Alarm

Operatören förstod med en gång, när hon fick larmet om bussolyckan, att det kunde röra sig om en allvarlig olycka eftersom den inträffade under rusningstid. Hon kontaktade därför i tidigt skede landstingets jourhavande tjänsteman för att resonera med henne om vilka resurser, som behövde sättas in. För att få underlag till beslut om vilka passagerare som behövde sjukhusvård hade hon fortlöpande kontakt med ledningsambulansen på olycksplatsen.

På eget initiativ kontaktade operatören en närakut i närheten av olycksplatsen i avsikt att låta personer med lätta skador få vård där. Hon informerade personalen att akuten kunde få ta emot ett tiotal lätt skadade passagerare. På olycksplatsen, och utan att först informera operatören, tog skadeplatsledaren från räddningstjänsten beslut om att den buss som använts som uppsamlingsplats för lätt skadade och oskadade skulle skickas till närakuten. Detta ledde till att akuten, utan att förvarnas, fick ta hand om många fler passagerare än

förväntat. Enligt larmoperatören ledde detta till att akuten inte hann kalla in personal, som kunde ge psykologiskt stöd.

Enligt larmoperatören skulle räddningsledaren ha kontaktat den aktuella kommunen för att tillse att passagerarna fick psykologiskt och socialt stöd. Innan räddningstjänsten övergått i kommunal regi var det SOS Alarms uppgift att larma socialtjänsten. Nu låg ansvaret hos räddningstjänsten. Då larmoperatören kontaktade räddningstjänsten för att påminna de ansvariga om detta visade det sig att kommunen inte blivit kontaktad. Enligt operatören ledde detta till att socialjouren inte kom ut till olycksplatsen. I stället fick personal från ambulanssjukvården och räddningstjänst stå för stödinsatserna.

Räddningstjänsten skulle, enligt operatören, också ha kontaktat polisen. Av oklar anledning missades detta vilket ledde till att polisen kom till olycksplatsen i ett sent skede.

Larmoperatören menade att hennes roll vid olyckan var att fungera som "spindeln i nätet" till vilken all information skulle slussas. På grund av att återkopplingen från olycksplatsen till SOS Alarm var otillräcklig och på grund av det togs en del "privata initiativ" försvårades samarbetet mellan olika inblandade organisationer, vilket kom att påverka sjukvårdens insatser. En förenkling av larmvägar skulle öka tillgängligheten av psykologiskt och socialt stöd till drabbade. Hon menade att det hade varit bättre om SOS Alarm haft kvar uppdraget att kontakta krisansvariga i kommunerna vid större olyckor och allvarliga händelser. Då hade SOS Alarm också haft tillgång till aktualiserade larmlistor på krisansvariga i kommunerna.

Ambulanssjukvården

Från ambulanssjukvården har skadeplatsläkare, tillika akutläkare, och ambulanssjuksköterska i ledningsambulansen intervjuats. Akutläkaren kom först av alla till olycksplatsen. Han konstaterade, efter att han inspekterat olycksplatsen, att det var ganska mycket folk, men att stämningen var lugn. Det verkade inte vara särskilt många skadade, enligt uppgift från ambulanssjuksköterskan, som var på plats tio min efter att man fått larmet. Huvuduppgiften var att ta hand om en person som satt fastklämd i bussen, ett arbete som tog lång tid. Vidare skedde prioritering av skadade, som skulle föras i ambulans till sjukhus. Av protokoll från genomgångar efter olyckan

framgår att nio skadade fördes till olika akutsjukhus i Stockholm. Ett av sjukhusen tog hand om sex personer, som alla blev inlagda. För att skadade från olyckan skulle få ett psykologiskt stöd kontaktade sjukhusets akutmottagning den egna PKL-gruppen. Den behövde dock inte göra någon insats.

Lätt skadade och oskadade passagerare hade, på beslut av skadeplatsledaren, placerats i en linjebuss, som användes som tillfällig uppsamlingsplats. Denna buss skickades, efter beslut av en brandmästare, till en närakut innan sjukvårdspersonalen hunnit sortera och prioritera de drabbade i bussen. Detta uppfattades av sköterskan i ledningsambulansen som ett för snabbt beslut, varför han skickade en narkossjuksköterska med ambulans efter bussen för att hjälpa till med bedömningarna på närakuten. Ambulanspersonalen stod för det psykologiska omhändertagande på olycksplatsen i väntan på vidare transport.

Närakuten fick ta emot 38 skadade och oskadade passagerare. Även om det första meddelandet från SOS Alarm var att sex patienter var på väg kunde närakuten snabbt omfördela sin personal för att ta hand om alla drabbade som kom. Arbetet slutfördes efter omkring två timmar. Ett problem för närakuten var att man inte fick någon information om vart man skulle hänvisa de drabbade när de var färdigbehandlade. Senare skulle, enligt uppgifter, personal från bussbolagets företagshälsovård möta de drabbade vid bussbolagets garage.

Under arbetet hade ledningsambulansen svårigheter med radio-kommunikationen till olika aktörer på olycksplatsen mest beroende på att personal i ledande befattningar inte stannade kvar på ledningsplatsen. Enligt ambulanssjuksköterskan var roll och ansvarsfördelningen mellan ledningsambulansen och akutläkaren och räddningsledaren oklar. Trots detta menade man att arbetet hade fungerat bra bl.a. eftersom olyckan inte var så omfattande. Man poängterade betydelsen av kompetensutveckling, tydligt formulerade roller och övningar, som kunde överbrygga samarbetsproblem och skapa förståelse och respekt mellan olika aktörer i räddningsarbetet.

Jourhavande tjänsteman

Jourhavande tjänsteman kontaktades av larmoperatören på SOS Alarm i enlighet med gällande riktlinjer för stora olyckor. Hon uppfattade att larmoperatören hade en bra bild av situationen och de kom överens om att larmoperatören skulle återkomma med ytterligare information särskilt om händelsen kunde påverka rutiner och prioriteringar inom den ordinarie sjukvården.

En timme senare söktes jourhavande tjänsteman via en kollega till henne av polisen, som efterlyste personal för att få krishjälp till drabbade från bussolyckan. Jourhavande tjänsteman fick då via SOS Alarm information om att bussbolaget, som olycksbussen tillhörde, skulle ordna med krishjälp till de drabbade. Denna information ledde till att hon inte lät initiera ytterligare åtgärder för psykologiskt och socialt stöd. Hon menade att det var vanligt med situationsanpassade lösningar för psykologiskt stöd. Lösningarna kunde se olika ut beroende på vilka personer som ledde arbetet på olycksplatsen. Frågan hamnar ofta hos sjukvården även om de drabbade inte är sjuka.

Samarbete med larmoperatören på SOS Alarm tyckte jourhavande tjänsteman hade fungerat bra. Hon ansåg inte att hon behövt ingripa eller göra några omprioriteringar eftersom närakuten kunde ta emot ett antal lättare fall för vård och bussbolaget erbjöd hjälp med psykologiskt stöd till de drabbade.

Bussbolaget

Från det bussbolag som olycksbussen tillhörde intervjuades bolagets säkerhetschef, trafikchefen inom det aktuella området samt en administratör/skadereglerare. Trafikchefen i det område där en olycka med bolagets bussar inträffar är ansvarig för att åtgärder startas i enlighet med bolagets krisplan. Varje trafikområdeschef har ansvar för utbildning kring denna krisplan och för att gemensamma övningar med räddningstjänst och polis genomförs. För psykologiskt omhändertagande av den egna personalen har bussbolaget egna utbildade kamratstödare samt tillgång till företagshälsovård. Enligt planen kan också företaget ge stöd till passagerare.

Bussbolaget fick tidigt information om olyckan via en medarbetare, som var passagerare i olycksbussen. Administratören och

trafikchefen fick meddelandet och var på olycksplatsen cirka 15 minuter efter olyckan. De konstaterade att det skulle behövas någon form av "debriefing" eller annat psykologiskt stöd till de drabbade varför de kontaktade sin företagshälsovård. De förberedde en uppsamlingsplats för drabbade vid bussbolagets garage i kommunen och man kallade in den egna företagshälsovården för att där erbjuda psykologiskt stöd till passagerarna. Denna åtgärd startades eftersom man fått information om att närakuten inte kunde erbjuda något krisomhändertagande. Bussbolaget ordnade också med busstransport av drabbade från närakuten till uppsamlingsplatsen vid bolagets garage.

Trafikchefen och administratören var under resten av förmiddagen tillgängliga på uppsamlingsplatsen vid bussgaraget där de tog in personuppgifter, lämnade information och samtalade med anhöriga. De hade också kontakt med grannkommunen, som höll på att inrätta ett kriscenter. För bussbolaget var insatsen avslutad vid lunchtid varefter de drabbade fördes med buss till grannkommunens kriscenter.

Bussbolagets representanter uppfattade att arbetet hade gått bra. Man följde sin egen krisplan, som fungerade väl, med undantag för att det i planen saknades telefonnummer till ansvariga personer i de kommuner bolaget trafikerar. Samarbetet med polisen och försäkringsbolag fungerade väl. Inom bolaget hade man haft en genomgång efter avslutat arbete och man visste att bussföraren hade fått stöd av företagshälsovården och kamratstödare.

Dagarna efter olyckan ringde representanter för bussbolaget upp de registrerade passagerarna för att höra efter om de hade ersättningsanspråk och för att låta drabbade "prata av sig". Senare skickade bolaget också blommor till passagerarna. Representanter för bolaget deltog även i uppföljningsmöten för passagerare, som ordnades av grannkommunen och räddningstjänsten, dit omkring 70% av de inbjudna kom. De intervjuade uppfattade detta som en bra avslutning på händelsen.

Sammanfattning av den akuta insatsen vid bussolyckan

Olyckan inträffade under rusningstid på morgonen. SOS Alarm som först fick information om att olyckan inträffat larmade räddningstjänst och skickade ambulanser till olycksplatsen. Räddningstjänsten i två kommuner, den studerade och den intilliggande varifrån olycksbussen kom, larmades samtidigt. Räddningstjänsten var först på plats följt av en akutläkare och ambulans. På grund av oklarhet i larmvägar fick polisen larmet först tio minuter senare, vilket försvårade räddningsarbetet eftersom säkring av olycksplatsen och registrering kom igång sent. Enligt uppgift låg ansvaret för larm till såväl polis som kommun på räddningstjänsten, vilka av olika skäl inte kontaktades tillräckligt snabbt. Säkerhetssamordnaren på kommunen kontaktades inte förrän närmare två timmar efter olyckan av polisens ledningscentral. Då hade samtliga skadade passagerare redan kommit under vård på sjukhus eller på en närakut inom kommunen. En konsekvens av fördröjningen var att socialjouren inte kom ut till olycksplatsen varför det inte gjordes någon samordnad bedömning av passagerarnas akuta psykologiska och sociala behov.

Larmoperatören på SOS Alarm har som uppgift att fungera som "spindeln i nätet" till vilken all information skall slussas. Enligt larmoperatören försvårdades sjukvårdens insats framförallt vad gällde det psykologiska stödet till de lätt skadade och oskadade passagerarna av att räddningsledaren gav en bristfällig återkoppling till SOS Alarm om händelseförloppet på olycksplatsen och att han inte förankrade sina beslut. Att socialtjänst eller berörd kommun inte kontaktades berodde enligt larmoperatören på att ansvarsfördelningen mellan SOS Alarm och räddningstjänsten genom nya avtal blivit otydlig.

Räddnings- och sjukvårdsinsatsen vad gällde medicinska åtgärder på olycksplatsen fungerade enligt samtliga berörda organisationer bra, även om arbetet för att få ut en fastklämd passagerare drog ut på tiden, då man först var nödgad att säkra bussen från att kanna nedför en slänt. Ambulanstransporter till några Stockholmsjukhus fungerade också väl. Däremot uppstod problem i den SL-buss, som användes som tillfällig uppsamlingsplats för lätt skadade och oskadade. Prioritering av skadade stördes av att

polisens registrering kom i gång sent. Innan prioriteringen var gjord skickades bussen efter beslut av skadeplatsledaren iväg till närakuten, där man var förberedd på att ta emot skadade passagerare men inte på att det skulle komma 40 personer. Bussbolaget fick snabbt information om olyckan via en medarbetare, som befann sig i olycksbussen och förberedde i tidigt skede en egen uppsamlingsplats för passagerarna.

Oklarhet rådde om vem som hade ansvar för att ge passagerarna ett omedelbart psykologiskt och socialt stöd. Säkerhetssamordnaren i kommunen bedömde att de flesta passagerarna kom från grannkommunen, varför han kontaktade ansvarig person där, som såg till att under eftermiddagen ordna en samlingslokal för att ge stöd till passagerarna. Information om detta nådde varken personalen på närakuten eller det berörda bussbolaget. Passagerarna skickades därför från närakuten till bussbolagets uppsamlingsplats, som bemannades av personal från den egna företagshälsovården. Vid lunchtid skickades passagerarna vidare till grannkommunen.

Ett problem var att flera passagerare hann lämna olycksplatsen innan polis, räddningstjänst eller sjukvård hann undersöka dem. Några åkte med förbipasserande bilister till närakuten eller hem. En person som kom till närakuten skickades därifrån i ambulans p.g.a. befarad hjärnskada.

Det rådde olika uppfattning om hur samverkan mellan olika aktörer fungerat på olycksplatsen. Från räddningstjänsten sida ansåg man att samarbetet fungerat väl förutom med ledningsambulansen. Polisen tyckte att samarbetet fungerat bra med samtliga aktörer men det hade varit svårt att få kontakt med räddningsledaren, som inte befann sig på en ledningsplats. Ledningsambulansens personal menade att det fanns samverkanssvårigheter med såväl skadeplatsläkare som räddningsledare p.g.a. oklar roll- och ansvarsfördelning. Trots ovan nämnda samverkanssvårigheter bedömde samtliga involverade aktörer att passagerarna fått bra vård och att bussbolaget såväl omedelbart som dagarna efter olyckan gjort en bra insats.

Av de intervjuade var det endast kommunens säkerhetssamordnare som i sitt arbete utgick från kommunens övergripande plan för allvarliga händelser. Övriga intervjuade hänvisade till sina egna verksamheters krisplaner och vanliga arbetssätt. Polisen hänvisade till sin insatsplan, bussbolaget till sin plan för katastrofhantering och inom sjukvården nämndes landstingets regionala katastrof-

medicinska plan. Man menade att de flesta kände till och arbetade efter sina respektive krisplaner. Samtidigt ansåg flera av de intervjuade att man inte helt kunde förlita sig på en plan utan att man måste utgå från typ av händelse och dess omfattning. Inom alla berörda verksamheter med undantag för primärvården genomfördes interna övningar kring allvarliga händelser och även viss samövning rapporterades, främst med räddningstjänsten.

Flodvågskatastrofen

Följande redovisning avser hur olika aktörer blev involverade och arbetade under flodvågskatastrofen. Presentationen bygger på intervjuer med representanter för olika verksamheter: krisledningsgruppen inklusive de tre direktörerna, som representerade beställarna samt verksamhetschefer och anställda inom skolan, socialtjänsten, sjukvården och kyrkan.

Krisledningsgrupp och direktörer

Insatser

Kommunens säkerhetssamordnare blev dagen efter flodvågskatastrofen uppringd av personer på den psykiatriska mottagningen i kommunen, socialjouren och enskilda invånare, som undrade vilka åtgärder kommunen planerade att vidta med anledning av katastrofen. Informationen om vad som hänt var knapphändig, men genom telefonsamtalen blev samordnaren uppmärksam på att katastrofen fått konsekvenser för kommunens invånare och att kommunen därför kunde behöva gå upp i ett förhöjt beredskapsläge.

Dagen därpå stod det klart att det rörde sig om en omfattande katastrof. I enlighet med krisplanen började därför en krisledningsgrupp, som inledningsvis utgjordes av säkerhetssamordnaren och informationsansvarige, planera för kommunens stödinsatser. Fokus för deras arbete var att samla information om katastrofen och via kommunens webbsida sprida den vidare. Man tog också kontakt med skolor och församlingar i kommunen för att planera mottagandet av hemvändande från katastrofen. Samma eftermiddag hade man ett första möte i en utökad krisledningsgrupp med representanter för

kommunledningskontoret och verksamhetschefer, som var i tjänst mellan jul och nyår. Räddningschefen kallades inte till ledningsgruppen och kom heller inte att delta i det fortsatta arbetet, eftersom man bedömde att de åtgärder som skulle bli aktuella var av psykosocial karaktär. Kommunens krisorganisation verkade fram till den 21 januari 2005, då man ansåg att insatser för drabbade kunde skötas via de normala kontaktvägarna inom kommunen. Ledningsgruppen hade dock också efter nämnda datum flera sammanträden främst för att stämma av insatta åtgärder. Ledningsgruppen knöt till sig representanter från olika verksamhetsområden. Förutom direktörer från kommunledningskontoret och verksamhetschefer från socialtjänst och skola deltog vid olika möten även representanter för socialjouren, närsjukvården, skolhälsovården, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt kyrkan.

Enligt minnesanteckningarna från krisledningsgruppens möten och säkerhetssamordnarens daganteckningar samlades information om katastrofen, drabbade kommuninvånare och de aktiviteter till stöd för drabbade, som startades av socialtjänsten och skolorna, sjukvården, Svenska kyrkan och andra frivilligorganisationer. Via kommunens webbplats gick man i tidigt skede ut med telefonlistor till skolor, socialtjänst, församlingar m.m., som kunde förmedla ytterligare information och ge stöd. Webbplatsen uppdaterades kontinuerligt. Kommunen satsade också på att förse media med information, bl.a. genom att delta i olika radio- och TV-program, som speglade kommunens arbete med de drabbade.

De psykosociala åtgärder, som krisledningsgruppen i sina olika konstellationer beslutade om, gällde förstärkning av socialjouren, delegation till skolans rektorer att förbereda mottagandet och stödet till elever samt tillskapande av mötesplatser för drabbade via kyrkan. Friskolor inom kommunen kontaktades eftersom de saknade kontaktpersoner från kyrkan och samtliga skolor erbjöds förstärkning i form av kuratorer. I ett senare skede understödde ledningsgruppen stöd för drabbade i form av gruppverksamhet, som organiserades av Röda Korset och andra frivilligorganisationer. Ur ledningsgruppens perspektiv var det betydelsefullt att landstinget inrättade ett av sina speciella vårdcentrum för drabbade från tsunamikatastrofen i kommunen samtidigt som såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatri gav de drabbade företräde till vård. Beslut togs också om

att egen personal inom kommunen skulle få stöd via företagshälsovården.

Erfarenheter

Inom ledningsgruppen tyckte man sig ha följt kommunens övergripande krisplan. Direktörerna, beställansvariga inom skola, socialtjänst och personalfrågor, menade att respektive verksamhet hade, vilket de tyckte var riktigt, följt sina egna krisplaner. De intervjuade i ledningsgruppen ansåg alla att samarbetet inom gruppen respektive med berörda verksamheter fungerat bra. Inledningsvis hade man många olika kontakter, men arbetet underlättades av att man snabbt hittade en arbetsform, som delvis byggde på kommunens krisplan. Man var nöjd med att socialtjänsten tog egna och snabba initiativ. Representanterna för kyrkan och vuxen-, barn- och ungdomspsykiatrin (när man väl hittat rätt personer inom psykiatrin) gjorde ett bra arbete. Psykiatrin kom med i krisarbetet med stöd av tidigare gjorda överenskommelser. Ledningsgruppens medlemmar uppfattade att de som uttalat sig i media gett positiva och sakliga beskrivningar av kommunens insatser. Någon krisledningsnämnd med ansvariga politiker bildades inte. Däremot såg man till att ordförande i kommunstyrelsen kontinuerligt informerades om insatserna i kommunen.

Eftersom arbetet kring katastrofen pågick under lång tid och med lågt tempo kunde olika befattningshavare sköta arbetet inom ramen för sina ordinarie arbetstider. Flera påpekade dock att om katastrofen haft ett annat förlopp, som krävt snabba åtgärder, så hade man inte klarat det utan att det ordinarie arbetet blivit lidande. Ledningsgruppen menade att erfarenheterna från tsunamikatastrofen talade för att den aktuella krisplanen kunde utnyttjas vid både stora och mindre händelser inom kommunen. Planens viktigaste funktion var att ge anvisningar om hur olika åtgärder skulle startas. Det var därför extra viktigt med uppdaterade checklistor. Det var ledningsgruppens ansvar att aktivera krisplanen men därefter måste varje enhet inom kommunen ansvara för sina egna insatser. Åtgärder vid en allvarlig händelse "*skall bara behöva puffas igång. Ledningen petar inte i detaljer*" framfördes av ledningsgruppen, som också menade att det fanns god kompetens inom kommunen och att det var viktigt att utnyttja denna kompetens vid allvarliga händelser. Stöd till den egna

personalen, som möter drabbade skulle enligt ledningsgruppen ske genom dels egna resurser som kuratorer men framförallt genom den företagshälsovård, som kommunen hade kontrakt med.

Lärdomar av katastrofen var att det vid händelser, som drog ut på tiden, behövdes ersättare i ledningsgruppen. Telefonmottagningen behövde mera resurser, tekniken för att föra ut information behövde förbättras och namnlistor över kontaktpersoner ständigt uppdateras. Det fanns också behov av olika typer av övningar för att säkerställa krisplanen. Socialdirektören såg behov av ett utökat samarbete mellan socialtjänsten och skolan för att undvika att många aktörer med olika inriktningar drog åt olika håll i utbudet av stöd. Utbildningsansvarig direktör menade att det var viktigt att kommunikationskanalerna var väl uppbyggda inför en kommande allvarlig händelse. Ledningen ansåg också att privata skolor och förskolor skulle omfattas av kommunens plan för allvarliga händelser.

Avslutningsvis menade ledningsgruppen att man skulle agera på ett likartat sätt om en liknande händelse på nytt skulle drabba kommunen. Detta motiverades med att man arbetade i en trygg organisation med tydliga roller, gott samarbete inom kommunledningskontoret, hög grad av delegering och en tydlig krisplan.

Socialtjänsten

Insatser

Socialtjänsten ingick från den andra dagen efter katastrofen i den utvidgade krisledningsgruppen med representation från myndighetssidan och verksamhetschef/socialchef från utförarsidan. Inledningsvis, då informationen om de drabbade i Sydostasien var knapphändig, rådde osäkerhet om vilka insatser, som behövde sättas in. När bilden klarnat förstärktes socialjouren med extra personal och man informerade kommuninnevånarna om längre öppettider inom socialtjänsten. Personal inom skolhälsovården inklusive kuratorer och psykologer, som var underställda socialchefen, kallades in och omfördelades till skolor som hade flera elever som vistats i eller omkommit i katastrofområdet. Socialtjänstens egen krisledningsgrupp sammankallades och tog beslut om att alla drabbade i kommunen skulle kontaktas per telefon för att undersöka eventuella

behov. Detta arbete genomfördes av fem handläggare och avslutades i mitten av mars 2005. Då hade 123 personer kontaktats. Nio månader senare ringde man åter upp de som tidigare kontaktats för att ta reda på eventuellt kvarstående behov av stöd. Dokumentationen kring dessa telefonkontakter har inte kunnat utnyttjas i denna studie av sekretesskäl. Socialtjänsten omdisponerade också sin personal för att ta hand om utredningar kring de barn som kom hem utan föräldrar.

För att möta de drabbades behov samarbetade socialtjänsten med skolan, vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, Röda Korset, Bris, Svenska kyrkan, Försäkringskassan, överförmyndare, advokater och privatpersoner. Man tyckte att samverkan i stort sätt fungerat smidigt. Många var engagerade och ville ställa upp för de drabbade. Flera av de intervjuade menade att samarbetet hade underlättats av att de som tjänstemän var väl kända inom organisationen samt att kommunen var "tillräckligt liten". Socialchefen såg inte några begränsningar i arbetet p.g.a. brist på resurser eller prestige.

Inledningsvis kallade man in personal i enlighet med kommunens krisplan. Senare följde arbetet i stort de vanliga rutinerna inom socialtjänsten. Man hade flera interna kontakter inom organisationen i arbetet med de katastrofdrabbade, jämfört med ordinarie ärenden. Detta upplevdes som ett stöd för handläggarna och underlättade arbetet. En del ärenden blev också långvariga.

Anställda som hade träffat drabbade erbjöds stöd av sina ordinarie handledare inom verksamheten. Därutöver fanns det bland handläggarna ett starkt behov av att få diskutera ärenden med sina kollegor. Socialtjänsten hade också avtal med en företagshälsovård och dit kunde de anställda vända sig för att få enskilt stöd vid behov.

Erfarenheter

Kommunens krisplan, som de intervjuade uppfattade var anpassad till stora händelser med många drabbade, var väsentlig i inledningskedet för att snabbt komma i gång med arbetet. Krisplanen gav visst stöd i starten, men några tyckte att det var svårt att bedöma planens mer generella värde med tanke på att varje katastrof är unik. Vid mer begränsade händelser var socialtjänstens egen krisplan mer användbar. Gränsdragningen mellan olika typer av händelser kunde emellertid vara svår. Socialchefen ansåg att ansvaret i lokalsamhället

borde läggas så långt ner som möjligt eftersom långt gående delegation gav träning i att fatta beslut. *"Bättre ett felaktigt beslut än inget beslut alls"*.

Vikten av att planen kontinuerligt uppdateras betonades och någon menade att man vid kommande revidering borde se till att det fanns ersättare till socialtjänstens representanter i krisledningsgruppen. Beredskapen behövde övas och planen testas utifrån olika kris- och katastrofscenarier.

Fördelningen av ansvaret för socialtjänstens arbete mellan myndighetssidan och produktionen inom kommunen var inte helt självklar menade man. Det fungerade emellertid bra under tsunamikatastrofen, mycket tack vare god personkännedom. Arbetet underlättades också av att man vid tsunamikatastrofen hade tid att förbereda åtgärder eftersom drabbade återvände till Sverige först efter några dagar.

