
REGIONAL PSYKOLOGISK OCH SOCIAL KRISBEREDSKAP

RAPPORT 1

Kartläggning av den psykologiska och sociala beredskapen i Stockholms län



FÖRFATTARE

ABBE SCHULMAN

Med dc överläkare

Regionalt kunskapscentrum Kris- & Katastrofpsykologi, SLL
Stockholms läns sjukvårdsområde

MONIKA SCOTT NÄSLUND

Leg psykolog

Regionalt kunskapscentrum Kris- & Katastrofpsykologi SLL
Stockholms läns sjukvårdsområde

BENGT ANDRÉE

Med dc överläkare och leg psykoterapeut

Regionalt kunskapscentrum Kris- & Katastrofpsykologi SLL
Stockholms läns sjukvårdsområde

Regionalt kunskapscentrum Kris- & Katastrofpsykologi SLL

Är Stockholms läns landstings kunskapscentrum och ingår i Verksamhetsstöd patientsäkerhet, Stockholms läns sjukvårdsområde som resurs för akutsjukvården, primärvården och psykiatri vid gällande undervisning, utveckling- och utvärdering samt forskning inom det kris- och katastrofpsykologiska området.

Har som ett av sina uppdrag att vidmakthålla och utveckla den katastrofpsykologiska beredskapen inom Stockholms läns landsting. Är expertfunktion till EKMB, Enheten för katastrofmedicinsk beredskap inom Stockholms läns landsting och ingår i den regionala katastrofmedicinska ledningen vid allvariga händelser.

Aktuella forsknings- och utvecklingsprojekt handlar om utvärdering av stödsatser efter stora olyckor och katastrofer samt psykiska och somatiska reaktioner vid allvariga händelser.

För närvarande är personer knutna till centrumet med specialitet inom psykotraumatologi, klinisk psykologi, vuxen- samt barn- och ungdomspsykiatri.



**Regional psykologisk och social krisberedskap
- ett samverkansprojekt om ledning och ansvar för psykologiskt och socialt
stöd vid kriser, extraordinära händelser och katastrofer**

Rapport 1

Kartläggning av den psykologiska och sociala beredskapen Stockholms län

Abbe Schulman Monika Scott Näslund Bengt Andrée

Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL
Verksamhetsstöd patientsäkerhet, SLSO
Alfred Nobels allé 12
141 83 Huddinge

Rapport: 2016: 1
Tryckeri: EO Tryckeri
ISSN: 1653-9877
ISBN: 978-91-976626-7-3

Innehållsförteckning

Förord	5
Sammanfattning	8
Rekommendationer	12
Foreword, Summary and Recommendations	17
Inledning	29
Mål och syfte	33
Bakgrund	34
Konsekvenser av allvarliga händelser.....	34
Psykologiskt och socialt stöd	35
Olika former av stöd.....	38
Akuta psykologiska och sociala stödinsatser.....	39
Stödinsatser för att underlätta återhämtning.....	40
Verksamheter inom landsting och kommuner med ansvar för psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser.....	41
Landstinget.....	41
Kommuner.....	42
Behov av samverkan för psykologiskt och socialt stöd	43
Lagar och förordningar	46
Lagar, föreskrifter och vägledningar av betydelse för psykologiskt och socialt stöd.....	47
Material och metod	51
Resultat	56
Krisplaner och händelser som de är till för	56

Implementering och synkronisering av krisplanen	61
Larmvägar och krisledning.....	64
Psykologiskt och socialt stöd	69
Privata entreprenader	77
Förutsättningar för samverkan.....	80
Samverkan	84
Samverkan vid allvarlig händelse	86
Begränsande faktorer vid samverkan.....	92
Farhågor inför framtiden.....	96
Diskussion	105
Kris och katastrofplanering	106
Förankring och synkronisering av krisplaner	109
Larmvägar och krisledning	112
Psykologiskt och socialt stöd – tillgängliga personalresurser	113
Samverkan.....	114
Hinder för samverkan kring psykologiskt och socialt stöd	116
Farhågor inför framtiden	122
Referenser.....	123
Bilaga 1. Projektdirektiv	133
Bilaga 2. Intervjuguide	143
Bilaga 3. Samverkansstegar	150
Bilaga 4. Begrepp och förkortningar	168

Förord

Denna rapport är den första av två rapporter som beskriver ett samverkansprojekt mellan Stockholm läns landsting, länsstyrelsen, länets kommuner, polisen, trossamfund och frivilligorganisationer där avsikten var att öka förmågan i länet att ge ett samlat psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse. Projektet bestod av tre delar: en kartläggning av den psykologiska krisberedskapen i länet, framtagandet av ett underlag till en regional handlingsplan för psykologiskt och socialt stöd samt en lärandeövning under vilken handlingsplanen användes. De två senare delarna beskrivs i den andra rapporten.

Intresset för att delta i utvecklingsprojekts samtliga delmoment var stort i Stockholms län. De som blev intervjuade bidrog frikostigt med information om hur man organiserat det psykologiska och sociala stödet och hur man inom den egna organisationen förberett sig för en allvarlig händelse.

Det framkom i intervjuerna att det inom de olika berörda organisationerna fanns kunskap men också brister vad gällde psykologiskt och socialt stöd. Man uttryckte genomgående stort intresse för ökad samverkan mellan samtliga berörda organisationer så att de som drabbas av händelsen ska få ett adekvat och samordnat psykologiskt och socialt stöd.

Rapporten beskriver den psykologiska krisberedskapen då intervjuerna genomfördes d.v.s. under åren 2013 - 2014. Vi har i denna sammanställning utgått från det som de intervjuade rapporterat och vi har tagit del av de kris- och katastrofplaner som var aktuella vid tidpunkten för intervjuerna. Vi känner till att det under åren 2014 och 2015 på flera håll gjorts revideringar av planerna, men vi har endast i begränsad omfattning beaktat dessa i denna rapport. Våra erfarenheter från andra projekt, där vi kartlagt en aktuell situation genom intervjuer på ledningsnivå, är att intervjuerna ofta leder till förändringar i organisationernas handlingsplaner och arbetssätt.

Med anledning av den variation som förelåg gällande begrepp och benämning av framtagna planer för psykologiska och sociala stödsinsatser vid allvarliga händelser (krisplaner, krishanteringsplaner, katastrofplaner, katastrofmedicinska planer etc.) inom kommuner och landsting används i rapporten huvudsakligen "krisplaner" som gemensam term för kris - och katastrofplaner.

I enlighet med projektets syften och målsättning utgör fokus i denna rapport en sammanställning av faktorer som kan försvåra samverkan och leda till att stödsinsatserna inte uppnår önskvärd effekt. En sådan granskning kan lätt uppfattas som kritisk. Givetvis kan mycket göras annorlunda, men detta förutsätter att berörda organisationer är beredda att dela med sig av egna förutsättningar och svårigheter, vilket de intervjuade har gjort.

Det är vår förhoppning att olika aktörer i krisberedskapen kommer att använda sig av resultaten från kartläggningen vid en översyn av egna krisplaner. I detta projekt beaktades slutsatserna från kartläggningen i projektets andra del vid framtagandet av en preliminär regional handlingsplan för psykologiskt och socialt stöd vid allvarlig händelse.

Projektet har genomförts med medel från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och med Socialstyrelsen som projektägare. Projektet har haft följande struktur:

Projektägare: Per-Åke Nilsson, utredare, enhet för krisberedskap, Socialstyrelsen

Projektledare: Abbe Schulman, RKK, SLSO

Styrgrupp: Per-Åke Nilsson, utredare, enhet för krisberedskap, Socialstyrelsen, Jessica Lindberg, enhetschef, EKMB, SLL, Thomas Sjödin, TiB, Enheten för samhällsskydd och beredskap, Stockholm Länsstyrelse

Referensgrupp: Richard Buske, säkerhetschef, representant för norrkommuner (ersättare - Niclas Fagerström, Bitr. säkerhetschef, Sollentuna kommun), Maj Fagerlund Ingels, säkerhetschef, Tyresö kommun, representant för sydkommuner, Lars Winberg,

säkerhetschef, Danderyd kommun, representant för mittkommuner, Brita Mohlin, utredare och Tib, Stockholms stad, Tommy Söderström, säkerhetssamordnare, Solna stad, Kicki Elofsson, verksamhetskontroller, Södermalms stadsdel, Stockholm , Anna Nergårdh, chefläkare och bitr. landstingsdirektör, SLL, Stefan Kallström Jansson, chefläkare, SLSO, Anna Stenseth, samordnande chef psykiatri, SLSO (ersättare - Elizabet Haking, Chefläkare, psykiatri, SLSO), Paula Liljeberg, Samordnande chef Barn- och ungdomspsykiatri, SLSO, Lennart Adamsson, verksamhetschef, Traumacentrum, Karolinska Universitetssjukhus, SLL, Anna-Lena Eliasson, inspektör, polismyndighet (ersättare - Ingrid Boogh, polis och psykolog, Operativa avdelningen, Stockholmspolisen) , Katarina Tingström, polispräst och stiftsadjunkt, Svenska kyrkan, Lennart Pettersson, lokal krisberedskap, Svenska Röda korset, Irene Cederholm, stf internationell programchef, Rädda Barnen

Projektgrupp: Monika Scott Näslund, projektassistent, RKK, SLSO, Bengt Andrée, RKK, SLSO, Charlotte Therup Svedenlöf, RKK, SLSO, Petra Adebäck, RKK, SLSO

Ett stort tack riktas till de som ställt upp på intervjuerna inom respektive organisation och till Eva Håkanson och Siw Lagerkvist, som gjort de flesta av intervjuerna. Ett särskilt tack till Johanna Svedenlöf vid Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL, Stockholms Läns landsting, Verksamhetsstöd patientsäkerhet, Stockholms läns sjukvårdsområde, som på ett förtjänstfullt sätt bistått författarna med att sammanställa resultaten från intervjuerna samt projektgruppen från Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL som alla med stort intresse och konstruktiva synpunkter lett arbetet framåt. Ett stort tack också till administratör Anneli Lagerqvist för redaktionell hjälp.

Stockholm 2016-01-26

Författarna

Sammanfattning

När en allvarlig händelse drabbar ett samhälle behöver medicinska, psykologiska och sociala behov hos drabbade och närstående tillgodoses. De psykologiska och sociala behoven finns hos såväl kroppsligt skadade som oskadade personer och kvarstår oftast under längre tid än de medicinska behoven. Ansvaret för psykologiska och sociala stödinsatser ligger i enlighet med gällande lagar hos kommuner och landsting. För att så många drabbade personer som möjligt ska nås av behovsriktat stöd och för att förhindra utveckling av allvarlig psykisk ohälsa och negativa sociala följdverkningar krävs en samverkan mellan många berörda organisationer.

Denna kartläggning av den befintliga psykologiska och sociala krisberedskapen i Stockholms län under 2014 utgjorde den första delen i ett samverkansprojekt om ledning och ansvar för psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser.

Syftet med kartläggningen var att undersöka organisatoriska förutsättningar, ansvarsfördelning och vad som kunde vara kritiska moment i samordning vid planering och genomförande av psykologiska och sociala stödåtgärder i regionen. Fokus låg på ansvarsfördelning och samverkan mellan kommuner och landsting samt mellan dessa och andra berörda aktörer som polis, trossamfund och frivilligorganisationer.

Material och metod. Kartläggningen utgjordes av intervjuer med representanter på ledningsnivå eller med särskild kunskap inom krisberedskapen i Stockholms läns landsting (SLL), Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Länsstyrelsen, kommuner, Polisen, Svenska kyrkan, Svenska Röda korset (SRK), Rädda Barnen (RB) och Civilförsvaret. Dessutom intervjuades några representanter för privata entreprenader. Sammantaget genomfördes 77 intervjuer, som alla spelades in.

Resultat. Kartläggningen belyste såväl gynnsamma som försvårande faktorer för en framtida samlad regional psykologisk och social

krisberedskap i länet. Det fanns goda förutsättningar för att få till stånd en övergripande regional krisberedskap och ett sätt att föra arbetet vidare är att man på ledningsnivå inom berörda organisationer ser över sin krisberedskap. Resultatet av kartläggningen skulle kunna användas som underlag för denna översyn.

Krisplaner. Samtliga kommuner och landstinget hade en övergripande krisplan. Inom landstinget fanns regionala krisplaner (katastrofplaner), som också omfattade psykologiskt och socialt stöd. Länsövergripande krisplan för länets kommuner saknades. Planerna benämndes olika inom kommuner och landsting, utgick från olika händelser och omfattade olika typer av drabbade personer. Att kommuner och landsting definierade händelser olika och aktiverade sina planer vid olika typer av händelser skulle kunna försvåra samverkan mellan kommunerna och landstinget.

Övergripande krisplaner var på sina håll otillräckligt förankrade och ju längre ut i verksamheterna man kom desto mindre känd var den övergripande planen. Kunskapen om andra verksamheters planer (landsting, kommuner) var dålig och länsstyrelsens plan i det närmaste okänd av alla. Kommunernas och landstingets planer var inte samordnade. Krisplanerna saknade tydlig målsättning med det psykologiska och sociala stödet och stödinsatserna fokuserades vanligen på akuta insatser medan långsiktigt stöd endast omnämndes i begränsad omfattning.

Även om flera kommuner vid tidigare inträffade händelser hjälpt varandra så fanns det ingen plan för hur kommunerna skulle samverka vid händelser som kräver mer resurser än den enskilda kommunens. Krisplanerna saknade också riktlinjer om ansvarsfördelning vid en händelse som i huvudsak drabbar medborgare med annan mantalsskrivningsort än den som händelsen inträffar i.

Länskriminalpolisens planering omfattade inte psykologiskt och socialt stöd och det fanns ingen text om hur polisens registrering eller bemötande av drabbade kunde påverka det psykologiska och sociala stödet, som andra organisationer ansvarade för.

Psykologiskt och socialt stöd. Inom landstinget fanns en regional PKL-samordnare och på akutsjukhusen PKL-grupper under lokal krisstödsledare med uppdrag att organisera och samordna psykologiska och sociala stödinsatser. Det fanns i landstinget också ett regionalt kunskapscentrum i kris – och katastrofpsykologi – som i samband med en omorganisation för 2016 ändrat namn från Enheten för kris- & katastrofpsykologi (EKK) till Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK). SOS Alarm aktiverade enligt en särskild instruktion landstingets tjänsteman i beredskap (TiB) som i sin tur aktiverade RKK.

Samtliga kommuner hade krisgrupper, som i de flesta kommunerna benämndes POSOM-grupper (psykologiskt och socialt omhändertagande). Larmet till POSOM-grupperna kom oftast via någon i kommunens krisledning men kunde också komma direkt från räddningstjänst eller polis. Alla kartlagda organisationer med undantag för hälften av kommunerna hade en tjänsteman i beredskap (TiB).

Både inom kommunerna och landstinget hade det under de senaste åren blivit svårare att rekrytera personal till ledningsgrupperna och krisstödjare. I landstinget uppgavs orsaken vara otydliga uppdrag och avtal för primärvård och vuxen- samt barn- och ungdomspsykiatri. POSOM-grupperna hade på vissa håll inkluderat landstingsbaserade resurser, men uttryckte en svårighet att få med representanter för primärvården och psykiatri. Kompetensen hos den personal som skulle ge krisstöd inom kommunerna varierade, men man beskrev en utveckling mot professionalisering med en övergång från erbjudande av praktiskt stöd till mer av psykologiskt stöd.

Samverkan

Många av de intervjuade fann begreppet svårdefinierat. Vanligaste innebörden var ett gemensamt arbete där olika organisationer eller yrkesgrupper kompletterade varandra i avsikt att nå högre grad av effekt i arbetet mot ett gemensamt mål. Samtliga intervjuade organisationer uppgav ofta samverkan med organisationer utanför den egna i form av samtal kring psykologiskt och socialt stöd medan

det var ovanligt med överenskommelser om hur sådan samverkan skulle utformas när det gällde samordning av krisstödsinsatser.

Hinder för samverkan kring psykologiskt och socialt stöd. Det framkom olika hinder för samverkan. Det saknades ett gemensamt språk och förståelse för hur olika begrepp skulle användas för att undvika missförstånd och tidskrävande förklaringar. POSOM, psykologiskt och socialt omhändertagande, användes för att beskriva insatsen, verksamheten eller organisationen. PKL, som i landstinget står för psykologisk katastrofledning, hade också använts för att beskriva det psykologiska och sociala stödet på sjukhusen. Kommunernas uppdrag och gränsdragning mellan kommunernas respektive landstingets uppdrag och ansvar beskrevs från båda håll som otydligt. Samtliga intervjuade organisationer menade att det psykologiska och sociala stödet inte prioriterades tillräckligt. Detta angavs bero på tidsbrist men i landstinget kanske mer på att aktuella ersättningsmodeller lett till att man inom de olika verksamheterna hade svårt att avsätta personal och tid för deltagande i utbildning och övning.

Flera påpekade att man inom de olika organisationerna inte kände till varandras roller, ansvar och mandat. Olika driftsformer, offentliga och privata, hade ökat antalet aktörer såväl inom kommunerna som landstinget, vilket försvårade samverkan. Samverkan mellan kommuner respektive landstinget med trossamfund och frivilligorganisationer förekom i varierande omfattning men det var otydligt vem som hade ansvar för dessa organisationers krisstödjare i de fall de deltog i det psykologiska och sociala stödet.

Erfarenhet av utbildning inom det kris- och katastrofpsykologiska fältet varierade. I landstinget fanns rutiner för återkommande utbildningsinsatser riktade till sjukhusledningar, sjukvårdsgrupper och PKL-ledning och deras krisstödjare. Medan akutsjukhusen och deras ledningar regelbundet utbildades och övades hade ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och deras verksamheter inte på många år varken deltagit i utbildningar eller övningar. Flera kommuner hade inte genomfört någon utbildningsinsats på flera år. I kommunerna hade man oftast ingen plan för utbildningsinsatser.

Rekommendationer

Kartläggningen belyste såväl gynnsamma som försvårande faktorer för en framtida samlad regional psykologisk och social krisberedskap i länet. Det finns goda förutsättningar för att en sådan ska komma till stånd och ett sätt att föra arbetet vidare är att man på ledningsnivå inom berörda organisationer ser över sin krisberedskap. Resultatet av kartläggningen kan användas som underlag för denna översyn. Som ytterligare draghjälp kommer vi i detta projekts andra del att ta fram ett underlag till regional handlingsplan för psykologiskt och socialt stöd i vilket slutsatserna nedan kommer att beaktas.

- Krisberedskapen i länet behöver förbättras för att möta drabbades psykologiska och sociala behov både på kort sikt och över tid.
- En krisplan behöver omfatta hela kedjan av psykologiska och sociala stödinsatser från akuta, intermediära och långsiktiga. Detta nödvändiggör planering, utbildning och övning av sådana insatser i samverkan. Ansvar för olika insatser behöver utredas vidare och detta gäller också insatser där drabbade är i behov av specialiserad vård och behandling.
- Hur det långsiktiga stödet ska utformas och vem som ska ha huvudansvar för verksamheten behöver utredas i samråd mellan landsting, länsstyrelsen och kommunernas förvaltningsledningar. Långsiktiga stödinsatser har hittills inte legat varken i PKLs eller POSOMs uppdrag.
- För att säkerställa att psykologiskt och socialt stöd snabbt når ut till drabbade behöver larmvägar vara tydliga såväl inom som mellan kommuner, länsstyrelse, landsting, polis, räddningstjänst, privata aktörer, trossamfund och frivilligorganisationer.

- Kommuner som saknar TiB-funktion behöver undersöka behovet av sådan. I flera kommuner, landstinget, länsstyrelsen och länskriminalen fanns en TiB- funktion, vilket underlättade såväl larm in till egen ledning som samverkan mellan berörda aktörer.
- Samverkan gällande krisplaner behöver utredas. En övergripande regional krisplan för psykologiskt och socialt krisberedskap rekommenderas. Erfarenheter från allvarliga händelser talar för att en plan för psykologiska och sociala åtgärder behöver vara ganska detaljerad och konkret eftersom många aktörer inom både kommun och landsting är involverade. Planen bör därför ge exempel på olika typer av händelser och för dessa specifika åtgärder. Det kan också finnas skäl att beskriva olika typer av åtgärder utifrån olika personers eller grupperns behov.
- Det behövs ett forum för samverkan i länet i vilket psykologiskt och socialt stöd ingår som en del av länets samlade krisberedskap. Samverkan Stockholmsregionen (SSR) förefaller vara en rimlig verksamhet för att ta fram en samlad lägesbild och inriktningsbeslut för de psykologiska och sociala stödinsatserna. I en gemensam regional plan behöver det framgå hur, var och av vem den initiala bedömningen om händelsens natur, drabbades behov och resursfördelningen ska göras. I denna bedömning behöver det framgå vilka verksamheter som behöver komma i gång och hur samverkan ska se ut.
- Ett förtydligande av kommunernas ansvar för dem som inte är mantalsskrivna i kommunen behövs och föreslås samordnas i en regional plan för psykologisk och social krisberedskap i länet. Samma förtydligande av landstingets ansvar behövs också för SLL när det gäller resenärer som nyttjar allmänna kommunikationer eller landar på Arlanda flygplats.

- POSOM-gruppernas uppdrag och ansvar behöver tydliggöras inom ramen för överenskommelser och avtal, särskilt vad gäller ansvarsfördelningen mellan kommunernas förvaltningar vid både förberedande uppgifter och vid inträffade händelser.
- Kommunledningarna behöver ta ställning till vilka verksamheter och personalkategorier som ska vara representerade både i krisledning och krisstödjande grupper.
- För SLLs del behöver den regionala katastrofmedicinska planen förtydligas vad gäller mål och syften med den katastrofpsykologiska beredskapen. Ett sådant förtydligande skulle kunna ske genom att den katastrofmedicinska planen rymmer en tydlig hänvisning/länkning till en regional plan för psykologisk och social krisberedskap. PKL-organisationens funktion och resurs för lokala och regionala insatser behöver även ses över.
- Lokala krisplaner inom primärvården, vuxen samt barn- och ungdomspsykiatri behöver förtydligas och göras mer samstämmiga med såväl den regionala katastrofmedicinska planen som SLSOs egen katastrofplan.
- Förslag på uppdrag, mandat och ansvar för primärvården och psykiatri behöver tas fram och bekräftas i skriftliga avtal med beställarorganisationen i landstinget. All landstingsfinansierad verksamhet oberoende av driftsform (offentlig eller privat) ingående i landstingets totala kris- och katastrofberedskap behöver regleras.
- Personaltillgången till PKLs lednings- och krisstödsgrupper behöver säkras genom avtal med akutsjukhusen och SLSOs verksamheter (primärvård, vuxen samt barn- och ungdomspsykiatri) om skyldighet att bistå med personal med psykologisk och social kompetens till PKL-ledningsgrupper och krisstödsgrupper såväl vid förberedelsearbetet som vid inträffade händelser.

- För att barn- och ungdomsperspektivet ska beaktas behöver Stockholms barn- och ungdomspsykiatri (BUP) delta i framtagandet av krisplaner och spela en aktiv roll vid inträffade allvarliga händelser.
- Hur trossamfund och frivilligorganisationer kan tas med i den totala krisberedskapen, hur dessa organisationer kan aktiveras, vad de kan bistå med, vilka kompetenskrav som kan ställas och vem som ansvarar för dessa organisationers insatser behöver utredas.
- En diskussion mellan polisen och berörda myndigheter behöver komma till stånd för att underlätta överföring av registreringsdata till dem som ska ansvara för stödinsatserna.
- Information om olika verksamheters krisplaner behöver spridas t.ex. genom information på hemsidor och/eller via utbildningar.
- För att förbättra samverkan mellan olika organisationer kan gemensamma utbildningar och övningar vara en framkomlig väg. Likartade utbildningar till verksamheter gällande krisstöd inom kommuner och landsting föreslås vid en gemensam översyn, för täckande av behov och krav på kompetens. Personal inom samtliga organisationer som ingår i den regionala krisberedskapen behöver ha en någorlunda lik baskunskap inom området katastrofpsykologi och kännedom om varandras uppdrag och kompetens.
- Obligatorisk medverkan i utbildningar och övningar gällande psykologiskt och socialt stöd behöver säkerställas i avtal.
- Organisationer som ingår i krisberedskapen behöver få möjlighet att avsätta tid för planeringsarbete i såväl övergripande ledningsfunktioner som i PKL- och POSOM-ledningar. Förberedelsearbete tar tid från vardagsarbete. Det är därför nödvändigt att krisberedskapen uppfattas som en integrerad del av hälso- och sjukvård och socialtjänst och inte

som en tilläggsfunktion. För att tydliggöra detta behöver man utreda om uppdraget kan finnas med i tjänstebeskrivningar.

- Samverkan och kommunikation kan underlättas av gemensam terminologi inom den egna organisationen och mellan organisationer. Man kanske kan ha samma beredskapslägen inom kommunerna som i landstinget.
- Det kan finnas skäl att se över användningen av beteckningar. Både landstingets PKL och kommunernas POSOM kanske endast ska användas som begrepp för lednings- och samordningsfunktionerna, medan själva stödinsatsen från landsting respektive kommuner kan benämnas krisstöd.
- Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) gjordes i enlighet med lagkrav men innehöll sällan en bedömning av psykologiska och sociala konsekvenser och behov av stödinsatser. Detta behöver beaktas vid kommande RSA:n.
- Från samhällets sida behöver uppföljning av krisstödsinsatser vid allvarliga händelser komma till stånd. En sådan uppföljning möjliggör att berörda aktörer kan få en samlad bild av problem som kan ha uppstått, vilka insatser som gjorts och vilka nya eller kvarstående behov som behöver åtgärdas.

Foreword, Summary and Recommendations

Foreword

This is the first of two reports that describe a collaboration project between Stockholm's County Council, County Administration Board, Municipalities, police, religious communities and NGOs where the intention was to increase the County's capacity to provide a comprehensive psychological and social support response in the event of a serious incident. The project consisted of three parts; a survey of existing psychological crisis response preparedness in the County, the development of a regional action plan framework for the psychological and social support and finally a simulation exercise during which the regional action plan was implemented. The two last parts are described in the second report.

Interest in Stockholm to participate in all aspects of the project was high. Those individuals who were interviewed contributed generously with information as to how the psychological and social support response and disaster preparation within their respective organization was organized.

It emerged from the interviews the existence of both capacity as well as limitations in relation to the provision of psychological and social support within the various organizations concerned. Consistently interviewees expressed a strong interest to see an increased collaboration between the organizations so that those affected by a serious incident will receive an appropriate and coordinated psychological and social support response.

The report describes the psychological disaster preparedness as it was when the interviews were conducted, that is, during the years 2013 - 2014. This overview builds on information obtained from what was directly reported by the interviewees and from the available emergency plans current at the time of collection of interview material. It has become apparent that during the following years 2014 and 2015, revisions to numerous emergency plans occurred, of which only a limited number managed to be included in this report. Our experience from previous projects where we charted a current situation by way of interviewing those at management level is that

the interview process can in and of itself lead to changes in organizations' plans and work methods.

Due to the variation across Municipal and County Council organizations emergency plans regarding the use of concepts and titles for psychological and social support response plans (emergency plans, crisis response plans, contingency plans, disaster medical plans, etc.), this report refers to "emergency plans" as the term for all disaster emergency plans.

In accordance with the project's aims and purpose, this report includes a summary of factors that could impede collaboration and lead to support efforts not achieving the desired effect. Such reviews can easily be perceived as critical. Of course much can be done differently, but this requires that the organizations concerned are willing to share their own circumstances and difficulties, which the interviewees in this report have done.

It is hoped that the various organizations in disaster preparedness and response will make use of the results of this survey when reviewing their own emergency plans. In the project's second report, the conclusions of this survey were also taken into account in producing a preliminary regional emergency action plan for the psychological and social support preparedness and response in the event of a serious incident.

The project was funded by the Swedish Civil Contingencies Agency (MSB) and administrated by the Swedish National Board of Health and Welfare. A big thank you to all those who availed themselves to be interviewed on behalf of their respective organizations, and to Eva Håkanson and Siw Lagerkvist, who conducted the majority of interviews. A special thanks to Johanna Svedenlöf, Regional Specialist Centre for Crisis and Disaster Psychology within the Stockholm County Council, for her exemplary assistance in compiling the interview results and to the Working Group from the Regional Centre for Crisis and Disaster psychology, whose sustained interest and constructive input throughout the project led the work forward. Finally, thank you to Administrator Anneli Lagerqvist for editorial assistance.

Summary and Recommendations

When a disaster strikes, a community requires that the medical, psychological and social needs of those affected and of their loved ones are met. The psychological and social needs exist among both those physically injured and physically uninjured, and usually persist for a longer duration than the medical needs. Responsibility for the psychological and social support is in accordance with the laws of Municipalities and Counties. To reach as many affected people as possible with support and to prevent the development of serious mental health problems and negative social consequences requires the cooperation of many organizations concerned.

This survey of the existing emergency psychological and social preparedness and response procedures in Stockholm 2014 constituted the first part of a collaborative project on management of and responsibility for the psychological and social support response in emergencies.

Aim. The aim of the survey was to examine the organizational conditions, responsibilities, and what could be critical steps in coordinating the planning and execution of an emergency psychological and social support response in the region. The focus was on accountability and collaboration within local and regional government departments as well as between these and other emergency service providers such as the police, religious communities and NGOs.

Method. The survey consisted of interviews conducted with either senior management or personnel with expertise in emergency preparedness and response in the Stockholm County Council (SLL), the Stockholm Healthcare Services (SLSO), the County Administrative Board, local Municipalities, Police, Swedish Church, Swedish Red Cross (SRK), Save the Children (RB) and the Civil Defence Organisation. Also interviewed were some representatives of the publically funded private health and welfare sector. Overall, 77 interviews were conducted, all of which were audio recorded.

Results. The results from the survey highlighted both favorable and impeding factors regarding the future establishment of a comprehensive psychological and social emergency preparedness and response plan for the region. There was a constructive working climate for achieving an overall regional emergency preparedness and response plan, and one way of taking the work forward is that management in all organizations reviews their emergency preparedness and response plan. The results of this survey could be used as a basis for such a review.

Emergency plans. All Municipalities and respective healthcare organizations within the County Council had an overall emergency plan. Within the County Council, an overarching Regional Disaster Medical Plan (emergency plan) which included psychological and social support was in place. A similarly overarching emergency plan that would cover the many Municipalities within the County did not exist. The individual emergency plans in local Municipalities were all named differently based on different events, covering different types of victims. The fact that Municipalities and County Council departments defined events differently and activated their emergency plans according to different types of events could indeed serve as a hindrance to collaboration between the Municipalities and the County Council healthcare organizations.

In some organizations, overall emergency plans were not familiar to staff, and the more removed staff members were from direct involvement with emergency operations the less was known about the emergency plan. Similarly, knowledge about other organizations' emergency plans (with County Council, Municipalities) was low, in particular knowledge about the County Administrative Board's overarching emergency plan which was the least known for almost all organizations. The local Municipalities emergency plans and the County Council's emergency plans were not coordinated. The emergency plans lacked clear objectives specifically relating to the psychological and social support preparation and response services, and emergency service efforts were focused generally on immediate action while any long-term assistance if mentioned, only to a limited extent.

Several Municipalities reported previously assisting each other in the event of serious incidents when extra resources were required, however procedures about such cooperation was not included in respective emergency plans. Emergency plans also lacked specific guidelines and procedures relating to roles and responsibilities when affected citizens are registered in different Municipality/County to where the incident occurs.

The regional criminal police did not include psychological and social support in their emergency planning and nor was there information available as to how treatment of sufferers in the context of disaster victim registration could impact on the psychological and social support being provided by other organizations.

Psychological and Social Support. Within the County Council there is a regional emergency crisis support coordinator, and within each of the hospitals, psychological crisis support leaders and crisis support staff. Together they have the task of organizing and coordinating the emergency psychological and social support response. Also within the County Council is the Regional Specialist Centre for Crisis and Disaster Psychology, RKK (formerly known as Unit for Crisis and Disaster Psychology, EKK). So when SOS Alarm activates the County Council's Rostered Duty Officer (TiB), this person in turn activates RKK persons on duty.

Each of the individual Municipalities had their own crisis teams, which in most Municipalities were referred to as POSOM groups (psychological and social care). Activation of POSOM groups occurred mostly through one of the Municipality's emergency management team members but could also go directly from the emergency services or the police. All organizations interviewed with the exception of half of the Municipalities had a Rostered Duty Officer system responsible for activation.

Within both the local Municipalities and the regional County Council it had become more difficult to recruit staff to the management and operational levels of emergency crisis support teams in recent years. The County Council healthcare organizations reported the reason to be the lack of clearly defined roles of procedure and contractual agreements within the primary healthcare sector, adult psychiatry

and child and adolescent psychiatry. Various Municipalities had POSOM groups that did include County Council-based services, however expressed a difficulty in attracting representatives from primary healthcare and psychiatry sectors. The competence level of staff that provided crisis support in the Municipalities varied, and there was reference to a general development towards professionalization, that is to say, a transition from offering practical support to more of psychological support.

Collaboration. Many of those interviewed found the concept of collaboration difficult to define. The most common meaning given to this term was that it was a joint effort whereby different organizations and/or professions complemented each other in order to achieve greater efficacy in working towards a common goal. All the organizations interviewed reported having frequent interaction with outside organizations in the form of discussions about psychological and social support while it was unusual to have agreements on how such collaboration could be designed in terms of the coordination of emergency aid efforts.

Barriers to collaboration in psychological and social support. There were various barriers to collaboration that were revealed in the interviews. There lacked the use of a shared common language and an understanding of different concepts which could have avoided misunderstandings and the need for lengthy and time consuming explanations. The Municipalities term POSOM, psychological and social care response, was used either to describe the actual intervention outcome or the nature of the activities or the organizational structure itself. Similarly, PKL, the County Council's response for emergency psychological and social support, had also been used as a way to describe the psychological and social support in hospitals. The Municipalities and the County Council organizations described each other's roles, responsibilities and boundaries within emergency psychological and social response as unclear. All of the organizations interviewed felt that the emergency response psychological and social support is not given sufficient priority. The majority reported this to be due to time constraints however the County Council organizations had difficulty allocating

staff time for participation in various activities and training exercises perhaps also due to the current compensation models in place.

Several interviewees within the various organizations pointed out that they were unaware of each other's roles, responsibilities and mandate. Various operational facilities, public and private, had increased in number, both within the Municipalities and the County Council, which impeded efforts of collaboration. Collaboration between Municipalities and the County Council organizations, religious agencies and NGOs were present in varying degrees, but it was unclear who was responsible for these organizations crisis support in the event they participated in the emergency psychological and social support response.

The experience of training in the field of crisis and disaster psychological varied widely. Within the County Council healthcare organizations, there were procedures in place for regular training for hospital management, medical teams as well as PKL management and crisis support staff. While the acute hospital leadership staff and emergency staff regularly took part in training and simulation exercises, the Stockholm Healthcare Services (SLSO) had neither participated in training or simulation exercises in many years. Several local Municipalities had not undergone training in several years and it was often reported that there were often no plans in place for training.

Recommendations

The survey highlighted both favorable and impeding factors regarding the future establishment of a comprehensive regional psychological and social emergency preparedness and response plan for the region. There is currently a constructive working climate for achieving an overall regional emergency preparedness and response plan, and one way of taking the work forward is that all organizations at management level review their emergency preparedness and response plan. The results of this survey could be used as a basis for such a review. As additional impetus, the following phase of this project - the development of a regional action

plan for emergency psychological and social support preparation and response - in which the conclusions below from the survey will be considered.

