

**Tillbaka i Stockholm efter
Tsunamikatastrofen
- nådde stödet fram?**

Hans Michélsen

Abbe Schulman

Eva Håkanson

Christina Hultman

Enheten för kris- och katastrofpsykologi
Centrum för allmänmedicin
Alfred Nobels allé 12
141 83 Huddinge

© Alla rättigheter förbehållna Enheten för kris-
och katastrofpsykologi och författarna

Rapport 2007:1
Tryckeri: EO Grafiska
ISSN: 1653-9877
ISBN: 978-91-976626-1-1

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING.....	6
BAKGRUND	9
Definition av katastrof	10
Konsekvenser av allvarliga händelser.....	11
Psykiska och sociala följdverkningar efter katastrofer och andra allvarliga händelser	13
Samhällets kris- och katastrofberedskap.....	15
Psykologiskt och socialt stöd	17
Olika former av stöd under efterförloppet till en katastrof....	18
Händelseförloppet vid Tsunamikatastrofen	23
Stockholms läns landstings insatser under olika skeenden efter katastrofen.....	24
Insatser på Arlanda flygplats.....	26
SYFTE	30
MATERIAL OCH METOD.....	31
RESULTAT	34
Bakgrundsvariabler	34
Vad man varit med om (exponering).....	37
Akuta påfrestningar i efterförloppet	42
Stöd i Sverige	43
Upplevelse av hälsa och beskrivning av vårdkonsumtion	57
Psykisk hälsa 14 månader efter katastrofen	59
Samband mellan olika typer av belastningar och psykisk hälsa.....	60
DISKUSSION.....	62
Psykisk hälsa 14 månader efter katastrofen	62
Försvårande omständigheter.....	65
Psykologiskt och socialt stöd.....	67
Representativitet	75
Fortsatt forskning.....	76
REFERENSLISTA	78
BILAGA 1.....	86

Förord

Klockan 01.59 svensk tid söndagen den 26 december 2004 inträffade en jordbävning under havsytan nordväst om den indonesiska ön Sumatra. Några timmar senare svepte tio meter höga vågor in över kustområden med stor kraft och åstadkom en av de värsta naturkatastroferna i modern tid. Sammanlagt uppskattas 230 000 människor ha omkommit. Begreppet "tsunami", som få människor i västvärlden hört talas om, kom under lång tid att fylla världspressens framsidor.

Naturkatastrofer är vanliga i Sydostasien. Jordbävningar inträffar varje år och ihållande monsunregn åstadkommer stora översvämningar. Det ovanliga med denna katastrof var att tusentals resenärer från västvärlden, av vilka många var svenska medborgare, befann sig i området då katastrofen inträffade.

Inom några dagar efter katastrofen kom cirka 13 000 svenskar hem via Arlanda flygplats. Av dessa uppgavs cirka 4500 vara hemmahörande i Stockholmsregionen. Ute på flygplatsen samverkade hälso- och sjukvårdspersonal från Stockholms läns landsting med kommunal socialtjänst och POSOM-grupper, andra landsting, frivilliga från Röda Korset samt personal från Luftfartsverket och polisen. Beredvilligheten att vara till hjälp var inledningsvis mycket stor. Stödgrupper startades, barn som förlorat en eller båda föräldrarna fick stöd inom BUP och socialtjänsten. Andra drabbade fick kontakt med primärvård, företagshälsovård, psykiatri, privata vårdgivare, kyrkan och andra frivilligorganisationer. Ett nationellt råd, Rådet för stöd och samordning efter flodvågskatastrofen, tillskapades för att verka för samordning av svenska myndigheters insatser för hjälp och stöd till dem som drabbats av flodvågskatastrofen.

För att ta reda på om stödinsatserna nått fram till dem som drabbats av katastrofen och hur de drabbade värderat insatserna tog Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri i Uppsala initiativet till att genomföra en landsomfattande enkätstudie. I samverkan med Enheten för kris- och katastrofpsykologi, CeFAM, Stockholms läns landsting och Institutionen för Medicinsk epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutet togs en enkät fram som 14 månader efter katastrofen skickades ut till drygt 10 000 hemvändande svenskar från Sydostasien, vilka under de två första veckorna efter katastrofen registrerats av polis på svenska flygplatser. I denna rapport, som utgör en av flera studier som görs i Stockholms län med anledning av Tsunamikatastrofen, har svaren från de hemvändande boende i Stockholmsregionen sammanställts. Rapporten beskriver vad de hemvändande varit med om i samband med katastrofen, deras kroppsliga och psykiska hälsa cirka 14 månader senare samt vilket stöd de fått efter hemkomsten till Sverige och hur de uppfattat detta stöd.

