

Krisstöd vid allvarlig
händelse

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2018-10-9
Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2018

Förord

Samhällets aktörer behöver tillgång till aktuell kunskap för att kunna ge drabbade ett gott krisstöd i samband med allvarliga händelser. Socialstyrelsen publicerade 2008 kunskapsunderlaget ”Krisstöd vid allvarlig händelse” som stöd för hälso- och sjukvårdens planering inför allvarliga händelser. Under det senaste decenniet har utvecklingen inom det katastrofpsykologiska området påkallat en revidering av detta kunskapsunderlag. Revideringen ger en mer aktuell sammanställning av kunskapsläget, men är inte en fullständig omarbetning av underlaget. Syftet med den reviderade rapporten är att stärka förmågan att ge behövande stöd vid en allvarlig händelse genom att ge underlag för lokal och regional planering av krisstöd.

Rapporten riktar sig till följande grupper:

- Verksamhetsföreträdare och beslutsfattare inom landsting och kommuner.
- Personer som är verksamma i hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska organisation och socialtjänstens krisberedskap, samt andra som arbetar med relevanta delar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Beredskapssamordnare inom landsting och kommuner.
- Företrädare för räddningstjänst, polis, trossamfund och frivilligorganisationer som arbetar under allvarliga händelser.

Revideringen har genomförts av en arbetsgrupp ledd av Socialstyrelsens Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri (KcKP) tillsammans med ytterligare experter inom området. En referensgrupp med representanter från flera av samhällets organisationer samt ett antal landsting, kommuner och länsstyrelser har fått lämna synpunkter på det bearbetade underlaget.

Johanna Sandwall
Krisberedskapschef
Generaldirektörens stab

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
Metod	10
Inledning.....	11
Krisstöd	11
Krav på samhället	12
Grunden för krisstöd	12
Helhetssyn	13
Allvarlig händelse	13
Riskindikatorer.....	16
Motståndskraft	17
Etiska aspekter	18
Krisstödetts grunder	20
Skadeplatsen.....	20
Närståendes informationsbehov	21
Olika behov i olika faser	21
Principer för krisstöd.....	22
Vetenskapligt underlag.....	23
Krisstöd under den akuta fasen	25
Primär prevention	25
Krisstöd i akutfas.....	25
Återtraumatisering.....	25
Insatser under akutfas.....	26
Psykologisk första hjälp	27
Olika metoder för stresshantering	28
Uppföljning och behov av tidig behandling	28
Algoritmer för åtgärder i olika faser	29
Krisstöd under mellanfasen	30
Behovet av krisstöd förändras över tiden	30
Principer för uppföljning i mellanfasen	30
Behov och åtgärder i mellanfasen	30
Screening	32
Exempel på krisstöd i akut och mellanfas	32
Krisstöd under långtidsfasen	34
Samordning av uppföljning under långtidsfasen.....	34
Åtgärder i långtidsfasen.....	34
Behandling.....	35

Olika aktörers ansvar och organisation	37
Internationella rekommendationer och övrig litteratur.....	37
Det svenska krishanteringssystemet.....	38
Aktörer med ansvar för krisstöd	40
Andra aktörer som ger krisstöd.....	41
Aktörer som samverkar och ger stöd	45
Förberedelser och organisation av krisstöd	48
Samordning av samhällsinsatser i krissituationer	56
Stödcentrum	58
Utmaningar vid ledning av krisstöd	59
Arbetsrelaterad stress	60
Utbildning	66
Landsfingens utbildningsansvar	66
Kommunens utbildningsansvar.....	67
Gemensam utbildning	68
Att hantera kommunikation i en kris	71
Medier	71
Digitaliseringen av medier.....	71
Sociala medier.....	72
Planera kommunikationen	72
Snabb och korrekt information.....	73
Anpassa informationen till målgruppen	73
Drabbade i media	74
Särskilda överväganden	75
Drabbades hemvist	75
Sjukhusvårdade personer	76
Saknade personer och de som själva lämnar skadeplatsen	76
Närstående till omkomna.....	76
Grupper med särskilda behov.....	77
Migration.....	78
Terrorism	79
CBRNE-händelser	79
Aktuella författningar.....	81
Hälso- och sjukvårdslagen.....	81
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.....	81
Socialtjänstlagen	81
Arbetsmiljölagen	82
Lagen om skydd mot olyckor	82
Lagen om extraordinära händelser	83
Ansvaret för att planera och organisera beredskap.....	83

Offentlighet och sekretess	84
Ordförklaringar	86
Referenser	89
Bilaga 1	97
Algoritmer för stöd, uppföljning, bedömning och behandling.....	97
Bilaga 2	99
Acute Stress Checklist for children (ASC-Kids)	101

Sammanfattning

Detta dokument är ett kunskapsunderlag från experter och är avsett för lokal och regional planering av krisstöd till drabbade vid en allvarlig händelse. Inledningsvis beskrivs innebörden av begreppet krisstöd och betydelsen och omfattningen av samhällets stödinsatser i förhållande till det stöd som drabbade individers egna sociala nätverk kan utgöra. Begreppet *allvarlig händelse* diskuteras beträffande orsak, omfattning, utbredning och konsekvenser. Ett antal riskfaktorer för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), en av flera former av psykisk ohälsa till följd av en allvarlig händelse, nämns i kapitlet, liksom motståndskraft och etiska aspekter i krisstödsarbetet.

Under rubriken Krisstödet grunder sammanfattas grunder och principer för krisstöd. Närståendes behov och de drabbades behov under olika faser nämns liksom vilka insatser som kan vara lämpliga. Ett avsnitt beskriver det vetenskapliga underlaget för tidiga insatser.

De tre följande kapitlen behandlar krisstödet under den akuta fasen, mellanfasen och långtidsfasen. Här tas upp hur stödet kan utformas under de olika faserna, viktiga aspekter att överväga för krisstödspersonalen, principer för uppföljning mm. Tidiga insatser och olika behandlingsalternativ summeras.

Kapitlet Aktörers ansvar och organisation beskriver internationella rekommendationer, det svenska krishanteringssystemet och dess aktörer inom krisstöd. Vidare benämns förberedelser och organisation utav krisstöd, bl.a. hur ett stödcentrum fungerar. En beskrivning av landstingens och kommunernas krisstödsverksamheter lämnas. Ledningsprinciperna förklarar för landstings hälso- och sjukvård på regional och lokal nivå och samarbetet mellan landsting och kommuner betonas. Frivilligas insatser diskuteras. Här finns ett avsnitt om arbetsrelaterad stress som omfattar insatsorganisationers arbetsmiljö, särskilt personalens exponering.

Kapitlet Utbildning beskriver utbildningsansvar för olika aktörer samt behovet av gemensam utbildning. Beskrivningar av lämpligt utbildningsinnehåll anges för olika nivåer och målgrupper.

I kunskapsunderlaget finns ett kapitel om att hantera kommunikation i en kris – planering av kommunikation, vikten av snabb och korrekt information och behovet av att anpassa kommunikationen till olika målgrupper. Kapitlet Särskilda överväganden tar upp aspekter av krisstöd som kan vara av vikt att fästa särskild hänsyn vid.

Slutligen redovisas de författningar som styr verksamheten i samband med en allvarlig händelse.

I bilagorna finns en checklista och algoritmer till stöd för hur man kan genomföra krisstöd vid olika tidpunkter.

Metod

Socialstyrelsen publicerade 2008 ett kunskapsunderlag ”Krisstöd vid allvarlig händelse”, vars syfte var att ge underlag för lokal och regional planering av krisstöd till drabbade personer vid en allvarlig händelse.

Detta kunskapsunderlag är en revidering, där de tidigare rekommendationerna har uppdaterats och kompletterats utifrån det senaste kunskapsläget. En genomgång av den vetenskapliga litteraturen har genomförts utifrån de senaste tio årens forskning, utkomna riktlinjer och rekommendationer. Erfarenheter från händelser i Sverige, såsom terrorattentatet 2017, branden i Västmanland 2014, bussolyckan i Sveg 2017 m.fl., har även beaktats i utformningen av kunskapsunderlaget.

Revideringsarbetet har projektletts av Monika Kullberg, utredare på Socialstyrelsen och genomförts av en arbetsgrupp ledd av Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri (KcKP) vid Uppsala universitet.

Arbetsgrupp:

- Filip Arnberg docent, psykolog, centrumchef, KcKP.
- Kerstin Bergh Johannesson, med dr, psykolog, KcKP.
- Per-Olof Michel, docent, psykiater, Kunskapscentrum landstinget Värmland.
- Moa Mannheimer, psykolog, centrumchef, Barnafriid - nationellt kunskapscentrum Linköpings universitet.
- Anders Alexandersson, jurist, Socialstyrelsen
- Henrik Olinder, kriskommunikatör, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

I arbetet har en referensgrupp konsulterats med representanter från MSB, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Transkulturellt centrum Stockholmsläns landsting (SLL), Enheten för Kris och Katastrofpsykologi SLL, Svenska kyrkan, Röda Korset och Försvarshögskolan.

Ytterligare relevanta aktörer har gett feedback skriftligt och i en hearing bl.a.: Region Jämtland Härjedalen, Västra Götalandsregionen, Enheten för Katastrofmedicin SLL, Katastrofmedicinskt centrum region Östergötland, MSB, Myndigheten för stöd till trossamfund, Försvarsmakten, Jönköpings kommun, Arboga kommun, Stockholms stad, Rädda barnen och Ericastiftelsen.

Inledning

Många människor utsätts för svåra upplevelser och hot orsakade av olika slags allvarliga händelser, exempelvis olyckor, våld, naturkatastrofer och terrorism. Det högteknologiska samhället medför också en ökad sårbarhet vid störningar; exempelvis kan omfattande störningar i eltillförseln få stora konsekvenser för många samhällsfunktioner. Människor reser allt mer över hela världen, vilket ökar risken för transportolyckor och för att bli utsatt för terrorhandlingar eller naturkatastrofer. Exempel på terrorhandlingar är attacken i Oslo och Utøya 2011, attackerna i Paris 2015, bombdåden i Bryssel 2016 och på Manchester Arena 2017. I Sverige inträffade i april 2017 ett terrordåd på Drottninggatan i Stockholm som ledde till få omkomna men ett stort antal drabbade. Under 2016 inträffade 342 naturkatastrofer världen över.¹

Andra nya företeelser är den ökade användningen av sociala medier, vilket innebär att information sprids snabbt. Drabbade kan larma direkt från en skadepplats vid en allvarlig händelse. Det kan medföra att närstående och andra konfronteras med svåra situationer utan möjlighet att kunna ingripa eller påverka.

Samtidigt som omvärlden förändras kontinuerligt sker allvarliga händelser mycket sällan i varje enskild kommun, landsting och län. Som sällanhändelser är de allvarliga händelserna därför förknippade med särskilda svårigheter vilket skiljer dem från det krisstöd som utövas i vardagen. Ofta handlar utmaningarna om samordning och organisation av krisstödet. I tidsrymden mellan två allvarliga händelser kan organisatoriska förändringar leda till att befintliga krisstödsplaner påverkas negativt utan att det upptäcks förrän det är för sent. Lokal kompetens om hur krisstödet på bästa sätt kan organiseras och utföras kan falla i träda på grund av personalomsättning. Den kunskap som sammanfattas i detta underlag syftar därför till att fungera som stöd vid planering, förberedelse, utförande och uppföljning av krisstödsinsatser vid allvarliga händelser.

Krisstöd

I denna rapport används begreppet *krisstöd* för allt medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd som olika samhällsinstanser förmedlar i samband med allvarliga händelser. *Allvarlig händelse* beskrivs i Socialstyrelsens termbank som en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. Termen används i sammanhang som stora olyckor, katastrofer, *extraordinära händelser* och

¹ Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED) dokumenterar alla händelser som uppfyller deras kriterier för katastrofer. CRED definierar en katastrof som en situation eller händelse som överstiger lokal kapacitet och kräver en nationell eller internationell förfrågan om extern assistans; en oväntad och ofta plötslig händelse som orsakar stor skada, förstörelse och mänskligt lidande, med ≥ 10 döda, ≥ 100 drabbade, \geq deklARATION av krisläge, eller \geq begäran om internationell hjälp.

svåra påfrestningar. När en allvarlig händelses effekt på människan diskuteras används ibland begreppet *potentiellt traumatisk händelse*. Detta begrepp förklaras mer ingående längre fram i texten.

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

Krav på samhället

En allvarlig händelse ställer andra krav på hantering när många människor är berörda. Exempelvis märks detta genom den stress som många människor drabbas av, behovet av att prioritera kollektiva insatser, det stora mediala intresset och de eventuella politiska följderna. En allvarlig händelse och följderna av en sådan kan få olika karaktär beroende på antalet kroppsligt skadade och omkomna. Vissa typer av allvarliga händelser kan innebära ett stort antal överlevande utan några kroppsliga skador. Kunskap om risken att människor på lång sikt kan utveckla kroniska fysiska och psykiska besvär efter svåra upplevelser och vikten av att de drabbade möts på ett anpassat sätt i ett tidigt skede är idag väletablerad [1, 2]. Därför måste det i hela landet finnas en god beredskap för sådana händelser.

Grunden för krisstöd

Det vore realistiskt att förvänta sig att stödinsatser från samhällets sida, hur väl de än organiseras och genomförs, kan ge omedelbar och fullständig lindring av lidande hos alla. Grunden för krisstöd, och för individens förmåga att hantera konsekvenserna av svåra upplevelser, är det informella stödet från familj, släkt, vänner, arbetskamrater, grannar och alla andra människor som utgör personens naturliga sociala nätverk [3]. Samhällets stödinsatser utgör det formella stödet och kan komplettera det individuella nätverket i stället för att ersätta det. Stödinsatser från samhället kan vid behov också bistå delar av nätverket så att detta kan fylla sin viktiga funktion. Samtidigt behöver det vara enkelt för människor att ta del av samhällets stödinsatser. Det kräver förberedelser och samverkan mellan olika aktörer i samhället. Internationellt har man goda erfarenheter av att inrätta lokala stödcentrum som följer principen ”one-stop shop” [4], vilket innebär att medborgarna bara ska behöva vända sig till en plats och där bli hänvisade till de olika stöd de har behov av. Upprättandet av tillfälliga lokala stödcentrum sker inte regelmässigt vid allvarliga händelser idag, men goda erfarenheter av sådana finns från exempelvis flodvågskatastrofen 2004.

Helhetssyn

Ett bra krisstöd vid allvarliga händelser förutsätter en helhetssyn på människan. Det innebär att arbetet måste bygga på kunskaper från olika kompletterande kunskapsområden och ta hänsyn till biologiska, psykologiska, sociala, socialpsykologiska, samt existentiella och andliga faktorer. Det innebär i sin tur att både krisberedskapsplaneringen och den praktiska verksamheten med fördel kan involvera representanter för alla dessa kunskaps- och erfarenhetsområden.

Genom att tillämpa psykotraumatologisk kunskap vid planering och genomförande av krisstöd och bemötande kan behovet av senare insatser minska. Ett anpassat tidigt krisstöd kan minska risken för att individer ska utveckla psykiska och kroppsliga besvär efter svåra upplevelser, och kan stödja den drabbade i en återhämtningsprocess. En del av dem som på olika sätt drabbas och berörs av en allvarlig händelse kan ändå komma att utveckla psykisk ohälsa på längre sikt. För de individer som utvecklar posttraumatiska stressyndrom² och andra posttraumatiska besvär är det viktigt att dessa besvär identifieras och att det finns tillgång till psykotraumatologisk kompetens för utredning och behandling.

Allvarlig händelse

Enligt 2 kap. 1 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap, samt Socialstyrelsens termbank definieras en allvarlig händelse som en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt.

Allvarlig händelse används som en samlingsterm inom hälso- och sjukvården, och socialtjänsten för olika typer av händelser, inklusive risk för eller hot om sådana händelser. Denna definition gör att landstingen själva kan bestämma vad som faller under begreppet utifrån sina egna förutsättningar. Samtidigt är termen entydig: för att uppfylla kriterierna för en allvarlig händelse krävs att sjukvården har bedömt att händelsen är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt, genom att etablera en särskild sjukvårdsledning. Termen täcker alltså inte enbart katastrofbegreppet, en stor olycka samt hotsituationer, utan även andra händelser som kan kräva att verksamheten leds på ett särskilt sätt. Avgränsningen medför att händelser med en långsam utveckling eller med ett annat förlopp, där samhället kan mobilisera inom ramen för den vardagliga verksamheten, inte tydligt blir allvarliga händelser: ett exempel är social oro. Sådana händelser kan ändå innebära att många samhällsinvånare på en ort eller i ett område känner stark olust och ibland också upplever en tydlig fara,

² Posttraumatiskt stressyndrom, förkortat PTSD, är en psykiatrisk diagnos med en symptombild av psykiska besvär som är orsakade av en traumatisk händelse.

vilket skulle kunna föranleda krisstödsinsatser av liknande slag som de som beskrivs här.

Definitionen innebär dock att händelser som inte genererar ett större antal patienter men ändå har en stor påverkan på hälso- och sjukvården, kommunal verksamhet eller allmänhet också kan betraktas som allvarliga händelser. Händelser som hör till det katastrofpsykologiska och katastrofpsykiatriska området kan innebära en sådan belastning att den särskilda sjukvårdsledningen behöver aktiveras. Exempel på det är en olycka där ett stort antal människor omkommer, eller när den traumatiska händelsen utgörs av en uppenbar, överhängande livsfara utan att någon fått kroppsliga skador.

Begreppet allvarlig händelse har en vidare innebörd ur psykologisk och psykiatrisk synvinkel, som också inkluderar händelser med ett stort antal drabbade där få eller inga drabbade har fått kroppsliga skador. Detta är något som landsting och kommuner behöver ta hänsyn till och tydligt beskriva i landstings katastrofmedicinska beredskapsplaner och i kommunernas krisberedskapsplaner.

Allvarliga händelsers orsak, omfattning, utbredning och konsekvenser

Landstingen och kommunerna behöver planera sin verksamhet så att de kan hantera konsekvenserna av olika typer av allvarliga händelser utifrån sitt verksamhetsansvar. För att kunna genomföra en så lämplig insats som möjligt är det nödvändigt att tidigt kunna identifiera händelsens storlek, omfattning och utbredning. Händelser kan indelas efter orsak, omfattning och utbredning.

Orsak

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

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

Vid allvarliga händelser där den mänskliga faktorn kan ha varit en bidragande orsak kan den psykologiska problematiken bli delvis annorlunda än vid naturkatastrofer. Frågan om avsiktligheten, om någon kan anses bära skuld till skadehändelsen, aktiveras ofta vid denna typ av händelser. Tendensen att utpeka syndabockar kan t.ex. medföra att vissa personer behöver särskilt stöd. Ännu svårare kan reaktionerna bli efter avsiktliga händelser som terroraktioner och gisslansituationer. Men syndabockstänkande kan likväl uppstå vid händelser utan mänskligt uppsåt, som exempelvis efter flodvågskatastrofen 2004 när stor uppmärksamhet riktades mot samhällets insatser i det akuta skedet.

Omfattning och utbredning

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

Om alla döda, skadade och överlevande kommer från ett geografiskt avgränsat område kan koncentrationen av många drabbade personer leda till särskilda problem. Samtidigt kan händelser som rör flyg, tåg och båt få både nationella och internationella konsekvenser eftersom de resande kan komma från många olika håll. Se avsnittet om särskilda överväganden i detta dokument. Större händelser kan beröra flera länder samtidigt. Det kan i sin tur leda till andra konsekvenser än vid allvarliga händelser där enbart svenskar är inblandade.

Hälsokonsekvenser av en allvarlig händelse

En allvarlig händelse kan utlösa övergående stressreaktioner hos de flesta drabbade. För några kommer dock stressbelastningen att vara så stor att den leder till en posttraumatisk stressreaktion [5, 6]. Om en sådan reaktion utlöses eller inte beror dock inte bara på den yttre påfrestningen, utan på en kombination av hur den yttre händelsen drabbar personens mentala disposition att förstå, hantera och ge mening åt situationen. Personens utsatthet och dennes tolkning av situationen och åsikt om vilka åtgärder som är möjliga är det som avgör om händelsen blir en verklig stressfaktor eller inte. Av dessa skäl talar man i modern traumaforskning hellre om potentiellt traumatiska händelser än om händelser som traumatiska i sig.

Beroende på typen av händelse, den drabbade gruppen och exponeringsgraden, kommer mellan cirka 5 och 30 procent av de drabbade att utveckla olika former av svårare posttraumatiska reaktioner, exempelvis posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression, ångestsyndrom eller beroendesyndrom efter sådana potentiellt traumatiska händelser.

Barns reaktioner liknar vuxnas men deras förmåga att förstå och hantera sina reaktioner är än mer beroende av omgivningens stöd. De kan utveckla traumarelaterade symtom men också annan mer diffus psykisk ohälsa. Vanligt är tillbakagång i utvecklingen, generell oro och separationsångest men också ökad aggressivitet som inte alltid går att koppla till den traumatiska händelsen varken för individen eller omgivningen.

Drabbade

Utöver de rent medicinska åtgärderna i den katastrofmedicinska planeringen har fokus under senare år vidgats alltmer mot alla berörda personer med deras reaktioner och förmåga att under stress orka med, ta ansvar för sig själva och andra samt att kunna utöva ledarskap. Det är inte bara de *direkt drabbade*, t.ex. överlevande och närstående, som visar olika typer av reaktioner. Andra grupper av *indirekt drabbade*, som sjukvårdspersonal och annan insatspersonal, kan reagera med olika typer av stressreaktioner.

En allvarlig händelse kan ha olika innebörd för olika drabbade personer och grupper, och leda till olika slags posttraumatiska reaktioner. En god beredskap måste omfatta alla berörda personer och grupper, och hjälpinsatserna

behöver anpassas till de drabbades olika behov. Vid varje allvarlig händelse är det viktigt att identifiera vilka som har drabbats, både direkt och indirekt, och på vilket sätt de har drabbats. Samtidigt är det nödvändigt att samhället förmedlar samordnad information av bekräftade fakta och stödjer drabbades förmåga att på bästa sätt hantera situationen.

Det snabba kommunikationssamhället med omfattande mediebevakning innebär att människor ibland kan följa förloppet av en allvarlig händelse i direktsändning eller gång på gång ta del av utsändningar som skildrar händelsens förlopp och effekter. På så vis kan omgivningen bli tämligen utsatt för potentiellt traumatiserande intryck. Detta noterades exempelvis efter terrorattacker mot World Trade Center den 11 september 2001.

Riskindikatorer

För de direkt drabbade kan det finnas särskilda indikatorer som innebär en ökad risk för svårare psykiska reaktioner, som svåra personliga och materiella förluster. Dessutom innebär den upplevda livsfaran ofta en förlust av trygghet och säkerhet samt en upplevelse av hjälplöshet och maktlöshet över sin livssituation. Att bevittna andras lidande i kombination med att känna hjälplöshet och maktlöshet har visat sig vara en indikator för senare posttraumatiska reaktioner. Sådana indikatorer kan även påverka de indirekt drabbade. Likaså kan personer i ansvarspositioner hamna i situationer som innebär etiska konflikter; exempelvis kan man som chef behöva värdera de anställdas säkerhet gentemot drabbades nödställighet.

Följande aspekter anses vara indikatorer för svårare posttraumatiska stressreaktioner [7, 8]:

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

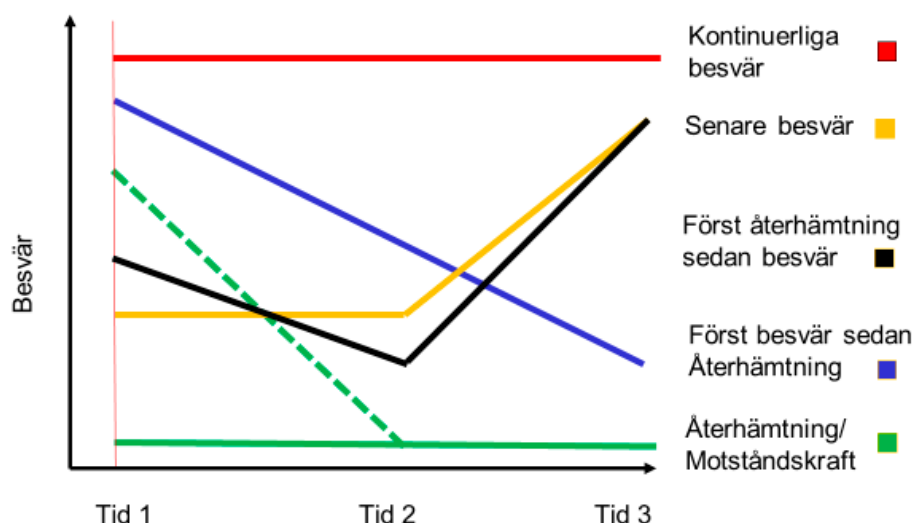
Att vara barn är alltså i sig en riskindikator. Samtidigt får de flesta barn bra stöd av sina föräldrar, och även skola eller barnomsorg kan bidra med struktur och sammanhang. Man behöver dock vara extra uppmärksam på de barn som omfattar flera riskindikatorer ovan. Det är framför allt barn med tidigare traumaerfarenheter, barn med funktionsnedsättningar såsom intellektuell funktionsnedsättning eller neuropsykiatriska svårigheter. För dessa barn brister också ofta det sociala stödet då de kan ha föräldrar med egna svårigheter. Både barn och personer med funktionsnedsättningar behöver beaktas extra

noga och stöd och information behöver anpassas utifrån deras förutsättningar.

Motståndskraft

Konsekvenserna av en potentiellt traumatisk händelse kan generellt bli att en del personer drabbas av kontinuerliga besvär (olika former av posttraumatiska reaktioner), och några av senare sådana besvär, där en del initialt kan visa tecken på återhämtning innan de får problem. Andra återhämtar sig efter lite tid efter först ha upplevt en del besvär medan andra återhämtar sig lite snabbare. Dessutom finns en stor grupp som istället från början uppvisar motståndskraft [9-12], se figur 1. Uppfattningen att individer kommer att reagera i fyra konsekutiva faser: chock, reaktion, bearbetning och nyorientering [13], en uppfattning som har kommit att få en stor spridning i landet, är därmed inte överensstämmande med vad som har observerats i en stor mängd studier.

Figur 1. Processer över tid, fritt efter [9-12]



Allt fler inom den psykotraumatologiska forskningen har tagit utgångspunkt i det faktum att majoriteten av de personer som drabbas av en allvarlig händelse inte utvecklar några svårare posttraumatiska reaktioner. Några kan till och med känna att de stärkts eller utvecklats som individer (eng. "posttraumatic growth"), även om denna positiva konsekvens ofta uppträder tillsammans med en högre grad av negativa reaktioner [14-16].

Det som utmärker dem som inte allvarligt påverkas av potentiellt traumatiska händelser har vad som på engelska kallas "resilience". Ordet är svårt att översätta till svenska men det lämpligaste ordet bedöms vara *motståndskraft*. Masten [17] har gjort ett försök att definiera motståndskraft i denna mening och beskriver det som "en förmåga till framgångsrik anpassning trots svåra eller hotande omständigheter". I en sammanställning [18] beskrivs hur motståndskraft kan ses som en samverkan av socialt stöd och självtillit. Det kan

naturligtvis i det akuta skedet vara svårt att bedöma vem som kommer att utveckla svårare besvär, men det är viktigt att inse att många genom egen kraft och andras stöd finner egna vägar till återhämtning.