Att kommunen i den akuta situationen visade att man brydde sig och engagerade sig för hjälpa de drabbade var betydelsefullt. Det sågs också som rätt att aktivt söka upp de drabbade per telefon. Genom att många olika aktörer med olika kompetens kopplades in ökade kvaliteten i arbetet med de drabbade. Samverkan mellan socialtjänst och skola ansågs särskilt viktig för barn som återvände till Sverige utan föräldrar. I arbetet med enskilda ärenden var det väsentligt att upprätthålla en hög sekretess, inte minst p.g.a. att media hade stort intresse av att nå enskilda drabbade.

Inom socialtjänsten uppfattade man att det i huvudsak fanns rätt kompetens för att möta de drabbade från tsunamikatastrofen, även om det alltid är önskvärt att höja kunskapsnivån. Det framfördes önskemål om ökad kompetens särskilt hur man samtalar med barn. Den första tiden efter katastrofen uppdaterade man kunskaperna genom att köpa in konsulter och genom att en del anställda fick viss utbildning via Ersta diakonisällskap.Handledning till dem som möter drabbade sågs som självklart och borde vara obligatoriskt.

Skolan

Insatser

Tsunamikatastrofen inträffade då skolorna var stängda för jullov. De intervjuade rektorerna fick information om katastrofen via media respektive egna anhöriga. Dagen efter katastrofen, försökte en av rektorerna få kontakt med ansvariga personer i kommunens katastrofledning, men i telefonväxeln kunde hon inte få hjälp med detta. Rektorn kontaktade då verksamhetschefen för skolan, som efter denna kontakt beslutade att rektorerna i samtliga kommunens skolor skulle avbryta sina ledigheter. Vidare skulle telefoner bemannas i skolor, förskolor och fritidsgårdar. Information om vart föräldrar och elever kunde ringa lades ut på kommunens och skolornas hemsidor.

I mellandagarna började man undersöka vilka skolor och klasser, som hade elever och/eller lärare, som vistats i katastrofområdet. Man ringde upp lärare, som visade sig ha god kännedom om var deras elever befann sig under helgen. Listor upprättades. Genom denna kartläggning fick man i kommunen en ganska klar bild över vilka skolor, som var speciellt drabbade. Detta gjorde att rektorerna i tidigt skede, utan att invänta polisens listor på döda och saknade, kunde förbereda skolstarten, såväl mottagandet av eleverna i klasserna som utformningen av särskilda stödinsatser till drabbade elever. Varje rektor ansvarade för sin skolas planeringen, det fanns sålunda inga övergripande rekommendationer.

Rektorerna koordinerade verksamheterna vid sina respektive skolor. De träffade själva drabbade elever och deras föräldrar och stod åtminstone inledningsvis för informationen till elever, föräldrar och den egna personalen. Särskilt kontakten med media upplevde de som svår. På en av skolorna hade rektorn till sin hjälp en ledningsgrupp som, i enlighet med skolans egen krisplan, bestod av rektorn, biträdande rektorer och IT-chef utökad med psykolog och skolsköterska. På den andra kommunala skolan arbetade man på ett likartat sätt utan att referera till en krisplan. Friskolans ledningsstruktur såg annorlunda ut. Rektorn använde sig mer av personer inom skolföretaget. Företaget skickade också en debriefingledare till skolan för att förstärka verksamheten. För att få information om vad

som hände i andra skolor använde sig rektorn av ett nätverk för rektorer i kommunen.

Skolläkaren, som kallats in via sin verksamhetschef, samlade all skolhälsovårdspersonal i kommunen för att planera stödet till elever i särskilt drabbade klasser. Den egna personalen omfördelades så att de mest drabbade skolorna fick extra resurser. Denna planering gällde alla kommunala skolor och de friskolor, som anlidade kommunens skolhälsovård. Drabbade skolklasser förstärktes förutom av fler lärare också av psykolog, kurator, skolsköterska och diakon eller präst från Svenska kyrkan. Skolsköterskan avsatte tid för samtal med drabbade elever. Senare startade man också samtalsgrupper för vissa elever.

Vissa lärare fick veckan före skolstart utbildning av personal på Rädda Barnen och den personal som arbetade i de utsatta klasserna fick handledning av psykolog. Rektorerna uppmanade medarbetare att vid behov söka stöd inom företagshälsovården. Skolhälsovårdens personal fick stöd inom ramen för sin reguljära handledning.

En av de kommunala skolorna samverkade i hög grad med kommunens krisledningsgrupp, socialtjänsten, landstinget särskilt med barn- och ungdomspsykiatri, Ersta diakonisällskap, Rädda Barnen, Svenska kyrkan och andra skolor i kommunen. Den andra kommunala skolan hade kontakt med Svenska kyrkan, andra rektorer och skolans verksamhetschef medan friskolan mest använde sig av skolföretagets resurser. Den skolans rektor såg inget behov av stöd från kommunen. De kommunala skolornas verksamhetschef hade en rådgivande funktion och förmedlade information. Kommunens skoldirektör arrangerade rektorsmöten och såg till att rektorerna fick träning i att möta media.

Krisarbetet i skolorna hade, enligt rektorerna, inte utvärderats. En rektor hade fått information om att det i hennes rektorsområde inte fanns behov av ytterligare insatser för eleverna redan någon månad efter katastrofen. En annan rektor menade att det var angeläget att få balans i vilka insatser som gjordes efter tsunamikatastrofen så att skolan kunde återgå till ett normaltillstånd. Det fanns många andra händelser som drabbade enskilda elever, som krävde riktat stöd från skolan. I den senare skolan hade man upplöst sin krisgrupp efter tre månader varefter den reguljära elevvården fick ge stöd till drabbade. Inom friskolan hade rektorn kontinuerligt avstämning med företaget men inte med kommunen. På frågan om hur barnen mårde vid

intervjutillfället hänvisade rektorerna till skolhälsovården. Skolläkaren hade skickat ut en uppföljningsblankett till alla skolor för att få en bild av hur de drabbade barnen och ungdomarna mådde. Enligt skoldirektören hade man vid rektorsmöten diskuterat erfarenheterna efter katastrofen och hur samarbetet med media fungerat.

Erfarenheter

Ansvarig ledning för kommunens skolor, skoldirektör och verksamhetschef för skolan, uppfattade att samarbetet såväl inom krisledningen som med rektorerna fungerat bra. Alla berörda hade tagit arbetsuppgifterna på stort allvar. Beslutet att snabbt mobilisera mycket resurser till stöd för de drabbade hade fallit väl ut. Media- och informationsfrågor liksom frågor om sekretess hade tagit stort utrymme under katastrofen och behövde diskuteras vidare. Ett centralt problem aktualiserades under arbetet med tsunami-katastrofen, nämligen att friskolorna inte fanns med i kommunens planering för allvarliga händelser. I den aktuella kommunen var drygt 50 procent av förskolorna, 20 procent av grundskolorna och 40 procent av gymnasieskolorna privata. Den studerade privata skolan hade en egen krisplan men det var inte självklart att andra skolor hade det. Att ha en krisplan fanns inte heller med som krav för att få auktorisation hos Skolverket. Skoldirektören ansåg att reglerna för de privata skolorna och förskolorna behövde förändras så att de omfattades av den kommunala krisplanen.

Den aktuella kommunen hade en utbyggd decentraliserad organisation och det förväntades av rektorerna att de inom sina rektorsområden skulle klara även svåra händelser. Rektorerna menade att de hade mandat att självständigt agera, vilket bl.a. tog sig uttryck i att de på egen hand tog beslut om att ta in extra hjälp och stöd, något som i efterhand ekonomiskt reglerats av kommunen.

På frågan om vilken krisplan man använt sig av visade det sig att man agerat på olika sätt på de tre skolorna. I en av de kommunala skolorna hade man följt sin lokala krisplan men hade p.g.a. erfarenheterna från katastrofen gjort förändringar i den. Exempelvis hade man tagit fram nya instruktioner för samtal med elever i samband med olyckor. Litteraturförslag om reaktioner i samband med allvarliga händelser hade aktualiserats. Kontaktlistor inom kommunen och förteckningar över organisationer, som kunde bidra

med stöd, hade uppdaterats. Man ämnade ta fram metoder för att säkerställa kunskap om var eleverna befinner sig under ledigheter. En rektor menade att krisplanen med checklistor underlättade arbetet inte minst vid dödsfall och minskade risken för att viktiga åtgärder skulle glömmas bort. På den privata friskolan hade man till stora delar följt skolföretagets krisplan. Det framgick inte ur intervjun med rektorn på den återstående kommunala skolan om man där hade någon krisplan. Skolan hade under alla omständigheter inte använt sig av någon krisplan under tsunamikatastrofen. Rektorns synsätt var att man måste lösa varje situation utifrån de behov som den aktuella situationen väcker. Rektorerna såg skolorna som självständiga organisationer med egna krisplaner och eget ansvar för att ge stöd till elever och lärare vid en allvarlig händelse. Ett tydligt ledarskap med en person som vågade agera och fatta beslut behövdes inom skolan, menade rektorerna.

Skolläkaren menade att skolhälsovården fungerat väl, men hon saknade samordning med sjukvården inom landstinget. Stödet kunde effektiviseras genom en samplanering av insatserna mellan skolhälsovården, sjukvården och barn- och ungdomspsykiatrin. Det var enligt skolläkaren också en brist att inte skolhälsovården ingick i kommunens krisledning och informationsnät vid katastrofer eftersom skolan vid en katastrof utgör en given samlingsplats för både elever och föräldrar i kommunen.

Representanterna från skolan ansåg att skolan hade goda förutsättningar att vara en viktig arena för krisstöd i katastrofsituationer. Skolor skulle kunna användas som samlingsplatser eftersom de hade tillgång till stora lokaler. Flera påpekade att skolan intar en central roll inom det offentliga samhället och har av naturliga skäl ett uttalat barnperspektiv, vilket saknas i kommunens övergripande plan vid allvarliga händelser. Skolan besitter också god förmåga att klara allvarliga händelser, vilket rektorerna menade tydligt framkom under tsunamikatastrofen. Samtidigt poängterade man att behandling inte ingick i skolans uppgifter. Därför hade man behov av att samarbeta med andra aktörer och då främst med BUP och socialförvaltningen i kommunen.

För stöd till den egna personalen nyttjades skolans kuratorer och psykologer, som via skolläkaren hade omdisponerats för att ge stöd till de mest drabbade skolorna. Dessutom kunde de kommunala och

fristående skolorna använda sig av den företagshälsovård, som de hade avtal med.

Landstingets sjukvård

Insatser

Sjukvård, representerad av primärvård, vuxen- och barn- och ungdomspsykiatri, organiserades speciellt för att kunna möta olika former av vårdbehov från drabbade efter katastrofen. I landstingets sjukvårdsledning beslutades i mellandagarna att extra sjukvårdsinsatser skulle erbjudas de tsunamidrabbade. Primärvårdscentraler och psykiatriska öppenvårdsmottagningar uppmanades prioritera personer som drabbats av katastrofen. Vård, såväl somatisk som psykologisk/psykiatrisk blev under en tremånadersperiod kostnadsfri. Sju specialmottagningar s.k. vårdcentrum, utspridda över länet, inrättades. De bemannades med personal från primärvården med förstärkning från vuxen- och barn- och ungdomspsykiatri för att också kunna möta drabbades psykologiska behov. Ett vårdcentrum förlades till den undersökta kommunen för att erbjuda vård till invånarna i denna och kringliggande kommuner. Detta vårdcentrum startades till nyårshelgen och bemannades från verksamheter inom landstinget men belägna i närliggande kommuner. Man hade inledningsvis öppet dygnet runt. Behovet av ett vårdcentrum klingade snabbt av men verksamheten fortsatte ändå till den 15 mars 2005. Privata vårdgivare erbjöd sig att medverka men deras tjänster togs inte i anspråk.

Enligt intervjuade vårdcentralchefer var det mycket lätt att få personal, både från primärvården och psykiatri, att ställa upp för att bemanna ett vårdcentrum. Speciella lokaler avsattes på en vårdcentral så att de drabbade inte skulle behöva vänta tillsammans med andra patienter på vårdcentralen. Katastrofdrabbade med kroppsliga skador gjorde flera besök på mottagningen. Många kom för samtal kring sina upplevelser. Personal från psykiatri användes ofta för stödsamtal. Efter något eller några besök på vårdcentrumet slussades patienterna successivt över till den reguljära vården. Engagemanget hos de olika personalgrupperna på vårdcentrumet var stort och samarbetet fungerade väl enligt de intervjuade.

Personal från primärvård och psykiatri erbjöds en halv dags utbildning i landstingets regi om psykiska reaktioner hos katastrof-drabbade personer samt olika former av stödinsatser i tidigt skede efter en katastrof. Inom psykiatrin erbjöds personal gruppledd utbildning för att kunna starta stödgrupper med drabbade. Huruvida sådana stödgrupper i landstingets regi kom i gång framgick inte från intervjuerna. Däremot förmedlade man kontakter till frivilligorganisationernas gruppverksamheter.

De som träffat drabbade hade haft ett aktivt samarbete med olika vårdgivare och med flera olika frivilligorganisationer, som ordnade samtalsgrupper för drabbade. Man hade också haft viss kontakt med socialtjänsten och vissa skolor i kommunen i enskilda ärenden. Genomgående ansåg man att det hade varit lätt att samarbeta också med organisationer, som man vanligen inte hade så mycket kontakt med. På chefsnivå deltog representanter för vuxenpsykiatrin respektive barn- och ungdomspsykiatrin i några av kommunens krisledningsmöten.

Enligt samtliga intervjuade från sjukvården hade ingen använt sig av någon krisplan. De utgick i huvudsak från normala rutiner inom sjukvården. Man fick heller inga andra övergripande instruktioner än inrättandet av ett vårdcentrum för drabbade.

Den personal, som arbetade på vårdcentret, erbjöds efter varje arbetspass ett samtal om dagens arbete med någon från vuxenpsykiatrin, som en personlig avlastning. Erbjudandet utnyttjades inte så mycket men uppskattades av dem som deltagit. Inom vuxenpsykiatrin gavs motsvarande stöd av en chef. Dessutom erhöll några i personalen egen handledning rutinmässigt och där kunde frågor kring arbetet med de drabbade tas upp.

Sjukvårdens erfarenheter av arbetet med drabbade efter tsunamikatastrofen har inte följts upp i den aktuella kommunen. Däremot finns det regionala rapporter (Stockholms läns landsting, 2005; Rosendahl, 2005).

Erfarenheter

Cheferna inom sjukvården hade inte använt sig av varken övergripande eller lokala kris- och katastrofplaner för att organisera stödinsatserna. Några menade att det var svårt att ta fram planer, som kunde passa för olika typer av händelser. Istället betonade de

betydelsen av kontakter med nyckelpersoner och goda personliga nätverk som en förutsättning för att på kort tid kunna bygga upp en verksamhet som t.ex. ett vårdcentrum. Chefen för barn- och ungdomspsykiatri efterlyste emellertid klara riktlinjer för hur BUP:s resurser skulle utnyttjas vid kriser och katastrofer, såväl i större sammanhang inom landstinget som på kommunal nivå.

De intervjuade cheferna var imponerade över hur fort det gick att organisera och rekrytera personal till ett vårdcentrum. Uppdraget gick också smidigt in i den ordinarie verksamheten. Ett professionellt sätt att arbeta utvecklades snabbt i samverkan mellan de olika vårdenheter, som bemannade vårdcentret. Man uppfattade också att det var riktigt att under en period prioritera gruppen drabbade genom hög tillgänglighet till vård. Frivilligorganisationerna hade haft en viktig funktion framförallt när det gällde gruppstöd till drabbade men man poängterade att det var sjukvården, som hade huvudansvaret för att ta hand om de drabbades ohälsa.

Intervjuad sjukvårdspersonal, som träffat drabbade, ansåg att man inom sjukvården klarat av den mentala press, som det innebar att möta och få ta del av vad de drabbade varit med om. Man hade funnits till hands för att ge stöd och för att normalisera de drabbades reaktioner. De kunskaper, som man menade finns inom sjukvården, om hur människor reagerar på extraordinära händelser, borde spridas till andra organisationer exempelvis skolan för att öka förståelsen för de drabbade. Man var emellertid förvånad över att behovet av psykologisk och social hjälp trots allt varit relativt begränsad hos de drabbade. Fördelarna med att på en plats samtidigt erbjuda katastrofdrabbade personer somatisk och psykologisk hjälp syntes tydligt på vårdcentret.

De intervjuade inom psykiatri som mött drabbade poängterade att det var viktigt att inte psykiatisera de drabbades reaktioner utan i stället möta dem kring deras traumaupplevelser och sorgreaktioner. Många samtal hade varit svåra, särskilt då barn varit inblandade. Kring detta behövde personal, som träffat drabbade, själva få stöd och utbildning menade de intervjuade.

Inom barn- och ungdomspsykiatri menade man att den organisation, som skapades till stöd för de drabbade, drogs tillbaks lite för fort med tanke på de drabbades kvarstående psykologiska behov. Den långsiktiga uthålligheten i stödet behövde uppmärksammas mer. Det sågs som viktigt att användandet av de

professionella insatserna styrs, så att de verkligen når fram till de drabbade utan att man överutnyttjar sin personal.

Företrädaren för den privata sjukvården menade att privata vårdresurser och kompetens i första linjens sjukvård inte hade utnyttjats.

Kyrkan

Insatser

Kyrkan blev, enligt intervjuade präster och diakoner, tidigt involverad i planeringen för att möta de drabbade och kom att medverka i många aktiviteter för att ge psykosocialt stöd. Två dagar efter katastrofen kom via kommunens krisledningsgrupp en förfrågan till alla församlingar i kommunen om att öppna kyrkorna för drabbade. Initialt hölls kyrkorna öppna varje dag med hjälp av egen personal. Öppettiderna glesades därefter ut under en tremånaders period.

Kyrkans egen krisgrupp startade en kriscentral för att ordna möteskvällar för drabbade, minnesgudstjänster, förmedling av kontakter, påbörja samtalsgrupper för drabbade samt ordna utbildning av samtalsledare. Man öppnade en telefonmottagning för rådgivning, dit drabbade kunde vända sig med olika tsunami-relaterade problem. I många fall försökte man motivera drabbade att söka olika former av professionell hjälp och stöd. I en församling sökte man aktivt kontakt med anhöriga till alla saknade. Man besökte drabbade i hemmet. Kyrkan hade också tät kontakt med skolorna i kommunen för att ge stöd till barn, ungdomar och lärare. Präster och diakoner fanns i skolorna när dessa startade efter juluppehållet. Det fanns en prästjour för skolorna och barnomsorgen. Man medverkade i samtalsgrupper för ungdomar.

Stöd till drabbade gavs i första hand av präster och diakoner men också av frivilliga, som man utbildade. Kyrkan samarbetade, förutom internt mellan församlingarna i kommunen via olika nätverksgrupper och möten med kommunens krisledningsgrupp, skolorna inklusive förskolan, skolhälsovården och socialtjänsten. Därutöver samarbetade man med BUP och vuxenpsykiatri, frivilligorganisationer som Röda Korset och Rädde Barnen samt om än i

begränsad omfattning med andra trossamfund, Folkets Hus-rörelsen och enskilda frivilliga.

Enligt representanterna för kyrkan har kyrkans roll i många vardagliga sammanhang marginaliserats i samhället och många medborgare är inte intresserade av kontakt med kyrkan. I samband med en händelse som tsunamikatastrofen, menade man, att förhållandena var annorlunda. Det fanns stora förväntningar på insatser från Kyrkan. Man efterfrågade ritualer och existentiella frågor blev viktiga.

Många frivilliga hörde av sig till Kyrkan för att få hjälpa till i arbetet med drabbade. Särskilt i början uppvisade de frivilliga ett stort engagemang. Man upprättade listor över dem som ville hjälpa till och lovade återkomma till dem när mer information om hjälpbehov fanns. Hur man, som företrädare, skulle förhålla sig till de frivilliga blev en känslig fråga. Sekretessfrågor var också ett problem särskilt när man skulle sätta samman stödgrupper med personer, som inte tillhörde kyrkan.

Under den första tiden efter katastrofen anordnade kommunen och kyrkan kvällsmöten för drabbade. Ett syfte med dessa möten var att få en uppfattning om man nått ut till drabbade, som var i behov av stöd. Man följde också upp arbetet med samtalsgrupperna genom återträffar. Någon systematisk utvärdering av kyrkans insatser hade inte kommit till stånd. Man visste inte heller hur de drabbade i kommunen mådde. Man kunde dock ge exempel på enskilda individer, som man gett stöd till individuellt eller i gruppform, som mådde bättre.

Kyrkans medarbetare, som mött drabbade, hade för egen del möjlighet att via Stockholms stift få stöd i form av handledning och debriefing. Dessutom hade de flesta prästerna sedan tidigare kontinuerlig kontakt med någon själasörjare.

Erfarenheter

Representanterna för kyrkan ansåg att de, även om de inte var så väl pålästa vad gällde kommunens plan vid allvarliga händelser, i stort sett hade följt riktlinjerna i denna. De hade använt sig av Kyrkans lokala krisplan, som de tyckte fungerade väl. Dock ansåg de att planen behövde anpassas till katastrofer, som berörde men inte inträffade i den egna kommunen. Vissa rutiner behöver förbättras

och regler tas fram för hur man förlägger arbetstider under längre insatser. Telefonlistor med nummer till viktiga personer i kommunen behövde aktualiseras. Man önskade också få genomföra gemensamma övningar för att inventera resurserna i kommunen och undersöka hur och på vilket sätt de kan användas.

De intervjuade menade att samarbetet med andra organisationer hade fungerat "*klanderfritt*" med undantag för att man vid ett tillfälle haft svårt att få stöd från BUP till en av kyrkans stödgrupper. För samverkan med kommunen hade en av kyrkoherdarna direktkontakt med kommunens krisledningsgrupp. Hans mandat var emellertid inte helt klart vad gällde förhållande till de andra församlingarna i kommunen.

Man hade dragit flera lärdomar från arbetet med de tsunami-drabbade. De drabbade behövde mycket hjälp initialt. Samtidigt kunde man konstatera att människor i de drabbades omgivning ville och vågade stödja dem. Ensamheten verkade inte var så utbredd i samhället, som media ofta lät påskina. Det var viktigt att drabbade knöt många och olika typer av kontakter. Internet och mobiltelefoni underlättade detta. Tilltron till samarbetsförmågan såväl inom kyrkan som med övriga inblandade organisationer var stor.

Centrala frågor som behövde förtydligas gällde hur man etablerade och följde upp kontakterna med de drabbade, menade de intervjuade. En erfarenhet var att olika organisationer ungefär samtidigt erbjudit stöd till samma personer. Man såg också en risk i att några drabbade kanske över huvud taget inte kontaktats. Kommunen hade visserligen ansvaret för sina medborgare och hur de följdes upp efter en katastrof. Men om kommunen inte hade resurser att kontakta alla drabbade borde detta ha klargjorts så att uppdraget kunnat gå vidare till exempelvis Svenska kyrkan. Det behövs också ett förtydligande om innehållet i det långsiktiga psykologiska stödet och vem som hade ansvar för att ge det.

Svenska kyrkans krisplan borde stämmas av mot kommunens, menade man. Kyrkans insatser begränsas till medmänskligt och psykologiskt stöd och borde ses som ett komplement till kommunens insatser. Andra trossamfund borde involveras och man föreslog att någon form av ekumenisk samverkan borde byggas upp.

De intervjuade menade att kunskapen inom kyrkan var god vad gällde psykologiskt stöd till drabbade vid såväl mindre händelser som vid katastrofer. Man tyckte att denna kompetens hade utnyttjats

på ett bra sätt under den aktuella katastrofen. Vid framtida katastrofer skulle Svenska kyrkan, förutom att ge omedelbart stöd, kunna erbjuda sina lokaler för samlingar och möten, aktivt erbjuda psykologiskt stöd, bidra med information genom affischer och egen hemsida och tillsammans med andra bidra till ett långsiktigt stöd.

Sammanfattning av insatserna vid tsunamikatastrofen

Samma dag som tsunamikatastrofen inträffade aktiverades kris- och katastrofberedskapen via jourhavande tjänstemän på Socialstyrelsen, Länsstyrelsen och Stockholms läns landsting. Något larm gick inte ut till den berörda kommunen utan kommunens säkerhetssamordnare blev i stället uppmärksam på händelsen av den egna psykiatriska mottagningen, socialjouren och enskilda drabbade personer. Skolans rektorer liksom ansvariga inom kyrkan fick på likartat sätt information om katastrofen via media och anhöriga.

Dagen därpå, då det stod klart att det rörde sig om en katastrof med allvarliga konsekvenser för kommuninvånarna, höjdes beredskapen och delar av kommunens krisledningsgrupp kallades in. Samma eftermiddag utökade man gruppen med representanter för kommunledningskontoret och verksamhetschefer från socialtjänst och skola. Så småningom kom också representanter för närsvård, skolhälsovård och psykiatri att ingå i ledningsgruppen. Krisledningsnämnd med ansvariga politiker bildades inte utan man nöjde sig med att kommunstyrelsens ordförande kontinuerligt informerades om kommunens arbete.

Enligt de intervjuade följde man initialt kommunens övergripande krisplan och inom ledningsgruppen ansåg man att planen var användbar vid både stora och mindre händelser. Planens viktigaste funktion var att ge anvisning om hur olika åtgärder skulle startas. Hur man organiserade och genomförde arbetet ute i de olika verksamheterna ansvarade respektive verksamhet själv för. Där hade man sina egna ledningsgrupper och följde sina egna krisplaner. Dessa var inte nödvändigtvis samordnade med den överordnade kommunplanen. Även inom de olika verksamhetsområdena kunde ledningsstruktur och krisplan skilja sig åt, något som blev särskilt tydligt vid jämförelse mellan offentlig och privat verksamhet. På två kommunala skolor hade man en likartad ledningsstruktur medan

friskolan arbetade utifrån företagets krisplanering. En av de kommunala skolorna följde sin krisplan medan den andra organiserade arbetet utifrån de behov som uppkom. Ute i verksamheterna uppfattade man att kommunens krisplan i huvudsak var anpassad till stora händelser med många drabbade medan deras egna krisplaner var avsedda för begränsade händelser och därmed mer användbara. Detta gällde för såväl socialtjänsten, skolan som kyrkan. Primärvården och psykiatrin i kommunen använde sig inte av någon krisplan utan man följde normala rutiner inom sjukvården med undantag för några övergripande beslut som togs i landstingets katastrofledning samt i ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde.