- Emergency preparedness in the region needs to improve to adequately meet the psychological and social needs of people affected by a serious incident, in both the short term and over time.
- An emergency crisis plan should include the whole range of psychological and social support from acute, intermediate and long term. This requires that emergency planning, training and simulation exercises are held in collaboration with psychological and support provider services. Responsibility for the provision of specific support services needs further investigating, particularly in relation to victims who are in need of specialized care and treatment.
- How the long term emergency psychological and social support should be designed and who should have the main responsibility for service delivery needs to be investigated in joint consultation between the County Council, the County Administrative Board and management within the local Municipalities. Provision of long term assistance has so far been in neither County Councils' nor Municipalities mandate.
- To ensure the immediate psychological and social support quickly reaches out to those in need, emergency communication channels need to be clear, both within and between the Municipalities, County Administrative Board, County Councils organizations, police, emergency services, private sector, religious communities and NGOs.
- Municipalities that lack the Rostered Duty Officer activation system ought to examine the need for such. Several Municipalities, the County Council, the County Administration Board and the County police have the Rostered Duty Officer activation function which facilitates efficient communication internally within their own emergency leadership team as well as facilitating cooperation externally between emergency stakeholders.

- Collaboration within emergency plans need to be explored. An overarching regional emergency plan for the emergency psychological and social preparedness and response is recommended. Lessons learned from serious incidents suggest that a plan for the psychological and social measures need to be detailed and concrete, as many service providers from both the Municipalities and County Councils are involved. The emergency plan should provide examples of the types of emergency related incidents that can occur and for these, the required specific actions and responses. It may also be advisable to describe the specific types of measures required according to specific individual or group needs.
- There is a need for regional collaboration in which the psychological and social support is included as part of the County's overall emergency preparedness response. 'Stockholm Resilience Region' seems a highly appropriate forum in which joint status reports of emergency situations and development of policy decisions in line with the psychological and social support measures could occur. Such a joint regional proposal needs to be able to specify how, where and by whom the initial assessment is made regarding the nature of the event, the needs of those affected and what resource allocation should be made available. There also needs to be available information as to what organizations are required to respond and how collaboration between them will function.
- Clarification is required regarding the Municipalities responsibility for the care of those people affected who are not residents of the Municipality, and it is proposed that this issue be addressed and coordinated within the framework of a regional plan for the psychological and social emergency preparedness in the County. Similar clarification regarding the County Council's responsibility regarding victims who live outside of the region and/or country is also required.
- The roles and responsibilities of POSOM require clarification, within the framework of contractual agreements and in particular with regards to the allocation of responsibility of Municipality authorities at both the preparatory and operational level of emergency response to a serious incident.

- Municipalities need to reconsider the roles and professional categories that ought to be represented in both emergency response leadership and emergency response crisis support teams.
- County Council needs to further clarify the goals and objectives of the emergency psychological and social support response aspects within its Regional Disaster Medical Plan. An option would be to include a direct reference/ link to a specific and separate plan for the regional psychological and social emergency preparedness and response. Both the local and regional emergency psychological and social support services within the County Council also warrant review.
- Local emergency plans within the Stockholm Healthcare Services - primary healthcare, adult psychiatry and child and adolescent psychiatry - require further clarification and to be brought in line with the regional Stockholm Healthcare Services emergency plan and the County Council's Regional Disaster Medical Plan.
- Further development regarding the mandate, tasks and responsibility of primary healthcare, adult and child psychiatric services in emergency response is required and to be included in the formally written agreements with those who commission County Council services. All publically funded County Council services included in the overall emergency and disaster preparedness and response, regardless of whether managed by private or public operators, requires regulation to ensure their participation.
- Availability of personnel to staff the County Council's Psychological and Social Support response teams (PKL) need to be secured through contractual arrangements with hospitals and Stockholm Healthcare Services (primary healthcare, adult psychiatry, child and adolescent psychiatry). Such personnel are ideally equipped to provide psychological and social support competence in emergency psychological and social preparedness and response.
- To ensure that child and youth perspective is present in the emergency psychological and social support response, the child and adolescent psychiatry organization (BUP) is well placed to participate in the development of emergency disaster plans as well to provide

direct services on an operational level when the emergency strikes and the response is required.

- How NGOs and religious bodies can be included in the overall regional emergency psychological and social support preparedness and response needs to be clarified. For example, how these organizations can be activated, what they can assist with, what are their competence requirements and who is responsible for these organizations' efforts.
- Agreement between the police and relevant authorities as to a secure method for transfer of disaster victim identification/registration over to those emergency staff who are responsible for providing support services to those affected by the disaster.
- Emergency personnel require knowledge of emergency plans of all operational emergency services and this can be made available publically through information online or provided through training sessions.
- As a means to improve the collaboration between different emergency services organizations, joint training and simulation exercises are recommended. For example, joint training in emergency psychological and social support with staff from Municipalities and County Council organizations is open for joint review. It is appropriate that all staff involved in the provision of psychosocial support in emergency settings have a shared knowledge base as well as knowledge of each other's roles and competence levels.
- Mandatory participation in training and simulation exercises concerning the psychological and social support needs of those affected in emergency settings needs to appear in written agreements.
- It is important that Municipalities and County Council healthcare organizations involved in the leadership and crisis support functions in emergency preparedness and response receive the appropriate allocation of planning time. It is well understood that preparatory work takes time away from everyday work, however it is necessary that emergency preparedness is perceived as an integral part of health and social services and not as an add-on feature. To further

clarify this, one needs to examine whether such duties can be included in job descriptions.

- Collaboration and communication can be greatly assisted with the use of common terminology, within the organization and between organizations. It may also be that common regulations and laws in relation to emergency response can exist across Municipalities and County Council healthcare organizations can improve collaboration.
- There may be cause to review the use of designations. For example, County Council's use of the term 'PKL' and the Municipalities use of the term 'POSOM' could well be restricted to represent their respective leadership and coordination functions of emergency psychological and social support, whereas the term 'crisis support' can be used to reflect the direct crisis support response of both the Municipalities and County Council healthcare organizations.
- The Risk and Vulnerability Analysis (RSA) which exists in accordance with legal requirements contains little scope for the analysis of the psychological and social functions. This needs to be considered in a future RSA review.
- From a societal perspective, it is pivotal that follow up services to sufferers of major incidents are addressed. Follow up services allow for relevant health and social agencies to obtain an overall picture of the problems that may have occurred, the immediate action taken and importantly what new or remaining needs exist that need to be addressed.

Inledning

Allvarliga händelser, som samtidigt drabbar många enskilda personer och stora delar av ett samhälle, kan vara av den omfattningen att trycket på ordinära räddningsinsatser, reguljär sjukvård och psykologiska och sociala stödinsatser blir stort. Allvarliga händelser kan vara av olika art från kommunikationsolyckor, bränder, industriolyckor med utsläpp av giftiga kemikalier eller radioaktivitet till naturkatastrofer, okontrollerbar smitta med livshotande sjukdom eller terrorism. Varje händelse är i sig unik vad gäller påfrestning på enskilda individer, familjer, lokalsamhället eller större områden. För vissa påfrestningar kan behoven av omedelbara insatser vara kortvariga medan andra händelser kan kräva långsiktiga insatser. De medicinska behoven brukar för flertalet kroppsligt skadade vara tillgodosedda inom några veckor medan psykologiska behov för drabbade med eller utan kroppsliga skador kan kvarstå upp till ett år eller längre (Seynaeve, 2001).

När en allvarlig händelse drabbar ett samhälle uppstår vid sidan av behovet av medicinsk vård alltid psykologiska och sociala behov hos drabbade och närstående. Dessa behov måste tillgodoses hos många fler personer än de som skadats kroppsligt och behoven förändras beroende på hur lång tid som förflutit efter händelsen. Ansvar för psykologiska och sociala stödinsatser ligger i enlighet med gällande lagar hos både landsting och kommun. Krisberedskapsmyndigheten har tagit fram händelser som samhället måste ha beredskap för (KBM, 2004) och dessa händelser finns med i landstingens katastrofmedicinska planer (SLL, 2011; SLSO, 2013) och kommunernas krisplaner (Stockholms stad, 2013).

En del av kommunernas ansvarsområden är att sörja för invånarnas och tillfälliga besökares psykiska hälsa och välfärd. Vid allvarliga händelser, då plötsligt många personer drabbas, blir detta ansvar särskilt tydligt och ställer höga krav på krisberedskapen. Detta ansvar gäller för såväl omedelbara som mera långsiktiga stödinsatser.

Kommuners och landstings krisplaner benämns olika, riktar sig i allmänhet till olika aktörer och är sällan samordnade. Gemensamma

övningar för att förbättra psykologiska och sociala stödinsatser genomförs sällan. En konsekvens av detta är att ansvarsfördelningen mellan landsting och kommuner vid allvarliga händelser inte i förväg definierats, varför drabbade personer riskerar att hamna mellan stolarna och inte nås av de psykologiska och sociala stödinsatserna.

Riskscenarier är komplexa i storstadsområden med stor befolkningstäthet, omfattande trafik, stora kommersiella centra och central administrativ och politisk ledning.

Stockholms län med säte för Sveriges regering, riksdag och kungafamilj, 103 utländska ambassader, landets största järnvägsknutpunkt och flygplats samt omfattande vägtrafik, är särskilt sårbart, vilket inte minst självmordsattentatet i Stockholms centrum i december 2010 visade. Stockholm är en av de snabbast växande huvudstäderna i Europa. Befolkningen har ökat kraftig under det senaste decenniet och Stockholms stad förväntas år 2022 uppnå en miljon invånare och totalt i länet två och en halv miljon invånare (SLL, 2015) Stockholms län har också berörts av omfattande olyckor och katastrofer under de senaste 30 åren, exempelvis flyghaveriet vid Gottröra 1991 (Socialstyrelsen, 1992), Estonias förlisning 1994 (Almersjö, 1995; Schulman & Håkanson, 1995, Håkanson, 1995), Tsunamikatastrofen 2004 (SLL, 2005; SOS, 2007) och Libanonevakuering 2006 (SLL, 2006, SOS, 2008 a). I länet har politiska mord på en stadsminister 1986 och en utrikesminister 2003 ägt rum. I vardagen inträffar färjeolyckor och bussolyckor, fall framför tåg, arenaolyckor och social oro, händelser, som det ständigt måste finnas en beredskap att klara av. Beredskap måste också finnas för större händelser såsom statsbesök, kungliga evenemang, Pridefestivaler, idrottsarrangemang eller organiserade demonstrationer.

Vid allvarliga händelser som drabbar en region, exempelvis ett län, måste kommuner samverka såväl inbördes och med länsstyrelsen som med hälso- och sjukvård, räddningstjänst, polis, frivilligorganisationer och numera också i allt större utsträckning offentligt finansierad privat verksamhet. I ett län som Stockholms med 26 kommuner, av vilka Stockholms stad består av 14 stadsdelar, sju akutsjukhus, ca 200 vårdcentraler av vilka majoriteten drivs i privat regi samt delvis privatiserad skola och omsorg, är behovet av samordning särskilt stort. En ytterligare försvårande faktor är att

sjukhusens upptagningsområden inte överensstämmer med vare sig kommun- och stadsdelsindelning eller polisdistrikt. Konkurrens i stället för samverkan och otydlig ansvarsfördelning mellan olika verksamheter är vanligt förekommande med risk för att grupper av invånare inte nås av stödåtgärder.

Utifrån erfarenheterna av att samordna psykologiska insatser i Stockholms läns landsting vid allvarliga händelser som drabbat Stockholms län och mångåriga utbildnings- och övningsinsatser riktade till såväl hälso- och sjukvården som kommuner, såg man på Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK) ett stort behov av att kartlägga den psykologiska krisberedskapen i länet. Synen på psykologiskt stöd och hur man integrerat psykologisk kunskap och stöd i sitt beredskapstänkande utgör en central del i projektet.

Kartläggningen är den första delen i ett samverkansprojekt om ledning och ansvar för psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser. I projektet ingår utöver kartläggningen framtagande av ett underlag till en regional krisplan för psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse samt genomförande av en lärandeövning med tillämpning av den framtagna regionala planen. Olika aktörers kris- och katastrofplanering i Stockholms län undersöktes via offentliga dokument och intervjuer med personer med ansvar för krisberedskapen i kommunerna och landstinget. Dessutom intervjuades representanter för länskriminalpolisen, länsstyrelsen, Svenska kyrkan och frivilligorganisationerna Svenska Röda Korset, Rädda Barnen och Civilförsvaret.

En underlättande faktor för en fungerande samverkan vid en allvarlig händelse är att olika organisationer som ingår i krisberedskapen har en enhetlig terminologi. Detta gäller särskilt för begrepp som används när olika aktörer i samverkan ska ta fram en gemensam lägesbild. Socialstyrelsen har en terminologibank, som dock inte till fullo omfattar begrepp som är kopplade till psykologiska och sociala stödinsatser vid en allvarlig händelse. De begrepp som Socialstyrelsen använder fanns med som grund när kartläggningen av den psykologiska/sociala katastrofberedskapen i Stockholms län startade. I projektet har några begrepp lagts till som inte finns med i Socialstyrelsen terminologilista. Begreppen

överlappar delvis varandra. Inom myndigheter används ofta förkortningar. För att underlätta läsandet finns förklaringar och definitioner av olika begrepp i slutet av rapporten (Bilaga 4).

Mål och syfte

Det övergripande målet med projektet var att öka samhällets och specifikt Stockholms läns förmåga att hantera ledning och samverkan för psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser så att direkt och indirekt drabbade personer får adekvat stöd. Projektet som helhet finns beskrivet i ett projektdirektiv från 2013 (Bilaga 1).

Syftet med kartläggningen var att undersöka organisatoriska förutsättningar, ansvarsfördelning och vad som kunde vara kritiska moment i samordning vid planering och genomförande av psykologiska och sociala stödåtgärder vid allvarliga händelser i Stockholms län.

Fokus var ansvarsfördelning och samverkan på olika nivåer inom kommuner och mellan kommuner, inom landstinget, mellan kommuner och landsting samt mellan dessa och frivilligorganisationer samt privata entreprenörer.

Syftet med kartläggningen kan sammanfattas i följande frågeställningar:

- Hur såg kris- och katastrofplanerna ut hos olika aktörer som ingick i länets regionala psykologiska och sociala krisberedskap?
- Hur såg den befintliga samverkan ut mellan olika aktörer när det gällde psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser?
- Vad fanns det för begränsande faktorer för samverkan mellan aktörerna?
- Vad fanns det för kompetens hos de olika aktörerna när det gällde psykologiskt och socialt stöd?

Bakgrund

Som bakgrund ges en beskrivning av psykologiska och sociala konsekvenser av allvarliga händelser för enskilda individer, familjer, grupper och samhällen. Kännedom om dessa konsekvenser är nödvändig kunskap hos samtliga aktörer i länets krisberedskap eftersom de psykologiska och sociala stödinsatserna behöver utformas efter de drabbades behov såväl på kort som på lång sikt. Därefter sammanfattas aktuell kunskap rörande psykologiska och sociala stödinsatser och en beskrivning av verksamheter som i kommuner och landsting ska kunna ge psykologiskt och socialt stöd. Bakgrunden avslutas med en redovisning av de lagar och förordningar som styr och påverkar kommunernas och landstingets planering vid allvarliga händelser.

Konsekvenser av allvarliga händelser

Kunskapsnivån vad gäller psykologiska och sociala skadeverkningar efter allvarliga händelser har höjts betydligt på senare år. Forskningen är i huvudsak samstämmig när det gäller psykologiska effekter av katastrofer, terrorhändelser och andra allvarliga händelser.

En stor del av befolkningen kommer någon gång under livet att utsättas för en potentiellt traumatisk händelse (Kessler et al., 1995). Erfarenheter från allvarliga händelser i Sverige och utomlands talar för att de flesta drabbade kommer att återhämta sig på egen hand och med hjälp av sitt sociala nätverk under förutsättning att samhället underlättar sådan återhämtning. Av dem som exponeras riskerar, beroende på vad det är för händelse, mellan 5 och 20 procent att drabbas av allvarlig psykisk ohälsa i form av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression, ångestsyndrom eller missbruk (Norris et al., 2002; Norris, 2004). Även efter förluster återhämtar sig i allmänhet de flesta. En mindre grupp, 10 - 15 procent, kan utveckla komplicerade sorgereaktioner (Mancini et al., 2012).

Prognosen avgörs av ett antal faktorer som rör förhållanden före händelsen exempelvis social utsatthet och tidigare psykisk ohälsa. Upplevelse av livshot, förlust och kroppslig skada under händelsen

ökar risken för såväl nedsatt psykisk hälsa och posttraumatiska stressreaktioner (Ozer et al., 2003; Wahlström et al., 2008; Wahlström, 2010) som för kroppsliga besvär oavsett om personen blivit kroppslig skadad eller inte (Keskinen-Rosenqvist, R. et al., 2012). Allvarliga händelser kan också leda till allvarliga sociala problem med skilsmässa och ekonomiska svårigheter (ref). Stor materiell förstörelse, evakuering, otillräcklig krisplanering och bristande samhällsstöd försvårar både psykisk och fysisk återhämtning (Weisaeth & Mehlum, 1997). Vid människoskapade händelser som t.ex. våld, terrorism, kemiska eller radioaktiva olyckor föreligger stor risk för misstro och bristande tillit till ansvariga myndigheter i samhället (Weisaeth & Mehlum, 1997). Detta är särskilt fallet om beredskapen är dålig, om varningar funnits men inte tagits på allvar, om information varit bristfällig eller motstridig eller om omgivningens bemötande uppfattats som okänsligt eller oförstående (Baum et al., 1983). Risken är då stor för splittring och fragmentering i stället för samverkan mellan olika grupper och organisationer som har som uppgift att minska följdverkningarna av den allvarliga händelsen.

Många av dem som varit med om en allvarlig händelse återhämtar sig utan att behöva psykologisk/psykiatrisk behandling under förutsättning att de utöver stöd från sitt sociala nätverk vid behov också får somatisk vård och krisstöd från sin kommun/landsting. Individer, familjer och samhällen visar anmärkningsvärd förmåga att stå emot sociala och psykologiska påfrestningar efter allvarliga händelser, vilket brukar benämnas 'resilience' (Bonanno et al., 2011). En förutsättning för ett sådant förlopp är att allmänheten får korrekt information och att det finns tillgång till både psykologiskt och socialt stöd (Schulman, 2000).

Psykologiskt och socialt stöd

Experter inom kris- och katastrofområdet menar att det är svårt att i omedelbar anslutning till en allvarlig händelse bedöma det långsiktiga hjälpbehovet för enskilda individer (Shalev, 2004). Den viktigaste åtgärden är därför att erbjuda ett respektfullt bemötande, kontinuitet och uppföljning samt arbeta uppsökande. Stödinsatser behöver vara lättillgängliga i omedelbar anslutning till händelsen och tillgången till stöd behöver ofta finnas kvar under lång tid efteråt.

Hobfoll och medarbetare rekommenderar fem vägledande principer för utformning av stödinsatser (Hobfoll et. al., 2007):

- Förstärka känslan av säkerhet
- Förstärka känslan av självtillit och tillit till samhällets förmåga att hantera svårigheter
- Förstärka samhörighet
- Lugna personer med uttalade reaktioner
- Förstärka känslan av hopp

Det finns numera konsensus om principerna för samhällets agerande för att mildra de psykiska och sociala skadeverkningarna efter allvarliga händelser. Principerna som till stor del bygger på Hobfolls principer finns i en rad dokument från EU (TENTS 2008; EFPA 2009; OPSIC 2015), Australien (EMA, 1996; 2003; 2011), England (NICE-report, 2005), Nordirland (2008), Norge (Helsodiektoratet, 2011), WHO (2013). National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD i USA har sammanställt kunskap om akut krisstöd och sammanfattat det akuta stödet i Psychological First Aid, Field Operation Guide (Brymer et al., 2006).

Det finns också dokument som bygger på erfarenheter från händelser där insatser utvärderats. Ett exempel på ett sådant dokument är IPPHEC - Improve the Preparedness to give Psychological Help in Events of Crisis, som bl.a. bygger på erfarenheter från självmordsattentaten i London, 2005 och Madrid, 2004 (2009). I en sammanställning av erfarenheter om psykologiskt och socialt stöd efter sex katastrofer i fem länder (två jordbävningar, en med efterföljande tsunami, en orkan, två terrorhändelser och en skolskjutning) sammanfattas centrala aspekter i stödinsatserna (Reifels et al., 2013). Några huvudpunkter som återfinns i flera av dokumenten är:

- Det måste finnas en väl utarbetad övergripande krisplan, som är samordnad med olika verksamheters egna planer.
- Planen måste vara väl känd inom olika verksamheter ingående i beredskapen.
- Det måste finnas personal med god psykologisk och psykotraumatologisk kunskap.

- Gemensamma övningar ökar sannolikheten för goda insatser när en allvarlig händelse inträffar.
- Samverkan och koordinering av stödinsatserna är den viktigaste och mest utmanande uppgiften.
- Omedelbara insatser bör omgående riktas till alla berörda av händelsen (allmänheten) för att tillgodose basala behov som personlig trygghet och skydd, mat och dryck, goda sanitära förhållanden samt praktiskt och ekonomiskt stöd.
- Psykologiskt och socialt stöd ska omfatta alla aktiviteter som förbättrar individers, familjers, grupper och samhällsviktiga institutioners förmåga till kontroll och positiva bemästringsstrategier.
- Insatserna ska i så stor utsträckning som möjligt underlätta återupprättandet av normala rutiner och behöver därför bygga på den egna befolkningens stödstrukturer inklusive kommunala och landstingsdrivna verksamheter. Detta förutsätter lokal kunskap om samhällets resurser till stöd men också vetskap om sårbarhet i befolkningen.
- Insatserna förutsätter korrekt bedömning av behoven utifrån händelsens konsekvenser, reaktionerna på olika nivåer (individ till organisation) samt tillgängliga resurser.
- Information behöver vara samordnad och korrekt för att sprida lugn och förhindra ryktesspridning. Familjer behöver så snabbt som möjligt få information om vad som hänt familjemedlemmar och få råd om hur/när/vart de kan vända sig för att få hjälp.
- Identifiering av sårbara personer med behov av akut psykologiskt stöd, vilka därefter ska överföras till specialiserad vård.
- Proaktivt förhållningssätt med uppsökande och v.b. upprepad stödkontakt.

I den vetenskapliga litteraturen delas socialt stöd in i emotionellt, praktiskt och informativt stöd. (House, 1988). Det emotionella stödet kan bestå av kärlek, vänskap och solidaritet medan det praktiska mer handlar om fysisk närhet och hjälp med nödvändiga sysslor. Det informativa stödet kan omfatta information och rådgivning. En del av det som ingår i sociala stödet har överförts till stödinsatser, som kan ges av olika aktörer i samhällets kris- och katastrofberedskap och

kallas då krisstöd eller psykologisk första hjälp. Utifrån ett kristeoretiskt perspektiv används ibland olika nivåer av stöd som då delas upp i krisstöd, krisintervention och kristerapi (fokuserad traumaterapi) (Shea et al., 2007).

I Socialstyrelsens terminologilista talar man om psykosocialt omhändertagande och definierar detta som ett psykologiskt, psykiatriskt och socialt stöd som ges till drabbade för att förebygga negativa efterverkningar. I Veileder for psykosociala tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet i Norge, 2011) definieras psykosocialt stöd som insatser som sjukvården, socialtjänsten och andra samverkande aktörer ger vid potentiellt traumatiserande händelser för att bistå drabbade individer, grupper eller hela samhällen. I motsvarande skrift från Danmarks socialstyrelse avses med psykosocialt stöd krisstöd och kristerapi kompletterad med socialt stöd (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Olika former av stöd

Stödinsatser behöver utformas efter drabbades olika behov och är därför av olika karaktär i nära anslutning till händelsen respektive senare i förloppet. Den första insatsen vid en allvarlig händelse handlar om att rädda liv och minska de kroppsliga men också de psykiska skadorna så mycket som möjligt. Hur polis, räddnings- och sjukvårdspersonal agerar spelar stor roll för hur drabbade, såväl vuxna som barn kommer att reagera psykiskt på sikt och vilket förtroende de kommer att ha för dessa myndigheter i framtiden. Behovet av medicinskt och i viss mån praktiskt stöd klingar snabbt av samtidigt som behovet av psykologiskt och socialt stöd ökar. Man kan dela in stödinsatserna i akuta (< 1 vecka), medellånga (1 vecka - ≤ 1 månad) och långsiktiga (1 mån - 1 år) (Socialstyrelsen, 2008 b). Det finns även andra tidsindelningar. Oavsett hur man delar upp insatserna tidsmässigt så är indelningen inte exakt och stödinsatserna blir beroende av vilka skador händelsen åstadkommit. Man behöver därför i tidigt skede börja planera för långsiktiga stödinsatser.

Generellt rekommenderas ett proaktivt förhållningssätt från krisstödjande instanser. När det gäller drabbade personer/familjer rekommenderas att dessa om de drabbats av förluster, allvarlig kroppslig skada eller befinner sig i risk för långsiktig psykisk ohälsa

på grund av att de redan innan händelsen varit särskilt sårbara, i tidigt skede får en kontaktperson med uppdrag att följa upp personen/familjen.

Stödinsatser för barn och ungdomar följer i huvudsak samma modell som för vuxna. För unga människor behöver man beakta barnets/ungdomens ålder och därmed den kognitiva, emotionella och språkliga utvecklingen. Åldern spelar roll för hur barnet/ungdomen uppfattar situationen, vad hen kan och behöver förstå. Krisstödjare behöver förmedla viktiga budskap på ett sätt som drabbade barn och ungdomar kan förstå (Brymer et al., 2006; Pfefferbaum et al., 2013).

Akuta psykologiska och sociala stödinsatser

Stödinsatserna behöver inriktas mot de omedelbara behov som själva händelsen åstadkommit. De omedelbara behoven handlar i stor utsträckning, förutom om medicinsk vård, om att människor får komma i skydd, får mat och dryck samt viktig information om vad som hänt deras närstående. Att fokus i inledningsskedet efter en händelse hamnar på praktiska åtgärder är naturligt och nödvändigt men om man enbart fokuserar på praktiskt stöd finns risk för att man inte tillgodoser andra viktiga behov av existentiell och psykologisk karaktär.

Det är önskvärt att alla som kommer från en skadeplats, även kroppsligt oskadade, får träffa personal med psykotraumatologisk kunskap. Detta är sällan möjligt då det rör sig om många drabbade personer, som dessutom önskar få komma hem till sina närstående så snabbt som möjligt. Man behöver emellertid se till att samtliga registreras för att möjliggöra en aktiv uppföljning. Ansvaret för registrering på uppsamlingsplatser för skadade respektive oskadade ligger på polisen. Det är viktigt att aktörer som ansvarar för psykologiskt och socialt stöd så snabbt som möjligt får tillgång till polisens namnlistor.

Det är också önskvärt att alla som varit med om en händelse, i vilken de kunde ha blivit allvarligt kroppsligt skadade, får träffa sjukvårdspersonal för att bli kroppsligt undersökta oavsett om de har synliga tecken på kroppslig skada eller inte. Utöver att

sjukvårdspersonal initialt inte upptäckt kroppsliga skador finns det försäkringsmässiga skäl att undersöka alla. Dessutom har den kroppsliga undersökningen en lugnande effekt eftersom kroppsliga och psykiska reaktioner, som är vanliga i nära anslutning till händelsen, kan upplevas som skämmande och farliga. Undersökningen kan med fördel också användas för att göra en triagering d.v.s. en bedömning av den drabbades behov av omedelbart psykologiskt och/eller socialt stöd. Denna undersökning kan göras på en uppsamlingsplats för lätt skadade eller på en vårdcentral alternativt närsjukhus som då bemannats med personal med psykologisk och social kompetens.

Stödinsatser för att underlätta återhämtning

Vid allvarliga händelser inrättar man, såväl på sjukhus som ute i kommunerna, stödcentrum för anhöriga och/eller närstående, där de kan få information och stöd. Dessa centrum, som ingår i landstingets och kommunernas krisberedskap, bemannas oftast av krisstödspersoner med särskilt ansvar för psykologiskt och socialt stöd. Under senare år har primärvården förstärkts med psykologer och socionomer, som utöver ett akut stöd också skulle kunna ge ett mera långsiktigt stöd. I Norge har primärvården ett stort ansvar för uppföljning efter allvarliga händelser och erfarenheter där efter exempelvis Tsunamikatastrofen 2004 har varit positiva (Hjemdal, 2007).

Det mera långsiktiga stödet till kris- och katastrofdrabbade människor bör utgå från den kommun de bor i (Socialstyrelsen, 2008 c). Arbetsplatser, förskolor och skolor har en viktig roll för såväl tidigt som mera långsiktigt stöd. Erfarenheterna från tidigare katastrofer talar för att man från kommunerna i samverkan med hälso- och sjukvården behöver vara aktivt uppsökande antingen genom telefonsamtal eller genom personliga besök (Helsedirektoratet, 2011; Reifels et al., 2013).

I katastrofsammanhang finns det stort behov hos drabbade att träffa människor som varit med om samma händelse (Saari, 2005; Michélsen et al., 2007). Denna form av stöd vid allvarliga händelser har i Sverige inte utgått från den offentliga hälso- och sjukvården eller socialtjänsten utan från Svenska kyrkan och andra

frivilligorganisationer. Trots att denna typ av stöd ofta använts vid allvarliga händelser finns det få studier som utvärderat dem. Om man skapar grupper för överlevande eller sorggrupper för förlustdrabbade är det viktigt att det finns en beredskap att starta en sådan aktivitet, att grupperna har en tydlig tidsram och att grupperna leds av välutbildad och erfaren personal (Högeling Drozin et al., 2008). Det är fördelaktigt om gruppaktiviteterna ingår som en del i det psykologiska och sociala stödet. Vid dödsfall är ritualer i form av begravningar och minnesstunder ofta till stor hjälp i sorgprocessen. Att få återvända till platsen för händelsen kan också vara till hjälp både för de som befunnit sig i området och deras närstående. Ansvar för sådana aktiviteter kan tas av kommunerna som kan organisera dessa med hjälp av frivilligorganisationer.

För drabbade personer som befinner sig i riskzonen för utveckling av psykisk ohälsa eller som efter en allvarlig händelse utvecklat psykiatrisk sjukdom i form av depression, PTSD eller annat behöver det finnas öppenvårdsmottagningar med personal som utöver sedvanlig psykiatrisk kompetens också har psykotraumatologisk kunskap.

Det har i samband med många tidigare allvarliga händelser konstaterats att det långsiktiga stödet inte ingått som en naturlig del i landstingens och kommunernas krisberedskap. Man har hänvisat till den ordinarie linjens hälso- och sjukvård, vilket visat sig leda till att det psykologiska stödet blivit bristfälligt.

Verksamheter inom landsting och kommuner med ansvar för psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser

Landstinget

Inom landstinget finns PKL- grupper (Psykologisk/psykiatrisk katastrofledning). Denna verksamhet etablerades i Stockholms läns landsting 1990 och tillkom på initiativ från dåvarande Krismottagningen vid Huddinge sjukhus (nuvarande beteckning: Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK) för att råda bot på den vid mitten av 1980-talet nästan totala bristen på beredskap att möta drabbade människors psykologiska, sociala och existentiella behov i samband med allvarliga händelser. PKL-

organisationen i SLL kom senare att stå som modell för andra landsting genom Allmänna råd från Socialstyrelsen (SOS, 1992) som togs fram som en följd av bussolyckan i Måbødalen 1988 och reviderades 1996 (SOS, 1996).

PKL-organisationen i SLL har utvärderats och förslag på förändringar har tagits fram för att tillgodose såväl kortsiktigt som långsiktigt stöd också i framtiden (Håkanson, 2012). Organisationen består av särskilt utbildade tvärprofessionella ledningsgrupper på Stockholms läns samtliga sju akutsjukhus. Till sin hjälp har PKL-grupperna regionalt utbildade krisstödspersoner. PKL-gruppernas uppgift är att planera, organisera och leda och utvärdera stödsatser då det egna sjukhuset är mottagande sjukhus. I SLL ligger uppdraget att hålla en PKL-verksamhet på akutsjukhusen. På andra håll i Sverige kan uppdraget ligga under andra verksamheter, vanligast psykiatrin.

De verksamheter som är representerade i PKL-grupperna och som deras krisstödjare kommer från, är akutsjukhusens kuratorsorganisationer, psykologorganisationer om sådana finns på sjukhuset samt sjukhuskyrkan. Psykiatriker, psykologer, kuratorer och ibland sjuksköterskor och mentalskötare ingår också i PKL och kommer då från vuxenpsykiatrin och BUP (Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO). En grupp som skulle kunna fylla en viktig funktion inom PKL är kuratorer och psykologer inom primärvården. Representanter från primärvården har i begränsad omfattning funnits i en eller två PKL-grupper i SLL (Håkanson, 2012). För övergripande PKL-samverkan inom SLL finns sedan 1991 en samarbets- och nätverksgrupp, som varit betydelsefull för utvecklingen av dagens PKL-verksamhet (Håkanson, 2012). För PKL-verksamhetens grund- och vidareutbildningar ansvarar RKK på uppdrag av Enheten för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB).

Kommuner

De flesta kommunerna i Sverige har en verksamhet kallad POSOM (Psykologiskt och socialt omhändertagande). Denna verksamhet är sedan mitten av 1990-talet en etablerad del i de flesta kommunernas krisberedskap och består i allmänhet av en samordningsgrupp som till sin hjälp har krisstödsgrupper. Modellen togs fram och spreds

genom Räddningsverket. En kartläggning av krisberedskapen i kommunerna som genomfördes av Socialstyrelsen och länsstyrelserna visade att de flesta kommunerna i landet hade POSOM-grupper (KBM, 2004). Samordningsgruppen kunde bestå av representanter från socialtjänsten, skolan, kyrkan, räddningstjänsten, primärvården och polisen. Till skillnad från PKL, som ska aktiveras vid allvarliga händelser, kan POSOM-gruppen också aktiveras vid mindre omfattande händelser, som kan vara potentiellt traumatiserande.

Socialstyrelsen har definierat POSOM-grupp som en grupp som verkar inom kommunen och är avsedd att leda och samordna det psykologiska och sociala omhändertagandet av drabbade, anhöriga och personal vid allvarlig händelse (Socialstyrelsens termbank, www.socialstyrelsen.iterm.se). I vissa kommuner och stadsdelar i Stockholms stad används benämningen krisgrupp i stället för POSOM-grupp och personalsammansättningen i gruppen kan variera. Tidigare kunde POSOM-grupper på sina håll verka som en självständig ledningsgrupp, men numera ingår grupperna på många håll i kommunernas krisberedskapsorganisation och leds av en socialchef. Någon övergripande sammanställning över kommunernas POSOM-grupper i Stockholms läns 26 kommuner fanns inte då detta projekt påbörjades. Det sågs därför som värdefullt att kartlägga POSOM-verksamheten som en del i kommunernas psykologiska och sociala krisberedskap.

Behov av samverkan för psykologiskt och socialt stöd

Samverkan har blivit ett nyckelord i myndighetspråk och i politiska samtal och har under senare år kommit att bli en rekommenderad lösning på en rad olika svårlösliga problem (Uhr, 2009). I regeringsdirektiv och dokument från myndigheter talas om vikten av samverkan och att effektiv krishantering förutsätter samverkan. Man definierar samverkan som en dialog och samarbete som sker mellan självständiga och sidoordnade samhällsaktörer för att samordnat uppnå gemensamma mål (Regeringskansliet, 2009). Olika aktörer i samverkansgrupper har ofta utgått från olika perspektiv och tolkat begreppet utifrån sina egna behov.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har under några år ekonomiskt stött forsknings- och utvecklingsprojekt kring samverkan vid allvarliga händelser. Myndigheten har också i rapporter sammanställt aktuell kunskap om och behovet av samverkan (MSB, 2011). Man har som vägledning och stöd för organisationer som är ansvariga för insatser vid allvarliga händelser tagit fram en rapport om gemensamma grunder för samverkan (MSB, 2014).

Samhället har blivit alltmer komplext, vilket också återspeglar sig i samhällets krisberedskap. Den svenska krishanteringsmodellen med olika aktörer, som har olika ansvar och befogenheter, roller och uppgifter vid allvarliga händelser, bygger på samverkan. Kommunala krisplaner utvecklas både centralt i kommuner och län och inom olika verksamheter som kommunerna har ansvar för t.ex. skola och omsorg. Samordning mellan dessa planer och landstingets hälso- och sjukvård är nödvändig. Denna samordning har i takt med en allt snabbare privatisering av funktioner inom såväl landsting som kommuner ytterligare komplicerats. Hur samverkan i krisplanering och fördelning av ansvar mellan olika privata entreprenader och övrig kommunal och landstingsdriven verksamhet ser ut när allvarliga händelser inträffar är kritisk.