Etiska aspekter

Etik kan definieras som ett system eller en kod för moraliska principer som vägledning för att avgöra vilka beteenden eller handlingar som är hjälpande eller skadliga [19]. Etiska aspekter bör alltid beaktas i krisstödsarbetet efter allvarliga händelser. Ett etiskt förhållningssätt i krisstödsarbete skulle kunna sammanfattas på följande sätt [20]:

- Var ärlig och pålitlig.
- Respektera människors rätt att fatta egna beslut.
- Var medveten om och håll tillbaka egna fördomar.
- Respektera integritet och konfidentialitet.
- Uppträd på ett respektfullt sätt.

En grundprincip är naturligtvis att hjälparbete ska befrämja mänskliga rättigheter och skydda de individer och grupper som kan vara utsatta för en förhöjd risk av att sådana rättigheter inte blir beaktade [21]. Olika åtgärder kan användas för att minska den risken. Här nämns fyra huvudpunkter som kan befrämja ett etiskt förhållningssätt [20]:

- Respektera drabbades säkerhet, värdighet och rättigheter.
- Anpassa det man gör utifrån den drabbade individens kultur.
- Var medveten om andra akuta insatser som görs.
- Ta hand om den egna personalen.

Respektera drabbades säkerhet, värdighet och rättigheter

Krisstödsarbete innebär arbete med mycket känsliga frågor vilket innebär en risk att man orsakar oavsiktlig skada. Krisstödspersonal behöver därför agera på sådant sätt att drabbade inte riskerar att drabbas ytterligare, exempelvis genom ofrivillig exponering utan man bör arbeta för att optimera drabbades möjlighet till att vara så säkra som är möjligt under rådande omständigheter. En rekommendation är att behandla drabbade med respekt för kulturella och sociala normer, och ge hjälp rättvist och utan diskriminering, oavsett ålder, kön eller etnisk bakgrund. Ett sätt att värna etiska aspekter är också att bistå drabbade att hävda sina juridiska rättigheter och att få tillgång till det stöd som finns.

Var medveten om andra akuta insatser som görs

Krisstödsarbete är som regel en del av en större insats och krisstödspersonal behöver därför informeras om vilka andra insatser som pågår och vilka resurser som finns tillgängliga. Interventioner baseras så långt det är möjligt på bekräftad information. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om den egna rollen och dess begränsningar och att inte lova mer än man kan hålla.

Ta hand om den egna personalen

Som krisstödsperson påverkas man av det man möter. Den egna personalen kan dessutom vara direkt drabbad av händelsen, vilket kräver särskilt hänsynstagande. Ledningsansvariga har ett ansvar att försäkra sig om den egna personalens välbefinnande och omvårdnad, och försäkra sig om att tillfälle till raster och möjligheter för återhämtning finns. Omvårdnad kan innefatta olika nivåer: personlig nivå med egenvård, gruppnivå med stöd från kollegor, handledning och stöd från arbetsledning samt personalstöd som uppföljning.

Andra aspekter

Att engagerade personer har rätt kompetens inom de områden man arbetar är en annan etisk implikation. Krisstödspersoner behöver adekvat utbildning. Allmänna etiska aspekter bör ingå i utbildning i krisstödsarbete.

Ledningsansvariga har också ett ansvar att försäkra sig om att drabbade inte blir utnyttjade eller exploaterade. Denna risk kan minimeras genom ett säkert och pålitligt system för hur personal och drabbade kan rapportera om missförhållanden som förekommer eller misstänks att förekomma och hur man kan lämna in klagomål rörande den egna verksamheten eller andra organisationers insatser.

Krisstödet grunder

Människor som drabbas av en allvarlig händelse har olika behov. Det gäller naturligtvis omedelbart men också kort- och långsiktigt. I den ofta kaotiska akuta situationen med dess begränsade resurser går det dock att identifiera en rad olika behov utifrån de drabbades perspektiv. Även om samtliga behov verkar vara lika nödvändiga behöver individernas behov prioriteras. Drabbade kan också behöva stöd med att formulera sina hjälpbehov, eftersom deras problemlösningsförmåga kan ha påverkats av den aktuella händelsen. Föräldrar kan behöva hjälp att sortera i sina egna behov respektive barnens behov. I det nedanstående avsnittet finns en generell beskrivning av behov och åtgärder, utan värdering av vilken huvudman som ansvarar för specifika åtgärder. Syftet är att främst belysa vilka åtgärder som är aktuella och vilken kompetens som den ansvariga organisationen behöver. Det finns dessutom ett antal författningar som styr krisstödsinsatsers organisation och utförande: dessa redogörs för i ett separat avsnitt.

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

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

Ett exempel på detta är den första tidens oklarhet om vidden av flodvågskatastrofen i Sydostasien i december 2004. Ett annat exempel är osäkerheten som spreds i samband med den information som spreds om ytterligare skottlossning efter dådet på Drottninggatan i Stockholm i april 2017.

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

Skadeplatsen

Det första stödet till direkt drabbade kommer ofta från andra drabbade och från vittnen till händelsen, och först senare från räddnings- och sjukvårdspersonal. För att den anländande personalen ska kunna ge ett gott stöd till de drabbade måste de ha tillräckliga kunskaper om psykologisk första hjälp. En ledning på plats med kunskap om psykologisk triagering möjliggör en snabb bedömning av behovet av krisstöd till drabbade på och i anslutning till skadeplatsen och innebär att krisstödsinsatserna kan initieras med rätt omfattning

och utan fördröjning. Förutom ambulanspersonal kan också sjukvårdsgrupper sändas ut till skadeområdet. Dessa kan komma från akutsjukhus eller i vissa fall från primärvården. Krisstödet är en del i sjukvårdsinsatsen som leds av en sjukvårdsledare och en medicinskt ansvarig person. Krisstödet i skadeområdet organiseras i samverkan med kommunen, räddningstjänst, polis och andra närvarande aktörer, exempelvis ideella organisationer.

Den särskilda sjukvårdsledningen som aktiveras vid allvarlig händelse avgör om någon annan speciellt utbildad personal för krisstöd behöver skickas ut tillsammans med en sjukvårdsgrupp. Som regel skickar ledningen aldrig ut sjukvårdspersonal som inte är utbildad och inte har erfarenhet av att arbeta i en prehospital miljö.

Närståendes informationsbehov

Vid en allvarlig händelse kan det vara svårt att tillgodose de närståendes informationsbehov i det akuta skedet. Så snart det är möjligt lämnar den särskilda sjukvårdsledningen och upprättade anhörigupplysningen säkerställd och kontrollerad information angående de drabbade. Polisen upprättar även telefonnummer dit närstående kan ringa, men ofta har medierna hunnit förmedla information innan den kunnat bekräftas eller säkerställas. För att samla in och förmedla information om de drabbade måste informationen samordnas inom hälso- och sjukvården, men även med kommuner, samverkande myndigheter och organisationer, exempelvis polismyndigheten. Internet har skapat större möjligheter att sprida korrekt information snabbare än tidigare, t.ex. via webbsidor och sociala medier.

När även barn har tillgång till snabba sociala medier behöver hänsyn tas till att nå även dessa. De löper ökad risk att få felaktig information av mindre tillförlitliga källor samtidigt som vuxna inte alltid förstår hur mycket barn hör och ser. Att aktivt följa upp drabbade barns behov av information och justera felaktig information är därför viktigt.

I väntan på säkerställd information måste de närstående få ett gott krisstöd. Uppgiften blir att framförallt stödja dem att uthärda en period av väntan och ovisshet. En vanlig del av krisstödet är att stödja när information om de drabbade ska ges till närstående och vänner. Likaså är det till hjälp att se över hur och vilken sorts information barn behöver få.

Olika behov i olika faser

Tiden efter en allvarlig händelse indelas i tre perioder: *akutfas*, *mellanfas* och *långtidsfas* [22]. Fasernas längd beror på händelsens karaktär och de drabbades egna resurser, och därför är det svårt att specificera längden av varje fas. En indelning som kan ses som utgångspunkt är: akutfas < 1 vecka, mellanfas 1–4 veckor och långtidsfas \geq 1 månad efter händelsen. De drabbades behov i de olika faserna skiljer sig åt och förändras också över tid. De olika fasernas karaktär har betydelse för planeringen, där de mest omfattande insatserna görs under akut- och mellanfasen. Ofta överlappar behoven mellan den akuta fasen och den påföljande fasen. Information är viktig i alla faser men den typ av information som behövs beror på vilken fas och vilken tid det handlar om.

I den akuta fasen kan behoven vara att få information om vad som hänt ens närstående och hur man kan komma i kontakt med dem, medan det senare kan handla om mer specifika problem. Efter brandkatastrofen i Göteborg 1998, då 63 ungdomar dog och ett stort antal skadades, dominerade de fysiskt medicinska behoven i den akuta fasen. Dessa minskade dock snabbt i gruppen, med undantag för de med allvarliga brännskador som behövde mycket lång behandlingstid. Till en början fick de drabbade begränsat krisstöd i form av praktiska insatser, men stödet ökade över tid och särskilt vid speciella tillfällen som vid begravningar, rättegångar och årsdagar. Behovet av krisstöd ökade i mellanfasen och förblev stort under det första året. Mer långsiktigt har det konstaterats att två år efter olyckan behövde cirka 25 procent av ungdomarna fortfarande behandling för PTSD och andra psykiska störningar [23].

Principer för krisstöd

Det tidiga stödet kan baseras på interventioner som genom forskning visat sig vara värdefulla och som inte skadar de drabbade. Hobfoll och medarbetare har beskrivit fem principer för sådana insatser [24], vilka har som mål att:

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

Insatserna behöver utmärkas av flexibilitet och anpassning efter omständigheterna. Drabbade i akut- och mellanfasen behöver i första hand socialt och praktiskt stöd för att underlätta återhämtningen. Många är också hjälpta av att erbjudas information och stöd enligt dessa fem principer, men alltför påträngande krav på att de drabbade ska bearbeta händelsen emotionellt kan störa den spontana återhämtningen. För barn blir föräldrar centrala i omhändertagandet. Dock behöver föräldrar ofta stöd i hur de ska prata med sina barn. När föräldrar inte bedöms klara av att prata med sina barn på ett lugnande sätt behöver professionella eller anhöriga hjälpa till. Annars finns risk att barn inte får information och stöd som kan lugna och ge sammanhang.

Här följer andra grundläggande principer för krisstöd:

- Krisstödet är föregripande, vilket alltså inte innebär en väntan på att problem uppstår eller krav ska uppkomma.
- Krisstödet är lättillgängligt.
- Krisstödet är en del i sjukvårdsinsatsen och måste redan tidigt organiseras och samordnas.
- Det är viktigt att krisstödet är länkat till samhällets övriga insatser.
- Efter bedömning och akutinsatser är det lämpligt att den drabbade vid behov erbjuds ett mer långsiktigt och kontinuerligt krisstöd.
- Krisstödet riktas som regel till varje drabbad eller varje drabbad familj. Gemensamma minnesstunder och årsdagar blir viktiga för många, men behöver planeras och genomföras så att de inte hindrar normal återhämtning.

- En kontinuerlig utvärdering av insatserna efter en allvarlig händelse genomförs för att kunna lära av dessa erfarenheter.

Vetenskapligt underlag

Det finns idag mycket forskning om psykosociala konsekvenser efter allvarliga händelser och riskindikatorer för ogynnsam psykologisk återhämtning. Även kunskapen om verksamma terapier för de individer som har traumatiserats och upplever långvariga besvär har utvecklats ytterligare.

Det vetenskapliga underlaget om tidiga psykosociala och farmakologiska interventioner har i viss mån också utvecklats under denna tid. Men det finns fortfarande inte något entydigt vetenskapligt stöd för interventioner i akut- och mellanfasen. Det är förknippat med stora svårigheter att genomföra randomiserade studier i ett tidigt skede av en katastrof och det kan därför dröja innan ett gott vetenskapligt underlag finns. De rekommendationer som har publicerats internationellt bygger därför på indirekt vetenskapligt stöd, baserat på observationsstudier om riskindikatorer och liknande; på konsensus bland forskare och experter; samt på beprövad erfarenhet från ett stort antal händelser världen över. Ett exempel är Psykologisk första hjälp som anges vara en evidensinformerad men inte evidensbaserad insats, vilket innebär att de olika interventionerna vilar på vetenskaplig grund men att det inte finns ett direkt vetenskapligt stöd för helheten avseende specifika utfall [25, 26]. De rekommendationer för krisstöd som gör sig gällande idag har utformats av professionella organisationer, där följande europeiska projekt står för de mest omfattande sammanställningarna: The European Network for Traumatic Stress [TENTS; 27] och Operationalising Psychosocial Support in Crisis [OPSIC; 21]. Dessa projekt har genererat ett rikt informationsmaterial på webben och i rapportform. Även den av FN initierade Inter-Agency Standing Committee har sedan de utvecklade sina inflytelserika internationella rekommendationer 2007, Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Emergency Settings, fortsatt att publicera relaterat innehåll på webben [28].

Ett europeiskt projekt, the European Network for Psychosocial Crisis Management – Assisting Disabled in Case of Disaster (EUNAD), har tagit fram rekommendationer för krisstöd till personer med rörelsehinder, hörselnedsättning, synskada eller kognitiv funktionsnedsättning. EUNAD-projektet har publicerat rekommendationerna tillsammans med verktyg specifikt för de olika funktionsnedsättningarna på webben [29].

För vissa interventioner, som psykologisk debriefing till direkt drabbade, finns det ett visst vetenskapligt stöd för att avråda från dem [30]. Det bör påpekas här att psykologisk debriefing avser en specifik tidig psykologisk samtalsintervention som ges antingen enskilt eller i grupp vid ett enstaka tillfälle tidigt efter händelsen enligt en särskild manual och syftar till en djuplodande genomgång av den drabbades upplevelser, tankar och känslor under händelsen. Denna intervention ska inte förväxlas med andra former av samtal eller psykosociala insatser efter allvarliga händelser, vilket kan vara grannläga eftersom begreppet debriefing ibland används också för andra insatser än den

som nämns ovan. Det är också viktigt att säkerställa att krisstödspersonal eller ledare inte avhåller sig från att samtala med drabbade, enskilt eller i grupp, pga. felaktiga uppfattningar om psykologisk debriefing.

För andra insatser är det vetenskapliga underlaget än så länge otillräckligt för att dra några vetenskapligt underbyggda slutsatser om deras effektivitet vad gäller att förebygga PTSD. Exempel på interventioner som har uppmärksamats de senaste åren men som har otillräckligt vetenskapligt underlag är akuta former av kognitiv beteendeterapi för att förebygga traumatisering. Det finns dock visst stöd för att traumafokuserad kognitiv beteendeterapi är hjälpsamt för individer som under den första månaden utvecklar mycket svåra reaktioner i formen av akut stressyndrom [30]. Det har också undersökts om en dos av ett lugnande läkemedel, t.ex. propranolol, i ett akut skede skulle kunna förebygga utvecklingen av PTSD. Det samlade kunskapsläget idag visar att det troligtvis inte går att förebygga PTSD genom denna intervention, men forskning pågår med andra preparat som genom akut lindring av det initiala stresspåslaget eventuellt kan bidra till positiva effekter på sikt [31].

En annan intervention som har väckt viss uppmärksamhet på senare tid är sambandet mellan avhållsamhet från sömn under det första dygnet och minskade symtom på PTSD, men detta kan inte förordas idag eftersom det saknas tillräckligt underlag. Vidare har det under de senaste åren publicerats forskning om digitala självhjälpsmetoder som smartphone-appar med information och stresshanteringsövningar. De har visat blandade resultat [32], men även här behövs ytterligare forskning innan säkra slutsatser kan dras om dess lindrande och förebyggande effekter. En uppmärksam intervention bygger på att de drabbade i ett akut skede spelar datorspel som Tetris, där tanken är att det visuellt belastande spelet skulle påverka inlagringen av visuellt material från den allvarliga händelsen och därmed skulle traumatiska minnen inte bli lika påträngande. Idén har visst stöd i forskningen vad gäller antalet minnesbilder som den drabbade upplever under en vecka efter händelsen [33], men i dagsläget vet vi inte tillräckligt om denna metods effekter för att metoden ska rekommenderas.

Krisstöd under den akuta fasen

Primär prevention

Begreppet primär prevention kommer ursprungligen från Caplan [37] och betyder i detta sammanhang att förhindra risken för psykisk sjuklighet genom att förbereda människor innan en händelse inträffar. Ett sätt är att minska antalet utsatta personer, vilket åtminstone är delvis möjligt efter en allvarlig händelse. För vanliga samhällsmedborgare kan detta möjligen ske genom information och utbildning om vanliga reaktioner och var man kan få stöd. Det kan ske via massmedier, folkrörelser, arbetsplatser, skolor och genom kommunala initiativ. Det finns idag inte något tydligt vetenskapligt stöd för någon primär preventionsstrategi. Åtgärder som faller under primär prevention är i linje med att stärka befolkningens motståndskraft mot kriser och hot.

Krisstöd i akutfas

Åtgärder efter att en händelse har inträffat kallas sekundär prevention om de syftar till att minska risken för psykiatrisk och somatisk sjuklighet hos de drabbade. Åtgärder i akutfas har dock inte nödvändigtvis ett preventivt syfte, utan syftar ofta till att lindra här och nu. I detta sammanhang gäller det tidiga interventioner till de som har drabbats av potentiellt traumatiska händelser. Internationella rekommendationer kan sammanfattas på följande vis [27]:

- Alla som varit med om traumatiska händelser får möjlighet till stöd som är förmedlat på ett empatiskt sätt
- Stödet kan vara praktiskt, psykologiskt och socialt
- Särskild uppmärksamhet riktas mot barn
- Det finns fördelar med att ge information om vanliga reaktioner och råd för bemästring, alltså hur den drabbade kan hantera sina reaktioner
- För personer med lättare reaktioner och reaktioner som varat mindre än fyra veckor är det ofta klokt att vänta med omfattande psykoterapeutiska insatser till förmån för en proaktiv uppföljning (eng. watchful waiting)³
- Avstå från så kallad psykologisk debriefing med enskilda personer
- En månad efter traumat kan det vara lämpligt att genomföra en screening av högriskindivider med hjälp av ett enkelt självskattningsinstrument.

Återtraumatisering

Samhällets hjälpinstanser måste fungera i mötet med de drabbade för att undvika att personens trauma förvärras genom ett okänsligt eller okunnigt bemö-

³ En proaktiv uppföljning innebär att krisstödjare etablerar kontakt med drabbade för stöd och för uppföljning av normala reaktioners uttryck och intensitet samt funktionsförmåga, för att om behovet så påkallar bistå med länkning/remiss för bedömning och ställningstagande till behandling.

tande. Återtraumatisering innebär att den drabbade på nytt exponeras för händelsen på ett sätt som medför så starka reaktioner att effekterna av traumat förvärras. Ett vanligt samtal om händelsen leder inte till återtraumatisering, men drabbade som har uttalade reaktioner kan påverkas negativt av exempelvis oprofessionellt genomförda intervjuer med journalister. Den som ingår i krisstödet kan då bli tvungen att avgöra om en sådan intervju är lämplig eller inte. Återtraumatisering är särskilt relevant vid exponering för detaljerade eller upprepade bilder eller videoklipp i medier om händelsen eller om sig själva.

Samtidigt är det inte bra med ett överdrivet omhändertagande som hindrar de drabbade från att vara aktiva i sin egen återhämtning. När samhället planerar kollektiva minnesstunder och årsdagar finns det skäl till att vara försiktig så att inte kollektiva behov skapas. Grunden för insatserna är att stödja de drabbade i sin normaliseringsprocess, inte hålla kvar deras identitet som drabbad. Trots det genomgångna traumat vill de flesta drabbade kunna återgå till ett normalt liv, och det är denna process som stödet riktar sig till för en stor andel av de drabbade. De drabbade som av olika anledningar fastnar i sin sorg eller drabbas av PTSD bör få individuell behandling; se avsnittet om behandling i detta dokument.

Insatser under akutfas

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

Det är viktigt att stärka de drabbades egna förmågor, bland annat genom att understödja positiv bemästring. Det kan man göra genom att t.ex. ge erkännande till föräldrar som är förebilder för sina barn och visa uppskattning till vuxna och barn som hjälper andra. Hur individer och familjer har klarat svårigheter de hamnat i är en annan viktig aspekt. Man kan hjälpa drabbade att komma ur en offerroll genom att t.ex. involvera dem i lämpliga delar av stöd- och räddningsarbetet, såsom att hämta och fördela vatten och mat till andra drabbade. Samhörighet är viktigt i dessa situationer. Ansträngningar behöver därför göras för att hålla ihop familjer och koppla ihop drabbade som kan stödja varandra. Trots alla svårigheter behöver stödpersonerna sträva efter att stödja de drabbades hopp och positiva förväntningar. Ett bra sätt är genom att förmedla Psykologisk första hjälp, se nedan.

Psykologisk första hjälp

Psykologisk första hjälp innebär ett medmänskligt stöd till drabbade barn, tonåringar, vuxna och familjer omedelbart efter inträffade allvarliga händelser. Psykologisk första hjälp är utformat för att minska den omedelbara nödställdheten och stödja adaptiva funktioner på kort och lång sikt.

Efter en allvarlig händelse är de drabbade upptagna med en anpassningsprocess där vanliga uttryck för stress och rädsla snarare kan betraktas som normala reaktioner än som symtom på ohälsa [38]. Stödpersonalens praktiska åtgärder måste därför göras i överenskommelse med de drabbade. Sedan tidigare finns det kunskap om att stöd, framförallt från de närstående, gör att färre som råkat ut för potentiellt traumatiska händelser senare drabbas av psykiatrisk sjuklighet [39]. Fokus för stödet har därför flyttats från att tidigt genomföra en omfattande psykologisk bearbetning av de drabbades upplevelser, till att understödja personens egna starka sidor och mobilisera deras eget sociala stöd i form av närstående och vänner. Ett klokt förhållningssätt kan därför vara att vänta med aktiva behandlingsinsatser till personer med lättare reaktioner [40]. Eventuella strukturerade professionella insatser kan istället efterhand inriktas på drabbade med mer uttalade reaktioner. Samtidigt behöver stödpersonerna fokusera på att så snart som möjligt erbjuda hjälp för att hantera akuta behov och problem, stödja de drabbades egna bemästringsförmåga samt att identifiera personer med allvarligare symtom.

Denna kunskapsutveckling gjorde det nödvändigt att utveckla nya riktlinjer för att stödja drabbade efter allvarliga händelser. I USA hade man redan kommit långt i framtagandet av en manual för Psykologisk första hjälp [41] när orkanen Katrina drabbade New Orleans med full kraft. Den amerikanska förlagan är översatt till svenska vid Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri (KcKP) i Uppsala med titeln ”Psykologisk första hjälp, användarinstruktion” [42]. Manualen innehåller värdefull information inför planering av krisstödsinsatser, exempelvis checklistor för bedömning av individuella behov. En något förenklad variant, framtagen av WHO har likaledes översatts till svenska vid KcKP [20], men finns också att ladda ner på en mängd olika språk från WHO [43].

Psykologisk första hjälp kan lätt anpassas till olika behov. Den personal som tidigt ska ge stöd till de drabbade behöver ha utbildning i psykologisk första hjälp för att kunna ge akut krisstöd till drabbade som en del i ett organiserat stöd efter en allvarlig händelse.

Detta är syftet med psykologisk första hjälp:

- *Kontakt och engagemang:* Etablera mänsklig kontakt på ett medkännande och icke-påträngande sätt.
- *Säkerhet och trygghet:* Tillgodose basala behov. Förstärk upplevelsen av säkerhet och trygghet både fysiskt och emotionellt.

- *Stabilisering*: Lugna drabbade som är emotionellt överväldigade och panikslagna.
- *Behovsinventering*: Bidra till att de drabbade kan formulera sina omedelbara behov.
- *Praktiskt stöd*: Förmedla stöd så att de drabbade kan tillgodose sina behov.
- *Socialt stöd*: Bidra till att de drabbade kommer i kontakt med närstående och andra hjälpinstanser.
- *Information och bemästring*: Förmedla information som kan stödja de drabbade i att bemästra de psykologiska effekterna av händelsen.
- *Kontakt med övriga stödinstanser*: Underlätta fortsatta kontakter med samhällets övriga stödinstanser.

Olika metoder för stresshantering

Människor reagerar olika och det är viktigt att krisstödet tar hänsyn till den variation av reaktioner som uppstår efter allvarliga händelser. Detta inkluderar att överväga att leverera stödet via olika slags kanaler. Idag har en stor majoritet av svenskar tillgång till smarta mobiltelefoner och internet, vilket innebär att det idag finns möjligheter att förmedla detta via digitala hjälpmedel paketerade i smartphone-applikationer och som webbsidor.

Oavsett förmedlingssätt, finns det metoder för individuell stresshantering som kan mildra de egna reaktionerna efter en allvarlig händelse [24]. De är inte nödvändigtvis specifika för traumarelaterade problem, även generella metoder avsedda för att hantera olika former av stress anses vara hjälpsamma. I det tidiga skedet får åtgärderna gärna vara enkla och praktiskt inriktade. För barn och unga får närstående vuxna en viktig roll i att bidra till stresshantering. Olika strategier för stresshantering kan vara följande:

- Försöka upprätthålla vanliga rutiner
- Vårda kroppen genom att ge akt på sömn, mat, fysisk aktivitet
- Undvika alkohol och droger
- Se till att vardagen har inslag av positiva aktiviteter
- Göra sådant som är lugnande, t.ex. träning, läsning, avslappning
- Vara tillsammans med och tala med vänner och närstående
- Ta hjälp av andra eller ta kontakt med sjukvården om problemen känns övermäktiga.

Uppföljning och behov av tidig behandling

Den kunskap som finns idag om utvecklingen av posttraumatiska stressreaktioner antyder att det som stödperson är lämpligt att följa upp de personer som man har mött. Anledningen till detta är att det idag inte är möjligt att i det akuta skedet förutsäga med tillräcklig precision vilka drabbade som kommer att utveckla stora svårigheter. Sådan uppföljning kan göras i den egna organisationen eller genom att personerna ifråga överförs till någon annan instans för uppföljningen, t.ex. till primärvården, öppenvård psykiatri, barn- och

ungdomspsykiatri eller en kommuns stödcentrum. Syftet med uppföljningen är att klarlägga åt vilket håll reaktionen utvecklas. Om de första reaktionerna avtar kommer de sannolikt att fortsätta avta och så småningom gå över av sig själva. Om reaktionerna däremot kvarstår på samma nivå, om de ökar eller om de är särskilt besvärliga bör personen få tidig behandling [30].

Algoritmer för åtgärder i olika faser

För att sammanfatta och tydliggöra hur stöd, uppföljning och behandling kan struktureras har ett par algoritmer sammanställts [6]. Dessa är fritt baserade på algoritmer utvecklade av Nash med flera [44], se bilaga 1. De kan användas som underlag i planering av olika åtgärder, exempelvis i planering av hur uppföljning kan komma till stånd.

Krisstöd under mellanfasen

Behovet av krisstöd förändras över tiden

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

Principer för uppföljning i mellanfasen

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

Ett eventuellt stödcentrum kan i mellanfasen samordna verksamheten inom sjukvård, socialtjänst och lokalsamhälle för att möta behoven hos de olika drabbade grupperna. Utöver detta kan ett eventuellt stödcentrum fungera som en länk mellan människor och organisationer. Stödcentrumet kan också stödja aktiveringen av naturliga sociala nätverk. Basen är vardagslivets vanliga kontaktkanaler som används av individerna, grupperna och samhället som drabbats. Fokus ligger på att hjälpa människor att återvända till sina dagliga liv och dagliga rutiner. Självhjälpsgrupper och anhörigföreningar etableras ofta i denna fas. Ett stödcentrum kan också hjälpa till med att organisera informationsmöten och underlätta arrangemang för minnesstunder eller andra ritualer. Personalen vid stödcentrumet kan också ta på sig ett speciellt ansvar som företrädare för de personer som drabbats. Det kan innebära kontakter med myndigheter och med medier, med försäkringsbolag eller privata företag som är involverade i händelsen. Man kan också erbjuda råd och medverka till att specifik experthjälp kopplas in. I en del fall kan det också krävas att personalen på stödcentrumet samarbetar med andra myndigheter, t.ex. när det handlar om identifiering eller saknade personer. Vidare kan personal på stödcentrumet också dokumentera och utvärdera både de drabbades behov och de krisstödsåtgärder som görs i mellanfasen. En månad efter den allvarliga händelsen kan det vara lämpligt att stämma av i vilken utsträckning högriskindivider blivit remitterade till traumafokuserad behandling. Se vidare riskindikatorer, sid 16.