Samarbetet såväl inom kommunens krisledningsgrupp som mellan olika berörda verksamheter (socialtjänst, skola, primärvård, barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatri, kyrka och andra frivilligorganisationer) fungerade väl. Från kommunens krisledning var man nöjd med att socialtjänst och skola tog egna och snabba initiativ. Många personer ute i verksamheterna var engagerade och samarbetet underlättades av personlig kännedom.

Inledningsvis var uppgiften för kommunens lilla krisledningsgrupp att samla information om katastrofen, vilka som var drabbade av den och var man kunde söka hjälp för olika typer av problem. Information via hemsidor, tidningar och radio och TV prioriterades. Vad gällde psykologiskt och socialt stöd togs beslut om förstärkning av socialjouren, delegation till skolans rektorer att förbereda skolstarten och tillse att det fanns stöd till eleverna samt att det via kyrkan skulle finnas mötesplatser för drabbade och deras anhöriga. Personal från skolhälsovården kallades in och omfördelades till skolor som var särskilt belastade av katastrofen. Inom socialtjänsten togs beslut om att alla drabbade i kommunen skulle kontaktas per telefon, ett arbete som avslutades i mitten av mars 2005. Denna insats kom att följas upp med ytterligare ett samtal nio månader senare. Socialtjänsten omdisponerade personal för utredningar av hemvändande barn utan föräldrar. I skolorna upprättades via lärarna listor på vilka elever som befunnit sig i Sydostasien då katastrofen inträffade. Skolorna kunde utan att invänta polisens listor på döda och saknade, förbereda skolstarten. På ledningsnivå i landstinget togs beslut om inrättande av ett vårdcentrum i kommunen med öppethållande dygnet runt och bemannat med

personal från barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatri. Ett annat centralt beslut var att drabbade och deras anhöriga skulle prioriteras inom primärvården och psykiatri. Vården för de drabbade skulle vara avgiftsfri under tre månader. De som sökte hjälp skulle snabbt erbjudas sådan inom primärvården och psykiatri och de skulle inte heller skickas mellan olika vårdinstanser. Kyrkan ordnade möteskvällar, minnesgudstjänster och samtalsgrupper samt erbjöd individuella stödkontakter. Kyrkan hade i sin krisplanering program för stöd till kommunala skolor men inte för de privata. Andra frivilligorganisationer etablerade kontakt med olika instanser i kommunen och organiserade och drev stöd i gruppform för såväl barn och ungdomar som vuxna, vilka drabbats av katastrofen.

Var och en av verksamheterna ordnade stöd till egen personal. De flesta uppmuntrades att använda sig av sina ordinarie handledare och kollegor samt psykologer och kuratorer inom verksamheten. Det fanns också avtal med företagshälsovård om enskilt psykologiskt stöd.

Samtliga intervjuade var nöjda med sina respektive verksamheters insatser och ansåg att man hade kunnat ge de katastrofdrabbade ett professionellt stöd, vilket underlättades av att man arbetade i en trygg organisation med tydliga roller, gott samarbetsklimat, hög grad av decentraliserad beslutsgång samt en tydlig krisplanering. Med undantag för en utskickad enkät till skolorna från skolhälsovårdens sida gjordes ingen uppföljning av de drabbades hälsotillstånd från kommunen eller de olika aktörerna i kommunen.

Att arbetet efter katastrofen blev långvarigt gjorde att man blev uppmärksam på brister i katastrofplanerna, framförallt vad gällde ledningsgruppernas uthållighet. Personer i ledningsgrupperna behövde ha ersättare. Man såg vikten av att krisplaner kontinuerligt uppdateras, särskilt vad gäller aktuella namnlistor. Att öva samordning och testa krisplaner för olika kris- och katastrofscenarier sågs som nödvändiga. Några verksamheter ansåg att deras egna krisplaner borde stämmas av mot kommunens övergripande krisplan. Det fanns inget avtal med landstinget för primärvårdens och psykiatriens del i den totala kris- och katastrofberedskapen, vilket bidrog till en osäkerhet om vilken insats dessa verksamheter skulle ansvara för. Privata verksamheter inom skola, vård och omsorg hade i huvudsak inga avtal med vare sig kommun eller landsting, vilket ledde till att samarbetet försvårades eller helt uteblev.

Anhöriga och drabbades upplevelse av stöd

På Arlanda flygplats registrerade polisen den första veckan efter flodvågskatastrofen de som återvände hem från Sydostasien. Av dem som registrerades var 4432 personer bosatta i Stockholms län. Nästan hälften var hemmahörande i Stockholms kommun (n=2101), medan övriga fördelade sig olika på övriga kommuner. Samtliga registrerade boende i Stockholmregionen erhöll per post en enkät 14 månader efter katastrofen och den besvarades av 1939 personer (45 %). Svarefrekvensen för den undersökta kommunen var något lägre (38 %).

Av dem som angett att de vistats i katastrofdrabbade områden var 56 % kvinnor och 44 procent män. Flertalet drabbade, både bland kvinnor och män var mellan 25 och 65 år. Många var sammanboende (77 %) och hade barn med sig på resan (54 %). Drygt hälften av gruppen hade universitets- eller högskoleutbildning och tiden före katastrofen var 68 procent heltidsarbetande (Tabell 1).

Tabell 1. Enkät svar 14 månader efter tsunamikatastrofen för personer boende i den studerade kommunen och som varit i katastrofdrabbade områden.

Demografiska variabler	Kvinnor	Män	Totalt	%
Kön	44	34	78	
Ålder: 16-24	9	3	12	16
25-44	13	13	26	33
45-64	15	11	26	33
≥ 65	7	7	14	18
Utbildning: Grundskola	8	5	13	17
Gymnasium	14	11	25	35
Högskola	22	18	40	51
Sammanboende	30	30	60	77
Heltidsarbete före tsunamin	23	30	53	68
Barn med på resan	23	19	42	54
Sviktande psykiskt välbefinnande (GHQ 12)	15	7	22	28

De som besvarat enkäten i den undersökta kommunen jämfördes med de svarande från hela Stockholms län. Köns- och åldersfördelningen för både män och kvinnor var densamma i den undersökta kommunen som i hela länet (Michélsen et al., 2007). Andelen högskoleutbildade och heltidsarbetande var något högre för männen i den studerade kommunen. Detta gällde också för andelen sammanboende. För kvinnor sågs inte dessa skillnader.

Vad de hemvändande varit med om under själva katastrofen efterfrågades i enkäten i form av fyra aspekter på exponering; förlust av närstående, egen fysisk skada, upplevelse av livshot samt närhet till flodvågorna. De olika situationerna indelades i åtta exponeringsgrupper, vilket finns beskrivet i andra arbeten (Michélsen et al., 2007; Wahlström et al., 2008).

De tre första typerna av exponering brukar i katastrofforskning anges som de allvarligaste med stor risk för psykisk ohälsa. Enligt

enkätresultatet hade 29 procent i kommungruppen varit utsatt för minst två av dessa tre händelser, medan 27 procent inte hade utsatts för någon av de fyra exponeringarna. Detta innebär inte att de senare inte utsatts för svåra påfrestningar som följd av katastrofen. Många hade sett förödelsen, skadade och döda människor samt träffat personer, som sökte sina anhöriga. Vad gällde exponering skilde sig kommungruppen inte signifikant från hela Stockholmsgruppen.

De drabbades psykiska hälsa mättes i form av två standardiserade formulär (GHQ 12 och IES-R). I kommungruppen rapporterade 28 % tecken på sviktande psykiskt välbefinnande och 27 procent hade posttraumatiska stressymtom av allvarlig art. En jämförelse mellan kommunen och hela länet genom logistiska regressioner med kontroll för bakgrundsvariabler visade att kommuninnevanorna uppvisade något lägre risk för psykisk ohälsa, men skillnaderna var inte signifikanta.

Två olika grupper av personer intervjuades. En grupp bestod av boende i kommunen, som vistats i katastrofområden när flodvågorna vräkte in över stränderna. De hade besvarat enkäten och skriftligen förklarat sig villiga att ställa upp på en intervju i ett senare skede. Urvalet gjordes utifrån kön och tre åldersklasser utan tillgång till enkätsvaren. Detta urvalsförfarande innebar att valet av personer till intervju inte var kopplat till vad de hade varit med om under själva katastrofen eller hur de mådde 14 månader efteråt. De som intervjuade hade heller inte tillgång till enkätsvaren vid intervju-tillfället.

Den andra intervjugruppen bestod av sju personer, som alla befann sig i Sverige då flodvågskatastrofen inträffade. Samtliga hade förlorat minst en närstående i katastrofen. De valdes ut bland dem som fanns registrerade som närmast anhöriga till avlidna hos polisen.

Resultat från intervjuerna, hemvändande

Intervjuerna med dem som vistats i katastrofområdena genomfördes med 30 personer, 19 kvinnor och 11 män. De befann sig i Thailand eller Sri Lanka när tsunamikatastrofen inträffade och hade utsatts för situationer av olika svårighetsgrad i samband med flodvågs-katastrofen (Tabell 2). De som intervjuades fördelade sig på sju av exponeringsgrupperna, ingen hade varit med om att endast uppleva livshot. För denna studie gjordes en ny exponeringsindelning genom hopslagning av de ursprungliga grupperna till tre grupper (Tabell 2). Den första gruppen kan anses vara den svårast belastade, den andra utgör en mellangrupp medan den tredje gruppen består av personer, som varit minst exponerade under katastrofen.

Tabell 2. Exponering i samband med tsunamikatastrofen för kvinnor respektive män.

Exponering	Kvinnor	Män	Totalt	Exponeringsgruppering
Allvarlig kroppslig skada och förlust	3	2	5	I
Förlust och livshot	2	2	4	I
Allvarlig skada	3	1	4	I
På stranden och livshot	3	0	3	II
Enbart livshot	0	0	0	-
På stranden	2	3	5	II
Enbart förlust	1	2	3	II
Ingetdera	5	1	6	III

I exponeringsgrupp I återfinns de tretton personer (8 kvinnor och 5 män) som blev svårast exponerade under katastrofen. De hade alla vistats på stranden/nära vattnet eller i vattnet när flodvågen slog in

mot land, känt fara för sitt liv och antingen blivit allvarligt skadade, förlorat någon nära person eller bägge delarna. Gruppen kan exemplifieras av en kvinna som var på stranden tillsammans med sina barn medan hennes man utträttade ett ärende. Hon beskrev att det tog trettio sekunder från det att hon upptäckte vågen till dess att de alla dränktes av den. De spolades iväg och hon skadade allvarligt sitt ben. Det tog nästan två dygn innan hon hittade sin son, som även han var svårt skadad. Mannen och dottern identifierades senare som döda.

Ett annat exempel från denna exponeringsgrupp var en kvinna som tillsammans med sin man befann sig i hotellets pool när flodvågen kom. Hon lyckades ta sig upp ur poolen och in på sitt hotellrum, där hon ställde sig på balkongen. I samma stund, som hon kände att hon befann sig i säkerhet, exploderade hotellet. Hon åkte iväg åt ett håll och hennes man åt ett annat. Hon kämpade för sitt liv när hon låg i vattnet och trodde att hon skulle dö. Hon lyckades få tag på lite bråte, som hon kunde flyta med och på så vis få luft. Hon fick hjälp av en annan kvinna att ta sig vidare upp mot en säkrare plats. Flera timmar senare hittade hon sin man som, liksom hon själv, blivit svårt skadad.

I exponeringsgrupp II (6 kvinnor och 5 män) återfinns de som upplevt livshot och samtidigt befann sig på stranden eller i vattnet, eller enbart upplevt livshot eller var på stranden. Till gruppen hörde också de som enbart förlorat någon. Gruppen kan exemplifieras av en kvinna som tillsammans med sin man, bror och svägerska gått ner till stranden då de sett att många människor samlats där. Sekunden efter att de upptäckt att vattnet stigit kom vågen i form av en hög, smutsig vägg mot dem. De började springa men vågen hann ifatt dem och de hamnade i vattnet. Kvinnan tog sig ur vågen när den drog sig tillbaka ut i havet. Hon var på väg mot hotellet för att komma ifrån vattnet när nästa våg kom emot henne. Hon lyckades emellertid springa bort från vattnet och hitta sin man och brodern. Svägerskan fann hon först sju timmar senare, också hon hade överlevt flodvågorna.

Ett annat exempel var en man som tillsammans med sin sambo bodde ute på en udde. De möttes av vågen och fick vatten upp till midjan. De lyckades ta sig upp på taket till sitt hotell och sprang sedan vidare upp mot byn. Deras hotell spolades bort av vågen. De fick inte med sig några värdesaker. Mannen blev inte skadad och han upplevde heller aldrig något livshot.

Exponeringsgrupp III (5 kvinnor och 1 man) omfattar dem som befann sig inom tsunamiområdet, men inte för övrigt utsatts för de andra gruppernas exponeringar. Det rörde sig t.ex. om en kvinna som var i katastrofområdet tillsammans med sin familj. Ungefär tio minuter innan flodvågen kom hade de satt sig på en buss för att göra en dagsutflykt till en ö. När de kom fram till båten, som skulle ta dem ut till ön, fick de besked om att det inträffat en jordbävning. De fick åka tillbaka till hotellet, som stod oskadat kvar. De såg förödelsen på stranden och många skadade personer, men de hade inte själva varit utsatta för något livshot.

Sociala bakgrundsfaktorer

Åldersspannet låg mellan 18-65 år för kvinnorna (medianålder 44 år) och mellan 15-71 år för männen (medianålder 44 år). De flesta var gifta eller sammanboende (n=23) samt hade hemmavarande barn (n=26).

Vid intervjutillfället arbetade tio personer i egna företag. Övriga arbetade inom serviceyrken, vård och skola eller studerade. Alla utom tre arbetade hel- eller deltid. En var helt sjukskriven och två var deltidssjukskrivna. (Tabell 3).

Tabell 3. Sociodemografiska data för män och kvinnor i tre exponeringsgrupper.

	Exponeringsgrupp I (n=13)		Exponeringsgrupp II (n=11)		Exponeringsgrupp III (n=6)	
	Kvinnor (n=8)	Män (n=5)	Kvinnor (n=6)	Män (n=5)	Kvinnor (n=5)	Män (n=1)
Kön						
Medianålder	43	44	40	46	53	54
Gift/sambo	4	5	5	4	4	1
Barn	7	5	4	4	5	1
Heltidsarbete	3	5	5	5	2	1
Deltidsarbete	5	0	0	0	1	0
Sjukskrivning Heltid*/deltid	2	0	0	0	1*	0

Psykisk hälsa och rapporterad förändring i synen på livet två år efter tsunamin

Exponeringsgrupp I

Kvinnorna beskrev genomgående att de inte mådde psykiskt bra. Endast en av kvinnorna uttryckte att hon mådde helt bra vid tidpunkten för intervjun. Hon uppgav att hon hade blivit mer levnadsglad, kände sig starkare och hade lättare för att göra prioriteringar i livet jämfört med år 2004.

Reaktionerna och upplevelserna varierade från person till person. Flera beskrev sig själva som tyngda av sorg. Några kände sig rädda och plågades av ångest. Andra hade svårt att bli av med bilder från tsunamin, som de hade på näthinnan, och en del upplevde överklighets- och övergivenhetskänslor. Flera beskrev svårigheter med att få vardagen att fungera praktiskt. De reagerade fortfarande starkt på olika ljud, hade koncentrationsproblem och var rädda för att vistas i närheten av vatten. En kvinna berättade att hon med jämna mellanrum blev väldigt emotionell och hade lätt för att börja gråta. Detta kunde inträffa var som helst; på ett arbetsmöte eller i affären. Några berättade att de blivit folkskygga och drog sig undan sociala kontakter. En person kände sig som en "smittbärare" och hon ville därför inte träffa andra människor.

Några beskrev att de lagt allt fokus på sina barn för att hjälpa dem att fungera efter katastrofen, vilket lett till att de inte alls prioriterat sig själva. Vissa upplevde sig som allmänt stressade. De tänkte ofta på katastrofen. Somliga uttryckte att det inte gick en dag utan att de tänkte på det som hade hänt. Vissa hade ont i kroppen trots att de medicinskt sett var återställda. Flera hade sömnsvårigheter, vilket bl.a. resulterade i att de ständigt kände sig trötta. En person berättade under intervjun att hon mådde mycket sämre än tidigare. Hon hade, förutom ovan beskrivna psykiska reaktioner, blivit deprimerad, kände sig helt tom inombords och plågades av svåra mardrömmar. En av kvinnorna var extra psykologiskt belastad då hon vid tidpunkten för intervjun låg i skilsmässa, vilken enligt henne själv inte hade med tsunamin att göra.

De flesta av männen mådde relativt bra jämfört med kvinnorna även om också de beskrev att tiden direkt efter händelsen hade varit svår och påfrestande. En av männen kände sig väldigt tyngd av olika besvär. Han hade svåra skuld-känslor över att inte ha förstått livsfaran

med tsunamin, reagerade starkt på plötsliga ljud eller oväntade händelser och gick omkring med en känsla av en annalkande katastrof inom sig. Han kände sig sårbar och tyckte att livet hade mist sin mening.

Samtliga kvinnor beskrev hur de på olika sätt förändrats i sin personlighet och i sitt beteende efter katastrofen. Några upplevde att de hade fått ett stort kontrollbehov och ständigt måste förvissa sig om att det fanns en "väg ut". Några hade blivit försiktigare eller hade svårt för att vara ensamma. En kvinna kände sig som en helt annan människa, som inte orkade någonting. *"Jag har tappat sugen. Jag tycker det är meningslöst. Jag är inte ens glad, när vi ska åka på resor"*. En hade blivit fatalist och bokade t.ex. aldrig samma flyg för sig och sin man, vilket hon alltid gjort tidigare.

Drygt hälften av kvinnorna kände sig emellertid också förändrade på ett positivt sätt. De såg nya möjligheter och försökte ta tillvara på livet på ett annat sätt än tidigare. En person uppfattade att hon fått en andra chans genom att överleva tsunamin och hon hade satt upp nya mål i livet. Hon kände sig mognare och lugnare inombords och spenderade mer tid med sina barn.

På samma sätt som kvinnorna menade samtliga män att de på olika sätt förändrats efter tsunamin. Detta tog sig uttryck i ökad oro och vaksamhet eller i att de lätt kunde bli rörda. En hade blivit flygrädd. Han hade svårt att vara i närheten av vatten och kunde inte längre se på *"katastroffilmer"*. De andra talade om en personlighetsförändring som kunde vara både positiv och negativ samtidigt. Man kunde t.ex. känna sig sårbar och maktlös samtidigt som man var prestigelös, inte längre reagerade på små problem och uppskattade sin familj mera.

Exponeringsgrupp II

Flera av kvinnorna i denna exponeringsgrupp mådde relativt bra två år efter händelsen förutom två som hade kvarstående psykiska symtom. En hade ångest och grubblade mycket på hur det skulle ha blivit för henne om hennes man inte hade klarat sig. Hon hade svårt att vistas i folksamlingar eller i närheten av vatten. Den andra kvinnan var tvungen att ständigt hålla i gång för att kunna må bra och inte bli ledsen. Alla kvinnor i denna exponeringsgrupp beskrev att de hade mått dåligt under de första 6-12 månaderna efter katastrofen. Nästan alla hade kvar en del psykiska reaktioner som

t.ex. lättväckta tankar om händelsen, sömnsvårigheter, mardrömmar, ljudkänslighet, ilska samt svårigheter att vistas på stränder nära vatten.

Männen berättade att de inledningsvis mått ganska dåligt, men att de nu mådde förhållandevis bra. Några hade fortfarande kvar en del psykiska besvär som lättväckta minnesbilder, irritation, trötthet, reaktioner på plötsliga ljud och sömnsvårigheter. De hade också svårt att vistas i folksamlingar och kände visst motstånd mot att ta kontakt med sina vänner.

Fem av kvinnorna beskrev att de förändrats personlighets- och beteendemässigt efter katastrofen. De flesta upplevde förändringen som positiv. Man värdesatte livet högre, tog det lugnare, uppskattade sin familj mer och hade lättare för att göra prioriteringar. En kvinna trodde sig också veta att hon, om något svårt skulle hända henne, skulle klara av det. Bland de negativa förändringarna fanns ett ökat kontrollbehov och att ständigt ha en utväg öppen. Detta upplevdes som ett hinder och medförde att livet inte kändes lika roligt som förr. Motsvarande upplevelser fanns också hos en del av männen. En tyckte att han blivit mycket lugnare till sitt sätt och en annan att han blivit både klokare och utvecklats som människa men samtidigt mindre tålmodig. Han hade större behov än tidigare av lugn och ro för att kunna fungera i vardagen.

Exponeringsgrupp III

Två kvinnor mådde ganska bra men flera hade kvarvarande bekymmer med sin psykiska hälsa. En berättade att hon tänkte mycket på händelsen samt att det kunde ha varit hon och barnen som hade dött. Hon kände sig fortfarande ledsen. En annan uppgav att hon hade mycket svårt för att vara ensam, led av koncentrations- och sömnsvårigheter och vaknade ofta p.g.a. hjärtklappning. Hon hade fått led- och muskelbesvär eftersom hon spände sig hela tiden. Ytterligare en av kvinnorna hade panikattacker av och till. Hon kunde inte förstå att händelsen drabbade dem trots att de hade planerat sin resa så väl. Hon tänkte dagligen på händelsen och hade återkommande minnesbilder från platsen där de satt och väntade på hemtransport. Två av kvinnorna hade varit sjukskrivna några månader efter händelsen. Den ende mannen i gruppen uppgav att han hade en pressad arbetssituation, men att han för övrigt mådde bra.

Även i denna grupp beskrev samtliga att de hade förändrats efter katastrofen. Flera uppgav att de fått en starkare beskyddarinstinkt och blivit lite mer vaksamma. De tyckte också att de utvecklats som människor genom att inte ta saker och ting i livet för givna. Några hade tagit tag i sådant, som inte tidigare blivit gjort.

Psykosociala belastningar före och efter tsunamin oavsett exponering

De flesta kvinnorna har uppgivit att de haft psykosociala påfrestningar före tsunamin som exempelvis förlust av nära anhörig, egen svår kroppslig skada, egen eller föräldrars skilsmässa, utbrändhetsdepression med långvarig sjukskrivning, barns självmordsförsök eller obotlig sjukdom hos anhörig. Några av männen hade också varit med om svåra påfrestande situationer före tsunamin som svår olycka, föräldrars skilsmässa, egen kroppslig sjukdom, obotlig sjukdom hos anhörig, egen skilsmässa och självmordsförsök i vänkretsen.

Även efter tsunamin har både kvinnor och män drabbats av svåra påfrestningar såsom allvarlig olyckshändelse, problematisk skilsmässa, nära anhörigs död, ekonomiska svårigheter och egen allvarlig kroppslig sjukdom.

Privat och formaliserat stöd

Med privat stöd avses anhöriga, vänner, grannar och arbetskamrater. Det formaliserade stödet kommer från olika organisationer i samhället såsom kommunen, sjukvården och frivilligorganisationerna.

Stöd från det privata nätverket

Exponeringsgrupp I

Både män och kvinnor uttryckte samstämmigt att stödet från familj, föräldrar, syskon, vänner eller grannar varit mycket betydelsefullt. Några menade att de inte hade "klarat sig" utan sitt privata stöd. Det väsentligaste var vetskapen om att de kunde få stöd på sina egna villkor, att de fick prata när de själva önskade det och att närstående orkade lyssna trots att de fick höra berättelserna många gånger. En kvinna berättade att stödet från de närmaste inneburit "att jag har fått vara den jag är hela tiden, i det tillståndet jag var". För en del var det

också betydelsefullt att närstående och vänner erbjöd sig att vara hos dem och också bistå med praktisk hjälp. En kvinna berättade att *"vänner kom med mat och de kom och sa; vi tar hand om dina barn"*. En annan berättade om sina närstående att *"de har stöttat och funnits hela tiden. Varje helg var vi där och åt i början. Hon sa bara att nu kommer ni hit och äter. Hon ringde varje dag"*. Några män uttryckte lättnad över att deras anhöriga bodde hemma hos dem och kunde hjälpa till med allt från praktiskt till mer psykologiskt stöd. En man beskrev stödet från sina anhöriga som både bra och problematiskt. Hans föräldrar var så upptagna av sin egen sorg för att deras barnbarn omkommit i tsunamin, att han i stället för att få stöd fick stötta dem. Han upplevde detta som belastande. Han tillade dock under intervjun att han aldrig hade klarat sig utan stödet från sin närmaste familj eller från sina vänner.

Exponeringsgrupp II och III

Kvinnorna och männen beskrivningar och upplevelser om det privata krisstödet överensstämde väl med resonemangen hos personerna i den mest exponerade gruppen. Några uppgav att de även fått mycket stöd från medresenärer, vilket hjälpt dem att validera deras egna upplevelser.

Formaliserat stöd

Informationsstöd

Exponeringsgrupp I

Flera av kvinnorna hade från olika håll fått information, som hjälpt dem att lösa en del personliga problem. De hade också själva aktivt sökt information bl.a. via Internet eller dags- och kvällspress. På detta sätt hade de skaffat sig nödvändig information om ekonomi, juridik och försäkringar. Några hade från den undersökta kommunen antingen via telefon eller med post fått information om var de kunde söka hjälp. Flera kvinnor kom inte ihåg om de fått någon information eller inte. Bland männen var det färre som rapporterade att de fått användbar information. En man hade fått skriftlig information på Arlanda flygplats i samband med registreringen. *"Ja, jag läste den och det stod lite om reaktionsmönster, väldigt komprimerat. Det var bra"*. En man uppgav att han, medan han befann sig i katastrofområdet, hade

fått information hemifrån, vilket hade varit till hjälp. Någon hade sökt information via Internet.

Exponeringsgrupp II och III

Några kvinnor uppgav att de fått information om var det gick att söka hjälp och stöd vid ankomsten till Arlanda flygplats. En kvinna hade känt sig styrkt genom att hon läst många reportage om tsunamin. Hon hade kunnat identifiera sig med berättelserna. Det fanns också personer som menade att de inte fått någon information alls. De hade själva fått söka svar på frågor av praktisk eller juridisk natur eller var de kunde få medicinskt eller psykologiskt stöd.