Enkätstudien kan ses som ett led i kvalitetssäkring av den psykologiska och sociala katastrofberedskapen i Stockholms län. Det är viktigt att dra lärdomar av inträffade katastrofer. Ökad kunskap om hur man inom landsting och kommun kan använda varandras och andra hjälpinstansers kompetens och resurser kan förhoppningsvis öka effektiviteten av stödinsatserna till drabbade människor och på så sätt minska risken för allvarliga följdverkningar såväl för enskilda individer som för ett helt samhälle.

Att inte ta till vara krisdrabbades erfarenheter är dessutom respektlöst och kan försämra möjligheterna till läkning för de svårast drabbade.

Vi vill rikta ett särskilt stort tack till alla som tagit sig tid att fylla i den omfattande enkäten.

Ett särskilt tack till fil.kand. Magnus Backheden vid Enheten för medicinsk statistik, Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska Institutet, för statistiska analyser.

Tack också till professor Tom Lundin, Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri, Uppsala universitet, för värdefulla synpunkter och samarbetet i styrgruppen för den nationella studien.

Huddinge 2007 08 30

Abbe Schulman
Enhetschef
Centrum för Allmänmedicin (CeFAM)
Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet

Sammanfattning

Många svenska medborgare befann sig i Sydostasien då Tsunamikatastrofen inträffade i december 2004. Av dem, som kom hem via Arlanda flygplats, registrerades 4432 personer, hemmahörande i Stockholms län, av polis. Fjorton månader efter katastrofen skickades en enkät till samtliga registrerade personer, äldre än 16 år. Enkäten innehöll frågor om social bakgrund, var och med vem man varit i Sydostasien, vad man varit med om, hur man mårde 14 månader efter katastrofen, vilket stöd man fått och hur detta stöd värderades. Två internationellt tillämpade skalor har använts för att mäta den psykiska hälsan/ohälsan, General Health Questionnaire (GHQ 12) och Impact of Event Scale-Revised (IES-R).

Resultat

Av de svarande (svarsfrekvens 45 %) hade 1505 personer vistats i ett katastrofutsatt område. Många hade varit med om extremt svåra upplevelser; 190 personer hade förlorat en eller flera familjemedlemmar, vänner eller arbetskamrater, 5 % hade blivit allvarligt kroppsligt skadade, cirka 40 % befann sig i vattnet eller nära strandkanten då flodvågen kom, mer än 40 % upplevde situationen som livshotande och cirka 40 % blev vittne till hur andra drogs ner i vattenmassorna.

Fjorton månader efter katastrofen rapporterade nästan en tredjedel av kvinnorna och en femtedel av männen, som vistats i katastrofområden, tecken på sviktande psykisk hälsa och något lägre andel visade tecken på allvarliga posttraumatiska stressreaktioner. Sämst mårde de som varit mest utsatta. Som i andra undersökningar efter katastrofer rapporterade kvinnor mera tecken på sviktande psykisk hälsa, använde sig av mera smärtstillande och lugnande mediciner och var sjukskrivna i något högre utsträckning än män.

I Stockholms län kunde de katastrofdrabbade personernas hälsa jämföras med personer som besvarat en folkhälsoenkät före katastrofen. Andelen med sviktande psykisk hälsa låg inte

högre än i befolkningen och detta gällde för både kvinnor och män. Andelen sjukskrivna och läkemedelsförbrukningen var lägre än i befolkningen.

De drabbade har fått flera olika typer av stöd än drabbade personer vid tidigare olyckor och katastrofer i länet. Detta stöd började redan på Arlanda flygplats där många fick ett medicinskt, psykologiskt och/eller socialt stöd. Av dem som fick stöd där uppgav över 80 % att detta stöd haft viss eller stor betydelse. Ceremonier, t.ex. på Ärna flygplats, då avlidna kom hem, liksom att få besöka katastrofområdet på nytt uppgavs ha varit till hjälp.