Behov och åtgärder i mellanfasen

I detta skede finns behov och åtgärder som är gemensamma för alla drabbade. Oskadade överlevande och vittnen till händelsen kan i stort sett ha

samma behov som överlevande med lättare skador, med undantag för dem som får varaktiga fysiska men.

- Socialt stöd från personens normala sociala nätverk (familj, vänner, grannar och arbetskamrater) är betydelsefullt och underlättar återanpassningen.
- Många drabbade har ett starkt behov av grupptillhörighet, att få mer information om vad som hänt, eller att kontakta andra överlevande eller insatspersonal. Detta behov kan bli tydligare under mellanfasen. Självhjälpsgrupper och andra stödgrupper har efter en del svåra händelser fått stor betydelse för de drabbade.
- Screening av högriskindivider efter cirka en månad, se nedan. Drabbade med uttalande symtom remitteras till en traumafokuserad behandling
- En del överlevande behöver fortsatt medicinsk behandling och rehabilitering, och de kan också behöva hjälp med praktiska, sociala och psykologiska konsekvenser av sina fysiska skador. Det kan exempelvis handla om att handikappanpassa hemmet och bilen men också stöd i att möta påfrestningarna i fortsatta kirurgiska ingrepp.
- Vissa drabbade kan komma att behöva yrkesmässig rehabilitering, eventuellt med behov av omskolning. Andra kan behöva social rådgivning eller stöd med sjukförsäkringsfrågor och liknande.
- Försäkringsfrågor och juridiska frågor, ersättningsfrågor och finansiella problem är viktiga områden att ta hänsyn till. Dessa frågor kan bidra till psykiska och sociala problem om de inte hanteras på ett lämpligt sätt och vid rätt tidpunkt.
- Barn behöver få anpassad information och föräldrar och andra närstående, t.ex. skolpersonal, kan behöva stöd i hur information kan ges. Vuxna underskattar ofta hur mycket barn ser och hör varför det är bra att fråga barn direkt vad det vet och vad de undrar över. Det är viktigt att vara ärlig med vad man vet och inte vet men samtidigt balansera informationen då det är möjligt. Exempelvis "vi vet inte hur många som dött men vi tror att det är flera stycken. Men nu är polis och ambulanser där och räddar så många de kan!"

Svåra upplevelser kan påverka hälsan och ge de drabbade relationssvårigheter och arbetssvårigheter som en konsekvens av den traumatiska stressen. Särskild uppmärksamhet krävs för att uppmärksamma posttraumatiska stressreaktioner hos barn, där uttrycken kan vara annorlunda än hos vuxna personer. Barn pendlar ofta i sina reaktioner, ibland snabbt, och kan trots en katastrofal händelse plötsligen leka och skratta, vilja spela fotboll eller gå på fest för att sedan i nästa stund vara otröstlig eller dra sig undran helt. Symtom hos barn är ibland svåra att koppla till den utlösande händelsen: yngre barn går tillbaka i utveckling, blir klängiga eller bråkiga medan äldre barn kan uppvisa beteenden som är svåra att skilja från vanliga tonårsbeteenden; ilska, trots och tillbakadragenhet. Man behöver komma ihåg att syskon kan ha olika behov, likaså andra grupper av barn trots att de är i samma ålder.

En del behöver lång sjukhusvård som i sig kan leda till sociala och psykologiska konsekvenser. Vid begravnings- eller minnesceremonier kan närstående dessutom ha speciella behov som är relaterade till t.ex. religion och kultur. Barn och unga som förlorat föräldrar behöver särskild uppmärksamhet,

liksom närstående till saknade personer där kroppen inte återfunnits. Här bör uppmärksammas att de ofta har föräldrar eller mor/farföräldrar som själva är i kris vilket kan göra det svårt att urskilja barnens behov. De behöver ofta få hjälp att problemlösa för barnet samt sortera i vilken information barnet ska få. Fysiska och psykologiska konsekvenser av olyckan hos den drabbade kan innebära att de närstående behöver särskilt stöd för att hantera situationen. Även indirekt drabbade kan ibland behöva särskild psykologisk behandling.

Screening

Mot bakgrund av vad som tidigare nämnts om evidensbaserade insatser kan man efter det akuta skedet genomföra en screening av högriskindivider inklusive barn. Med screening avses en kortare bedömning av den drabbades situation och hälsoläge. En screening kan delvis utgöras av självskattningsformulär, men internationella rekommendationer avråder från screeningförfaranden där ett sådant screeninginstrument ensamt används och ges till alla drabbade i ett akut skede oavsett hur de mår [27]. En screening av individer som bedöms ha högre risk för att utveckla posttraumatiska stressbesvär kan göras genom en strukturerad klinisk bedömning eller genom att använda ett frågeformulär som screeninginstrument: De drabbade kan själva besvara frågorna eller så kan en stödperson ställa frågorna. Screeningen görs lämpligen av stödpersoner på ett eventuellt stödcentrum eller i primärvården. Det är viktigt att eventuella screeninginstrument som används är vetenskapligt utvärderade och att utvärderingen visar på tillräckligt god förmåga att urskilja individer i behov av hjälp utan allt för stor risk för felklassificering. I bilaga 2 finns formulär för självskattning av posttraumatisk stress hos vuxna respektive barn.

Exempel på krisstöd i akut och mellanfas

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

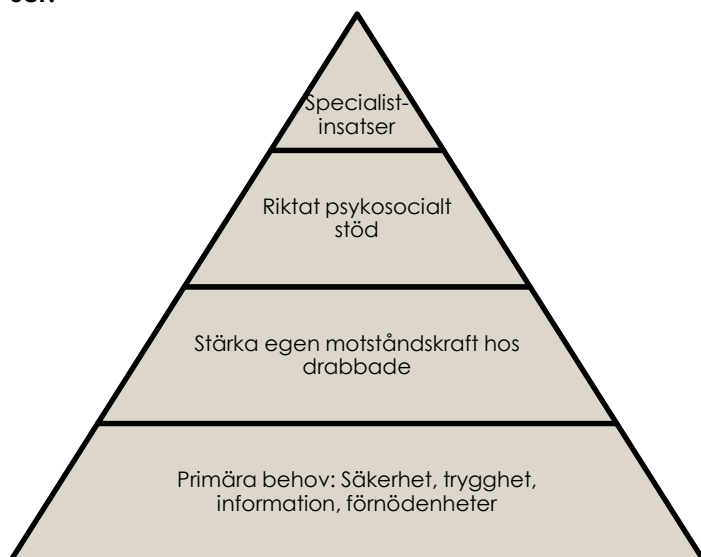
Tabell 1. Sammanfattning av exempel på olika former av krisstöd i akut- och mellanfasen; enskilda individer.

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

Det framgår av tabell 1 att krisstödsinsatser innehåller många olika åtgärder. För dimensionering av insatser kan den följande figuren vara hjälpsam [28].

Figuren visar ett sätt att definiera de olika insatserna, som alla är viktiga och kan implementeras parallellt. Figuren illustrerar med sin pyramidform andelen av de drabbade som kan vara aktuella för varje nivå.

Figur 2. Interventionsnivåer för psykosociala insatser vid allvarliga händelser.



Insatser som täcker de drabbades primära behov genomförs inte bara av krisstödspersonal. För krisstödet kan åtgärder i denna del gälla att se till att behoven tillgodoses utifrån principerna för krisstöd, exempelvis behoven av trygghet, säkerhet och information. Det kan också gälla att identifiera och påtala behov av ytterligare insatser.

Den andra nivån representerar insatser till drabbade som har fått sina primära behov tillgodosedda och som kan återhämta sig av egen kraft under förutsättning att deras sociala stöd från vänner och närstående fungerar och att de på egen hand kan tillgodose behov genom att få information om samhällsresurser som kan hjälpa dem. Insatser i denna del inbegriper exempelvis att genomföra minnesceremonier, aktivera sociala nätverk eller grupper. Här inbegrips också allmänt riktad kommunikation, exempelvis information om vanliga reaktioner på svåra händelser, egenvård och var drabbade kan få hjälp.

Den tredje nivån avser psykosociala stödinsatser som riktar sig till specifika individer, familjer eller grupper. Insatser på denna nivå ges av krisstödsutbildad personal och kan exempelvis vara individriktad psykologisk första hjälp och stödsamtal på primärvårdsnivå.

Slutligen behövs insatser på specialistnivå för en mindre andel av de drabbade som har ett uttalat lidande och sannolikt en tydlig funktionsnedsättning som är traumarelaterad. Deras besvär kräver ofta vård på specialistnivå, även om en del kan hanteras inom ramen för första linjens psykiatri inom primärvården. Även om alla nivåer kan implementeras parallellt blir dessa specialistinsatser aktuella framförallt i mellan- och långtidsfasen. Även om det är en mindre andel av de drabbade som blir aktuella i detta skede, kan det i absoluta tal röra sig om hundratals eller tusentals individer efter omfattande händelser.

Krisstöd under långtidsfasen

Efterfrågan på insatser brukar efter ett tag plana ut och sedan fortsätta att avta i övergången från mellanfasen till långtidsfasen. Det innebär också att insatserna från de ansvariga instanserna minskar i omfattning. Många drabbade kan hantera påfrestningar och nya krav på livet utifrån sina egna resurser och sin egen förmåga till återhämtning. Ett visst antal av de ursprungligen drabbade kommer dock att få svårigheter som riskerar att bli mer eller mindre kroniska, exempelvis fysiska skador och psykologiska eller psykiatriska störningar. Beroende på händelsens karaktär och den drabbade gruppen har det visat sig att 5–30 procent riskerar att utveckla PTSD eller andra uttryck för påverkan på den mentala hälsan, medan andelen bland de som söker stöd kan vara ca 11–40 procent [45]. Denna grupp bör erbjudas professionell behandling. Det verkar vidare som om allvarliga händelser orsakade av avsiktligt våld eller terror är förknippade med en mera ogynnsam utveckling av post-traumatiska stressreaktioner under det första året [46] jämfört med tekniska olyckor eller naturkatastrofer.

Samordning av uppföljning under långtidsfasen

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

Åtgärder i långtidsfasen

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

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

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

Behandling

Behandling av PTSD

Behandlingen av PTSD och andra traumarelaterade störningar behöver anpassas individuellt utifrån den enskilda patientens förutsättningar och behov. En noggrann diagnostisering bör föregå beslutet om ett behandlingsupplägg. Psykoedukativa interventioner och stabilisering kan behövas innan traumabehandling påbörjas.

Psykologisk behandling

De psykologiska behandlingsmetoder som har visat sig mest effektiva för PTSD är traumafokuserade terapier [47]. Kontrollerade studier av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) har visat att det finns vetenskapligt stöd för PTSD-specifika behandlingsmetoders effektivitet. TF-KBT är vad gäller behandling av vuxna ett paraplybegrepp som innefattar ett antal specifika KBT-metoder, medan det för behandling av barn avser en specifik metod. Direkta jämförelser av de evidensbaserade metoderna har inte kunnat påvisa att någon har en överlägsen effekt när det gäller behandling av vuxna [48]. För barn finns idag ett starkare stöd för TF-KBT. När det gäller komplexa former av traumatisering rekommenderas en anpassning av traumafokuserade terapier med tyngdpunkt på att träna stabiliseringstekniker innan det blir aktuellt med en regelrätt traumabehandling.

Farmakologisk behandling

Läkemedelsbehandling bör inte ses som förstahandsvalet vid behandling av PTSD. Läkemedel som kan vara aktuella för behandling vid PTSD är i första hand antidepressiva [49]. Farmakologisk behandling kan övervägas för klienter som inte vill gå i traumafokuserad psykologisk behandling, när psykologisk behandling av olika skäl inte kan genomföras, när psykologisk behandling inte har gett resultat, vid behandling av samsjuklighet med depression eller ångestsyndrom samt som akut lindring av sömnbesvär. Bensodiazepiner bör dock undvikas.

Behandling av sorg och förlustrelaterad anpassningsstörning

Förlustdrabbade som uppvisar milda till medelsvåra sorgereaktioner kan behöva tillgång till olika former av stöd, medan psykoterapeutiska insatser i förebyggande syfte behöver värderas noggrant eftersom det finns en risk för att behandlingen kan störa den egna återhämtningen [50]. Forskningen talar för att även om stödåtgärder är viktiga bör man inrikta eventuell psykoterapeutisk behandling på dem som har en hög grad av symtom, till exempel dem som uppvisar tecken på förlustrelaterade anpassningsstörningar och ihållande komplexa sorgereaktioner [51, 52]. För barn som drabbats av förlust kan det vara mer angeläget att uppmärksamma behovet av stöd både till barnet och till kvarvarande förälder. Relativt korta interventioner kan förhindra att barn utvecklar allvarligare problem [53]. Det forskningsmässiga kunskapsläget vad gäller behandling av komplexa sorgereaktioner är tämligen begränsat, bland annat eftersom det har saknats en formell definition av patologisk sorg [54], men det finns några alternativ att överväga vid behov [55] och ny forskning har kommit under senaste året som tyder på lovande resultat [56].

Olika aktörers ansvar och organisation

Kriser som följd av stora allvarliga händelser eller katastrofer kommer att leda till uttalad påverkan på drabbade, vilket i sin tur kommer att inverka på individers och grupper relationer, värderingar, tillit och även utmana sammanhållningen i samhället [57]. Att samhällets stödinsatser inte alltid varit tillräckliga kan noteras i de utvärderingar som gjorts efter exempelvis förlisningen av Estonia 1994, flodvågskatastrofen i Sydostasien 2004 eller efter stormen Gudrun 2005 [58]. Ett flertal aktörer har ett ansvar för, eller har möjlighet att ge, krisstöd. Några exempel är kommuner, landsting, och i vissa fall vid händelser utomlands, statliga myndigheter som Utrikesdepartement (UD) och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). För att samhällets insatser rörande krisstöd efter en allvarlig händelse ska fungera väl krävs en hel del avseende organisation, planering, förberedelser och genomförande av stöd till allmänheten.

Detta kapitel beskriver olika aktörers ansvar avseende krisberedskap och krisstöd, och hur krisstöd inom landet kan organiseras för att möta drabbades behov. Beskrivning utgör förslag på hur aktörer kan organisera sig vid allvarliga händelser i Sverige utifrån det rådande kunskapsläget och med gällande lagar, förordningar och föreskrifter i beaktande. Mer om stöd och information till drabbade och närstående vid katastrof utomlands finns att läsa i *Plan för samverkan* utgiven av MSB [59]. Lagar, förordningar, föreskrifter, internationella rekommendationer och internationell litteratur bidrar med inriktningar för förslagen hur krisstöd kan organiseras för att möta drabbades behov, akut och över tid.

Internationella rekommendationer och övrig litteratur

Internationella rekommendationer, primärt europeiska sådana, innehåller inte särskilt tydliga ramar för hur en krisstödsverksamhet på bästa sätt kan organiseras, då även de europeiska samhällena kan se mycket olika ut. Däremot anges till exempel ofta grundläggande principer för hur krisstöd lämpligen genomförs. Exempel på det är att det i rekommendationer framtagna inom Europa [21] bland annat anges att stöd bör följa internationell kunskapsstandard, utgå från humanitära och jämlikhetsprinciper, vara tillgängligt för alla utifrån aktuella behov och bör genomföras med stegvisa insatser från enkelt stöd till professionell bedömning. Vidare nämns att dimensionering av krisstödsinsatser avgörs primärt av händelsens art och natur. Ju mer komplex en händelse är och ju svårare händelsens påverkan är på samhället och drabbade, desto svårare kris med större behov av till exempel krisstödsresurser.

Det är därför nödvändigt att bygga in flexibilitet i organisationen för att möta och hantera händelser utifrån dessa aspekter. Sålunda kan till exempel

ett kommunalt stödcentrum i vardagen bestå av en eller två personer, där bemanning och resurstilldelning sedan stegvis kan ökas för att möta aktuella behov. Detta kräver riskanalyser och planering i förväg baserade på lokalt och regionalt befolkningsunderlag och personalresurser.

Internationella rekommendationer lutar sig primärt mot litteraturen, där också hänvisningar till stegvisa insatser efter behov betonas: stöd i akutfas, uppföljning och professionell bedömning och behandling efter behov [61-63]. Internationellt och även från Sverige finns erfarenheter av informations- och stödinstanser, benämnda stödcentrum. Sådana stödcentrum kan i kommuner utgöra grunden för alla former av stöd, inklusive exempelvis krisstödstelefon och information via sociala medier [4].

Det finns också internationella erfarenheter av att utsatta kommuner är så väl förberedda att de i samband med allvarliga händelser direkt kan ställa om hela sin verksamhet från ordinarie kommunal verksamhet till en krishanteringsverksamhet [64]. I ett sådant exempel hade många anställda i aktuell kommun också alternativa uppgifter för att stödja allmänheten på olika sätt när larmet gick. Det påminner lite om hur landsting vid allvarligare händelser ställs om och leds av en särskild sjukvårdsledning.

Vad gäller samverkan mellan olika organisationer eller samhällsinstanser diskuteras i litteraturen behovet av så kallad utvidgning av gränser (eng.: ”boundary spanning”), inom och mellan olika samhällsinstanser, exempelvis kommuner och landsting [65]. Sådan gränsutvidgning kan ske redan i planeringsfas, men kan bli nödvändig även spontant under själva händelsen. Detta innebär att en person eller en grupp fungerar som länkar mellan aktörerna genom att de har ledningens mandat att agera och samverka på egen hand för att administrationen ska bli snabbare och mer flexibel.

Det svenska krishanteringssystemet

Sverige är indelat i tre ledningsnivåer: nationell, regional och lokal. Utöver dessa tre nivåer tillkommer den europeiska nivån, EU. På lokal nivå finns 290 kommuner som ansvarar för majoriteten av samhällsservicen. På regional nivå finns 21 län med var sin statlig regional myndighet: länsstyrelsen. De 21 landstingen följer länens geografiska områden, men har en annan roll än länsstyrelsen. På nationell nivå finns riksdag, regering och centrala myndigheter.

Det finns några grundläggande principer för det svenska krishanteringssystemet. Dessa principer anges som ansvarsprincipen, närhetsprincipen och likhetsprincipen:

- Ansvarsprincipen innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden också ska ha det också under en krissituation. Den utökade ansvarsprincipen innebär att aktörerna ska stödja och samverka med varandra.
- Likhetsprincipen anger att verksamheten i princip ska fungera på liknande sätt som vid normala förhållanden så långt det är möjligt.
- Närhetsprincipen innebär att en kris ska hanteras där den inträffar och av dem som är närmast berörda och ansvariga.

Utöver dessa finns det geografiska områdesansvaret för kommuner och länsstyrelser samt det ansvar statliga myndigheter har för sina sakfrågor av nationell karaktär, oavsett frågornas geografiska anknytning [60].

Länsstyrelsen är geografiskt områdesansvarig myndighet, och den högsta civila totalförsvarsmyndigheten inom länet. Det geografiska områdesansvaret inkluderar att vara en sammanhållande funktion mellan lokala aktörer, som exempelvis kommuner, landsting och näringsliv, och den nationella nivån. Länsstyrelserna ska bland annat verka för att nödvändig samverkan inom länet och med närliggande län sker kontinuerligt och under en kris samordna verksamhet mellan kommuner, landsting och myndigheter.

På lokal nivå har kommunerna det geografiska områdesansvaret och ska, i fråga om extraordinära händelser i fredstid, verka för att olika aktörer i kommunen samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet och att de krishanteringsåtgärder som vidtas av olika aktörer under en sådan händelse samordnas.

Krishanteringssystemet bygger även på en ansvarsfördelning och förmågor på lokal, regional och nationell nivå, vilket ställer stora krav på samverkan mellan parterna.

Gemensamma grunder för samverkan och ledning

En framgångsrik hantering av en allvarlig händelse förutsätter samverkan och samarbete mellan flera olika aktörer. Aktörerna ska inte agera endast utifrån sitt eget ansvar utan behöver se andras ansvar som parallella till sina egna.

Gemensamma grunder för samverkan och ledning är en vägledning framtagen av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och är resultatet av ett brett samarbete mellan aktörer [60]. Vägledningen ska bidra till en ökad förmåga att hantera samhällsstörningar i Sverige.

Gemensamma grunder för samverkan och ledning beskriver både sätt att tänka och sätt att göra som underlättar en samordnad krishantering. Om aktörernas arbetsmetoder och termer liknar varandra kan fokus läggas på att hantera själva händelsen. Annars är risken stor att fokus läggs på att förstå, eller missförstå, de andra aktörernas sätt att hantera händelsen. Syftet är att de involverade aktörerna lättare ska kunna agera tillsammans. Dels handlar det om att besluta om en gemensam inriktning, dels handlar det om att samordna resurserna. Vägledningen beskriver olika nödvändiga förberedelser inom egen organisation och förberedelser tillsammans med andra organisationer. Det handlar till exempel om:

- Etablera kontakter med andra aktörer.
- Skapa aktörsgemensam inriktning och samordning.
- Dela information.
- Skapa lägesbilder och göra lägesanalyser.

Socialstyrelsen driver sedan 2016 ett projekt för implementering av Gemensamma grunder för samverkan och ledning inom hälso- och sjukvårdssektorn. Det riktar sig framför allt till tjänstemän i beredskap (TiB) och särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå inom landsting. Projektet har resulterat i flera processbeskrivningar som beskriver hur TiB och den särskilda

sjukvårdsledningen kan genomföra sina uppgifter. Processerna fungerar oavsett typ av händelse och är lämpliga att använda även i situationer som berör krisstöd.

Aktörer med ansvar för krisstöd

Kommuner

Det finns idag inte någon specifik reglering eller någon uttalad skyldighet för kommunerna att bedriva krisstöd. Kommunerna kan dock bedriva krisstöd med utgångspunkt i 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, där det anges att kommunen har det yttersta ansvaret för att människorna som vistas där får det stöd och den hjälp som de behöver. I många kommuner finns numer också funktionen TiB.

Landsting

Landsting och regioner har som uppgift att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, svara för sjuktransporter, och omhänderta avlidna enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Enligt 5 kap. 12 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) ska landsting planera för att kunna erbjuda krisstöd till dem som har drabbats av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa som en följd av en allvarlig händelse. I 5 kap. 5 § i denna föreskrift står också att landsting ska planera för att samverka med andra aktörer. I samma föreskrift anges i 6 kap. 1 § att det i landsting ska finnas en tjänsteman i beredskap (TiB) med uppgift att initiera och samordna det inledande arbetet för att upptäcka, verifiera, larma och informera vid allvarlig händelse eller risk för sådan händelse.

Primärvården utgör basen i hälso- och sjukvården och det kan därför vara lämpligt att de är engagerade i krisstödet vid allvarliga händelser. Detta kan vara särskilt aktuellt i glesbygdskommuner där primärvården ofta har god lokalkännedom och kan därför nyttjas på ett optimalt sätt. Representanter från primärvården kan dessutom ges en plats i särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå.

Om det inom primärvården finns akutmottagningar bör dessa hålla en beredskap också för allvarliga händelser. Primärvården har på många håll förstärkts med psykologer och kuratorer som är värdefulla resurser för att efter initialt krisstöd vid krisstödsomtagning på sjukhus eller på kommuners stödcentrum följa upp och eventuellt ge behandling till drabbade. Efter flodvägskatastrofen fick många drabbade krisstöd av kuratorer, läkare, psykologer och sjukgymnaster inom primärvården. Erfarenheterna av sådant stöd har också varit övervägande positivt [42]. Efter flodvägskatastrofen har man i Norge rapporterat positiva erfarenheter av att distriktsläkarna kontaktade de personer som var listade hos dem för att undersöka deras behov [66]. I små och medelstora kommuner och i glesbygden är det särskilt viktigt att utnyttja de möjligheter till ett bra stöd som kommer genom en nära samverkan mellan primärsjukvård, företagshälsovård, räddningstjänst, polis, socialtjänst, skolhälsovård, frivilligorganisationer och trossamfund.

Inom psykiatri finns som regel kompetens att behandla effekter av allvarlig traumatisering. Psykiatri karaktäriseras av utredning, bedömning, diagnostik, behandling och uppföljning samt omvårdnad och rehabilitering vid psykiska sjukdomar, där svårighetsgraden är av sådan art att den kräver specialistpsykiatriens samlade resurser. Barn och ungdomspsykiatri, BUP, är en specialistverksamhet inom sjukvården för barn och ungdomar som mår dåligt psykiskt. BUP erbjuder stöd och behandling till barn och ungdomar från 0 till 17 år.

Andra aktörer som ger krisstöd

Privata vårdgivare

Idag drivs många primärvårdsinrättningar av privata aktörer. På så sätt kan privata vårdgivare bli engagerade och få viktiga uppgifter i samband med allvarliga händelser, vilket det också finns praktisk erfarenhet av. En ny utveckling är internetförmedlade primärvårdstjänster som drabbade kan komma att söka sig till oavsett deras geografiska hemvist, vilket är en ny vårdtjänst att beakta vid planering av krisstöd. Det kräver att beredskap och eventuella insatser i samband med allvarliga händelser ingår som del av förutsättningarna vid upphandling av privata verksamheter. Sådana avtal bör också omfatta hur privata vårdgivare dessutom ska delta i planering, förberedelser och övningar inför allvarliga händelser.

Företagshälsovården

Företagshälsovården har en viktig funktion i den psykologiska och sociala katastrofberedskapen. Genom reglerna i arbetsmiljölagen (1977:1160), AML och i AFS 1999:7, måste alla arbetsgivare kunna erbjuda krisstöd till de anställda som drabbas i tjänsten. Därför är det viktigt att företagshälsovården har en grundläggande kompetens om psykotraumatologi och krisstöd för individer och grupper. Erfarenheter från exempelvis dådet på Drottninggatan i Stockholm 2017 visar att allvarliga händelser kan sätta stor press på arbetsgivare och företagshälsovård att erbjuda ett fullgott krisstöd. Även företagshälsovården bör upprätta en krisberedskapsplanering och samordna den med samhällets övriga planering (AFS 1999:7). Lokalt kan det finnas kunskap om både individer, grupper och organisationer, som kan underlätta bedömningar och förmedling av stödet. Företagshälsovården kan även arbeta förebyggande genom att informera om normala krisreaktioner och krisbemötande, vilket ger företagen och organisationerna en bättre beredskap. Inom varje företagshälsovårdsorganisation måste det finnas handlingsplaner för akuta krissituationer.

Elevhälsan

Elevhälsan kan vara en viktig resurs för lokalt krisstöd efter svåra händelser där barn och ungdomar är inblandade. Elevhälsans personal möter i vardagen unga människor som befinner sig i svåra situationer. Skolorna kan ha krisplaner, och en organisation av krisgrupper för att stödja eleverna och personalen om en skola skulle drabbas av en allvarlig händelse.