En av de intervjuade männen mellanlandade på en östeuropeisk flygplats. Där hade han fått ett informationsblad med en beskrivning om vanliga krisreaktioner, vilket han upplevde som positivt. En man berättade att han på Arlanda flygplats i samband med registreringen hade fått skriftlig information om vanliga krisreaktioner och var de skulle kunna få hjälp framöver. En annan uppgav att han fått informationsmaterial från sin vårdcentral. Dessutom berättade några av männen att de sökt information på Internet om reaktionssätt efter katastrofer. De hade också tagit del av andras skildringar av händelsen. En person tyckte att den information som resebyrån gav hade varit värdefull.

I den minst exponerade gruppen hade ingen fått något informationsblad. Några av de intervjuade nämnde att de fick information via TV, kvällspress eller Internet.

Stöd från kommunen (allmänt)

Exponeringsgrupp I

De flesta kvinnorna blev kontaktade av den undersökta kommunen inom tre månader efter tsunamin. Det sätt de kontaktades på och vad för slags erbjudanden de fick såg emellertid olika ut. En kvinna berättade att hon blev uppringd efter en vecka av en person från kommunen, som var intresserad av hur hon mådde och som tog reda på vad hon behövde för stöd. Personen ringde därefter upp henne varje vecka under lång tid. Hon fick information om sina rättigheter, var hon kunde få stöd etc. Denna kontakt upplevdes som mycket värdefull.

En annan kvinna, som hade mycket kontakt med socialtjänsten, beskrev både positiva och negativa erfarenheter. Hennes familj hade först fått en utredare som de inte alls tyckte om. De fick byta utredare och fick därefter det stöd de behövde. Hon upplevde dock att "*... det som kännetecknar kommunen och Socialförvaltningen och BUP är en väldig senfärdighet*".

Några uppgav att kommunen vid ett tillfälle hade erbjudit hjälp, som de av olika skäl tackat nej till. Därefter hörde ingen från kommunen av sig. Två ville inte ha mer assistans från kommunen och de kände sig tillfreds med det som erbjudits dem. En kvinna fick ett telefonnummer, som hon kunde ringa till om hon ville. En annan hade blivit kontaktad av överförmyndaren i kommunen, som hade bistått med en del praktisk hjälp. Det var dock enda gången som kommunen kontaktade henne.

Kvinnorna hade en del kritiska synpunkter på kommunens krisberedskap och det stöd som de erbjöds. Flera ansåg att kommunen och sjukvården varit alltför passiva i sitt agerande. Man tyckte att man i kommunen varit för byråkratisk, långsam och inte vågat ta beslut, vilket ledde till att stödet kom fram för sent eller i något fall inte nådde fram alls.

Några menade att de skulle ha kunnat hantera sin situation bättre om kommunen på ett aktivt sätt erbjudit sitt stöd. Om de hade fått mer hjälp när det gällde barnen, så hade de kunnat fokusera mer på sig själva och sitt eget sörjande. En kvinna saknade en kontaktperson med uppgift att hjälpa till med att ordna både praktiskt och psykologiskt stöd när de själva inte orkade ta itu med det. Man kritiserade även frånvaron av en samlad och samordnad krisorganisation mellan olika myndigheter i kommunen. En kvinna tyckte att det inte fanns någon mental beredskap för en katastrof.

Några av männen uppgav i intervjuerna att de blivit uppringda av en person på kommunen, som frågat hur de mådde och om deras behov av hjälp. De hade tackat nej till erbjudandet om stöd, då de just då inte tyckte att de var i behov av något. De hade dock uppskattat om man från kommunens sida vid ett senare tillfälle ringt och följt upp samtalet.

Liksom kvinnorna hade några män kritiska synpunkter på kommunens agerande. En man menade att den undersökta kommunen borde ha följt upp de drabbades hälsa och hjälpbehov under en längre tid efter katastrofen. Någon uttryckte behov av att få

träffa samma stödpersoner hela tiden. Att behöva träffa nya personer hade känts svårt.

Exponeringsgrupp II

Samtliga kvinnor, med undantag för en, som inte kom ihåg hur det hade varit, blev kontaktade antingen per telefon eller genom brev av kommunen. Några erbjöds antingen individuellt samtalsstöd eller deltagande i någon av frivilligorganisationernas stödgrupper. En av kvinnorna var mycket nöjd med kommunens agerande och erbjudanden om stöd. Hon blev snabbt erbjuden psykologhjälp. Tre månader senare blev hon åter uppringd och erbjöds deltagande i Röda Korsets gruppstöd.

De flesta tackade nej till kommunens erbjudanden. Trots detta uttryckte flera personer besvikelse över att kommunen inte hörde av sig längre fram. Någon upplevde att det kändes som om kommunen inte varit inblandad i arbetet med de drabbade. Flera uttryckte en önskan om att kommunen varit mera aktiv i sitt erbjudande om stöd och trodde att detta skulle ha kunnat hjälpa dem i deras bearbetning och återhämtning. En av kvinnorna konstaterade att det inte funnits någon samordning mellan olika myndigheter som t.ex. mellan kommunen och polisen. Hon hade försökt förmedla viktig information vid flera tillfällen, men den gick inte fram.

Alla män, utom en, blev kontaktade av kommunen och erbjudna hjälp. Samtliga tackade nej, men framförde i intervjuerna att de hade uppskattat om kommunen hade ringt och brytt sig om dem vid ett senare tillfälle. En person blev förvånad över att kommunen erbjöd honom stöd från en frivilligorganisation, som inte kostade kommunen något, samtidigt som kommunen själv inte hade något eget att erbjuda.

Exponeringsgrupp III

Alla utom en hade blivit uppringda av den undersökta kommunen. Några av dem hade blivit kontaktade vid flera tillfällen, vilket hade känts bra även om de inte ville ta emot någon hjälp. En person hade blivit uppringd först under våren, vilket han tyckte var alldeles för sent. En kvinna uttryckte besvikelse över att hon inte hade blivit kontaktad. Hon hade önskat bli uppringd även vid ett senare tillfälle, eftersom hon då var i behov av hjälp.

Stöd från kommunen (skolan)

Exponeringsgrupp I

Kvinnor med barn i skolåldern gav i huvudsak en positiv bild av skolans agerande. Två av kvinnorna var mycket nöjda med det stöd de fått via skolan. En av dessa berättade att *"skolan har varit helt fantastisk"*. Man tog på sig ett stort ansvar och avlastade i hög grad henne och hennes familj. Skolan hade t.ex. kallat till möte redan två dagar efter familjens hemkomst, trots att det var skollov. Samtliga berörda från skolan deltog i sammankomsten. Mötet beskrevs som konstruktivt och resulterade i en god planering framåt för barnen.

Det fanns också missnöjda kvinnor. Två kvinnor uttryckte att de hade önskat att de fått mer stöd från skolan för sina barn. En kvinna, vars dotter omkom i katastrofen, uppgav att hennes familj inte fått något stöd alls från dotterns skola. Hon uppfattade personalen som *"paralyserad"*. Hon var kritisk mot rektorn som *"inte visste om de skulle hantera dottern som avliden eller inte"*. Hon kontaktades vid ett tillfälle och fick besked om att hon kunde höra av sig om hon ville. Efter en tid blev hon uppringd av nyanställd psykolog, som hade fått reda på vad som inträffat. Psykologen gjorde hembesök, enligt kvinnan för att försöka ordna upp det som gått snett. Bland annat ordnade hon en minnesceremoni för dottern i skolan. En annan person, vars make omkommit i tsunamin, gav en vag beskrivning om skolans insatser för att bistå hennes barn (6 och 8 år gamla). Barnen hade funnit några vuxna i skolan, som de kunde ty sig till. De hade några samtal med skolläkaren. Utlovat samtal med skolpsykologen blev inte av eftersom psykologen aldrig hörde av sig.

Männen upplevde att förskola och skola överlag fungerade bra. En man berättade att han blivit uppringd av någon från förskolan direkt efter nyår som ville veta hur det hade gått för familjen. Man hade också frågat honom om han ville att lärarna på förskolan öppet skulle prata om vad hans barn varit med om. Personalen tog reda på om det fanns något som han önskade att de skulle vara uppmärksamma på. En annan berättade att när de hade sin minnesceremoni för deras döde son, så hade hela förskoleverksamheten deltagit, vilket hade känts bra för familjen. En man menade att den skola där deras barn gick, hade gjort goda insatser, trots att skolan inte var speciellt hårt drabbad. Bland annat hade

skolpsykologen på eget initiativ tagit kontakt med familjen för att höra hur familjen mår och om det fanns behov av hjälp.

Exponeringsgrupp II

Tre av kvinnorna tyckte att de fått mycket god hjälp från sin skola eller sitt dagis. En kvinna, som var elev på skolan, då tsunamin inträffade, berättade att skolsköterskan snabbt upptäckt hennes psykologiska behov och hjälpt henne vidare till fortsatt stöd. En kvinna beskrev personalen på barnens dagis som mycket kompetent och empatisk. Familjen fick träffa barnpsykolog, som konstaterade att barnen inte tagit skada av katastrofen. De fick också råd om hur de kunde stödja barnen. En av männen fick för egen del bra stöd av en skolsköterska, som han pratade med vid flera tillfällen.

Exponeringsgrupp III

Några av de intervjuade hade kontakt med skolorna för sina barns räkning och tyckte att skolorna förberett sig väl. På en skola hade man anlitat präster, diakoner, extralärare och andra för att hjälpa skolbarnen. En kvinna nämnde att hennes son tyckte att det hade blivit lite överdrivet, eftersom de professionella ville få fram reaktioner hos honom samtidigt som han ville hålla distans.

Sjukhusvård

Tre av kvinnorna blev omgående inlagda för vård på något av Stockholms akutsjukhus. En kvinna blev inlagd tillsammans med sitt barn. Från sjukhusets sida ordnade man efter utskrivning med *"dygnetruntoård i hemmet"*. Kvinnan var mycket nöjd med vårdens insatser. En annan kvinna, som blev inlagd för att få vara tillsammans med sitt barn, som blivit allvarligt skadat, berättade att barnet fick ett professionellt medicinskt omhändertagande. Däremot fick hon själv ligga på en besökssoffa utan att personalen talade med henne. Hon fick en uppfattning att personalen verkade skrämde och smög omkring henne. Hon fick kontakt med en kurator, som hon inte fick något förtroende för. Kuratorn gav henne inte någon tid för samtal utan lämnade endast över sitt visitkort med telefonnummer. Kvinnan tolkade detta som ett uttryck för att kuratorn var rädd för samtalet. Den drabbade kvinnan ringde inte upp kuratorn. Den tredje kvinnan blev inlagd på ett av akutsjukhusen för operation vid två tillfällen

utan att hon någon gång blev erbjuden samtalskontakt. I samband med ett annat sjukhusbesök fick hon och maken träffa en kurator. De uppfattade att kuratorn inte hade kunskap om katastrofdrabbade människors sätt att reagera psykiskt.

Tre män fick åka direkt till akutsjukhus i Stockholm för fortsatt vård. En berättade att han blivit väl mottagen och behandlad på det sjukhus han kom till, vilket resulterade i att han kände sig trygg och säker. Han fick träffa kurator vid två tillfällen, vilket hade stärkt honom. En annan man berättade att det medicinska omhändertagandet på sjukhuset var bra och professionellt, däremot fick han inget erbjudande om psykologiskt stöd. Han begärde sådant för familjen och fick träffa en kurator. Mötet med kuratorn beskrev han som en "*skräckupplevelse*" eftersom kuratorn inte visste hur man bemöter människor efter en katastrof. Hon kunde inte ta emot det som de hade att berätta. Denna upplevelse ledde bl.a. till att hans dotter vägrade träffa någon för samtalsstöd på flera månader. Den tredje mannen blev omedelbart hemskriven med rekommendation att ta Alvedon mot sina ryggsmärtor. Ryggproblemet förvärrades och han åkte till ett annat akutsjukhus där han röntgades. Sedan han fått rätt diagnos fick han också hjälp med sina kroppsliga smärtor. Han fick inget psykologiskt stöd på sjukhuset, men hjälp att få en tid hos kurator på en vårdcentral i den aktuella kommunen. Henne fick han inget förtroende för och gick därför inte dit.

Ingen i de andra exponeringsgrupperna blev fysiskt skadad i tsunamin. De behövde därför ingen sjukhusvård efter hemkomsten till Sverige. Däremot hade några av dem haft kontakt med akutsjukhusen i samband med att deras anhöriga blev inlagda. Ett barn vårdades p.g.a. en svår infektion och mamman var mycket nöjd med både de medicinska och de psykologiska insatserna från sjukhusets sida.

Vårdcentrum / vårdcentraler

Exponeringsgrupp I

Samtliga kvinnor besökte ganska omgående det upprättade vårdcentrumet eller någon av vårdcentralerna i kommunen. De var genomgående nöjda med behandling av deras fysiska åkommor men upplevde det psykologiska och sociala stödet som bristfälligt. Hälften av dem blev erbjudna hjälp hos psykolog, kurator, sjukgymnast eller

kiropraktor alternativt remitterade vidare till BUP eller psykiatrin. En kvinna följde med sin man till vårdcentrumet för att få kroppsliga skador undersökta. Ingen frågade henne om vad hon varit med om eller om hon behövde någon hjälp. Hon kände sig mycket åsidosatt.

En av kvinnorna, som sökte hjälp på en vårdcentral, som hon inte var listad på, träffade en, enligt henne, mycket skicklig och förstående läkare. Då läkaren skulle byta arbetsplats fick hon en ny läkare på samma vårdcentral. Detta gjorde man för att hon inte skulle utsättas för ytterligare en belastning. Hon menade att detta bemötande underlättat hennes återhämtningsprocess.

En kvinna, som uppsökte sin vårdcentral p.g.a. en skadad fot, beskrev bemötandet som en *"skräckupplevelse"*. Det hade känts värre än själva tsunamikatastrofen. Sköterskorna och läkaren var bara intresserade av hennes fot. De frågade inte hur hon mådde eller vad hon varit med om. De började skära i foten innan bedövningen tagit. Personalen visade ingen medkänsla. Det dåliga bemötandet resulterade i att hon bytte till en annan vårdcentral. Där fick hon helt annan hjälp; *"De tog de hand om hela människan"*.

Bland de kvinnor, som erbjöds fortsatt kontakt med kurator, psykolog, läkare eller sjuksköterska, fanns det några som var nöjda med den givna hjälpen. En person erbjöds kontakt med kurator först ett år efter katastrofen. Hon var nöjd med stödet men hade önskat att hjälpen kommit betydligt tidigare. Ingen av dem som erbjöds och tackade nej till psykologiskt stöd fick nya erbjudanden. Kvinnorna riktade en del kritik mot dem som skulle stå för det professionella stödet. De ansåg att man från sjukvårdens sida borde ha varit mera uppsökande. En kvinna hade många gånger känt sig övergiven och i behov av stöd. Hon visste emellertid inte vilken typ av stöd hon behövde. De intervjuade påpekade också att personalen behövde ha bättre kunskap om katastrofdrabbades reaktioner: *"Att få hjälp av kris- och katastrofproffs som kan gå in i ens liv och som inte släpper taget och som förstår hur en person är som befinner sig i en kris är viktigt."*

Några män hade tillsammans med sina familjer uppsökt det upprättade vårdcentret i kommunen. De hade fått hjälp med omläggning av sår och någon hade även fått hjälp med sina psykologiska reaktioner, vilket hade känts bra.

En man beskrev negativa erfarenheter av ett besök på en vårdcentral. Han fick en snabb tid hos en kurator. Hon informerade honom om att han vid det första samtalet hade en kvart på sig att

prata. Han skulle få ett återbesök inom en vecka och sammantaget fyra samtal. Han tyckte att han indirekt blev avvisad och avstod från kontakten. En annan man, som kontaktades av kommunen och erbjöds kuratorssamtal, tackade nej. Han hade i samband med att han vårdades på sjukhus så negativa erfarenheter av en kurator att han inte längre kände tillit till sjukvården.

Exponeringsgrupp II

Alla utom en av kvinnorna uppsökte vårdcentret eller sin vårdcentral i direkt anslutning till hemkomsten förutom en som gick till sin vårdcentral efter tre månader. Två kvinnor upplevde att de fick ett professionellt bemötande och var nöjda med både den medicinska och psykologiska hjälp, som de fått. Båda angav den höga tillgängligheten och flexibiliteten på vårdcentralen som det mest positiva.

Andra uttryckte missnöje med stödet. En kvinna upplevde att personalen inte förstod vad hon varit med om. Hon gick därifrån och sökte hjälp på annat håll. En annan berättade att hon och hennes man fick god hjälp av läkaren på vårdcentralen. I avvaktan på att frivilligorganisationernas stödgrupper skulle komma i gång fick hon besked om att en kurator skulle ringa upp henne för att boka en tid. *"Hon skulle ringa upp och hon ringde aldrig upp och så fick vi någon ny dag, när hon skulle ringa, hon ringde inte då heller ... Och sedan när hon väl hörde av sig, så sa hon att hon hade tre månaders väntetid! Då kände jag nästan som att ... neej, men ... alltså vi behöver hjälp nu! Om tre månader, så är det liksom för sent!"*

Bristande förståelse och respekt rapporterades av en kvinna, som tre månader efter katastrofen sökte upp sin vårdcentral p.g.a. sömnsvårigheter. Hon hade fått snabb och professionell psykologisk hjälp genom kommunens försorg och räknade med att få bra hjälp också på vårdcentralen. Läkaren visade ingen förståelse för vad hon varit med om. Hon ordinerades gå på hundpromenader och äta grönsaker. Hon fick också höra och att hon med tanke på sin ålder fick räkna med en del sömnproblem. Hon kände sig mycket kränkt över bemötandet. Genom en annan läkarkontakt fick hon senare med hjälp av sömnmedicin ordning på sömnproblemen.

En man sökte p.g.a. hudutslag hjälp på vårdcentret och tyckte att han fått bra behandling. En annan ville inte söka hjälp på sin vårdcentral eftersom hans fru blivit illa bemött där.

Exponeringsgrupp III

De flesta i denna grupp tog inte kontakt med någon vårdcentral eftersom de inte upplevde något behov. Två kvinnor sökte och fick bra samtalshjälp på en vårdcentral. En av dem erhöll fem samtal. Hon blev bemött av medmänsklighet, fick hjälp att förstå sina reaktioner och utrymme att berätta sin historia. En annan som kontaktat sin vårdcentral fick besked om att man inte kunde ta emot henne. Hon blev dock uppringd lite senare och erbjöds samtal med en sjuksköterska, som hon tidigare gått hos i samband med en kris. Hon fortsatte i samtal hos henne i fyra månader och var nöjd med stödet. Avslutningsvis kan nämnas att en person uttryckte sin tacksamhet över att Stockholm erbjudit gratis vård och behandling till alla som drabbats av katastrofen.

Vuxenpsykiatri/ privat psykoterapi

Det var få personer som remitterades till psykiatrin för hjälp och stöd. Av de "mest drabbade" var det ingen som ville gå kvar där eftersom terapeuterna inte verkade förstå vad de behövde. En kvinna berättade att hon haft tre samtal hos en psykolog men att det hade varit "*dåliga samtal*". Psykologen hade inte ställt några frågor alls och det hade känts som att hon lika bra hade kunnat sitt hemma och "*prata med en vägg*".

En man och hans hustru erbjöds via vårdcentret kontakt inom vuxenpsykiatrin och hjälp för barnen på BUP. Han och hustrun träffade en terapeut vid ett tillfälle. De fick besked om att de inte kunde fortsätta hos den terapeuten utan skulle få en annan. Detta hade inte känts bra för dem och ledde till att de inte bokade fler tider.

En kvinna ur exponeringsgrupp II sökte hjälp på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning och fick återuppta kontakten med en terapeut, som hon tidigare gått i behandling hos. Hon var nöjd med samtalen.

En annan kvinna blev remitterad från vårdcentralen till psykiatrin för samtalsbehandling men hon avslutade snabbt kontakten eftersom hon inte tyckte att hon fick någon hjälp av terapeuten. Hon upplevde att det snarare var hon som hjälpte honom. Eftersom hon efter en tid började må sämre sökte hon sig på nytt till psykiatrin. Hon fick då en annan terapeut, som hon fortfarande går hos och som varit ett bra stöd för henne.

Två kvinnor och två män fick på olika sätt privat psykoterapi. Samtliga var nöjda. En av männen fick via sin arbetsplats parsamtal för sig och hustrun hos psykolog. Samtalen hade minskat deras psykiska besvär och förbättrat deras inbördes relation.

Barn- och ungdomspsykiatri

Nästan alla kvinnorna ur exponeringsgrupp I hade haft kontakt med BUP. De uppgav olika skäl för att få komma till BUP. Några önskade få bekräftelse på att deras barn inte blivit psykiskt skadade av katastrofen. Andra föräldrar var oroliga för att de inte skulle räcka till för barnen eller att de inte skulle upptäcka barnens psykologiska behov. De ville få råd om hur de som föräldrar kunde hjälpa sina barn på bästa sätt. Någon sökte hjälp för barn som drabbats av problem, vilka kanske inte hängde samman med upplevelserna från katastrofen.

En kvinna, som själv sökte hjälp på BUP för sig och sin son, var mycket nöjd med stödet. Hon värdesatte högt att hon vid några tillfällen fick enskilda samtal med barnpsykologen.

Hälften av kvinnorna var emellertid missnöjda med stödet på BUP. En kvinna vars man omkommit i tsunamin erhöll fem samtal tillsammans med sina barn. Hon avbröt kontakten, då hon uppfattade att terapin inte gagnade barnen. Hon menade att terapeuterna enbart uppehållit sig vid mannen död, vilket barnen inte ville prata om just då. Hon undrade om det hade varit för tidigt att tala om detta.

En annan kvinna, som också förlorat sin man, sökte hjälp för sina barn. Hon avbröt kontakten efter ett samtal då hon känt sig mycket obekvämt tillsammans med de två behandlarna. Hon tyckte inte att det blev någon kommunikation eller dialog mellan henne och terapeuterna.

En kvinna fick en samtalskontakt för sin son, som hade blivit allvarligt skadad under tsunamin. När sonen började tala om sina upplevelser och reaktioner lyssnade inte behandlaren utan började prata om att han skulle vara glad för att han överlevt. Hon uppfattade att behandlaren saknade katastrofkunskap. Eftersom sonen inte ville gå tillbaka till BUP försökte hon ordna en annan samtalskontakt, men han vägrade.

Någon upplevde personalen på BUP som stelbent. De ville att hennes barn skulle behandlas enligt deras metoder, trots att barnen inte ville det.

Av männen var det endast en som sökt hjälp för sina barns räkning. Han och hans hustru var oroliga för barnen eftersom de inte uppvisade några reaktioner alls efter händelsen. De tyckte att det varit krångligt med att få en tid på BUP och det hade inte heller känts bra i kontakten.

I de andra exponeringsgrupperna fanns det bara någon enstaka som sökt hjälp på BUP. En kvinna tog själv kontakt med BUP för att få bekräftelse på att hennes barn inte blivit psykiskt skadade av katastrofen. Besöket hade fallit väl ut. Positiva upplevelser av stödet på BUP hade också en kvinna vars barn och barnbarn fått hjälp.

Arbetsplatsen

Tio personer, de flesta män, var egna företagare och hade inte tillgång till stöd från en chef. Många av dem som var anställda hade, oavsett vilken "belastningsgrupp" de tillhörde, fått förståelse och stöd på sina arbetsplatser av både chefer och kollegor. Såväl män som kvinnor bemöttes med medkänsla och tålmod och det gavs möjlighet till flexibilitet i arbetsuppgifter och arbetstider. Chefer hade inledningsvis ringt hem till dem för att höra efter hur de mådde och för att hålla kontakten med dem.

Två män ur den "mest drabbade gruppen" beskrev ett mycket gott och flexibelt stöd från sina arbetsgivare. De hade båda personliga avlastande samtal med sina respektive chefer. Deras arbetsgivare ordnade också privata psykoterapeutiska kontakter för dem och deras hustrur.

Flera personer fick hjälp på sina arbetsplatser från företagshälsovården genom "debriefing" och/eller samtal med personal inom företagshälsovården eller i annan privat regi. En man berättade att en person från företagets krisstödsgrupp hade kommit hem till honom något dygn efter katastrofen. Krisstödjaren hade därefter besökt familjen vid två tillfällen. En annan man fick hjälp av företagets läkare samt fick tio samtal hos privat psykolog. Han var nöjd med stödet. En kvinna, som fått privat psykoterapi, var speciellt nöjd med att hennes chef skickat henne direkt till företagshälsovården utan att invänta önskemål om behandling från henne själv.

Det fanns också personer som var missnöjda med stödet på arbetsplatsen, de flesta var kvinnor. En kvinna ansåg att hon blivit dåligt bemött av såväl sin chef som sin arbetsgivare. Hon kände sig så kränkt att hon sa upp sin anställning. En annan tyckte att hennes chef blev för överbeskyddande. Det uppstod spänningar i arbetsgruppen, som hon upplevde som extra belastande. En av männen upplevde att arbetsgivaren inte visade någon hänsyn alls utan betraktade honom som om ingenting hade hänt. *"Ja det var obönhörligt alltså. Det fanns ingen pardon eller förståelse där, utan är man på jobbet så jobbar man, ungefär så"*. Han fick omedelbart arbeta med att säkerställa om andra från arbetsplatsen varit i tsunamiområdet eller inte. Han hade fått hålla i en förhandling på arbetet som enligt honom hade känts helt oviktig. Han liksom flera andra fick stöd från kollegor. Han hade också fått erbjudande om hjälp från företagshälsovården, men hade inte nappat på det.

Svenska kyrkan

Kyrkan erbjöd olika typer av stöd i form av sammankomster, enskilda samtal och gruppstöd. En präst kom att bli mycket värdefull för ett föräldrapar, vars son omkom i katastrofen. Prästen blev med tiden en god vän till familjen. En kvinna uppgav att hon fått bra hjälp i sin sorg genom individuella samtal med en präst. Någon önskade att hon fått behålla en längre kontakt med prästen i sin församling, eftersom hon upplevt stödet som mycket positivt. En annan kvinna hade fått ett gott stöd i sin bearbetning av en präst. Hon hade börjat gå i kyrkan efter katastrofen, vilket hon inte tidigare brukat göra.