Gränsdragningen vad gäller ansvarsfördelning mellan landsting och kommuner vid allvarliga händelser är ofta otillräckligt definierad. Samverkan mellan berörda organisationer samt tydligt ledningsansvar och mandat är en av de viktigaste framgångsfaktorerna när det gäller att få ut adekvat psykologiskt stöd till en drabbad befolkning. Samverkan blir särskilt viktig vid händelser då resurserna är begränsade, t.ex. om händelsen eller konsekvenserna av den blir långvariga. Brister i ledningsfunktioner, samverkan och informationsgivning är den vanligaste orsaken till bristfälligt stöd såväl vid inträffade nationella som internationella stora olyckor och katastrofer. Betydelsen av ansvar, samverkan och ledning av det psykologiska och sociala stödet har bekräftats av erfarenheterna av insatserna vid terrorhändelserna i Oslo 2011 (Helsedirektoratet, 2012). Erfarenheter från katastrofövningar brukar visa på samma bister.

När detta projekt startade fanns ett pågående projekt om samverkan i Stockholms län som sedan januari 2015 utgör en ordinarie funktion, Samverkan Stockholmsregionen. Denna samverkan syftar till att stärka den gemensamma förmågan att hantera händelser såväl i vardagen som vid kriser och katastrofer genom att a) utgöra ett forum för omvärldsbevakning, analys och koordinering, b) skapa samlade lägesbilder och underlag för beslut för samverkande aktörer och c) vid behov bidra till samordnad kommunikation och information (Länsstyrelsen, 2014).

Lagar och förordningar

Det svenska systemet för samhällsskydd och beredskap regleras av några vägledande principer:

Ansvarsprincipen som innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala situationer också har det vid en allvarlig händelse. I propositionen Stärkt beredskap – för säkerhets skull (Regeringens proposition, 2007/2008:92) framhålls att berörda organisationer utöver ansvaret för den egna verksamheten också har ansvar för att initiera och bedriva sektorsövergripande samverkan.

Likhetsprincipen som innebär att aktörer inte ska göra större förändringar i organisationen än vad situationen kräver. Verksamheten ska så långt möjligt bygga på samma organisation som i vardagsarbetet.

Närhetsprincipen som innebär att händelsen ska hanteras där den inträffar.

Verksamhetsansvar som innebär att varje myndighet eller organisation har fortsatt ansvar för sina verksamhetsområden. Verksamhetsansvaret i samband med allvarliga händelser skall sammanfattas i en krisplan för verksamheten.

Geografiskt områdesansvar utgör ett komplement till verksamhetsansvaret och regleras i lagen om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (SFS, 2006:544). Det geografiska områdesansvaret är uppdelat på tre nivåer, den lokala (kommunen), regionala (länsstyrelsen) och den centrala (regeringen). På varje nivå finns en skyldighet för utpekade organisationer att säkerställa att samordningen fungerar mellan aktörerna inom det egna geografiska området, både i det förberedande skedet, under och efter en allvarlig händelse. Man menar att en god krishanteringsförmåga kan uppnås genom att varje aktör, utöver att ta ansvar för sina egna uppgifter, ser till att det finns en samverkan med andra aktörer. I propositionen Stärkt beredskap – för säkerhets skull (2007/08:92) pekas MSB på den

övergripande statliga nivån ut som en sammanhållande aktör för de gemensamma insatser som behövs för att hantera en allvarlig händelse. På lokal nivå har kommunerna en skyldighet att samverka med andra kommuner, landstinget, verksamheter i privat regi samt med trossamfund och andra frivilligorganisationer.

Lagar, föreskrifter och vägledningar av betydelse för psykologiskt och socialt stöd

Kommunernas och landstingens ansvar regleras genom lagstiftning om *Kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap* (SFS 2006:544). Kommuner och landsting har ett samordningsansvar för krisberedskap i det egna geografiska området och ska utifrån lagen och en överenskommelse med staten genom SKL se till att följande finns:

- Krisledningsnämnd
- Krisplan
- Risk- och sårbarhetsanalyser
- Samordning av krisberedskapen genom sitt geografiska områdesansvar
- Regelbundna utbildningar och övningar

I *Kommunallagen* (SFS 1991:900) ges grunden för kommunernas uppdrag och här regleras kommunernas och landstingens organisation och ansvarsområden.

I enlighet med 2 kap. 6 § får landstingen ta hand om sådana angelägenheter som kommunerna egentligen skall sköta, om det finns ett betydande behov av samverkan och detta inte kan tillgodoses på något annat sätt.

I *Socialtjänstlagen, SoL* (SFS 2001:453) framgår att kommunen har det yttersta ansvaret för att personer som vistas i kommunen får det stöd de behöver både under normala förhållanden och vid allvarliga händelser. Enligt denna lag har socialtjänsten ett särskilt ansvar för barn och unga, äldre, funktionshindrade, missbrukare, anhörigvårdare och brottsoffer. Dessutom har man ansvar för information och uppsökande verksamhet såväl under normala förhållanden som vid en krissituation.

Enligt ovanstående två lagar har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen, både egna invånare och de som tillfälligt vistas där, får den hjälp och stöd som de behöver. Socialtjänsten har oberoende av situation ansvar för psykologiskt, socialt och praktiskt stöd. I en studie på en bussolycka i en kommun, där de drabbade i huvudsak kom från andra kommuner i länet, kunde man konstatera att det rådde stor oklarhet vad gällde samverkan mellan inblandade organisationer, vilket ledde till osäkerhet om vem som skulle ansvara för det omedelbara stödet; hälso- och sjukvården, socialtjänsten i den egna kommunen, grannkommunen eller en privat entreprenad (Michélsen et al., 2009). Det fanns i de planer vi granskat inga riktlinjer för kommunernas insatser vid händelser där de drabbade i huvudsak bor utanför kommunens geografiska område.

Socialtjänstens uppgifter vid kriser beskrivs också i Socialstyrelsens skrift *Krisberedskap inom socialtjänstens område. Vägledning för planering* (SoS, 2009).

Landstingens uppgifter och ansvar framgår i olika dokument. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) finns bestämmelse om att landstingen skall planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Lagen föreskriver också att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS, 2013:22) ersätter Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap (SOSFS, 2005:13). Ingen av föreskrifterna innehåller särskilt mycket information om den psykologiska och sociala beredskapen. I föreskriften från 2005 står det att det i varje landsting ska finnas minst en PKL-grupp, något som tagits bort 2013. Där står att landstinget ska planera för att kunna erbjuda krisstöd till den som har drabbats av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa som en följd av en allvarlig händelse. Krisstödet bör organiseras i samverkan med kommunernas socialtjänst. Man skriver också att krisstödet kan innefatta avlastningssamtal, psykologisk debriefing och psykosocialt omhändertagande, vilket inte överensstämmer med aktuell syn på vad som bör ingå i krisstöd.

I 5 § anges att landstinget ska planera för samverkan inom den egna verksamheten vid en allvarlig händelse. Planeringen av samverkan bör genomföras med representanter för landstingsledningen, sjukhusens ledning, primärvården, ambulanssjukvården, smittskyddsläkaren och larmcentralerna. Även ansvariga för kommunikation, service och tekniska funktioner bör delta.

Man skriver vidare att samverkan med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå också kan vara aktuell och ger som exempel på sådana aktörer; kommuner, andra landsting, kommunal och statlig räddningstjänst, regionala polismyndigheter, statliga förvaltningsmyndigheter samt frivilligorganisationer.

2008 utgav Socialstyrelsen ett kunskapsunderlag som ersatte ett allmänt råd *Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer (SoS, 1991:2)*. Kunskapsunderlaget *Krisstöd vid allvarlig händelse. Kunskapsstöd för socialtjänst och hälso- och sjukvård (SoS, 2008 c)* beskriver dåvarande aktuella kunskapsläge, men är fortfarande användbart.

Lagen om skydd mot olyckor (SFS 2003:778) ersätter den tidigare räddningstjänstlagen. Lagen syftar till att ge ett tillfredsställande och likvärdigt skydd mot olyckor med hänsyn tagen till gällande lokala förhållanden. Lagen innehåller bestämmelser om de åtgärder som stat, kommun och enskilda ska vidta till skydd mot olyckor. Kommunernas ansvar har utvidgats till ett samordningsansvar för olycksförebyggande och skadebegränsande åtgärder.

Offentlighets- och sekretesslagen, OSL (SFS, 2009:400) innehåller bestämmelser om tystnadsplikt men också sekretessbrytande bestämmelser och bestämmelser om undantag från sekretess. För den som deltar i det psykologiska och sociala stödet och gör det i egenskap av anställd inom socialtjänst, hälso- och sjukvård, räddningstjänst, skola och polis gäller samma sekretess/tystnadsplikt som inom ordinarie tjänst. Detta innebär förbud mot att lämna såväl muntliga som skriftliga uppgifter. Polis omfattas av förundersökningssekretess kopplat till utredning av brott.

Innan en uppgift lämnas ut av personal som omfattas av sekretess måste uppgiftslämnaren vara säker på att utlämnandet inte leder till "men" för vare sig den berörda personen eller för en närstående.

Sekretesslagen brukar uppges vara ett hinder för samverkan mellan olika aktörer vid en allvarlig händelse. Emellertid finns det i lagen sekretessbrytande bestämmelser (kapitel 1). Om den drabbade är vid medvetande kan hen lämna samtycke till att uppgiften lämnas ut. Det finns inga krav på att samtycket ska vara skriftligt men Justitieombudsmannen har i ett ärende (JO, 1999-12-30, dnr 2669-1988) ansett att man inom socialtjänsten bör införskaffa ett skriftligt samtycke, då uppgifterna ofta är av känslig natur.

Sekretesslagen hindrar inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet enligt kap 10 28 §. Av 26 kap 9 § framgår att sekretess inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården inte hindrar informationsutbyte om det gäller barn under 18 år och deras närstående om detta är nödvändigt för att kunna ge nödvändig vård, behandling eller stöd. En anmälningsskyldighet till socialnämnden finns gällande barn och ungdomar som far illa.

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

Polislagen (SFS, 1984:387).

Arbetsmiljölagen (SFS, 1977:1 160), som tillkommit för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt för att skapa en god arbetsmiljö.

Arbetsstyrelsens föreskrift om första hjälpen och krisstöd (AFS 1999:7) som anger vilka stödåtgärder som behöver vidtas i samband med olyckor och andra allvarliga händelser, som kan utlösa krisreaktioner. I skriften anges att alla arbetsplatser ska ha beredskap och rutiner för första hjälpen och krisstöd.

Smittskyddslagen (SFS, 2004:168).

Material och metod

Materialet till kartläggningen har till största delen samlats genom intervjuer. Dessutom har kris- och katastrofplaner samlats in och granskats.

Kartläggningen består av intervjuer med representanter på ledningsnivå eller med särskild kunskap inom katastrofberedskapen i SLL, SLSO, kommuner, Länsstyrelsen, polisen, Svenska kyrkan, Svenska Röda Korset (SRK), Rädda Barnen (RB) och Civilförsvaret. Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK) har tidigare genomfört intervjustudier och den aktuella kartläggningen byggde på likartade principer (Michélsen et al., 2009; Håkanson, 2012). Under 2013 genomfördes en intervjustudie med ledningspersoner i samtliga Stockholm stads stadsdelar.

I kommunerna intervjuades ledningspersoner och ansvariga för krisorganisationen. Samtliga kommunledningar kontaktades. Avsikten var att i varje kommun genomföra två intervjuer, en med kommundirektör och säkerhetsansvarig och en med socialchef och POSOM-chef om denne var annan person än socialchefen. Två kommuner avböjde att vara med i kartläggningen. I några kommuner valde kommundirektören att ha med socialchefen så att det i dessa kommuner endast blev en intervju.

I Stockholms läns landsting intervjuades hälso- och sjukvårdsdirektören som representant för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. I landstinget fanns en särskild traumaenhet för vård av kroppsligt skadade på Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, vars chef intervjuades. På samtliga sju akutsjukhus i landstinget fanns etablerade PKL - grupper (PKL = Psykologiska/psykiatriska katastroflednings-grupper) och var och en av dessa intervjuades. Landstinget hade en särskild enhet med ansvar för den katastrofmedicinska beredskapen; EKMB, Enheten för katastrofmedicinsk beredskap. Denna enhet ansvarade också för funktionen tjänsteman i beredskap (TiB).

Inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) fanns verksamhetsområdena primärvård, vuxen- och barn/ungdoms

psykiatri (BUP) samt geriatrik. Cheferna inom de psykiatriska verksamheterna och chef primärvården centralt intervjuades först. Därefter chefer och medarbetare inom olika sektioner som fanns inom såväl vuxenpsykiatri som BUP. Därutöver intervjuades representanter från länskriminalpolisen och ansvarig för krisstöd inom polisen, Svenska kyrkan, Svenska Röda Korset, Rädda Barnen och Civilförsvaret. Eftersom en del av sjukvården lagts på privata entreprenader intervjuades också chefläkare på Capio S:t Görans sjukhus och chefer från Praktikertjänst (primärvård) och Prima (vuxenpsykiatri och BUP). Sammantaget genomfördes 77 intervjuer.

Följande intervjuer genomfördes:

- 24 kommuner inklusive ledningen för Stockholms stad
45 intervjuer
- SLSOs högsta ledning
1 intervju
- Vuxenpsykiatri; högsta ledning, ledning för 3 psykiatriska sektorer och 1 privat entreprenad (Prima)
5 intervjuer
- BUP; högsta ledning, ledning för 3 verksamhetsområden och 5 specialenheter, traumaenheten
6 intervjuer
- Samordnare primärvård, privat entreprenad (Praktikertjänst)
2 intervjuer
- SLL; ledning, EKMB, PKL, TCK, privata entreprenader
11 intervjuer
- Frivilliga organisationer; SRK, RB, Civilförbundet
3 intervjuer
- Polis; Länskriminalen, personalavdelningen
2 intervjuer
- Trossamfund; Svenska Kyrkan
1 intervju
- Länsstyrelsen
1 intervju

Intervjuerna genomfördes i huvudsak av två utomstående intervjuare, den ena med mångårig erfarenhet av kris- och katastrofarbete och den andra med erfarenhet från arbete med kriser

och organisationer. Personer i SLLs och SLSOs högsta ledning intervjuades av två personer från RKK. En person med särskild barnpsykologisk kunskap intervjuade ledningspersoner inom BUP.

En delvis strukturerad intervju användes med frågor inom 10 olika frågeområden:

begrepp, samverkanspartners, planering inför en allvarlig händelse, entreprenader i privat regi, krisplaner, ledning och kompetens, krisstöd, erfarenhet av händelser, utbildning och övning, förutsättningar och hinder för samverkan. Mot slutet av intervjun ställdes en fråga om önskemål om ett framtida övningsscenario (Bilaga 2).

Intervjun inleddes med att intervjuarna betonade att kartläggningen handlade om psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse. Då frågor om samverkan ställdes upprepades detta och intervjuarna betonade igen att fokus låg på hur och med vem man samverkade för att kunna ge sådant stöd. Frågan var inledningsvis öppen varefter de intervjuade fick en lista på olika samverkanspartners för att få med sådana som de intervjuade eventuellt glömt bort.

Inom några frågeområden skilde sig frågorna något mellan olika intervjuade organisationer beroende på att vissa frågor bedömdes inte var relevanta för alla.

Inför intervjuerna gjordes en provintervju med personer från en kommunledning utanför Stockholms län. De ansåg att frågorna var relevanta och möjliga att besvara. Intervjuerna spelades in på band. Efter varje intervju antecknade intervjuarna väsentlig information från varje fråga på ett dataformulär. I de fall intervjuarna var osäkra på vad som sagts under intervjuerna lyssnade de av banden och kompletterade eventuella oklarheter.

Intervjuerna genomfördes i organisationernas egna lokaler och tog mellan 45 minuter och 2 timmar. Projektledaren träffade intervjuarna efter prointervjun samt vid tre tillfällen under intervjutiden för att gemensamt resonera om erfarenheterna från intervjuerna. Det framkom inget som nödvändiggjorde förändringar av frågorna.

I slutet av intervjun gjordes ett försök att sammanfatta men också få en uppfattning om olika nivåer av samverkan genom att använda en samverkansstege i vilken de intervjuade satte ett X vid den högsta formen av samverkan. Fyra möjliga nivåer på samverkan fanns; från ingen samverkan alls till den högsta nivån av samverkan, där man tagit beslut om samverkan och samordnad aktion för psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse. Den andra nivån, samtal, definierades som utbyte av information om psykologiskt och socialt stöd. Nästa nivå av samverkan benämndes samsyn/ samförstånd och definierades som en avstämning om hur parterna såg på psykologiskt och socialt stöd, huruvida man hade en gemensam syn på eller en överenskommelse om hur stödet skulle se ut och att ingendera partnern skulle kunna genomföra åtgärden på egen hand (Fig. 1).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Samtal: Utbyte av information om psykologiskt och socialt stöd2a. Samsyn: Avstämning hur parterna ser på psykologiskt och socialt stöd2b. Samförstånd: Överenskommelse om hur stödet ska se ut och att ingendera partnern kan genomföra åtgärden på egen hand3a. Samverkansbeslut: Beslut om samverkan för psykologiskt och socialt stöd |
|--|

Fig. 1. Nivåer av samverkan rörande psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse.

De skriftliga svar som intervjuarna skrivit ner på en datafil fördes över till en databas. Svaren på frågorna tematiserades och sammanställdes av en forskningsassistent. Därefter sammanställdes resultaten av intervjufrågorna av två av författarna där den ena sammanställde data från intervjuer med kommuner, polis, länsstyrelsen, Svenska kyrkan och frivilligorganisationer och den andre arbetade med landstingets verksamheter. Dessa resultat fördes därefter samman till en sammanhängande. För att säkerställa att viktiga svar inte gått förlorade eller feltolkats gick sammanställningen tillbaka till de två medarbetare, som gjort den

första datasammanställningen, för granskning. Slutligen återfördes hela resultatet till samtliga intervjuare för ytterligare granskning. Hela rapporten skickades därefter ut på remiss till samtliga personer, som intervjuats, för att möjliggöra korrektion av direkta felaktigheter.

Resultat

Resultaten redovisas fördelat på a) kommuner, b) Stockholms läns landsting, c) Polisen, d) Länsstyrelsen och e) Svenska kyrkan och frivilligorganisationer. På grund av att vi valt att återge de begrepp som de intervjuade använde sig av i resultatdelen innehåller texten olika benämningar på kris- och katastrofplaner liksom för olika psykologiska och sociala stödformer.

I intervjun ombads de intervjuade också att skicka in sina krisplaner. Krisplaner samlades också in från kommunernas och landstingets hemsidor.

Krisplaner och händelser som de är till för

A. Kommuner

Flera kommuners krisberedskap har utanför detta projekt granskats av externa revisionsbyråer utifrån kraven på kommunerna (Botkyrka, Lidingö, Nacka, Nynäshamn, Södertälje, Upplands-Bro, Värmdö, Österåker). Inriktningen har varit på styrning, krisorganisation och planering, risk- och sårbarhetsanalyser, geografiskt områdesansvar, utbildning- och övningsverksamhet, dokumentation samt finansiering. I några revisionsrapporter nämns förekomst av plan för POSOM, men vi har inte funnit någon där man närmare undersökt planerna för psykologiskt och socialt stöd.

Samtliga kommuner hade en krisplan. I flera kommuner hade man tagit fram särskilda planer när det gäller POSOM - verksamhet. Stadsdelarna i Stockholms stad hade egna krisplaner, som i vissa stadsdelar synkroniserats med stadens centrala plan. I flera stadsdelar hade man skrivit delplaner för att göra den mer tillgänglig i skarpt läge.

Krisplanen aktiverades i de flesta kommunerna när en händelse var av sådan karaktär att ordinarie verksamhet inte klarade uppgiften. De flesta intervjuade kallade en sådan situation för en extraordinär händelse och hänvisade till Lagen om extraordinära händelser (SFS,

2006). Flera gav exempel på extraordinära händelser som tsunami, stora olyckor, långdraget elavbrott, stormar eller pandemi. Sigtuna kommun, som har Arlanda flygplats inom sitt ansvarsområde, hade med flygolyckor i sin krisplan. Centrala ledningen för Stockholms stad lade stort ansvar på respektive stadsdel och menade att man hanterade händelsen på central nivå när stadsdelen inte ansåg sig klara konsekvenserna av händelserna på egen hand eller då händelsen berörde mer än en stadsdel. I flera kommuner hade man direktiv till sina förvaltningar om att ta fram egna krisplaner. Det förväntades att förvaltningar och enheter skulle klara "mindre kriser" på egen hand. I en kommun uttryckte man det som att den övergripande planen "är en livlina när inte verksamheterna klarar situationen på egen hand".

Några kommunledningar menade att kommunens krisledningsnämnd hade ansvar vid extraordinära händelser men att krisplanen också kunde aktiveras vid vardagshändelser. Under den senaste 5-årsperioden hade krisledningsnämnd kallats in i en av de 24 intervjuade kommunerna. Exempel på sådana händelser då krisplanen aktiverats var händelser i skolor, bränder eller trafikolyckor. En kommunledning menade att planen vara avsedd för olika typer av krishändelser. Som exempel på hur en liten händelse lett till stora följdverkningar och där krisplanen kommit till användning berättades om en tonåring som hoppat framför ett pendeltåg. I enstaka kommuner kunde intervjupersonerna inte ge exempel på händelser då planen skulle aktiveras.

B. Stockholms läns landsting (SLL)

I SLL fanns en regional katastrofmedicinsk plan. I denna beskrevs den psykologiska/psykiatriska katastrofledningsgruppen (PKL), dess organisation, uppdrag och ledning med ansvar för psykologiskt och socialt stöd till direkt drabbade, närstående och sjukvårdspersonal.

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) hade en egen katastrofplan som inkluderade verksamhetsområdena primärvård, vuxen – samt barn- och ungdomspsykiatri (BUP), geriatrik och avancerad vård i hemmet (ASIH). Denna plan som gällde för åren 2012-2013, d.v.s. då intervjuerna genomfördes, hänvisade till SLLs regionala katastrofmedicinska plan, men beskrev inte vilka insatser av

psykologiskt och social karaktär som SLSO kunde ansvara för. Enligt denna plan fanns BUP inte med i SLSOs katastrofledning, något som ändrats i en senare version av katastrofplan för åren 2014 - 2015.

Parallellt med SLLs och SLSOs regionala katastrofplaner togs inom landstinget ytterligare en regional plan fram 2009, som man benämnde krishanteringsplan. En ny version av denna finns sedan maj 2015 kallad "Plan för krisberedskap med planeringsinriktning inför allvarlig händelse respektive för krisledningsnämnden vid extraordinära händelser". I planen, som omfattar landstingets alla förvaltningar, finns en kommunikationsplan och uppgifter om krisledningsnämndens ansvar och roll. Planen hänvisar till riktlinjerna i den regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen för SLL vad gäller organisation av det psykologiska krisstödet.

Stockholms läns landsting hade således regionala beredskapsplaner vilka hade olika benämningar. Därutöver fanns lokala planer på samtliga sju akutsjukhus i länet liksom för olika verksamhetsområden i SLSO. Capio, S:t Görans sjukhus, som är privatägt, hade samma avtal som de landstingsägda sjukhusen vad gällde katastrofmedicinsk beredskap. Utöver en lokal plan för Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, hade Traumacentrum (TCK) och Astrid Lindgrens barnsjukhus egna katastrofmedicinska planer. På Södersjukhuset hade Sachsska barn- och ungdomssjukhuset en egen katastrofmedicinsk plan. Aktiebolaget Storstockholms Lokaltrafik (SL), som är ett av Stockholms läns landsting helägt aktiebolag, hade en separat krisplan som inte omfattade psykologiskt och socialt stöd.

Enligt högsta ledningen i SLL skulle katastrofplanen aktiveras vid händelser som planen angav. Senast man beslutade om stabsläge var i samband med ett snöoväder, 2012. På Capio S:t Görans sjukhus hade den katastrofmedicinska planen aktiverats i samband med en brand på ett äldreboende.

I SLSOs katastrofplan fanns ingen gemensam plan för primärvården utan varje vårdcentral skulle enligt chefläkaren upprätta en egen plan. Som skäl till detta hänvisade primärvårdsledningen till att det inte fanns avtal om katastrofmedicinsk beredskap för primärvården. Omkring 60 % av vårdcentralerna drevs av privata entreprenader,

som i denna studie representerades av Praktikertjänst. Praktikertjänst hade en plan som benämndes kommunikationsplan och var ett koncernledningsdokument som årligen uppdaterades. Planen beskrev i huvudsak larmvägar och var avsedd att användas av personal för händelser som berörde den egna personalen.

Katastrofplanen skulle enligt SLSOs ledning aktiveras vid såväl "externa som interna katastrofer" men också vid händelser av mindre omfattning t.ex. händelser som utgjorde ett hot mot verksamheten. Samordnaren av primärvården angav att planen skulle användas vid händelser vid vilka man behövde aktivera somatiskt och/eller psykologiskt och socialt stöd.

Ledningen för vuxenpsykiatrien hänvisade till SLSOs övergripande katastrofplan. Enligt de intervjuade cheferna preciserades inte i planen vid vilka händelser den skulle aktiveras. Däremot skulle detta framgå i de lokala planer som alla psykiatriska verksamheter fått i uppdrag att ta fram utifrån risk- och sårbarhetsanalyser. Informationen från dessa analyser skulle sammanföras till Länsakuten som skulle förmedla informationen vidare till SLSO.

Inom BUP:s ledning kände man inte till om BUP hade en egen katastrofplan. Man visste inte heller vilka aktörer som BUP skulle samverka med vid en allvarlig händelse. Man hänvisade till att man inte fått något uppdrag att ta fram en plan trots återkommande årliga vårdgivarmöten med beställarna av vård i landstinget. Vid dessa möten deltog också privata entreprenörer. Det fanns ett Psykiatriskt råd men de intervjuade hade hittills aldrig sett katastrofplanering som en punkt på dagordningen. Cheferna för BUP:s konsultenheter respektive sektorerna beskrev egna krisplaner som berörde egen personal. Inom BUP träffades verksamhetschefer divisionschefen varje vecka men hittills hade inte katastrofberedskap funnits med på agendan.

C. Länskriminalpolisen

Rikspolisstyrelsen hade tagit fram mål och strategi för Polisens krisberedskap för 2008 - 2012. Enligt intervjupersonen fanns det en plan för polisinsatser som gällde alla typer av katastrofer, t ex stora olyckor (flyg, tåg) eller terrorattentat där många drabbas.

Länskriminalen hade inte en egen regional plan utan man använde sig av den som utgick från den övergripande polismyndigheten. Vid katastrof drog man igång ett katastrofregister. Man hade dock varit sparsam med att använda sig av katastrofregistret. En plan som rör mindre händelser har efterfrågats inom polisen. Det fanns inga planer som omfattade psykologiskt och socialt stöd.

D. Länsstyrelsen

Länsstyrelsen hade en krisplan, som var tänkt att användas vid extraordinära händelser. Länsstyrelsen har enligt intervjupersonen ett uttalat ansvar för beredskapen för kärnkraftolyckor enligt lagen om skydd mot olyckor.

E. Svenska kyrkan och frivilligorganisationer

Svenska kyrkan hade publicerat en handbok i krisberedskap (*Svenska kyrkan, 2007*). I enlighet med denna fanns det beredskapsplaner på regional nivå d.v.s. på stiftsnivå. Stockholms stift sammanfaller geografiskt inte med Stockholms län. Enligt intervjupersonen var planen på regional nivå tänkt att användas vid t.ex. händelser på en skola eller vid en allvarlig bussolycka. I planen ingick en intern plan om stöd till egen personal.

Svenska Röda Korset hade ingen egentlig krisplan. Enligt intervjupersonen fanns det riktlinjer kring uppstart vid en allvarlig händelse och larmlistor. Organisationen beskrevs som flexibel.

Rädda Barnen hade en krisplan med inriktning på den egna personalens hälsa, såväl för personal utomlands som i Sverige. Denna plan handlade om hot mot personal, rån, överfall och sexuella övergrepp.

Civildförsvaret hade ingen krisplan. Man hade larmlistor. Tanken var att Civildförsvarets insatser skulle kunna användas som ett komplement till insatser från kommuner och polis varför man hänvisad till dessa organisationers krisplaner.

Implementering och synkronisering av krisplanen

A. Kommuner

I de flesta kommunerna intervjuades kommundirektör tillsammans med säkerhetschef och socialchef med POSOM-ansvarig. Svaren skilde sig delvis åt beroende på vilken intervjugrupp man tillhörde. I elva kommuner var man överens om att krisplanen implementerats ute i verksamheterna. Detta hade gjorts genom information till samtliga verksamhetschefer och genom utbildningar, handböcker, informationsmöten och workshops. I nio kommuner menade kommundirektörer och säkerhetschefer att planen var förankrad medan socialchefer/POSOM-ansvariga uppgav att den inte var känd eller att de inte visste om den implementerats. I tre kommuner var man överens om att planen inte implementerats. I en av kommunerna ansåg högsta ledningen att implementering inte var meningsfull medan socialchefen hade en motsatt uppfattning. Genomgående ansåg man att planen var väl känd av chefer medan det rådde osäkerhet vad gällde andra anställda inom kommunen.

Inom kommunernas egna verksamheter hänvisades till att POSOM hade planer som antingen fanns med i den övergripande planen eller synkroniserats med den. Några intervjupersoner angav att skolor, förskolor och äldreomsorg, både kommunala och privata, hade egna planer. Man hänvisade till att bl.a. arbetsmiljölagen krävde att privata aktörer skulle vara synkroniserade med kommunerna och att kommunerna måste följa styrdokument som beslutats i fullmäktige. I många av kommunledningarna kände man till eller antog att räddningstjänst, polis och svenska kyrkan hade egna krisplaner. Den kommun som aktiverats vid olyckor på Arlanda flygplats kände till Swedavias krisplan. Socialchefer och POSOM-ansvariga uppgav i högre utsträckning än kommundirektörer/säkerhetschefer att de inte kände till huruvida andra verksamheters planer synkroniserats med kommunens övergripande plan. I sju kommuner fanns en samstämmighet om att kommunens och andra verksamheters planer synkroniserats och att detta uppnåtts via samverkansmöten, systematiserad samverkan, genomgång av larmvägar och arbete på att ta fram en gemensam nomenklatur.

I de flesta kommunerna hade man begränsad kunskap om landstingets katastrofmedicinska plan. I fem kommuner var den känd av både kommundirektörer och socialtjänstchefer och de angav att de fått kunskap om den via Projektet för Samverkan, Stockholmsregionen (SSR). Landstingets plan var minst känd hos socialchefer/POSOM-ansvariga. PKL-verksamheten kände de flesta socialchefer och POSOM-ansvariga till medan åtta kommundirektörer/ säkerhetschefer inte gjorde det. Landstingets katastrofmedicinska plan och PKL-verksamheten var känd i samtliga Stockholms stadsdelsförvaltningar genom utbildningar från Enheten för kris- och katastrofpsykologi.

B. Stockholms läns landsting

HSF, EKMB och PKL-grupperna på sjukhusen angav att den katastrofmedicinska planen implementerats på sjukhusen och inom deras respektive verksamheter. Samtliga sjukhus hade regelbundet genomfört katastrofövningar och i samband med dessa tillämpades de katastrofmedicinska planerna. Kunskap om både regionala och lokala katastrofmedicinska planer spreds inom landstinget genom årligt förekommande utbildningar, som ledning på sjukhus, sjukvårdsgruppsutbildning och PKL-utbildningar. Hos PKL-grupperna rådde en osäkerhet om huruvida planen till fullo implementerats ute i de somatiska verksamheterna. På Capio S:t Görans sjukhus hade man enligt den intervjuade ledningspersonen lagt den katastrofmedicinska planen högst upp på intranätet, väl synlig och pedagogiskt uppbyggd med både färger för olika stabslägen och med en "flash" för inträffad händelse.

Enligt ledningen för SLSO hade katastrofplanen spridits till de olika verksamheterna men bland dessa införlivats i olika omfattning. Man var också medveten om att kunskapen om planen var bristfällig på sina håll. Man hade i en kvalitetskontroll genom en enkät konstaterat att 20 % av verksamheterna saknade katastrofplaner. Enligt ledningen för primärvården hade SLSOs katastrofplan inte implementerats på vårdcentralerna. Man var inte klar över om de privata vårdgivarna har egna katastrofplaner eftersom avtal med dessa gjordes direkt med beställarna. För Praktikertjänsts

vidkommande fanns deras krisplan tillgänglig som information på intranätet men då kopplat till stöd till egen personal.

Enligt ledningen för vuxenpsykiatri hade SLSOs katastrofplan implementerats i de egna verksamheterna och synkroniserats med de lokala katastrofplanerna. Av de tre intervjuade sektorcheferna angav två att deras sektor hade egna planer, som synkroniserats med såväl SLSOs övergripande plan som med den katastrofmedicinska planen för det sjukhus, som de samverkade med. Ledningen för en av de psykiatriska sektorerna uppgav att den sektorn inte hade tagit fram någon katastrofplan. Prima, som är en privat entreprenad för såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatri hade en övergripande katastrofplan och det skulle finnas planer på varje enhet och avdelning. Enligt ledningen på Capher S:t Görans sjukhus var sjukhuset katastrofmedicinska plan synkroniserad med vuxenpsykiatri, däremot kände man inte alls till BUPs och primärvårdens katastrofplanering. Praktikertjänsts kommunikationsplan och SLSOs katastrofplan hade inte synkroniserats.

Den högsta landstingsledningen kände till att det inom SLSO fanns katastrofplaner för vuxenpsykiatri, BUP och primärvården och man hade en förhoppning om att dessa var synkroniserade med den övergripande katastrofmedicinska planen.

PKL-grupperna kände inte till SLSOs katastrofplanering med undantag för en av PKL-grupperna, som hade en översiktlig kunskap om den. Osäkerheten inom PKL-grupperna om BUPs och vuxenpsykiatriens katastrofplanering hade ökat i takt med att BUP och vuxenpsykiatri på sina håll inte längre var representerade i PKL-grupperna. Flera PKL - grupper kände till att Svenska kyrkan hade en egen krisplan. Vad gällde kunskapen om innehållet i kommunala krisplaner var detta föga känt inom sjukvården. Däremot fanns det PKL-grupper som väl kände till lokala POSOM-grupper verksamheter.

C. Länskriminalpolisen

Polisen uppgav att man samarbetade med räddningstjänst och sjukvård, för sjukvårdens vidkommande både på skadeplats och på sjukhusen. Intervjupersonen kände väl till PKL-organisationen men visste inget om landstingets katastrofmedicinska plan.

D. Länsstyrelsen

Krisplanen var känd inom Länsstyrelsen men intervjupersonen antog att den inte var känd ute i kommunerna. Planen hade inte synkroniserats med kommunerna krisplaner. Intervjupersonen antog att en viss samordning erhöles genom att risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) identifierade gemensamma behov i länet. Landstingets katastrofmedicinska plan liksom PKL-verksamheten kände de intervjuade till. Länsstyrelsen hade en regional samverkanskurs på en vecka för personer i kommunerna och i den presenterades PKL och landstingets övriga beredskapsorganisation.

E. Svenska kyrkan och frivilligorganisationer

Enligt de intervjuade representanterna för frivilligorganisationerna hade ingen organisation planer som synkroniserats med katastrofplaner i landstinget eller krisplaner i kommunerna. Intervjupersonen från Svenska Röda Korset (SRK) kände till landstingets katastrofmedicinska plan och PKL-verksamheten. SRK hade också erfarenhet av att arbeta tillsammans med krisstödjare från PKL-organisationen vid Tsunamin 2004. PKL-verksamheten var också känd inom Rädda Barnen. Civilförsvaret hade just inlett ett samarbete med landstinget, men intervjupersonen kände varken till landstingets katastrofmedicinska plan eller PKL-verksamheten.