Det vanligaste stödet, som också de flesta var nöjda med, kom från de drabbades privata nätverk. Näst efter stöd från anhöriga och vänner kom stödet från arbetskamrater, chefer och i begränsad omfattning från företagshälsovården. Dock rapporterade 1/3 av kvinnorna och närmare hälften av männen, av dem som hade ett arbete, att de inte fått stöd av någon på sin arbetsplats.

Totalt hade en tredjedel av de drabbade använt sig av samhällets hälso- och sjukvård. De mest drabbade hade också haft fler kontakter med olika vårdgivare. Drygt en fjärdedel fick hjälp inom sjukvården för kroppsliga besvär, huvuddelen på de särskilda vårdcentra som öppnades kort efter katastrofen och inom den ordinarie primärvården. Det mera kvalificerade psykologiska stödet gavs främst av psykologer och kuratorer inom primärvården följt av privata psykoterapeuter. Betydligt färre drabbade hade besökt vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar. Genomgående var man nöjd med den vård man fått. Minst nöjd var man med kontakten inom psykiatrin.

Mindre än en femtedel hade fått stöd i någon av frivilligorganisationernas stödgrupper. De som fått sådant stöd var i hög grad nöjda med det.

Faktorer som kan ha påverkat hälsoutvecklingen i gynnsam riktning är ett gott socialt nätverk, goda förutsättningar att återgå i arbete samt god förmåga till egen återhämtning. Samtidigt är det ett observandum att en fjärdedel av de svårast drabbade inte fått någon form av kvalificerat psykologiskt stöd.

Slutsatser

- Riskbedömning utifrån exponering i tidigt skede efter en katastrof är möjlig att göra. Vid Tsunamikatastrofen var risken större för sviktande psykisk hälsa vid förlust av närstående, vistelse i eller nära vattnet då flodvågen drog in, upplevelse av situationen som livshotande och egen kroppslig skada. Det vore önskvärt att sjukvårdspersonal på olycksplatser, akutmottagningar eller vårdcentraler när de möter personer som varit med om en olycka tar reda på vad de varit med om under själva händelsen och använder sig av den informationen vid ställningstagande till behovet av uppföljande kontakt.
- Att många upplevde det första mötet med stödpersoner på svensk mark som betydelsefullt stödjer idén om att tidigt psykologiskt och socialt stöd är viktigt för att återupprätta en känsla av trygghet och minska det inre kaos som katastrofen åstadkommit.
- Nästan alla drabbade av Tsunamikatastrofen har fått stöd från sitt privata nätverk och har varit nöjda med detta. En väsentlig uppgift för professionella stödpersoner, som i tidigt skede, möter katastrofdrabbade personer är därför att hjälpa till med att aktivera de drabbades egna sociala nätverk. Det borde också vara ett samhällsansvar att öka kunskapen i befolkningen om posttraumatiska psykologiska reaktioner och vad man som närstående kan hjälpa till med.
- För yrkesverksamma har arbetsplatsen en stor betydelse som självklar källa till stöd. Företagshälsovårdens möjligheter att förebygga psykisk ohälsa och att ge kvalificerat stöd till svårt krisdrabbade anställda behöver särskilt uppmärksammas.
- Ansvaret för att planera för en god katastrofberedskap måste entydigt ligga på kommuner och landsting. Frivilligorganisationernas roll i katastrofberedskapen behöver tydliggöras, särskilt vad gäller att organisera möten av olika slag där drabbade kan träffas och dela sina erfarenheter.

- Fjorton månader efter katastrofen uppvisade nästan en tredjedel av kvinnorna och en fjärdedel av männen post-traumatiska stressreaktioner och tecken på sviktande psykisk ohälsa. Trots detta var det få personer som var sjukskrivna eller använde sig av lugnande läkemedel. Vad som ligger bakom detta behöver studeras vidare liksom urvalskriterier för tidigt insatt professionellt psykologiskt stöd.