När det gällde gruppstöd i kyrkans regi var många men inte alla nöjda. En svårt drabbad kvinna var mycket nöjd med sin grupp, som fortfarande träffades. En kvinna, som inte mist någon anhörig i katastrofen, ansåg att det stöd hon fick genom gruppen var det bästa hon fått. Gruppen startade i februari 2005 och träffades sammanlagt tio gånger tillsammans med två gruppledare; en präst och en diakon. Gruppen var bra sammansatt och bestod av par som hade ungefär samma erfarenheter som hon själv. Det mest positiva i gruppen var att diakonen kunde förklara gruppdeltagarnas reaktioner utifrån ett psykologiskt perspektiv. En kvinna berättade att hon kontaktats från församlingen och tillfrågats om hon och hennes man ville delta tillsammans med två andra par och två ledare i en stödgrupp. Hon

kände att hon i gruppen kunde berätta om sådant som ingen annan skulle kunna förstå t.ex. om hennes rädsla för vatten. De träffades en gång i veckan från mars månad. Under hösten glesades mötena ut.

En person kontaktade en församling i kommunen för att få gruppstöd. Hon fick emellertid inte delta eftersom hon inte tillhörde den församlingen. En annan kvinna, som deltagit i en stödgrupp med sju deltagare, var inte nöjd med gruppen. De andra gruppdeltagarna hade varit mycket mer drabbade än hon och hon hade därför haft svårt att få ut något från gruppsittningarna. Av männen var det endast en som erbjöds stöd i gruppform från kyrkan, men han avstod från erbjudandet.

Flera berättade att deras grupp hade fortsatt att träffas på egen hand efter avslutningen. Tre kvinnor som hade deltagit i kommunens sammankomster i kyrkan, tyckte inte att dessa möten gett dem särskilt mycket.

Röda Korset, BRIS, Rädda Barnen och Referenspunkt Ersta

De flesta av dem som blivit erbjudna gruppstöd hos någon av frivilligorganisationerna var svårt drabbade av katastrofen (grupp I). Grupperna, som träffades varje eller varannan vecka, hade pågått i cirka ett år. Gruppdeltagarna fortsatte därefter att ses på egen hand men då utan gruppledare. De flesta, både kvinnor och män, var övervägande nöjda med stödet. De menade att det hade varit bra att få dela händelsen med andra. *"Ja, det har gett mig mycket, för jag har fått det här att man bollar... att man får bekräftelse på det man känner. Att det jag känner är jag inte ensam om, det är väldigt viktigt."* Det var bra att få höra att andra hade reagerat ungefär på samma sätt och blivit rädda för samma saker. När någon i gruppen berättade sin historia *"så visste man exakt vad de pratade om"*, sade en av de intervjuade. En kvinna framhävde speciellt BRIS *"spelar ingen roll vem jag pratat med, vi hade kunnat vara utan det mesta, men BRIS hade vi aldrig klarat oss utan. Alltså, deras insats och deras upplägg som de hade för barnen, har varit helt otroligt bra!"*. Det fanns också de som uttryckte att det hade varit svårt för dem att prata i gruppen. Den vanligast förekommande kritiken handlade om att gruppen inte var rätt sammansatt, vilket bl.a. ledde till att en av kvinnorna lämnade gruppen i förtid.

De flesta tyckte att grupperna kommit i gång vid en lämplig tidpunkt, men det fanns också någon som tyckte att grupperna startats för sent. En kvinna önskade att hon hade fått hjälp med

praktiska frågor, men hon tyckte ändå att hon fått ut mycket tack vare att gruppen var väl sammansatt och leddes av bra gruppledare.

Några män hade önskat att gruppledarna innan grupperna startade hade haft enskilda samtal med var och en av gruppdeltagarna. Två av de intervjuades barn fick plats i en grupp på Ersta men eftersom de upplevde att grupperna inte var rätt sammansatta så gick de endast dit en gång. Ett av barnen fick senare hjälp via BRIS.

Två kvinnor och en man i exponeringsgrupp II erbjöds gruppstöd. En av kvinnorna tackade nej. Den andra kvinnan hänvisades av skolsköterska till Ersta. Hon avbröt sitt deltagande där efter två möten. Hon tyckte inte att gruppen var enhetligt sammansatt och trodde därför inte att gruppen skulle tillföra henne något. Mannen deltog i en grupp på Röda Korset och var nöjd med det stöd han fått. Han fick möjlighet att dela sina upplevelser med andra i samma situation. En kvinna från den minst exponerade gruppen (grupp III) började också i en grupp på Röda Korset men kände sig inte hemma i gruppen. Alla utom hon hade mist en anhörig.

Stöd på hemresan från Sydostasien och på Arlanda flygplats

Det fanns olika uppfattning om stödet på flygplanet. En kvinna berättade att de hemvändande hade fått bra stöd på ambulansflygplanet av en läkare, som fanns ombord. En annan uppskattade det stöd hon fått av psykolog under hemresan. Det gjorde också en av männen, medan en annan man helst ville bli lämnad ifred på flygplanet. Några berättade att de mått psykiskt dåligt på hemresan. En man fick en panikattack. Den enda hjälp han fick var en huvudvärkstablett.

Både kvinnorna och männen beskrev mottagandet och bemötandet på Arlanda flygplats som positivt. De uppskattade att polisen registrerade alla som anlände och att mottagandet var så väl organiserat. Folk lotsades till olika platser på flygplatsen. Man fick mat, filtar och kläder och det fanns professionella personer att tala med ifall man önskade och behövde det. En person uttryckte att det hade känts som ett erkännande och förståelse för vad de hade varit utsatta för.

Det fanns också kritiska röster mot mottagandet särskilt hos dem som inte tillhörde de svårast exponerade grupperna. En person upplevde ett kaos vid hemkomsten och ville bara åka hem. En man

upplevde att reaktionerna inom honom först startade när han kom till Arlanda. Han tyckte att det hade känts som att "*springa gatlopp*" mellan vänliga människor, som erbjöd allt från hamburgare till p-biljetter, poliser, sjukvårdare och psykologer. Han kände sig skamsen eftersom hans familj hade klarat sig så bra. Någon tyckte att allt det som fanns att tillgå på Arlanda flygplats hade behövts bättre i Thailand. Två personer var negativa till stödet på flygplatsen; en hade känt sig uttittad och en upplevde att ingenting fungerade där ute. En person berättade att det fanns få personer kvar på Arlanda när de anlände. Eftersom de var trötta passerade de inte registreringen. De ringde istället till polisen dagen därpå för att anmäla att de anlant till Sverige. Informationen gick inte fram. De stod kvar på listor över saknade vilket föranledde onödig oro hos vänner och anhöriga.

Återresa till Thailand

Av de intervjuade var det med något undantag endast kvinnor som återvänt till katastrofområdet. De flesta tillhörde den mest utsatta exponeringsgruppen (grupp I). Några hade gjort flera resor till Thailand i syfte att återse katastrofplatsen, att få "*lägga ihop pusslet*" och för att hjälpa och bistå lokalbefolkningen. En uttryckte att "*allt var orört och barnen kikade in i sitt hotellrum och där låg några saker kvar*". Hon upplevde att resan gav dem mycket tillbaka och att barnen kunde gå rakryggade i livet efter detta.

De som valt att inte resa tillbaka till katastrofområdet angav som skäl att de inte kände behov av det, inte hade mod att göra det, att de inte någonsin ville bo på en strand igen eller för att de kände ilska mot thailändska myndigheter, som inte hade varnat om Tsunamin.

Försäkringsbolag

De som hade varit i kontakt med sina försäkringsbolag beskrev handläggarna som smidiga och hjälpsamma. En av männen hade omedelbart efter tsunamin via sitt försäkringsbolag fått pengar så att de kunde köpa biljetter och andra nödvändigheter i Thailand. En kvinna upplevde kontakten med sitt försäkringsbolag som krånglig.

Timing

Exponeringsgrupp I

De flesta kvinnorna kommenterade i intervjuerna att de upplevde att stöd och hjälp inte kommit i rätt tid. Antingen blev de uppringa av den undersökta kommunen för tidigt d.v.s. i ett skede då de inte var redo att ta emot stöd eller så erbjöds de stöd för sent. Då hade de fått gå för länge utan hjälp. Några hade misströstat medan andra ordnat med hjälp från annat håll t.ex. från frivilligorganisationer. *"Jag hade nog behövt någon att prata med och bolla allt, det här som jag bar inom mig, som jag inte kunde visa hemma. Jag kunde ju inte sörja eller visa, jag skärpte mig ju, inför min son, då."* Flera av kvinnorna önskade också att stödet från kommun och landsting hade återkommit med jämna mellanrum och inte enbart vid ett tillfälle. En uttryckte sin besvikelse *"inte alla men många frivilligorganisationer har agerat betydligt mer professionellt och snabbare än vad landstinget och kommunen har gjort"*. Det fanns emellertid också några, som menade att gruppstödet från frivilligorganisationerna också kom igång för sent.

Till skillnad från kvinnorna upplevde de flesta männen att de fått stöd och hjälp i rätt tid även om någon påpekade att det fanns stödåtgärder, som kommit vid fel tidpunkt. Även hos någon av männen fanns en önskan om att kommunen hade följt upp sitt första samtal.

Exponeringsgrupp II

Flera av kvinnorna önskade att de som stod för hjälpinsatserna hade varit mer aktiva, och uppsökande. En kvinna berättade att hon var så lycklig över att ha överlevt att hon inte insåg att hon var i behov av stöd. Hon menade att hon hade behövt tydligare vägledning. En annan hade velat träffa andra personer med samma erfarenhet som hon för att få hjälp med sina reaktioner.

På samma sätt som för de mest exponerade angav männen att de fått stöd och hjälp vid rätt tidpunkt. Det fanns några som ansåg att erbjudandet kommit för tidigt och att kommunen borde ha återkommit i ett senare skede.

Exponeringsgrupp III

Några var nöjda med när och på vilket sätt myndigheter erbjöd sitt stöd. Någon önskade att de blivit kontaktade lite senare, eftersom de i början inte hade hunnit reagera och inte förstod att de behövde hjälp.

Någon önskade tydligare information om möjligheten att få träffa andra personer, som varit med om tsunamin.

Sammanfattning av intervjuer med hemvändande

Trettio personer, 19 kvinnor och 11 män som befunnit sig i Thailand eller Sri Lanka under katastrofen intervjuades. De delades in i tre exponeringsgrupper där den första gruppen var svårast belastad, den andra utgjorde en mellangrupp medan den tredje gruppen bestod av personer, som varit minst exponerade under katastrofen.

De svårast exponerade personerna uppvisade de kraftigaste posttraumatiska stressreaktionerna och kvinnor mådde genomgående psykiskt sämre än männen oavsett typ av exponering. De flesta uppgav att de förändrats efter katastrofen såväl vad gällde eget beteende som synen på livet. Många hade fått ett större kontrolleringsbehov och var mera vaksamma inför hotande situationer. Några hade svårt att vistas på platser i närheten av vatten. Å andra sidan upplevde många att de förändrat sin syn på livet i positiv riktning. Man värdesatte livet högre, uppskattade relationer med närstående och gjorde andra prioriteringar än tidigare.

Både män och kvinnor i samtliga exponeringsgrupper uttryckte samstämmigt att stödet från det privata nätverket varit mycket betydelsefullt. Det fanns dock enstaka personer som också beskrev stödet från anhöriga som problematiskt.

Informationsstöd fick de hemvändande från olika håll. De mest exponerade personerna hade fått eller tagit till sig mera information på Arlanda flygplats i samband med ankomsten till Sverige, från kommunen via telefonsamtal eller hemsidor eller via media. Synen på nyttan av denna information varierade, bland männen var det färre som rapporterade att de fått användbar information.

Det stora flertalet personer hade blivit kontaktade från någon person i kommunen inom tre månader efter tsunamin och i allmänhet blivit erbjudna någon form av stöd. Kvinnor, särskilt de som var svårast drabbade av katastrofen, tog i allmänhet emot erbjudandet om stöd medan de flesta männen inte ansåg sig vara i behov av stöd och därför tackade nej. Flera av dem som tackat nej, såväl kvinnor som män, uttryckte besvikelse över att de inte blivit kontaktade från

kommunen i ett senare skede, vilket en del tolkade som att det inte längre fanns ett intresse för deras situation från kommunens sida.

Kvaliteten på stödinsatserna varierade. Det fanns män och kvinnor inom samtliga exponeringsgrupper som uppskattade och var mycket nöjda med det erhållna stödet. Å andra sidan fanns det också de som var missnöjda med stödinsatserna, framför allt bland kvinnorna. Skolans agerande beskrevs i huvudsak som positivt och professionellt med några få undantag. Stödet från chefer och kollegor på arbetsplatser beskrevs också genomgående som positivt och värdefullt. Det fanns dock personer, de flesta kvinnor, som var missnöjda med sina chefers bemötande. En kvinna blev så kränkt av sin chefs agerande att hon sa upp sin anställning. På flera arbetsplatser fick drabbade stöd från företagshälsovården eller hjälp att komma till privat psykoterapi.

Svenska kyrkan erbjöd stöd i form av sammankomster, enskilda samtal och gruppstöd. De personer som förlorat en eller flera anhöriga och erhållit individuella samtal med präst var mycket nöjda med detta stöd. Många men inte alla av dem som deltagit i gruppstöd i kyrkans regi var nöjda. Stöd i gruppform erbjöd också frivilligorganisationer såsom Röda Korset, BRIS, Rädda Barnen och Referenspunkt Ersta. Dessa grupper, som pågick under cirka ett år, värderades högt och få var missnöjda. Att dela sina upplevelser med andra som också varit på plats under katastrofen och i gruppform få sina reaktioner normaliserade beskrevs som ett kraftfullt stöd. De som uttryckte missnöje med grupperna menade att grupperna startade för sent men framför allt kritiserade de sammansättningen av gruppdeltagare. De hade känt sig utanför p.g.a. att grupperna inte var enhetligt sammansatta.

Bemötandet och stödet från hälso- och sjukvården beskrevs alltifrån mycket professionellt till, som en uttryckte det, som en "skräckupplevelse". Detta gällde för vård på akutsjukhus, vårdcentraler, psykiatriska öppenvårdsmottagningar och BUP. Med få undantag var man nöjd med det somatiska omhändertagandet såväl på sjukhus som på vårdcentraler och det för katastrofen särskilt upprättade vårdcentrumet. Brister i bemötande rapporterades i huvudsak i kontakten med personer som förväntades stå för det psykologiska stödet. Negativa erfarenheter i möten med läkare, kuratorer och psykologer ledde till att en del drabbade personer antingen avbröt kontakten med sjukvården eller fick dem att avstå

från att söka hjälp trots ett uppenbart hjälpbehov. De få personer som fått privat psykoterapi var nöjda med det stödet.

Både kvinnor och män beskrev mottagandet och bemötandet på Arlanda flygplats som positivt. Man uppskattade polisens registrering, att mottagandet var väl organiserat och utbudet av såväl praktiskt som socialt och psykologiskt stöd. Det fanns också kritiska röster mot mottagandet särskilt hos dem som inte tillhörde de svårast exponerade grupperna.

Flera kvinnor och främst de som varit mest exponerade återvände till Thailand inom ett år efter katastrofen. Man reste för att återse katastrofplatsen och/eller för att bistå lokalbefolkningen. Resan beskrevs genomgående som värdefull.

Många kvinnor, särskilt de som var värst exponerade, kommenterade i intervjuerna att stödet inte kommit i rätt tid. Antingen blev de kontaktade i ett så tidigt skede att de inte var redo att ta emot stödet eller så kom erbjudandet för sent. De menade också att kommunen inklusive sjukvården borde ha varit mer aktiv och uppsökande samt ordnat med uppföljande samtal. Till skillnad från kvinnorna upplevde männen att de fått stöd och hjälp vid rätt tidpunkt.

Resultat från intervjuerna, anhöriga

Gruppen anhöriga, som ingår i studien, hade alla förlorat närstående i tsunamikatastrofen. Sju personer, fem kvinnor och två män, befann sig alla i Sverige då flodvågskatastrofen inträffade. Det var i åldrarna 55-65 år med undantag för en kvinna, som var 33 år gammal. Ingen av de anhöriga hade sin hemvist i den undersökta kommunen. Fem bodde inom Stockholms län och två bodde utanför. Alla var gifta förutom en, som var skild sedan lång tid tillbaka. Samtliga hade egna barn och flera hade också barnbarn.

Av kvinnorna förvärvsarbetade fyra och en var föräldraledig. Av dem som förvärvsarbetade hade tre egna affärsrörelser och två arbetade inom hälso- och sjukvård.

Förluster i tsunamin

De anhöriga blev hårt drabbade med flera förluster inom sina respektive familjer. Fyra av dem hade förlorat sina döttrar i tsunamin, två av dem även sina svärsöner samt ytterligare två sina barnbarn. Tre av de anhöriga hade förlorat sina systrar och deras respektive partner. Dessutom hade flera mist vänner till familjen. Som exempel kan nämnas att en av de intervjuade förlorade 12 personer från sitt sociala nätverk. Den personen skulle egentligen själv ha varit med på resan tillsammans med sin familj men hade avbokat resan i sista stund.

Hälsa – två år efter katastrofen

Fem av de sju i anhöriggruppen beskrev att de mådde ganska bra två år efter katastrofen trots att de dagligen tänkte på tragedin och på de omkomna. Två i gruppen uppgav att de börjat må sämre igen, vilket de kopplade till att "två-årsdagen" för katastrofen började närma sig. Flera påpekade att det var först nu eller för cirka ett halvår sedan som de hade kunnat börja reagera eller sörja "*vi har egentligen inte haft tid att sörja dem än... det är väl nu först vi känner att, nu börjar alla bitarna falla på plats*".

Även om flertalet uppgav att de mådde relativt bra så besvärades de fortfarande av olika psykiska reaktioner såsom sömnsvårigheter, minskad aptit, ledsenhet, tomhets känslor, rädsla för att glömma bort hur de omkomna såg ut eller lät, trötthet, spänningar i kroppen, lätt för att gråta, känslighet för ljus och ljud, ont i magen eller allmän nedstämdhet. En person berättade att hon hade återkommande mardrömmar, som handlade om händelsen. "*Då hade barnbarnet kommit hem, men vi fick inte ta hand om henne. Jag åkte till någon skola där hon var och så kom det någon och hämtade henne och drog iväg henne. Hon vänder sig om till mig och gråter och säger mormor sedan så försvinner hon och så vaknar jag*".

De flesta beskrev också att de upplevde sig till viss del förändrade i sitt sätt att vara efter tragedin. De kände behov av att hålla extra koll på sina anhöriga som t.ex. att flytvästen alltid skulle vara på barn vid lek nära vatten. En kvinna beskrev att hon hade fått en helt annan känsla och omtanke för andra människor och en person berättade att hon inte kunde vara sysslolös utan måste ha något att göra hela tiden. En person uppgav mindre intresse för materiella ting. Flera beskrev

även att deras humör blivit konstant sämre och att de inte var lika glada som förut.

Förekomst av andra psykosociala belastningar före och efter tsunamin

Flera i gruppen hade haft påfrestningar före katastrofen år 2004 som t.ex. slitsam och långdragen skilsmässa, obotlig sjukdom hos nära anhörig och andra svåra förluster tidigare i livet som t.ex. förlust av ett barn. De hade även efter katastrofen drabbats av andra påfrestningar, som t.ex. stormen Gudrun, brand i eget hem, fysisk och/eller psykisk sjukdom i familjen, relationssvårigheter mellan syskon.

Stöd från det privata nätverket

Alla i anhöriggruppen beskrev att deras privata sociala nätverk bestående av egna familjemedlemmar, syskon, andra anhöriga och nära vänner spontant erbjudit sitt stöd när det stod klart för dem vad som hade hänt. Samtliga beskrev ett starkt och omedelbart engagemang från sina nära och kära, som var både praktiskt och emotionellt. I flera familjer följde även deras vänner med till Sydostasien för att hjälpa till i sökandet efter dem som var försvunna. Någon beskrev att de första tio dagarna bestod av ett intensivt sökande och samtidig irritation och vrede riktad mot svenska myndigheter som inte gav dem stöd och hjälp.

En anhörig märkte å andra sidan tydligt hur några närstående tog avstånd från dem eftersom de inte orkade med att ta in konsekvenserna efter den inträffade katastrofen. Kontakten mellan dem upphörde nästan helt. Andra anhöriga berättade att en del vänner blev rädda och distanserade sig från dem eftersom de inte visste hur de skulle kunna prata om de svåra förlusterna.

Formaliserat stöd

Informationsstöd

Den första tiden efter katastrofen sökte flera själva information via Internet samt genom att ringa till olika myndigheter i Sverige och utomlands. De berättade att de fick bra upplysningar om vidden av katastrofen via olika sidor på webben men de var tvungna att söka informationen själva. "Vi satt ju i ett vakuum och fick förlita oss på vad vi

hörde och vad andra intensivjobbade med men det var ovisst.” Det var också svårt att förlita sig på uppgifterna, som myndigheterna gav. Personer, som redan kommit hem till Sverige sattes upp på listor med saknade och tvärt om.

Stöd från kommun och landsting

Tre av sju intervjuade sökte själva läkare och psykolog, psykoterapeut eller kurator medan två fick professionellt stöd via kommunen.

En anhörig beskrev att deras barnbarn, som överlevt tsunamin, men förlorat sin mamma, fick ett bra stöd från både socialtjänsten och BUP i den undersökta kommunen. Man behöll kontakten med barnbarnen, trots att de egentligen skulle ha hänvisats vidare till annan instans. Detta upplevdes som avgörande för att barnbarnen skulle vilja ha kvar hjälpen. Socialtjänsten hade fortfarande sporadisk kontakt med dem. En annan berättade att deras barn också hade fått god hjälp från BUP, som hjälpt barnen i deras funderingar över livet och döden.

Två var nöjda med stödet från den undersökta kommunen och primärvården och två var också nöjda med det stöd som de fått från sin egen kommun. De hade fått stöd av både husläkare och psykolog. En av de intervjuade beskrev stödet från vårdcentralen i en angränsande kommun *”dels min husläkare, som jag tycker har varit helt fantastisk, sedan också kuratorn på vårdcentralen, de har lyssnat, jag har kunnat prata om precis vad som helst, de har visat en enorm medkänsla fast inte de själva har varit drabbade, ja, de har förstått, vad jag går igenom”*.

En kvinna uppgav att hon inte fått stöd från vare sig kommun eller landsting förutom vid ett tillfälle, då kommunen hörde av sig angående en vårdnadsfråga. Hon begärde då att få ta del av informationen, som rörde hennes syskonbarn. Hon fick efter detta delta i några möten och blev på så vis lite mer involverad. Samtliga utom en ansåg att det professionella stödet borde ha aktiverats snabbare än vad som skedde. De upplevde en stor tröghet inledningsvis, vilket gjorde att de själva fick söka stöd och hjälp inom den egna familjen och vänkretsen samt ute i samhället.

Stöd från frivilligorganisationer

Två av de intervjuade hade gått i anhöriggrupp på Röda Korset respektive Referenspunkt Ersta. Grupperna hade avslutats vid tiden för intervjuerna men gruppdeltagarna fortsatte att träffas utan gruppleddare. Båda var mycket nöjda med stödet. Och som en sade *"man pratar om samma problem, att man förstår varandra, man ältar samma saker och alla förstår vad man menar, när man har lite konstiga tankar, om det här, den där maktlösheten, man känner att man aldrig får veta"*.

Ytterligare fyra personer hade fått erbjudande om att gå med i en stödgrupp men hade avböjt anbudet då de menade att stödet från familj och vänner var tillräckligt.

De anhöriga var mycket nöjda med Svenska kyrkans olika insatser. Det fanns präster ute på Arlanda flygplats vid ankomsten, kyrkan anordnade sammankomster för de drabbade och deras anhöriga samt minnesstunder i olika församlingar. Några hade haft daglig kontakt med en präst under den första tiden efter katastrofen och en kvinna hade fått dagliga hembesök. Stödet som fortsatt hade varit mycket betydelsefullt. Andra fick kontakt med präst i ett senare skede.

Stöd på arbetsplatsen

En av de anhöriga hade fått stöd genom samtal med personalchefen, en annan från en nära kollega och en tredje hade fått ekonomiskt bistånd från sin arbetsgivare för att kunna gå hos privat psykoterapeut.

Övrigt stöd

Flertalet av de anhöriga beskrev mottagandet och bemötandet på Arlanda flygplats av personal från hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Röda Korset och Svenska kyrkan som mycket positivt. Det var bra att det fanns hjälp att få för dem själva, men framför allt för de hemvändande. Det fanns behov av allt från det medicinska och psykologiska till det praktiska med mat och kläder. Någon upplevde dock att det var en lite för kraftfull insats. De hade svårt att ta emot vad som erbjöds, eftersom de tyckte att det fanns andra som var i större behov av hjälp än dem själva. Några hade fått skriftlig

information men kunde inte minnas vad denna information handlat om.

I intervjuerna berömde några Räddningsverkets och Rikskriminalens insatser såväl i Thailand som hemma. Fem av de sju anhöriga redogjorde för hur viktig resan till katastrofplatsen i Thailand varit för deras bearbetning. Några hade rest dit flera gånger. En person beskrev det som *"jag tror att jag känner att jag inte är klar med Thailand, jag vill åka dit igen, för jag har en känsla för att det var där som de va, det känns som det är där de är"*. De som rest till Thailand hade fått uppbackning och bra stöd från Röda Korset, Svenska kyrkan, Räddningsverket, Rikskriminalen och Svenska ambassaden. Flera nämnde också lokalbefolkningens ansträngningar att ta emot dem när de besökte katastrofområdena.

Två av de intervjuade hade inte åkt tillbaka till Thailand; en kände inget behov av att åka dit och den andre tyckte inte att han fått tillräckligt mycket stöd för att kunna realisera en återresa.

Flera uppgav att de fått bra hjälp från sina försäkringsbolag och att de tack vare vänner inom juridiken kunnat få värdefullt praktiskt bistånd från dem.