Larmvägar och krisledning

A. Kommuner

Av 24 kommuner angav 11 kommuner att larm först gick till en tjänsteman i beredskap (TiB), som sedan kontaktade kommundirektör, säkerhetschef eller någon gång berörd förvaltningschef. I 12 kommuner gick larmet först till

säkerhetsansvarig alternativt till kommundirektören. En kommun skilde sig från de övriga genom att larmet gick till en kommunikatör i beredskap. Vid behov sammankallas i alla kommunerna en krisledning. Stockholms stad, den ojämförligt största kommunen, var indelad i 14 stadsdelar där varje stadsdel hade en egen krisledning.

Kommunernas krisledning bestod i allmänhet av kommunledningen eller delar av förvaltningsledningen och leddes av kommundirektör/stadsdelsdirektör. I krisledningen ingick vanligen kommundirektör, säkerhetschef och förvaltningschefer inklusive socialchef. I 12 kommuner deltog också kommunikationschef och i tre kommuner hade man med en kommunjurist. I 19 kommuner utpekades socialchefen som ansvarig för det psykologiska och sociala stödet vid en allvarlig händelse. Övriga kommunledningar nämnde kommundirektör eller säkerhetschef. I en kommun påstod säkerhetschefen att socialchefen inte hade något ansvar alls utan det var säkerhetschefen som på egen hand, efter kontakt med kommundirektören, tog beslut om att koppla in POSOM-gruppen. Säkerhetschefen ansåg också att om räddningsledaren bedömt att det fanns ett behov av POSOM-insatser så gällde den bedömningen.

I samtliga intervjuade kommuner fanns en POSOM-grupp (Psykologiskt och socialt omhändertagande grupp). Även om de intervjuade personerna från Stockholms stads centrala ledning uppgav att samtliga 14 stadsdelar hade en POSOM-grupp så kallades denna grupp för POSOM i enbart fyra stadsdelar. Den vanligaste benämningen var resursgrupp, stödgrupp eller krisgrupp. Hur POSOM aktiverades var de intervjuade ledningspersonerna helt överens om i 16 kommuner medan kommundirektör/säkerhetsansvarig och socialchef/POSOM-ansvarig i åtta kommuner hade lite olika uppfattning om larmvägen. Enligt de intervjuade kom larmet till POSOM-gruppen oftast via någon i kommunens krisledning; kommundirektör, säkerhetsansvarig, förvaltningschef/socialchef eller TiB. I några kommuner gick larmet på jourtid via socialjour, övrig tid via någon i kommunledningen. Några kommuner angav att larmet också kunde gå direkt från räddningstjänst eller polis och i en kommun kunde POSOM-gruppen aktiveras sig själv. En kommun påpekade att deras

POSOM-grupp tidigare aktiverat sig själv, något som kommunledningen ändrat på.

Vilken funktion POSOM- grupperna hade och deras sammansättning återkommer vi till längre fram.

B. Stockholms läns landsting

I SLL framgick larmvägarna i den regionala katastrofmedicinska planen. Larmet gick alltid via SOS-Alarm till en tjänsteman i beredskap, TiB som i sin tur kontaktade en person i HSFs ledning (landstingsdirektör eller chefläkare). Vid vilka händelser TiB skulle kontaktas framgick i den regionala katastrofmedicinska planen. Katastrofledning inom landstinget kallas Regional katastrofmedicinsk ledning (RKML). Inom landstinget hade man utöver normalläget tre lägen för beredskapshöjning. Varje beredskapsläge fanns beskrivet i en fastställd stabsinstruktion. SLL hade sedan många år en etablerad konsultfunktion till TiB med experter för psykologiskt och socialt stöd anställda i Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK). TiB kontaktade enheten vid händelser där psykologiska följdverkningar eller särskilda stödinsatser kunde behövas även utan att en förhöjd beredskapsnivå intagits. Vid samtliga förhöjda beredskapslägen kontaktades enheten enligt fastställd larmplan och då RKML etablerades kom en expert från enheten att under ledning från RKML samordna och leda de psykologiska och sociala stödinsatserna. Även om denna praxis funnits i minst 15 år fanns den inte reglerad i ett skriftligt avtal, vilket i intervjun framkom som en otydlighet kring ansvaret för det psykologiska och sociala stödet.

RKML leddes initialt av TiB men ledningen kunde övertas av chefläkare eller landstingsdirektör. I RKML organiserades arbetet under fem funktioner; analys och ledning, information, personal och underhåll, samband och sekretariat. I funktionen analys/ledning ingick en psykotraumatologisk expert, en funktion som benämndes PKL-samordnare (numera regional krisstödsledare). Vid samtliga tillfällen då RKML etablerats har experten kommit från RKK.

På samtliga sju akutsjukhus fanns en motsvarighet till den regionala katastrofmedicinska ledningen och samma beredskapsnivåer

användes. Vid allvarliga händelser etablerades i en ledningscentral en katastrofmedicinsk ledningsgrupp. På sjukhusen fanns en PKL-grupp med ansvar för att leda det psykologiska stödet på sjukhuset. PKL-gruppen var representerad i både den lokala medicinska katastrofkommittén och den katastrofmedicinska ledningsgruppen. Capiro S:t Görans sjukhus hade samma avtal rörande katastrofmedicinsk beredskap som de landstingsägda sjukhusen och sjukhuset skilde sig inte åt vad gällde katastrofmedicin organisatoriskt från de övriga sjukhusen.

På Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, fanns sedan år 2007 ett regionalt traumacentrum för svårt skadade patienter (Traumacentrum Karolinska, TCK). Vid allvarliga händelser larmades sjukhuset av landstingets TiB och när larmet nått sjukhusets akutmottagning kontaktades traumajour och/eller chefläkaren. PKL-organisationen larmades på sjukhuset på likartat sätt som på övriga sjukhus. Chefen för TCK ansåg att detta centrum borde vara representerat i RKML.

Primärvård, psykiatri, såväl för vuxna som för barn och ungdomar (BUP), samt geriatrik låg organisatoriskt i en egen resultatenheter, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). SLSO hade tagit fram en egen katastrofplan. Någon i SLSOs högsta ledning, oftast sjukvårdsdirektören eller en av chefläkarna, larmades via landstingets TiB. Någon var i allmänhet nåbar men det fanns ingen angiven beredskapsfunktion. Vid behov sammanträdde en krisledning bestående av sjukvårdsdirektör, chefläkare, samordnare för primärvården och psykiatrin. Vem som skulle kallas till ledningsgruppen avgjordes av händelsens art och omfattning. Om RKML etablerats skulle enligt SLSOs krisplan någon av chefläkarna delta i arbetet där. Huvuduppgiften var där att upprätthålla en sambandsfunktion mellan RKML och SLSOs ledning samtidigt som man kunde bidra med kunskap om tillgängliga resurser inom primärvård och psykiatri. I landstingets högsta ledning var man osäker på vilken roll chefläkare från SLSO skulle ha i RKML.

Enligt ledningspersonerna i vuxenpsykiatrin skulle de kallas till katastrofledningen av sjukvårdsdirektör eller dennes ersättare. Larm kunde också gå i omvänd ordning d.v.s. från SLSOs verksamheter till ledningen.

Intervjuade chefspersoner från BUP var osäkra på hur larmvägarna till BUP såg ut. De antog att de skulle larmas av BUP:s divisionschef. BUP fanns enligt SLSOs katastrofplan inte representerat i katastrofledningen. BUP:s konsultenheter larmades på sjukhus via kurator. De intervjuade verksamhetscheferna beskrev olika larmvägar. Vid större händelser som Tsunamikatastrofen larmas områdescheferna uppifrån i linjen, d.v.s. från BUP:s divisionschef. Vid Tsunamikatastrofen kontaktades man både från BUP:s ledning och av sjukhusdirektör. Verksamhetscheferna larmade i sin tur enhetscheferna. En områdeschef antog att media troligen skulle bli den första informationskanalen. Någon sa att vid en händelse som Tsunamikatastrofen kunde man ta egna initiativ. Verksamhetschefen för Traumaenheten var osäker på om och hur enheten skulle larmas eftersom det inte fanns någon krisledning inom BUP. Enligt de intervjuade cheferna ingick inte psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse i BUP:s uppdrag

Samordnaren för primärvården kallades senast till katastrofledningen i samband med Tsunamin 2004. Vid andra händelser t.ex. den sociala oron under sommaren 2013 blev samordnaren inte inkallad till något katastrofledningsmöte.

C. Länskriminalpolisen

Larm till polisen gick först till chefen för utredningsroteln. Man har en krisledning bestående av fem personer med erfarenhet som stabschef. Handlingsplan för egen personal fanns däremot inte för psykologiska och sociala stödinsatser riktade mot allmänheten. När psykologiska och sociala behov uppmärksammades kontaktades andra verksamheter som kommuner eller landsting.

D. Länsstyrelsen

Länsstyrelsen hade en beredskapsorganisation med en TiB-funktion, som delades av åtta personer från beredskaps- och säkerhetsavdelningen. Det fanns en krisledning, som leddes av landshövdingen. Vem som kallades till denna hängde samman med vad det var för en händelse och dess omfattning. Det fanns ingen funktion på Länsstyrelsen med ansvar för psykologiskt och socialt

stöd. Frågor om krisstöd måste lyftas till krisledningen av en samverkanspart exempelvis kommuner eller landsting.

E. Svenska kyrkan och frivilligorganisationer

Svenska kyrkan hade en TiB-funktion i stiftet. TiB kontaktade kyrkoherde varefter en krisledningsgrupp sammanskallades. I denna ingick TiB, biskopen, stiftsdirektörer och chef för kommunikationsenheten.

Svenska Röda Korset hade också en TiB-funktion. Vid lokala händelser kopplades en lokal beredskapssamordnare in. Vid en större händelse etablerades en stab som leddes av generalsekreteraren. Det fanns ingen regional krisledning.

Rädda Barnen hade endast beredskap för egen personal. Vid större händelse kunde Rädda Barnens ledning i form av Sverigechef och generalsekreterare kopplas in.

Civildförsvaret kunde larmas via organisationens ordförande.

Psykologiskt och socialt stöd

A. Kommuner

I samtliga kommuner ansåg de som intervjuats, och här förelåg en näst intill total samstämmighet mellan kommundirektörer/säkerhetschefer och socialchefer/POSOM-ansvariga, att det är POSOM-gruppen och dess resurspersoner som ska se till att drabbade får psykologiskt och socialt stöd under och omedelbart efter en allvarlig händelse. I initialskedet, särskilt under jourtid, sågs socialjouren som en resurs, som flera kommuner använt sig av, och som kunde ge krisstöd i väntan på att andra kommunala verksamheter tog över det fortsatta arbetet. Ledningen för tre kommuner ansåg att den ordinarie verksamhetens personal i första hand skulle ge nödvändigt stöd och att POSOM-gruppen skulle kunna vara ett kompletterande stöd till verksamheten. I två kommuner delade man upp ansvaret mellan kommun och landsting. Här menade man att alla som behövde sjukvård p.g.a. kroppslig

skada skulle tas om hand av hälso- och sjukvården medan kroppsligt oskadade skulle ges stöd från kommunen.

Eftersom POSOM är den organisation som Socialstyrelsen, MSB och Länsstyrelsen hänvisar till när det gäller psykologiskt och socialt stöd i kommunerna ställdes frågor om POSOM-gruppens ledning, personalsammansättning och kompetens samt gruppens omedelbara och långsiktiga uppgifter efter en allvarlig händelse.

POSOM-grupper fanns i samtliga 24 kommuner, som ställde upp för intervju, även om begreppet POSOM inte användes av alla. Informationen från fyra av kommunerna var inte komplett varför personalsammansättningen endast redovisas för 20 POSOM-grupper.

I de flesta kommunerna utgjordes POSOM av en ledningsgrupp och en krisstödsgrupp. I enstaka kommuner var det samma personer i ledningsgruppen som i krisstödsgruppen. Socialchef var oftast huvudansvarig för verksamheten men POSOM-gruppen kunde ha en annan chef (kallades för POSOM-chef, POSOM-ledare eller POSOM-ordförande). Gruppen leddes i allmänhet av en chef från någon av förvaltningarna. Ledningsgruppen bestod av personer från olika förvaltningar, exempelvis socialförvaltning, barn - och ungdom, äldreomsorg, hemtjänst och kultur/fritid. I gruppen kunde det också finnas representanter för polisen, räddningstjänst, skolan, svenska kyrkan, primärvård, vuxenpsykiatri och BUP. Räddningstjänsten var oftast representerad i gruppen (16/20) följt av Svenska kyrkan (12/20) och Polisen (11/20). Representant för skolan fanns i hälften av POSOM-grupperna. Hälso- och sjukvården representerades oftast av primärvården (11/20) medan vuxenpsykiatri och BUP mera sällan ingick (7/20 respektive 5/20).

Stödpersonerna (kallade stödpersoner, resurspersoner, "fältare") kom i hög utsträckning från socialtjänsten och andra förvaltningar inom kommunen, Svenska kyrkan eller skolan. Stödgrupperna bestod i regel av färre än 20 personer och några av de intervjuade påtalade svårigheter att bemanna dessa. I en av kommunerna talade man om "en halvdöd grupp" och här fanns inga stödpersoner listade. Några av de intervjuade menade att det under senare år skett en professionalisering av krisstödet. Tidigare handlade det mest om

praktiskt stöd medan man idag, i hälften av kommunerna, ansåg att POSOM-gruppen också hade som uppgift att tillgodose ett psykologiskt stöd.

Yrkesmässigt var stödpersonerna oftast socialsekreterare, "fältarbetare", kuratorer, diakoner eller sjuksköterskor. I enstaka intervjuer nämndes också psykologer och läkare.

En fråga handlade om de intervjuade ansåg att de som ska ge psykologiskt och socialt stöd hade tillräckliga kunskaper för att klara detta både i omedelbar anslutning till en allvarlig händelse och i ett långsiktigt arbete. Tjugotvå kommundirektörer/ säkerhetsansvariga menade att så var fallet medan två var tveksamma när det rörde sig om långsiktigt stöd. Socialchefer/POSOM-ansvariga hade en något annorlunda syn på kunskapen. I elva kommuner menade de att man hade god kunskap, i två ansåg man att kunskapen var otillräcklig och i två visste man inte. I sju kommuner ansåg de att kunskap fanns vad gällde omedelbart omhändertagande men att det inte fanns kunskap för långsiktigt stöd. De ansåg för övrigt att POSOM inte skulle ge sådant stöd.

I de flesta kommunerna ansåg de intervjuade att stödinsatser till drabbade var ett tidsbegränsat uppdrag och man uttryckte tveksamhet till att kommunerna skulle åta sig långsiktiga stödinsatser. I några kommuner menade man att långvarigt krisstöd var landstingets ansvar eftersom det då handlade om behandling, vilket var hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

B. Stockholms läns landsting

När det gäller drabbade personer som är kroppsligt skadade och som kommer till sjukhus rådde det samstämmighet inom alla delar av landstinget att PKL-grupperna på sjukhusen skulle ansvara för det psykologiska och sociala stödet där. På sjukhusen fanns förberedda kristelefonlinjer och lokaler för att ta emot närstående. Såväl kristelefoner som anhörigmottagningarna bemannades med krisstödjare från PKL-organisationen. Krisstödjarna hade erfarenhet av att möta krisdrabbade människor och hade gått minst tre dagars

kris- och katastrofutbildning. De hade också deltagit i övningar på sjukhusen. De yrkeskategorier som var aktuella var kuratorer, psykologer, psykiatriker, specialistsjuksköterskor och diakoner/sjukhuspräster samt på S:t Görans sjukhus också mentalskötare. De flesta krisstödjarna med anställning på akutsjukhusen kom från sjukhusens kuratorsorganisation eller sjukhuskyrkan. På Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge och Solna fanns också en psykologorganisation men psykologer på övriga sjukhus liksom övriga krisstödjare kom från vuxen- samt barn och ungdomspsykiatri och primärvården, som organisatoriskt tillhör SLSO.

Att personer både i PKL- och krisstödsgrupperna kom från olika organisationer hade under de senaste åren försvårat nyrekrytering och från SLSOs sida hade man efterfrågat tydliga uppdrag och avtal. För att få SLSOs synpunkter ställdes därför frågor till ledningspersoner i de olika berörda organisationerna om hur de såg på sin egen organisations roll såväl vid akuta som långsiktiga stödsatser. Motsvarande frågor ställdes också till ledningarna i HSF, EKMB, Capio S:t Görans sjukhus, privata entreprenader samt till samtliga PKL-grupper.

SLSOs högsta ledning ansåg att samtliga verksamheter d.v.s. vuxenpsykiatri, BUP, primärvården och EKK hade en viktig roll och skulle bidra med personal under och i nära anslutning till en allvarlig händelse. Någon nämnde även geriatriken som en möjlig stödverksamhet. Man såg lite olika på vilka uppgifter respektive organisation skulle ha.

Primärvårdens samordnare och ledningen för Praktikertjänst menade att personer med lätta kroppsliga skador, men också oskadade, kunde tas emot på vårdcentraler. Samtliga personalkategorier med sjukvårdsutbildning skulle kunna fylla en viktig roll i ett första möte med dessa patienter. Inom primärvården hade man erfarenhet av krisstödjande insatser och primärvården är idag utpekad som första linjens psykiatri. Krisstöd ges av psykologer och kuratorer och man hade på senare år anställt fler psykologer, många med KBT-utbildning. Samordnaren menade att förutsättningarna att ta emot drabbade vid en kommande katastrof hade förbättrats jämfört med

hur det var exempelvis vid Estonia- eller Tsunamikatastrofen. På den vårdcentral där hon då var chef "fattade man inte att man skulle ha tagit emot sörjande eller andra boende i området". Patienter rekommenderades i stället att åka till ett akutsjukhus och i efterhand har hon fått höra av en patient att hon inte orkade kontakta sjukhuset. När det gäller specialiserad behandling för patienter som utvecklat psykisk ohälsa till följd av en allvarlig händelse, menade den intervjuade personen att man kanske kunde välja ut några vårdcentraler, som i så fall skulle få särskilda avtal om långvariga behandlingsinsatser.

Från psykiatrins ledning såg man det som viktigt att psykiatrin finns med i "första ledet" framför allt i expertfunktion. Men eftersom krisreaktioner efter en allvarlig händelse inte utgör en psykiatrisk diagnos menade man från ledningens sida att andra aktörer hade en viktigare roll tidigt i händelseförloppet och att psykiatrin viktigaste funktion var som behandlande resurs senare i förloppet då olika långvariga följdtilstånd uppkommit, t.ex. PTSD eller depression. Dock fanns det en osäkerhet hos flera av de intervjuade cheferna om vilken kompetens som fanns för behandling av PTSD. De yrkesgrupper som psykiatrin kunde bistå med var fr.a. psykologer men också andra med erfarenhet av att arbeta med krisdrabbade människor såsom kuratorer, psykiatriska sjuksköterskor och läkare. Ledningspersonen från Prima, den största privata entreprenaden inom psykiatrin, ansåg också att psykiatrin kunde ha en aktiv roll i inledningsskedet efter en allvarlig händelse men att den viktigaste uppgiften var det långsiktiga stödet. Två sektorchefer betonade vikten av att psykiatrin finns representerad i PKL-gruppen men att man också borde få bistå med krisstödspersoner, förslagsvis ST-läkare, psykologer, socionomer och sjuksköterskor. En av cheferna såg Länsakuten och mobila team som en resurs för att ta hand om drabbade med psykisk sårbarhet eller tidigare känd psykisk sjukdom. En av sektorcheferna menade att det var viktigt att psykiatrin hade katastrofpsykologisk kompetens och han hade därför uppmanat sin personal att gå utbildningar.

Ledningspersoner för BUP:s olika verksamhetsområden uppgav att man inom BUP hade stor erfarenhet av att möta barn och ungdomar som befann sig i kris eller varit utsatta för traumatiska händelser.

Inom BUP fanns dessutom specialister inom området vid en särskild traumaenhet men också på konsultenheter till Astrid Lindgrens och Sachsska barnsjukhusen. Ledningen för BUP menade att dessa specialister borde få övergripande uppgifter vid en allvarlig händelse framför allt i form av konsultation/handledning till andra stödgivare inte minst för att normalisera barns och ungdomars reaktioner. "Alla vill väl men det kan gå för långt, vilket hänger samman med att ångestnivån på stödsidan kraftigt ökar när det handlar om barn och unga". Man hade också uppmärksammat att det saknades kompetens att ta hand om barn psykologiskt på akutsjukhusen.

Samtliga intervjuade chefer såg inte BUP:s personal som krisstödjare i första linjen, däremot önskade man ha en konsultativ roll som experter till andra organisationer ingående i krisstödet men också till skolor. Man gav ett exempel på hur man inte önskade att det skulle gå till i framtiden. Vid Tsunamikatastrofen hade BUP personal ute på Arlanda flygplats för att ta emot hemvändande drabbade från Sydostasien, vilket fick till följd att resurser togs från BUP-mottagningar, som hade behövts för den ordinarie verksamheten.

I det långsiktiga arbetet ansåg BUPs ledning att man på samtliga öppenvårds- mottagningar skulle ta hand om "extremfall" som var i behov av psykiatrisk hjälp. Man ansåg också att BUP kunde bistå med ett långvarigt konsultativt stöd till andra organisationer. Man skulle också kunna ha en pedagogisk funktion till lärare och personal i elevhälsan exempelvis via personal från traumaenheten. En av cheferna ansåg att hon borde finnas med i ledningen för katastroforganisationen.

De intervjuade från både HSF och EKMB menade att igångsättande av det psykologiska och sociala stödet skulle tas i RKML och följa den gång som föreskrivs i den katastrofmedicinska planen. Däremot menade man att det var oklart vem som skulle ta beslut om att insatserna skulle avslutas. Det saknades också en beslutsgång gällande långsiktiga stödinsatser och man ansåg att detta behövde diskuteras liksom vilken roll vuxenpsykiatri, BUP, primärvården och RKK skulle ha. Chefen för EKMB ansåg att RKK hade flera roller att fylla vid en allvarlig händelse. Utöver att från enheten ingå i RKML, som regional PKL-samordnare, var enhetens personal viktig

som rådgivare och diskussionspartner till landstingets TiB. Därför önskade chefen från EKMB ett närmare samarbete med RKK även under planeringsstadiet för att få till en bättre planering och helhetsbedömning inför och under en allvarlig händelse.

Från EKMBs sida menade man att primärvården tillhörde första linjens krisstöd liksom att BUP var en viktig aktör i tidigt skede om barn drabbats. Vuxenpsykiatrien ansågs behöva stå för ett mer långsiktigt stöd.

Vårdinrättningar för att ta emot kroppsligt lätt skadade eller oskadade personer ansåg SLLs ledning fanns på olika håll i sjukvårdssystemet där det också fanns upparbetade rutiner. Man gav som exempel närsjukhus, vårdcentraler, lättakuter/närakuter eller sjukhus som inte är akutsjukhus. Lättakut hade prövats men här saknades rutiner. EKMB ämnade utreda vilka enheter och vilken kompetens dessa kunde behöva för att vara mottagande enheter vid en allvarlig händelse. Vad gällde valet av vårdcentraler såg man vårdval och privatisering som en komplicerande faktor.

PKL-grupperna såg det som sin uppgift att ge krisstöd till kroppsligt skadade personer och deras närstående som kom in till sjukhusen. Man hade förberedda lokaler för att leda krisstödet och man var representerad i sjukhusets katastrofmedicinska ledning. Om lätt skadade kom in till sjukhusen skulle de på några sjukhus slussas till akutmottagningen och på andra till närliggande närakuter. Oskadade skulle hänvisas till krisstödmottagningar på sjukhus. De flesta PKL - ledarna ansåg att lätt skadade inte skulle hänvisas till sjukhusen utan skulle tas om hand inom primärvården medan kroppsligt oskadade skulle erbjudas stöd från kommunerna. PKL-ledare önskade få ha kvar alternativt få tillbaka en representant från vuxenpsykiatrien och BUP i PKL-gruppen. Särskilt önskade man få med personal med barnkompetens. De yrkeskategorier som man framför allt ansåg att BUP, vuxenpsykiatrien och primärvården i framtiden skulle bidra med vid en allvarlig händelse var psykologer, kuratorer, psykiatriker, eventuellt sjuksköterskor och mentalskötare och från primärvården också allmänläkare. Någon betonade vikten av att man inom primärvården måste vara uppmärksam på somatiska reaktioner med psykologisk koppling till en allvarlig händelse. Primärvården sågs som första linjens psykiatri medan BUP och vuxenpsykiatrien ansågs

vara viktigast för behandlingsinsatser i senare skede. PKL- ledarnas erfarenheter från tidigare händelser var att alla organisationer ställt upp med personal även om det inte funnits tydliga avtal.

C. Länskriminalpolisen

Intervjupersonen ansåg att det till viss del var polisens ansvar att medverka till krisstödet men på vilket sätt och av vem framgick inte i intervjun.

D. Länsstyrelsen

Länsstyrelsen var inte direkt involverad i krisstödet utan verkade genom sitt uppdrag som samordnare av kommunerna.

E. Svenska kyrkan och frivilligorganisationer

Svenska kyrkan hade aktiverats vid allvarliga händelser både på stifts- och församlingsnivå. Diakoner och präster hade kunskap och erfarenhet av att möta människor i kris och sorg. Vid inträffade händelser hade kyrkans lokaler öppnats upp för att ta emot drabbade och deras närstående.

Hos Svenska Röda Korset aktiverades frivilliga personer i kretsarna. Svenska Röda Korset hade avtal om att bistå med krisstöd med Swedavia och Viking Line och de som då sätts in har särskild utbildning för sådana uppdrag.

Rädda Barnen hade inget uppdrag för insatser inom Sverige men intervjupersonen menade att man skulle kunna hjälpa till lokalt med psykologer och socionomer.

Civildförsvaret hade inga grupper som skulle kunna bidra till krisstöd på kort eller lång sikt. Intervjupersonen menade att sådant stöd skulle vara professionellt och ges av kommuner, landsting och Svenska kyrkan.

Privata entreprenader

Under senare år har såväl kommuner som landsting lagt ut verksamheter på privata entreprenader. En central fråga var om verksamheter som tidigare omfattats av den psykologiska krisberedskapen fortfarande ingick i denna. Andra frågor handlade om avtal om skyldighet att delta, om privata aktörer fanns med i de kommunala eller landstingets katastrofplanering eller om deras personal hade nödvändig utbildning och kompetens för att delta i krisstödsinsatser vid inträffade allvarliga händelser.

A. Kommuner

Kommunledningarna fick ange i grova mått andelen verksamheter som kommunerna lagt ut på privata entreprenader (0, 0-25 %, 25-50 % eller >50 %). De verksamheter som efterfrågades rörde socialtjänst, skola eller äldreomsorg. I enstaka kommuner drevs socialtjänst och äldreomsorg helt i kommunal regi. Tolv kommuner uppgav att mindre än 25 % av skolverksamheten bedrevs i privat regi medan 25-50 % av skolorna var privata i övriga kommuner. Äldreomsorgen fr.a. inom hemtjänsten var utlagd på privata entreprenader i 50 % eller mer. I en kommun angav man att 87 % av äldreomsorgen drevs i privat regi. Andra verksamheter som uppgavs bedrivas i privat verksamhet var gruppboendestäder inom handikappomsorg, HVB-hem, missbrukarvård och familjerådgivning.

I mindre än hälften av kommunerna uppgav kommunledningarna att det fanns avtal med de privata entreprenaderna om deltagande i krisberedskapen och att de fanns inskrivna i kommunens krisplan (Tabell 1). Kännedom om vilken psykologisk kompetens personalen i de privata entreprenaderna hade var begränsad liksom om de hade byggt in psykologiskt stöd till den egna personalen. Man visste inte men man tog för givet att personalstöd fanns med hänvisning till arbetsmiljölagen och avtalstexter. På frågorna om krisavtal och krisplaner med privata entreprenader skilde sig svaren i hög grad mellan kommundirektörer/säkerhetsansvariga och socialchefer/POSOM-ledare. Socialchefer/POSOM-ledare uppgav i lägre grad förekomst av avtal om krisberedskap och att entreprenaderna fanns med i kommunens krisplan (Tabell 1).

Tabell 1. Privata entreprenaders avtal med kommuner om deltagande i krisberedskap, om de finns med i kommunernas krisplan samt kunskap i kommunernas ledning, om det finns kompetens att ge psykologiskt och socialt stöd samt om man byggt in stöd till egen personal. Interjúsvår uppdelat utifrån interjúer med kommundirektör/säkerhetsansvarig respektive socialchef/ POSOM-ledare.

	Kommundirektör / säkerhetsansvarig			Socialchef / POSOM - ledare		
	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
Avtal med privata entreprenader om krisberedskap	9	11	3	4	7	9
Med i kommunens krisplan	10	9	5	5	4	14
Kännedom om kompetens	5	16	3	3	11	7
Stöd till egen personal	9	3	12	9	1	13

B. Stockholms läns landsting

Ledningspersonerna inom HSF och SLSO angav likartad fördelning mellan privata och landstingdrivna verksamheter. Mest privatiserad var primärvården (60 %) medan 18 % av vuxenpsykiatri, 8-10 % av BUP, 40 % av geriatriken och mer än 50 % av den avancerade sjukvården i hemmet (ASIH) uppgavs bedrivas i privat regi. Ett sjukhus, Capio S:t Görän, var ett fristående aktiebolag och deltog i katastrofmedicinsk beredskap och akuta insatser. Planering och övning reglerades via avtal med SLL. Däremot fanns det inget avtal med Capio - koncernen. När det gällde resurser att ge psykologiskt och socialt stöd fanns anställda kuratorer på sjukhuset medan man vid en allvarlig händelse var beroende av stöd från SLSOs verksamheter.

Inga avtal förelåg mellan TCK och privata aktörer om deltagande i den katastrofmedicinska beredskapen.

PKL-organisationen knuten till Danderyds sjukhus uppgav att det fanns landstingsfinansierade privata verksamheter som kunde bli involverade i deras PKL-insatser genom att psykiatrin delvis drevs i privatiserad form (PRIMA). Man hade samverkan genom att en ledningsperson respektive krisstödjare fanns representerad i PKL-gruppen respektive krisstödsgruppen. Däremot förelåg inget avtal med någon privat entreprenad om deltagande i krisberedskapen, varken med psykiatrin eller med den privatiserade Närakuten.

PKL på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge uppgav att BUP i Tumba var privatiserat och att det inte fanns något avtal om deltagande i krisberedskapen. BUP var inte heller representerat i PKL-gruppen. PKL på Södersjukhuset kände till att psykiatrin på Värmdö drevs i privat regi. Privata entreprenader fanns inte med i sjukhusets eller PKLs krisplaner och man visste inte heller vilken kompetens vad gäller krisstöd som fanns där. Inom några PKL-grupper kände man inte till om sjukhuset eller landstinget centralt hade avtal med privata entreprenader om deltagande i den katastrofmedicinska beredskapen. I den katastrofmedicinska planen på Södertälje sjukhus fanns trots detta en privat vårdcentral med, som dessutom var representerad i PKL-gruppen.

Avtal förelåg enligt SLLs ledning med en del av de privata entreprenaderna om deltagande i den katastrofmedicinska beredskapen i form av såväl akuta insatser som planering och övning. Avtalet rymde en allmän skrivning om deltagande i beredskapen men den intervjuade ansåg att avtalen behövde förtydligas. Från ledningens sida ansåg man att privata aktörer skulle involveras i beredskapen på samma villkor som övriga verksamheter inom landstinget. Man såg särskilt brister i avtalen när det gällde långsiktiga stödinsatser och man ämnade se till att i kommande avtal säkerställa också det långsiktiga psykologiska och sociala stödet. Enligt EKMB hade avtal om katastrofmedicinsk beredskap tecknats med privata ambulansleverantörer och ett helikopterföretag, dock framkom inte i intervjun vad som gällde för psykologiska stödinsatser.

SLSOs ledning uppgav att om det fanns avtal med privata entreprenader inom primärvården så hade dessa avtal gjorts mellan HSF och de privata aktörerna och SLSO hade ingen möjlighet att påverka avtalen. EKMBs ledning antog att man i kommande avtal med SLSO skulle få till en samordning av primärvården och att detta också skulle regleras vid kommande revidering av den katastrofmedicinska planen.

De landstingsfinansierade privata psykiatriska verksamheterna hade enligt ledningen inom psykiatrin samma uppdrag och kompetens när det gäller psykologiskt och socialt stöd som övriga verksamheter. Från vuxenpsykiatrins sida förväntades Capio, S:t Görans sjukhus, Järva Psykiatrin, Ersta, Prima och Capio, Maria liksom mindre aktörer bistå med psykologiska och sociala stödinsatser vid en allvarlig händelse.

Ledningen från BUP utgick från att de landstingsfinansierade privata verksamheterna inom BUP skulle bli involverade i stödinsatser vid en allvarlig händelse och att beställarna tecknat avtal om detta. Ett problem relaterat till samverkan som togs upp var att BUP, SLSO och privata aktörer var konkurrerande verksamheter och man trodde därför inte att man kunde påverka avtalen med beställarna.

Det fanns då intervjuerna genomfördes enligt den intervjuade personen från Praktikertjänst inget skrivet om deltagande i den katastrofmedicinska beredskapen i avtalet med SLL och man fanns inte heller med i SLLs katastrofplanering. Det var oklart vilken kompetens som fanns inom Praktikertjänst för att ge psykologiskt och socialt stöd. Det som fanns var en HR- och en säkerhetsavdelning samt en företagshälsovård med läkare, sjuksköterskor och psykologer.

Förutsättningar för samverkan

Gemensam begreppssyn; psykologiskt och socialt stöd

En grundläggande förutsättning för samverkan om psykologiskt och socialt stöd är att man i olika organisationer använder samma begrepp för de stödinsatser man ska erbjuda. Psykosocialt stöd är ett

vanligt och vedertaget begrepp såväl i Sverige som internationellt, men vad står det för? För att få en ökad förståelse för hur man inom olika organisationer ser på vad som ingår i olika former av stöd delade vi upp begreppet psykosocialt stöd i psykologiskt och socialt stöd.

A. Kommuner

I flera kommuner hade man svårt att skilja begreppen åt och i fyra kommuner talade man om psykosocialt stöd. I en kommunintervju talade man om psykosocialt respektive enbart socialt stöd.

I 16 kommuner lade man i begreppet psykologiskt stöd ett stödjande samtal. Man menade att det i kris- och katastrofsammanhang handlade om att i tidigt skede efter en allvarlig händelse förmedla bekräftelse, stöd, tröst, lugn, skydd från media samt att ge information till drabbade och närstående. Ett psykologiskt stödsamtal hade enligt flera av de intervjuade ett personligt/individualistiskt fokus och handlade till stor del om individens inre liv. I fyra kommuner betonades vikten av att i samtalet identifiera personer i risk för allvarlig psykisk ohälsa.

I sju kommuner beskrevs psykologiskt stöd som en terapeutiskt inriktad insats som skulle ges av psykologer eller andra professionella personer inom hälso- och sjukvården. Några kommuner uppgav också KBT och debriefing som exempel på psykoterapeutiska metoder. I några kommuner ansåg man att psykologiskt stöd inte skulle ges av kommunen utan att sådant stöd var landstingets ansvar. "Rätt profession till rätt uppgift" ansåg man i en kommun.

I några kommuner uppgav man att man försökte skilja på de olika typerna av insatser och att kommunens uppgift var att ta hand om de sociala delarna. Socialt stöd beskrevs som praktiskt stöd respektive socialt stöd. I samtliga kommuner talade man om praktiska insatser för att lösa den akuta situationen. Vanligaste uppgivna åtgärderna var att ordna boende, försäkringar, mat, kläder, pengar men också att ge information. En intervjuperson uttryckte det som "att få vardagen

att fungera” och menade att insatserna skulle vara snabba och kortsiktiga.

I nio kommuner lade man vikt på de drabbades sociala sammanhang och menade att insatser som främjade sammanhållning ingick i socialt stöd. Man såg det som ett ansvar för kommunerna att ordna träffpunkter eller samlingsplatser för informationsförmedling men också mötesplatser där man kunde erbjuda fysisk trygghet och hjälpa till att återförening drabbade med släkt och vänner.