Bakgrund

Rätt bemötande och stöd till människor, som varit med om potentiellt traumatiserande händelser, är en medmänsklig och humanitär uppgift, men kan sannolikt också förhindra eller minska framtida psykisk och somatisk ohälsa hos de drabbade (Hart & Orner, 2005). Kunskapen om riskfaktorer för utveckling av psykisk ohälsa efter olyckor och katastrofer är idag stor samtidigt som det råder osäkerhet om vilket stöd till drabbade som är effektivt. I Stockholms län, liksom på de flesta håll i landet, finns beredskapsplaner för ett psykologiskt och socialt stöd vid stora olyckor och katastrofer inom såväl landsting som kommuner. Centrala frågor när en katastrof inträffar är om de i samhället befintliga modellerna för psykologisk beredskap är användbara, hur samverkan mellan samhällets olika organ fungerar, huruvida drabbade får ett adekvat stöd och hur ett mera långsiktigt psykologiskt stöd bör utformas.

Sverige, och därmed också Stockholmsregionen, var fram till för cirka 20 år sedan relativt förskonat från stora olyckor, naturkatastrofer eller krig. En konsekvens av detta har varit att man fram till slutet av 1980-talet upprätthöll illusionen om att stora olyckor och katastrofer inte skulle komma att drabba huvudstaden. Under de senaste decennierna har bilden förändrats. Exempel på händelser som drabbat bosatta i Stockholmsregionen är bussolyckan utanför Bergen 1988 (Winje, 1998), flygolyckan vid Gottröra 1991 (Socialstyrelsen, 1994) och Estoniakatastrofen 1994 (Socialstyrelsen, 1997; SOU 1998:132; SOU 1999:48; Schulman & Håkanson, 1995; Håkanson, 1995).

Vid samtliga dessa händelser har de medicinska behoven varit förhållandevis små särskilt i jämförelse med de psykologiska.

De senaste decennierna har risken ökat för att våld, kemiska olyckor, terrorism och smittspridning skall inträffa också i Sverige. Många svenskar reser och vistas idag utomlands, också i andra världsdelar än Europa. Därmed riskerar de att drabbas av såväl naturkatastrofer som krig. Under de senaste fyra decennierna har uppskattningsvis tre miljarder människor i världen drabbats av naturkatastrofer och tre miljoner avlidit som en följd av dessa.

I Stockholmsregionen har det under samma tidsperiod skett stora förändringar inom sjukvården. Antalet vårdplatser på akutsjukhusen har skurits ner och vården har blivit alltmer specialiserad. I stället förväntas fler patienter bli omhändertagna inom primärvården vid behov i samverkan med socialtjänst, psykiatri och andra verksamheter (Stockholms läns landsting, 2004). Strukturförändringarna har nödvändiggjort ett nytänkande vad gäller den framtida psykologiska katastrofberedskapen i Stockholms län, ett arbete som påbörjades år 2003.

Definition av katastrof

Begreppet katastrof, så som det används här, kommer från den medicinska begreppssfären och beskriver en situation där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till vårdbehovet. Belastningen är så hög att "normala" medicinska kvalitetskrav trots resursförstärkning och omprioritering inte längre kan upprätthållas (SOSFS 2005:13). Katastrofer kan indelas i naturkatastrofer, oavsiktliga (t.ex. kommunikationsolyckor) respektive avsiktliga katastrofer (t.ex. terrorism och krig). Socialstyrelsen har på senare år infört begreppet "allvarlig händelse", med vilket man avser en händelse då man måste prioritera om i den normala verksamheten eller kalla in extra personal. Med denna omdefinition kommer även händelser som till sin karaktär domineras av psykologiska och sociala behov att omfattas av samhällets kris- och katastrofberedskap.

Konsekvenser av allvarliga händelser

Det finns idag en stor nationell och internationell kunskap om psykologiska och sociala konsekvenser av allvarliga händelser och vikten av psykologiskt stöd i anslutning till och efter sådana händelser (van der Kolk, 1984; Figley 1985; Wilson 1993; Ursano 1994; Dyregrov 2002; Ruzek, 2006). Organisationer som ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies) och ESTSS (European Society for Traumatic Stress Studies) har återkommande konferenser där tusentals forskare och kliniker möts. Det finns numera också en särskild biblioteksdatabas för olika typer av allvarliga händelser, deras psykiska och sociala konsekvenser samt förebyggande och behandlande insatser (PILOT). Inom EU och på andra håll pågår arbeten på att ta fram policydokument om psykologiskt och socialt stöd vid allvarliga händelser (Seynaeve 2001; Attorney Management Australia, 2003).