Stödets betydelse

Samtliga betonade att det absolut viktigaste och mest betydelsefulla stödet kom från maka/make, andra familjemedlemmar och vänner *"det är ju att någon lyssnar på en, när man åltar och ändå inte har en massa lösningar och råd, för det finns inga men ändå orka lyssna"*. En person uppgav att hon fått ett *"oumbärligt stöd"* av sin privata psykoterapeut och några personer tog upp betydelsen av att ha haft en präst att tala med eller en stödgrupp att gå till som ett komplement till det sociala nätverket. För en av de intervjuade kom det kanske viktigaste stödet från en kollega på arbetsplatsen, som lyssnade och stödde och inte släppte henne. *"Hon har mejlat, hon har ringt och hon har pratat."*

Några av de intervjuade framförde en del kritiska synpunkter mot kommunen, såväl den egna som den studerade. De önskade att kommunen snabbare tagit kontakt med dem och att det varit lättare att nå berörda myndighetspersonen. Att bli lovad återuppringning som sedan inte utfördes var särskilt dåligt. Några var kritiska mot skolans agerande. Främst gällde detta samordningen mellan

socialkontoret och skolan, där ansvariga skyllde på varandra när det inte fungerade.

Timing

Samtliga intervjuade utom en framförde att det professionella stödet borde ha aktiverats mycket snabbare *"innan vi fick kontakt med vilka som skulle ta hand om oss, för det tog ju lite tid, det tog ju en väldig tid, tycker jag, det var ganska trögt i början, mycket trögt"*. Flera tog upp frustrationen över att informationen kom sent och ofta var missvisande.

Sammanfattning av intervjuer med närmast anhöriga till personer som omkommit i tsunamikatastrofen

Fem kvinnor och två män, som befann sig i Sverige då flodvågskatastrofen inträffade, intervjuades. Ingen av dem bodde i den undersökta kommunen.

Fem personer i anhöriggruppen beskrev att de mådde ganska bra även om de dagligen tänkte på tragedin och på de omkomna.

Alla ansåg att det mest betydelsefulla stödet kommit från närstående och vänner. Några beskrev att de fått väsentligt stöd från en präst, kollega på arbetsplatsen eller en privat psykoterapeut.

Eftersom de inte bodde i den undersökta kommunen hade få av dem blivit kontaktade därifrån. Några hade fått professionellt stöd via kommunen medan andra hade sökt hjälp på egen hand. De som erhållit hjälp var nöjda med stödet. De flesta hade erbjudits deltagande i anhöriggrupp, men endast två av dem hade deltagit.

Flertalet av de anhöriga beskrev mottagandet och stödinsatserna på Arlanda flygplats som mycket positivt. Det var bra att det fanns hjälp för deras egen del, men framför allt uppskattade de att de hemvändande fick stöd. Några tyckte att insatsen varit för kraftfull.

De flesta hade återigen rest till Thailand och resan hade varit viktig för deras bearbetning av händelsen.

Några var kritiska mot kommunens insatser, såväl den egna som den undersökta. De önskade att man från kommunens sida snabbare hade tagit kontakt med dem. Uteblivna löften om kontakt sågs som särskilt dåligt. Man var också missnöjd med att information kom sent och ofta visade sig vara felaktig.

Diskussion

Denna rapport behandlar två händelser, en bussolycka och tsunamikatastrofen, som samma år drabbade en och samma kommun och dess invånare. Syftet med studien var att undersöka samhällets psykologiska och sociala kris- och katastrofberedskap. I studien undersöktes hur en kommuns kris- och katastrofplaner tillämpades vid de två händelserna och hur man organiserade de psykologiska och sociala stödinsatserna till kommunens invånare. Tillämpningen av kommunens planer och åtgärder studerades genom intervjuer med personer i kommunens krisledning och kommunens tjänstemän på olika nivåer. Vidare intervjuades personer i ledning hos kommunens samarbetspartners i landstinget, polisen, räddningstjänsten och frivilligorganisationer. Erfarenheter av insatta stödåtgärder vid tsunamikatastrofen belystes genom enskilda drabbades upplevelser, behov och värdering av insatta åtgärder. Av de två händelserna hade bussolyckan ett traditionellt förlopp med snabba hjälpinsatser från räddningstjänst och hälso- och sjukvård. Kommunen kom inte att engageras i någon högre utsträckning. Den andra, tsunamikatastrofen, var en av de mest omfattande naturkatastroferna i modern tid med allvarliga konsekvenser också för svenskt vidkommande. Vid den händelsen gjordes det i kommunen stora ansträngningar för att ge drabbade barn, tonåringar och vuxna, stöd.

Tsunamikatastrofen var en i raden av flera allvarliga händelser, som inträffat i Sverige under de senaste decennierna. Morden på en stads- och en utrikesminister, Estoniakatastrofen och diskoteksbranden i Göteborg är händelser som påverkat såväl lokalsamhällen som hela nationen. Varje sådan händelse har lett till en ökad medvetenhet om betydelsen av att berörda personer ges psykologiskt och socialt stöd. Som stöd till att förbättra beredskapen i kommuner och landsting har det tillkommit ett flertal lagar, förordningar och allmänna råd. På många håll har krisplaner tagits fram och kompetensen hos personal med ansvar för kris- och katastrofhjälp höjts genom utbildning och övningar.

Att för en studie av samhällets kris- och katastrofberedskap utgå från en kommun och dess agerande har en naturlig grund i Socialtjänstlagen (SFS 2001:453), som reglerar kommunens ansvar för

psykologiskt och socialt stöd till kommunens invånare och de personer som vistas i kommunen i samband med allvarliga händelser. På motsvarande sätt föreskriver Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2002:452) landstingens skyldighet att upprätthålla en medicinsk katastrofberedskap.

I samband med stora olyckor och katastrofer har Socialstyrelsen sedan många år genomfört utvärderingar av händelserna bl.a. i form av Kamedorapporter, t.ex. efter flyghaveriet vid Gottröra (Socialstyrelsen, 1994) eller Estoniakatastrofen (Socialstyrelsen, 1997). I dessa utvärderas framförallt de insatser som berör räddningstjänst, akutsjukvård och organisation av hjälpinsatser medan det psykologiska stödet i allmänhet får ett litet utrymme. Detta är olyckligt eftersom det vid de flesta allvarliga händelser varit de psykologiska konsekvenserna, som krävt störst insatser (Gerrity & Flynn, 1997). Erfarenheterna från allvarliga händelser är att de akuta räddningsinsatserna inklusive akutsjukvård fungerat väl, medan det funnits kritiska synpunkter på kvalitén i det psykologiska, sociala och informativa stödinsatserna (SOU, 1998; SOU, 1999).

I slutrapporten från Rådet för stöd och samordning efter flodvågskatastrofen sammanfattades rapporter och undersökningar, som gjordes efter tsunamikatastrofen (Rådet, 2006). Man konstaterade att det psykosociala stödet till drabbade varit omfattande, de flesta i behov av hjälp hade fått sådan och det stora flertalet hade varit nöjda med kvalitén på stödet. Utvärderingar av psykologiska stödinsatser blir emellertid ofta ofullständiga, då man i allmänhet utgår från antingen kommunens, hjälpande organisationers eller drabbades/patienters perspektiv, sällan alla perspektiven samtidigt. Det finns en benägenhet att ansvariga inom hjälpande organisationer tolkar insatta åtgärder mera positivt än de som ger stödet, medan de drabbade själva ger en bild av både bra och dåliga insatser (Michélsen et al., 2007). Det är därför angeläget att studera kommunens agerande utifrån olika perspektiv.

En olycka och en katastrof men samma krisplan

De två händelserna skilde sig åt på en rad punkter. Men det var samma kommunala plan som låg som underlag till hur arbetet skulle ledas och vilka insatser som skulle sättas in. Bussolyckan inträffade i kommunen, men passagerarna kom från en grannkommun. Kommunens egen krisorganisation aktiverades inte trots att psykolo-

giskt och socialt stöd efterfrågades av flera aktörer. Tsunami-katastrofen fick en speciell dramaturgi med stor medial uppmärksamhet, då svenska turister drabbats av en katastrof långt från hemlandet. Det tog dagar till veckor innan de drabbade kom hem och innan de flesta avlidna identifierats. Detta medförde ytterligare påfrestningar för de drabbade, men gav samtidigt kommunen goda möjligheter att förbereda stödet till de hemvändande och deras anhöriga.

Det är en grannliga uppgift att ta fram en kris- och katastrofplan, som ska fungera vid såväl avgränsade olyckor som vid en katastrof. Den ska täcka många områden såsom riskinventering, information, räddningstjänst, socialtjänst samt hälso- och sjukvård. Inom alla dessa områden behöver det psykologiska och sociala stödet beaktas. En central fråga är vilka typer av händelser man ska prioritera i en krisplan och hur detaljerat man kan förbereda och upprätthålla en beredskap inför stora och okända händelser, som kan drabba kommunen (Norris et al., 2008).

Erfarenheter från allvarliga händelser talar för att planen behöver vara ganska detaljerad och konkret för att uppfattas som användbar (Heltne & Dyregrov, 2008). Erfarenhetsmässigt är det svårt att sätta klara gränser för vilka händelser som ska utlösa krisplanen, ofta hamnar händelserna i en gråzon, där man tvingas ta ställning från fall till fall. Det underlättar dock arbetet om man, när man utarbetar planen, definierar vilken typ av händelse, som ska utlösa den och vilka delar av planen som ska aktiveras (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Det senare gäller särskilt åtgärder av psykologisk och social natur. I den studerade kommunen hade man en plan för ett antal potentiella händelser. Det saknades emellertid kriterier för när, vid vilka händelser och hur kommunen i sådana fall skulle agera. Det fanns i planen inte heller några tydliga riktlinjer för kommunens insats och ansvar vid olyckor som inträffar inom kommunens geografiska område, men där de drabbade i huvudsak bor i andra kommuner. Kommunallagen reglerar kommunens ansvar inom det egna geografiska området (SFS 1991:900) och socialtjänstlagen (SFS 2001:453) kommunens ansvar för socialtjänsten. Enligt dessa lagar har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen, både egna invånare och de som tillfälligt befinner sig där (vistelsekommun), får den hjälp och stöd som de behöver. När det gäller bussolyckan kan man i efterhand konstatera att det fanns en

oklarhet vad gällde samverkan mellan inblandade organisationer, vilket skapade en osäkerhet om vem som skulle ansvara för det omedelbara stödet; hälso- och sjukvården, socialtjänsten i den egna kommunen, grannkommunen eller bussbolaget.

För det psykologiska och sociala arbetet är det nödvändigt med en övergripande målsättning i kris- och katastrofplanen, något som saknades i den studerade kommunens plan. Möjligen kan detta ha bidragit till att det inte planerades för någon långsiktig uppföljning av stödinsatserna vid de båda studerade händelserna. Med uppföljning menas här att kommunledningen kunde, för att få en samlad bild av vilka insatser som gjorts, ha begärt in rapporter om insatta åtgärder från såväl interna som externa organisationer. Vidare hade ledningen behövt få en orientering om effekten av de psykologiska och sociala insatserna genom en sammanställning av aktuellt hälsoläge hos dem, som erhållit stöd.

De intervjuade i ledningsfunktion var i stort nöjda med hur krisplanen använts, att kompetensen ute i verksamheterna var hög och att drabbade i behov av stöd fått sådant. Detta bekräftades till viss del av de drabbade själva, men många påtalade också stora brister i organisation och bemötande från såväl kommunens verksamheter som övriga aktörer.

Ett alternativ till en tydlig formulerad krisplan avseende psykologiskt och socialt stöd kan vara att, som i den studerade kommunen, nöja sig med att i en övergripande krisplan namnge personer och organisationer, som är ansvariga för olika typer av psykologiskt och socialt stöd utan att precisera deras uppgifter. Detta gör krisorganisationen flexibel och möjliggör olika typer av insatser beroende på händelsens art. En sådan organisation kan fungera i små kommuner med upparbetade kontakter och god personkännedom, särskilt om det rör sig om avgränsade olyckor, som enbart drabbar egna kommuninvånare.

Verksamheternas krisplanering

Inblandade organisationer, som stod för det psykologiska och sociala stödet, såsom skolan, socialtjänsten och Svenska kyrkan, hade egna utarbetade krisplaner, som var väl kända inom den egna organisationen. De var dock inte samordnade med kommunens övergripande plan, som man på sina håll hade otillräcklig kunskap om. När så är fallet finns risk att varje organisation följer sin egen plan utan att ta

hänsyn till den övergripande planen med följd att man i stället för samordning får parallellt arbetande organisationer (Grønvold Bugge, 2008). Vid tsunamikatastrofen upprättade både socialtjänsten och Svenska kyrkan telefonmottagningar och båda verksamheterna arbetade uppsökande. Detta kan ha bidragit till att en del drabbade kontaktades av flera hjälporganisationer medan andra tappades bort.

Det visade sig i studien att alla involverade verksamheter inte hade en egen krisplan. Det skulle t.ex. finnas en krisplan på varje skola, något som inte var helt genomfört vid undersökningstillfället. Krisplanerna såg olika ut på de tre undersökta skolorna såväl de kommunala som den privata.

Landstinget hade en central beredskapsplan och för det psykologiska stödet fanns det på samtliga akutsjukhus lokala katastrofplaner. I den aktuella kommunen fanns inget lokalt akutsjukhus, varför det hade behövts en särskild medicinsk och psykologisk plan för hälso- och sjukvården i kommunen. Någon sådan fanns dock inte, vilket kan hänga samman med att det inte fanns centrala avtal med primärvård och psykiatri om dessa organisationers deltagande i landstingets krisberedskap. I motsats till socialtjänstens insats kom centrala direktiv till landstingets sjukvård, såväl till primärvården som till psykiatrin. Exempel på sådana centrala beslut var inrättandet av ett vårdcentrum, att drabbade skulle få kostnadsfri vård under tre månader och att drabbade fick hög prioritet inom både primärvården och psykiatrin.

Verksamheternas krisplaner hade otydliga eller bristfälliga kopplingar till varandra. Man kände till den egna verksamhetens krisplan men inte de andras, vilket försvårade samverkan t.ex. mellan socialtjänsten, skolan och psykiatrin.

Larmvägar

Enligt kommunens övergripande krisplan kunde kommunen larmas från olika håll exempelvis från SOS Alarm, polisen eller via kommunens egna verksamheter. Så skedde i viss mån vid båda händelserna. Vid tsunamikatastrofen uppmärksammades säkerhetssamordnaren om katastrofen via media, privata kontakter och en tjänsteman inom kommunen långt innan kommuninvånarna återvänt till Sverige. Det hade varit önskvärt om kommunerna i Stockholms län larmats av Länsstyrelsen, som har en beredskapsorganisation och ett ansvar för samordnade insatser vid allvarliga händelser. Vid

bussolyckan fick säkerhetssamordnaren först i ett sent skede en förfrågan från polisen om inte kommunen skulle erbjuda psykologiskt och socialt stöd till passagerarna. Räddningsarbetet på olycksplatsen var vid den tidpunkten redan avslutat och passagerarna transporterade till olika vårdinrättningar. Det fanns allvarliga brister i larmvägarna, som enligt larmoperatören på SOS Alarm berodde på förändrade ansvarsområden rörande larmvägar mellan SOS Alarm och räddningstjänsten och bristfällig återkoppling. Denna otydlighet ledde till att polisen inte omedelbart larmades, vilket försvårade räddningsarbetet eftersom säkring av olycksplatsen och registrering av passagerarna kom igång sent. Socialtjänsten kopplades aldrig in eftersom larm inte gick till socialjouren. Det finns skäl att se över larmfunktionerna både i kommunen och centralt i länet såväl vid enstaka olyckor som vid allvarliga händelser.

Vid en större olycka eller allvarlig händelse skulle det kanske vara av värde om kommunens krisledning använde sig av samma beredskapslägen som sjukvården. Centralt och på akutsjukhusen har man tre lägen för beredskapshöjning. Stabsläge, som innebär att en tjänsteman följer händelseutvecklingen och kontakter berörda experter, som kan ingå i en stab. Vid stabsläge kontaktas alltid psykologisk expertis. Vid förstärkningsläge, etableras en krisledningsgrupp i vilken psykologisk expertis ingår, för att samordna sjukvårdens insatser, samverka med andra aktörer och vidta nödvändiga förstärkningar. Vid katastrofläge intar man högsta beredskap och sätter delar eller hela katastrofplanen i verket. Detta skulle tydliggöra för såväl interna som externa aktörer ingående i kommunens krisberedskap på vilken nivå krisledningen arbetar. De olika organisationerna skulle då också vid behov kunna höja sin beredskap till motsvarande nivå.

Decentralisering

I den studerade kommunen hade man en princip om långt gående decentralisering och delegering av arbetsuppgifter till socialtjänsten, skolan och kyrkan samt genom separata avtal med vuxenpsykiatri. Man utgick från att samtliga organisationer hade kompetens för uppgiften och själva kunde ta beslut om åtgärder. Decentralisering, flexibilitet, tydlig beslutsgång och god personkänedom har beskrivits som en framgångsfaktor exempelvis vid diskoteksbranden i Göteborg 1998 (Hagström & Sundelius, 2001).

Denna modell förutsätter emellertid att samtliga organisationer deltar i framtagandet av den övergripande krisplanen. Även om det finns formaliserade beslut, så som var fallet mellan kommunen och vuxenpsykiatrin, så visar det sig vid katastrofer att insatserna inte görs, så som man förväntat sig (Sundelius & Stern, 1997). Den aktuella studien visar på betydelsen av att ansvariga för det psykologiska och sociala stödet finns med i framtagandet av krisplanen men också omedelbart inkallas eller konsulteras vid händelser som kan kräva psykologiska och sociala stödinsatser.

En risk med hög grad av decentralisering utan samordning är att varje organisation "lever sitt eget liv". Rektorer utgick exempelvis från sina egna krisplaner och vände sig till kommunledningen i huvudsak endast för att få information. I intervjuerna framförde rektorer att skolan borde ha en central roll i uppdraget att bistå kommuninvånarna med psykologiskt och socialt stöd. Skolan kände sina elever och deras föräldrar och man kunde nå ut till stora delar av kommuninvånarna. Även om det inte blev så i den studerade kommunen kan en långt gående decentralisering utan samverkan leda till en konflikt om "vem som äger katastrofen". Sådan utveckling sågs t.ex. efter bussolyckan i Måbodalen 1988 (Winje & Ulvik, 1998).

Medan decentralisering, premiering av lokala initiativ och god personkännedom kan vara framgångsrikt vid mindre händelser kan det vid allvarliga händelser och katastrofer finnas behov av en centralt samordnad ledning i kommunen. Vid större händelser behöver stödinsatserna vara uthålliga över längre tid och då finns det behov av stöd och samverkan mellan olika organisationer såväl inom kommunen som med andra kommuner.

Uppdelningen i en beställar- och en utförarorganisation gjorde krisledningsgruppen sårbar vad avsåg bemanning i händelse av ett långdraget katastrofförlopp. Här arbetade man emellertid framgångsrikt under tsunamikatastrofen efter principen att bemanna krisledningen med personer utifrån kompetens och erfarenhet oavsett om de representerade myndighets- eller utförarsidan. Detta var, enligt uppgift, möjligt eftersom man utgick från den personal och den organisation som gällde före uppdelningen i beställare och utförare. Man menade också att en viktig aspekt vid val av personer för en krisorganisation var att de skulle vara väl förtrogna med kommunens verksamhet och som personer vara väl kända inom kommunens förvaltning.

Kommunen hade ingen POSOM-grupp. I stället menade man att samma uppgifter ingick i socialtjänstens reguljära verksamhet. Det råder olika syn på POSOM-gruppernas funktion, som framförallt handlar om vem som har det övergripande ansvaret i kommunen för det psykologiska och sociala stödet; högsta ledningen i kommunen, socialchefen eller POSOM-gruppens ledning.

Offentlig och privat verksamhet

Samhällets struktur och olika verksamheters organisatoriska tillhörighet har under det senaste decenniet genomgått stora förändringar. Olika verksamheter har övergått från offentlig till privat drift. Detta skulle kunna minska kommunernas och statens utgifter och samtidigt leda till ökad mångfald inom skola, sjukvård och äldreomsorg. Det finns emellertid en inbyggd risk vid privatisering av skattefinansierad verksamhet i samband med allvarliga händelser, särskilt om man inte tydligt i avtal kommit överens om olika aktörers ansvar och plats i kommunens totala krisberedskap. Olika värderingar och syn på vilka insatser som behövs eller ska göras ökar risken för splittring och fragmentering mellan olika grupper och organisationer i samhället. Den risken finns alltid vid katastrofer där misstro och bristande tillit till ansvariga i samhället är vanligt förekommande (Baum et al., 1983). Detta är särskilt fallet om beredskapen varit dålig, om varningar funnits men inte tagits på allvar, om information uteblivit eller varit motstridig eller om medicinska, psykologiska och sociala insatser setts som otillräckliga (Weisaeth & Mehlum, 1997). Hur uppdelningen av ansvar och verksamhetsinnehåll formulerats mellan olika aktörer är således av yttersta vikt att beakta i samband med planering av kris- och katastrofberedskap.

I den studerade kommunen hade man en långt driven uppdelning i en myndighetssida med en beställarorganisation och en kommunal utförarorganisation och därtill många privata aktörer. Drygt 50 procent av förskolorna, 20 procent av grundskolorna och 40 procent av gymnasieskolorna var privata. Det fanns inga avtal eller överenskommelser mellan dessa och kommunen vad gällde medverkan eller samverkan i den kommunala kris- och katastrofberedskapen. Den i studien undersökta friskolan använde sig av en krisplan, som utvecklats i det egna företaget och krisstöd stod företaget för. Kommunledningen hade ingen kännedom om det i privata förskolor och skolor fanns några krisplaner och hur dessa i så

fall såg ut. Att ha en krisplan i privata skolor ingick inte heller i Skolverkets krav för att få auktorisation. Privata verksamheter hade heller ingen representation i kommunen.

Svenska kyrkan hade i sin samverkan med kommunen tagit fram kris- och katastrofplaner i vilka det fanns beredskap att ställa lokaler till förfogande. Man hade dessutom avdelat en präst eller diakon för var och en av de kommunala skolorna, som skulle bistå skolan vid allvarliga händelser, särskilt om barn kommit till skada eller avlidit. Det fanns ingen sådan krisplanering för de privata skolorna.

Motsvarande problematik upptäcktes vid planeringen av sjukvård för de tsunamidrabbade. Sedan beslut tagits om att öppna ett vårdcentrum i kommunen, tog några vårdcentralschefer inom landstinget kontakt med personal inom de egna organisationerna. Privata vårdcentraler involverades inte även om några erbjöd sig att medverka.

Oklarheter i förhållandet mellan offentliga och privata insatser fanns även under bussolyckan. Räddningstjänst, polis och sjukvård efterfrågade i samband med sina insatser också psykologiskt stöd till drabbade. Bussbolaget initierade på eget initiativ psykologiskt stöd till både passagerare och bussföraren via sin företagshälsovård och tycks ha genomfört detta på ett bra sätt. Passagerarna fick också stöd i ett stödcentrum i den angränsande kommunen. Det fanns således tillgång på psykologiskt stöd men ansvarsfördelning, samordning och uppföljning av passagerarna saknades.

Under åren efter tsunamikatastrofen har primärvården ytterligare privatiserats och numera finns det också psykiatriska mottagningar, som drivs i privat regi. Sannolikt kommer privatisering av offentliga verksamheter att fortsätta. För att alla tänkbara resurser ska kunna sättas in och samordnas vid en katastrof är det nödvändigt att kommuner och landsting i alla avtal med både privata och offentliga aktörer beaktar medicinska, psykologiska och sociala stöd aspekter. Det räcker dock inte med att privata verksamheter ska ingå i kris- och katastrofberedskapen. Det måste också garanteras att berörd personal har adekvata kunskaper, vilket förutsätter att personalen får utbildning och deltar i gemensamma övningar.

Nådde stödet fram?

Vad som är ett bra psykologiskt stöd och när den skall sättas in råder det olika mening om bland psykotraumaexperter. De flesta menar att man ska erbjuda kris- och katastrofdrabbade människor snabb hjälp (Shalev, 2003; Hobfall et al., 2007). Det finns andra som anser att man kan låta tiden ha sin gång eftersom de flesta kommer att återhämta sig utan stöd av experter. De menar att man kan avvakta några månader för att därefter identifiera personer med hjälpbehov (Brewin et al., 2003). Ett sådant förhållningssätt är dock inte praktiskt genomförbart av etiska skäl och medborgarnas förväntningar på att få psykologiskt och socialt stöd (Shalev, 2003 och 2004)

Människor som varit med om potentiellt traumatiserande händelser har genomgående i uppföljningsstudier uttryckt önskemål om: a) snabb behovsanpassad hjälp, b) erbjudanden om hjälp av uppsökande hjälparorganisationer, c) snabb och korrekt information om händelsen och förväntade psykiska och kroppsliga reaktioner, d) att få träffa andra som varit med vid händelsen, e) kvalificerad och kompetent hjälp, f) upprepade erbjudanden om hjälp samt g) att hjälpen skall vara tillgänglig under lång tid efter katastrofen (Dyregrov, 2003).

För att veta om hjälpen kommit fram intervjuades 30 hemvändande personer från tsunamikatastrofen samt sju personer som förlorat närstående i katastrofen, men inte själva var i katastrofområdet då flodvågen sköljde över land. De hemvändande delades in i tre grupper utifrån vad de varit med om under katastrofen.