Det framkom olika uppfattningar om vilken typ av stöd POSOM-gruppen skulle bistå med. I minst fyra kommuner särskilde man mellan psykologiskt och socialt stöd och ansåg att man hade kompetens för båda stödinsatserna. I andra kommuner var man tydliga med att POSOM endast skulle ägna sig åt socialt stöd.

B. Stockholms läns landsting

Ledningspersoner i HSF, EKMB och TCK definierade psykologiskt stöd på ett likartat sätt som i kommunerna. Man menade att man med detta stöd påverkade mentala processer hos de drabbade. Stödet beskrevs som ett sätt att emotionellt och psykologiskt stödja de drabbade. Samtliga betonade vikten av man tog reda på drabbades individuella psykologiska behov.

Med socialt stöd avsåg man det stöd som fanns runt individen i hans närmiljö exempelvis skola, arbete och familj och vänner. Man menade att det sociala stödet bl.a. omfattade stöd till närstående, tak över huvudet, försäkringsfrågor och kamratstöd.

PKL-gruppernas svar skilde sig åt. Tre PKL-grupper, där PKL-verksamheten i stor utsträckning byggts upp kring kuratorer, menade att psykologiskt och socialt stöd sitter ihop. Man var van vid begreppet psykosocialt stöd som enligt dessa PKL-ledare handlade om att etablera kontakt och lyssna på de drabbade men samtidigt också ge praktiskt stöd, normalisera psykiska reaktioner och uppmärksamma riskfaktorer. En av dessa PKL-ledare menade att ju längre tid som förflyter efter händelsen desto större blir skillnaden mellan psykologiska och sociala stödinsatser, men då var det inte

PKL-organisationen som skulle bistå de drabbade längre. De övriga PKL-ledarna gjorde en uppdelning mellan psykologiskt och socialt stöd. I begreppet socialt stöd menade de att det ofta handlade om ett "handgripligt arbete" bestående av praktiska åtgärder men också mobilisering av drabbades nätverk.

Inom psykiatrin definierade sektorsledningarna psykologiskt stöd på olika sätt. Några definierade begreppet utifrån vad det kunde innehålla såsom att lyssna, bekräfta och ge råd om hur drabbade kunde mobilisera sina nätverk. Någon jämförde psykologiskt stöd med krisstöd. En sektorchef menade att psykologiskt stöd är det som psykologer ger medan psykoterapi alltmör kommit att kallas psykologisk behandling av psykisk sjukdom eller psykiska problem.

Socialt stöd handlade dels om praktiskt stöd (tak över huvudet, mat), dels om sådant som hade med livssituationen att göra (nätverk, arbete) och som andra verksamheter än psykiatrin ägnade sig åt (socialtjänst, kuratorer på sjukhus).

Sex intervjuer genomfördes med representanter för olika verksamheter inom BUP. Av naturliga skäl fokuserade de intervjuade på stöd till barn och familjer. Man skilde mellan psykologiskt och socialt stöd. Socialt stöd handlade främst om trygghet skapad av vuxna vårdgivare och andra närstående, förskola och skolor. Det sociala stödet kom först och skulle inte ges av BUP, menade flera av de intervjuade. Däremot kunde BUP bistå med konsultation till andra verksamheter för att aktivera nätverk kring barnen. Det sociala stödet kunde enligt BUPs ledning också omfatta omsorg, mat och värme.

Psykologiskt stöd handlade om att med barnen i fokus hjälpa vårdnadshavare att samtala med barnet. I flera av intervjuerna tänkte man i första hand på psykologiskt stöd som både individuell och familjeinriktad behandling. Traumaenheten avsåg med psykologiskt stöd såväl det omedelbara omhändertagandet i ett tidigt skede, som stöd på lång sikt efter en allvarlig händelse. I tidigt skede handlade det om att stötta föräldrarna att ta hand om barnet men också att bedöma risken för psykisk ohälsa och behov av långsiktigt stöd. Man menade att psykologiskt stöd borde ges av professionell personal.

Övriga berörda organisationer fick inte frågan.

Samverkan

A. Kommuner

Flera av de intervjuade tyckte att samverkan var ett svårt ord att definiera. I sju kommuner talade man inte om begreppet utan i stället beskrev man vilka man samarbetade med. I en kommun tyckte man ordet var luddigt och jämförde samverkan med en "tom verktygslåda" som man måste fylla med något för att bli meningsfull. Den vanligaste förekommande beskrivningen av samverkan var ett gemensamt arbete där olika organisationer eller yrkesgrupper kompletterade varandra i avsikt att uppnå högre grad av effekt (10 kommuner).

I två kommuner talade man om samverkan som ett arbetssätt att nå gemensamma mål medan man i tre kommuner avsåg ett gemensamt uppträdande. Andra menade att samverkan stod för samordnad planering (2 intervjuer), utbyte av erfarenheter (2 intervjuer), utveckling av tillit (3 intervjuer) eller som ett sätt att stödja varandra (2 intervjuer). Nio kommuner beskrev POSOM som en samverkansorganisation där olika organisationer och professioner kompletterade varandra.

B. Stockholms läns landsting

Flera av de intervjuade såg samverkan som ett sätt att effektivisera stödinsatserna till drabbade. Exempel på hur detta kom till uttryck var att lägga ihop resurserna, verka tillsammans med andra för att få med olika kompetenser eller samspel av olika kompetenser mot ett gemensamt mål. I flera intervjuer talade de intervjuade mer om förutsättningarna för samverkan och vem man samverkade med än själva begreppets innebörd. Man menade att man måste vara lyhörd, ta ansvar för eget ansvarsområde och samtidigt beakta andra aktörers synpunkter. Flera betonade vikten att ha både organisations- och personkännedom.

EKMB menade att man ofta pratade om samverkan med andra aktörer i samhället. Samverkan kunde omfatta förberedelse inför händelser som kunde inträffa eller då en händelse inträffat försöka formulera en gemensam lägesbild och komma överens om gemensamma insatser. Primärvårdsledningen menade att syftet med samverkan var att individer inte skulle behöva gå från en verksamhet till en annan eller mellan olika geografiska områden för att få hjälp. Samtidigt påpekade man att samverkan under senare år minskat i och med det fria vårdvalet och privatisering.

Ledningen för psykiatrin lade i begreppet samverkan en kontinuerlig dialog och fördelning av arbetsuppgifter mellan olika instanser. Sektorcheferna inom psykiatrin beskrev samverkan som ett sätt att samordna och använda sig av olika tillgängliga resurser för att få största möjliga nytta. Flera betonade vikten av överenskommelse om rollfördelning.

Ledningen för BUP framhöll vikten av samverkan kring familjer. Begreppet samverkan menade man handlade om att "verka tillsammans med andra verksamheter som har något att bidra med" och som exempel angav man socialtjänst och barnmedicin. I flera intervjuer betonade man att samverkan förutsatte att varje verksamhet visste vad den skulle göra och vilket uppdrag man hade. Någon menade att "vi pratar om samverkan hela tiden men det är inte bara att stämma av utan att man samarbetar, att man faktiskt jobbar ihop".

C. Polisen

Enligt polisen innebar samverkan att olika organisationer gjorde saker tillsammans, inte bara överlämning till "präster, sjukvård, anhörigcenter". Polisen övade regelmässigt samverkan med Räddningstjänst.

D. Länsstyrelsen

Enligt länsstyrelsen är samverkan förmågan att tillsammans kunna göra en insats. Länsstyrelsens roll ligger på strategisk nivå att samordna information och sällan nere på individnivå. Det gemensamma ansvaret handlar om att kunna behålla medborgarnas förtroende. Länsstyrelsen referera till Samverkan Stockholmsregionen (SSR) - ett program för samverkan där kommunerna, polisen, räddningstjänst, landstinget trafikorganisationer m fl ingår. Psykosociala frågor diskuteras sällan i detta forum. Landstinget och även kommunerna skulle dock kunna lyfta upp sådana frågor. Informatörerna i länet diskuterar dock sinsemellan hur man ska kunna få information effektiv.

E. Svenska kyrkan och frivilligorganisationerna

Svenska kyrkan beskrev samverkan som att olika aktörer tillsammans arbetade mot en gemensam målgrupp. Varje aktör bidrog med sin kompetens och ansvaret kunde skifta mellan olika aktörer beroende på händelsen. Svenska Röda Korset betonade "samordning, inte beordring" och respekt för olika verksamheters agendor. Intervjupersonen uttryckte detta som "att mötas i ögonhöjd". Övriga organisationer definierade inte begreppet.

Samverkan vid en allvarlig händelse

Vid slutet av varje intervju fick de intervjuade fylla i en lista med olika tänkbara samverkanspartners. I denna kartläggning angavs tre olika nivåer på samverkan från den lägsta nivån kallad samtal till den högsta som innebar att man tagit beslut om att samordna det psykologiska och sociala stödet (Fig 1).

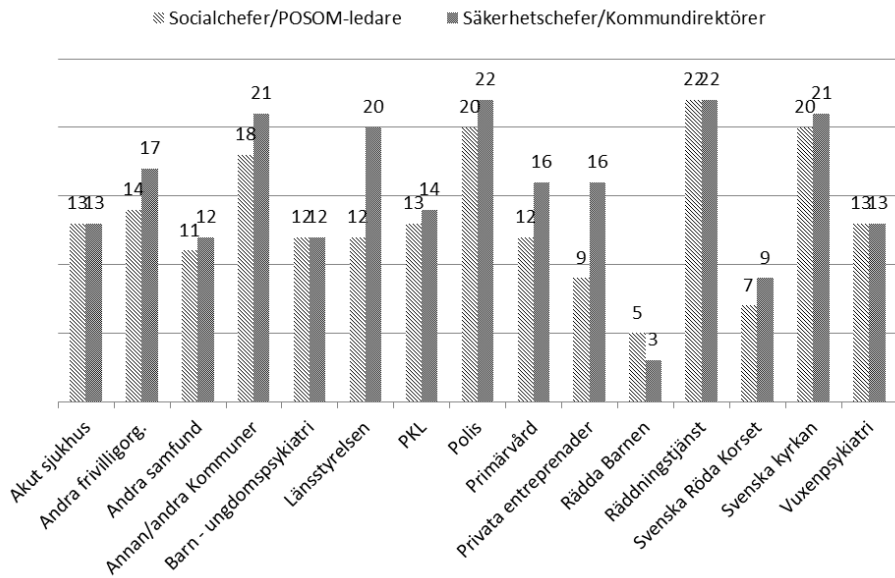
Samtal definierades som ett utbyte av information om psykologiskt och socialt stöd (nivå 1). På nivå 2 fanns samsyn/samförstånd där samsyn definierades som en avstämning om hur parterna såg på psykologiskt och socialt stöd. Med samförstånd avsågs en överenskommelse om hur stödet skulle se ut. I enlighet med denna nivå skulle ingen av de samverkande organisationerna kunna

genomföra åtgärder på egen hand. Den högsta nivån (nivå 3) omfattade samverkansbeslut och samordnad aktion. Då hade organisationerna tagit beslut om att samverka och tagit fram en integrerad krisplan.

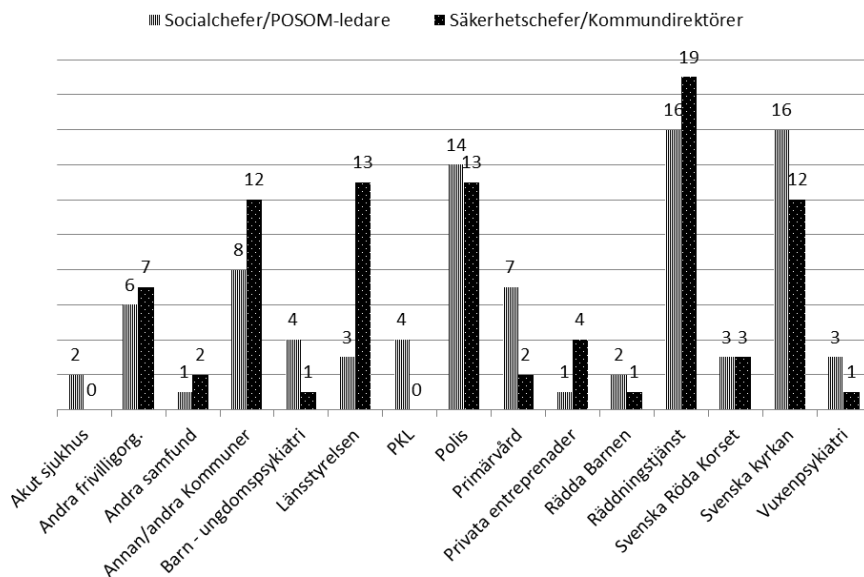
Sammanställning för de olika organisationerna finns i tabellform i Bilaga 2. I intervjun ställdes också frågor om vem man samverkade med.

A. Kommuner

I varje kommun med undantag för en kommun genomfördes två intervjuer, en med kommundirektör/ säkerhetsansvarig och en med socialchef/ POSOM-ledare. Det förelåg en del skillnader beroende på vem som intervjuades men samstämmigheten var god särskilt om man gjorde jämförelse på förekomst av någon form av samverkan (Fig. 1 och 2). I de fall där skillnad i uppfattning förelåg hade kommundirektörer/ säkerhetschefer en tendens att i högre grad än socialchefer/ POSOM-ledare ange förekomst av samverkan.



Figur 2. Antal kommuner av de totalt 24 deltagande kommunerna där samverkan i någon form förelåg med andra organisationer/aktörer gällande psykologiskt och social krisstöd enligt intervjuede socialchefer/POSOM-ledare respektive säkerhetschefer/kommundirektörer.



Figur 3. Antal kommuner av de totalt 24 deltagande kommunerna där samverkansavtal förelåg med andra organisationer/aktörer gällande psykologiskt och socialt krisstöd fanns upprättade enligt uppgifter från socialchefer/POSOM-ledare respektive säkerhetschefer/kommundirektörer.

Kommunerna hade oftast någon form av samverkan med räddningstjänst (22/24), polis (22/24), andra kommuner (21/24), Länsstyrelsen (20/24) och Svenska kyrkan (21/24). I fler än hälften av kommunerna fanns det beslut om samverkan och samordnad action med dessa organisationer och i huvudsak ägde denna samverkan rum i POSOM-grupperna. Minst samverkan hade man med frivilligorganisationer som Rädda Barnen (3/24) och Svenska Röda Korset (9/24). I nästan hälften av kommunerna hade man ingen samverkan med akutsjukhusen, psykiatrin eller BUP. Tio kommuner samverkade inte med PKL och åtta angav att de inte samverkade med primärvården. Samverkan med primärvården ägde i huvudsak rum i POSOM - grupper. De kommuner som inte hade någon samverkan med primärvården angav som skäl till detta att det kunde vara svårt att få med primärvården särskilt sedan allt fler vårdcentraler privatiserats. Samverkan med psykiatrin skedde också i

POSOM-grupper eller genom samverkansgruppmöten som i vissa kommuner hölls fyra gånger per år. I de kommuner där det fanns en samverkan med BUP skedde denna i POSOM-grupper, genom direktkontakter med socialchefer eller genom andra personliga kontakter. Kontakter med representanter för Svenska kyrkan var väl etablerade i motsats till hur det såg ut för andra trossamfund. I sju kommuner fanns utarbetade kanaler till någon/några muslimska förbund, Baptistkyrkan, Pingströrelsen, Arken eller syrianska församlingar. När det gällde samverkan med andra frivilligorganisationer nämndes Civilförsvaret, försvarsgrupper, Lottakåren, nattvandringsgrupper, invandrarföreningar, nykterhetsorganisationer samt privata företag (t.ex. Gotlandsbolaget, Swedavia).

De flesta kommunerna samverkade över kommungränserna (21/24). Man uppgav att man hade inplanerade träffar med andra POSOM - grupper liksom gemensamma utbildningar. Flera kommuner hade delade socialjour. En väl fungerande och effektiv samverkan uppgavs ske inom ramen för Projekt för samverkan Stockholmsregionen.

B. Stockholms läns landsting

Inom landstinget uppgav intervjupersonerna från landstingets högsta ledning och EKMB att det fanns samverkansbeslut om såväl beredskap som insatser vid inträffade händelser via avtal mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och akutsjukhusen. Vad gällde psykologiskt och socialt stöd fanns avtal med RKK och övergripande med SLSO angående primärvård, psykiatri och BUP. Det framkom att avtalstexterna förtydligats från 2013. När en allvarlig händelse inträffat och den regionala katastrofmedicinska ledningen (RKML) inkallats skulle enligt landstingets planer psykologiska och sociala stödinsatser samordnades via RKML. Den psykologiska kunskapen hade sedan början av 2000-talet företrätts av representanter från RKK. Enligt SLSOs senaste krisplan skulle en ledningsperson från SLSO också delta, något som hittills inte hade skett. Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK) hade också i sitt uppdrag att samordna PKL-insatserna. Hur man inom de olika verksamheterna i landstinget beskrev samverkan framgår i tabellerna 2-18 i Bilaga 3.

Enligt ledningen för HSF fanns en samverkan med en rad olika instanser via återkommande möten. Det framkom dock inte i intervjuerna huruvida man specifikt diskuterade frågor kring katastrofpsykologisk beredskap, trots att frågan var formulerad så att samverkan skulle handla om psykologiska aspekter. Sjukvårdsdirektörer från alla landsting träffades en gång per månad. Landstingsdirektörer träffade också kommundirektörer i Sverige två gånger/år i Sveriges kommuner och landsting (SKL). Samverkan Stockholmsregionen, som startade 2012, beskrevs som ett viktigt samverkansprojekt mellan Landstinget och Länsstyrelsen, kommunerna, polisen och räddningstjänst m.fl. Landstinget hade avtal med Svenska kyrkan rörande begravning. Vad gällde privata entreprenader (vårdföretag, företagshälsovård) träffade landstingets ledning företrädare för dessa genom Branschrådet.

På samma sätt som HSF angav EKMB ett stort antal samverkanskanaler där den högsta nivån av samverkan reglerades via avtal med akutsjukhusen RKK, Stockholms stads krisledning samt andra landsting.

PKL-grupperna på de olika sjukhusen skulle enligt plan aktiveras vid en allvarlig händelse av RKML via PKL-samordnare från RKK. Planen var dock otydlig om och när detta skulle ske. Flera PKL-grupper uppgav att de hade nära kontakt med en eller några kommuner/stadsdelar med vilka man delade information och bjöd in till gemensamma utbildningsdagar. Via kommunernas POSOM-grupper samverkade man också med räddningstjänst, polis, kommunernas socialtjänst och om än mera sällan med frivilligorganisationer och privata entreprenader.

Man menade att man av resursskäl inte kunde ha regelbunden kontakt med POSOM-grupper i alla kommuner/stadsdelar, som ingick i upptagningsområdet. En av PKL-grupperna hade ingen kontakt med någon kommunal POSOM- eller krisgrupp. En annan PKL-ledare berättade att man inte längre hade några regelbundna träffar och att dessa möten "runnit ut i sanden, ledsnade på att vi skulle ta kontakt". De PKL-grupper som endast behövde samverka med en kommun uppgav att de hade ett nära samarbete, hade god personkännedom och hade erfarenhet av att arbeta tillsammans vid

allvarliga händelser. Med Svenska kyrkan hade PKL en nära samverkan genom att sjukhuskyrkan fanns representerad i samtliga PKL-grupper.

Ledningen för Capio, S:t Görans sjukhus, hade ett sedan många år etablerat samarbete med Norra Stockholms Psykiatri (NSP), vilket var nödvändigt eftersom akutsjukhuset inte hade egna psykologer, psykiatriker eller psykiatriska sjuksköterskor. Vad gällde samverkan med psykiatrin hade man regelbundna träffar med chefen för NSP. Sjukhuset hade muntligt avtal med NSP om att NSP också i fortsättningen skulle förse PKL-verksamheten med personer till dess ledning respektive till krisstödsverksamheten.

Med EKMB och RKK samverkade man inte enbart i katastrofsammanhang utan även vid mindre akuta potentiellt psykologiskt traumatiska händelser. För allvarliga händelser hade man ingen planerad samverkan med SLSOs primärvård eller BUP. Däremot hade man etablerat samverkan med frivilligorganisationer och Svenska kyrkan samt andra trossamfund.

Vad gällde primärvård, vuxen- samt barn och ungdomspsykiatrin samverkade man på det lokala planet med verksamheter i det dagliga arbetet. Detta gällde såväl internt inom landstinget som med verksamheter utanför. Ledningen för primärvården uppgav att samverkan med psykiatrin var nödvändig men menade samtidigt att samverkan försvårats genom att delar av såväl primärvården som psykiatrin privatiserats. Ledningen för psykiatrin menade att man vid en allvarlig händelse skulle få till en samverkan med kommuner, polis, räddningstjänst och privata entreprenader men att det inte fanns några avtal som reglerade detta. En chef uttryckte detta som "att om det skulle uppstå behov av samverkan med någon aktör så skapar man det vid det tillfället". Man gav exempel på händelser då samverkan mellan kommunens socialtjänst, skola och BUP kommit till stånd och fugerat väl.

BUP hade när det gällde beredskapen inom SLL vid allvarliga händelser hamnat utanför i och med att man inte fanns med i SLSOs katastrofledningsgrupp. Exempel på problem som uppstod under Tsunamikatastrofen beskrevs av en av sektionscheferna. BUP hade då

sin egen krisorganisation, som bedrev parallella insatser med landstingets övriga verksamheter, något som senare åtgärdades. Emellertid hamnade enligt några av de intervjuade personerna BUP utanför SLSO-ledningen på nytt efter Tsunamin. BUPs ledning ställde sig också utanför då man inte ansåg sig kunna delta utan ett tydligt uppdrag. En konsekvens av detta var att man inom några av akutsjukhusens PKL-grupper vid intervjutillfällena saknade barn- och ungdomskompetens. BUPs konsultenheter samverkade med många olika verksamheter utanför landstingets enheter, dock utan planering eller struktur för detta. Samtliga intervjuade chefer visade intresse för och uttryckte en önskan om att få delta i landstingets totala kris- & katastrofberedskap likväl som att aktivt bistå andra verksamheter vid inträffade allvarliga händelser.

Begränsande faktorer vid samverkan

Det uppgavs en rad försvårande faktorer för samverkan som grovt kunde delas upp i allmänna respektive specifika svårigheter. Frågan var ställd för att få fram hinder för samverkan men det gavs också exempel på fungerande samverkan.

A. Kommuner

Tidsbrist – oprioriterat område

Flera av de intervjuade uppgav att det inte fanns tid att avsätta för att förbereda sig inför en allvarlig händelse. Vardagsarbetet tog överhanden och andra verksamheter prioriterades inte. Planering, nätverksarbete, utbildning och övning som är tidskrävande fick inte sällan komma i andra hand.

Brist på personal

Några kommuner beskrev svårigheter att rekrytera personal till POSOM-ledningsgruppen. Folk hade fullt upp. De menade att de som ställer upp behöver erbjudas något för sina insatser. När engagerade personer i POSOM-gruppen slutade var det svårt att ersätta dem. Organisationen skulle behöva bygga mer på funktion än på person. Personalbrist angavs särskilt om det rörde sig om små kommuner. I en kommun angav man stor personalomsättning bland socialsekreterare som en svårighet att nyrekrytera personal. I en

kommun hoppade man av POSOM-arbetet p.g.a. missnöje med verksamheten. Ett problem av motsatt karaktär som man påpekade i en kommun var att det var för många inblandade som ville hjälpa till, särskilt efter en inträffad händelse. En kommun beskrev svårigheter med att inbjudna samarbetspartners, som man ansåg vara viktiga, men som inte ville vara med.

Kunskapsbrist

Ny personal behöver utbildning och i en kommun uppgav man att utbildningsinsatser hade låg prioritet. En kommun angav också att det förekom att andra samverkande organisationer hade dålig kunskap om kommunens resurser, uppdrag och ansvar och därför tog egna initiativ utan att höra sig för.

Ekonomisk brist

Brist på medel togs sällan upp som en svårighet av kommunerna. När frågan kom upp handlade det mest om vem som skulle ta kostnaderna vid en allvarlig händelse, kommunen eller landstinget. Det öronmärkta stadsbidraget som kommunerna får för krisberedskapen sågs som mycket positivt. Detta bidrag hade lett till att även små kommuner kunnat satsa på beredskapsfrågorna.

Otydliga krisplaner

Otydlighet om mandat och uppdrag ökade osäkerheten kring vem som hade ansvar för vad. "Vem äger krisen?" I en kommun ansåg man att krisplanen var för tillkrånglad så att den inte gick att förstå eller tillämpa. Den blev en skrivbordsprodukt. I en av intervjuerna framkom "förvirring om vad som låg i psykiatrins och BUPs uppdrag". I några kommuner tyckte man att sjukvårdens roll för psykologiskt och socialt stöd överhuvudtaget var oklar. Man hade svårt att hitta kanaler och kontakter till vissa aktörer framför allt i Landstinget. Räddningstjänsten ansåg man var lättast att samarbeta med.

Någon påpekade att en otydlig organisationsstruktur i vardagen försvårade arbetet vid en kris. I en kommun ansåg man att det brast i avtal med privata entreprenörer.

Juridiska svårigheter

Några kommuner angav formalia, sekretessfrågor och kulturskillnader som försvårande för samverkan.

Kommunikation

I enstaka intervjuer uppgavs att det fortfarande var otydligt vem som skulle kontaktas i olika berörda organisationer. Detta gällde såväl polis och räddningstjänst som olika verksamheter inom landstinget (t.ex. PKL, primärvård). Dock ansåg man att förbättringar gjorts.

Bristande förståelse/respekt

I en intervju talade man om bristande respekt för olika organisationers arbete och menade att det var viktigt att förmedla att "mitt jobb gör jag bättre tillsammans med dig".

Sällanhändelse

Allvarliga händelser inträffade sällan vilket försvårade samverkan. Man fick inga erfarenheter och möjlighet att träna och det var svårt att upprätthålla intresset när vardagsarbetet trängde på.

I elva kommuner ansåg kommundirektörer/säkerhetsansvariga eller socialchefer/ POSOM-ledare att det inte förelåg några svårigheter. Man prioriterade POSOM-arbetet och man ansåg att den personal man hade till förfogande var väl utbildad och förberedd för insatserna. Som grund fanns goda vardagliga relationer och personkänedom.

B. Stockholms läns landsting

Tidsbrist – oprioriterat område

I stort sett alla verksamheter inom landstinget angav tidsbrist som ett hinder för samverkan eftersom samverkan krävde att många avsatte tid för utbildning och deltagande i övningar. Några PKL-grupper uppfattade att verksamheten inte var prioriterad. Vardagens händelser prioriterades högre varför ingen tid kunde anslås för exempelvis fortbildning och övningar. Ledningen för SLSO,

psykiatrin, BUP och primärvården menade att tidsbristen var en ersättningsfråga.

Brist på personal

PKL-grupperna hade under de senaste åren fått allt svårare att rekrytera ny personal. Man hade inte uppfattat att det saknades intresse för att delta men exempelvis hade BUP på sina håll vägrat medverka med stöd från den högsta ledningen i BUP. En PKL-grupp föreslog att PKL skulle bakas in i ordinarie verksamhet på sjukhuset för att säkerställa tillgång till krisstödspersoner. Ledningen för BUP menade att det fortfarande fanns en lojalitet mot landstinget som gjorde att man ställde upp vid en inträffad allvarlig händelse. Men de ersättningsmodeller som fanns inom vården motarbetade såväl beredskap som utbildning. En PKL-grupp menade att det borde vara en merit att vara en kompetent PKL-ledare eller krisstödsperson i landstinget.

Brist på avtal

Psykiatrin, BUP, primärvården, PKL-verksamheterna och privata entreprenader efterfrågade alla ett avtal för att tydliggöra uppdraget. Man menade att så länge avtalsfrågorna inte hade lösts kunde man heller inte ställa avtalsmässiga krav på akutsjukhusen, primärvården, BUP och Psykiatrin och detta gällde för både offentlig och privat vård. Otydlighet i avtal ansågs försvåra samverkan eftersom man inte visste om man hade mandat att samverka med andra organisationer, inte minst då det gällde verksamheter utanför landstinget.

Krisplaner och organisation

Några påtalade sjukvårdens komplexitet idag med fler aktörer, vilket försvårade samarbetet. I flera intervjuer omtalades oklarheter och svårigheter med gränsdragningar. Ett exempel på en sådan "gråzon" var frågan om vem som skulle ansvara för krisstödet när unga människor drabbades; BUP, skolan eller primärvården. Ledningen för TCK tog upp konsekvenserna av att psykiatrin inte var lokaliserad till sjukhuset, något som f.ö. gällde flera sjukhus.

Primärvårdens roll i den framtida beredskapen kommenterades också. Det framkom förslag om att några vårdcentraler skulle ges ett särskilt uppdrag, vilket behövde fastställas i tilläggsavtal.

Juridiska svårigheter

Sekretessfrågan kom upp också i intervjuerna med landstinget.

Olika tolkning av begrepp

En förutsättning för samverkan menade man borde vara en samsyn kring innebörden i olika begrepp. Ett förslag som man kanske kunde ena sig kring var att införa krisstöd i stället för psykologiskt och socialt stöd i både landsting och kommun.

C. Länskriminalen och polisens personalavdelning

Sekretessfrågor avseende personuppgifter angavs kunna utgöra hinder. För få gemensamma övningar angavs utgöra ett hinder och att "sällankommunerna" inte blev lika övade som andra.

D. Länsstyrelsen

Ser mer möjligheter än svårigheter med samverkan.

E. Svenska kyrkan och frivilligorganisationer

Utöver ovanstående svårigheter beskrevs några andra hinder för samverkan såsom personkemi och intresse.

Frivilliga organisationer hade inget uppdrag att vara en katastroforganisation i Sverige. Det innebar att de måste bjudas in. Representanten för en av organisationerna menade att det fanns för mycket av revirtänkande. Vissa myndigheter beskrevs som rigida och kännetecknades av en anda av "Var och en sig själva nock". Man uppfattade att polis och räddningstjänst inte såg vikten av psykologiskt och socialt stöd och inte släppte in andra yrkeskategorier.

Farhågor inför framtiden

A. Kommuner

I mer än hälften av kommunerna (14/24) svarade både kommundirektörer och socialchefer att de inte hade några farhågor när det gällde samverkan kring psykologiskt och social stöd. Några uttryckte i stället stor tillförsikt. "Världen ser ut så att det som händer är inte isolerat, kryper närmare och närmare. Finns en medvetenhet om risker. Folk är givmilda, tar de resurser som behövs". Bland de positiva påpekades att man nu hade en välfungerande organisation i Storstockholm och att man på såväl politiker- som tjänstemannanivån insett betydelsen av samverkan.

De farhågor som togs upp handlade i huvudsak om risken för bristande ekonomiska resurser och svårigheter att rekrytera personal till POSOM. Farhågan bottnade i en rädsla för att staten (MSB) skulle dra in de medel kommunerna idag får för att upprätthålla krisberedskapen. Någon menade att det kan bli svårt att prioritera krisstödet om det inte används p.g.a. inga allvarliga händelser inträffar. Man såg också en risk att samverkan fick stryka på foten om det blev en ekonomisk kris i samhället. "Ju mindre pengar det finns desto större blir risken att man drar sig inom sin grupp och inte prioriterar samverkan.

Flera hade farhågor för att det kunde bli svårt att nyrekrytera folk till krisstödet. Man menade att verksamheten på många håll byggde på engagerade eldsjälar snarare än på funktioner. En farhåga som framkom var att det när larmet går kommer att finnas för lite personal att tillgå eftersom medverkan i POSOM är frivilligt. En liten kommun uttryckte farhågan att man på grund av att man är en liten kommun inte kommer att uppfylla de krav som ställs på kommunen. Särskilt oroade man sig för att man skulle sakna uthållighet om händelsen skulle dra ut på tiden

Flera oroade sig för att organisationer som man behöver samverka med framförallt landstinget inte skulle uppfylla sin del i samverkan. "Landsstinget är en knutpunkt", menade en kommundirektör. Man oroade sig för att landstinget skulle skjuta frågan om ansvar ifrån sig.

Den tilltagande privatiseringen sågs som ett orosmoment, där "vinster blir viktigare än samhällsnyttan". Ledningarna för BUP:s konsultenheter och sektorer såg framförallt fortsatta brister i uppdragsbeskrivningar. Olika huvudmän vars uppdrag såg olika ut kunde medföra att ingen fick övergripande rätt att bestämma vilket kunde leda till att planering och insatser skulle gå långsamt och trögt.

B. Stockholms läns landsting

Det var få av de intervjuade i landstinget som inte hade några farhågor inför framtiden. Såväl inom HSF som inom SLSO såg man risker med det nuvarande upphandlingssystemet av vård och ökad privatisering. Man oroade sig också för kommande besparingskrav och resursbrist vad gällde personal. På EKMB trodde man inte att den politiska viljan skulle förändras däremot kände man oro för hur beredskapen skulle bekostas i framtiden.

Två PKL-ledare hade farhågor för att det skulle fortsätta att vara avtalslöst vilket skulle leda till att man skulle få svårigheter att få loss krisstödare från psykiatri och BUP.

Inom psykiatri handlade ledningens farhågor om kompetensförsörjning, finansiering och fragmentering av hälso- och sjukvården. Man undrade också vilka konsekvenser för krisstödet som utredningen om "Framtidens hälso- och sjukvård" skulle få. Man oroade sig för att det inte fanns tydliga avtal och uppdragsbeskrivningar.

Inom BUP:s ledning uttryckte man också en farhåga för att vårdgrannar, samhället och media hade orealistiska förväntningar på vad BUP skulle kunna ställa upp med.

C. Övriga organisationer

Dessa organisationer hade i huvudsak inga farhågor inför framtiden. Från länsstyrelsens sida menade man att framtiden erbjöd mer möjligheter än svårigheter och man såg mycket positivt på hur projektet Samverkan Stockholmsregionen utvecklats. Svenska kyrkan och polisen farhågor handlade inte så mycket om de egna

organisationerna som om landstingets framtida kapacitet. Svenska kyrkan menade att samhällets krympande resurser redan nu men i än högre grad skulle kunna leda till att allt mer av insatser läggs på kyrkan och frivilligorganisationerna. En helt annan farhåga var att det inom regionen fanns krafter som önskade skapa ett konfessionslöst samhälle, vilket kunde medföra att man inte ville se Svenska kyrkan som en resurs i samhällets samlade krisberedskap.

Utbildning och övning

I intervjuerna ställdes frågor som specifikt handlade om hur och i vilken omfattning man inom de olika organisationerna satsade på kompetenshöjning som ett led i att förbättra den psykologiska krisberedskapen inom respektive organisation. Frågorna handlade om vilken typ av utbildning man anordnat, hur långt tillbaka i tiden de genomförts och vem som ansvarat för dem. På motsvarande sätt ställdes frågor om övningar.

A. Kommuner

De flesta kommunerna angav att de hade någon typ av utbildning, antingen genom föreläsningar, seminarier och deltagande på konferenser eller övningar. En kommun hade inte genomfört någon utbildningsinsats alls under senare år. I sex kommuner gavs olika svar beroende på vilka som intervjuades. Hälften av kommunerna uppgav någon form av teoretisk utbildning. Deltagande på POSOM-konferens i Karlstad, utbildning i avlastande samtal och krisbemötande var några exempel på utbildningstillfällen som uppgavs. Andra exempel handlade mer om erfarenhetsutbyte mellan kommuner, presentationer om risk- och sårbarhetsanalyser eller genomgång av kommunens krisplaner.

Utbildningarna gavs av olika aktörer främst från räddningstjänst och polis men också från Svenska kyrkan eller SLL. Varje kommun beställde sina egna utbildningar. Det framkom ingen intension att man inom kommunerna skulle ha någon form av grundläggande baskunskap gällande psykologiskt och socialt stöd eller att kunskapen skulle se likartad ut mellan kommunerna. Undantaget var Stockholms stad där man genomfört en tvådagars grundutbildning (15 utbildningsomgångar) i kris- och katastrofpsykologi för personer i Socialjouren och samtliga 14 stadsdelar. Utbildningen riktade sig till

personer i stadsdelarnas krisledning, krisstödsorganisation (ibland kallad POSOM) och krisstödjare. I dessa utbildningar som genomfördes av Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL, varvades teoretiska avsnitt med olika typer av skrivbordsövningar.