Händelser, som kan bli traumatiserande, d.v.s. kan leda till psykiska skador, kan oavsett fysisk skadegrad innebära en stor psykisk påfrestning för dem som drabbas och leder ibland till omfattande psykiska och sociala följdverkningar. Erfarenheter från sådana händelser har visat att akuta stressreaktioner är mycket vanliga (Raphael, 1986). Under de första veckorna efter en katastrof skall man inte se dessa reaktioner som tecken på allvarlig psykisk ohälsa. För de flesta kommer dessa reaktioner nämligen att successivt klinga av inom några veckor till månader. Viss forskning talar för att dessa akuta psykiska reaktioner är ändamålsenliga och hjälper den drabbade att klara av livshotande situationer (Shalev, 2002). Under senare år har man inom traumaforskningen i högre utsträckning än tidigare studerat faktorer som leder till bibehållen hälsa snarare än till psykisk ohälsa (Bonnano, 2004). Karakteristiskt för personer, som inte allvarligt påverkas av potentiellt traumatiserande händelser, är att de har tillgång till olika typer av beteenden och sätt att tänka, som skyddar dem från att utveckla allvarlig ohälsa och som påskyndar återhämtningen efteråt (Agabi & Wilson, 2005). Denna "förmåga" eller "motståndskraft" har på engelska benämnts "resilience".

Även om de flesta som berörts av en allvarlig händelse kommer att förbli friska kommer, beroende av vilken händelse de varit med om, 5–20 % att uppvisa tecken på allvarlig psykisk ohälsa (Norris, 2004). Huruvida händelsen blir traumatisk, d.v.s. leder till en psykisk skada för den enskilde individen beror på a) händelsens art och vad den drabbade utsatts för, b) reaktionerna hos de drabbade i kombination med c) personliga egenskaper och aktuell livssituation samt d) vilket bemötande och stöd den drabbade fått (Schulman, 2000). I riskzonen för att få psykiska eller sociala problem är människor som förlorat närstående, själva blivit kroppsligt skadade, barn och unga, människor med tidigare obearbetade traumatiska upplevelser, psykiskt sårbara personer (psykisk sjukdom, missbruk), människor som befinner sig i en socioekonomiskt besvärlig situation samt människor med annan etnisk bakgrund än majoriteten av befolkningen (Brewin, 2000; Norris, 2004). Risken att direkt drabbade personer uppvisar allvarliga psykiska följd tillstånd, såsom posttraumatiskt stressyndrom (Post-traumatic stress disorder, PTSD) (DSM-IV, 1994), tre månader efter händelsen varierar från några få procent till 50 % beroende på händelsens art (Figley, 1985; Wilson, 1993; Ursano, 1994).

Vid naturkatastrofer i allmänhet och avsiktliga katastrofer i synnerhet finns risk för misstro och bristande tillit till ansvariga i samhället (Baum, 1983). Detta är särskilt fallet om beredskapen är dålig, om varningar funnits men inte tagits på allvar, om information uteblivit eller varit motstridig, om medicinska, psykologiska och sociala insatser setts som otillräckliga eller om omgivningens bemötande uppfattats som okänsligt eller oförstående (Weisaeth & Mehlum, 1997). Risken är då stor för anklagelser och syndabockstänkande, splittring och fragmentering i stället för samverkan mellan olika grupper och organisationer i samhället. Forskningen om effekter av omedelbara insatser för att förebygga allvarlig ohälsa är fortfarande i sin linda. Det har dock på senare år börjat bedrivas forskning också inom detta område (Shalev, 2003). Organisatoriska svårigheter, som hindrar adekvat stöd, finns beskrivna men är otillräckligt studerade. I Sverige finns det få studier som utvärderat akuta eller långsiktiga psykologiska

eller sociala stödåtgärder och de av Socialstyrelsen föreslagna krisberedskapsmodellerna är inte alls utvärderade.

Det finns stora internationella sammanställningar av effekterna av naturkatastrofer. I en metastudie på 62 olika naturkatastrofer utgjordes jordbävningar av 68 % och översvämningar av 11 % (Norris, 2002a). Konsekvenserna av naturkatastrofer är betydligt allvarligare i utvecklingsländer än i industrialiserade länder. I studier från USA respektive andra i-länder uppvisade 21 respektive 33 % av drabbade tecken på allvarligt eller mycket allvarligt nedsatt psykisk hälsa jämfört med 65 % av drabbade i u-länder (Norris, 2002b).