De svenska hjälpinsatserna i katastrofområdena och kvalitén på hemtransporterna har utvärderats (Lennquist & Hodgetts, 2005; Grandien et al., 2005). Svenska myndigheter har starkt kritiserats för dålig krisberedskap, ofullständig information och bristfälliga hjälpinsatser, synpunkter som också bekräftats i en nationell enkätstudie (Bergh Johannesson et al., 2006). Den första stödinsatsen i Sverige för de hemvändande boende i den studerade kommunen gavs på Arlanda flygplats och bestod av medicinska, psykologiska och sociala insatser i huvudsak av personal från hälso- och sjukvården, socialtjänsten och frivilligorganisationerna (Michélsen et al., 2007). Åtgärderna styrdes av de hemvändandes behov. I den aktuella intervjustudien beskrev både kvinnor och män mottagandet på Arlanda flygplats som positivt även om det också fanns kritiska röster mot mottagandet, särskilt hos dem som inte drabbats svårt att

katastrofen. I intervjuer har hemvändande personer beskrivit sin förvåning över att de på Arlanda möttes av en så stor hjälpinsats, något de inte förväntat sig. Möjligen har denna insats bidragit till att den tillitsbrist som utvecklades efter Estoniakatastrofen inte upprepats (SOU, 1998; SOU, 1999).

Den mediala uppmärksamheten under och efter tsunami-katastrofen var stor. Kommunens insatser var starkt bevakad av media, vilket utgjorde en belastning för ansvariga personer i kommunen. Samtidigt gav det kommunen möjlighet att ge invånarna information om katastrofen och vart man kunde vända sig för att få hjälp. Flera av de intervjuade fick sin huvudsaliga information via kommunens hemsida.

Det stora flertalet personer, som stod på polisens lista på hemvändande från katastrofområdena, kontaktades av någon i kommunen inom tre månader. Man kontaktade också kommuninvånare, som förlorat en närstående. Polisen upprättade emellertid ytterligare en lista, nämligen på närmaste anhörig till avlidna personer. Flera av dessa närstående bodde utanför den studerade kommunen. Om denna polislista hade använts så hade kanske anhöriga boende i andra kommuner inte blivit bortglömda.

De flesta som kontaktades erbjöds någon form av hjälp. Svenska kyrkan öppnade sina lokaler och erbjöd stöd i form av sammankomster, enskilda samtal och gruppstöd. I skolorna fick barn och ungdomar möjlighet att prata om tsunamin och de elever som drabbats av den. Minneshögtider hölls på många håll. I den studerade kommunen hade man ett nära samarbete med frivilligorganisationerna, som erbjöd gruppstöd, där drabbade fick möjlighet att träffa personer som varit med vid katastrofen. Man ordnade också sorggrupper. Insatserna i skolorna, av Svenska kyrkan och frivilligorganisationerna var man i stor utsträckning nöjd med. Att få lyssna på andras berättelser och sätta ord på egna upplevelser, känslor och tankar bidrog till ökad förståelse av vad som hände under katastrofen och de personliga konsekvenserna av den. Detta överensstämmer med resultaten i en utvärdering av Röda Korsets stödgrupper (Högeling Drozin et al., 2008). Den somatiska vården på sjukhus, vårdcentrum och på vårdcentraler var man med få undantag nöjd med. Många var också nöjda med det psykologiska stöd, som man fick av kuratorer inom primärvården, privata psykoterapeuter eller personal inom BUP och vuxenpsykiatri. Samtidigt rapporterades de

största bristerna i bemötandet hos anställda inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst, som förväntades ha kompetens för att möta människor i kris och sorg. Vården inom landstinget var kostnadsfri under tre månader och vård av tsunamidrabbade prioriterades högt. Många, främst de som drabbats mest av katastrofen återvände till Thailand inom ett år efter katastrofen, en resa de flesta beskrev som nödvändig och till stor hjälp. Detta överensstämmer med resultaten i en norsk studie, som beskrev förbättring av den psykiska hälsan hos både vuxna och barn efter besöket på katastrofplatsen (Heir & Weisaeth, 2006).

Socialt stöd har vid potentiellt traumatiserande händelser visat sig ha en modererande effekt på utvecklingen av både psykisk och fysisk ohälsa (Norris & Kaniasty, 1996; Ozer et al., 2003). Det mest betydelsefulla stödet kom enligt de intervjuade från deras privata nätverk, vilket överensstämmer med vad kris- och katastrofdrabbade rapporterat efter många allvarliga händelser. Den studerade kommunen liksom samhället i stort erbjöd tsunamidrabbade personer mycket stöd. Trots alla stödinsatser var det många som rapporterade tecken på att de inte mådde helt bra psykiskt två år efter katastrofen. Därvidlag tycks de boende i den undersökta kommunen inte skilja sig från tsunamidrabbade från Stockholms län i sin helhet. Fjortio månader efter katastrofen uppvisade nästan en tredjedel av kvinnorna och en fjärdedel av männen tecken på allvarliga posttraumatiska stressreaktioner och psykisk ohälsa (Michélsen et al., 2007). Detta är inte förvånande. Myten om att människor efter traumatiserande händelser, särskilt vid svåra förluster, skulle vara återställda inom ett år, har modern psykotraumaforskning för länge sedan motbevisat (Murphy et al., 2003; Dyregrov, 2002). Ändå måste man fråga sig om man från kommunens och sjukvårdens sida hade kunnat göra mera för att minska de psykiska följdverkningarna. Ett sätt att närma sig den frågan är att lyssna på dem som varit med om katastrofen eller på annat sätt drabbats av den.

Kommunen var förvisso aktivt uppsökande, men man nådde inte alla. Flera drabbade ansåg att erbjudandet inte alltid kom vid en tidpunkt då de var beredda att ta emot hjälp. Det förelåg en skillnad mellan män och kvinnor, där framför allt männen inte ansåg sig vara i behov av hjälp. Flera av dem som tackat nej, såväl män som kvinnor, uttryckte vid intervjutillfället besvikelse över att de inte

blivit kontaktade från kommunen i ett senare skede. En tid efter katastrofen insåg en del att de hade behov av hjälp och de var då öppna för att ta emot stöd om de erbjöds sådant.

Allvarliga psykiska följdverkningar lång tid efter en allvarlig händelse är väl beskrivna. Däremot är forskningen begränsad om lättare följd tillstånd över tid. Bland politiker, tjänstemän och allmänhet men också inom sjukvård och socialtjänst finner man ofta en ogrundad optimistisk inställning med förväntningar om att tiden snabbt kommer att läka alla sår (Gilbert & Grønvold Bugge, 2002). Personer i ansvarig ställning för det psykologiska och sociala stödet har en stark önskan om att händelsen snabbt ska bli avklarad. De får ofta också bekräftelse i att "det hela är överståndet" då drabbade efter ett tag inte söker hjälp, vilket tolkas som att det inte längre finns något behov. Intervjuerna med de drabbade visade entydigt att så inte var fallet och man önskade att kommunen inklusive sjukvården hade varit aktivt uppsökande och ihärdigt återkommit i ett senare skede. Detta bekräftas i andra studier (Dyregrov, 2003; Hobfall et al., 2007). Det är därför nödvändigt att i tidigt skede planera för att säkerställa uppföljningen. Detta kan förberedas i kommunens krisplanering.

I den studerade kommunen kontaktade socialtjänsten vid ett senare tillfälle endast dem, som man tidigare fått kontakt med. Hur lång tid efter en händelse kommunen skall följa upp drabbade invånare kan diskuteras. Detta behöver ansvariga i kommunen ta ställning till utifrån vilken händelse kommunen drabbats av, särskilt om personer omkommit. Barn och unga och särskilt sårbara grupper måste uppmärksammas. För att kunna ta ställning till hur behoven ser ut behöver kommunens krisledning få fortlöpande återkoppling från inblandade organisationer. Vid diskoteksbranden i Göteborg tillsattes en samordnare med säte i kommunledningen och hans uppdrag pågick under mer än två års tid. Denna modell visade sig vara framgångsrik och bidrog till att överlevande, efterlevande och andra berörda fick ett bra stöd (Hagström & Sundelius, 2001).

Den allvarligaste kritiken riktades mot delar av hälso- och sjukvården. Den största bristen angavs av de intervjuade bero på en okunskap om bemötande av svårt drabbade människor i allmänhet och katastrofdrabbade i synnerhet. Oss veterligen finns inga kunskaps- eller kvalitetskrav när det gäller psykologiskt stöd till kris- och katastrofdrabbade. Ändå är det väl känt att man genom ett dåligt

bemötande kan åstadkomma allvarlig psykisk skada, s.k. sekundär traumatisering (Weisaeth & Mehlum, 1997). När vårdgivare saknar psykotraumatologisk kunskap eller lovar stöd som sedan uteblir tappar drabbade människor tilltron till deras förmåga eller vilja att hjälpa (Dyregrov, 2003).

De anhöriga som förlorat någon men inte själva varit i katastrofområdet kontaktades endast i undantag från den studerade kommunen, vilket hängde samman med att de bodde i annan kommun. Om kommunen hade anlagt ett familjeperspektiv på stödåtgärderna skulle också familjemedlemmar boende utanför kommunen ha uppmärksammats. I samband med allvarliga händelser finns en uppenbar risk att barn och ungdomar inte uppmärksammas fullt ut annat om de själva blivit skadade och ibland inte ens då (Olsson & Schulman, 2004). Kommunens krisplan hade inte något uttalat barnperspektiv. Socialtjänsten hänvisade till Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) enligt vilken man har ett särskilt ansvar för barn och unga. Ingen annan av de studerade organisationerna hade ett barn- eller familjeperspektiv i sina krisplaner. Företrädare för olika organisationer angav att man räknade med att barn skulle uppmärksammas i alla fall.

Vem ansvarar för vad?

Ute på en olycksplats finns en ansvarsmodell, där varje organisation ansvarar för sitt fackområde. Under vissa skeenden kan en insats dominera. Exempelvis kan under en polisinsats, räddnings- och sjukvårdsinsatser få vänta tills polisen bedömer att olycksplatsen är säkrad. När en räddningstjänstinsats är avslutad, exempelvis då en brand är släckt, övergår arbetet till att bli en sjukvårdsinsats, för vilken en sjukvårdsledare har ansvaret. I vår studie följdes inte denna ansvarsmodell eftersom räddningsledaren fattade beslut om sådant som sjukvårdsledaren respektive polisinsatschefen skulle ha ansvarat för. Vid bussolyckan kom polisen av olika skäl sent in i bilden, vilket gjorde att räddningstjänst och sjukvård kom i gång innan polisen hunnit säkra olycksplatsen. Ansvaret för sjukvårdsinsatserna överläts emellertid inte till sjukvårdsledaren. Beslut om vård av lätt skadade och oskadade togs i stället av skadeplatsledaren, vilket åstadkom oenighet och osäkerhet om vem som skulle ansvara för de medicinska, psykologiska och sociala insatserna. Erfarenheter från andra händelser och katastrofövningar är att räddningsledare inte

gärna lämnar över ansvaret till sjukvårdsledare. Ett bidragande skäl till detta kan vara att sjukvården är bra på att ta hand om sjuka men sämre på att leda insatser.

På samma sätt som på en olycksplats kunde det finnas ansvarsrutiner i en kommun vid en allvarlig händelse. När de medicinska och psykologiska åtgärderna avslutats borde man tala om att sjukvårdsinsatsen övergår i en kommuninsats, varefter ansvaret för det fortsatta stödet tas över av kommunen. Detta skulle klargöra vem som har ansvaret för uppföljning och långsiktiga åtgärder, särskilt för personer som varit med om potentiellt traumatiserande händelser, men inte själva skadats kroppsligt. Man kan härvidlag jämföra med hur man i kommunerna redan idag handlägger patienter som sjukvården klassificerar som färdigbehandlade. Vid tsunamikatastrofen fanns ingen sådan ansvarsuppdelning, vilket ledde till brister i uppföljning. Å andra sidan är det viktigt att personer, som tillhör riskgrupper för allvarlig psykisk ohälsa, ges kvalificerat stöd och behandling inom hälso- och sjukvården och också följs upp där.

Kompetens och övning

Samtliga intervjuade personer i ledande position i kommunen, Svenska kyrkan och hälso- och sjukvården uppgav att deras personal hade god och tillräcklig kompetens för att klara uppgiften att ge tsunamidrabbade personer ett gott psykologiskt stöd medan flera av de drabbade kunde ge exempel på att så inte var fallet. Allvarliga händelser ställer höga krav på dem som förväntas ge hjälp. Socialtjänsten och primärvården möter i sin vardag andra typer av kriser, som man är van vid. Psykiatrin å andra sidan möter sällan personer i akuta kristillstånd och denna patientgrupp anses inte heller tillhöra psykiatrins kärnverksamhet. Vid framtagande av en kris- och katastrofplan är det därför nödvändigt att inventera personalens kompetens och komplettera kunskap, där det finns brister. Kris- och katastrofledning kan inte bygga på enbart teoretisk kunskap. Den påfrestning som allvarliga händelser innebär måste också upplevas. Ett sätt att göra detta är genom katastrofövningar (Weisaeth & Kjeserud, 2007).

Den personal som ingår i landstingets sjukvårdsgrupper får i sin katastrofutbildning föreläsningar i katastrofpsykologi och utbildningarna avslutas med katastrofövningar. Resurspersoner kopplade

till akutsjukhusens PKL-grupper får en tredagarsutbildning, som varvar teoretiska och praktiska moment. I och med att kommunen inte hade ett eget akutsjukhus och därmed inte heller någon PKL-grupp, hade få kuratorer, psykologer eller psykiatriker gått denna utbildning.

Vilken kompetens som fanns inom de olika verksamheterna i den studerade kommunen när det gällde kris- och katastrofpsykologi, har inte undersökts i denna studie. Men de drabbade har i intervjuerna ifrågasatt kompetensen hos en del utövare av stöd. Man hade i kommunen inte genomfört någon kommungemensam katastrofövning för att på så sätt testa krisplanen. En sådan övning hade kunnat belysa de organisatoriska problem, som framkom vid de båda studerade händelserna. Inom några verksamheter hade man genomfört "teoretiska" övningar, dock utan samverkan med andra organisationer.

Erfarenheter från denna och andra studier visar på nödvändigheten av ökad kompetens i kris- och katastrofpsykologi framför allt med inriktning på större grupper och lokalsamhällen. Eftersom majoriteten av kris- och katastrofdrabbade människor söker sig till primärvården är det särskilt viktigt att allmänläkare och distriktsköterskor har kunskap om det posttraumatiska förloppet. Det finns studier som visat att allmänläkare alltför sent förstår den kliniska bilden av kris- och katastrofdrabbade människors reaktioner och symtom och därför inte observerar deras behov (McFarlane, 1990). I samma studie uppsökte 60 % av patienterna primärvården p.g.a. somatiska symtom utan att läkarna upptäckte de bakomliggande problemen.

Metodfrågor

Huvuddelen av insamlat material i undersökningen utgörs av intervjuer från tre grupperingar, personer med ledningsansvar vid katastrofer, tjänstemän, som mött drabbade eller deras chefer, samt drabbade från tsunamikatastrofen. Granskas urvalen finns både styrka och svagheter. De två första grupperna hade inget bortfall, alla tillfrågade deltog i intervju. Intervjupersonerna i ledningsfunktion utgjordes av de personer, som enligt den formella organisationen och krisplaner, var ansvariga för ledning av insatser vid allvarliga händelser. För urval av intervjupersoner på nästa nivå, d.v.s. chefer och tjänstemän inom utförarorganisationer, användes utöver namn-

lista i krisplanerna också en personlista, som kommunens säkerhets- samordnare gav forskargruppen. Listan kompletterades med personer som kunde ha ytterligare information om arbetet för de tsunamidrabbade. Allmänt sett kan företrädare för ledningspersoner och tjänstemän medvetet eller omedvetet ha presenterat insatta stödåtgärder, personalens kunskapsnivå eller verksamhetens krisberedskap i en bättre dager än i verkligheten.

Urvalet av drabbade var ett slumpurval från polisens listor av hemvändande respektive anhöriga till saknade eller avlidna. Drygt 50 procent valde att delta i intervju, d.v.s. något högre svarsfrekvens än i den enkätstudie, som året före genomfördes i Stockholms län (Michélsen et al., 2007). Urvalet kan ses som "mättat" och inget behov att öka antalet intervjuer förelåg, då de senast utförda intervjuerna inte tillförde ny information.

En metodologisk styrka i projektet var att utgå från krisplans- perspektivet och sedan belysa detta med resultat från intervjuer på tre nivåer. På ett liknande sätt var det värdefullt att få information från olika aktörer, som arbetade på samma nivå. Exempelvis fanns olika perspektiv på mandat, samarbete, tillgänglighet och kommunikation på olycksplatsen respektive ledningsplatsen för bussolyckan liksom bland olika företrädare för skolan under tsunamikatastrofen; verksamhetschef, rektorer, skolöverläkare och skolsjuksköterska. Deras olika syn på insatserna kan ge säkrare underlag för hur krisarbetet kan samordnas mellan olika aktörer.

Studien berörde endast en kommun i Stockholms län. Hur andra kommuner agerat vid tsunamikatastrofen eller vid andra händelser har inte belysts i denna undersökning. De problem som aktualiserats i studien är väl kända i katastrofsammanhang och torde vara lika vanliga i andra kommuner (Socialstyrelsen, 2008). Drabbade från den studerade kommunen liknade i bakgrundsdata i stort genomsnittet i Stockholms län och de drabbades psykiska hälsa skilde sig inte signifikant från Stockholmsgenomsnittet.

Valet av två olika händelser inom en och samma kommun har förtydligat besluts- ansvars- och samordningsfrågor, vilket torde vara av generellt värde för såväl kommuner som andra organisationer.

Underlaget till beskrivningen av krisplanen utgjordes av två delar, dels den skriftliga planen, som fanns tillgänglig vid tidpunkten för intervjuerna och som användes i samband med de två händelserna, dels intervjuades synpunkter på planen. Det hade varit

önskvärt om intervjuerna kring planen hade gjorts innan händelserna inträffade, för att tydligare belysa styrkor respektive svagheter i planen i samband med händelserna. Nu färgades sannolikt informanternas synpunkter på krisplanen av erfarenheterna från båda händelserna, särskilt tsunamikatastrofen.

Intervjuerna genomfördes drygt två år efter de båda händelserna varför minnesbilderna av händelserna kan vara osäkra. Troligen gällde detta mer för bussolyckan än för tsunamikatastrofen, som var betydligt allvarligare och pågick under längre tid.

Rekommendationer

Vid de båda händelserna, och särskilt vid tsunamikatastrofen gjorde inblandade organisationer stora insatser, som till stor del var framgångsrika. Det psykologiska och sociala stödet nådde många tsunamidrabbade och har varit till god hjälp i deras återhämtningsprocess. Trots framtagna krisplaner, och åtminstone vid tsunamikatastrofen god tid att förbereda stödinsatserna, nådde hjälpen emellertid inte fram till alla som var i behov av den. Denna studie har belyst en rad olika organisatoriska problem liksom brist på kunskaper i kris- och katastrofpsykologi i en kommun, men det finns ingen anledning att tro att det ser annorlunda ut i andra kommuner. Generellt behöver kommuner beakta följande:

- För god krisberedskap behöver varje kommun en övergripande plan som består av a) en målbeskrivning för de psykologiska och sociala insatserna, b) en beskrivning av insatserna för att nå målen och c) konkreta larmlistor på dem som skall genomföra insatserna.
- Händelserna då planen kan aktiveras behöver kategoriseras. Det bör i planen tydligt framgå vilka delar av planen, som skall aktiveras vid en enstaka olycka respektive vid en katastrof. Detta är särskilt viktigt vid händelser som i inledningsskedet, när information är bristfällig, kan verka begränsade, men som snabbt utvecklar sig till en allvarlig händelse.

- Alla skattefinansierade organisationer, offentliga och privata, vilka ingår i kommunernas kris- och katastrofberedskap, måste ha egna krisplaner för att tillgodose psykologiska och sociala behov. Dessa planer måste i sin tur samordnas med kommunens övergripande plan.
- Larmvägar både vid enskilda olyckor och allvarliga händelser behöver vara tydliga inom och mellan landsting, polis, räddningstjänst, länsstyrelse, kommuner och privata aktörer.
- Ledningsgruppen måste i tidigt skede se till att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning, särskilt om flera organisationer är involverade i det psykologiska och sociala arbetet. Organisationerna måste samverka för att nödvändiga personella resurser ska utnyttjas effektivt.
- Ledningsgruppen ska kräva regelbunden återkoppling från involverade organisationer i form av lägesbeskrivningar av såväl invånarnas situation som insatta stödåtgärder och effekterna av desamma. Detta är nödvändigt för att ledningen ska kunna komplettera och modifiera åtgärder för behov, som inte blivit tillgodosedda.
- Stödinsatser, akuta såväl som långsiktiga, måste vara behovsanpassade och utlovade åtgärder måste följas upp.
- Ledningsgruppen har en skyldighet att följa upp att involverad personal får adekvat stöd och handledning.
- Barn- och familjeperspektiv måste beaktas på alla nivåer i kris- och katastrofplanering. Familjer som drabbats särskilt svårt exempelvis genom dödsfall behöver få en kontaktperson som kan följa familjen under längre tid.
- Kunskaper i kris- och katastrofpsykologi behöver förbättras på alla nivåer. I alla ledningsgrupper måste det finnas grundläggande kriskunskap. De som ska möta krisdrabbade människor måste därutöver ha fördjupad och integrerad kunskap. Dessutom behöver samtliga involverade i hjälparbetet känna till både

kommunens och andra samverkande organisationers krisorganisation.

- I kommunens planering är det nödvändigt med gemensamma övningar. Sådana övningar genererar god personkänedom och ömsesidig respekt för varandras kunskap. Vid övningar upptäcks problem i krisberedskapen, som kan åtgärdas innan en faktisk händelse inträffar.
- Erfarenheter måste dokumenteras och systematiseras och lärdomar tas till vara. Efter en allvarlig händelse behöver krisledningen ordna erfarenhetsseminarier med representanter för inblandade organisationer.

Referenslista

- AFS 1999:7. Första hjälpen och krisstöd. Arbetarskyddsstyrelsens föreskrift om första hjälpen och krisstöd samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. DSM-IV. Washington, DC.
- Andersson Odén, T, Ghersetti, M. & Wallin, U. (2005). Tsunamins genomslag. En studie av svenska mediers bevakning. KBM:s temaserie, 2005:3.
- Attorney Management Australia. (2003). Emergency Management Practice. Volume 3 - Guidelines for psychological services practice. National Capital Printing, Canberra, Australia.
- Baum, A., Fleming, R. & Davidson, L.M. (1983). Natural disasters and technological catastrophe. *Environ Behav* 15:333-354.
- Benyakar, M. & Collazo, C.R. (2005). Psychological interventions for people exposed to disasters. In J. Lopez-Ibor et al. (Eds). *Disasters and mental health*, pp 81-97. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd, England.
- Bergh Johannesson, K. et al. (2006). Uppföljning av svenska resenärer efter tsunamin 2004. Uppsala Universitet.
- Bonnano, G.A., Galea, S., Bucchiarelli, A. & Vlahov. D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Sci*, 17:3, 181-186.
- Brewin, C.R., Rose, S. & Andrews, B. (2003). Screening to identify individuals at risk for exposure to trauma. In R. Orner, & U. Schnyder (Eds.), *Reconstructing early intervention after trauma* (pp. 130-142). New York: Oxford University Press, Inc.
- Briere, J. & Elliott, D. (2000). Prevalence, characteristics and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population. *J Traumatic Stress*, 13:661-669.

- Crocq, L., Crocq, M-A., Chiapello, A. & Damiani, C. (2005). Organization of mental health services for disaster victims. In J. Lopez-Ibor et al. (Eds). *Disasters and mental health*, pp 81-97. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd, England.
- Dyregrov, K., Nordanger, A. & Dyregrov, A. (2000). Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud och tiltak. Rapport, Bergen; Senter for Krisepsykologi.
- Dyregrov, A. (2002). *Katastrofpsykologi*, Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov, A. (2003). Early intervention following trauma. *Forum*, 8,2:8-22.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (Eds). (2008). *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbolaget Vigmostad & Björke S.
- Emergency Management Australia (1996). *Australian Emergency Manual Disaster Recovery*. EMA Dickson ACT, Australia.
- Figley, CH.R. (Ed.) (1985). *Trauma and its wake. Volume II. Traumatic stress, research and intervention*. New York: Brunne/Mazels publishers.
- Gerrity, E.T. & Flynn, B.W. (1997). Mental health consequences if disaster. In, Noji, E.K. (Ed.). *The Public Health Consequences of Disasters* (pp. 101-121). New York: Oxford University Press
- Gilbert, M. & Grønvold Bugge, R. (2002). Långtidsuppföljning. In *Katastrofpsykologi*, Dyregrov, A (Ed). pp 111-144. Lund: Studentlitteratur.
- Goldberg, D.P. & Williams, P. (1988). *A users's guide to the General Health Questionnaire*. Berkshire. UK: NFERNELSON Publishing Company.
- Grandien, C., Nord, L. & Strömbäck, J. (2005). Efter flodvågs-katastrofen. Svenska folkets åsikter om och förtroende för myndigheter, medier och politiker. KBM:s temaserie 2005:4.
- Grønvold Bugge, R. (2008). *Når krisen rammer barm og unge*. Høyskoleforlaget, Norwegian Academic press.
- Hagström, A-Z. & Sundelius, B. (2001). *Krishantering på göteborgska - en studie av brandkatastrofen i Göteborg den 29-30 oktober 1998*. 2:a upplagan. Försvarshögskolan. Elanders Gotab 2001.

- Hart, D.S. & Orner, R. (2005). New values in reconstructing early interventions after trauma. *ISTSS Traumatic Stress points* 2005;19:2.
- Heltne, U. & Dyregrov, K. (2008). Oppbygging av kriseberedskap i kommunal regi. In Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (Eds). (2008). *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbolaget Vigmostad & Bjørke S.
- Heir, T. & Weisaeth, L. (2006). Back to where it happened: self-reported sympyom improvement of tsunami survivors who returned to the disaster area. *Prehosp Disaster Med.* 21;2:59-63.
- Hjemdal, O.K. (2007). Follow up of Tsunami victims - the role Of the general practitioners. Paper presented at the 10th European Conference on Traumatic stress, Opatija, Croatia, June 5-9.
- Hobfall, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A. et al. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70:4, 283-314.
- Håkanson, E. (1995). I Sverige vor de forberede. - Om svensk katastrofberedskap. *Dansk Psykolognytt*, 49:23:7-10.
- Högeling Drozin, A., Michélsen, H. & Schulman, A. (2008). På jakt efter en metod för psykologiskt stöd - utvärdering av frivilliga stödgrupper för drabbade av tsunamikatastrofen. Rapport 2008:1, CeFAM, Centrum för allmänmedicin, Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. Stockholm: EO Grafiska.
- Krisberedskapsmyndigheten. (2004). Kommunens plan för hantering av extraordinära händelser. KBM rekommenderar 2004:1.
- Lennquist, S. & Hodgetts, T. (2005). Den svenska sjukvårdens ledning och funktion I samband med tsunamikatastrofen i Sydostasien 26 december 2004. Rapport från katastrofmedicinska expertgruppen 2005 års katastrofkommission.
- McFarlane, A.C. (1990). An Australian disaster: The 1983 bushfires. *International Journal of Mental Health*, 19, 36-47.
- Michélsen, H., Schulman, A., Håkanson, E. & Hultman, C. (2007). Tillbaka i Stockholm efter tsunamikatastrofen - nådde stödet fram? Rapport 2007:1, CeFAM, Centrum för allmänmedicin, Stockholms läns landsting och KI. Stockholm: EO Grafiska.