I intervjuerna framkom att man i flera kommuner inte erbjudit utbildningar de senaste åren men flera uppgav att man planerade för utbildningar och övningar inom en nära framtid. De flesta utbildningarna rörande psykologiskt och socialt stöd riktades till POSOM-gruppens ledningar och deras stödpersoner, medan kommunernas krisledningar i högre utsträckning deltog i övningar.

Arton kommuner uppgav att man genomfört olika typer av övningar. Den vanligaste formen var skrivbordsövningar men det förekom också stora övningar i vilka olika organisationer övade tillsammans. I enstaka fall använde man sig också av figuranter. Ett exempel på en stor övning med inriktning på psykologiskt och socialt stöd var en övning 2011 på Arlanda flygplats med deltagande av Sigtuna kommuns socialtjänst, personal från SLL (krisstödjare från PKL-organisationen), gränspolisen, Swedavia, flyg- och handlingbolag, Svenska kyrkan och Svenska Röda Korset. Övningsscenarior varierade från stora kommunikationsolyckor, kärnkraftsolycka eller skolskjutningar till elavbrott.

I 16 kommuner gavs samstämmiga svar om att krisledningarna övades och i nio att krisstödjare också deltog i dessa övningar. I fem kommuner genomfördes övningar med samverkande organisationer, främst räddningstjänst, polis och Svenska kyrkan. I några kommuner övade POSOM och PKL- organisationerna tillsammans. Tre kommuner svarade samstämmigt att man övat tillsammans med närliggande kommuner, tolv hade inte gjort det och från nio kommuner kom olika svar beroende på vem som intervjuades. I tre kommuner hade man genomfört övningar tillsammans med privata entreprenader, t.ex. med Vattenfall då man övat problem med vattenrening.

De kommuner som inte övat tillsammans med andra aktörer uttalade ett intresse för att i framtiden få genomföra sådana övningar. I en kommun efterlyste man ett regionalt POSOM-nätverk där man

genom regelbundna möten skulle kunna klargöra POSOM-organisationens ansvar och uppdrag och gränsdragningen mot andra organisationers ansvar t.ex. landstingets. Exempel på en början till samverkan mellan POSOM-grupper nämndes. Tre kommuner beskrev hur de en gång om året genomförde en regional "POSOM"-dag.

B. Stockholms läns landsting

I Stockholms län beskrivs olika utbildningsinsatser i kris- och katastrofpsykologi utgående från landstingets Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK) på uppdrag av EKMB. För ledningspersoner på samtliga akutsjukhus genomförs sedan många år varje eller vartannat år ledningsutbildningar ("Ledning på sjukhus") på tre dagar i vilket det ingår en halv dags föreläsning om psykologiska reaktioner, drabbades behov och stödinsatser av psykologisk karaktär. Sjukhusens PKL-grupper deltar i dessa utbildningar och utbildningen avslutas med en dags övning i vilken psykologiskt stöd finns med parallellt med somatiska åtgärder. Psykologiskt och socialt stöd finns också med i de sjukvårdsgruppsutbildningar som ges två gånger per år till läkare och sjuksköterskor på akutsjukhusens akut- och intensivvårdsavdelningar. För PKL-gruppernas personal finns en sedan år 1990 återkommande sexdagarsutbildning och för krisstödarna sedan år 2000 en tredagars utbildning, som utökats till 3 ½ dag. Den senare genomförs två gånger per år.

Högsta ledningen inom landstinget har inte deltagit i någon utbildning men väl i en övning av RKML. Personal i EKMB har deltagit i utbildningarna med egna föreläsningar och i motspel vid övningar. Man har övat tillsammans med andra aktörer utanför SLL exempelvis vid övningen på Arlanda flygplats 2011, vid utrymning av ett stort akutsjukhus och tillsammans med försvarsmakten vid stora katastrofövningar.

PKL-organisationerna på akutsjukhusen och i många fall RKK har deltagit i de återkommande övningar som alla sjukhusen är ålagda att genomföra. På en del sjukhus har man genomfört övningar där polis, räddningstjänst och ibland frivilligorganisationer deltagit.

På Traumacentrum har man inte deltagit i utbildningar om psykologiskt och socialt stöd och de övningar man genomfört har helt fokuserat på medicinska åtgärder och ställningstaganden.

SLSOs krisledningsgrupp eller samordnare för primärvården hade inte deltagit i varken utbildningar eller övningar. Detta gällde också för privata entreprenader inom primärvården.

Vad gällde vuxenpsykiatri och BUP hade personer i ledningsfunktion inte deltagit i någon utbildning eller övning under de senaste fem åren. Trots att BUP hade konsultenheter på några akutsjukhus hade de inte deltagit i sjukhusets övningar. En psykiatriker som satt i ledning för en privat entreprenad inom vuxenpsykiatri ingick i PKL-organisationen och hade fått utbildning via denna. De personer från psykiatri eller primärvården som ingick i PKL-organisation antingen i dess ledningsfunktion eller som krisstödare hade deltagit i såväl utbildningar som övningar.

C. Länskriminalpolisen

Inom polisen hade man inte genomfört någon utbildning under de senaste två åren. Tidigare hade man haft utbildningar som utgått från den egna organisationen eller landstinget. På övningssidan deltog man regelbundet flera gånger per år i övningar ofta i samverkan med landstinget. Exempel på övningar som man deltagit i under det senaste året var en gasolycka, en attentatsman ombord på ett fartyg, trafikolyckor och spridning av giftiga ämnen. Förutom organisationer som man dagligen samverkar med har man övat tillsammans med militär och Svenska Röda Korset, däremot inte med privata aktörer. Man har vid enstaka tillfällen övat tillsammans med polis i andra län.

D. Länsstyrelsen

Personal på länsstyrelsen hade inte deltagit i någon utbildning, däremot ansvarade man för utbildningar till andra organisationer. Fokus i dessa utbildningar låg på samverkan mellan olika organisationer, såväl på inriktnings- som verkställandenivå. Utbildningarna genomfördes i allmänhet i samverkan med MSB. Däremot deltog man i övningar tillsammans med andra myndigheter, kommuner, SLL och vid enstaka tillfällen med privata

entreprenader t.ex. elbolag. Man hade också övat tillsammans med Storstadslänen och Uppsala län.

E. Svenska kyrkan och frivilligorganisationer

Svenska kyrkan hade deltagit i krisutbildningar på såväl stiftsnivå som ute i församlingarna. På stiftsnivå (ledning) låg fokus på krisledning medan det ute i församlingarna mest handlat om krisstödsutbildning. Utbildningarna hade genomförts av Räddningsverket, MSB, Vårsta Diakoni eller tillkommit på initiativ från personer som själva genomgått liknande utbildningar.

Vad gällde övningar hade man tränat psykologiska stödinsatser utifrån scenarier som brand i tunnelbanan och en händelse vid en centralt placerad moské. Man hade inte övat senaste året och enligt intervjupersonen hade övningsverksamheten reducerats. Man hade övat tillsammans med lokala aktörer så som polis, räddningstjänst, sjukvård och frivilligorganisationer, däremot sällan med andra stift eller med privata entreprenader.

Svenska Röda Korsets stödpersoner, särskilt de som hade avtal med Swedavia eller andra myndigheter, hade fått en intern krisstödsutbildning med fokus på psykologisk första hjälp. Man hade också fått utbildning genom Socialstyrelsen, MSB samt RKK.

Stödpersonerna hade också deltagit i övningar exempelvis på Arlanda flygplats (2011) och vid evakuering av ett stort akutsjukhus.

Rädda Barnen hade fått utbildning med inriktning mot internationellt arbete. Den personal som ingick i den nationella stödstyrkan fick utbildning av MSB. Andra utbildningsinsatser gavs av internationella Svenska Röda Korset, Rädda Barnen och Folke Bernadotte akademien. Man hade inte genomfört någon övning men en sådan var inplanerad för Rädda Barnens krisledning.

Civilförsvarets senast genomförda utbildning ägde rum 2005. MSB ansvarade för den och fokus låg på ledning, planering och samverkan. Civilförsvaret hade det senaste året övat vattenförorening tillsammans med polis, räddningstjänst, Vattenfall och andra län.

Diskussion

Detta projekt kom till i avsikt att öka samhällets och specifikt Stockholms läns förmåga att vid en allvarlig händelse tillse att direkt och indirekt drabbade personer får adekvat stöd för att begränsa och om möjligt förhindra psykisk ohälsa och negativa sociala följdverkningar. Projektet består av tre delprojekt, där det första projektet, som denna rapport sammanfattar, är en kartläggning för att få en lägesbild över länets samlade psykologiska krisberedskap. Underlaget för rapporten utgörs av genomförda intervjuer under 2013 - 2014 av personer i ledningsfunktion eller med annat ansvar för krisberedskapen i kommuner, landstinget, Polisen, Svenska kyrkan samt frivilligorganisationer (Svenska Röda Korset, Rädda Barnen och Civildförsvaret). Via intervjuer och insamlande av då aktuella kris- och katastrofplaner undersöktes organisatoriska förutsättningar, samverkan inom och mellan olika aktörer i länets krisberedskap och vad som skulle kunna utgöra kritiska moment i erbjudandet av psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse. Fokus i intervjuerna låg på ansvarsfördelning och samverkan på olika nivåer inom och mellan kommuner, inom landsting, mellan kommuner och landsting samt mellan dessa och frivilligorganisationer samt privata entreprenörer.

Ett andra syfte med kartläggningen var att den skulle vara en kunskapsbas till grund för de två övriga delprojekten. I det andra delprojektet kommer en regionalt sammansatt sakkunniggrupp att ta fram ett underlag för en övergripande regional handlingsplan för psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser. Det tredje delprojektet utgörs av en lärandeövning som i sin tur utgår från förutsättningarna i det framtagna underlaget till handlingsplan.

Sammantaget genomfördes 77 intervjuer och alla spelades in på band. Av länets 26 kommuner var det endast två som avböjde deltagande. Det fanns ett stort intresse att få resonera kring de frågeställningar som togs upp i intervjuerna. Det rör sig om ett stort material där vi valt att redovisa data som vi bedömt vara relevanta för projektets syften.

Kris- och katastrofplanering

Samtliga kommuner och landstinget hade en övergripande krisplan. En svårighet vid genomgång och jämförelse mellan kommunernas och landstingets planer var att de benämndes olika, utgick från olika händelser och vände sig till olika grupper av drabbade i befolkningen. Kommunerna hade inte inbördes samma benämning på sina krisplaner, vilket också var fallet inom landstinget. Där talade man om katastrofplan, katastrofmedicinsk plan och längre ut i verksamheterna krisplan.

I landstinget fanns regionala katastrof-/katastrofmedicinska planer medan motsvarande länsövergripande planer inte fanns på den kommunala sidan. Där hade varje kommun sin egen plan, vilket kunde förklaras av det kommunala självstyret. I Stockholms stad fanns det utöver en central krisplan, en plan för vardera 14 stadsdelar och alla var inte samordnade med stadens centrala plan. Socialjouren I Stockholms stad hade en egen krisplan.

I landstingets regionala och akutsjukhusens katastrofmedicinska planer fanns ett separat avsnitt om det psykologiska och sociala stödet med hänvisning till PKL-organisationen med en krisstödsledare på regional nivå och PKL-ledare på lokal nivå. Inom kommunerna hänvisade man på motsvarande sätt till POSOM-grupper. Landstinget och kommunerna hade olika syn på vilka händelser som skulle utlösa respektive plan. I landstingets katastrofmedicinska plan bedömdes allvaret i händelsen framför allt utifrån antalet kroppsligt skadade. Man såg i första hand till befolkningens kroppsliga hälsa och att rädda liv. I planen jämfördes dock den medicinska vården med den psykologiska. Det fanns en otydlighet kring aktiverandet av planen vid händelser med begränsade medicinska behov men där de psykologiska behoven var stora. Kommunernas krisplaner såg olika ut i de olika kommunerna och kunde omfatta olika typer av händelser, från vardagshändelser till extraordinära händelser. Gemensamt för de flesta kommunerna angavs i planerna att händelsen skulle vara av sådan karaktär att ordinarie verksamheter inte klarade uppgiften. Det kan förklara att små kommuners krisplaner oftare omfattade vardagshändelser. För att underlätta läsandet har vi i diskussionsavsnittet i huvudsak benämnt planer såväl i landstinget som på den kommunala sidan,

som handlar om psykologiskt och socialt stöd, för krisplaner. För att underlätta framtida samverkan mellan olika aktörer behöver man i länet enas om en gemensam begreppsapparat. Alternativt om aktörerna vill behålla sina egna definitioner och benämningar behöver samtliga aktörer vara införstådda med vad benämningarna står för.

En otydlighet i när och hur krisplanen ska användas när det gäller psykologiskt och socialt stöd kan leda till att stödet inte kommer igång eller kommer in för sent i händelseförloppet. Att kommuner och landsting definierar händelser olika, och därmed aktiverar sina planer vid olika typer av händelser, kan vara nödvändigt men kan också försvåra samverkan mellan kommunerna och landstinget. En av de viktigaste framgångsfaktorerna när det gäller att nå ut med adekvat psykologiskt stöd till en drabbad befolkning är, utöver samverkan mellan olika berörda organisationer, väl inarbetade handlingsplaner samt ett tydligt ledningsansvar och mandat (EFFPA, 2009, Helsedirektoratet, 2011; 2012).

Det kan finnas olika förklaringar till att krisplanerna inte var tydliga när det gällde det psykologiska och sociala stödet. Psykologiska aspekter har först under de senaste decennierna kommit med i krisberedskapen. Inom sjukvården dominerades tidiga insatser helt av medicinska åtgärder och på motsvarande sätt avsågs inom socialtjänsten praktiskt och ekonomiskt stöd som den huvudsakliga uppgiften vid allvarliga händelser.

Ett annat skäl till att handlingsplanerna fortfarande var otydliga vad gäller det psykologiska och sociala stödet kan hänga samman med att de övergripande nationella riktlinjerna för katastrofberedskap inte är tillräckligt tydliga varken när det gäller vid vilka händelser psykologiska aspekter ska beaktas, hur stödet ska organiseras eller hur det ska utformas. Det finns en lagstadgad skyldighet för kommuner och landsting att utarbeta en beredskapsplan för hantering av extraordinära händelser, en plan som också ska omfatta psykologiskt och socialt stöd (SFS, 2006:544). Övergripande och allmänna riktlinjer för katastrofberedskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst utfärdas av Socialstyrelsen. De nationella riktlinjer som styr verksamheten ska delvis ligga till grund för de regionala, vilka i sin tur utgör basen för de lokala. De nationella dokumenten

har emellertid blivit allt mer kortfattade, generella och otydliga (SOSFS, 2013:22), vilket möjligen återspeglar sig i både landstingets och kommunernas krisplaner.

Enligt lagen om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (2006:544) ska kommuner och landsting återkommande genomföra risk- och sårbarhetsanalyser. Förmågan att klara allvarliga händelser hänger samman med hur omfattande händelsen är i relation till tillgängliga resurser. Psykologiskt och socialt stöd kräver stora personella resurser inte minst därför att dessa insatser behöver vara långsiktiga. Tillämpning av perspektivet "före - under - efter" allvarliga händelser rymmer behov av utbildning, övning, akuta krisstöds-, uppföljnings- och utvärderingsinsatser av flera vårdgivare och aktörer. Ändå omfattar risk- och sårbarhetsanalyser sällan psykologiska och sociala konsekvenser och behov av stödinsatser. Ett skäl till detta kan vara att de riktlinjer för genomförande av risk- och sårbarhetsanalys, som tagits fram av MSB inte tar med psykologiska aspekter (MSB, 2011b). Man bedömer exempelvis risker utifrån antal avlidna och kroppsligt skadade trots att erfarenheter från allvarliga händelser visat att de psykiska skadorna på befolkningsnivå oftast är betydligt mera omfattande och långtgående än de kroppsliga och materiella (Bergh Johannesson, 2010; Wahlström, 2010; Keskinen Rosenqvist, 2012).

Hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting har genomgått stora organisatoriska och strukturella förändringar under det senaste decenniet vilket fått konsekvenser för den psykologiska krisberedskapen inom landstinget. Krisstödspersoner från såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatri har tillsammans med primärvården organiserats under en särskild organisation, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). SLSO hade en egen katastrofplan, som hänvisade till den regionala katastrofmedicinska planen och var avsedd att kompletteras med lokala krisplaner för samtliga resultatenheter inom SLSO. Planen var dock knapphändig vad gällde mål och syften och vilka insatser av psykologisk och social karaktär som SLSO kunde ansvara för. Vidare var länkningen mellan SLSOs och SLLs katastrofplaner föga känd inom primärvården och BUP.

En stor del av primärvården drevs i privat regi (ca 60 %) där flera vårdcentraler saknade egna krisplaner. I projektet intervjuades en representant för en privat entreprenad, vars krisplan bestod av ett koncerndokument, som handlade om stöd till drabbade i den egna personalen, inte drabbade ute i samhället. BUPs krisplan berörde också enbart egen personal. Privata entreprenader omnämndes sällan vare sig i landstingets eller i kommunernas krisplaner.

Länskriminalen följde Rikspolisstyrelsens krisberedskapsplan. Polisens uppgifter vid allvarliga händelser beskrevs som polisiära kopplat till registrering av drabbade, identifiering av avlidna, givande av dödsbud, brottsutredning och informationsgivning till allmänheten. Planen omfattade inte psykologiskt och socialt stöd och det fanns ingen text om hur polisens registrering eller bemötande av drabbade kunde tänkas påverka det psykologiska och sociala stödet som andra organisationer ansvarade för.

Svenska kyrkan beskrev krisplaner på både stifts- och regional nivå medan frivilligorganisationerna saknade sådana planer. Frivilligorganisationer har ingen lagstadgad skyldighet att ta fram sådana planer. Samarbetet skulle emellertid ha underlättats om också dessa organisationer hade beredskapsplaner.

Förankring och synkronisering av krisplaner

Vad gällde förankring och synkronisering av krisplanerna ute i verksamheterna inom kommuner och landsting varierade svaren beroende på vem som intervjuades. I majoriteten av kommunerna intervjuades kommundirektör/säkerhetsansvarig respektive socialchef/POSOM-chef separat. De flesta kommundirektörerna/säkerhetscheferna uppgav att planerna implementerats ute i verksamheterna medan hälften av socialcheferna/POSOM-cheferna inte visste eller inte trodde att så var fallet. Osäkerheten om både innehållet i planen och dess förankring ökade ju längre bort man kom från ledningen. På sjukhusen genomförde man regelbundet katastrofövningar och i samband med dessa tillämpades de katastrofmedicinska planerna, varför de som intervjuades menade att de var väl kända på sjukhusen och detta gällde också för PKL-grupperna. Inom PKL-grupperna hade dock en osäkerhet om psykiatrins och BUPs krisplanering ökat i

takt med att dessa verksamheter inte längre fanns representerade i alla PKL-grupper och få PKL-ledare kände till SLSOs centrala plan. Den högsta ledningen inom landstinget kände till att SLSO hade en katastrofplan och utgick från att den omfattade primärvård, vuxenpsykiatri och BUP och var känd ute i verksamheterna. SLSOs katastrofplan saknade direktiv och planer för genomförande av kris- och katastrofövningar och man hänvisade i intervjuerna till PKL-organisationen.

På motsvarande sätt som inom kommunerna menade högsta ledningen för vuxenpsykiatrin att det fanns krisplaner ute i verksamheterna och att dessa synkroniserats med den centrala SLSO-planen. Detta verifierades till viss del av chefer på lägre nivå, men man kände också till att det fanns vårdcentraler och psykiatriska verksamheter som saknade sådana planer. Inom BUPs olika verksamheter fanns på sina håll krisplaner men de var inte integrerade med SLSOs centrala plan. En erfarenhet från organisationsstudier är att intervjuade i ledningsfunktion i allmänhet känner sig nöjda och trygga med sin krisplan medan man längre ut i verksamheterna har otillräcklig kunskap om planen, målet med insatsen och därmed också vad uppgiften blir (Michélsen et al., 2009).

Kunskaperna om landstingets katastrofmedicinska plan var i de flesta kommunerna begränsad och det omvända förhållandet gällde för landstingets kunskap om kommunernas planer. Länsstyrelsens krisplan, som var tänkt att användas vid extraordinära händelser, var i princip okänd inom både kommuner och landsting.

Krisplaner fanns således inom många av de verksamheter som berörs vid en allvarlig händelse såväl i kommunerna som i landstinget. De var dock i begränsad omfattning samordnade med kommunernas eller landstingets övergripande planer och kännedom om dessa minskade ju längre ut i verksamheterna man kom. När så är fallet finns stor risk att varje organisation följer sin egen plan utan att ta hänsyn till den övergripande planen. Detta leder till att man får parallellt arbetande organisationer i stället för samordning (Dyregrov 2002; Dyregrov & Dyregrov, 2008).

En krisplan som ska fungera vid såväl avgränsade olyckor som vid en katastrof ska omfatta allt från riskinventering, information,

räddningstjänst, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Inom alla dessa områden behöver det psykologiska och sociala stödet beaktas. En fråga är vilka typer av händelser man ska prioritera i planen och hur detaljerat man kan förbereda och upprätthålla en beredskap inför stora och okända händelser, som kan drabba en eller flera kommuner respektive ett helt län (Norris et al., 2008, Michélsen et al., 2009).

Erfarenheter från allvarliga händelser talar för att planen behöver vara ganska detaljerad och konkret för att uppfattas som användbar (Helsedirektoratet, 2012). I utvärderingen efter insatserna i Norge efter terrordådet 2011 konstaterade man att, trots att man från både kommuner och hälso- och sjukvård gjort stora och högkvalitativa insatser, att rådande krisplaner behövde förbättras framförallt vad gällde det katastrofpsykologiska området (Helsedirektoratet, 2012).

Erfarenhetsmässigt är det svårt att sätta tydliga gränser för vilka händelser som ska utlösa en krisplan. Inte sällan hamnar händelserna i en gråzon, där man tvingas ta ställning från fall till fall. Det underlättar emellertid arbetet om man vid framtagandet av planen, definierar vilken typ av händelse, som ska utlösa den, vilka delar av planen som ska aktiveras och vem som ska ansvara för vad (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Detta gäller särskilt åtgärder av psykologisk och social natur eftersom det här finns många olika aktörer inom både kommuner och landsting. Eftersom allvarliga händelser kan vara av olika typ, drabba olika populationer och därmed kräva olika former av psykologiskt och socialt stöd är det fördelaktigt att i arbetet på att ta fram en övergripande krisplan se till att denna omfattar olika typer av scenarier. Det blir då lättare att skraddarsy en stödinsats så att alla i behov av stöd erbjuds detta (Reifels et al., 2013)

För det psykologiska och sociala stödet är det nödvändigt med en övergripande målsättning i krisplanen, något som generellt saknades i alla planerna. Detta kan troligen förklara varför planerna blir inriktade på de omedelbara insatserna trots att de psykologiska och sociala stödinsatserna behöver vara såväl kort- som långsiktiga (SoS, 2008 b; EFPA, 2009; EMA, 2011; Helsedirektoratet, 2011; Reifels et al., 2013). I motsats till de medicinska åtgärderna som för de flesta kroppsligt skadade, särskilt lätt kroppsligt skadade, är avslutade inom några veckor, kan behovet av individuellt psykologiskt och

socialt stöd för drabbade men också hela arbetsplatser eller delar av en eller flera kommuner kvarstå under lång tid efter händelsen. Även om många återhämtar sig efter allvarliga händelser med eller utan professionell hjälp kan dessutom en del drabbade försämrats med tiden (Bonanno, 2004; Norris et al., 2009).

Från samhällets sida behöver därför en uppföljning komma till stånd, vilket också möjliggör att berörda aktörer kan få en samlad bild av problem som kan ha uppstått, vilka insatser som gjorts och vilka nya eller kvarstående behov som behöver åtgärdas. Hur och vem som ansvarade för denna uppföljning fanns inte beskrivet i kris- och katastrofplanerna och framkom heller inte i intervjuerna.

Larmvägar och krisledning

Landstinget larmades i allmänhet via SOS Alarm medan kommunerna enligt de övergripande planerna och vad som framkom i intervjuerna kunde larmas från olika håll till exempel från polisen eller kommunens egen räddningstjänst. Med dagens snabba informationsflöden kom larm också via sociala medier, massmedier, privata kontakter eller från de egna verksamheterna. Under de senaste åren har allt fler beredskapsorganisationer en definierad TiB-funktion (tjänsteman i beredskap) och så var också fallet i landstinget, polisen, länsstyrelsen och i cirka hälften av kommunerna. I de övriga kommunerna hade man enligt planerna en beredskap men bemanningen varierade. Även Svenska kyrkan och Svenska Röda Korset hade en TiB-funktion.

Inom landstinget har man regionalt och på akutsjukhusen utöver ett normalläge, tre lägen för beredskapshöjning. Vid samtliga dessa kontaktas personal från RKK, som har en organisatorisk förankring i SLSO. Vid förstärkningsläge ska enligt planen psykologisk expertis alltid ingå i den upprättade regionala katastrofmedicinska ledningen. I kommunerna sammankallades en krisledning och i de flesta kommunerna utpekades socialchefen som ansvarig för det psykologiska och sociala stödet. För att säkerställa att psykologiska aspekter alltid tas med vid allvarliga händelser skulle det vara av värde om kommunerna använde sig av samma beredskapslägen som

sjukvården. Det skulle också underlätta kommunikationen mellan kommunerna och landstingets hälso- och sjukvård.

I landstinget larmades PKL-gruppen på sjukhusen antingen via RKK eller via TiB i samråd med RKK. Larmet till POSOM-gruppen kom oftast via någon i kommunens krisledning men kunde också gå direkt från räddningstjänst eller polis. I någon kommun aktiverade sig POSOM-gruppen på egen hand. Detta har sannolikt historiska rötter eftersom POSOM-gruppen tidigare i första hand aktiverades av kommunens räddningstjänst vilket kunde medföra att POSOM-gruppen ibland agerade som en från socialtjänsten fristående organisation. Detta påtalades i Socialstyrelsens skrift om krisberedskap inom socialtjänstens område (SOS, 2009), där man betonade vikten av att POSOM-gruppen leds av chef inom socialtjänsten. Risken är annars att samordning och ledning av insatsen kan bli otydlig.

Psykologiskt och socialt stöd - tillgängliga personalresurser

Personal till PKL-grupperna och deras krisstödsgrupper rekryteras från olika organisationer inom landstinget. Under senare år har nyrekrytering försvårats, vilket enligt de intervjuade hängde samman med bl.a. otydlighet gällande uppdrag och avtal för primärvård, vuxen samt barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Inom både primärvården och psykiatri finns både offentligt och privat drivna verksamheter. Båda dessa driftsformer, menade högsta ledningen inom landstinget och EKMB, ska enligt gällande avtal med beställarna följa samma villkor och uppdrag med avseende på psykologisk och social krisberedskap. I avtalet avses också avsättande av resurser för utbildning av personal, övningar och insatser vid en allvarlig händelse. Vid en jämförelse av avtalstexterna för resultatenheter inom BUP och primärvården fann man skillnader i uppdragsbeskrivningen. Exempelvis framgick inte att verksamheter inom BUP skulle delta i utbildningar eller övningar ingående i krisberedskapen.

I SLSOs krisledning företrädde vuxenpsykiatri och primärvården av en samordnare för respektive verksamhet, men inte BUP, något som numera åtgärdats.

När det gällde kommunernas krisstöd beskrevs också från vissa kommuner en ökad svårighet att attrahera och rekrytera frivilliga medlemmar framförallt som krisstödjare. För POSOM-gruppens del beskrevs svårigheter framförallt när det gällde att få med representanter för primärvården och psykiatrin. Kompetensen hos den personal som ska ge krisstöd varierade men man beskrev en utveckling mot professionalisering och en övergång från att man tidigare i huvudsak ägnat sig åt praktiskt stöd till att nu mera också erbjuda psykologiskt stöd.

För att PKL-organisationen också i framtiden ska fungera och utvecklas behöver tydliga avtal upprättas mellan landstingets beställarorganisation och berörda offentliga och privata skattefinansierade verksamheter, organisationer och enheter samt med sjukhuskyrkan (Håkanson, 2012). I dessa avtal behövs tydliga formuleringar om respektive organisations ansvar och skyldighet att ställa personal till förfogande vid allvarliga händelser men också att det blir obligatoriskt för personal som ingår i beredskapen får delta i utbildning och övning.

Samverkan

Samverkan har blivit ett nyckelord i myndighetsspråk och i politiska samtal och har under senare år kommit att användas som en önskvärd och rekommenderad lösning på en rad olika svårlösliga problem (Uhr, 2009). Det fanns därför i kartläggningen av den psykologiska katastrofberedskapen i länet en önskan om att närmare undersöka vad man inom de olika berörda organisationerna lade i begreppet, vem man samverkade med och på vilket sätt.

Många inom främst kommunerna fann begreppet svårdefinierat. Vanligaste innebörden var ett gemensamt arbete där olika organisationer eller yrkesgrupper kompletterade varandra i avsikt att nå högre grad av effekt i arbetet mot ett gemensamt mål. I allmänhet såg man samverkan som något positivt även om man t.ex. inom polisen betonade att samverkan inte var detsamma som överlämning och Svenska Röda Korsets erfarenhet ibland var att det handlade om beordring och inte samverkan. Berth Danermark (2005) beskriver samverkan som en process där olika strukturella förutsättningar är nödvändiga för en effektiv samverkan: tydlig ledning, uttalat mål och

tillräckliga resurser. Skillnader mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk behöver identifieras och hindrande skillnader undanröjas.

Intervjuarna betonade inledningsvis att kartläggningen handlade om samverkan kring psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse och detta upprepades flera gånger under intervjun. I slutet av intervjun gjordes ett försök att sammanfatta men också få en uppfattning om olika nivåer av samverkan genom att använda en samverkansstege i vilken de intervjuade satte ett X vid den högsta formen av samverkan. Resultatet måste tolkas med stor försiktighet då svaren återspeglade de intervjuades subjektiva bedömning utifrån deras position från högsta ledningen. Vi skulle ha kunnat försöka verifiera resultatet genom ytterligare intervjuer med personer ute i verksamheterna och genom att ta in avtalstexter kring samverkan. Detta lät sig dock inte göras av tids- och resursskäl. Tolkningen av resultaten försvårades dessutom av att en del av de som intervjuades hade svårt att särskilja samverkan kring psykologiskt och socialt stöd från annan samverkan.

Samtliga intervjuade organisationer uppgav ofta samverkan i form av samtal men det fanns också organisationer, som inte hade någon som helst samverkan med andra aktörer. Högre nivåer av samverkan förekom mera sällan. Hälften av kommunerna uppgav att det fanns beslut om samverkan med Räddningstjänst, Polis, Svenska kyrkan, Länsstyrelsen och andra kommuner. Chefer inom primärvården, vuxen- samt barn- och ungdomspsykiatri uppgav att man samverkade lokalt såväl inom landstinget som med verksamheter utanför, däremot förekom ingen samverkan med kommunerna när det gällde kris och katastrofberedskap. PKL-grupperna hade samverkan med en eller några POSOM-grupper. Att sju PKL-grupper ska klara av att samverka med 26 kommuner är en utmanande uppgift. Det är därför väsentligt för att upprätthålla den psykologiska kompetensen i kommunerna att primärvården samt vuxen liksom barn- och ungdomspsykiatri ingår i PKL-grupperna och att de skickar representanter till POSOM-grupperna.

Hinder för samverkan kring psykologiskt och socialt stöd

Olika definitioner på centrala begrepp

Psykologiskt och socialt stöd

En grundläggande förutsättning för samverkan om psykologiskt och socialt stöd är att olika aktörer som ska agera tillsammans har ett gemensamt språk och förståelse för hur olika begrepp ska användas för att undvika missförstånd och tidskrävande förklaringar. Hur man benämnde den stödinsats, som detta projekt handlar om, är därför inte bara av akademiskt intresse eftersom definitionen av begreppet skulle kunna återspegla hur man inom olika organisationer såg på stödinsatsen och vilka delar av den man var beredd att ansvara för. I traumlitteratur används olika benämningar för akuta stödinsatser t.ex. psykosocialt stöd (Reifels et al., 2013), psykosocialt omhändertagande (Socialstyrelsens termbank), krisstöd (Hedrenius & Johansson, 2013), eller psykologisk första hjälp (Brymer et al, 2006). I avsikt att få de intervjuade organisationernas syn på stödinsatsen delades stödet upp i psykologiskt respektive socialt stöd.

Socialt stöd har vid potentiellt traumatiserande händelser visat sig ha en buffrande effekt på utvecklingen av både psykisk och fysisk ohälsa (Derivois et al. 2014; Cohen et al. 2015; Norris & Kaniasty, 1996, Ozer et al., 2003, Wahlström, 2013). Då avses det stöd som framförallt familjemedlemmar, vänner, skol- eller arbetskamrater, eller personer som varit med om liknande händelser kan ge.

Socialstyrelsens definition och användning av begreppet psykosocialt omhändertagande är olycklig eftersom det begreppet används för den organisation inom kommunerna som står för krisstödsinsatser (POSOM). Inom psykotraumatologin används stöd hellre än omhändertagande eftersom ordet omhändertagande associerar till att den drabbade saknar egna resurser och måste "omhändertas" av organisationer i samhället. Hur man benämner stödet och vad det ska innehålla behöver samtliga aktörer såväl inom krisberedskapen som inom den ordinarie hälso- och sjukvården enas kring.

Olika begrepp används för allvarliga händelser och dess effekter

För att man snabbt ska kunna kommunicera mellan olika aktörer behövs ett gemensamt språk och åtminstone kunskap om vad begreppet betyder inom olika verksamheter. Kommuner och landsting hade i sina krisplaner olika begrepp för händelsen. Inom sjukvården användes olycka och katastrof medan kommunerna använde orden störning, kris och extraordinär händelse. Socialstyrelsens överordnade begrepp allvarlig händelse användes i både kommunernas och landstingets planer. Polisen hade begreppet särskild händelse som medförde särskilda åtgärder inom polisen.

Begreppet kris används som beteckning på en potentiell händelse, hot om en händelse, själva händelsen eller reaktioner på händelsen.

Inom PKL används begreppet potentiellt traumatiserande händelse. Här åsyftas att effekten av en inträffad händelse hos den drabbade ofta tar sig uttryck i reaktioner som kan vara uttalade men som oftast är övergående. Dessa reaktioner kan leda till en psykisk traumatisering, varför det är viktigt med långsiktig uppföljning

POSOM, används för att beskriva insatsen, verksamheten eller organisationen. PKL har stått för psykologisk/psykiatrisk katastrofledning. Inom landstinget har man valt att ta bort ordet psykiatrisk, med tanke på att stödinsatsen i nära anslutning till en allvarlig händelse handlar om att sätta in psykologiskt och socialt stöd för att om möjligt förebygga utveckling av psykiatrisk sjukdom. PKL har emellertid också slarvigt använts för att beskriva det psykologiska och sociala stödet på sjukhusen. I Socialstyrelsens skrift Krisstöd vid allvarlig händelse har man föreslagit att PKL-organisationen i stället skulle kallas för Krisstödsorganisation. Detta är dock olyckligt eftersom det skulle föra tankarna till att organisationen inte bara är till för allvarliga händelser utan också för vardagssjukvårdens mindre kritiska händelser. Eftersom PKL är ett etablerat begrepp förefaller det inte motiverat med ett namnbyte, vilket också PKL-utredningen påpekat (Håkanson, 2012). Dock behöver man vara noggrann när man använder förkortningen och till allmänheten tala om landstingets katastrofpsykologiska beredskapsorganisation och om krisstödjare.

På samma sätt har begreppet POSOM blivit ett förvirrande begrepp inte minst sedan det idag finns ett privat företag kallat POSOM.se. Begreppsförvirring är olycklig eftersom det försvårar budskap till allmänheten och drabbade och i slutändan kan leda till bristande tillit till kommunernas krisstödande verksamheter. POSOM är också ett etablerat begrepp, som skulle kunna vara kvar för att beskriva en samordningsgrupp för kommunernas psykologiska och sociala stöd.