Skolattacken på grundskolan Kronan i Trollhättan 2015 respektive busso-lyckan i Härjedalen 2017 som drabbade elever från Ängskolan i Skene är exempel på olika typer av händelser där elevhälsan fick en viktig roll i krisstödet. Händelserna exemplifierar också risken för att elevhälsan kan bli överbelastad utan stöd från andra krisstödsorganisationer; dels på grund av det stora antalet elever som berörs vid sådana händelser, dels på grund av att också elevhälsans personal kan ha blivit direkt exponerade för händelsen eller hör till de förlustdrabbade. Ett samarbete mellan krisstödet på skolor och i kommunen samt med landsting kan vara mycket värdefullt. Samarbetet kan komma att se olika ut beroende på skolans huvudmannaskap och elevhälsans utformning och de lokala behoven. Det är av gagn för både krisstödsorganisationer inom landsting, kommun och elevhälsan att de har kännedom om varandras verksamheter och att det har upprättats kanaler för inriktning och samordning. I en bredare mening kan förskola och skola vara en resurs i stödet till drabbade eftersom det är i denna miljö som barn och unga vistas dagligen med personal som de känner.

Studenthälsan

På universitetsorterna har studenthälsan uppmärksammat behovet av krisstöd och har en viss beredskap för detta. Studenthälsan kan bemannas av olika professioner, men oftast av sjuksköterska och kurator, som möter studenter med psykiska, fysiska eller sociala problem under studietiden.

Trossamfund

Uttrycket trossamfund definieras som en gemenskap för religiös verksamhet där det ingår att ordna gudstjänst. Erfarenheter från en rad allvarliga händelser visar att trossamfunden, i samverkan med samhället i övrigt, fyller en viktig funktion när det gäller att ge krisstöd till de drabbade, både under det akuta skedet och på längre sikt [88]. Trossamfunden har stor erfarenhet av att möta människor i kris och har speciell kompetens när det gäller själavård, diakoni, dvs. frivilligt socialt arbete, och medmänskligt stöd.

På de flesta orter ingår representanter för trossamfunden i kommunens krisstödsorganisation, t.ex. i POSOM-gruppen. Det är oftast Svenska kyrkan som deltar i kommunens krisstödsgrupper varför de vid behov har kunnat förmedla kontakt med andra trossamfund. Kyrkans erfarenheter av sådana lösningar är dels att det behövs en överenskommelse och tydlig arbetsinstruktion för detta, dels att ett bredare anslag av representation till trossamfund, där samfunden själva valt sin representation, kan fungera effektivare. Företrädare för trossamfunden deltar också ofta i kommunens krisberedskapsutbildningar och övningsverksamhet. Det finns dock orter som saknar kontakt med trossamfund, även Svenska kyrkan.

Det kan vara viktigt att redan tidigt informera sig om de drabbades samfundstillhörighet för att kunna tillgodose deras olika behov. Vårt samhälle präglas i allt högre grad av kulturell och etnisk mångfald och många människor tillhör andra religioner än den kristna. Andra människor kan sakna religiös tillhörighet. Trossamfund, vilka huvudsakligen omfattar trosbekännare som har bakgrund i en annan kulturkrets, blir viktiga resurser för samhället

vid allvarliga händelser. Här finns språk- och kulturkompetens och trossamfundets lokaler kan bli viktiga platser för kontakter och spridning av information. Trossamfundens krisberedskapsråd (TKR) består av representanter för mångfalden av trossamfund i Sverige och fungerar som en länk mellan trossamfunden i dessa frågor.

Kyrkor, moskéer, tempel och andra rum för samling fungerar ofta som naturliga samlingsplatser vid allvarliga händelser. För många människor representerar själva kyrkobyggnaden något bestående och upplevs som en stilla plats där man kan samla tankarna. Även tidigare generationer har kommit till kyrkan för att ge tolkning och betydelse till viktiga händelser. Med sina gudstjänstrum kan trossamfunden erbjuda människor budskap, rum och form för att hantera och bearbeta sorg, död och förluster, och genom symboler och riter kan man uttrycka tröst och medmänsklig omsorg. Efter allvarliga händelser kommer människor ofta i kontakt med trossamfund i samband med olika ceremonier. Ibland är det också lämpligt med gemensamma begravnings- och minnegudstjänster. Sådana erfarenheter finns efter Måbødalen/Kistaolyckan 1988, Estoniakatastrofen, branden i Makedoniska föreningens lokal i Göteborg 1998 och flodvågskatastrofen 2004. Begravningsgudstjänsten är för många en viktig del av sorgprocessen. I mötet med lidande och död aktualiseras ofta de existentiella frågorna hos människor. Det är viktigt att livs-åskådningsfrågorna ges utrymme, inte minst i den långsiktiga bemästringen av det upplevda. Vissa händelser medför ingen ökad belastning för sjukvården, t.ex. när det inte finns några överlevande. Då kan trossamfunden få ännu större betydelse när det gäller stödet till de efterlevande.

Trossamfunden kan tilldelas följande uppgifter:

- Bistå polisen att meddela dödsbud.
- Vara med vid avsked av en avliden och hålla en andakt om så önskas.
- Förbereda och genomföra begravningsceremonier.
- Förmedla kontakt med företrädare för trossamfund på andra orter som berörs av katastrofen.
- Ordna minnesstunder, tacksägelsegudstjänster eller motsvarande.
- Erbjuder en helande miljö där människor kan samlas.
- Erbjuder själavårdande samtal, eller samtal om mer existentiella frågor.
- Inbjuda till sorgegrupper och anhörigrupper.

Andlig vård inom sjukvården betecknar arbetet som trossamfunden utför på sjukhusen genom särskilda tjänster. Fokus ligger på själavård, riter och stöd-samtal i händelse av olyckor och kriser. Sjukhuskyrkan är det samlande namnet för den kristna delen av den andliga vården på sjukhusen. I Sjukhuskyrkan samverkar Svenska kyrkan, medlemssamfunden i Sveriges frikyrkosamråd, Katolska kyrkan och de ortodoxa/orientaliska kyrkorna. Islamiska Samarbetsrådet, som innefattar de statsbidragsberättigade muslimska riksorganisationerna (enligt *förordningen om statsbidrag till trossamfund* (SFS: 1999:9)), bär det övergripande ansvaret för de muslimska tjänsterna inom den andliga vården. Dessa tjänster finns företrädesvis vid landets universitetssjukhus. Sveriges Buddhistiska Samarbetsråd organiserar arbetet med andlig vård på sjukhusen genom två koordinatörer. Dessa har i sitt kontaktnät cirka 130 stödpersoner, varav några munkar och nunnor, som kan kallas in

till sjukhusen vid behov. Sjukhuskyrkan, som finns representerad vid i stort sett alla sjukhus i landet, ansvarar för att så långt det är möjligt förmedla kontakt med företrädare för andra religioner i de fall då de inte har särskilda tjänster kopplade till sjukhusen. Den andliga vården i sjukvården ingår i sjukhusens krisstödsorganisation och samverkar med de övriga resurserna inom sjukhuset. Direkt efter en allvarlig händelse har den andliga vården i sjukvården en viktig uppgift att fylla när döda och skadade har förts till sjukhuset. I det omedelbara uppföljningsarbetet har medarbetarna inom den andliga vården en speciell kompetens när det gäller att stödja de närstående som ska se och ta avsked av en död person, och att rituellt utforma detta avsked. Den andliga vården i sjukvården är också den naturliga förbindelselänken mellan sjukhuset och de församlingar som direkt berörs av händelsen.

Frivilligorganisationer

Inom många frivilligorganisationer som Röda Korset, Rädda Barnen m.fl. finns en gedigen erfarenhet från stora katastrofer, framförallt internationellt. Organisationerna har också erfarenhet från krigsdrabbade områden och nationella katastrofer till följd av torka, svält och epidemier. Dessa organisationer har ofta haft sin tyngdpunkt i det praktiska biståndsarbetet och deras erfarenheter kan komma till god hjälp också vid händelser inom Sverige. Frivilligorganisationerna kan därför inkluderas i både den lokala och regionala planeringen av krisstödet. Utöver de nämnda organisationerna finns ett antal andra frivilligorganisationer som kan ge värdefull hjälp, exempelvis föreningar på lokal nivå som har kulturell kunskap och kan vara en viktig aktör för att nå fram och bistå med kulturell språklig kompetens.

Röda Korset

Röda Korsets uppdrag är att förhindra och lindra mänskligt lidande, skydda liv och hälsa och säkerställa respekten för varje människas värdighet, särskilt under tider av väpnad konflikt och andra nödsituationer. I Sverige gör Röda Korset hälsofrämjande och förebyggande insatser för människor i utsatta situationer. Exempelvis besöker Röda Korset personer på häkten och anstalt, ger stöd till personer som vårdar sina närstående och till människor som har flytt till Sverige. Röda Korset driver ett flertal behandlingscentrum för traumabehandling av krigs och tortyrskadade.

I Röda Korsets lokala föreningar finns beredskap att ställa om från vardag till kris och stötta lokala myndigheter vid allvarliga händelser. Röda Korsets volontärer får utbildning, bland annat i Första hjälpen och Psykologisk första hjälpen. Det finns en pool av nationella krisstödare som kan stötta lokala Röda Korsföreningar vid behov. Lokal kapacitet, samhällets resurser och målgruppens behov avgör vilket krisstöd Röda Korset kan bidra med vid en svår händelse. Vid händelser med internationella kopplingar har Röda Korset ett stort internationellt nätverk.

Exempel på Röda Korsets krisstöd vid allvarlig händelse:

- Akut krisstöd
 - Psykologisk första hjälpen på uppsamlingsplatser
 - Psykoeduktion, information om vanliga reaktioner och krisstödsbudskap till allmänhet och drabbade grupper

- Frivilligsamordning
- Krisstöd i mellan och långtidsfas
 - Mötesplatser och stödgrupper för drabbade/närstående
 - Uppföljande insatser vid årsdagar och minnesceremonier
 - Riktad information och stöd till särskilt utsatta grupper.

För kontakt vid svåra händelser har Svenska Röda Korset har en TiB-funktion.

Rädda Barnen

Rädda Barnen stödjer barn i utsatta situationer i Sverige och världen samt arbetar för att väcka opinion för barns rättigheter. Både anställda och medlemmar jobbar med olika former av direktstödande verksamhet. Exempel på verksamhet i Sverige som jobbar med barn som drabbas av allvarliga händelser, är Rädda Barnens Centrum för stöd och behandling. Verksamheten har fungerat som konsulter lokalt och bidragit med spridning av kunskap och material på lokal och nationell nivå vid allvarliga händelser.

Aktörer som samverkar och ger stöd

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är en förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, vilket beskrivs i förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens krisberedskapsarbete ingår i det nationella systemet för krishantering. Myndigheten ska stärka samhällets beredskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för att möta allvarliga händelser och bidra till att minska konsekvenserna av allvarliga händelser. Förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap, samt förordningen (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap anger att Socialstyrelsen ska medverka i krisberedskap och i totalförsvaret. Socialstyrelsen ska bland annat samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Myndigheten ska vid en krissituation även hålla regeringen informerad och lämna den information som behövs för samlade lägesbilder om regeringskansliet eller MSB efterfrågar det. Vidare har Socialstyrelsen ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.

Socialstyrelsen har en TiB-funktion och en krisledningsorganisation. I samband med en allvarlig händelse kan myndigheten aktivera sin krisledningsorganisation för arbete med den aktuella händelsen. Socialstyrelsens TiB har till uppgift att initiera och samordna det inledande arbetet vid risk för eller inträffade allvarliga kriser inom myndighetens ansvarsområde.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) utvecklar, tillsammans med andra, individens och samhällets förmåga att förebygga och hantera olyckor och kriser. MSB ska bidra till samhällets förmåga att förebygga händelser och samhällets förmåga att hantera händelser. Dygnet runt, året om har MSB beredskap att starta krishantering – i Sverige och i världen. MSB agerar vid händelser som kan få allvarliga konsekvenser för samhället, både vid fredstida kriser och vid krigshot och krig. Myndighetens operativa arbete sker främst inom tre områden:

- Stärker den nationella beredskapen där MSB bland annat bevakar omvärlden, gör analyser och tar fram lägesbilder, både av normalläget och vid samhällsstörningar. MSB har en beredskapsorganisation som kan starta hanteringen av en händelse dygnet runt där TiB är kontaktvägen in.
- Driver aktörernas gemensamma hantering där MSB samordnar och inriktar myndigheters, länsstyrelser och de andra aktörernas gemensamma arbete genom samverkan, samordning av de olika aktörernas kommunikation, samlad information till allmänheten, bland annat via portalen krisinformation.se och genom att mäkla resurser mellan olika aktörer. Myndigheten samordnar också olika aktörers stöd till personer som är drabbade av katastrofer och till deras närstående.
- Stärker andra aktörer med kompetens och materiel där MSB genomför insatser, både i Sverige och i världen. De internationella insatserna genomförs inom ramen för Sveriges biståndspolitik och syftar dels till att rädda liv och lindra nöd i kris- och krigsdrabbade länder, dels till att utveckla andra länders förmåga att förebygga kriser. I den nationella insatsverksamheten bistår myndigheten framför allt räddningstjänst eller länsstyrelser med resurser vid större olyckor samt ansvarar för det nationella ambulansflyget och för stödstyrkan, som kan förstärka Sveriges konsulära verksamhet vid kriser i andra länder.

Polismyndigheten

Polismyndigheten har viktiga lokala uppgifter vid en allvarlig händelse. Polisen är bland annat ansvarig myndighet för den statliga fjällräddningstjänsten samt för efterforskning av saknade personer och är ett samverkande organ i all annan räddningstjänst, dvs. deltar med personal och materiel.

En allvarlig händelse berör som regel ett flertal av polisens verksamheter. Under räddningsarbetets första skede gäller det framförallt uppgifter som rör ordningsfrågor och trafikreglering. Därefter startar ett utredningsarbete som ofta blir omfattande. Polisen ansvarar för identifiering och registrering av såväl oskadade som skadade som avlidna, vilket, vid händelser med många drabbade och avlidna, kan bli både omständligt och tidsödande. Det kan ta lång tid innan de närstående kan få säker information, vilket är påfrestande både för de drabbade och för befattningshavaren som har ansvar för detta.

Vid händelser med många avlidna ansvarar Polisens nationella operativa avdelning/Svenska ID kommissionen identifieringskommission för identifiering och fastställande av dödsorsak samt utfärdande av dödsbevis. Om de avlidna kommer från andra länder finns etablerade riktlinjer för internationell

samverkan. Det är polisen som ansvarar för att fastställa de dödas identitet, vilket också är en förutsättning för begravningar och som påverkar försäkringsfrågor.

Det är vanligt att närstående och andra hör av sig till polisen för att både få och lämna information om eventuellt drabbade personer och för att efterfråga saknade. Polisen har som regel den samlade informationen om de överlevande, om de är skadade eller oskadade, samt information om de döda och eventuellt saknade. Därför är det viktigt med en nära samverkan mellan polisens informationsservice och regional/lokal anhörigupplysning. Vid flodvågskatastrofen 2004 kom polisens kontaktpersoner att bli betydelsefulla för de anhöriga till de som omkommit i katastrofen.

Kommunal och statlig räddningstjänst

Både den statliga och den kommunala räddningstjänsten har ansvar för att ingripa och genomföra insatser för att hantera akuta olyckor och skeenden som hotar människors liv och hälsa, egendom eller miljön. Det är inte ovanligt att det är personal inom räddningstjänsten som är först framme på en olycksplats och därför får den första direkta kontakten med drabbade. En god allmän kunskap om hur man bemöter människor i akut kris är därför nödvändig för all personal inom räddningstjänsten. Ofta är det räddningstjänstens personal som kan ge de närstående detaljerad information om vad som hänt på olycksplatsen och omständigheterna omkring eventuella dödsfall.

Länsstyrelsen

Länsstyrelser ska under en kris vid behov samordna verksamhet mellan kommuner, landsting och myndigheter enligt 6 § i förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap. I 5 § i denna förordning framgår också att myndigheter ska samverka och stödja varandra vid krissituationer. Det geografiska områdesansvaret innebär att länsstyrelsen ska arbeta för att skapa den samverkan som behövs under en kris.

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

Om det behövs omfattande räddningsinsatser i den kommunala räddningstjänsten får länsstyrelsen ta över ansvaret för räddningstjänsten i de kommuner som berörs av insatserna. Länsstyrelsen har också tillsyn över kommunernas räddningstjänst. Rollen som samordnande och uppföljande organisation blev tydlig i samband med räddningsarbetet efter skogsbranden i Västmanland sommaren 2014 [67].

Försvarsmakten

Försvarsmakten kan i särskilda händelser aktiveras för att skydda invånare och samhällsviktiga intressen. Det har relativt nyligen fattats politiska beslut om en inriktning mot att återupprätta totalförsvaret och därmed att stärka det

som kallas civilt försvar. Detta kommer att innebära en ökad samordning och samverkan mellan militärt och civilt försvar. Myndigheter som Socialstyrelsen och MSB arbetar med att klargöra hur samhällets beredskap respektive Försvarsmakten kan bistå varandra och samverka. Det är ännu oklart hur denna utveckling kan komma att påverka det civila samhällets krisstödsinsatser vid allvarliga händelser, se t.ex. Försvarsberedningens rapport från december 2017 [89], men det kan komma att innebära en större samverkan mellan civilsamhället och försvaret.

Förberedelser och organisation av krisstöd

Nyckelområden

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

Fem nyckelområden behöver lyftas fram när det gäller förberedelser:

1. *Planering.* Det är viktigt med en plan för krisstöd som går att tillämpa på olika typer av allvarliga händelser, oavsett deras natur.
2. *Utbildning.* Alla som är engagerade i krisstöd behöver ha en grundläggande utbildning i psykotraumatologi och i de specifika förhållanden som karakteriserar arbetet vid allvarliga händelser. Personer i ledande funktioner behöver utbildas i ledningstänkande och ledningsstrategier. Regelbunden fortbildning och kunskapsuppdatering torde vara en del av krisstödsverksamheten för både ledning och personal. Allmänheten kan också utbildas i grundläggande krisstöd, t.ex. vanliga reaktioner vid allvarliga händelser samt strategier för självbemästring (självhjälp).
3. *Övning* är väsentligt för den grupp som är direkt ansvarig för att erbjuda krisstöd. De ansvariga behöver vara medvetna om psykologiska, sociala och organisatoriska aspekter vid allvarliga händelser. Specifik träning är betydelsefull och den behöver anpassas till den kompetens som finns och till gruppens roller, ansvar och uppgifter. I utbildningar och övningar tas kompetens tillvara från den personal som till vardags arbetar med vardagsolyckor, t.ex. sjuksköterskor, psykologer, läkare och kuratorer inom primärvård såväl som somatisk traumavård, samt

ambulans- och räddningstjänstpersonal. Även inom kommunala krisstödsgrupper är övningar väsentliga. Övningar kan utformas specifikt för psykosociala insatser, men det finns också fördelar med att öva krisstödsinsatser som en del av katastrofmedicinska övningar.

4. *Utvärdering.* Kontinuerlig utvärdering av organisationsplanen, av aktiviteterna under de olika stadierna och av det slutliga resultatet ger erfarenheter inför en fortsatt planering och främjar också vetenskapen.
5. *Informationshantering.* Detta är ett komplext område som behöver förberedas. Därför kommer det att diskuteras i ett särskilt avsnitt.

Förutom dessa fem områden finns det också andra faktorer att ta hänsyn till när det gäller att förbereda krisstödet, som redogörs för nedan.

- *Flexibla planer* i kombination med lämplig utbildning är en värdefull förberedelse inför en verklig händelse då beslut ska fattas under press. Omedelbart efter en allvarlig händelse råder osäkerhet och förvirring samtidigt som alla som hanterar krisen arbetar under hög belastning och känslan av ett hot. Därtill kommer behoven, kraven och reaktionerna från de människor som är berörda av händelsen. Den välmenande men ibland överambitiösa önskan att hjälpa till måste också hanteras, tillsammans med den massiva mediebevakningen och den intressebaserade motstånd som kan uppstå mellan allmänhet, politiker och organisationer. För att undvika dubbelarbete kan det vara bra med enkla, standardiserade metoder för att värdera behoven av krisstöd och för att mobilisera resurser.
- *Ett förberett samarbete* behöver finnas i vardagen som en grund för en ömsesidig förståelse och respekt för varandras arbete vid en verklig händelse. Både inhemska och internationella erfarenheter har visat betydelsen av att hälso- och sjukvård, räddningstjänst, socialtjänst, trossamfund med flera organisationer samverkar i sina insatser för olika drabbade grupper.
- *Avtal och överenskommelser* är en del av förberedelserna för samarbete, exempelvis mellan kommunens förvaltningar och nämnder och mellan kommuner och landsting. Avtalen innefattar exempelvis ansvarsfördelning, samverkan, kostnadsfördelning och försäkringsfrågor såväl vid förberedelser och övningar som under och efter insatser. Idag verkar både offentliga och privata aktörer inom vård och omsorg och det är därför av vikt att ta höjd för insatser vid allvarliga händelser i de överenskommelser som tecknas med privata aktörer.
- *Planeringen* måste gå längre än till den akuta fasen, och även ta hänsyn till de drabbades *långsiktiga krisstödsbehov*. De som ansvarar för planering måste ha kännedom om olika aktörer, samverkan och nätverksarbete för att skapa ett fungerande system som hjälper personalen att ge människor rätt råd. De drabbade kan t.ex. behöva hänvisas vidare för att få stöd i sociala och juridiska frågor, behandlingsfrågor eller andra specifika frågor. Det långsiktiga krisstödet kan ske i ordinarie verksamhet; kommunens regi, primärvården, stödcentrum alternativt psykiatrisk öppenvård eller barn- och ungdomspsykiatrin. Förutom de drabbades reaktioner efter allvarliga händelser uppstår ofta socialjuridiska frågor och praktiska

problem som snabbt måste lösas. En del drabbade blir framförallt handlingsinriktade för att få ordning på sin praktiska tillvaro, och där den potentiellt traumatiska händelse de upplevt får hanteras i ett senare skede.

Kommunernas organisation av krisstöd

Kommunerna har olika modeller för att organisera krisstöd i samband med allvarliga händelser beroende på flera olika faktorer, bland annat befolkningsunderlag. Många kommuner har via socialtjänsten organiserat särskilda krisstödsgrupper för psykisk och social omsorg, i många fall benämnda *POSOM-grupper* men ibland även krisstödsgrupp, krisstödssamordning eller liknande. Dessa krisstödsgrupper stödjer i det akuta skedet individer och familjer, upprättar informations- och stödcentrum samt samverkar med övriga berörda organisationer. POSOM stod ursprungligen för *psykosocialt omhändertagande*, denna beteckning har i några delar av landet kommit att ändrats till *psykosocial omsorg*. POSOM-grupperna består ofta av representanter för socialtjänsten, räddningstjänsten och skolan samt resurspersoner från trossamfund, frivilligorganisationer, polis m.fl.. Organisationen ser olika ut beroende på bland annat kommunernas storlek och övrig organisation men uppgiften är likartad. Det är önskvärt med en tydlig koppling mellan POSOM och kommunens övriga krisberedskap för att samarbetet ska fungera väl.

Några kommuner har i olika grad använt sig av *stödcentrum*. Som tidigare beskrivits kommer stödcentrumen att behöva möta olika behov hos befolkningen, vilket innebär att dessa stödcentrum kan behöva tillgodose flera olika funktioner över tid, till exempel personal som kan svara för krisstödstelefon och information via sociala medier och företrädare för olika trossamfund. Ofta larmas krisstödet/stödcentrum direkt via SOS Alarm, alternativt på andra sätt, till exempel genom kommuners räddningstjänst. Samordning av samhällets insatser, särskilt samverkan mellan kommuner och landsting blir väsentligt vid allvarliga händelser för att optimalt kunna använda samhällets tillgängliga resurser, vilket beskrivs mer ingående senare i kapitlet.

Nedan beskrivs förslag till utgångspunkter för organisation av kommunalt krisstöd som redovisas i den regionala planen för krisstöd till drabbade i Östergötland [34] och ger möjlighet att bedriva krisstöd i linje med tillgänglig kunskap.

Larmning

Kommunen behöver ha en larmgång i kommunen där externa aktörer kan nå kommunens krisstöd. Larmgången bör vara kontaktbar dygnet runt.

Resurs

Kommunen behöver efter bedömning av larm omgående kunna aktivera en organisation för krisstöd. Organisationen bör ha planerat för att ha tillgång till tillräckliga resurser för att under en kortare tid kunna hantera en akut händelse relativt kommunens storlek.

Uppgifter

Kommunens krisstöd behöver under akut händelse kunna hantera uppgifter såsom:

- Bedöma drabbades behov av och genomföra krisstöd

- Initiera samverkan med samverkande aktörer
- Aktivera stödcentrum
- Bedöma och genomföra drabbades behov av uppföljning

Kompetens

Kommunens krisstöd kan bestå av en bred variation av kompetens som i sin vardag är vana att möta människor i svåra situationer. Personlig lämplighet kan värderas högt. Exempel på funktioner som kan vara lämpliga är

- psykologer
- sjuksköterskor
- socionomer
- pedagogisk personal
- omvårdnadspersonal.

Andra värdefulla kompetenser att ha i gruppen kan vara språk, kulturella och andliga/religiösa kunskaper.

Uppföljning

Alla kommuner behöver ha rutiner för hur en krisstödsinsats följs upp och utvärderas, både avseende drabbade individer och på organisatorisk nivå. Det är lämpligt att personal som deltagit i insatsen deltar i uppföljningen för att ge sitt perspektiv.

En viktig del av uppföljningen är också att delge erfarenheterna från olika händelser. Genom befintliga nätverk delger kommuner och landsting varandra de erfarenheter som görs i samband med olika händelser.

Landstingens organisation av krisstöd

Ledning

Efter larm från tjänsteman i beredskap (TiB) i samband med en allvarlig händelse etableras en särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Vid ett larm bör den person som är TiB ha befogenheter att initialt utöva särskild sjukvårdsledning i regionen enligt de allmänna råden till 6 kap. 1 § i (SOSFS 2013:22).

Den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå består av sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig, samt ledningsstöd, exempelvis i form av en stab (6 kap. SOSFS 2013:22). Sjukvårdsledaren och medicinskt ansvarig kan vara en och samma person. I ledningsstödet ingår ansvarig för ledning av regional respektive lokal krisstödssamordning (regional respektive lokal krisstödssamordnare, ibland benämnd PKL-ledare). Syftet med ledningsstödet/staben är att utöka chefens ledningsförmåga genom att utgöra det stöd som behövs.

Figur 3. Exempel på organisation av särskild sjukvårdsledning vid en allvarlig händelse



Vid en höjning av beredskapsläget på lokal nivå etableras där en särskild sjukvårdsledning på lokal nivå med sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig som på liknande sätt som på regional nivå kan ha ett ledningsstöd, dvs. en stab. I staben ingår bl.a. ledare för lokal krisstödssamordning. Erfarenheterna visar att krisstödssamordningen gynnar det fortsatta krisstödsarbetet om samordningen aktiveras så tidigt som möjligt.