Endast ett fåtal studier finns som beskriver tsunami-katastrofer och de studier som gjorts på översvämningar, där tusentals människor omkommit, har i huvudsak inte drabbat västerlänningar. Vi har inte heller funnit någon studie där turistande befolkning i ett annat land i samband med en naturkatastrof drabbats i en omfattning, som den som Sverige drabbades av annandag jul 2004.

Psykiska och sociala följdverkningar efter katastrofer och andra allvarliga händelser

Hot till eget eller närståendes liv kan i mildare form leda till övergående stressreaktioner och kortvarig funktionsnedsättning. Vid allvarligare livshot, särskilt i kombination med egen kroppslig skada eller då närstående skadas eller dör, föreligger risk att händelsen leder till livslångt psykiskt lidande och reducerad arbetsförmåga (Ozer, 2003).

De omedelbara psykiska reaktionerna efter händelsen karakteriseras av en känsla av överklighet och inte sällan kognitiv förvirring, "chock". Därefter följer en period med pendlande mellan återupplevande av det inträffade och känslomässig avstängning. Under perioder med påträngande minnen och tankar kopplade till händelsen är starka känslor av maktlöshet, ångest, ilska, fruktan, förnedring, skam och skuld vanliga liksom tilltagande nedstämdhet sammanhängande med olika förluster som händelsen medfört.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

I allmänhet kommer både frekvensen och intensiteten av såväl påträngande minnen som avstängdhet att minska inom några veckor till månader varefter händelsen integreras i individens liv och livshistoria. Huruvida händelsen blir traumatisk d.v.s. åstadkommer en psykisk skada, kan inte avgöras förrän minst en månad förflutit. Det anses dock vara möjligt att utifrån en rad predicerande faktorer uppmärksamma de personer som befinner sig i riskzonen för att utveckla ett posttraumatiskt stressyndrom eller annan psykiatrisk sjukdom. PTSD karakteriseras av ett återupplevande av händelsen och, som ett försök att hantera detta, ett undvikande samt tillbakadragande beteende. Initialt dominerar de påträngande minnena men efter några veckor till månader, avklingar dessa i allmänhet. I stället kan man se en känslomässig avtrubbnig, irritabilitet, svårigheter i återanpassning till arbete, känslor av utanförskap, relationsproblem och ofta kroppsliga sjukdomsyttningar. Händelsen kan också leda till kvarstående tecken på ökad psykologisk känslighet och överspändhet, som avspeglar en såväl neurofysiologisk, hormonell som psykologisk faroberedskap (van der Kolk, 1984).

Sociala konsekvenser

Social isolering är en relativt vanlig konsekvens av traumatiska händelser. Händelsen kan radera den drabbades förtroende för andra människor, vilket kan leda till att omgivningen uppfattas som opålitlig och fientlig. Detta i kombination med dålig självkänsla kan leda till att den drabbade börjar isolera sig och därmed förlorar möjligheten till socialt stöd. Detta är särskilt vanligt om den drabbade av sin omgivning bemötts på ett okänsligt sätt. I traumasammanhang brukar den skada som då kan uppkomma kallas för sekundär traumatisering, medan den primära traumatiseringen åstadkommes av själva ursprungshändelsen (Herman, 1994). Social isolering och funktionsnedsättning ingår som delsymtom vid PTSD.

Andra psykiatriska tillstånd

Ett psykiskt trauma kan på olika sätt bidra till utveckling av andra psykiska sjukdomar än PTSD. Inom psykiatrin finns olika synsätt på uppkomst av psykisk sjukdom. Ett synsätt utgår från den s.k. "stress-vulnerabilitetsmodellen" enligt vilken biologiska, sociala och psykologiska faktorer samverkar (Lader, 1990). I enlighet med denna modell kan ett psykiskt trauma predisponera för senare sjukdomsgenombrott, särskilt om den traumatiska händelsen inte bearbetats utan lämnat efter sig en sårbarhet. En potentiellt traumatiserande händelse kan också ha en utlösande effekt på en latent psykisk sjukdom eller leda till återfall av en sådan.