Tidsbrist och begränsad kunskap om olika organisationers ansvar och mandat

Samtliga intervjuade organisationer menade att det psykologiska och sociala stödet inte prioriterades tillräckligt, vilket hängde samman med tidsbrist men i landstinget kanske mera p.g.a. att aktuella ersättningsmodeller lett till att man inom de olika verksamheterna hade svårt att avsätta personal och tid för deltagande i utbildning/övning.

Flera påpekade att olika organisationer inte kände till varandras roller, ansvar och mandat. Kunskap om den svenska modellen vid kris är viktig för att alla aktörer ska kunna se sin egen roll som en del i samhällets totala krisberedskap. Ju mer alla vet om regelverk, varandras roller, ansvar och mandat, desto större förutsättningar för samverkan. Kunskap om grundläggande principer som ansvarsprincip, närhetsprincip, likhetsprincip, geografiskt områdesansvar, sektorsansvar och skyldigheten hos varje offentlig aktör att samverka är en förutsättning för all samverkan vid en allvarlig händelse (MSB, 2014).

Oklara uppdrag och avtal

Särskilt inom landstinget angavs, framförallt från psykiatriens och primärvårdens sida, att avtalen inte var tillräckligt tydliga mellan landstingets centrala beställarorganisation och berörda offentliga och privata skattefinansierade verksamheter, organisationer och enheter. Att avtalen behövde förtydligas såg också PKL-ledarna som en grundförutsättning för att PKL skulle fortsätta utvecklas och fungera vid kommande allvarliga händelser. I PKL-utredningen (Håkanson, 2012) uppmärksammades också sjukhuskyrkans roll. Skyldighet att delta finns i avtal men det räcker inte med allmänna riktlinjer och

katastrofmedicinska planer för att organisationer och verksamheter, som inte tillhör akutsjukhusen, ska vara beredda att låta sin personal ingå i PKL-grupper och krisstödsgrupper.

Kommunernas uppdrag och gränsdragningen mellan vad som var kommunens respektive landstingets uppdrag och ansvar beskrevs från båda håll som otydligt. Från såväl kommuner som landstinget fanns en osäkerhet om vem man skulle kontakta när en allvarlig händelse inträffade. Betydelsen av att det finns tydliga uppdrag och avtal framför allt när det gäller psykologiskt och socialt stöd betonas i många rapporter efter allvarliga händelser (EFPA, 2009, Helsodirektoratet, 2012).

Trossamfund och frivilligorganisationer har inget lagstadgat uppdrag att ingå i katastrofberedskap i Sverige. De resurser som dessa organisationer har är dock ett viktigt komplement till det stöd som kommuner och landstinget kan erbjuda och är vid stora händelser en nödvändig resurs att använda. Sjukhuskyrkan är med i PKL-organisationerna och Svenska kyrkan finns oftast med i POSOM-organisationen. Frivilligorganisationer som Svenska Röda Korset, Rädda Barnen och Civilförsvaret finns sällan med, inte heller i några samverkansorgan. I omedelbar närhet till händelsen, särskilt om det inte rör sig om en händelse med många skadade och avlidna, finns i allmänhet tillräckliga personalresurser inom kommuner och landsting. Emellertid strömmar många frivilliga till och erbjuder sina tjänster. En erfarenhet från terrorhändelserna i Norge, 2011, var att det fanns ett behov att från början ingå avtal med utpekade frivilligorganisationer, för att kvalitetssäkra deras krisstödjare. Man betonade också vikten av att i avtal tydliggöra deras roll och ta beslut om vem som hade det överordnade ansvaret för ledning och organisation av frivilligas insats (Helsodirektoratet, 2012). Det finns exempel på avtal som också omfattar frivilligorganisationer. Vid Arlanda flygplats finns en krisplan för kris och olyckor där det finns ett avtal mellan Swedavia, Stockholms läns landsting och Sigtuna kommun om psykologiskt och socialt stöd (Swedavia, 2013). Swedavia har dessutom ett separat avtal med Svenska Röda Korset, där Svenska Röda Korset vid upprättande av stödcentrum leds av personer från SLL.

Olika driftsformer

Samhällets struktur och olika verksamheters organisatoriska tillhörighet har under de senaste decennierna genomgått stora förändringar. Många verksamheter har övergått från offentlig till privat drift. Avsikten har varit att minska landstingens och kommunernas utgifter samtidigt som man hoppats på ökad mångfald i sjukvård, omsorg och skola. Det finns emellertid en inbyggd risk med privatisering av viktiga verksamheter att dessa vid allvarliga händelser inte kommer att kunna nyttjas för psykologiskt och socialt stöd. Den risken är särskilt stor om man inte tydligt i avtal kommit överens om olika aktörers ansvar och funktion i kommunens eller landstingets totala krisberedskap. Ett ökat antal aktörer medför behov av tydligare samverkansmodeller, utbildningsplaner och gemensamma övningar.

Olika värderingar och syn på vilka insatser som behövs eller ska göras ökar risken för splittring och fragmentering mellan olika grupper och organisationer i samhället. Den risken finns alltid vid allvarliga händelser där misstro och bristande tillit till ansvariga i samhället är vanligt förekommande (Weisaeth & Mehlum, 1997). En annan svårighet som bl.a. BUPs ledning påpekade är att privata och offentliga verksamheter kan bli konkurrerande, vilket ytterligare ökar risken för fragmentering i stället för samordning av stödinsatserna. I landstinget hade man en långt driven uppdelning med en beställarorganisation och en utförarorganisation vars verksamheter var både offentligt och privat drivna och detsamma gällde kommunerna om än i olika utsträckning. I mindre än hälften av kommunerna fanns avtal med de privata entreprenaderna om deltagande i krisberedskap och kommunledningens vetskap om personalens psykologiska kompetens var begränsad. I landstinget var enligt de intervjuade vid tiden för kartläggningen 60 % av primärvården, 18 % av psykiatrin och 8 - 10 % av BUP, och mer än 50 % av den avancerade sjukvården i hemmet (ASIH) i privat regi. Vad gällde primärvården tecknades avtal mellan beställarorganisationen och varje vårdgivare och SLSOs ledning hade varken insyn i avtalen eller kunde påverka innehållet i dem. Sedan kartläggningen har privatiseringen fortsatt och det har funnits en önskan från politiskt håll att också privatisera fler akutsjukhus. För att alla tänkbara

resurser ska kunna sättas in och samordnas är det nödvändigt att kommuner och landsting i alla avtal med privata aktörer beaktar psykologiska och sociala stödaspekter. Det räcker inte med att det i avtal står att privata verksamheter ska delta i kris- och beredskapen. Det måste garanteras att berörd personal har adekvata kunskaper, vilket förutsätter att personalen får krisutbildning med likartat innehåll som i den offentliga verksamheten och deltar i gemensamma övningar. Dessutom behöver det långsiktiga psykologiska och sociala stödet säkerställas i avtalen.

Brister i psykotraumatologisk kunskap och för lite övning

Av de intervjuade organisationerna hade de flesta kommunerna, landstinget, Svenska kyrkan och frivilligorganisationerna någon form av utbildningsinsatser till den personal som skulle ge psykologiskt och socialt stöd. Genomgående fick ledningspersoner mindre teoretisk utbildning än PKL och POSOM - grupperna och deras krisstödare medan personer i ledande funktion oftare deltog i skrivbordsövningar. I landstinget fanns rutiner för återkommande utbildningsinsatser riktade till sjukhusledningar, sjukvårdsgrupper och PKL-organisationen. I samtliga utbildningar, som innehöll både teoretiska inslag och övningar, hade psykotraumatologi en framträdande roll. Kontinuiteten upprätthölls genom att Regionala kunskapscentrum för kris- och katastrofpsykologi ansvarat för de katastrofpsykologiska inslagen i närmare 20 års tid. Medan akutsjukhusen och deras ledningar regelbundet utbildades och övades hade ledningen för SLSO och deras verksamheter inte på många år deltagit i vare sig utbildningar eller i övningar.

Kommunernas utbildningar var mera spretiga genom att innehållet varierade och gavs av olika utbildningsverksamheter. Flera kommuner hade inte genomfört någon utbildningsinsats på flera år. Det framkom inte i intervjuerna att man hade någon plan för utbildningsinsatser, inte heller vilken psykologisk och social kunskap man såg behov av att förkovra sig i. Ett sätt att få en grundläggande gemensam teoretisk bas för psykologiskt stöd i samtliga länets kommuner kan vara att under de kommande åren genomföra en likartad utbildning i alla kommunerna. En sådan tvådagarsutbildning för samtliga stadsdelar i Stockholms stad genomfördes under 2012 - 2013 och har utvärderats (Wahlström et.al., 2015). I kommunerna var

den vanligaste formen för övning skrivbordsövningar men man övade sällan tillsammans med verksamheter utanför den egna. Ett effektivt sätt att förbättra samverkan är annars att öva tillsammans med alla som ingår i den samlade psykologiska krisberedskapen.

Farhågor inför framtiden

Det som framhölls i intervjuerna inom både landsting och kommuner och som sågs som framtida utmaningar var kommande besparingskrav, ökad privatisering och svårigheter att rekrytera personal. Inom BUP fanns en oro för att ökande samverkan skulle kunna leda till orealistiska förväntningar från omvärlden på BUP. Svenska kyrkan och polisen oroade sig för landstingets framtida kapacitet och att landstinget i en trängd ekonomisk situation alltmer skulle avhända sig dess lagstadgade uppgift gällande psykologiskt och socialt stöd till frivilliga organisationer. Svenska kyrkan hade samtidigt en farhåga om att trossamfunden i ett alltmer konfessionslöst samhälle skulle ställas utanför krisberedskapen. Ovanstående farhågor riskerar sammanfalla med oklarhet i mandat och skyldigheter, där dessa i realiteten inte fullt ut motsvarar stiftade lagar och förordningar.

I motsats till dessa farhågor såg Länsstyrelsen framtida möjligheter till tydligare och effektivare samverkan baserat på den Samverkan Stockholmsregionen (SRR) som från tidigare projektform övergått i ordinarie verksamhet under 2014.

Referenser

- AFS 1999:7. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om första hjälpen och krisstöd.
- Almersjö, Ö. (1995). *Stockholms läns landstings utvärdering av sjukvårdens katastrofmedicinska arbete med anledning av olyckan med färjan M/S Estonia den 28 september 1994*. Stockholms läns landsting.
- Baum, A., Fleming, R. & Davidson, L.M. (1983). Natural disasters and technological catastrophe. *Environmental Behavior*, 15:333-354.
- Bergh Johannesson, K. (2010). *Traumatic exposure, bereavement and recovery among survivors and close relatives after disasters*. Dissertation. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59:20-28
- Bonanno, A., Galea, S., Bucciarelli, A. & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3):181-186.
- Bonanno, A., Westphal, M. & Mancini A.D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7:511-535.
- Brymer M., Jacobs A., Layne C., Pynoos R., Rusek J., Steinberg A., Vernberg, E. & Watson P. (2006). *Psychological First Aid - Field Operations Guide* (2nd ed). National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD, USA.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Turner, R. B., & Doyle, W. J. (2015). Does hugging provide stress-buffering social support? A study of susceptibility to upper respiratory infection and illness. *Psychological Science*, 26(2):135-147.

- Danermark, B. (2005). *Samverkan – himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*. Glerups förlag.
- Derivois, D., Mérisier, G.G., Cénat, J-M. &Castelot, V. (2014). Symptoms of posttraumatic stress disorder and social support among children and adolescents after the 2010 Haitian earthquake. *Journal of Loss and Trauma*,19(3):202-212.
- Dyregrov, A. (2002). *Katastrofpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (Eds.). (2008). *Krispsykologi i praksis*. Bergen: Fagbolaget Vigmostad & Björke S.
- EFPA. European Federation of Psychologists' Associations (2009). *Lessons Learned in Psychosocial Care after Disasters*. www.efpa.eu/
- EMA. Emergency Management Australia (1996). *Australian Emergency Manual. Disaster Recovery*. www.ema.gov.au
- EMA. Emergency Management Australia (2003). *Guidelines for Psychological Service Practice. Mental Health Practitioners Guide*. www.ema.gov.au
- EMA, Emergency Management Australia (2011). Disaster Health. Australian Emergency management Handbook Series. *Building a disaster resilient Australia*. www.ema.gov.au.
- Hedrenius, S. & Johansson, S. (2013). *Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser: att stärka människors motståndskraft*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Helsedirektoratet (2011). *Veileder for psykosociala tiltak ved kriser, ulykker og kastrofer*. Oslo: Helsedirektoratet. Andvord Grafisk AS, et Staples selskap.
- Helsedirektoratet (2012). *Laering for bedre beredskap. Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22 juli 2011*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Hjelmdal, O.K. (2007). *Follow up of Tsunami victims – the role of the general practitioners*. Paper presented at the 10th European Conference on Traumatic Stress, Opatija, Croatia, June 5-9.
- House, J.S., Umberson, D. & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Reviews of Sociology*, 14:293-318.
- Hobfoll S.E., Watson P., Bell C.C., Briant R.A., Brymer M.J., Friedman M.,... Ursano R.J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4):283-315.
- Håkanson, E. (1995). I Sverige var de förberede. Om svensk katastrofberedskap. *Dansk Psykolognyt*, 49(23):7-10.
- Håkanson, E. (2012). *PKL – organisationen igår, idag och i morgon. Rapport om framtidens organisation för psykologiskt och socialt stöd inom Stockholms läns landsting vid allvarlig händelse*. Landstingsstyrelsens förvaltning. Regionala Enheten för Kris- och katastrofberedskap.
- Högeling Drozin, A., Michélsen, H. & Schulman, A. (2008). *På jakt efter en metod för psykologiskt stöd - utvärdering av stödgrupper för drabbade av tsunamikatastrofen*. Rapport 2008:1, CeFAM, Centrum för allmänmedicin, Stockholms läns landsting och KI. Stockholm: EO Grafiska.
- IPPHEC. (2009). *Improve the preparedness to give psychological help in events of crisis. Psychosocial interventions following disasters, terrorism and other shocking events. General Recommendations*, www.ipphec.eu
- Krisberedskapsmyndigheten. (2004). *Kommunens plan för hantering av extraordinära händelser*. KBM rekommenderar 2004:1.
- Keskinen – Rosenqvist, R., Michélsen, H. & Schulman, A. (2012). *Kroppsliga besvär efter tsunamin – tre sätt att undersöka överlevandes upplevelser och reaktioner*. Rapport 2012:1. CeFAM, Centrum för allmänmedicin, Stockholms läns landsting och KI. Stockholm: EO Grafiska.

- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52,12:1048-1060.
- Länsstyrelsen (2014). Handbok i regional samverkan 2025 Erfarenheter från innovationskraft Stockholm. Länsstyrelsen i Stockholm. www.lansstyrelsen.se/stockholm/publikationer.
- Mancini A.D., Griffin P. & Bonnano, G.A. (2012). Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(1):46-51. .
- Michélsen, H., Schulman, A., Håkanson, E. & Hultman, C. (2007). *Tillbaka i Stockholm efter tsunanikatastrofen – nådde stödet fram?* Rapport 2007:1. CeFAM, Centrum för allmänmedicin, Stockholms läns landsting och KI. Stockholm: EO Grafiska.
- Michélsen, H., Schulman, A., Therup Svedenlöf, C. & Lingsten, I. (2009). *Nådde hjälpen fram? Psykologiskt och socialt stöd i en kommun vid tsunamin och en trafikolycka.* Rapport 2009:1. CeFAM, Centrum för allmänmedicin, Stockholms läns landsting och KI. Stockholm: EO Grafiska.
- MSB (2011a). *Samverkan - för säkerhets skull.* MSB:276. Tryck: DanagårdLiTHO.
- MSB (2011b). *Vägledning för Risk- och sårbarhetsanalyser.* MSB:245. Tryck: Danagård AB.
- MSB (2014). *Utgångspunkter och förhållningssätt i samverkan och ledning - fördjupning.* MSB:777. Tryck: DanagårdLiTHO.
- NICE-report. National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Post-traumatic stress disorder (PTSD). *The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care.*
- Norris, F.H. & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support following natural disasters. *Journal of Applied Social Psychology*, 20:86-114.

- Norris, F.H., Friedman, M.J. & Watson, P.J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65(3):240-260.
- Norris, F.H. (2004). *Risk factors for adverse outcomes in natural and human-caused disasters. A review of the empirical literature*. National Center for PTSD, USA.
- Norris, F.H., Stephens, S.P., Pfefferbaum, B., Wyche, K.F. & Pfefferbaum, R.L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41:127-150.
- Norris, F.H., Tracy, M & Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of response to stress. *Social Science & Medicine*, 68, 12:2190-2198
- Northern Ireland Centre for Trauma and Transformation (2008). *Catastrophe Mental Health. Emergency Planning, Mental Health & Catastrophic Events; Policy & Practice Implications*.
- OPSIC (2015). *Operationalising Psychosocial Support in Crisis*. <http://opsic.eu/> .
- Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L. & Weiss D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129:52-73.
- Pfefferbaum, B. & Shaw, J.A (2013). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on disaster preparedness. *Journal of American Academic Child Adolescents Psychiatry*, 52(11):1224-1238.
- Regeringens proposition (2007). *Stärkt beredskap – för säkerhets skull*. 2007/2008:92).
- Regeringens proposition (2009). *Samhällets krisberedskap – stärkt samverkan för ökad säkerhet*. 2009/10:124).

Reifels L., Pietantoni L., Prati G., Yoshiharu K., Kilpatrick D.G., Dyb G., ... & O'Donnell M. (2013). Lessons learned about psychosocial responses to disaster and mass trauma: an international perspective. *European Journal of Psychotraumatology*, 4:12897 <http://dx.do.org/10.3402/ejpt.v.4i0.22897>

Saari Sali (2005). *A bolt from the blue. Coping with disasters and acute traumas*. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia.

Schulman, A. (2000). Krisprojektet. *Krisomhändertagande I samverkan. Delrapport 1: Teori och klinisk erfarenhet från krisarbete som bakgrund till projektet*. Rapport 2000:1. Enheten för Psykisk Hälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.

Schulman, A. & Håkanson, E. (1995). *Psykosocial kriseintervention i forbindelse med M/S Estoniaulykken 1994 - korttidsaspekter*. Kontoret for Sygehusberedskabet i Storkobehavn. Årsbok, febr 1995.

Seynaeve, G.J. (Ed). (2001). *Psycho-social support in situations of mass emergency. European Policy Paper concerning different aspects of psychosocial support involved in major accidents and disasters*. Ministry of Public health, Brussels, Belgium.

SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*.

SFS 1984:387. *Polislagen*.

SFS 2006:544. *Lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap*.

SFS 1991:900. *Kommunallagen*.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen, SoL*.

SFS 2003:778. *Lagen om skydd mot olyckor*.

SFS 2004:168. *Smittskyddslagen*.

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslagen, OSL*

- Shalev, A.Y. (2004). Further lessons from 9/11: Does stress equal trauma? *Psychiatry*, 67,174-177.
- Shea, M.T., McDewitt-Murphy, Ready, D.J. & Shnurr, P.P. (2007). *Group therapy*. In M.J. Friedman, T.M. Keane, P.A. Resnick (Eds.). *Handbook of PTSD* (pp 306-326). New York: The Guilford Press.
- Socialstyrelsen (1991). *Allmänna råd om psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer*. 1991:2. Stockholm: Modin Tryck.
- Socialstyrelsen (1996). *Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer*. Socialstyrelsens allmänna råd 1991:2. Reviderad 1996. Stockholm: Modin Tryck.
- Socialstyrelsen (1992). *Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991*. KAMEDO-rapport 63.
- Socialstyrelsen (2007). *Flodvågskatastrofen i Asien 2004. Hemtransporter och det akuta mottagandet i Sverige*. Kamedo-rapport 91.
- Socialstyrelsen (2008 a). *Evakueringen av svenskar från Libanon 2006. Observatörsstudier i samband med kriget i Libanon sommaren 2006*. KAMEDO-rapport:91.
- Socialstyrelsen (2008 b). *Krisstöd vid allvarlig händelse. Utlåtande från experter*. Stockholm: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008>
- Socialstyrelsen (2008 c). *Socialtjänstens ansvar och uppgifter inför och vid en allvarlig händelse*: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008>
- Socialstyrelsen (2009). *Krisberedskap inom socialtjänstens område. Vägledning för planering*. Edita Västra Aros AB, Västerås, maj 2009. www.socialstyrelsen.se
- Socialstyrelsen (2013). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap*. SOSFS 2013:22.
- Socialstyrelsen (2015). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap*. SOSFS 2005:13
- Socialstyrelsens termbank. www.socialstyrelsen.se/?Term=a

- Stockholms läns landsting (2005). *Utvärdering av Stockholms läns landstings arbete under flodvågskatastrofen*. Slutrapport.
- Stockholms läns landsting. (2006) *Evakuering av svenskar från Libanon juli 2006*. Rapport till Socialstyrelsen från Regionala enheten för kris- och katastrofberedskap.
- Stockholms läns landsting (2011). *Regional katastrofmedicinsk plan för Stockholms läns landsting*. Lsf/REK, SLL 2011 www.webbhotell.sll.se.
- Stockholms läns landsting (2015). *Statistik/demografi och prognoser*. <http://www.trf.sll.se/Statistik/Demografi-och-prognoser/Lans-och-kommunprognoser/>)
- Stockholms läns sjukvårdsområde (2013). *Katastrofplan 2012 - 2013* Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO).
- Stockholms stad (2013). *Trygghets- och säkerhetsprogram för Stockholms stad 2013-2016*. Stockholm stad, april 2013
- Sundhedsstyrelsen (2014). *Styrkelse af den psykosociala indsats ved beredskabshaendelser*. Köpenhamn.
- Svenska kyrkan (2007). *Handbok i krisberedskap*. Uppsala. Intellekta Solna
- Swedavia (2013). *Plan för psykologiskt och socialt stöd. Vid allvarlig händelse eller hot om allvarlig händelse på Stockholm Arlanda Airport*.
- TENTS. The European Network for Traumatic Stress (2008). *The TENTS guidelines for psychosocial care following disasters and major incidents*. www.tentsproject.eu
- Uhr, C. (2009). *Multi-organizational emergency response management*. Dissertation. Lund: Lund University.
- Wahlström L., Michélsen H., Schulman A. & Backheden M. (2008). Different types of exposure to the 2004 tsunami are associated with different levels of psychological distress and posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 21:463-470.

Wahlström, L. (2010). *Disaster and recovery*. Dissertation, Stockholm: Karolinska Institutet.

Wahlström, L. (2013). Support, opinion of support and psychological health among survivors of a natural disaster. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1):40-47.

Wahlström, L., Therup Svedenlöf, C. & Schulman, A. (2015). *Psykologiskt och socialt stöd efter kriser och katastrofer. Effekter av utbildning till socialjour och stadsdelsförvaltningar i Stockholms stad. Rapport 2015:2*. Akademiskt primärvårdscentrum, Stockholms läns landsting. Stockholm: EO Grafiska.

Weisaeth, L. & Mehlum, L. (Eds). (1997). *Människor, trauma och kriser*. Stockholm: Natur och kultur.

WHO (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*.

Bilagor

Stockholms läns län
 CeFAM, Kris - & katastrofpsykologi
 (CKK)
 Regionala Enheten för kris- och
 Katastrofberedskap (REK)
 Projektnamn: Regional psykologisk
 och social krisberedskap
 Projektägare: Per-Åke Nilsson,
 Socialstyrelsen

Projektdirektiv
 Dnr:LS 1308-1028
 Datum 2013-05-20

**Projektnamn: Regional psykologisk och social krisberedskap
 – ett samverkansprojekt om ledning och ansvar för att höja
 samhällets förmåga att ge psykologiskt och socialt stöd vid
 kriser, extraordinära händelser och katastrofer.**

Projektägare: Socialstyrelsen, Per – Åke Nilsson


Checklista inför beslut, BP1	JA	NEJ
Projekt ägare är utsedd (finansiar)	X	
Projekt ledare , Styrgrupp, Mottagare är utsedda och införstådda med åtagandet	X	
Resurserna för Etableringsfasen är säkrade	X	
Etableringsfasen är planerad och beskriven med : kostnader, resurser, tid, leveranser, resultat	X	
Projektets mål är formulerat	X	
Det förväntade resultatet för Etableringsfasen och projektet är dokumenterat och kopplat till verksamhetens mål och strategier	X	
Effekt målen är definierade för projektet	X	
Övergripande risker för projektets genomförande finns dokumenterade	X	

Kryssa i rutan för vilket alternativ som gäller

JA NEJ Kommentar:

Beslut att starta Etableringsfasen, BP1	X		
Beslut att inte starta Etableringsfasen, BP1			
Beslut att bordlägga beslutet			

Bilaga 1


 **Stockholms läns landsting**
CeFAM, Kris - & katastrofpsykologi
(CKK)
Regionala Enheten för kris- och
Katastrofberedskap (REK)
Projektnamn: Regional psykologisk
och social krisberedskap
Projektägare: Per-Åke Nilsson,
Socialstyrelsen

Projektdirektiv
Dnr. LS 1308-1028

Datum 2013-05-20

Datum och underskrift av projektägare

Namnförtydligande

 **Stockholms läns landsting**
CeFAM, Kris - & katastrofpsykologi
(CKK)
Regionala Enheten för kris- och
Katastrofberedskap (REK)
Projektnamn: Regional psykologisk
och social krisberedskap
Projektägare: Per-Åke Nilsson,
Socialstyrelsen

Projektdirektiv
Dnr:LS 1308-1028

Datum 2013-05-20

1. Grundläggande information

2.

2.1. Bakgrund

När allvarliga händelser drabbar ett samhälle uppstår vid sidan av behovet av medicinsk vård alltid psykologiska och sociala behov, som dessutom måste tillgodoses hos många fler personer både omedelbart och under längre tid efter händelsen. Ansvaret för psykologiska och sociala stödinsatser ligger i enlighet med gällande lagar hos både landsting och kommuner. Gränsdragningen vad gäller ansvaret vid allvarliga händelser är otillräckligt definierat, viktiga begrepp definieras olika inom landsting och kommuner, krisplaner ser olika ut och är sällan samordnade. Gemensamma övningar för att förbättra psykologiska och sociala stödinsatser genomförs sällan.

Ett tydligt ledningsansvar och samverkan mellan berörda organisationer är en av de viktigaste framgångsfaktorerna när det gäller att få ut adekvat psykologiskt stöd till en drabbad befolkning. Samverkan blir särskilt viktig vid händelser då resurserna är begränsade, t.ex. om händelsen eller konsekvenserna av den blir långvariga. Hur samverkan i krisplanering och fördelning av ansvar mellan olika entreprenader och övrig kommunal och landstingsdriven verksamhet ser ut när allvarliga händelser inträffar är kritisk. Kunskapsnivån och synen på psykologiskt stöd kan variera mellan olika berörda verksamheter, vilket kan medföra att man kommit olika långt i sitt beredskapstänkande. Samhället måste också ta ställning till om och hur skattefinansierade privata entreprenörer ska ingå i den psykologiska krisberedskapen. Mer om bakgrunden finns i den ursprungliga projektplanen.

2.2. Idé

Utifrån våra erfarenheter av att samordna psykologiska insatser vid allvarliga händelser som drabbat Stockholms län och mångåriga utbildnings- och övningsinsatser riktade till såväl hälso- och sjukvården som kommuner, såg vi ett stort behov av att kartlägga den psykologiska krisberedskapen i länet. Betydelsen av ansvar, samverkan och ledning av det psykologiska och sociala stödet har bekräftats av erfarenheterna av insatserna vid terrorhändelserna i Oslo 2011. Kartläggningen av synen på psykologiskt stöd och hur man integrerat psykologisk kunskap och stöd i sitt beredskapstänkande inom olika organisationer är en central del av projektet eftersom så många verksamheter ska samverka; kommuner, landsting, privata entreprenader och frivilligorganisationer utöver länsstyrelsen och centrala myndigheter.



Stockholms läns landsting

CeFAM, Kris- & katastrofpsykologi
(CKK)

Regionala Enheten för kris- och
Katastrofberedskap (REK)

Projektnamn: Regional psykologisk
och social krisberedskap

Projektägare: Per-Åke Nilsson,
Socialstyrelsen

Projektdirektiv

Dnr:LS 1308-1028

Datum 2013-05-20

Vi har tagit fram och i ett pilotprojekt utvärderat en katastrofövning i vilken man på olika nivåer i organisationerna kan studera samverkan och kvaliteten på givet psykologiskt och socialt stöd. Denna övningsmodell önskar vi nu testa i ett större sammanhang. Övningen behöver anpassas till en händelse med regional utbredning och en modell för utvärdering tas fram. Samverkan mellan berörda organisationer minskar inte bara belastningen för enskilda organisationer utan är en nödvändig förutsättning för att direkt och indirekt drabbade personer ska få adekvat stöd vid en allvarlig händelse och därmed också minska risken för långsiktigt psykiskt lidande. Det finns ett stort behov för samtliga organisationer som är involverade i kris- och katastrofberedskap att öva psykologiskt och socialt stöd förutom de övningsmoment som i allmänhet ingår.

2.3. Syfte

Projektet har flera syften:

- Att undersöka organisatoriska förutsättningar, ansvarsfördelning och vad som kan vara kritiska moment i samordning vid planering och genomförande av psykologiska och sociala stödåtgärder vid allvarliga händelser i en region (Stockholms län). Fokus är ansvarsfördelning och samverkan på olika nivåer inom och mellan kommuner, mellan kommuner och landstingets hälso- och sjukvård samt mellan kommuner/landsting och frivilligorganisationer och privata entreprenörer.
- Att med hjälp av en regionalt sammansatt referensgrupp ta fram ett underlag för en övergripande regional kris- och katastrofberedskap för Stockholms län gällande psykologiskt och socialt stöd
- Att utveckla och genomföra en lärande övning utgående från förutsättningarna i det framtagna underlaget.

2.4. Verksamhetsstrategi

Projektet ligger i linje med SLL:s mål och strategier inom kris- och katastrofberedskapen där uppgiften är att minimera konsekvenser för somatiska och psykiska följdverkningar som kan uppstå vid en stor olycka, katastrof, hot, extraordinär händelse eller krig.



CeFAM, Kris - & katastrofpsykologi
(CKK)
Regionala Enheten för kris- och
Katastrofberedskap (REK)
Projektnamn: Regional psykologisk
och social krisberedskap
Projektägare: Per-Åke Nilsson,
Socialstyrelsen

Projektdirektiv

Dnr:LS 1308-1028

Datum 2013-05-20

3. Mål

2.1 Effektmål


Det övergripande målet med projektet är att öka samhällets och specifikt en regions förmåga att hantera ledning och samverkan för psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser så att direkt och indirekt drabbade personer får adekvat stöd.

- Belysning av möjlig samverkan mellan offentligt drivna, frivilliga och privata verksamheter rörande psykologiskt stöd.
- Belysning av vad som är gemensamt ansvar respektive vad varje ingående organisation har ansvar för.
- Belysning av hur man inom olika verksamheter integrerat psykologisk kunskap i sin kris- och katastrofberedskap.
- Framtagande av ett underlag till en för samtliga berörda organisationer gemensam kris- och katastrofberedskap som sedan kan bli applicerbar på såväl regional som nationell nivå.
- Framtagande av ett scenario för övning och utveckling av en modell för utvärdering av psykologiskt och socialt stöd, som ska kunna användas vid framtida övningar i större och mindre skala.

3.2. Nyttokalkyl

Nyttoeffekten av kartläggning, övning och därmed förmågebedömning bedöms vara stor särskilt utifrån ett långsiktigt hälsoekonomiskt perspektiv. Framtagandet av ett för kommuner och landsting gemensamt underlag till kris- och katastrofberedskap kan öka regionens sammantagna förmåga att ge psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser av olika karaktär. Därmed förbättras kvaliteten i stödinsatserna, personer i riskgrupper för utveckling av allvarlig psykisk ohälsa uppmärksammas och kan ges långsiktigt stöd.

Huruvida och i så fall på vilket sätt den stora och växande skattefinansierade privata verksamheten ska ingå i samhällets totala krisberedskap är av avgörande betydelse för krisberedskapen i allmänhet och för de psykologiska och sociala stödinsatserna i synnerhet. Ur ett samverkansperspektiv är nyttoeffekten att berörda organisationer tillsammans i en lärande övning får kännedom om varandras kompetens och brister.

 **Stockholms läns länsting**
CeFAM, Kris - & katastrofpsykologi
(CKK)
Regionala Enheten för kris- och
Katastrofberedskap (REK)
Projektnamn: Regional psykologisk
och social krisberedskap
Projektägare: Per-Åke Nilsson,
Socialstyrelsen

Projektdirektiv
Dnr:LS 1308-1028

Datum 2013-05-20

3.3. Projekt mål

På regional nivå:


- Sammanställning av omständigheter som möjliggör respektive försvårar (kritiska moment) samverkan när det gäller psykologiskt och socialt stöd. Detta rör också samverkan mellan offentlig, frivillig och entreprenad driven verksamhet.
- Integrering av psykologisk kriskunskap på alla nivåer inom den totala katastrofberedskapen.
- Utveckling av ett scenario för övning och en modell för utvärdering av psykologiskt och socialt stöd, som ska kunna användas vid framtida övningar i större och mindre skala.
- Efter genomförd övning upprätta förslag på underlag till riktlinjer och planer för regional samverkan rörande psykologiskt och socialt stöd.
- Spridning av projektets resultat till personer i myndigheter och centrala / lokala förvaltningar, som ansvarar för utveckling av kris- och katastrofberedskapen och till dem som sitter i centrala och lokala ledningsgrupper vid allvarliga händelser.

På nationell nivå:

- Nationell spridning via Socialstyrelsen och MSB genom seminarier av erfarenheter från projektet med förslag på implementering på nationell nivå

3.4. Förväntat resultat av Etableringsfasen

Projektplan.

 **Stockholms läns landsting**
CeFAM, Kris - & katastrofpsykologi
(CKK)
Regionala Enheten för kris- och
Katastrofberedskap (REK)
Projektnamn: Regional psykologisk
och social krisberedskap
Projektägare: Per-Åke Nilsson,
Socialstyrelsen

Projektdirektiv
Dnr:LS 1308-1028

Datum 2013-05-20

4. Krav på projektet

4.1. Förutsättningar

En central förutsättning som inte är påverkbar är att projektet handlar om psykologiskt och socialt stöd. Modellen med kartläggning och avslutande övning ska ingå. Tillvägagångssätt vid kartläggning av aktuell psykologisk kris- och katastrofberedskap i länet och framtagande av scenariet till övningen är påverkbart liksom styrgruppens och referensgruppens sammansättning.

Projektets upplägg måste förankras hos länets samtliga kommundirektörer och ledningspersoner i landstinget. En förutsättning för en framgångsrik insats är att samtliga berörda organisationer medverkar i planering och genomförande av övningen. Eftersom övningen är en lärande övning med figuranter måste varje deltagande organisation avsätta tid för anställda att genomgå viss utbildning, delta i förberedelser inför övningen samt medverka en hel övningsdag. Därutöver behöver berörda organisationer avsätta tid för personer på alla nivåer som ingår i den psykologiska kris- och katastrofberedskapen för såväl förberedelser som deltagande i övningen.

4.2. Miljö

Hänsyn till miljön har beaktats enligt landstingets miljöpolitiska program Miljösteg 5 och bedömningen är att det inte är relevant med ytterligare miljökonsekvensbeskrivning.

4.3. Avgränsningar

Projektet är inriktat på alla verksamheter som påverkar och utgör förutsättningar för psykologiska och sociala stödinsatser. Här ingår t.ex. polisiära uppgifter som registrering av drabbade och närstående samt information till dessa, men inte andra polisiära ansvarsområden som t.ex. avspärming, brottsutredning etc. På samma sätt ingår räddningstjänstens och sjukvårdens insatser som del av ett psykologiskt stöd men inte räddningstjänstens uppdrag att släcka bränder eller sjukvårdens insatser av rent medicinsk karaktär.