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

- Samordning av hälso- och sjukvårdens resurser
- Samverkan med övriga myndigheter, landsting, kommuner och övriga inblandade aktörer
- Information internt och externt samt till massmedier
- Säkerhet (drift mm)
- Organisationens uthållighet
- Dokumentation under och efter sjukvårdsinsatsen
- Att se till att all personal under och efter insats följs upp i ordinarie linjeorganisation
- Medicinska inriktningsbeslut

Krisstöd på regional nivå

Före en allvarlig händelse

Landsting ska planera för att kunna erbjuda krisstöd till dem som har drabbats av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa som en följd av en allvarlig händelse (5 kap 12 § SOSFS 2013:22). Föreskriften reglerar inte exakt hur detta organiseras. Erfarenheten har dock visat att denna funktion kan bestå av en regional krisstödssamordnare, vanligen en verksamhetschef ur linjeorganisationen, som med stöd av en mindre stab av lämplig personal kan leda och samordna krisstödet i landstinget. Det är lämpligt att personer som är

planerade att arbeta i stab under en allvarlig händelse, även har varit med i förberedande arbete som planering, utbildning, övning och uppföljning. I planeringsarbetet kan även ingå att:

- Kontinuerligt se över regionala och lokala katastrofmedicinska planer inkl. plan för krisstöd och larmlistor.
- Se till att det finns lämpliga lokaler och utrustning för verksamheten.
- Inventera behov av utbildning inom krisstödet samt planering av utbildning och övning.
- Upprätthålla kontakter med andra stödinsatser i lokalsamhället.
- Rapportera och sammanställa erfarenheter av övningar.
- Se till att verksamheten är känd hos övriga aktörer.
- Se till att krisstödspersonal följs upp i ordinarie linjeorganisation efter insats.
- Säkerställa att det går att anpassa insatser för barn och personer med funktionsnedsättningar, exempelvis i val av lokaler men också i underlag för kommunikationsstöd och annat hjälpsamt material.

Krisstödssamordningens stab kan lämpligen bestå av personer som är vana att leda verksamheter och har särskild psykotraumatologisk skolning, exempelvis

- specialist i psykiatri
- representant från barn- och ungdomspsykiatri
- psykolog i ledningsställning
- kurator i ledningsställning
- representant för trossamfund
- företrädare för ledning av primärvården.

Om krisstödsorganisationen är bemannad med personal från linjeorganisationen ökar det möjligheten för ordinarie chefer att följa upp sin personal. Det är önskvärt att krisstödssamordningen säkerställer en beredskap dygnet runt. Det finns exempel på lösningar där den lokala psykiatriska akutmottagningen vid behov tar ledningen för krisstödet innan ordinarie krisstödsledning har startats upp.

Under en pågående allvarlig händelse

Om en allvarlig händelse inträffar aktiveras särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå, och därmed även regional och lokal krisstödssamordning. Regional krisstödssamordnare, som ingår i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå, leder och samordnar krisstödet genom att:

- Bedöma behovet av krisstöd och inriktningen för arbetet baserat på en lägesbild som uppdateras över tid
- Kontinuerligt genomföra omfallsanalyser gällande krisstödsbehov och resursanvändning
- Samverka med och samordna information gällande krisstöd med kommunikationsansvarig i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå
- Etablera kontakt med en lokal krisstödssamordning och inventera det aktuella behovet av krisstöd, men även behovet på sikt om arbetet drar ut på tiden

- Inventera de tillgängliga resurserna för krisstöd och kontrollera vilka som är aktiverade
- Samverka om insatserna med aktuella kommuner enligt tidigare planer samt utifrån aktuella behov
- Lämna informationsunderlag till medicinskt ansvarig
- Tillsä tillgång till stödjande åtgärder för personalen
- Dokumentera verksamheten

Efter en allvarlig händelse

Efter en allvarlig händelse ska den särskilda sjukvårdsledningen på regional och lokal nivå:

- Ställa samman och rapportera erfarenheterna av krisstödsarbetet
- Medverka vid landstingets uppföljning och sammanställning av den allvarliga händelsen
- Se till att personal som tjänstgjort under insatsen följs upp i ordinarie linjeorganisation

Krisstöd på lokal nivå

Före en allvarlig händelse

Om det finns flera grupper för krisstödssamordning i landsting är det viktigt att deras verksamheter samordnas via den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå.

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

Under en pågående allvarlig händelse

Hälso- och sjukvårdspersonalen i skadeområdet har en viktig funktion genom att tidigt också kunna förmedla initialt krisstöd till drabbade. Förutom gedigen medicinsk kunskap behöver personalen på skadeplatsen således också ha kännedom om sådant bemötande. Efter bedömning och ett första omhändertagande i skadeområdet förs drabbade efter bedömning till sjukhusets somatiska akutmottagning, eller till en näraliggande vårdcentral utifrån allvarlighetsgrad. Av erfarenhet vet man att även oskadade drabbade, närstående och förlustdrabbade brukar söka sig till akutmottagningarna. Dessa eskorteras lämpligtvis så snart som möjligt till upprättad krisstödmottagning.

Lokal krisstödssamordnare lyder under det medicinska ansvarsområdet i särskild sjukvårdsledning på lokal nivå och ska leda och samordna krisstödsinsatser lokalt utifrån de inriktningsbeslut som tagits för insatsen. Arbetsuppgifter för ledare för lokal krisstödssamordning är lämpligen följande:

- I samråd med den medicinskt ansvarige samordna krisstödet lokalt.
- Bedöma behovet av flera stödpersoner samt fördela och samordna tillgängliga resurser.

- Ha kontinuerlig kontakt med särskild sjukvårdsledning på regional nivå (regional krisstödssamordnare) och aktiverade resurspersoner.
- Samverka lokalt med kommunernas krisstödsledning efter behov.
- Ansvara för att de drabbade får uppföljning på hemorten.
- Tillse tillgång till stödjande åtgärder för personalen.
- Dokumentera verksamheten.

På sjukvårdsinrättning (sjukhus eller vårdcentral) är det av värde att lokaler för krisstöd sedan tidigare är planerade för mottagning av drabbade med lättare skador som redan blivit omsedda och av oskadade och närstående. Erfarenhet visar att det finns fördelar med att inte blanda denna grupp av drabbade med de som förlorat någon i händelsen. Förlustdrabbade hänvisas således till andra lokaler i närheten. På krisstöds-mottagning inom hälso- och sjukvården erbjuds drabbade främst i ett akut skede krisstöd ofta av personal från vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, somatisk kuratorsverksamhet och sjukhuskyrkan. Det rekommenderas att personal från krisstöds-samordningen genomför en första uppföljning av drabbade, inom en till tre dagar alternativt inom en vecka, efter behov. Sådan uppföljning kan ske via telefon eller genom direkt möte utifrån bedömda behov. Individer med fortsatta behov kan därefter ges tid inom primärvården för bedömning och eventuell behandling eller remiss till psykiatri vid svårare tillstånd.

Efter en allvarlig händelse

Arbetsuppgifter för lokal krisstödssamordnare efter en allvarlig händelse är t.ex. att:

- Följa upp de pågående långsiktiga stödåtgärderna.
- Ställa samman och rapportera erfarenheterna av krisstödsarbetet.
- Se till att krisstödspersonal följs upp i ordinarie linjeorganisation.

Erfarenheten från andra länder är att uppföljning måste anpassas för att kunna tillmötesgå de drabbades behov över tid. Behov av olika former av stöd kan finnas kvar under en mycket lång period efter det att de omedelbart trängande fysiska och kroppsliga besvaren blivit hanterade. Av det skälet kan det vara aktuellt att överföra individer med långvariga behov till kommunernas stödcentrum. Uppföljningen är dessutom lämpligen proaktiv genom att kontaktpersoner för de drabbade utses i kommunen.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska individer erbjudas vård bl. a. efter prioritering av vårdbehovet. Det innebär att landsting efter allvarliga händelser kan behöva informera allmänheten om att tidigare planerade besök inom primärvård eller psykiatri eventuellt kan bli framskjutna, då företrädare måste ges för enskilda som drabbats av den aktuella händelsen. Det har tidigare visat sig att många människor har förståelse för sådana situationer. Dock behöver risken för undanträngningseffekter alltid värderas.

Samordning av samhällsinsatser i krisituationer

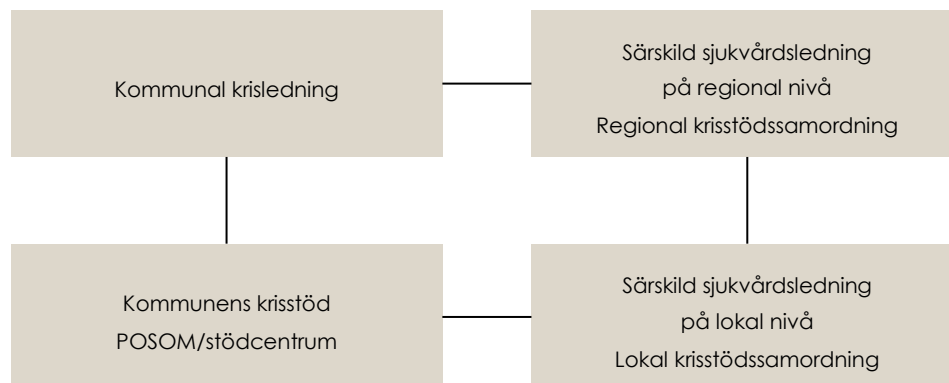
Kommun och landsting i samverkan

För såväl kommuner som landsting behöver förberedelser inbegripa flera aspekter. Ett förslag på relevanta aspekter att beakta redovisas nedan och har hämtats från den regionala planen för krisstöd till drabbade i Östergötland [34].

- *Larmningsvägar* är etablerade, kända och tillgängliga
- *Resurser* har identifierats avseende personal och bemanning i akut och senare skeden. Krisstödet bemannas vanligtvis av personal som i sin vardag är vana att möta människor i svåra situationer och uppvisar personlig lämplighet för uppdraget. Den sammantagna kompetensen är bred och kan innefatta särskilda resurser avseende språk, kultur, religion, barn och unga, funktionshinder
- *Uppgifter* för krisstödet är definierade i kommun och landsting
- *Utbildning och övning* är fastställt i plan och omsätts i praktik genom exempelvis årlig vidareutbildning och övning. Läs mera under kapitlet utbildning.
- *Uppföljning* är planerat och gäller ledning och organisation, krisstöd till drabbade, uppföljning av personal som deltagit i insatsen, samt kommunicering av erfarenheter från händelsen i befintliga nätverk mellan kommuner och landsting.

Erfarenheten har visat att samverkan baserad på tillit och smidighet mellan organisationerna före, under och efter allvarliga händelser är helt nödvändigt för att samhällets resurser ska kunna användas optimalt. Ett exempel som tidigare nämnts är att kommuner kan upprätta stödcentrum dit viss kompetens från hälso- och sjukvården kan allokeras i akutfas efter behov. Se figur 5. Drabbade som inte återhämtar sig efter tre till fyra veckor bör överföras till hälso- och sjukvården för bedömning efter behov.

Figur 5. Exempel på landsting och kommun i samverkan.



Krisstöd handlar om att se till att drabbade kommer i säkerhet och skydd, får information om planerade åtgärder samt information om vart närstående förts. Samtliga som kan ha skadats behöver undersökas medicinskt. De kan också behöva psykologisk första hjälp och få hjälp att kontakta närstående på hemorten. I detta skede kan personer som löper risk att utveckla allvarlig psykisk ohälsa identifieras och följas upp. Om ett stödcentrum etableras kan oskadade efter medicinsk undersökning hänvisas dit. I akutfas kan exempel på samverkan mellan kommuner och landsting vara att kommuner kan få tillgång till handledning av svårare fall och stöd vid behov, till exempel när det gäller drabbade barn.

I mellanfasen blir de väsentligaste uppgifterna att följa upp barn och individer som inte återhämtar sig, samt att föra över personer till olika instanser utifrån aktuella behov. De som fått krisstöd från kommunen och som bedöms vara i behov av behandling överförs till primärvården, alternativt till psykiatrin eller barn- och ungdomspsykiatrin. Personer som först följts upp av landsting kan omvänt eventuellt följas upp i hemkommunen om de behöver fortsatt krisstöd, alternativt överförs till stödcentrum.

I långtidsfasen ser uppgifterna olika ut, där landsting vid behov svarar för psykologisk och psykiatrisk behandling och kommunerna för det övriga stödet, anpassat efter individers och grupperns behov.

Ett exempel på hur krisstödssamverkan kan realiseras kan hittas i Stockholm där Stockholms läns landsting inom ramarna för Samverkan Stockholmsregionen nyligen slutfört projektet Regional inriktning för krisstödsinsatser vid en allvarlig händelse i Stockholms län. Det har resulterat i ett vägledande dokument för implementering av effektiv samverkan och samordning av krisstödsinsatser från myndigheter och andra organisationer under Samverkan Stockholmsregionen vid Länsstyrelsen i Stockholm [68]. Vägledningsdokumentet inkluderar verktyg som kan användas vid framtagande av inriktningsunderlag för samverkan och samordning av stödsinsatser under den akuta fasen som på längre sikt efter en inträffad allvarlig händelse. På liknande sätt har Samverkan Östergötland en regional plan för krisstöd [34], som delvis redovisats tidigare i detta underlag, som vägleder krisstödsinsatser inom ramen för regionens övergripande samverkansstrategi vid samhällsstörningar [69]. Ett tredje exempel med tyngdpunkt på kommunens insatser finns i en regional plan för krisstöd från Västra Mälardalens kommunalförbund [70].

Erfarenheter av samordningsbehov

I samband med dådet på Drottninggatan i Stockholm den 7 april 2017 uppstod flera utmaningar vad avser kommunikation, till exempel när det gäller tekniska stödsystem för informationsdelning och rapportering av lägesbilder [71]. Det uppstod också svårigheter avseende olika former av transporter (t.ex. sjuktransporter och kollektivtrafik), trafikledning, samt även avseende evakuering av allmänheten och polisens avspärningar. Dessa erfarenheter påvisar behovet av att det särskilt i storstadsregioner också ställs krav på uttalad samordning mellan samhällets alla olika aktörer, både i planerings- och genomförandefas i dessa delar.

Frivilligas insatser

I början av en allvarlig händelse, innan sjukvårdspersonalen och annan insatspersonal anlant, kommer de första insatserna ofta från andra drabbade som klarat sig utan allvarliga skador, vittnen till händelsen samt andra tillskyndande. Dessa tidiga insatser är ovärderliga, då de många gånger bidrar till att de drabbades skador inte förvärras och att inte fler skadas eller omkommer. Det finns goda exempel på detta, bland annat från flodvågskatastrofen 2004 [35].

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

Det är också vanligt att vissa frivilligorganisationers medlemmar på olika nivåer deltar i insatser vid allvarliga händelser. Ett exempel på sådana grupper är Frivilliga resursgruppen, som aktivt bidrog till underhållsinsatser efter skogsbranden i Västmanland sommaren 2014. Dessa grupper ingår ofta i kommunernas krisstödsorganisation och är utbildade inom respektive organisation. Förutsättningarna för att dessa frivilligas insatser ska bli effektiva stärks om landsting och kommuner har en gemensam planering om hur och när frivilligpersonalen kan engageras.

I ett senare skede, när samhällets insatser väl kommit igång, finns det ofta frivilliga personer som fortfarande vill hjälpa till. Personer som ansluter senare drivs många gånger av ett positivt engagemang som kan vara till nytta. I några fall har det frivilliga arbetet dock komplicerat situationen eftersom en del frivilliga helt enkelt inte varit lämpade för akutinsatser. Vid en allvarlig händelse måste därför ledningen ta ansvar för att välja ut eventuellt lämpliga personer. I vissa kommuner finns redan organiserade frivilliga resursgrupper där man kan rekrytera och utbilda lämpliga personer. Civilförsvarsförbundet har tagit fram en broschyr [36] om hur man kan organisera frivilliga i samband med en allvarlig händelse.

Stödcentrum

Både internationellt och efter händelser i Sverige finns goda erfarenheter av att organisera så kallade stöd- och rådgivningscentrum, även kallat kontaktcenter. Man talar om en ”one-stop shop”, med vilket menas att de drabbade bara ska behöva vända sig till ett enda centrum för att få hjälp med sina olika behov [4]. Ett sådant stödcentrum kan upprättas tidigt på en central plats dit drabbade, närstående och andra kan vända sig efter en allvarlig händelse för att få svar på frågor och få det stöd de behöver, alternativt hänvisningar till andra inrättningar. Stödcentrum upprättas inte regelmässigt idag vid allvarliga händelser, även om det förekommer. Erfarenhetsmässigt erbjuder stödcentrum möjligheter att erbjuda krisstöd över tid. Ett stödcentrum kan innehålla följande funktioner:

- En reception där drabbade tas emot.
- Utrymmen för olika stödfunktioner.
- Information, rådgivning och hänvisning av drabbade och andra.
- Förmedling av krisstöd, proaktiv uppföljning och bedömning. Särskild uppmärksamhet och om möjligt anpassad information till barn och individer med särskilda behov.
- Koordinering av stödet från andra instanser samt rutiner för att remittera drabbade till andra inrättningar.
- Insamling och hantering av olika data som gäller den allvarliga händelsen.
- Förberedelse för mellan- och långtidsfaserna.
- Mediecentrum.

Upprättade stödcentrum kan utgöra en del av samhällets organisatoriska struktur för krisstöd i akutfasen efter potentiellt traumatiska händelser och underlätta planeringen för ett effektivt arbete under mellan- och långtidsfasen. Det behöver dock inte innebära att alla aktiviteter behöver koncentreras till ett och samma ställe. Flera stödcentrum kan dessutom behöva upprättas i stora städer om det är långt mellan platsen för den allvarliga händelsen och de naturliga uppsamlingsplatserna eller långt mellan de olika sjukhus dit drabbade förts.

Stödcentrum kan organiseras av kommunernas socialtjänst i samarbete med landsting efter behov för exempelvis bedömningar av hälsotillstånd. Se vidare under organisationsavsnittet. Personalen ska då tidigare ha fått utbildning och träning i att arbeta under dessa omständigheter. Större företag och organisationer har idag som regel egna krisstödsorganisationer som kan fungera på liknande sätt. Likaså har frivilligorganisationerna, exempelvis Röda Korset och Rädda Barnen, utbildat personer som kan erbjuda krisstöd och utgöra stödpersoner vid en allvarlig händelse.

Utmaningar vid ledning av krisstöd

Ledning av krisstöd vid allvarliga händelser är en viktig men komplex uppgift. Det finns flera återkommande utmaningar som krisstödsorganisationer ställs inför, där förberedelser är nödvändiga för att minimera deras inverkan på utförandet. En central utmaning i alla faser är samordning och samverkan inom krisstödsorganisationen och med andra aktörer. I det akuta skedet kan informationsflödet och kommunikation inom och mellan organisationer vara särskilt utmanande, liksom att på kort tid sammankalla och bemanna ledning och krisstödsgrupper. Det kan också vara en utmaning att hantera spontanfrivilliga hjälpresurser. Om personal som inte är i tjänst anmäler sig frivilligt behöver personernas identitet säkerställas och dokumenteras.

Utvecklingen av behov relaterade till psykisk ohälsa eller praktiska och sociala omständigheter hos de drabbade skapar flera utmaningar i relation till de resurser som kan ställas till förfogande, exempelvis när det gäller att ordna en roterande bemanning med bibehållen kompetens och möjlighet till återhämtning för personalen.

Att genomföra proaktiv uppföljning med de drabbade kan behöva noggranna förberedelser, bland annat ställningstaganden avseende dokumentation av drabbade och anhöriga. Om kommuner och frivilligorganisationer inte

registrerar kontaktuppgifter till de drabbade kan det omöjliggöra en proaktiv uppföljning för att bedöma om drabbade återhämtar sig från händelsen eller har kvarstående psykiska och/eller fysiska besvär eller någon funktionsnedsättning. Det kan också i sin tur leda till utmaningar när det gäller att identifiera de som behöver överföras/länkas eller remitteras till landstings inrättningar för bedömning och eventuell behandling.

Vid vissa allvarliga händelser kan det krävas att en krisstödsinsats behöver ledas utan att kommuners eller landstings övriga resurser blir engagerade. Detta kan exempelvis inträffa om alla eller nästan alla omkommer i en allvarlig händelse. Istället kan många närstående drabbas vid sådana händelser. I ett sådant läge är det ändå viktigt att landstings särskilda sjukvårdsledningar aktiveras på samma sätt, dvs. genom TiB. Särskild sjukvårdsledning med sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig etableras alltid vid allvarlig händelse oavsett typ av händelse. Den regionala eller lokala krisstödssamordningen kan vara den enda aktivitet som pågår, men det ska alltid finnas en sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig till stöd för beslut (6 kap. 2–5 §§ SOSFS 2013:22). Det är viktigt att det tydligt framgår när den särskilda sjukvårdsledningen, inklusive krisstödssamordningen, upphör och när en övergång till normala rutiner sker.

Arbetsrelaterad stress

Det som är typiskt för insatsorganisationer är att exponering för stressande händelser utgör en del av kärnan i arbetet. Exempel på personal där detta är tydligt är ambulans-, akutsjukvårds-, räddningstjänst-, polispersonal och militär personal. Hit kan också i viss utsträckning räknas krisstödspersonal. Utmärkande för dessa personalgrupper är att de oftast är tränade, mentalt förberedda och ingår i en professionell grupp. Dessa aspekter ger bättre förutsättningar för att förstå vad som behöver göras och när det gäller att hantera konsekvenserna av allvarliga händelser. Det i sin tur medför att insatspersonal har ett bättre utgångsläge att hantera påfrestningar än eventuellt tillskyndande, frivilliga resurspersoner. Samtidigt ingår i insatspersonalens arbetsmiljö att de kan exponeras för många obehagligheter, vilket kräver att insatsorganisationer måste innehålla system som bidrar till att hantera dessa arbetsmiljöaspekter.

Som tidigare beskrivits är det viktigt att organiserandet av samhällets krisstödsinsatser bör vara nära kopplat till linjeorganisationen för att chefer ska kunna följa upp sin personal.

Tidigare användes metoder för krisstöd till insatspersonal som hade mycket begränsad förankring i litteraturen, och som utöver att de var ineffektiva också kunde vara till skada för vissa. Även om det än idag inte finns direkt vetenskaplig förankring för hur stöd till insatspersonal exakt bör vara utformat, finns det även i denna del stöd i internationella rekommendationer och litteratur [21, 72, 73]. Följande är exempel på områden som rekommenderas att insatsorganisationer fokuserar på för att värna om sin personal:

- Selektion av chefer och personal.
- Förberedelser i form av utbildning och träning.
- Organisatoriska aspekter, ledarskap och sammanhållning.

- Arbetsmiljö, stress, stresshantering och stärkning av motståndskraft.
- Kamratstödsprogram.
- Tydligt förmedla uppskattning till personalen efter insatser.
- System för stöd, uppföljning, bedömning och behandling.

Viktiga aspekter av detta beskrivs kort nedan.

Förberedelser, utbildning och träning

Genom olika former av utbildning, övning och träning kan insatspersonal, till exempel krisstöds personer, förbereda sig för stressfyllda arbetsinsatser och stärka motståndskraften mot hög stress [74, 75]. Övningar med fingerade händelser kan också fungera som ett psykologiskt vaccin mot svårare stressreaktioner [76]. En väl förberedd organisation och ändamålsenliga rutiner ingår också i förberedelserna.

Organisation, ledarskap och sammanhållning

Organisationen har genom ledning, struktur, processer och policy, stor påverkan på insatspersonalens arbetstillfredsställelse, förmåga att bemästra stress, anpassningsförmåga och motståndskraft [77]. Åtgärder för att hantera dessa aspekter utmärker effektiva insatsorganisationer.

Ledarskapet är en annan viktig del av arbetsmiljön i insatsorganisationer. Ledare kan både minska och förstärka stressen i en organisation. I grupper där ledare och medarbetare inte lyckats skapa en god anda och sammanhållning eller gemensamma mål, ser man oftare flera stressreaktioner hos personalen [78, 79]. Det kan i sin tur leda till en förtroendekris i organisationen med uttalade konflikter på olika nivåer som följd. Långvarig stress i en organisation där ledaren inte kan upprätthålla organisationens integritet, drivkraft och målinriktning leder så småningom till vantrivsel och ineffektivitet. I värsta fall får insatsorganisationen svårare att sköta sina uppgifter. Ett gott ledarskap under akut stress förutsätter att ledarskapet är bra redan i vardagen. I komplexa situationer påverkas dessutom ledarskapet bl.a. av om människoliv är hotade samt av möjligheterna att påverka situationen [80, 81]. Arbetsledare tar också hand om sin personal efter svåra insatser (AFS 1999:7). Organisationer måste därför vara noggranna när de väljer och utbildar sina ledare. Det är också viktigt att personalen i insatsorganisationerna har kompetens, erfarenhet och personliga egenskaper som passar för arbetsuppgifterna. I skarpa lägen är det t.ex. viktigt att både arbetsledare och medarbetare är stabila och strukturerade. Vidare är det viktigt med gemensam terminologi, kända rutiner samt förberedelser i form av utbildning och övning för att öka tryggheten och effektiviteten i arbetet [82].

Arbetsmiljö, stress och stärkande av motståndskraft

Insatspersonal kan exponeras för moralisk stress, livsfara, förlust och kronisk stress i större utsträckning än andra personalkategorier [72]. Reaktionen kan vidare påverkas av allvarliga misstag under räddningsinsatser. En särskild påfrestning är händelser som berör t.ex. skadade barn eller barn som har dött. Negativ kritik från press och medier eller från direkt inblandade kan också

innebära extra påfrestning. Dagliga irritations- och orosmoment tillsammans med negativ bemästring kan också förstärka personalens stress [83].

Arbetet vid allvarliga händelser präglas ofta till en början av tidspress, osäkerhet och ovisshet. Dessutom kan vissa situationer kräva anpassning och andra prioriteringar än normalt samt mer uthållighet hos personalen. Exempelvis kan personal hamna i att arbeta utanför sitt vardagliga sammanhang, både innehållsmässigt och rent fysiskt. Detta ställer också krav på att medarbetare i nya gruppkonstellationer kan samarbeta effektivt. Dessa omständigheter kan sammantaget leda till att insatspersonal kan utveckla reaktioner som har beskrivits som ett stresskontinuum [72], se figur 6 från Modernt Krisstöd [84].

Figur 6. Stresskontinuum som följd av olika art och grad av exponering, fritt efter [72, 73]

Redo (Grön)	Reagerar (Gul)	Påverkad (Orange)	Symtom (Röd)
Definition	Definition	Definition	Definition
- Optimal funktion - Anpassningsförmåga - Välmående	- Milda, övergående reaktioner - Återhämtar sig helt - Låg risk	- Svårare reaktioner eller nedsatt funktion - Minnen kvarstår - Högre risk	- Kliniskt syndrom - Olikt stresskada med nedsatt funktionsnivå
Tecken	Tecken	Tecken	Tecken
- Är som bäst - Välutbildad och förberedd - Upplever kontroll - Fysiskt, mentalt och andligt välfungerande - Fokuserad - Motiverad - Lugn, samlad - Har trevligt	- Irriterad, orolig eller nedstämd - Förlorat motivation - Tappat fokus - Sömnsvårigheter - Muskelspänningar, andra fysiska problem - Inget är kul längre	- Kontrollförlust - Panik, ilska, eller depressiva drag - Känner sig inte längre som vanligt - Uttalade skuld- och skamkänslor	- Symtom kvarstår och förvärras över tid - Uttalade symtom eller påverkan på social- eller arbetsfunktion
	Orsaker	Orsaker	Tillstånd
	- Vilken stressor som helst	- Moralisk stress - Livshot - Förlust - Kronisk stress	- PTSD - Depression/ångest - Substansrel. syndrom - Utmattningsyndrom

Ledare för verksamheter bör kontinuerligt vara nära personalen under insats och på olika lämpliga sätt stärka motståndskraft både på individ- och grupp-nivå.

System för krisstöd i insatsorganisationer

Eftersom bra ledarskap och god sammanhållning har visat sig vara väsentligt för att stärka motståndskraft i insatsorganisationer bör stödinsatser särskilt fokusera på socialt stöd i insatsenheterna, även om individuellt stöd kan bli primärt i något fall. En annan viktig del i stödet är att fokusera på lärandet av det man genomfört, vilket dessutom visat sig vara stärkande för insatsenheterna. Eftersom det handlar om att hantera arbetsmiljörelaterad stress bör dessa komponenter ingå som rutin inom insatsorganisationer.