- Murphy, S.A., Johnson, C., Wu, L., Fan, J.J. & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's death by accident, suicide or homicide. A comparative study demonstrating differences. *Death Studies*, 27: 39-61.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). Posttraumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26, Cromwell Press Limited, Trowbridge, Wiltshire.
- Nordanger, A., Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2003). Betydningen av skriftlige rutiner for omsorgen etter krybbedød og barneulykker. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 123, 933-935.
- Norris, F. & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support following natural disasters. *J Appl Soc Psychol*, 20:85-114.
- Norris, F. et al. (2002). 60 000 disaster victims speak. Part I: An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65,207-239.
- Norris, F. et al. (2004). Risk factors for adverse outcomes in natural and human-caused disasters. A review of the empirical literature. National Center for PTSD, USA.
- Norris, F.H, Stephens, S.P., Pfefferbaum, B., Wyche, K.F. & Pfefferbaum, R.L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am J Community Psychol*, 41, 127-150.
- Olsson, M. & Schulman, A. (2004). Konsekvenserna av en trafikolycka - barns och ungdomars perspektiv, KRISprojektet, Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport V. *Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk Hälsa*, 2004:2.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of PTSD: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129:1.
- Rosendahl, M. (2005). Barn- och ungdomspsykiatrins insatser efter flodvågskatastrofen. *Skrifter från Barn- och ungdomspsykiatri*, nr 2. Stockholms läns landsting. DocuSys Service Center i Stockholm AB.

- Ruzek, J.I., Maguen, S. & Litz, B.T. (2006). Evidence-based interventions for survivors of terrorism. In *Psychology of Terrorism*. (Bonger, B. et al., Eds). New York: Oxford University Press, 247-272.
- Rådet för stöd och samverkan efter flodvågskatastrofen. (2006). Efter flodvågen – det andra halvåret. Slutrapport. Solna: Intellecta Tryckeriindustri, SAS 11 (1989).
- Saari, S. (2006). Kamratstöd under professionell ledning och den psykiska återhämtningen efter tsunamin. Finlands Röda Kors psykologiska kamratstöd för de omkomnas anhöriga. Topnova.
- Schulman, A. & Håkanson, E. (1995). Psykosocial krisintervention i förbindelse med N/S Estoniaulykken 1994. Korttidsaspekter. Kontoret för Sygehusberedskabet i Storkobenhavn. Årsbok, febr 1995.
- Schulman, A. (2000). Krisprojektet, Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport I: Teori och klinisk erfarenhet från krisarbete som bakgrund till projektet (Rapport 2000:1), Stockholms läns landstings, Enheten för Psykisk Hälsa, Samhällsmedicin.
- Seynaeve, G.J.R. (2001). Psycho-social support in situations of mass emergency. A European Policy paper concerning different aspects of psycho-social support for people involved in major accidents and disasters. Brussels: Ministry of Public health, Belgium.
- SFS 1977:1160. Arbetsmiljölagen.
- SFS 1980:100. Sekretesslagen.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen.
- SFS 1985:1100. Skollagen.
- SFS 1986:223. Förvaltningslagen.
- SFS 1991:900. Kommunallagen.
- SFS 1993:387. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- SFS 1996:570. Förordning med instruktion för Socialstyrelsen.
- SFS 1998:531. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

- SFS 2001:453. Socialtjänstlagen.
- SFS 2002:452. Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
- SFS 2002:833. Lag om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting.
- SFS Förordning 2002:864 med Länsstyrelseinstruktion.
- SFS 2003:778 Lagen om skydd mot olyckor.
- SFS 2004:168. Smittskyddslagen.
- SFS 2006:544. Lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
- SFS 2006:942. Förordning om krisberedskap och höjd beredskap.
- Shalev, A.Y. (2003). Treating survivors in the acute aftermath of traumatic events. Lecture at the 19th annual meeting of ISTSS, oct, 2003.
- Shalev, A.Y. (2004). Further lessons from 9/11: Does stress equal trauma? *Psychiatry* 67:2:174-177.
- Socialstyrelsen (1991). Allmänna råd om psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer. 1991:2.
- Socialstyrelsen. (1994). Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991. Kamedorapport 63, 1994:15.
- Socialstyrelsen. (1996). Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer. Socialstyrelsens allmänna råd 1991:2. Reviderad 1996. Stockholm: Modin Tryck.
- Socialstyrelsen. (1997). Estoniakatastrofen, M/S Estonias förlisning i Östersjön, den 28 december 1994. Kamedorapport 68, 1997:15.
- Socialstyrelsens. (2005). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap. SOSFS 2005:13.
- Socialstyrelsen. (2008). Krisstöd vid allvarlig händelse. www.socialstyrelsen.se, maj 2008.
- Socialstyrelsen. (2009). Krisberedskap inom socialtjänstens område. Vägledning för planering. Edita Västra Aros AB, Västerås, maj 2009. www.socialstyrelsen.se

- Statens offentliga utredningar. SOU (1998). En granskning av Estonia-katastrofen och dess följder. Delrapport av Analysgruppen, Stockholm 1998. SOU 1998:132.
- Statens offentliga utredningar. SOU (1999). Lära av Estonia-katastrofen. Den andra delrapporten av Analysgruppen, Stockholm 1999. SOU 1999:48.
- Stockholms läns landsting. (2002). Central medicinsk katastrofplan för Stockholms läns landsting. Centrala avdelningarna för Ambulanssjukvård och Katastrofmedicinsk planering. Stockholm: Alfa Print AB.
- Stockholms läns landsting. (2005). Utvärdering av Stockholms läns landstings arbete under flodvågskatastrofen. Slutrapport aug 2005.
- Stockholms läns landsting. (2006). Regional katastrofmedicinsk plan för Stockholms läns landsting. Regionala Enheten för Kris- och katastrofberedskap. Stockholm: Edita Västra Aros.
- Sundelius, B. & Stern, E. (1997) Krishantering på svenska - Teori och Praktik. Stockholm: Nerenius & Santérus förlag.
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Vincent, R., Boehler, S.D. & Nixon, S.J. (1998). Oklahoma City: disaster challenges mental health and medical administrators. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25, 93-99.
- Ursano, R.J., McCaughey, B. G. & Fullerton, C.S. (1994). Individual and community responses to trauma and disaster: the structure of human chaos. Cambridge: University Press.
- Ursano, R.J. & Norwood, A.E. (Eds.). (2003). Trauma and disaster responses and management. *Review of Psychiatry*, volume 22. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Van der Kolk, B.A. (Ed.). (1984). Post-traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae. Psychiatric Press Inc. Washington DC.
- Wahlström, L., Michélsen, H., Schulman, A. & Backheden, M. (2008). Different types of exposure to the 2004 tsunami are associated with different levels of psychological distress and posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 463-470.

- Weisaeth, L. (1990). Psychosocial intervention following a ferry disaster. Paper presented at the second European Conference on Traumatic Stress, Nordwijkerhout, Netherland, september 23-27.
- Weisaeth, L. & Mehlum, L. (Eds.). (1997). Människor, trauman och kriser. Stockholm: Natur och kultur.
- Weisaeth, L. & Kjeserud, R. (2007). Ledelse ved kriser - en praktisk veileder. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Weiss, D.S. & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In Assessing psychological trauma and PTSD.
- Wilson, J.P. & Raphael, B. (Eds.). (1993). International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York and London: Plenum Press.
- Wilson, A. et al. (1994). Longitudinal study of outcome of chronic fatigue syndrome. *Psychol Med*, 24:24:651-659.
- Winje, D. & Ulvik, A. (1998). Long-term outcome of trauma in children: The psychological consequences of a bus accident. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39,635-642.

Har hjälpen nått fram, en undersökning om samhällets stöd efter tsunami-katastrofen.

Den stora flodvågskatastrofen i Sydostasien för snart två år sedan drabbade många svenskar. För att förbättra samhällets beredskap inför stora katastrofer behövs kunskaper om hur olika typer av hjälpinsatser har nått fram till drabbade människor. Av den anledningen frågar vi dig nu om du kan tänka dig att delta i en undersökning. Det pågår flera undersökningar med anledning av tsunami-katastrofen. Denna undersökning vill ta reda på hur en kommun planerade och erbjöd stöd till innevånarna och hur väl man lyckades nå ut med hjälp till de drabbade. Dina erfarenheter av denna tragiska händelse är speciellt viktiga för att ge underlag för ett bättre framtida omhändertagande.

Vi som ställer denna fråga ingår i en forskargrupp på Enheten för kris- och katastrofpsykologi i Stockholms läns landsting. Vår enhet har som uppdrag att planera det psykologiska omhändertagandet för innevånarna i Stockholms län vid katastrofer. Vid enheten genomför vi en riktad studie inom en kommun där vi undersöker hur kommunens och landstingets planering och arbete i samband med tsunamikatastrofen fungerade. Nu vill vi också få möjlighet att träffa några som var i Sydostasien för att få veta hur hjälp och stöd från sjukvården, kommunen och frivilliga organisationer fungerat efter hemkomsten och fortsättningsvis. */

Vi skulle vilja få träffa dig för en intervju under c:a en timme. Den som utför intervjun är en person med vana att möta människor i kris. Intervjun kommer att genomföras i ett avskilt rum på en vårdcentral eller enligt överenskommelse med intervjuaren. Intervjumaterialet kommer att bearbetas inom forskargruppen och kommer att avidentifieras och redovisas så att enskild person inte kommer att kunna identifieras. Materialet sammanställs i en rapport. Forskargruppen arbetar under samma tystnadsplikt som gäller inom hälso- och sjukvården. Uppläggningsen av undersökningen har granskats av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

För att kunna skicka detta brev till dig har vi haft tillgång till Rikspolisstyrelsens registrering av hemvändande från Sydostasien efter tsunamikatastrofen. **

Om du har frågor med anledning av detta brev är du välkommen att ringa till mig på tel nr 070 736 91 63.

Med detta brev önskar vi veta om du är villig att delta i denna intervjuundersökning och om vi får kontakta dig för att boka tid för en intervju. Vare sig du vill delta i undersökningen eller ej är vi tacksamma om du besvarar blanketten och sänder in den i bifogade svarskuvert inom en vecka.

Stockholm den 27 oktober 2006

Med vänliga hälsningar

Hans Michélsen, projektledare

Bilaga 1a

Svarsblankett

Var vänlig och skriv ditt namn

.....
(texta)

Jag är villig att delta i undersökningen och kan nås på telefon nr
.....

Jag vill inte delta i undersökningen

Lägg denna blankett i bifogade svarskuvert och skicka den inom en vecka.

Tack.

+ + + + + + + + +

Ovanstående brev skickades till personer som kommit hem från Sydstasien. Ett brev med samma lydelse men med följande två meningar utbytta skickades till de närmast anhöriga till personer från den studerade kommunen och som omkommit i katastrofen.

*/ Nu vill vi också få möjlighet att träffa dig, som förlorat anhöriga vid katastrofen, för att få veta hur hjälp och stöd från sjukvården, socialtjänsten och frivilliga organisationer fungerat för anhöriga.

**/

För att kunna skicka detta brev till dig har vi haft tillgång till Rikskriminalpolisens förteckning över närmast anhöriga till omkomna svenskar under tsunamikatastrofen.

Information om ett forskningsprojekt rörande psykologisk och social krisberedskap i en kommun

En forskargrupp inom Centrum för Allmänmedicin, Stockholms läns landsting, genomför en undersökning av psykologisk och social krisberedskap inom landsting och kommun vid särskilda händelser. Det är mycket viktigt att få systematiska beskrivningar både av hur samhällets planer för krisberedskap utformas och tillämpas vid särskilda händelser och hur detta samhällets stöd verkligen når ut till drabbade. Två händelser utgör utgångspunkter för denna undersökning inom din kommun, nämligen en bussolycka och Tsunamikatastrofen, olyckor som drabbade många invånare i din kommun.

Syftet med denna studie är att få ökad kunskap om samhällets krisberedskap för psykologiskt och socialt stöd till drabbade människor vid särskilda händelser. Vidare är syftet att undersöka om drabbade fått stöd, i så fall av vem och om insatserna uppfattats som stödjande. Dessutom studeras ansvarsfördelning och samverkan mellan kommun, landsting samt olika frivilliga organisationer i arbetet att ge de drabbade stöd.

Information för studien kommer att samlas på flera sätt. Om hjälp till de drabbade nått fram och vilken typ av stöd man fått kommer att speglas genom att ett urval av drabbade kommer att kontaktas dels för att delta i en intervju dels för att besvara en enkät. När det gäller planer och ansvar för krisberedskap utgör formella dokument och intervjuer med chefer och ansvariga för krisberedskap inom kommun, landsting och frivilliga organisationer underlag. För att få en bild av hur planerna tillämpats och hur dessa fungerat kommer ett urval av representanter bland dem vars uppgift är att ge stöd till drabbade att intervjuas.

Att delta i undersökningen och svara på intervjufrågor kan på olika sätt påminna dig om de svåra situationer du varit med om. Detta kan på olika sätt väcka både smärta och obehag. De personer som kommer att genomföra intervjuerna har klinisk-terapeutisk kompetens och vana vid att möta personer som varit med om svåra upplevelser.

Det är angeläget att du deltar i undersökningen för att därmed göra det möjligt att öka kunskapen om samhällets krisberedskap och hur möjliga stödåtgärder nått de drabbade vid särskilda händelser. Deltagandet i undersökningen är frivilligt och du har full rätt att avbryta din medverkan i undersökningen.

All information från drabbade och de som givit dem stöd kommer att avidentifieras och materialet kommer endast att vara tillgängligt för forskargruppen. Detta material kommer i bearbetad form att redovisas för hela gruppen och på ett sätt så att enskild person inte kommer att kunna identifieras.

Vi har fått ditt namn via listor som upprättats av Rikspolisstyrelsen. */

Bilaga 1b

Huvudman för denna undersökning är Centrum för Allmänmedicin, Stockholms läns landsting och kontaktperson är Abbe Schulman.

Om du har frågor kring denna studie är du välkommen att kontakta oss i forskargruppen per telefon 070 736 91 63.

Vänligen

Hans Michélsen
För forskargruppen

När du efter att ha tagit del av denna information anser att du vill medverka i undersökningen ber vi dig att ge oss ett skriftligt besked genom en underskrift här nedan. Lämnas till intervjuaren.

Undertecknad har tagit del av information om projektet och vill delta i undersökningen

Stockholm den2006

Namnteckning och namnförtydligande

*/ denna rad om namnlistor ingick i informationsbrevet till drabbade och anhöriga men byttes ut i brev till intervjupersoner med ledningsuppdrag. Texten hade följande lydelse:

När det gäller organisationen och ledningen av samhällets krisberedskap kommer det att vara svårt att avidentifiera all information från de olika ledningsfunktionerna. Som ansvarig i olika organisationer kan därför en anonymitet inte garanteras. Det är emellertid inte information om den enskilde befattningshavaren som privatperson som är av intresse utan fokus gäller den funktion som befattningshavaren har och representerar inom den totala organisationen av samhällets krisberedskap.

Samtalsguide för intervjuer med tjänstemän som träffat drabbade eller arbetat med praktisk planering av omhändertagande

Namn.....

Befattning.....

Organisation.....

Intervjudatum

Deltagit i omhändertagandet av drabba från tsunamikatastrofen ja / nej
bussolycka ja / nej

Motsvarande samtalsguide användes vid intervjuerna av den ansvariga ledningen i kommunen, hälso- o sjukvården, polis och Svenska kyrkan. I dessa intervjuer fokuserades speciellt på beslut, hur man larmats och hur man samarbetade.

Bilaga 2

Inledning: Vi har tagit del av kommuns kris- och katastrofplan och skall ställa frågor om hur den kom att tillämpas i samband med tsunamikatastrofen och en bussolycka.

Kontrollera att ip fått information om studien, givit sitt informerade samtycka, att ip tillåter inspelning, tid för intervju och vår tystnadsplikt.

1. Känner du till kommunens plan för allvarliga händelser? Har ni en speciell plan för er egen verksamhet?
2. Hur ser du på dessa planer och deras betydelse när en allvarlig händelse inträffar?
3. Vilken roll uppfattar du att du själv har om en krissituation inträffar?
4. Ditt mandat och formella ansvar enligt planen? Hur ser det ut och hur regleras det?
5. Har du acceptans ute i verksamheten för din roll i en krissituation?
6. Har krisplanen förankrats och är känd i din verksamhet?
7. Har man genomfört övningar kring planen inom din verksamhet? När?
8. Hur ser du med tanke på din verksamhet på ansvaret för psykosociala frågor och omhändertagande i samband med allvarliga händelser

Nu vill vi fråga något kring de två händelserna som ingår i detta projekt. Bussolyckan och tsunamikatastrofen.

9. Deltog du på något sätt i samband med bussolyckan ?
10. När och hur kallades du in? Och vem beslutade att du skulle kallas in?
11. Vilka psykiska och sociala åtgärder sattes in, omedelbart resp senare?
12. Vem, vilka gav detta stöd.
13. Vad var din uppgift, vad gjorde du, hur många drabbade träffade du?
14. Kan du ge några konkreta beskrivningar på ditt arbete med drabbade.
15. Vem/vilka samarbetade du med? Hur valde du samarbetet? Anvisat/föreskrivet samarbete?
16. Vilken roll hade du i samarbetet och b/ Hur fungerade samarbetet? c/ Och vilket mandat hade du?
17. Stöd och hinder för samarbetet?
18. Följde du någon krisplan (vilken) gjorde du avvikelser, vilka?

19. Har arbetet följts upp på något sätt – erfarenheter av detta?
20. Fick du något stöd i arbetet med drabbade? Har du önskemål om stöd?
21. Hur mår de drabbade idag?
22. Vad lärde du dig av att delta i arbetet med de drabbade?
23. Bör planen ändras på något sätt utifrån dina erfarenheter.

Så går vi över på den andra katastrofen – flodvågskatastrofen

24. Deltog du i samband med Tsunamikatastrofen dec 2004?
25. När och hur kallades du in? Och vem beslutade att du skulle kallas in?
26. Vilka psykiska och sociala åtgärder sattes in, omedelbart resp senare?
27. Vem, vilka gav detta stöd?
28. Vad var din uppgift, vad gjorde du, hur många träffade du?
29. Kan du ge några konkreta beskrivningar på ditt arbete med drabbade.
30. Vem/vilka samarbetade du med? Hur valde du samarbetet? Anvisat / föreskrivet samarbete?
31. Vilken roll hade du i samarbetet och b/ Hur fungerade samarbetet? c/ Och vilket mandat hade du?
32. Stöd och hinder för samarbetet?
33. Följde du någon krisplan (vilken) gjorde du avvikelser, vilka?
34. Har arbetet följts upp på något sätt – erfarenheter av detta?
35. Fick du något stöd i arbetet med de drabbade? Har du önskemål om stöd?
36. Hur mår de drabbade idag?
37. Vad lärde du dig av att delta i arbetet med de drabbade?
38. Bör planen ändras på något sätt utifrån dina erfarenheter?
39. Andra viktiga tillägg med tanke på hur omhändertagandet av de drabbade planerades och genomfördes - med tanke på framtida kris och katastrofberedskap.

Bilaga 2

Nu återgår vi till att tala om katastrofplanen

40. Vid vilka händelser är det tänkt att katastrofplanen skall användas?
41. Finns det särskilda riktlinjer om barn kommit till skada eller avlidit? Vilka? Är planen tydlig när det gäller omhändertagandet av barn?
42. Vem ansvarar för att åtgärder enligt krisplanen sätts in?
43. Vem/vilka står för de psykosociala stödinsatserna på kort och lång sikt?
44. Hur ser du på ansvarsfördelningen mellan olika aktörer?
45. Hur ser samverkan ut för att få en bred och god kompetens till förmån för de drabbade?
46. Vilka uppgifter anser du att din organisation skall ansvara för?
47. Vad finns det för kompetens inom din verksamhet för att klara dessa uppgifter? Och vilken kompetens saknas?
48. Anser du att din kompetens utnyttjas på ett bra sätt? Tycker du att du saknar någon kompetens för dina uppgifter vid kris och katastrofarbete? Vilken?
49. Hur ser stödet ut till den personal/dig som står för stödinsatserna till drabbade?
50. Hur långt tycker du att det offentliga uppdraget skall sträcka sig i ansvaret för befolkningen i samband med kris/katastrof; a. vad avser tillgänglighet, b. erbjudande om hjälp, c. uppsökande verksamhet, d. kort och långsikt?

Tack för att du ställt upp på denna intervju!

Intervjuguide Hemvändare och anhöriga

Introduktion av intervjun

Kontrollera att ip är klar över sitt informerade samtycke (medgivande skall vara påskrivet, särskild blankett), ramar för intervjun inkl bandspelare, tid, tystnadsplikt.

1. Bakgrundsfrågor

Ålder, civilstånd, barn, yrke och om man arbetar, aktuellt socialt nätverk.

2. Hur mår du nu, hur ser din livssituation ut nu?

Hur hanterar du ditt liv idag? Vad är mest svårt /jobbigt för dig idag?
Kvarvarande psykiska reaktioner från tiden efter katastrofen?

3. Vad var du med om i Sydostasien ?

Beskriv kort din situation i Sydostasien, har du förlorat någon, blev du skadad, med vilka reste du?

4. Kroppens hälsa och dess betydelse för psykiska välbefinnandet.

Har du kvarvarande kroppsliga skador och symtom? Har du kroppsliga stressreaktioner?

Hur påverkar kroppsliga symtom dig och ditt liv? Har du problem med sömnen? Hur påverkar kroppens hälsa/reaktioner ditt allmänna psykiska välbefinnande?

5. Vad har inneburit ett psykologiskt stöd i förhållande till det du varit med om?

Vad har varit stödjande? När fick du/ kunde du ta till dig stödet?

Beskriv vad stödet innehöll. Vad har stödet haft för betydelse/konsekvenser?

6. Timing.

Har du erbjudits stöd vid en tidpunkt då du kunde ta emot stödet?

Vilken typ av stöd behövde du under den första tiden efter katastrofen?

7. Vad har varit stöd för din egen utveckling ?

Vad har varit stöd för dig? Har du haft nytta av stödet för din utveckling?

8. Förekomst av psykosociala belastningar/"stressorer" och tidigare livshändelser.

Har du tidigare i livet varit utsatt för svåra psykiska påfrestningar?

Finns några samband mellan tidigare händelser och hur du upplevde tsunamikatastrofen?

Har det tillkommit ytterligare psykiska belastningar det senaste året?

Bilaga 3

9. Har du fått andra typer av psykologisktöd än redan nämnda sedan katastrofen?

Komplettering till fråga 5: Typ av stöd och från vem?

- Närstående, släkt vänner, arb. kamrater - typ, innehåll, frekvens, betydelse
- professionellt - typ, innehåll, frekvens, när i tiden, betydelse
- har du för närvarande någon stödkontakt; typ och omfattning
- har du fortfarande behov av medicinsk vård
- stöd som ip's anhöriga fått
- stöd via "ritualer"
- besök på olycksplatsen.

10. Vilka förväntningar och behov hade du av psykologiskt stöd.

Motsvarade dina förväntningar och behov det stöd som du fått?

Hade du ytterligare förväntningar och behov? Har du kvarstående behov?

11. Bli erbjuden/kunna ta emot.

Har du erbjudits stöd som du inte kunde/ville ta emot?

Tycker du att du kunnat ta emot och ha nytta av det stöd du fått?

12. Hur var det stöd du fick i Sydostasien och under hemresan? Även eventuellt "inofficiellt" stöd : Typ, innehåll och betydelse.

13. Hur var det att komma till Arlanda

- Vad möttes du av på Arlanda och hur reagerade du?

Fick du information som du haft nytta av, vart du kan vända dig, vilka reaktioner man kan förvänta?

- vad möttes du av när du kom till hemkommunen och vad har kommunen gjort för dig?
- vad möttes du av när du kom till din skola/arbetsplats?
- vad har du mötts av när det gäller sjukvård?
- har du haft kontakt med kyrkan, företagshälsovård, försäkringskassa?
- annat "inofficiellt" stöd?
- ip's bedömning av de olika insatserna - vilken betydelse tillmäter du dessa?

14. Självhjälpsgrupper

Har du deltagit i ngn självhjälpsgrupp, vem organiserade gruppen, gruppsammansättning, antal träffar? Vad tycker du att du fått ut av denna grupp? Är det ngt du saknat / inte kunnat ta upp i gruppen?

15. Information av olika slag

Har du fått information om olika typer av samhälleligt stöd; sjukvård kroppsligt och psykiskt, ekonomiskt, juridiskt, försäkringsmässigt, användbarhet, saknat någon form av samhällelig information? Via vilka källor har du fått / sökt information (tidn, broschyrer, webben m.m.)?

16. Avslutningsfråga: hur går du vidare i livet efter katastrofen?

17. Hur tycker du det har varit att svara på alla dessa frågor?

Är det något du vill tillägga ?

Slut och tack för intervjun!

Intervjuguide med anhöriga som inte varit i katastrofområdet

Samma frågor utnyttjades utom frågorna 12 och 13 som uteslutits, fråga 3 ersatts med följande

3. Vet du vad som hände den du förlorade?

Vem förlorade du i tsunamin? Beskriv vad du vet om din anhörigs situation i Sydostasien.