5. Kopplingar till andra projekt och verksamheter

I samband med projektplanens tillkomst gavs information om projektet som också förankrats hos länsstyrelsen, ledningen för Stockholms stad, representant för länets övriga kommuner samt landstinget.



Stockholms läns län
CeFAM, Kris - & katastrofpsykologi

(CKK)
Regionala Enheten för kris- och
Katastrofberedskap (REK)

Projektnamn: Regional psykologisk
och social krisberedskap

Projektägare: Per-Åke Nilsson,
Socialstyrelsen

Projektdirektiv

Dnr:LS 1308-1028

Datum 2013-05-20

CKK har initierat och / eller deltagit i andra samverkansprojekt, vars erfarenheter delvis ligger som underlag till det aktuella projektet. Ett exempel på samverkan som är pågående är en samverkan mellan SLL, Sigtuna kommun och Swedavia med utbildning, övning och framtagande av en krisplan för Arlanda flygplats. CKK och REK har ett sedan flera år etablerat samarbete kring den regionala psykologiska krisberedskapen.

Det pågår ett stort antal samverkansprojekt i regionen. Vilka som kan kopplas samman med detta projekt behöver utredas. Dock finns det inget annat samverkansprojekt som specifikt handlar om psykologiskt och socialt stöd.

6. Tidplan

En mera detaljerad tidsplan kommer att presenteras i projektplanen.

År	Månad	Aktivitet
2013	Februari	Projektplan klar
2013	Februari – maj	Möten i projektgruppen
2013	Mars - augusti	Insamling av kris och katastrofplaner med fokus på psykologisk och socialt stöd klar
2013	Maj - juni	Projektdirektivet framtaget.
2013	Maj - juni	Förslag på styrgrupp, referensgrupp och projekterupp
2013	Maj - september	Framtagande av intervjuguide för kartläggning
2013	Augusti - september	Styrgruppsmöte 1. Planering för kommande möten
2013	September	Referensgruppsmöte 1. Planering för kommande möten
2013	Oktober - december	Kartläggning genom intervjuer
2013	November - december	Förberedelser för katastrofövningen påbörjas. Övningsscenarioet tas fram i referensgruppen, varefter själva rollspelet skrivs. Övningen introduceras via referensgruppens medlemmar i deras respektive organisationer. En särskild arbetsgrupp för genomförande och utvärdering tillsätts.
2014	Januari – mars	Sammanställning av data från intervjuer
2014	Mars - maj	Underlaget utifrån kartläggningen förankras i referens- och styrgrupper samt i ledningsgrupperna på de verksamheter som ingår i länets kris- och katastrofberedskap.
2014	Januari - juni	Framtagande av övning. Rollspelet konstrueras. Förankring i deltagande organisationer och anmälan av figuranter
2014	Augusti - Oktober	Figuranter erhåller sina roller, möten med utbildning och instruktion om rollspel och efterföljande utvärdering

Stockholms läns län
 CeFAM, Kris - & katastrofpsykologi
 (CKK)
 Regionala Enheten för kris- och
 Katastrofberedskap (REK)
Projektnamn: Regional psykologisk
 och social krisberedskap
Projektägare: Per-Åke Nilsson,
 Socialstyrelsen

Projektdirektiv
 Dnr:LS 1308-1028
 Datum 2013-05-20

2014	November	Katastrofövning genomförs
2014	November - december	Sammanställning av erfarenheter från övningen. Ett förslag på underlag för den regionala psykologiska kris- och katastrofberedskapen tas fram
2015		Slutrapport av projektet skrivs. Redovisas under seminarier

7. Budget

7.1. Projektkostnader

Kalkylpost	År (1) 2013	År (2) 2014
Lönekostnad	1 115 000	1 138 000
Resekostnader: konferenser, seminarier		30 000
Internatkostnad för referensgruppen	44 000	
Genomförande av övningar, workshops		
Tryckning av rapport		30 000
Summa	1 159 000	1 198 000

7.2. Projektfinansiering

Projektet har beviljats MSB:s 2:4 anslag för verksamhetsåren 2013 – 2014.

8. Övergripande risker

Det finns en risk att man inom olika verksamheter kan uppfatta att andra regionala samverkansprojekt har ett likartat innehåll. Det finns dock inget annat projekt som specifikt handlar om psykologiskt och socialt stöd. Det är väsentligt att detta tydliggörs inom samtliga berörda organisationer eftersom deras medverkan från start är nödvändig. Med tanke på att många projekt pågår parallellt är det naturligtvis betydelsefullt att koppla samman det aktuella projektet med andra i den mån det finns gemensamma beröringspunkter, detta gäller särskilt när förslag till samverkan tas fram i slutet på projektet.

Genomförandet av kartläggning och övning kräver noggrann planering och förankring i samtliga berörda verksamheter om tidsramen ska hållas. Det kan vara nog så svårt för personer i ledande ställning att avsätta tid och det kan dra ut på projektiden.



CeFAM, Kris - & katastrofpsykologi
(CKK)
Regionala Enheten för kris- och
Katastrofberedskap (REK)
Projektnamn: Regional psykologisk
och social krisberedskap
Projektägare: Per-Åke Nilsson,
Socialstyrelsen

Projektdirektiv
Dnr:LS 1308-1028

Datum 2013-05-20

9. Överlämnande

Det framtagna underlaget för regional kris- och katastrofberedskap ska implementeras och göras känt inom alla berörda organisationer, som ingår i länets kris- och katastrofberedskap. Utbildning av såväl ledningsgrupper som stödpersoner genomförs och för detta arbete finns ett kunskapscentrum i Stockholms läns landsting, CeFAM, Kris- och katastrofpsykologi (CKK). Resultat från projektet sprids snabbt via CKKs utbildnings- och informationsverksamheter inom länet. Målgrupper för spridning av projektets resultat är personer i myndigheter och centrala/lokala förvaltningar, som ansvarar för utveckling av kris- och katastrofberedskap, liksom de som sitter i centrala och lokala ledningsgrupper vid allvarliga händelser. Detta gäller också för frivilligorganisationer och landstings resp. kommunalt finansierade privata verksamheter.

På nationell nivå torde resultatet från projektet vara av stort intresse för Socialstyrelsen och MSB. Därutöver finns inom landsting och kommuner motsvarande aktörer som i Stockholms län.

10. Styrgrupp

Per – Åke Nilsson, Socialstyrelsen (projektägare)
Håkan Lindberg, REK, SLL
Thomas Sjödin, Länsstyrelsen
Abbe Schulman, CKK, projektledare
Monika Scott Näslund, CKK, projektassistent

11. Referenser och bilagor

Projektplan
Ansökan om medel från anslag 2-4, krisberedskap 2013. MSB:s dnr 2012-172
Nådde hjälpen fram? Psykologiskt och socialt stöd i en kommun vid tsunamin och en trafikolycka. Rapport 2009:1. CeFAM, Kris- & katastrofpsykologi.

Bilaga 2

1. Här kommer först en allmän fråga om psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse

Intervjuaren: ”Ni är nog mera vana vid begreppet psykosocialt stöd men jag skulle ändå vilja höra vad ni lägger i de olika formerna för stöd. Så..”

Vad gör ni när ni inom kommunen ger psykologiskt respektive socialt stöd vid en allvarlig händelse? (Försök få intervjupersonerna att skilja upp stödinsatser beroende på om de är psykologiska (lyssna, trösta, riskbedöma...) eller sociala (bostad, pengar..).

Nästa fråga handlar om samverkan när det gäller psykologiska och sociala stödinsatser i samband med en allvarlig händelse.

1.1. Vad lägger ni i ordet samverkan?

2.2. Vem samverkar ni med (utanför kommunens egna verksamheter)?

Låt Ip först få berätta fritt. Listan nedan är en hjälp till intervjuaren. Om man inte nämner några av nedanstående, använd då listan och fråga om man samverkar med nämnda organisationer.

2.2.1 Vem samverkar ni med när det gäller psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser (forts)? Följ upp med att fråga om samverkan med respektive organisation ser ut och be om exempel.

- Akutsjukhus
- Primärvården
- Vuxenpsykiatri
- Barn- och ungdomspsykiatri
- Polisen/Räddningstjänst
- Svenska kyrkan
- Andra trossamfund
- Svenska Röda Korset
- Rädda Barnen
- Andra kommuner

Bilaga 2

- Länsstyrelsen
- Andra

3. Planering inför en allvarlig händelse.

- 3.1. Vad gör ni inom kommunens egna verksamheter respektive med externa verksamheter (t.ex. sjukvård, psykiatri etc.) för att underlätta samverkan när det gäller psykologiskt och socialt stöd?
- 3.2. Har ni möten för att diskutera planeringen för den psykologiska och sociala krisberedskapen? Om ja, vem deltar?
- 3.3. Har kommunen en POSOM-grupp? Om ja, vad är gruppens uppgift? Vem ingår i den och vem leder den? Hur aktiveras den?

4. Entreprenader i privat regi

- 4.1. I vilken utsträckning bedrivs verksamheter som kan bli involverade i psykologiska och sociala insatser inom kommunen i privat regi? Hur ser proportionerna ut mellan kommunala och privata verksamheter när det gäller:

Alternativ: 0, < 25 %, 25 – 50 %, > 50 %.

4.1.1 Socialtjänst

4.1.2 Skola

4.1.3 Äldrevård

4.1.4 Andra

Vilka?

- 4.2 Finns det avtal med dessa privata entreprenader om deltagande i krisberedskapen i form av a) akuta insatser, b) planering och c) övning?

Ja/Nej/Vet inte

Kommentar:

Bilaga 2

4.3 Finns de med i kommunens krisplan?

Ja/Nej/Vet inte

Kommentar:

4.4 Känner ni till vilken kompetens det finns hos de privata entreprenaderna när det gäller psykologiskt och socialt stöd?

Ja/Nej

Kommentar:

4.5 Har de byggt in stöd till sin egen personal?

Ja/Nej/vet ej

Kommentar:

4.6 Hur säkerställer ni att de fullföljer avtalen om psykologiskt och socialt stöd?

Kommentar:

5. Krisplanen

*Säg något om att du **inte** gått igenom kommunens krisplan men att du ändå önskar ställa frågor om hur man i kommunen planerat för en allvarlig händelse. Be dem skicka in planerna.*

5.1. Vid vilka händelser är den tänkt att användas? (störning, allvarlig händelse eller extraordinär händelse). Be om konkreta händelser i vilka psykologiskt och socialt stöd kan behövas.

5.2 Hur planerar ni för stöd till barn/ungdomar respektive till äldre vid en allvarlig händelse?

5.3 Hur planerar ni för stöd till personer med olika religiös och kulturell bakgrund

5.4. Hur planerar ni för stöd till sjuka/funktionshindrade vid en allvarlig händelse?

Bilaga 2

5.5. Har krisplanen implementerats ute i verksamheterna?

Ja/Nej/Vet inte

5.6. Har de verksamheter inom kommunen som ni ska samverka med vid en allvarlig händelse egna krisplaner?

Ja/Nej/Vet inte

5.7 Om verksamheterna har egna planer är de synkroniserade med kommunens?

Ja/Nej/Vet inte

5.8 Känner du/ni till landstingets kris- och katastrofplan?

Ja/Nej

5.9 I landstinget finns en särskild organisation för psykologiskt och socialt stöd kallad PKL (psykologisk kriskatastrof ledning). Är PKL – verksamheten känd?

5.10 Finns det en samverkan mellan kommunen och PKL?

Ja/Nej/Vet ej

6 Ledningsfrågor

6.1. Vem larmas först (beredskap) och vilka kallas in?

6.2 Vem ingår i kommunens krisledning?

6.3 Vem/ vilken funktion i krisledningen ansvarar för åtgärder som rör psykologiskt och socialt stöd?

6.3.1. Vem ansvarar för att stödet sätts igång?

6.3.2. Vem ansvarar för krisstödsgruppen under händelsen?

6.3.3. Vem tar beslut om att de psykologiska och sociala stödinsatserna ska avslutas?

6.3.4. Vem tar beslut om långsiktiga psykologiska och sociala stödinsatser?

Bilaga 2

6.4 Har ni tillräckligt med kunskaper i krisledning för att leda insatser av psykologisk och social karaktär vid en allvarlig händelse? Om inte, vilken kompetens behöver förstärkas?

6.5 Hur ser du/ni på Länsstyrelsens roll vid en allvarlig händelse?

6.6 Vilken betydelse har krisledningsnämnden? Har den blivit inkallad vid händelser som inträffat i kommunen under den senaste 5 – års perioden?

7 Krisstödsfrågor

7.1 Vem/ vilka står för de psykologiska och sociala stödinsatserna under och omedelbart efter att händelsen inträffat?

7.2 Anser du/ni att de som ska ge psykologiskt och socialt stöd har tillräckliga kunskaper för att kunna ge det i anslutning till händelsen men också på lång sikt?

Ja/Nej/Vet inte

7.3 Har kommunen förberedda lokaler och har dessa i så fall adekvat utrustning för krisstöd (mottagningsplatser)?

Ja/Nej/Vet inte

7.4. Har ni planerat för stöd till de personer som ska ge krisstöd?

Ja/Nej/Vet inte

Om svaret är ja, följ då upp med en följdfråga om hur och vem som har ansvarar för att sådant stöd ges.

8. Händelser som ägt rum i kommunen

”Nu undrar jag om det under de senaste åren i kommunen eller i regionen (som berört kommunen) inträffat händelser som bedömts som störning, allvarlig händelse eller extraordinär händelse?”

Be om händelser där kommunen gett kommuninvånarna psykologiskt och socialt stöd. (Sådana kan man ha berättat om tidigare i intervjun)

8.1. Vilka åtgärder sattes in omedelbart och gavs det långsiktigt stöd? (Fråga också av vem de fått informationen)

Bilaga 2

8.2. Samverkade ni med andra organisationer och i så fall med vilka?
(Fråga också av vem de fått informationen)

8.3. Har insatserna följts upp? Vet du/ni hur det gått för de drabbade?
(Fråga också av vem de fått informationen)

8.4. Vad fungerade bra respektive mindre bra? Be om exempel. *(Fråga också av vem de fått informationen)*

9. Utbildning och övning.

9.1. Har kommunen genomfört utbildningar rörande psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser? Om ja, i vilken form, när och till vem?

9.2. Har kommunen genomfört övningar rörande psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser? Om ja, vilken typ av övning, när genomfördes den och vem deltog? *Låt intervjupersonen/na berätta fritt. 9.2.1 – 9.2.5 är stödord för intervjuaren.*

9.2.1 Ledningen

9.2.2 Krisstödjare (socialtjänst, skolor, äldreboenden)

9.2.3 Kommunen tillsammans med andra verksamheter (polis, räddningstjänst, sjukvård, frivilligorganisationer), som ingår i kommunens krisberedskap

9.2.4 Privata organisationer, som verkar inom kommunen

9.2.5 Regionalt med andra kommuner i regionen

10. Hinder för god samverkan

Jag antar att ni har erfarenheter inom er kommun av väl fungerande samverkan. Men nu undrar jag...

10.1 Vad du/ni har sett för svårigheter att få till en god samverkan för att ge psykologiskt och socialt stöd vid en allvarlig händelse i kommunen?

Bilaga 2

(Finns det tid att bygga upp samverkan? Är det ett prioriterat område?)

- 10.2** Vad ser du/ni för svårigheter i dag (*juridiska, organisatoriska, olika benämningar etc.*) att få till en god samverkan för att ge psykologiskt och socialt stöd med verksamheter utanför kommunen exempelvis med landsting, andra kommuner, frivilligorganisationer, privata entreprenader?
- 10.3.** Skulle du/ni önska att det fanns en större samverkan med organisationer utanför kommunen? Om ja, med vilka då?
- 10.4** Har du/ni farhågor för samverkan i framtiden vad gäller psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser? Om ja, vilka? (*ex. ekonomin, personalbrist, politisk vilja ...*)

11 Samverkansnivå

”Slutligen skulle jag vilja sammanfatta det vi pratat om genom att vi tillsammans i en tabell prickar av på vilken nivå ni idag ligger högst när det gäller samverkan om psykologiskt och socialt stöd med olika organisationer inför en allvarlig händelse. ” (Ta fram samverkansstegen och pricka av nivån på varje verksamhet)

12. Övningsönskemål

Vad för slags händelse av större karaktär skulle du/ni vilja få öva på som berör mer än din/er kommun?

- 13.** Finns det ytterligare något du/ni skulle vilja lägga till?

Tack för att du/ni ställt upp på denna intervju! Vi kommer att sammanställa resultaten från intervjuerna och när vi är klara återföra resultaten till er. Jag vill avslutningsvis bara påminna er om att skicka in kris-/katastrofplanen.

Bilaga 3

Nivåer av samverkan rörande psykologiskt och socialt stöd vid allvarlig händelse

Samtliga intervjuer avslutades med att de intervjuade fick fylla i en tabell där olika möjliga samverkanspartners fanns nämnda. Tre olika nivåer på samverkan kunde anges:

1. Samtal: Utbyte av information om psykologiskt och socialt stöd
- 2a. Samsyn: Avstämning hur parterna ser på psykologiskt och socialt stöd
- 2b. Samförstånd: Överenskommelse om hur stödet ska se ut och att ingendera partnern kan genomföra åtgärden på egen hand
- 3a. Samverkansbeslut: Beslut om samverkan för psykologiskt och socialt stöd
- 3b. Samordnad aktion: Beslut om tillvägagångssätt och en integrerad krisplan

Bilaga 3

Tabell 2. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) lämnade av kommundirektörer/säkerhetschefer från 24 deltagande kommuner

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Akut sjukhus	11	11	2	0	13
Andra frivilligorg.	7	5	5	7	17
Andra samfund	12	5	5	2	12
Annan/andra Kommuner	3	4	5	12	21
Barn - ungdomspsykiatri	12	4	7	1	12
Länsstyrelsen	4	1	6	13	20
PKL	10	8	6		14
Polis	2		9	13	22
Primärvård	8	6	8	2	16
Privata entreprenader	8	10	2	4	16
Rädda Barnen	21	2		1	3
Räddningstjänst	2		3	19	22
Svenska Röda Korset	15	4	2	3	9
Svenska kyrkan	3	1	8	12	21
Vuxenpsykiatri	11	6	6	1	13

Bilaga 3

Tabell 3. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av socialchefer/POSOM-chefer från 23 av 24 deltagande kommuner

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Akut sjukhus	10	9	2	2	13
Andra frivilligorg.	9	5	3	6	14
Andra samfund	12	7	3	1	11
Annan/andra Kommuner	5	5	5	8	18
Barn - ungdomspsykiatri	11	6	2	4	12
Länsstyrelsen	11	4	5	3	12
PKL	10	6	3	4	13
Polis	3	1	5	14	20
Primärvård	11	3	2	7	12
Privata entreprenader	14	6	2	1	9
Rädda Barnen	18	1	2	2	5
Räddningstjänst	1	1	5	16	22
Svenska Röda Korset	16	2	2	3	7
Svenska kyrkan	3		4	16	20
Vuxenpsykiatri	10	6	4	3	13

Bilaga 3

Tabell 4. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av ledningen på landstingets Hälso- och sjukförvaltning.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Socialstyrelsen			1		1
MSB			1		1
Länsstyrelsen			1		1
Andra landsting			1		1
Akutsjukhus				1	1
SLSO				1	1
CeFAM Kris- och katastrofpsykologi*				1	1
Stockholms stad (krisledning)		1			1
Sth Stad (POSOM/annan krisgrupp)		1			1
Andra kommuner än Sthlm (krisledning)		1			1
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)		1			1
Polisen		1			1
Räddningstjänst		1			1
Svenska kyrkan		1			1
Andra trossamfund		1			1
Svenska Röda Korset		1			1
Rädda Barnen		1			1
Privata entreprenörer		1			1
Andra	1				0

* Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK)

Bilaga 3

Tabell 5. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av REK (EKMB), landstingets Hälso- och sjukförvaltning.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Socialstyrelsen			1		1
MSB		1			1
Länsstyrelsen				1	1
Andra landsting				1	1
Akutsjukhus				1	1
SLSO		1			1
CeFAM Kris- och katastrofpsykologi*				1	1
Stockholms stad (krisledning)				1	1
Sthlm Stad (POSOM/annan krisgrupp)		1			1
Andra kommuner än Sthlm (krisledning)			1		1
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)		1			1
Polisen			1		1
Räddningstjänst			1		1
Svenska kyrkan		1			1
Andra trossamfund		1			1
Svenska Röda Korset		1			1
Rädda Barnen		1			1
Privata entreprenörer		1			1
Andra		1			1

* Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK)

Bilaga 3

Tabell 6. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av ledningen på Trauma Centrum Karolinska Universitetssjukhuset (TCK).

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Andra akutsjukhus				1	1
Astid Lindgrens barnsjukhus				1	
SLSO: Primärvård				1	1
SLSO: Psykiatri				1	1
SLSO: BUP	1			1	0
RKML/SLL				1	1
EKMB (REK)				1	1
Andra landsting				1	1
CeFAM Kris- och katastrofpsykologi*				1	1
Stockholm Stad (krisledning)	1				0
Stockholm Stad (POSOM/ annan krisgrupp)	1				0
Andra kommuner än Stockholm (krisledning)	1				0
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)	1				0
Socialstyrelsen		1			1
Länsstyrelsen	1				0
Polisen			1		1
Räddningstjänst			1		1
Svenska kyrkan	1				0
Andra trossamfund	1				0
Svenska Röda Korset			1		1
Rädda Barnen			1		1
Privata entreprenörer	1				0
Andra				1	1

*Regionalt kunskapscentrum Kris- & Katastrofpsykologi SLL (RKK)

Bilaga 3

Tabell 7. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av ledningen på Capio S:t Görans sjukhus.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Andra akutsjukhus		1			1
Socialstyrelsen	1				0
Länsstyrelsen	1				0
SLSO: Primärvård	1				0
SLSO: Psykiatri				1	1
SLSO: BUP	1				0
Andra landsting		1			1
CeFAM Kris- och Katastrofpsykologi *				1	1
Stockholm Stad (krisledning)	1				0
Stockholm Stad (POSOM/ annan krisgrupp)		1			1
Andra kommuner än Stockholm (krisledning)	1				0
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)	1				0
Polisen		1			1
Räddningstjänst		1			1
Svenska kyrkan				1	1
Andra trossamfund			1		1
Svenska Röda Korset		1			1
Rädda Barnen	1				0
Privata entreprenörer	1				0
EKMB (REK)				1	1

* Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK)

Bilaga 3

Tabell 8. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av 7 PKL-grupper i SLL.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)	4	1		2	3
Andra kommuner än Stockholm Stad (krisledning)	7				0
Andra landsting	6		1		1
Svenska kyrkan	1			6	6
Andra trossamfund	2			5	5
Länsstyrelsen	7				0
Polisen	2	1	3	1	5
Privata entreprenörer	6			1	1
Svenska Röda Korset	6		1		1
Rädda Barnen	6	1			1
Räddningstjänst	3		3	1	4
SLLs krisledning RKML/regional krissamordnare	1			6	6
Stockholm Stad (krisledning)	6		1		1
Stockholm Stad (POSOM/annan krisgrupp)	5			2	2

Bilaga 3

Tabell 9. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av högsta ledningen inom BUP samt ledning för 5 specialistverksamheter inom BUP.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
RKML/regional kat.med. ledning	6				0
Stockholm Stad (POSOM/ annan krisgrupp)	5	1			1
Akutsjukhus	6				0
Andra kommuner än Stockholm Stad	3	2		1	3
Andra landsting	6				0
Svenska kyrkan	6				0
Andra trossamfund	6				0
Andra verksamheter inom BUP	3		3		3
BUPs krisledning	5		1		1
Länsstyrelsen	6				0
PKL-organisation på sjukhus	4	1	1		2
Polisen	3	2		1	3
Privata entreprenörer	6				0
Svenska Röda Korset	6				0
Rädda Barnen	4	2			2
Räddningstjänst	6				0
SLSOs krisledning	5		1		1
Stockholm Stad (krisledning)	5	1			1

Bilaga 3

Tabell 10. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av psykiatrins högsta ledning och ledningen för 4 psykiatriska sektorer.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
RKML/regional kat.med. ledning	3			2	2
CeFAM, Kris- och kat.psykologi*		3	1	1	5
Akutsjukhus	1			4	4
Andra landsting	3		1	1	2
Stockholm Stad (krisledning)	3			2	2
Stockholm Stad (POSOM/annan krisgrupp)	3		1	1	2
Andra kommuner än Stockholm Stad	1		2	2	4
Länsstyrelsen	4			1	1
Polisen	3	1	1		2
Räddningstjänst	3	1	1		2
Svenska kyrkan	1	2	2		4
Andra trossamfund	2	1	2		3
Svenska Röda Korset	4		1		1
Rädda Barnen	4			1	1
Privata entreprenörer	2	1	1	1	3

Bilaga 3

Tabell 11. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av ledningen för primärvården.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
EKMB (REK)	1				0
Akutsjukhus				1	1
RKML (Reg. Kat. Med. Ledn.)				1	1
CeFAM Kris- och Katastrofpsykologi*				1	1
Andra landsting	1				0
Länsstyrelsen	1				0
MSB	1				0
Stockholm Stad (krisledning)	1				0
Stockholm Stad (POSOM/ annan krisgrupp)	1				0
Andra kommuner än Stockholm Stad (krisledning)	1				0
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)				1	1
Polisen	1				0
Räddningstjänst	1				0
Svenska kyrkan	1				0
Andra trossamfund	1				0
Svenska Röda Korset	1				0
Rädda Barnen	1				0
Privata entreprenörer		1			0
Socialstyrelsen	1				0

* Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (RKK)

Bilaga 3

Tabell 12. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av Länsstyrelsen.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
EKMB (REK)			1		1
Socialstyrelsen	1				0
MSB			1		1
RKML (Reg. Kat. Med. Ledn.)	1				0
Akutsjukhus	1				0
Primärvården	1				0
Vuxenpsykiatri	1				0
BUP	1				0
Stockholm Stad (krisledning)				1	1
Stockholm Stad (POSOM/annan krisgrupp)	1				0
Andra kommuner än Stockholm Stad (krisledning)			1		1
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)	1				0
Polisen			1		1
Räddningstjänst			1		1
Svenska kyrkan		1			1
Andra trossamfund	1				0
Svenska Röda Korset	1				0
Rädda Barnen	1				0

Bilaga 3

Tabell 13. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av Länskriminalen.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Räddningstjänst	1				0
Socialjour	1				0
RKML (Reg. Kat. Med. Ledn.)	1				0
Akutsjukhus			1		1
Primärvården	1				0
Vuxenpsykiatri	1				0
BUP	1				0
Stockholm Stad (krisledning)	1				0
Stockholm Stad (POSOM/annan krisgrupp)	1				0
Andra kommuner än Stockholm Stad (krisledning)	1				0
Länsstyrelsen	1				0
Svenska kyrkan				1	1
Andra trossamfund	1				0
Svenska Röda Korset	1				0
Rädda Barnen					0
Civildförsvaret	1				0
MSB	1				0

Bilaga 3

Tabell 14. Uppgjorda nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av Polisens personalavdelning.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
EKMB	1				0
Räddningstjänst				1	1
Socialjour				1	1
RKML			1		1
Akutsjukhus			1		1
Primärvården	1				0
Vuxenpsykiatri			1		1
BUP	1				0
Stockholms Stad (krisledning)			1		1
Stockholms Stad (POSOM/annan krisgrupp)			1		1
Andra kommuner än Sthlm (krisledning)			1		1
Länsstyrelsen			1		1
Svenska kyrkan				1	1
Andra trossamfund	1				0
Svenska Röda Korset	1				0
Rädda Barnen	1				0
Civilförsvaret	1				0
Socialstyrelsen			1		1
MSB				1	1

Bilaga 3

Tabell 15. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av Svenska kyrkan.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
EKMB	1				0
Socialstyrelsen		1			1
MSB			1		1
RKML	1				0
Akutsjukhus				1	1
Primärvården			1		1
Vuxenpsykiatri			1		1
BUP	1				0
Stockholms Stad (krisledning)				1	1
Stockholms Stad (POSOM/annan krisgrupp)				1	1
Andra kommuner än Sthlm (krisledning)				1	1
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)				1	1
Polisen				1	1
Räddningstjänst			1		1
Svenska Röda Korset		1			1
Rädda Barnen				1	1
Andra trossamfund	1				0
Länsstyrelsen				1	1

Bilaga 3

Tabell 16. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av Svenska Röda Korset.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Socialstyrelsen		1			1
MSB		1			1
RKML		1			1
Akutsjukhus		1			1
Primärvården	1				0
Vuxenpsykiatri		1			1
BUP		1			1
Stockholms Stad (krisledning)		1			1
Stockholms Stad (POSOM/annan krisgrupp)				1	1
Andra kommuner än Sthlm (krisledning)	1				0
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)				1	1
Polisen		1			1
Räddningstjänst	1				0
Svenska kyrkan		1			1
Andra trossamfund		1			1
Rädda Barnen		1			1
Länsstyrelsen			1		1

Bilaga 3

Tabell 17. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av Rädda Barnen.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Socialstyrelsen		1			1
MSB	1				0
RKML	1				
Akutsjukhus	1				0
Primärvården	1				0
Vuxenpsykiatri	1				0
BUP	1				0
Stockholms Stad (krisledning)	1				0
Stockholms Stad (POSOM/annan krisgrupp)	1				0
Andra kommuner än Sthlm (krisledning)	1				0
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)	1				0
Polisen	1				0
Räddningstjänst	1				0
Svenska kyrkan	1				0
Andra trossamfund	1				0
Svenska Röda Korset		1			1
Länsstyrelsen	1				0

Bilaga 3

Tabell 18. Uppgivna nivåer av samverkan (ingen, samtal, samsyn/samförstånd, samverkansbeslut/ samordnad aktion) av Civilförsvaret.

Samverkanspartner	Inget	Samtal	Samsyn/ Samförstånd	Samverkans- beslut/ Samordnad aktion	Samverkan på någon nivå
Socialstyrelsen	1				0
MSB				1	
RKML	1				0
REK (EKMB)	1				0
Akutsjukhus		1			
Primärvården	1				0
Vuxenpsykiatri	1				0
BUP	1				0
Stockholms Stad (krisledning)				1	1
Stockholms Stad (POSOM/annan krisgrupp)	1				0
Andra kommuner än Sthlm (krisledning)	1				0
Andra kommuner (POSOM/annan krisgrupp)				1	1
Polisen		1			1
Räddningstjänst			1		1
Svenska kyrkan		1			1
Andra trossamfund		1			1
Svenska Röda Korset	1				0
Länsstyrelsen	1				0

Begrepp

Allvarlig händelse*	<p>Händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurser måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt.</p> <p><i>Kommentar:</i> Socialstyrelsen använder allvarlig händelse som ett samlingsbegrepp inom hälso- och sjukvård, smittskydd och socialtjänst.</p>
Drabbad person*	<p>Person som varit utsatt för en traumatisk upplevelse.</p> <p><i>Kommentar:</i> Person som direkt drabbas av en allvarlig händelse. Omfattar överlevande, såväl skadade (fysiskt/psykiskt) som oskadade, närstående, förlustdrabbade och vittnen.</p>
Extraordinär händelse*	<p>En händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting.</p>
Katastrof*	<p>Allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet och där belastningen är så hög att normala kvalitetskrav för medicinsk behandling trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas.</p>
Katastrofmedicinsk plan*	<p>Handlingsplan inom landstinget. I Stockholms läns landsting benämns den Regional katastrofmedicinsk plan.</p>

Bilaga 4

Kris (MSB)

Kris är ett tillstånd i samhället där konsekvenserna av en händelse är så svåra och allvarliga att de vanliga resurserna inte räcker till för att hantera händelsen.

Kommentar: Ordet kris har olika betydelser i olika sammanhang. I arbetet med samhällets krisberedskap använder MSB ovanstående definition.

Inom psykotraumatologin används begreppet traumatisk kris som brukar definieras som en reaktion på en oväntad, extremt omvälvande yttre händelse som leder till att personens existens, trygghet och identitet upplevs hotad.

Krisberedskap*

Beredskap för att kunna förebygga, motstå och hantera krissituationer.

Krishantering*

Förmåga att kunna hantera en kris som inträffar. Bygger på krisledningsförmåga och operativ förmåga.

Krisstöd

Internationellt använd term (crisis support) för stöd i tidigt skede efter en allvarlig händelse som omfattar medmänskligt, praktiskt, psykologiskt, socialt och existentiellt stöd.

PKL-grupp*

En krisledningsgrupp inom landstinget som är avsedd att leda och samordna det psykiatriska och psykosociala omhändertagandet av drabbade, anhöriga och personal vid en allvarlig händelse.

Kommentar: I SLL har ordet psykiatrisk tagits ur definitionen eftersom de tidiga stödinsatserna är av psykologisk och social karaktär. I landstinget har man också behållit ordet katastrof.

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.

**Potentiellt
traumatiserande
händelser**

En plötligt inträffad händelse för vilken en drabbad har exponerats direkt eller indirekt och som kan komma att leda till en psykisk skada. Händelser som hotar eget eller närståendes liv och hälsa medför ökad risk att leda till akuta och/eller långsiktiga psykiska konsekvenser.

**Psykosocialt
omhändertagande**

Psykologiskt, psykiatriskt och socialt stöd som ges till drabbad för att förebygga negativa efterverkningar.

Kommentar: I detta projekt kallas stödet för Psykologiskt och socialt stöd. Utöver att förebygga negativa efterverkningar kan akuta stödinsatser, om de upplevs som positiva, minska risken för tillitsbrist och snabba på återhämtningsprocessen. Psykosocialt omhändertagande rymmer psykologiska och sociala stödinsatser enbart. Psykiatrisk behandling kan innefatta dessa båda stödreformer men är mer omfattande eftersom det även inkluderar medicinsk/farmakologisk

behandling.

Psykotraumatologi

Läran om de psykotraumatologiska grundkunskaperna inkluderande psykologiska, sociala och biologiska aspekter på psykiska traumata.

Kommentar: I denna rapport omfattar begreppet processer och faktorer före, under och efter en allvarlig händelse som kan leda till psykisk traumatisering (psykisk skada). Begreppet omfattar också förebyggande, behandlande och rehabiliterande åtgärder (jfr. medicinska begreppet traumatologi).

Skadeområde*

Ett område i anslutning till en skadeplats inom vilket hälso- och sjukvårds-, polis- och räddningsinsatser leds och organiseras vid en skadehändelse.

Stor olycka*

Allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav för medicinsk behandling.

Tjänsteman i beredskap*

Person i beredskap som kan ta emot larm vid allvarlig händelse.

*Socialstyrelsens terminologibank
<http://socialstyrelsen.terms.se>

Bilaga 4

Förkortningar

ASIH	Avancerad sjukvård i hemmet
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
EKMB	Enheten för katastrofmedicinsk beredskap, SLL
HSF	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting
PKL	Psykologisk katastrofledning
POSOM	Psykologiskt och socialt omhändertagande
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
RKML	Regional katastrofmedicinsk ledning
RSA	Risk och sårbarhetsanalys
RB	Rädda Barnen
RKK	Regionalt kunskapscentrum - Kris- & Katastrofpsykologi, SLL (före 2016 kallat: Enheten för kris- & katastrofpsykologi; EKK)
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SL	Storstockholms Lokaltrafik
SLL	Stockholms läns landsting
SRK	Svenska Röda Korset
SSR	Samverkan Stockholmsregionen
SLSO	Stockholms läns sjukvårdsområde
TCK	Traumacentrum Karolinska universitetssjukhuset, Solna
TiB	Tjänsteman i beredskap



Regionalt kunskapscentrum Kris- & Katastrofpsykologi SLL
Stockholms läns sjukvårdsområde
Alfred Nobels allé 12
141 83 Huddinge

Rapport: 2016:1
Illustration: Daphne Macris
Tryckeri: EO Grafiska
ISSN: 1653-9877
ISBN: 978-91-976626-7-3

Regionalt kunskapscentrum Kris- & Katastrofpsykologi SLL
Stockholms läns sjukvårdsområde
www.akademisktprimarvardscentrum.se

© Regionalt kunskapscentrum Kris- & Katastrofpsykologi SLL