För krisstödspersonal som i normalfallet tjänstgör i olika delar av kommuners eller landstings verksamheter kan stödet med fördel ses i två steg, dels

som avslutning av aktuell insats inom krisstödorganisationen och dels som uppföljning över tid i linjeorganisationen hos ordinarie chef.

Nedan beskrivs kort några delar som på ett strukturerat sätt kan bidra till att hantera arbetsrelaterad stress i insatsorganisationer: *Avslutning av insats*, och *Uppföljning av insatspersonal* samt begrepp som *Första hjälp vid stress*, *Samling efter händelse*, *After action review(AAR)* samt *Uppföljning, bedömning och behandling*. Användarinstruktioner översatta till svenska avseende *Första hjälp vid stress* finns på Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri webbsida.

Avslutning av insats

Någon form av möte i slutet av varje arbetspass vid krisstödsinsats eller efter helt avslutad insats har blivit rutin i många kommuner och landsting. Sådana möten benämns på olika sätt, avlastningssamtal, hemgångssamtal eller avslutningssamtal. Denna typ av avslutande möte leds lämpligen av någon ansvarig och vara av icke påträngande natur och kan ses motsvara åtminstone två behov. Dels kan det avse en formell del med förmedlande av information samt avrapportering av antal drabbade som varje krisstödsperson mött, vilka stödåtgärder som genomförts eller drabbades behov av uppföljning mm. En andra del kan handla om att krisstödspersonerna ska kunna göra ett avslut av sin egen insats och därvid göra en genomgång av det man själv deltagit i. Den enskilde kan då få möjlighet att ventilera vad som gått bra, vilka utmaningar man mött och vilka lärdomar som har dragits, t.ex. genom en variant av After Action Review, AAR, som beskrivs nedan. I enstaka fall kan också de krisstödspersoner identifieras som direkt kan vara i behov av enskilt stöd. Fortsatt uppföljning bör sedan ske i ordinarie linjeorganisation, vilket utöver stödet till personalen också tillgodoser arbetsmiljöföreskrifterna.

Uppföljning av insatspersonal

Här följer en beskrivning av hur fortsatt uppföljning av personal kan ske i ordinarie linjeorganisation utifrån vad som finns beskrivet i internationell litteratur. Sådana system för krisstöd och uppföljning i insatsorganisationer har beskrivits både för militär personal samt för civil insatspersonal i form av *Första hjälp vid stress (FHS)* [72, 73]. FHS beskriver åtgärder som är till för att användas efter behov för personal som är drabbade av uttalade stressreaktioner eller vars funktionsförmåga blivit nedsatt som följd av stressreaktioner. FHS består av sju delar: *Uppföljning*, *Samordning*, *Säkerhet*, *Stabilisering*, *Samhörighet*, *Funktion* och *Förtroende* (akronym: *U4S2F*). Syftet med FHS är att insatspersonal som exponerats i olika grad ska kunna återkomma till grön zon enligt stresskontinuum i figur 7. Chefer och kamratstödjare bör därför kontinuerligt hålla de två första punkterna aktuella:

- *Uppföljning*: för att värdera exponeringsgrad, reaktioner och funktionsnivå
- *Samordning*: undersöka vilka fler som behöver känna till situationen samt remittera de individer som behöver det för professionell bedömning vid behov

De övriga fem punkterna i FHS beaktas efter behov och är egentligen identiska med Hobfolls fem principer [24], vilka beskrivits i avsnittet Principer för krisstöd. Dessa fem punkter omfattar följande FHS-delar:

- *Säkerhet*: bidra med känsla av trygghet och skydd mot ytterligare stress
- *Stabilisering*: minska fysiska spänningstillstånd, lyssna empatiskt och lugna
- *Samhörighet*: stärka socialt stöd och sammanhållning
- *Funktion*: allt nödvändigt stöd för att återfå tidigare funktionsnivå
- *Förtroende*: allt nödvändigt stöd för att återfå förtroende för sig själv, för sina arbetskamrater och chefer

Samling efter händelse

För att uppnå syftena med FHS, främst stärka socialt stöd samt att fokusera på lärande efter insatsen, finns det fördelar med att insatsenheter rutinmässigt samlas efter olika insatser, särskilt efter allvarliga händelser. Chefer och kamratstödjare har då vid sådan *samling efter händelse* möjlighet att utifrån FHS göra följande:

- Förmedla information
- Förmedla psykoedukation och normalisering
- Kontinuerligt följa upp medarbetarna
- Fokusera på samhörighet - socialt stöd och sammanhållning
- Agera utifrån övriga FHS-delar som: samordning, säkerhet, stabilisering, funktion och förtroende efter behov
- Genomföra After Action Review

After Action Review (AAR)

Ett viktigt syfte med att samlas efter händelse är att personalen i enheten ges möjlighet att enkelt kommunicera om och gå igenom den aktuella insatsen samt att informellt utvärdera densamma. Ett sätt som visat sig ha flera olika positiva effekter är genomförandet av en informell genomgång av händelsen och benämns *AAR*. Fokus vid sådan genomgång av en insats är således på vad som hände, och inte primärt på vem som gjorde något, och där syftet inte är att framföra kritik mot varandra utan att istället stärka kommunikation, sammanhållning och lärande. Exempel på frågor som personalen i enheten då kan gå igenom är följande: *Vad förväntades hända? Vad hände? Varför blev det som det blev? Vad kan förbättras och hur?* Vid behov kan dessutom vissa aspekter av lärandet föras vidare i organisationen.

Denna enkla och informella form av AAR ingår numera som ett första steg i krisstödet enligt FHS för civil insatspersonal som tidigare nämnts. Om man i insatsorganisationer kontinuerligt samlas efter händelser eller insatser och ger möjlighet till att kommunicera om insatsen, till exempel genom sådan enkel informell AAR, kan det ha positiv effekt på enheters effektivitet, kommunikation och sammanhållning [86]. Effekterna kan således bli förbättrad effektivitet och stärkt förmåga att lösa framtida uppgifter, vilket som följd kan öka självförtroendet hos personalen samt dessutom stärka det sociala stödet och

sammanhållningen och därigenom reducera stresspåverkan [87]. Dessa effekter går dessutom helt i linje med övrig kunskap om hur socialt stöd kan motverka posttraumatiska stressreaktioner.

Uppföljning, bedömning och behandling

Syftet med uppföljning är att tillsammans med medarbetarna identifiera var på ett stresskontinuum exponerad personal befinner sig. Om de första reaktionerna avtar, kommer de sannolikt att gå över av sig själva och individen kommer att kunna återgå till grön zon i stresskontinuum med hjälp av stöd från medarbetare, kamratstödjare, gott ledarskap och socialt stöd i det privata livet. Om reaktionerna däremot kvarstår på samma nivå, om de ökar eller om de är särskilt besvärliga som i orange eller röd zon efter tre till fyra veckor, bör individen överföras för professionell bedömning inom företagshälsovården eller motsvarande. Sådana system för uppföljning, bedömning och behandling, se figuren ovan, bör vara väl kända och inarbetade i insatsorganisationer.

Kamratsstödsprogram

Det finns internationella rekommendationer om att utsatta organisationer bör ha en väl planerad, integrerad och skräddarsydd kamratstödsverksamhet för sina anställda [21, 85]. Sådan kamratstödsverksamhet bör införas i enlighet med vad som passar in i aktuell kontext. Uppgifterna för utsedda kamratstödjare bör vara att empatiskt lyssna, tillhandahålla basalt och lekmannamässigt psykologiskt stöd, identifiera kollegor som kan utgöra risk sig själva eller andra samt underlätta vägar till professionellt stöd vid behov.

Utbildning

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

Landstingens utbildningsansvar

För att ha en god förmåga i landstinget att hantera allvarliga händelser krävs bl.a. en i förväg noga genomförd planering med en utbildad, tränad och övad organisation (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap). Regionala och lokala organisationer arbetar bl.a. med att planera för olika utbildningsinsatser inom olika specifika områden men ser också till att organisationen regelbundet får träna och öva tillsammans i både mindre och större övningar. Landstingen utser vanligen en utbildningssamordnare på regional nivå som i samverkan med landstingets beredskapssamordnare säkerställer ett relevant kursutbud.

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

att remittera till en specialist. Utbildningen ska dock inte handla om terapi eller behandling. Metoderna och tillvägagångssätten i krisstödsarbetet måste fokusera på att förklara, diskutera och öva följande:

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

Utbildningen får gärna inkludera information om kommunikation och stöd till barn, unga och personer med funktionsnedsättningar. Exempelvis kognitiva hjälpmedel, bildstöd, pedagogiskt material och träning av principer för tydlig kommunikation. Utbildningen ska också ge deltagarna tillfälle att diskutera värderingar och generella principer om attityder och inställning till drabbade människor. Det är viktigt att stödpersonerna får en bild av individens inneboende resurser som tar hänsyn till de drabbades rätt till självbestämmande samt förmåga att hantera stressen och lösa problem. Demokratiska rättigheter och personlig frihet samt lyhördhet för kulturella olikheter, ålder och kön är också centrala aspekter. Kunskap om vad som ger motståndskraft och styrka att klara av svårigheter kan också minska risken att sjukförklara normala reaktioner eller göra drabbade personer till enbart offer.

Ett annat viktigt område i utbildningen av stödpersoner är att dessa får tillfälle att lära känna och känna igen sina egna personliga begränsningar och att förstå de begränsningar som finns vad gäller insatser i krissituationer. Kunskap härom kan minska risken för sekundär traumatisering av de drabbade och att man som krisstödsperson inte ska bli känslomässigt uttröttad eller traumatiserad av mötet med många drabbade personer.

Kommunens utbildningsansvar

Kommuner ansvarar för att personalen får den utbildning och övning som behövs för att de ska kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser i fredstid (2 kap. 8 § LEH). Alla kommuner behöver ha en plan för utbildning och övning av sin krisorganisation. I denna plan bör även utbildning och övning av kommunens krisstöd ingå. Krisstödet bör övas tillsammans med övriga lokala aktörer inom krisberedskapen. Krisstödet kan med fördel övas och utbildas årligen. Allvarliga händelser inträffar sällan och i en kommun kan det ibland dröja många år mellan insatserna. Det fungerar därför bäst om det finns specifika funktioner i den regionala och lokala organisationen som arbetar bl.a. med att planera för olika utbildningsinsatser inom olika specifika områden och ser till att organisationen regelbundet får träna och öva tillsammans i både mindre och större övningar. För att underlätta organisation av utbildningen kan länsstyrelserna ta ett samordnande ansvar för kommunerna i länet.

Ett exempel på grundutbildning för krisstödsorganisationens funktioner är första hjälpen i psykosocialt stöd. Utbildningen kan i stora delar likna den utbildning som nämns ovan för landsting.

Gemensam utbildning

För att säkerställa enhetlighet och god kvalitet på utbildningarna inom det katastrofmedicinska området publicerade Socialstyrelsen 2007 ”Utbildning inom katastrofmedicinsk beredskap, rekommendation för planering”. Rekommendationen vänder sig till den som har ansvar för eller genomför utbildningar inom det katastrofmedicinska ämnesområdet och är tänkt att vara ett stöd för planering, genomförande, uppföljning och utvärdering.

Vissa utbildningar och praktiska övningar kan med fördel genomföras gemensamt för olika yrkeskategorier och enheter inom hela krishanteringsorganisationen, med gemensamma utbildningsdagar för personal inom kommun och landsting. En organisation som har tränat tillsammans har bättre chanser att fungera optimalt vid en allvarlig händelse. Värdet av sådana övningar ökar avsevärt om man efteråt har ordentliga genomgångar på alla enheter och nivåer som deltagit i övningen. All personal som kan komma att ta hand om personer som utsatts för svåra upplevelser, exempelvis kuratorer, ambulanssjuksköterskor, brandmän och annan insatspersonal, behöver ha kunskap om:

- Vanliga psykiska och kroppsliga reaktioner efter allvarliga händelser.
- Bemötande av människor i kris i den akuta fasen.
- Vanliga och förväntade stressreaktioner hos stödpersoner och möjligheter att få stöd.
- Hur den totala krisberedskapen är organiserad, vilka som ingår i denna samt kännedom om hur krisstödet är organiserat.

Personal som leder krisstöd

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

- Traumatiska och posttraumatiska reaktioner vid allvarliga händelser.
- Riskgruppsbedömning.
- Psykologisk första hjälp.
- Reaktioner och behov av stöd hos insatspersonal.
- Sjukvårdens katastrofmedicinska organisation och dess olika samverkanspartner.
- Särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå.
- Krisstödet uppgifter och ansvar före, under och efter en allvarlig händelse.
- Ledning av och samverkan med andra organisationer.
- Organisatoriska aspekter på arbetet vid allvarliga händelser inkluderande arbetsledaransvar.
- Rekrytering och utbildning av stödpersoner.
- Kontakter med massmedia.
- Praktiska övningar inkluderande spel med ledningsproblematik.

Vid sidan av nämnda utbildning i ledning och organisation av krisstödet är det lämpligt med regelbunden vidareutbildning och träning samt möjligheter att samöva med andra enheter inom krisberedskapsorganisationen för att vidmakthålla och utveckla sin förmåga att fungera optimalt vid skarpt läge.

Stödpersoner

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

- Goda kunskaper om kriser, krisreaktioner och psykologisk första hjälp.
- Kunskap om riskfaktorer för utvecklande av psykisk ohälsa hos drabbade personer.
- Kännedom om akut stressyndrom (ASD), PTSD och andra traumarelaterade störningar.
- God kännedom om egen och andras funktion, uppgift och ansvarsområde i den egna krishanteringsorganisationen.
- Kunskap om egenreaktioner hos stödpersoner.

Personal med ansvar för uppföljning

Personal med ansvar för uppföljning behöver, förutom grundpsykoterapeutisk kompetens eller utbildning i psykologisk första hjälp dessutom ha:

- Kunskap om ASD och posttraumatiska stressreaktioner samt symtom på PTSD och andra traumarelaterade störningar.
- Kännedom om screeningverktyg
- Kunskaper och färdigheter i krisstöd
- Kunskap om sorg och stöd till förlustdrabbade.
- Tillgång till adekvat handledning.

Behandlingspersonal med ansvar för uppföljning och behandling

Behandlingspersonal inom området psykisk ohälsa (läkare, psykologer, kuratorer, specialutbildade psykiatrisjuksköterskor) med grundläggande psykoterapiutbildning eller motsvarande behöver ofta vidareutbildning specifikt inriktad på traumarelaterad kunskap, särskilt följande:

- Diagnostik av ASD, PTSD och andra traumarelaterade störningar.
- Behandlingsmetoder för PTSD.
- Kunskap om traumarelaterad sorg och stöd till förlustdrabbade.

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

Personal med ansvar för stöd och uppföljning av sjukvårds- och räddningspersonal samt/eller stödpersoner ingående i landstingens och kommunernas krisorganisation behöver utbildning i förebyggande åtgärder och kunskap om de juridiska ramar som finns för krisstöd. Denna personalgrupp har också ofta ett kunskapsbehov vad gäller följande områden:

- Egenreaktioner hos insatspersonal/stödpersoner, exempelvis moralisk och traumatisk stress, sorg, sekundär traumatisering samt kronisk stress.
- Metoder för att följa upp sin personal, exempelvis genom samling efter händelse, Första hjälp vid stress (FHS) och After action review (AAR).
- Kunskap som underlättar att avgöra när drabbad personal bör remitteras till företagshälsovård eller motsvarande för bedömning och eventuell behandling.

Att hantera kommunikation i en kris

Vid alla olyckor och kriser krävs att ansvariga snabbt börjar bedriva sin kris-kommunikation för att på så sätt ge en tydlig bild av vad som hänt, om vilka beslut som fattats och hur situationen ska hanteras framöver. Fungerar det inledningsvis finns goda möjligheter att minska lidandet och ge bättre förutsättningar för såväl samhället som för dess medborgare att återhämta sig på olika sätt.

Aktörer bör söka efter sanningen om vad som verkligen har hänt och berätta vad som verkligen har skett. Rekommendationen när man har hamnat i kris är att vara så transparent som möjligt och informera så snabbt som möjligt, men givetvis med hänsyn till de drabbade. Effektiv kriskommunikation handlar om att först bestämma vad som hänt, beskriva och förklara det med ett transparent och värderingsfritt språk. De budskap som förmedlas måste kunna uppfattas snabbt, och vara tydliga och begripliga. För att vara tydlig och begriplig gäller det att utgå från mottagarens utgångspunkt om händelsen, vilket kommer att påverka hur budskapet uppfattas. Att rädda liv och minimera lidande är en grundförutsättning och vid sådana situationer måste kriskommunikationen vara tydlig. Vid olyckor och kriser ska hänsyn tas till drabbade och anhöriga. Vid alla kontakter måste också hänsyn tas till aktuella sekretess- och tystnadspliktsregler.

Medier

Medierna har en viktig roll när det gäller att bevaka krishanteringen och informera medborgarna vid kriser. Man har stor nytta av medierna i kriskommunikationsarbetet, men mediernas krav på dem som leder och hanterar krisen kan samtidigt bli stora. Det finns olika sätt att klara journalisternas krav på information och kommentarer. Olika lösningar passar olika organisationer.

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

Digitaliseringen av medier

Samhället blir alltmer digitaliserat och internet ger utrymme för nya aktörer. I och med detta ökar informationsflödet och antalet källor till information. Om det saknas information från ansvariga eller om olika aktörers budskap är spretiga eller motsägelsefulla, kan man hellre söka sin information hos andra och ta del av missuppfattningar. En orsak kan vara att myndigheter använder

sitt yrkesspråk när de kommunicerar vilket ofta inte är begripligt för en bredare allmänhet.

För att undvika detta, är det viktigt att säkerställa att det snabbt finns tillgång till kvalitetssäkrad information som är samordnad. Information om händelsen behöver därför snabbt tillgängliggöras, så att allmänhet och medier kan ta del av den och kan sprida den vidare. Efter skogsbranden i Västmanland sommaren 2014 framkom att Länsstyrelsens webbsidor utgjorde en viktig källa till information [67].

Sociala medier

Medieteknologins framväxt har gjort alla till möjliga publicister. Människor över hela världen kan snabbt publicera och ta del av information om varandra och händelser i realtid. Via sin mobiltelefon kan man resa fritt i tid och rum utan att lämna sitt hem.

De sociala medierna fylls allt snabbare med frågor, vilket är en utmaning för en organisation att ligga steget före och ha initiativet i kommunikationen. När frågorna redan har uppstått, krävs reaktiva insatser för att besvara dem. Organisationen behöver ha kontroll över informationsflödena för att snabbt hantera de frågor som finns. Annars finns risken att någon annan besvarar dem i ditt ställe.

Sociala medier har gett organisationer plattformar som möjliggör att nå målgrupperna där de finns och agerar. En organisation behöver tänka på att kommunicera med allmänheten i sociala medier kontinuerligt, så att relationen och förtroendet för organisationen och kanalen finns redan innan krisen.

Planera kommunikationen

Ingen kris är den andra lik och det finns heller ingen standardlösning för hur man ska hantera en sådan situation. Däremot behöver kommunikationen planeras, både för att bli bra och effektiv och för att den kan underlätta det övriga krisarbetet. Dåligt planerad kommunikation riskerar att hindra och försvåra krisarbetet. Därför kan det vara lämpligt att avdela någon eller några personer till att analysera, planera och genomföra kommunikationsinsatserna. Ansvariga måste ha tänkt igenom vilken kompetens och vilka rutiner som behövs och tydliggöra ansvars- och rollfördelningen. Krisstödsorganisationen kan planera för att tilldela personal specifika funktioner för att medverka i media i allmänhet eller samverka med journalister på plats för att samordna deras aktiviteter. Denna uppgift kan ta mycket tid i anspråk och krisstödsledningen kan därför planera för att begränsa kontaktpersonens andra uppgifter. Samverkan med media görs lämpligen delvis av eller i samarbete med organisationens kommunikationsavdelning om sådan finns.

Det finns goda erfarenheter av att tidigt upprätta en lämplig lokal som fungerar som ett servicecentrum åt journalister på plats. Drabbade och närstående hänvisas till en separat lokal dit journalister inte har tillträde. Personer som besöker den separata lokal som närstående och drabbade hänvisats till ska legitimera sig. På så sätt kan man undvika att någon utomstående uppger

en falsk identitet för att kunna ta sig in och tala med de närstående eller drabbade, vilket har skett vid tidigare händelser.

Snabb och korrekt information

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

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

Även om man inte har alla fakta om situationen är det alltså viktigt att så snart som möjligt ge den information man har. Informationen till medierna kan då handla om att man just nu inte vet tillräckligt om den uppkomna situationen och hur man arbetar för att få fram mer fakta.

Anpassa informationen till målgruppen

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

MSB har på sin webbplats värdefull information om kriskommunikation, se t.ex. <https://www.msb.se/sv/Kunskapsbank/Forskningsresultat/Kriskommunikation/>

När allvarliga händelser inträffar kan det också bli nödvändigt att ge information på andra språk än svenska. En del grupper i Sverige har inte svenska nyhetskällor som huvudsaklig informationskanal. Lokala radiosändningar och kulturella föreningars informationskanaler kan då bli viktiga vägar för att nå ut med information. En annan viktig resurs kan vara de trosamfund som huvudsakligen omfattar trosbekännare med bakgrund i en annan kulturkrets. Där finns språk- och kulturkompetens samtidigt som trosamfundens lokaler kan bli självklara mötesplatser och centra för att sprida information. I invandrartäta områden kan tillgången till tolkservice också vara avgörande för att förmedla ett bra krisstöd, liksom för de uppföljande verksamheterna.

Drabbade i media

Drabbade behöver skyddas från att utnyttjas i publiceringssyften, och sociala medier har enklare för drabbade och media att ha direktkontakt. Det finns exempel där drabbade som är inläggande på sjukhus på eget initiativ bjuder in journalister för intervju efter kontakt på sociala medier. Det finns dock positiva aspekter av att de drabbades perspektiv och deras ord får plats i den offentliga berättelse som medierna skapar. Om journalister vill träffa drabbade och närstående, eller om drabbade vill eller har för avsikt att medverka i t.ex. en intervju, kan det vara lämpligt att den tilltänkta intervjupersonen och krisstödspersonal i förväg diskuterar aspekter av medverkan tillsammans. Dels ska ingen behöva ställa upp mot sin vilja och dels har drabbade i stunden kanske inte en tillräcklig förståelse av konsekvenserna av medverkan, t.ex. avseende hur materialet kommer att spridas och vilka krav drabbade kan ställa på journalisten.

Särskilda överväganden

Varje allvarlig händelse är unik till sin natur, men många händelser är av liknande karaktär med ett krisstödsbehov som kan mötas av samhället med mindre anpassningar till krisstödsinsatserna. I detta kapitel nämns aspekter där krisstödsorganisationer dock kan behöva diskutera särskilt i planeringen av krisstödet.

Detta kunskapsunderlag avhandlar primärt hur krisstöd kan förmedlas med utgångspunkt från allvarliga händelser som inträffar i någon del av Sverige. Samtidigt har under senare decennier omvärlden kommit oss närmare. Det innebär att vi behöver förhålla oss även till situationer där människor allvarligt kan påverkas också utifrån internationella aspekter, vilket också belyses i internationella rekommendationer [9].

Drabbades hemvist

Allvarliga händelser kan drabba människor som lever inom ett geografiskt avgränsat område. Dessa händelser kallas *centripetala* händelser. Ett exempel är bussolyckan i Härjedalen som drabbade invånare i Skene. Andra händelser drabbar tillfälligt samlade individer som inte delar hemort. Dessa händelser kallas *centrifugala* händelser. Flodvågskatastrofen 2004, Estoniakatastrofen 1994 och dådet på Drottninggatan i Stockholm 2017 är exempel på centrifugala händelser. Typen av händelse har konsekvenser för krisstödet, se t.ex. följande exempel:

Vid centripetala händelser kan de drabbade finna stöd i att det finns många som delar upplevelsen. Men det finns en risk för att vänner och anhöriga, liksom lokal krisstödspersonal, är för belastade av händelsen för att vara ett gott stöd. Ett lokalt krisstödscentrum, som beskrivits ovan, kan komma att bli en mycket viktig del av krisstödet.

Vid centrifugala händelser finns det kanske endast behov av en tillfällig uppsamlingsplats i anslutning till platsen för händelsen medan ett stödcentrum i närområdet inte kan fylla sitt syfte. Registrering av drabbade som får initiala insatser blir särskilt viktigt för att möjliggöra uppföljning. Det finns också utmaningar för information och kommunikation samt för samarbetet mellan krisstödsorganisationer vid centrifugala händelser. En krisstödstelefon kan fylla flera drabbades behov än lokala stödcentrum. Överlevande från svåra händelser värdesätter ofta initiativ som i ett senare skede ordnar möjligheter att träffa andra med liknande erfarenheter, vilket kan vara särskilt aktuellt vid centrifugala händelser.

Händelser utomlands

Den internationella turismen ökar, och ett stort antal svenska medborgare bor dessutom utomlands. Sammantaget innebär det att det kontinuerligt finns ett mycket stort antal svenskar utomlands en given dag. En följd av det blir att enskilda, familjer eller större grupper av svenska medborgare kan drabbas av allvarliga händelser i utlandet och även då i främmande kulturmiljöer.

I samband med flodvågskatastrofen 2004 bedömdes att ungefär 7 000 svenskar befann sig i katastrofområdet. Under Utrikesdepartementets (UD) ledning och i samverkan mellan olika myndigheter, främst Räddningsverket, Polisen, Försvarmakten och Socialstyrelsen, evakuerades ett stort antal svenskar från Sydostasien under tre veckor efter händelsen. Flodvågskatastrofen är ett exempel på en centrifugal händelse utomlands och visade att det kan finnas behov av att kunna stödja drabbade personer utanför Sverige, och att det kan finnas behov av fortsatta åtgärder och uppföljningar i Sverige efteråt.

Sjukhusvårdade personer

Förutom medicinsk behandling för fysiska skador kan en del drabbade som vårdas på sjukhus också behöva krisstöd. Vid akutmottagningar och vårdavdelningar finns ordinarie personal som ansvarar för det omedelbara krisstödet, medan uppföljning på längre sikt sannolikt varierar i landet, både när det gäller de drabbade och de närstående. Kurator vid akutmottagning kan även ordna att en kurator inom primärvården eller ett upprättat stödcentrum sköter uppföljningen. I samband med en allvarlig händelse är det viktigt att så långt som möjligt tillvarata den kompetens och vana som finns bland den personal som arbetar med vardagsolyckor. Om de drabbade är allvarligt skadade bör man dock vänta med att göra en bedömning av deras psykiska tillstånd. Svårt skadade bör följas upp avseende psykiskt tillstånd på samma sätt som oskadade eller de med lättare skador. Här behövs särskild uppmärksamhet riktas till barn och unga som vårdas på sjukhus där föräldrar inte förmår tillgodose behov av krisstöd samt barn och unga som anhöriga där det ofta saknas andra vuxna som kan värna barn och ungas rättigheter och behov.

Saknade personer och de som själva lämnar skadeplatsen

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

Närstående till omkomna

Krisstödsledningen kan överväga att organisera stöd till närstående till omkomna separat från närstående till överlevande, eftersom de olika gruppernas situation skiljer sig åt och detta också medför olika behov. Redan i det akuta skedet kan det bli aktuellt att stödja närstående som ska ta avsked av den omkomne, särskilt om denne har svåra kroppsliga skador. Den som bistår vid

avskedet bör själv först ha sett den omkomne för att kunna förbereda de närstående genom en muntlig beskrivning innan man tillsammans går in till den omkomne. Det är viktigt att avskedet genomförs i en värdig miljö och med respekt för den dödes integritet. Vid ett stort antal döda behöver insatserna för alla anhöriga till de döda samordnas.

Generellt rekommenderas att närstående personer får möjlighet att se den omkomne, för att göra det överkliga verkligt och för att kunna starta ett sorgearbete. Att se en omkommen med svåra skador kan dock vara alltför påträngande, eftersom de närstående ska leva vidare med minnesintrycken av den omkomne. Vid mycket svåra skador kan man, om det är lämpligt, visa en kroppsdel som är hel och oskadad. Samtidigt kan människors fantasier om den döda kroppens utseende ofta vara mer skrämmande än verkligheten. Undantag från denna rekommendation finns alltid och avgörande är, förutom den döda kroppens tillstånd, framförallt lyhördheten för de drabbade och deras behov.

Hantering av omkomna, identifiering, uttryck för sorg liksom begravningsarrangemang måste ta hänsyn till etiska värderingar liksom kulturella och religiösa olikheter. Man behöver bedöma om barn och ungas anhöriga förmår hantera deras behov och anpassa det som sker utifrån barnet och inte utifrån sina egna reaktioner. Ofta underskattas intensiteten i barns upplevelser, och viljan att skydda leder till att barn och unga mister möjligheten att få se och förstå.

Grupper med särskilda behov

Krisstöd behöver vara flexibelt och anpassas med utgångspunkt i den drabbades behov. Det gäller svenska såväl som utländska medborgare, hörande såväl som döva, individer utan såväl som med kognitiva, neuropsykiatriska eller andra former av funktionsnedsättningar. Det betyder att särskilda hänsyn behöver tas vid organisering och planering av krisstöd för att optimera krisstödet till var och en som har drabbats. Erfarenheter från exempelvis Norge efter attacken i Oslo och Utøya 2011 visar att krisstödet riskerar att inte nå fram till ekonomiskt missgynnade familjer, barn och unga med skilda föräldrar och syskon till drabbade/omkomna.

Människor med olika typer av funktionsnedsättningar kan i samband med allvarliga händelser bli extra utsatta. Detta är därför viktigt att ta hänsyn till när krisberedskap och stöd planeras. En central slutsats från ett stort europeiskt projekt om krisstöd till personer med funktionsnedsättningar var följande: krisstödet grunder och övergripande principer behöver inte ändras, men ett gott krisstöd till dessa personer kan kräva annan kompetens, förändringar i förmedlingssätt och vidare praktiska och eventuellt organisatoriska anpassningar [29].

Informationsöverföringen blir extra viktig vid allvarliga händelser och måste på olika sätt underlättas. Det är t.ex. lämpligt att det i kommuner och landsting finns en förteckning över resurser för olika behov, dvs. personer eller lokala organisationer som kan kontaktas i akuta situationer. Exempel på resurspersoner för döva personer som har drabbats av en allvarlig händelse kan vara teckenspråkiga präster och diakoner liksom döva som genomgått en

speciell utbildning för kris- och katastrofarbete. Andra typer av funktionsnedsättningar kräver en liknande beredskap, exempelvis för synskadade, människor med en fysisk eller psykisk funktionsnedsättning liksom för äldre ensamboende.

Migration

År 2015 fanns i Sverige 1,6 miljoner personer (16 %) som var födda utomlands. Under åren 1970–1999 invandrade stora grupper från krigsdrabbade länder eller från diktaturer. Stora grupper med immigranter sökte sig också till övriga Europa, dels i samband med Irakkriget runt 2006, och efter att den arabiska våren initierats under 2010. Antalet asylsökande och flyktingar blev särskilt stort 2015, framförallt från det krigsdrabbade Syrien då bortåt 1 miljon flyktingar tog sig till Europa.

Den situation som lett till ett flyktingskap har för många inkluderat exponering för svåra traumatiska händelser. För en del flyktingar är reaktionerna normala reaktioner på extrema omständigheter. Emellertid kan umbäranden och extremt svåra förhållanden under själva flykten bidra till uttalade reaktioner hos många. Hos andra kan istället själva asylprocessen i sig, innefattande behov av anpassning till en helt ny livssituation i en annan kultur eller risk för utvisning, vara det som har störst påverkan på hälsotillståndet.

Stora flyktingvågor innebär också utmaningar för mottagande land. Aspekter som måste tillgodoses vid flyktingmottagande är säkerhet, boende, hälsoundersökningar och kulturell kompetens. Behoven hos asylsökande och flyktingar kan variera varför system måste upprättas för uppföljning, bedömning och behandling även när det gäller psykisk ohälsa [90]. Utsatta grupper såsom barn och individer med funktionshinder kan vara i behov av särskilt stöd [21].

Allt fler människor i Sverige har sin uppväxt eller familjebakgrund i en annan kulturkrets. Vid allvarliga händelser ställs därför ökade krav på kultur- och språkkompetens i samhället. Kriser som inträffar i mångkulturella miljöer eller på något annat sätt involverar olika etniska grupper ställer ytterligare krav på krisstödet, särskilt avseende informationsinsatser, både i det akuta skedet och i uppföljningsarbetet, för att undvika missförstånd och mistro mellan drabbade och myndigheter eller mellan olika grupper i samhället. Okunskap om hur det svenska samhället fungerar och ifrågasättande av polisens och räddningstjänstens insatser kan försvåra både det direkta räddningsarbetet och människors hantering av det inträffade. Människor med invandrarbakgrund kan också ha erfarenheter från sina ursprungsländer som påverkar deras reaktioner, exempelvis negativa upplevelser av ordningsmakten. Inom olika kulturer och religioner gäller olika normer och regler för hur man ska reagera och bete sig i kritiska livssituationer. Det kan gälla känslomässiga uttryck för sorg och förtvivlan, omhändertagandet av skadade och döda samt begravningskick. I samband med krisstöd är resurspersoner som har en lämplig kulturkompetens en viktigt komponent.

Som stödperson är det viktigt att vara medveten om den egna kulturella bakgrunden och risken för fördomar. Kulturella aspekter kan bli särskilt bety-

delsefulla om krisstödsarbetet är inriktat på individer från andra kulturer, vilket inte bara gäller över nationella gränser utan även kulturella skillnader mellan grupper i landet. Samtidigt bör krisstöd alltid följa vanliga moralisk/etiska, humanitära och medicinska utgångspunkter; ett gott krisstöd innebär att möta individen där den är och ge stöd utifrån vad den enskilda personen upplever som viktigt.

Terrorism

Framväxten av fundamentalistiska grupperingar, politisk radikaliserings samt ideologiska och politiska polariseringar i olika länder har lett till växande nationella och internationella hot. Terroristangreppen i New York den 11 september 2001 och bombattackerna mot pendeltågen i Madrid 2004 och i London 2005 har följts av ett flertal terrorhändelser i olika länder. Också bland de skandinaviska länderna har det inträffat flera allvarliga händelser, exempelvis attacken i Oslo och Utøya 2011 samt attentaten i centrala Stockholm 2010 och 2017. Denna typ av händelser och andra händelser med illviligt uppsåt, till exempel dödliga angrepp på skolor som i Finland eller i Trollhättan 2015, visar på behovet av att den svenska krisberedskapens planering även tar lärdom av denna typ av scenarier.

Psykologiska effekter av terrorism

Syftet med en terroristattack diskuteras ofta och kan till exempel handla om hämnd, att uppnå (geo-)politiska mål, att avskräcka nationer från interventioner, att skapa kaos, skräck och rädsla. På individnivå kan denna typ av händelser skapa oro hos många människor i det samhälle som har blivit exponerat för en sådan attack. En del individer kan tappa tron på samhällets förmåga att skydda sina medborgare eller uppleva att trygghet och förutsägbarhet inte längre existerar, vilket kan leda till olika uttryck för social oro.

På samhällsnivå förekommer det att både politiker och medborgare i utsatta samhällen manifesterar motstånd mot terrorister och uppvisar beslutsamhet att inte låta dessa påverka det demokratiska samhällsskicket. Å andra sidan kan det samtidigt finnas tendenser att utpeka olika grupper i befolkningen som medansvariga till vissa terrorhandlingar när det framkommer i vilket land en terrorist har sitt ursprung. Det kan riskera att leda till ytterligare politisk polarisering, något som samhället i stort behöver uppmärksamma och motverka. Sådant arbete skulle kunna definieras som preventivt krisstödsarbete på samhällsnivå för att stärka en allmän motståndskraft.

CBRNE-händelser

I samhället hanteras dagligen stora mängder farliga ämnen. CBRNE-händelser står för händelser med skadliga kemikalier (C), sjukdomsalstrande mikroorganismer (B), joniserande strålning (R, N) eller explosiva ämnen (E). Sprängladdningar upptas i detta avsnitt eftersom de kan innehålla farliga ämnen som sprids med explosionen: En "dirty bomb" är en sprängladdning med inblandning av radioaktiva ämnen, biologiska smittämnen eller kemiska ämnen för finfördelning och spridning. Exempel på omfattande CBRNE-

händelser är utsläppen av radioaktiva ämnen i Fukushima 2011, Tjernobylnkatastrofen 1986 och Saringasattacken i Tokyo 1995. Andra exempel är klorgasolyckan vid Vanadisbadet i Stockholm 1993 och tågolyckan i Kälarne 1997 med läckage av farliga ämnen som föranledde en omfattande evakuering i samband med bärgningsarbetet.

Dessa händelser har gemensamt för krisstöd att allmänheten har svårt att bedöma om de befinner sig i reell fara eller inte. Det skadliga ämnet kan vara luktlöst och farans utbredning och duration kan vara oklar. Oro och rädsla kan därför få mycket stor spridning, vilket har märkts vid tidigare händelser, framförallt RN-händelser. Antalet individer som kan vara i behov av krisstödsinsatser kan bli långt större än antalet direkt drabbade och de psykosociala effekterna kan bli långvariga.⁴

Krisstödsinsatser vid CBRNE-händelser kan behöva särskild planering. Lokalisering av uppsamlingsplatser och krisstödscentrum påverkas av spridningen. Krisstödspersonal kan behöva särskild utbildning om de farliga ämnena för att kunna möta drabbade och andra oroliga. Folkhälsomyndigheten och Strålsäkerhetsmyndigheten kan få viktiga roller. Grupper som kan behöva riktade insatser är gravida kvinnor vid RN-händelser och all insatspersonal som kan uppleva risk för skada, smitta eller kontamination.

⁴ I staden Goiânia i Brasilien 1987 ledde en stöld av medicinteknisk utrustning med Cesium-137 till fyra dödsfall och 20 fall av strålsjuka, men över 100 000 kom att söka vård för bedömning av eventuell kontamination. Även Tjernobylnkatastrofen fick omfattande psykosociala effekter på lång sikt.

Aktuella författningar

Hälso- och sjukvårdslagen

Landsting och regioner har enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som uppgift att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, svara för sjuktransporter, och omhänderta avlidna. Enligt 3 kap. 1 § HSL, är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Landstinget/regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla som är bosatta inom landstinget/regionen, samt åt den som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där om denne behöver omedelbar hälso- och sjukvård (8 kap. 1 § resp. 8 kap. 4 § HSL). Lagen anger vidare att hälso- och sjukvården bland annat ska förebygga ohälsa och att människor som vänder sig till hälso- och sjukvården ska få information om hur de kan förebygga sjukdomar eller skador (3 kap. 2 § HSL). Av lagen framgår också att landstinget/regionen måste planera sin hälso- och sjukvård så att man har en katastrofmedicinsk beredskap (7 kap. 2 § HSL). I 18 kap. 3 § HSL regleras även landstingets/regionens skyldigheter att ta emot personer från en annan kommun eller landsting enligt de förutsättningar som anges i 4 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, LEH.

Det finns krav på uppföljning och kontroll av både den egna verksamheten och av de insatser som genomförs av andra för landstingets/regionens hälso- och sjukvård enligt det ledningssystem som tas fram med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om fredstida katastrofmedicinsk beredskap finns bestämmelser i både föreskriftsform (skall-krav) och i form av allmänna råd (bör-krav). Enligt föreskriftens 5 kap. 12 § § ska alla landsting ha beredskap för att kunna erbjuda krisstöd till dem som har drabbats av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa som en följd av en allvarlig händelse.

Socialtjänstlagen

Det finns idag inte någon specifik reglering eller någon uttalad skyldighet för kommunerna att bedriva krisstöd. Kommunerna kan dock bedriva krisstöd med utgångspunkt i 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, där det anges att kommunen har det yttersta ansvaret för att människorna som vistas där får det stöd och den hjälp som de behöver.

Socialtjänsten har också ett särskilt ansvar för vissa målgrupper: barn och unga, äldre, personer med funktionsnedsättningar, missbrukare, anhörigvårdare och brottsoffer.

Socialnämnden skall också i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp (3 kap 4 § SoL).

Vid en allvarlig händelse kan socialtjänsten alltså ställas inför stora påfrestningar. Även vid andra händelser och kriser, som på olika sätt drabbar många människor i samhället, kan socialtjänsten få ansvar för sociala stödinsatser.

Arbetsmiljölagen

Syftet med arbetsmiljölagen (1977:1160), AML, är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även på andra sätt skapa en god arbetsmiljö (1 kap 1 § AML). Lagen gäller i varje verksamhet i vilken arbetstagare utför arbete för arbetsgivares räkning. Arbetsmiljöverket har givits rätt att föreskriva mer preciserade bestämmelser om arbetsmiljön.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter om första hjälpen och krisstöd

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

Det finns nu tydligare föreskrifter gällande arbetsgivarens ansvar för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, vilket självklart också gäller insatspersonal, som exempelvis krisstödspersoner. Reglerna återfinns i föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS, 2015:4). Enligt 3 § i dessa föreskrifter är det arbetsgivaren ansvar att föreskrifterna följs, och 2 § anger att föreskrifterna gäller i samtliga verksamheter där arbetstagare utför arbete för arbetsgivares räkning. Det torde innebära att arbetsgivare som har arbetstagare med ytterligare uppgift att vid behov tjänstgöra som krisstödare på annan plats än ordinarie, fortfarande har arbetsmiljöansvaret för sina medarbetare. Enligt 9-11 §§ i samma föreskrifter bör ordinarie chef genom dialog med sina medarbetare få kunskap om den arbetsbelastning som de senare kan exponeras för, särskilt i samband med starkt psykiskt påfrestande insatser. De angivna ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna samt arbetsmiljöföreskrifterna belyser att organisationen för krisstöd också tydligare bör vara kopplad till linjeorganisationen, dels av effektivitetsskäl och dels för att kunna hantera arbetsrelaterad stress.

Lagen om skydd mot olyckor

Lagen om skydd mot olyckor (2003:778), LSO, innehåller bestämmelser om vad staten, kommunerna och enskilda personer ska göra för att undvika olyckor. Kommunernas ansvar har utvidgats till ett samordningsansvar för

olycksförebyggande och skadebegränsande åtgärder (1 kap. 6 § LSO). Kommunen skall arbeta med att förebygga olyckor och ta fram ett handlingsprogram för hur räddningstjänstarbetet ska bedrivas (3 kap 8 § LSO). Det kommunala handlingsprogrammet ska förnyas varje mandatperiod och syftet ska också vara att skapa en samsyn för arbetet med trygghet och säkerhet i kommunen.

Lagen om extraordinära händelser

Lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, LEH, innehåller bestämmelser om kommunens skyldigheter när det gäller bl.a.

- risk- och sårbarhetsanalyser (2 kap 1 § LEH),
- krisledningsnämnd (2 kap. 2 – 6 §§ LEH),
- geografiskt områdesansvar (2 kap. 7 § LEH),
- utbildningar och övningar (2 kap. 8 § LEH)
- kommunens rapporteringsskyldighet vid extraordinära händelser i fred och vid höjd beredskap (2 kap. 9 § LEH).

Lagen innehåller också bestämmelser kring bistånd mellan kommuner och landsting samt stöd till enskilda personer (4 kap. LEH). Bestämmelserna i denna lag ska göra kommunerna och landstingen mindre sårbara i sin verksamhet och ge dem en god förmåga att hantera krissituationer i fred.

Förordningen om extraordinära händelser

Förordningen (2006:637) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser innehåller bestämmelser som ansluter till lagen (2006:544) om kommuners och landstings/regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap och lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap. Förordningen innehåller bestämmelser om planering, rapportering, samordning och kostnadsansvar inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Vidare regleras uppgifter och ersättning i överenskommelser mellan SKL och MSB, där bland annat krisstöd omnämns.

Ansvar för att planera och organisera beredskap

Som tidigare beskrivits finns idag inte någon specifik reglering eller någon uttalad skyldighet för kommunerna att bedriva krisstöd, men att kommunerna kan dock bedriva krisstöd med utgångspunkt i socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Utöver HSL:s allmänna skyldigheter att erbjuda hälso- och sjukvård m.m. återfinns i 5 kap. 12 § SOSFS 2013:22 en skyldighet för landsting att planera för att kunna erbjuda krisstöd till dem som har drabbats av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa som en följd av en allvarlig händelse. Av 5 kap. 5 § I SOSFS 2013:22 framgår att landsting ska planera för att samverka med andra aktörer. I samma föreskrift framgår av 6 kap. 1 § att det i landsting ska

finnas en tjänsteman i beredskap (TiB) med uppgift att initiera och samordna det inledande arbetet för att upptäcka, verifiera, larma och informera vid allvarliga kriser. Ett antal myndigheter är också skyldiga att ha en TiB (Förordning (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap). Denna funktion har också etablerats i många av landets kommuner.

Även enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter (MSBFS 2015:5) om kommuners risk- och sårbarhetsanalys, vilka återfinns redovisade även i SOSFS 2013:22, ska kommunen genomföra en risk- och sårbarhetsanalys. Arbetet ska samordnas och integreras i det arbete som genomförs med annan lagstiftning. Motsvarande regler gäller för landsting enligt MSBs föreskrifter (MSBFS 2015:4 om landstings/regioners risk- och sårbarhetsanalys).

Enligt 6 § i förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap ska länsstyrelser under en kris vid behov samordna verksamhet mellan kommuner, landsting och myndigheter. Av 5 § i denna förordning framgår också att myndigheter ska samverka och stödja varandra vid krissituationer.

Offentlighet och sekretess

Inom den statliga och kommunala förvaltningen råder offentlighetsprincipen enligt tryckfrihetsförordningen. Det innebär bl.a. att allmänheten kan få tillgång till handlingar och uppgifter som finns hos myndigheter. Vissa uppgifter och handlingar är dock av känslig karaktär och skyddas av sekretess. Vilka uppgifter och handlingar som kan skyddas av sekretess beskrivs i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL och offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641), OSF. Inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården gäller sekretess som utgångspunkt för uppgifter om människors personliga förhållanden såvida det inte är uppenbart att det inte föreligger ”men” för personen eller dennes närstående om uppgiften lämnas ut (26 kap. 1 § resp. 25 kap 1 § OSL). Med begreppet ”men” förstås ett personligt obehag av visst mått. Sekretessen omfattar både skriftliga och muntliga uppgifter.

Motsvarande regler för den privata verksamheten återfinns i 6 kap. 12–14 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL som reglerar tystnadsplikt för de privatanställda. För inom socialtjänstens verksamhet gäller för privat verksamhet bestämmelserna i 15 kap. 1 § SoL. Alla som deltar eller har deltagit i en myndighets verksamhet eller i en privat verksamhet med motsvarande regler måste följa sekretessreglerna eller tystnadspliktsreglerna. Det gäller såväl fast anställda och vikarier som uppdragstagare, t.ex. tolkar och översättare. För privat anställda tolkar finns det dessutom en särskild reglerad tystnadsplikt i lagen (1975:689) om tystnadsplikt för vissa tolkar och översättare i händelse av att de anlitas av myndigheter eller motsvarande. Det är den aktuella myndigheten som har ansvar för att anställda och uppdragstagare informeras om att de är underkastade bestämmelser om sekretess och vad dessa innebär. De anställda måste följa sekretessen oavsett om informationen varit skriftlig eller muntlig.

OSL reglerar även sekretess mellan myndigheter och mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet, liksom vilka undantag från sekretessen som gäller.

Ordförklaringar

Akutfas	Den första veckan efter en allvarlig händelse
Allvarlig händelse *	Händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt. <i>Kommentar:</i> Allvarlig händelse används här som ett samlingsbegrepp inom hälso- och sjukvård, hälsoskydd, smittskydd och socialtjänst för olika typer av händelser, inklusive risk för eller hot om sådana.
Närstående	Person som den enskilde anser sig ha en nära relation till
Arousal, hyperarousal	Symtom på överaktivitet i centrala nervsystemet efter traumatiska händelser, t.ex. lättskrämdhet, rastlöshet, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter, irritabilitet.
Avlastningssamtal *	(Inom katastrofmedicinsk beredskap:) Kortare gruppgenomgång av upplevelser direkt efter en kritisk händelse.
Avsked	Avsked av avliden
Dissociation	Symtom som kan uppkomma efter ett trauma som bland annat innebär att den drabbade erfar omgivningen som överklig, att de inte är sig själva, eller att de upplever sig vara någon annanstans.
Drabbad *	Person som varit utsatt för en traumatisk upplevelse.
Hyperarousal	Se arousal.
Insatspersonal	Sammanfattande benämning på yrkesverksamma inom polis, räddningstjänst samt hälso- och sjukvård, som genomför räddningstjänst-, polis eller sjukvårdsinsatser vid en allvarlig händelse.
Kamratstöd	Sammanfattande benämning på medmänskliga verbala och ickeverbala stödinsatser, från arbetskamrater, kolleger och chefer.
Katastrof *	Allvarlig händelse där de tillgängliga resurserna är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav inte kan upprätthållas trots lämpliga åtgärder.

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

Katastrofmedicin	Kunskapsområde som rör de totala medicinska (somatiska och psykiska) konsekvenserna av en definierad svår händelse.
Katastrofpsykiatri	Kunskapsområde som rör de psykotraumatologiska konsekvenserna av en definierad svår upplevelse.
Katastrofpsykologi	Kunskapsområde som rör de normalpsykologiska konsekvenserna av en definierad svår upplevelse.
Krisstöd	Grundläggande medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd efter en svår upplevelse.
Krisintervention	Systematiskt psykologiskt stöd eller bearbetning med hjälp av psykologiska metoder efter en svår upplevelse.
Långtidsfas	Tidsperioden efter akut- och mellanfasen efter en svår upplevelse, dvs. 1 månad eller mera efter händelsen, då de långsiktiga verkningarna blir tydliga och behöver åtgärdas.
Mellanfas	Tidsperioden efter akutfasen i en svår upplevelse, dvs. 1-4 veckor efter händelsen, då omfattningen och konsekvenserna av händelsen börjar bli tydliga och behöver åtgärdas.
PKL-grupp*	Krisledningsgrupp inom landstinget som är avsedd att leda och samordna det psykiatriska och psykosociala omhändertagandet av drabbade, anhöriga och personal vid allvarlig händelse.
POSOM-grupp*	Grupp som verkar inom kommunen och som är avsedd att leda och samordna det psykologiska och sociala omhändertagandet av drabbade, anhöriga och personal vid allvarlig händelse.
Posttraumatiskt stressyndrom	Psykiatrisk diagnos av symptombild för psykiska besvär orsakade av en traumatisk händelse.
Potentiellt traumatisk händelse (eng. potentially traumatic event, PTE)	Svåra upplevelser leder inte automatiskt till att alla som exponeras drabbas av posttraumatiskt stressyndrom. Av den anledningen är ”potentiellt traumatisk händelse” en lämpligare benämning.
Primärvård*	Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning av sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Primärvården kräver inte sjukhusens medicinska och tekniska resurser.
Psykiskt trauma	Svår upplevelse som inträffar oförberett eller är för omfattande för att omedelbart kunna förstås eller bearbetas.
Psykoedukation	

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

	Psykoedukation avser riktad information till personer med psykiska eller sociala problem, vanligen också till deras familjer, om problemens natur. Kan också gälla problem och svårigheter i samband med olyckshändelse och allvarlig sjukdom.
Psykologisk första hjälp	Ett anpassat, icke påträngande sätt, att tidigt möta drabbade efter en svår upplevelse.
Psykologisk debriefing	Systematisk genomgång i grupp eller individuellt av intryck och reaktioner, 1-3 dygn efter en kritisk händelse
Psykotraumatologi	Kunskapen om det psykiska traumats effekt på människan ur ett helhetsperspektiv: biologiskt, psykologiskt, socialt och existentiellt.
Screening	Systematisk undersökning av en population för att identifiera individer som är omedvetna om att de har ohälsa eller är i riskzonen för att utveckla ohälsa
Sekundär traumatisering	När personal utvecklar tecken på traumatisering som ett resultat av svåra intryck i samband med arbetet med svåra händelser eller traumatiserade individer.
Självhjälpsgrupp	Grupp av drabbade som stöder varandra efter en svår upplevelse.
Skadeplats* Sorgegrupp	Plats där skadehändelse har inträffat. Grupp som bedriver systematiskt och ofta strukturerat stöd i mindre grupper för nära närstående till avlidna eller omkomna.
Spänningsreduktion	Fysiska, farmakologiska eller psykologiska insatser för att reducera kroppslig och psykisk spänning.
Stressvaccinering	Systematiserad psykologisk förberedelse för att möta extremt svåra situationer inom ramen för det egna yrkesansvaret.
Stödcentrum	En mottagning där drabbade kan få krisstöd och hänvisning till samhällets övriga stödinstitutioner.
Krisstöds-mottagning	Mottagning för oskadade drabbade och närstående efter en allvarlig händelse.
Tjänsteman i beredskap* (TiB)	Person i beredskap som kan ta emot larm vid en allvarlig händelse.
Återtraumatisering (re-traumatisering)	Återuppväckande av obearbetade minnen från en specifik händelse, som leder till en förvärrad eller förnyad psykisk symptomatologi.
Uppföljningssamtal	Strukturerad uppföljning i grupp efter en svår insats.

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

Referenser

1. Arnberg FK, Johannesson KB, Michel P-O. Prevalence and duration of PTSD in survivors six years after a natural disaster. *J Anxiety Disord.* 2013;27(3):347-52.
2. Johannesson KB, Arinell H, Arnberg FK. Six years after the wave. Trajectories of posttraumatic stress following a natural disaster. *J Anxiety Disord.* 2015;36:15-24.
3. Bergh Johannesson K, Michel PO, Arnberg F, Lundin T, Schulman A, Hultman C. Uppföljning av svenska resenärer efter tsunamin 2004. Uppsala: Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri; 2006. <http://www.katastrofpsykiatri.uu.se/tsunamirapport.pdf>
4. Smeets E, de Ruijter A. Community-based interventions working draft. Amsterdam: Impact—Dutch knowledge and advice centre for post-disaster psychosocial care; 2006.
5. Weisæth L, Mehlum L, editors. Människor, trauman och kriser. Stockholm: Natur & Kultur; 1997.
6. Michel P-O, Lundin T, Johannesson KB, Nilsson D, Arnberg F. Psykotraumatologi. 3 ed. Lund: Studentlitteratur; 2018.
7. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748-66.
8. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129(1):52-73.
9. Bonanno GA, Diminich ED. Annual Research Review: Positive adjustment to adversity--trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54(4):378-401.
10. Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Soc Sci Med.* 2009;68(12):2190-8.
11. Ursano RJ, Fullerton CS, Weisæth L, Raphael B. Textbook of disaster psychiatry. Second edition. ed. Cambridge, United Kingdom ; New York, NY: Cambridge University Press; 2017. xiii, 351 pages p.
12. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol.* 2004;59(1):20-8.
13. Cullberg J. Kris och utveckling. 2 ed. Stockholm: Natur och kultur; 1975.
14. Kastenmüller A, Greitemeyer T, Epp D, Frey D, Fischer P. Posttraumatic growth: why do people grow from their trauma? *Anxiety Stress Coping.* 2011:1-13.
15. Holgersen KH, Boe HJ, Holen A. Long-term perspectives on posttraumatic growth in disaster survivors. *J Trauma Stress.* 2010;23(3):413-6.

16. Michélsen H, Therup-Svedenlöf C, Backheden M, Schulman A. Posttraumatic growth and depreciation six years after the 2004 tsunami. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(1):1302691.
17. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol*. 1990;2(4):425-44.
18. Schaap I, van Galen F, de Ruijter A, Smeets E. Resilience, the article2006. Available from: www.impact-kenniscentrum.nl.
19. Inter-Agency Standing Committee (IASC) Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Recommendations for Conducting Ethical Mental Health and Psychosocial Research in Emergency Settings. IASC; 2014. <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>
20. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. *Psykologisk första hjälp: Handbok för stödpersoner*. Genève: WHO; 2011. <http://katastrofpsykiatri.uu.se>
21. Juen B, Warger R, Nindl S, Siller H, Lindenthal MJ, Huttner E, et al. The comprehensive guideline on mental health and psychosocial support (MHPSS) in disaster settings. OPSIC: Operationalising Psychosocial Support in Crisis; 2016. <https://www.uibk.ac.at/psychologie/fachbereiche/psychotraumatologie/resources/opsic-mhpss-comprehensive-guideline-june-2016.pdf>
22. Seynaeve GJR. Psycho-social support in situations of mass emergency. A European Policy Paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters. Bryssel: Ministry of Public Health; 2001.
23. Broberg AG, Dyregrov A, Lilled L. The Göteborg discotheque fire: Posttraumatic stress, and school adjustment as reported by the primary victims 18 months later. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(12):1279-86.
24. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*. 2007;70(4):283-315.
25. Everly GS, Jr., Lating JM, Sherman MF, Goncher I. The Potential Efficacy of Psychological First Aid on Self-Reported Anxiety and Mood: A Pilot Study. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(3):233-5.
26. Shultz JM, Forbes D. Psychological First Aid: Rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster Health*. 2014;2(1):3-12.
27. European Society for Traumatic Stress Studies. The European Network for Traumatic Stress 2012 [Available from: <http://katastrofpsykiatri.uu.se/rad-och-behandling/tents-riktlinjer/>].
28. Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: IASC; 2007 [Available from:]

- <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>.
29. European Network for Psychosocial Crisis Management: Assisting Disabled in case of Disaster. 2017 [Available from: <http://eunad-info.eu>].
 30. Bisson JI, Brayne M, Ochberg FM, Everly GS, Jr. Early psychosocial intervention following traumatic events. *Am J Psychiatry*. 2007;164(7):1016-9.
 31. Sijbrandij M, Kleiboer A, Bisson JI, Barbui C, Cuijpers P. Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(5):413-21.
 32. Mouthaan J, Sijbrandij M, de Vries GJ, Reitsma JB, van de Schoot R, Goslings JC, et al. Internet-based early intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injury patients: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2013;15(8):e165.
 33. Iyadurai L, Blackwell SE, Meiser-Stedman R, Watson PC, Bonsall MB, Geddes JR, et al. Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: a proof-of-concept randomized controlled trial. *Mol Psychiatry*. 2018;23(3):674-82.
 34. Arbetsgruppen för krisstöd. Regional plan för krisstöd till drabbade. Samverkan Östergötland; 2018. <http://www.samverkan-ostergotland.se>
 35. Bodin A, Jansson S, Britton Long R, Ekström A, Källander K, Rosling H, et al. Rapport till tsunami-katastrofkommissionen från Volontärstudien. Folkhälsovetenskap, Karlstads universitet; Avdelningen för Internationell Hälsa, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet; 2005.
 36. Civilförsvarsförbundet. 30-minutersmetoden: Så organiserar du frivilliga i en kris- och katastrofsituation 2003 [Available from: www.civil.se].
 37. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books; 1964.
 38. Hart D, Ørner R. New values in reconstructing early interventions after trauma. *ISTSS Traumatic Stress Points*. 2005;19(2).
 39. Fullerton CS, Ursano RJ, Kao TC, Bhartiya VR. The Chemical and Biological Warfare Environment: Psychological Responses and Social Supports in a High-Stress Environment. *J Appl Soc Psychol*. 1992;22(20):1608-24.
 40. National Institute for Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care London, UK: National Institute for Clinical Excellence 2005.
 41. Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, et al. Psychological First Aid: Field Operations Guide. 2nd ed. Los Angeles, CA: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD; 2006.

42. Michel P-O, Bergh Johannesson K, Lundin T. Psykologisk första hjälp i samband med katastrofer och olyckor. *Läkartidningen*. 2006;103(39):2855-6.
43. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid: guide for field workers. Genève: WHO; 2011. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44615>
44. Nash WP, Watson PJ. Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev*. 2012;49(5):637-48.
45. North CS, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters: a systematic review. *JAMA*. 2013;310(5):507-18.
46. Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, et al. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PloS one*. 2013;8(4):e59236.
47. Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, editors. Handbook of PTSD: Science and practice. 3 ed. New York: Guilford Press; 2014.
48. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;43:128-41.
49. Cipriani A, Williams T, Nikolakopoulou A, Salanti G, Chaimani A, Ipser J, et al. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med*. 2017:1-10.
50. Mancini AD, Griffin P, Bonanno GA. Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Current opinion in psychiatry*. 2012;25(1):46-51.
51. Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(1):69-78.
52. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007;36(2):253-9.
53. Bergman A, Hanson E. Barn som är anhöriga när en förälder avlider: En kunskapsöversikt om effekt av metoder för stöd till barn. Nationellt kompetenscentrum anhöriga; 2014. Rapport nr.: 2014:1. <http://www.anhoriga.se/>
54. Boelen PA, Smid GE. Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ*. 2017;357:j2016.
55. Shear MK, Boelen PA, Neimeyer RA. Treating complicated grief: converging approaches. In: Neimeyer RA, Harris DL, Winokuer HR, Thornton GF, editors. *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice*. New York: Routledge; 2011. p. 139-62.
56. van Denderen M, de Keijser J, Stewart R, Boelen PA. Treating complicated grief and posttraumatic stress in homicidally bereaved

- individuals: A randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother.* 2018.
57. Quarantelli EL, editor. *What is a Disaster? Perspectives on the Question.* London: Routledge; 1998.
 58. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. "Och aldrig mötas de två?" Om möjligheter och utmaningar i samspelet mellan krishanterare och medborgare. MSB; 2016. Rapport nr.: MSB964.
 59. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Stöd och information till drabbade och närstående – vid en katastrof utomlands. MSB; 2017. Rapport nr.: MSB831.
 60. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. *Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar.* MSB; 2017. Rapport nr.: MSB777.
 61. Brewin CR, Scragg P, Robertson M, Thompson M, d'Ardenne P, Ehlers A. Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *J Trauma Stress.* 2008;21(1):3-8.
 62. O'Donnell ML, Lau W, Tipping S, Holmes AC, Ellen S, Judson R, et al. Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury. *J Trauma Stress.* 2012;25(2):125-33.
 63. Watson P, Gibson L, Ruzek J. Public mental health interventions following disasters and mass violence. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, editors. *Handbook of PTSD: Science and practice.* 2 ed. New York: Guilford Press; 2015. p. 607-27.
 64. Michel P-O, Sylvan A. *Husraset vid bröllopsfesten i Jerusalem 2001.* KAMEDO-rapport 85. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Rapport nr.: 2005-123-2.
 65. Alvinus A, Wilde Larsson B, Larsson G. *Managing Boundaries in Integrated Care: A Qualitative Study of Collaboration between Municipalities and County Councils in Sweden.* *Int J Org Theory Behav.* 2016;19(2):139-65.
 66. Hjemdal O. *Fastlegens oppfølging av de berørte etter tsunamin.* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2007. Rapport nr.: 1:2007.
 67. Johannesson KB, Öster C. *Erfarenheter, reaktioner och samhällets stöd efter skogsbranden i Västmanland 2014: En uppföljning av drabbade.* Uppsala: Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri (KcKP); 2015. www.katastrofpsykiatri.uu.se
 68. *Samverkan Stockholmsregionen.* 2018 [Available from: <http://www.samverkanstockholmsregionen.se/>].
 69. *Regionala rådet för krisberedskap och skydd mot olyckor. Strategi för samverkan i Östergötlands län före, under och efter samhällsstörningar.* Samverkan Östergötland; 2017. <http://www.samverkan-ostergotland.se>
 70. Svensson A, Westberg G, Jenny, Lundgren L, Rupla M, Dreifaldt M. *Regional handbok POSOM och PKL Västmanland.* Västra Mälardalens kommunförbund; 2016. <http://www.vmkfb.se>

71. Stockholms läns landsting. Utvärdering av Stockholms läns landstings samlade insatser i samband med attentatet den 7 april 2017. Stockholm: SLL; 2017. Rapport nr.: LS 2017-0649.
72. Nash W, Westphal R, Watson P, Litz BT. *Combat and Operational Stress First Aid: Caregiver Training Manual*. Washington, DC: U.S. Navy, Bureau of Medicine and Surgery; 2010.
73. Watson P, Taylor V, Gist R, Elvander E, Leto F, Martin B, et al. *Stress First Aid for Firefighters and Emergency Medical Services Personnel*. The National Fallen Firefighters Foundation and National Center for PTSD, Department of Veterans Affairs; 2013.
<http://katastrofpsykiatri.uu.se/rad-och-behandling/krisstod-till-insatspersonal/>
74. Southwick S, Charney D. *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. New York: Cambridge University Press; 2012.
75. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5(1):25338.
76. Meichenbaum DH, Deffenbacher JL. Stress inoculation training. *Couns Psychol*. 1988;16(1):69-90.
77. Burke KJ. Well-being in protective services personnel: Organisational influences. *Australas J Disast Trauma Stud*. 2006.
78. Booth-Kewley S, Schmied EA, Highfill-McRoy RM, Larson GE, Garland CF, Ziajko LA. Predictors of psychiatric disorders in combat veterans. *BMC psychiatry*. 2013;13(1):130.
79. Jones N, Seddon R, Fear NT, McAllister P, Wessely S, Greenberg N. Leadership, cohesion, morale, and the mental health of UK Armed Forces in Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2012;75(1):49-59.
80. Larsson G, Johansson A, Jansson T, Grönlund G. Ledarskap under akut stress: En kvalitativ svensk-norsk intervjustudie. In: Larsson G, editor. *Ledarskap under stress*. Karlstad: Försvarshögskolan Acta D3; 1999. p. 13-33.
81. Sjöberg M, Wallenius C, Larsson G. Leadership in complex, stressful rescue operations: a qualitative study. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*. 2006;15(4):576-84.
82. Nilsson H, Kristiansson T. *Katastrofmedicinsk beredskap: Att leda sjukvård på ett särskilt sätt*. Lund: Studentlitteratur; 2015.
83. Larsson G, Berglund AK, Ohlsson A. Daily hassles, their antecedents and outcomes among professional first responders: A systematic literature review. *Scand J Psychol*. 2016;57(4):359-67.
84. Michel PO. *Modernt krisstöd: Utveckling baserad på internationell litteratur*. 2014.
<http://www.neuro.uu.se/forskning/katastrofpsykiatri/rad-och-behandling/krisstod/>
85. Creamer MC, Varker T, Bisson J, Darte K, Greenberg N, Lau W, et al. Guidelines for peer support in high-risk organizations: An international consensus study using the delphi method. *J Trauma Stress*. 2012;25(2):134-41.

86. Villado AJ, Arthur Jr W. The comparative effect of subjective and objective after-action reviews on team performance on a complex task. *J Appl Psychol.* 2013;98(3):514-28.
87. Michel P-O, Larsson G, Scherp H-Å. Från gemensamt görande till gemensamt lärande – En kunskapssammanställning utifrån perspektivet After Action Review. MSB; 2016. Rapport nr.: MSB981.
88. Överstyrelsen för Civil Beredskap (Krisberedskapsmyndigheten). Trossamfundens medverkan i krishantering. Stockholm: Krisberedskapsmyndigheten; 2004. Rapport nr.: 2004:1.
89. Försvarsberedningen. Motståndskraft: Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025. Försvarsdepartementet; 2017. Rapport nr.: Ds 2017:66.
90. Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry.* 2017;16(2):130-9.

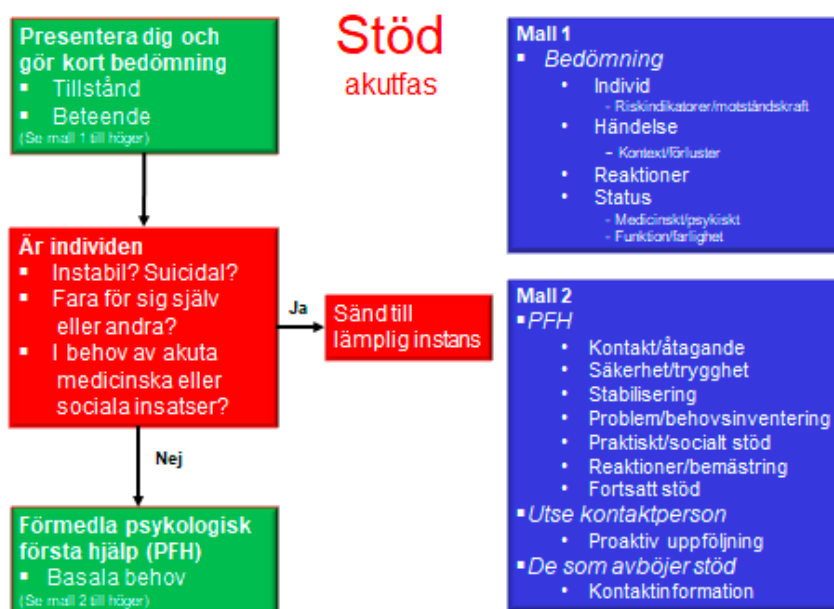
Bilaga 1

Algoritmer för stöd, uppföljning, bedömning och behandling

Dessa figurer är hämtade från *Modernt Krisstöd* [84] och kan användas som exempel på hur krisstöd kan genomföras vid olika tidpunkter.

Stöd i akutfas

Denna algoritm är ett exempel på hur krisstöd i akutfas kan struktureras och omfattar initial bedömning och psykologisk första hjälp.

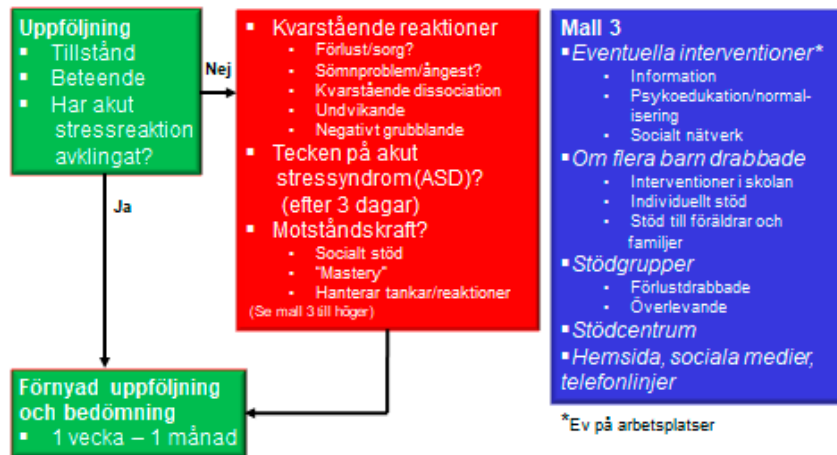


Den första uppföljningen

Den följande algoritmen omfattar den första uppföljningen inom 1-3 dagar eller under första veckan efter händelsen. Den handlar om de eventuella åtgärder som sker genom landstings eller kommuners krisstödsorganisationer.

Uppföljning

akutfas: 1-3 dagar - första veckan

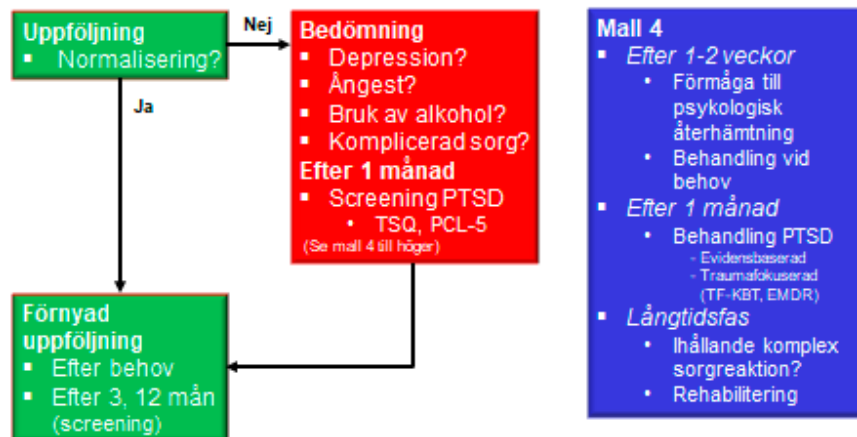


Bedömning och behandling

Den tredje och sista algoritmen avser bedömning, behandling och eventuell rehabilitering över tid.

Bedömning, behandling

mellanfas: 1 vecka - 1 månad; långtidsfas



Bilaga 2

Denna bilaga innehåller två exempel på screeningformulär. Kontakta Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri för mera information eller andra versioner.

PTSD Checklist för DSM-5 (PCL-5)

INSTRUKTIONER: Nedan är en lista på problem och besvär som människor ibland kan få som en reaktion på en mycket stressande upplevelse. Var vänlig läs varje påstående noga och markera sedan med en cirkel runt en av siffrorna till höger hur mycket du har besvärats av detta problem under den senaste månaden.

Under den senaste månaden, hur mycket har du besvärats av:		Inte alls	Lite grann	Måttligt	Ganska mycket	Extremt
1	Återkommande, störande och ofrivilliga minnen av den stressande upplevelsen?	0	1	2	3	4
2	Återkommande störande drömmar om den stressande upplevelsen?	0	1	2	3	4
3	Att plötsligt känna eller agera som om den stressande upplevelsen faktiskt händer igen (som om du faktiskt var tillbaka där och återupplevde den)?	0	1	2	3	4
4	Att bli mycket upprörd när något påminde dig om den stressande upplevelsen?	0	1	2	3	4
5	Starka fysiska reaktioner när något påminde dig om den stressande upplevelsen (t.ex. hjärtklappning, svårt att andas, svettas)?	0	1	2	3	4
6	Att undvika minnen, tankar eller känslor förknippade med den stressande upplevelsen?	0	1	2	3	4
7	Att undvika sådant i din omgivning som påmint dig om den stressande upplevelsen (t.ex. personer, platser, samtal, aktiviteter, föremål eller situationer)?	0	1	2	3	4
8	Svårigheter att minnas viktiga delar av den stressande upplevelsen?	0	1	2	3	4
9	Att ha starka negativa uppfattningar om dig själv, om andra eller om världen (t.ex. haft sådana tankar som att: jag är dålig, det är något allvarigt fel på mig, det går inte att lita på någon, allt i hela världen är farligt)?	0	1	2	3	4
10	Att beskylla dig själv eller någon annan för den stressande upplevelsen eller det som hände efteråt?	0	1	2	3	4
11	Starka negativa känslor som rädsla, skräck, ilska, skuld eller skam?	0	1	2	3	4
12	Att du har förlorat intresset för aktiviteter som du brukade tycka om?	0	1	2	3	4
13	Att känna distans till eller känna dig avskuren från andra människor?	0	1	2	3	4
14	Svårigheter att uppleva positiva känslor (t.ex. oförmåga att känna glädje eller varma känslor för människor som står nära dig)?	0	1	2	3	4
15	Att vara lättirriterad, få vredesutbrott, eller agera aggressivt?	0	1	2	3	4

Under den senaste månaden, hur mycket har du besvärats av:		Inte alls	Life grann	Måttligt	Ganska mycket	Extremt
16	Att ta för mycket risker eller att göra sådant som kunnat skada dig?	0	1	2	3	4
17	Att vara "hyperalert", vaksam eller på din vakt	0	1	2	3	4
18	Att känna dig nervös eller lättskräm?	0	1	2	3	4
19	Svårigheter med att koncentrera dig?	0	1	2	3	4
20	Problem att somna eller sova utan avbrott?	0	1	2	3	4

PCL-5 rättning och tolkning

PCL är ett självskattningsformulär för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) med 20 påståenden, ett för varje PTSD-symtom i DSM-5. Respondenten bedömer för varje påstående hur mycket de besvärats den senaste månaden.

Varje item skattas på en femgradig skala, från *inte alls* (0) till *väldigt mycket* (4). PCL-5 har förändrats från tidigare PCL-versioner och poäng kan inte direkt jämföras mellan nuvarande och tidigare versioner.

Det finns en version av PCL-5, men PCL-5 förekommer med eller utan ett eller två försättsblad som utgörs av Life Event Checklist, där respondenterna specificerar en indexhändelse som de utgår från i skattningen av sina besvär.

Poängsättning

PCL kan poängsättas på flera olika sätt. En totalpoäng (0–80 poäng) kan fås genom att summera poängen för alla påståenden. Ett annat sätt är att följa DSM-5 symtomgrupperna genom att beräkna om respondenten har skattat minst *måttligt* på tillräckligt antal symtom för varje symtomgrupp enligt specifikationer i DSM.

Gränsvärden för sannolik PTSD-diagnos har utvärderats i några studier, men studierna har visat stora skillnader i vilket gränsvärde som ger bäst diskriminativ förmåga, dvs. bäst skiljer ut de som uppfyller diagnosen PTSD enligt en noggrann strukturerad intervju. Preliminära resultat finns från en pågående svensk studie vid Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri. I en grupp av 211 individer, där 28 % hade PTSD enligt en strukturerad diagnostisk intervju (CAPS-5) var 30 poäng eller högre det bästa gränsvärdet, med en sensitivitet på 80 % och specificitet på 82 %.

Rättigheter

Författare/skapare: Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*.

Svensk översättning: Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri. Arnberg, Bergh Johannesson, Michel, 2014. Godkänd av upphovsmakarna april 2014.

Inte förlagsutgivet. Ingen copyright, fritt att använda. Ingen kostnad. Original tillgängligt från the National Center for PTSD, www.ptsd.va.gov

Acute Stress Checklist for children (ASC-Kids)

Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i fälten i formuläret. Markera om du är förälder eller lärare till barnet.

Vi skulle vilja veta hur du tänkt, känt och reagerat efter: _____

Det finns inga svar som är rätt eller fel, bara hur du tänker och känner.

Sätt ett X i den ruta som visar hur väl var och en av de här meningarna stämmer för dig.

Till exempel om du känner dig ganska trött på morgonen eller om du känner dig trött på morgonen ibland, sätter du ett X i mittersta rutan.	Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
Exempel: Jag känner mig sömnig på morgonen	0	1 X	2
Under tiden det hände:	Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
1 Det var verkligen en chock, hemskt eller fruktansvärt.	0	1	2
2 Jag vill stoppa det, men jag kunde inte.	0	1	2
3 Jag kände mig verkligen rädd.	0	1	2
4 Jag trodde att jag skulle dö.	0	1	2
Under tiden det hände (eller efter):	Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
5 Jag hade inga känslor - Jag kunde inte vara upprörd, ledsen eller glad.	0	1	2
6 Saker verkade överkliga för mig -som om jag var i en dröm eller såg en film.	0	1	2
7 Jag kände mig dimmig -som om jag inte visste vad som hände.	0	1	2
8 Jag kände mig annorlunda och långt borta från andra människor, även om andra var med mig.	0	1	2
Nu:	Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
9 Jag kan inte komma ihåg vissa viktiga delar av vad som hände.	0	1	2
10 Bilder eller ljud från det som hände dyker upp i mitt huvud.	0	1	2
11 Jag kan inte sluta tänka på det.	0	1	2
12 Ibland verkar det som att det händer på nytt om igen.	0	1	2
13 När någonting påminner mig om det som hände, känner jag mig väldigt upprörd.	0	1	2
14 Efter att detta hände har jag haft fler mardrömmar.	0	1	2
15 Jag försöker att inte tänka på det som hände.	0	1	2
16 Jag försöker att inte tala om det.	0	1	2
17 Jag vill undvika saker som påminner mig om det som hände.	0	1	2
18 Jag försöker stoppa mina känslor om det.	0	1	2
19 Det är svårt för mig att somna in eller sova gott.	0	1	2
20 Efter att det här hände blir jag lättare arg eller irriterad.	0	1	2
21 Jag har svårare att koncentrera mig eller vara uppmärksam.	0	1	2
22 Jag känner mig rädd för att något dåligt kan hända.	0	1	2
23 Ett plötsligt ljud får mig att rycka till.	0	1	2
Avsluta varje mening. Välj de ord som stämmer för dig och markera med ett X.			
24 Mina tankar eller känslor om det som hände...	0 stör mig inte alls. 1 stör mig lite. 2 stör mig mycket.		

25	Sedan det här hände, är det... att komma överens med vänner eller familj.	0 lättare för mig 1 likadant som förut 2 svårare		
Nu:		Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
26	Jag har svårt att komma tillbaka till att göra vanliga saker (aktiviteter, skola, idrotter).	0	1	2
27	Mina föräldrar eller andra familjemedlemmar har verkligen varit upprörda (ledsna, rädda eller arga) sedan det här hände.	0	1	2
28	Jag har närstående (mina föräldrar, familj eller vänner som verkligen förstår hur jag känner.	0	1	2
29	Om jag blir ledsen eller upprörd, vet jag hur jag kan hjälpa mig själv att må bättre.	0	1	2

ASC-Kids tolkning

Beskrivning av ursprungligt syfte med instrumentet

Bedömning av akut traumatisk stress under den första månaden efter en potentiellt traumatiserande händelse. Utgår från kriterierna för akut stressyndrom enligt DSM-IV. Självskattningsformulär med 29 frågor. De flesta besvaras på en Likertskala med Aldrig/Inte alls, Ibland/Något och Ofta/Mycket.

Resultatet ger både en indikation på om kriterierna för diagnosen är uppfyllda eller ej och en poäng som indikerar allvarlighetsgrad hos symtomen.

Krav på utbildning för användare: Inga formella krav.

Målpopulation: 8-17 år. För barn under 10 år rekommenderas att frågorna läses högt.

Antal items/Administreringstid: 29 frågor som tar 5 minuter att besvara.

Psykometriska egenskaper

Reliabilitet: God. Test-retest $r=0.76-0.83$. Cronbachs $\alpha=0.85-0.86$.

Validitet: God. Korrelerar med PTSD symptom scale ($r=0.77$) och med PTSD-symtom fyra månader senare ($r=0.61$).

Normer/Svenska normer: Inga svenska normer. Svensk validering pågår. Det finns ingen manual, utvärdering av testet beskrivs i Kassam-Adams (2006).

Cut-off värden: Uppgift saknas

Rättigheter

Författare/skapare: Nancy Kassam-Adams, Children's Hospital of Philadelphia, 2006.

Översättning till svenska av D. Nilsson., C. Nordenstam och B. Söderström, 2008, med tillstånd från författarna.

Inte förlagsutgivet. Ingen copyright, fritt att använda. Ingen kostnad. Amerikanska formuläret är tillgängligt för medlemmar i ISTSS på www.istss.org.

Referenser

Kassam-Adams, N. (2006). The Acute Stress Checklist for children (ASC-Kids): Development of a self-report measure. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 129-139.