Andra psykiska tillstånd förekommer ofta samtidigt med PTSD till exempel depression, paniktillstånd, fobier, somatiseringssyndrom, självmordsbenägenhet samt alkohol- och narkotikamissbruk (Wilson, 1993).

Samhällets kris- och katastrofberedskap

Medborgarnas förväntningar på att få ett psykologiskt och socialt stöd vid olika krishändelser är stora. Från såväl krisdrabbade som från människor i deras omgivning finns i vårt samhälle en uttalad önskan att personer som drabbats snabbt skall få hjälp med att bli av med obehagliga och smärtsamma tankar och reaktioner för att kunna återgå till vardagen. För att olika händelser inte skall lamslå samhället och för att drabbade medborgare skall få adekvat stöd i den stund en allvarlig händelse inträffar måste det finnas en på förhand uppbyggd krisberedskap. Att medborgarna skall få stöd är också lagstadgat genom Hälso- och sjukvårdslagen där det föreskrivs att landstinget har skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls (SFS 1982:763, SFS 2002:452). På motsvarande sätt reglerar Socialtjänstlagen kommunernas skyldighet (SFS 2001:453). I en nyttillkommen lag regleras kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid (SFS 2006:544).

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas inom kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I

lagen stadgas också att socialtjänsten har ett särskilt ansvar för information och uppsökande verksamhet. I samband med allvarliga händelser kan det finnas behov av att organisera det psykologiska och sociala stödet till människor som direkt eller indirekt drabbats av händelsen (Socialstyrelsen, 2002a och 2002b). I de flesta kommuner finns för denna uppgift s.k. POSOM-grupper (psykiskt och socialt omhändertagande). Sammansättningen av dessa grupper varierar mellan kommunerna och på många håll inom Stockholms län kallas de inte POSOM-grupp utan kommunens krisgrupp. Oftast är det socialtjänstens individ- och familjeomsorg, som ansvarar för POSOM-gruppernas arbete.

Den medicinska katastrofberedskapen bygger på landstingens skyldighet att erbjuda god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta eller befinner sig i länet. Lagen är övergripande och pekar inte ut några särskilda händelser, men den föreskriver att landstingen måste ha en särskild katastrofberedskap (Socialstyrelsen, 2001).

Stockholms län har en för storstadsregioner unik psykologisk katastrofberedskap så till vida att landstinget sedan slutet av 1980-talet systematiskt byggt upp resurser på akutsjukhusen för att klara allvarliga händelser. På samtliga akutsjukhus i länet finns en likartad organisation, som aktiveras vid en stor olycka eller katastrof. Organisationen leds av s.k. PKL-grupper (psykologisk/psykiatrisk katastrofledning). De som ingår i dessa grupper har fått en gedigen utbildning i katastrofpsykologi. Varje PKL-grupp har till sin hjälp ett antal resurspersoner, som de kan kalla in för direkta stödinsatser till drabbade personer. Närmare 300 resurspersoner; psykologer, socionomer, läkare, sjuksköterskor samt anställda inom sjukhuskyrkan, hade då flodvågskatastrofen inträffade genomgått en 3-dagars utbildning för arbetsuppgifter såsom att svara i kristelefon, ta emot direkt drabbade samt ge stöd till hälso- och sjukvårdspersonal. En viktig positiv faktor är att PKL-verksamheten är samordnad mellan sjukhusen och utgör en gemensam organisation inom landstinget. Den modell för psykologiskt och socialt omhändertagande, som tagits fram inom Stockholms läns landsting är också spridd över landet, då

modellen rekommenderats i Socialstyrelsens allmänna råd (1996).

Psykologiskt och socialt stöd

Hur det psykologiska stödet, framför allt det långsiktiga, bör se ut råder det olika uppfattning om. Synen på "krisbehandling" har under en stor del av 1900-talet varit mångfacetterad och tidvis förvirrande delvis beroende på att såväl begreppen kris som kristerapi definierats och beskrivits på olika sätt (Hillgaard et al., 1986; Håkanson, 1996). Fram till mitten av 1980-talet dominerade behandlingsmetoder som hade sin teoretiska utgångspunkt i arbeten av Eric Lindeman (1944) och Gerald Caplan (1964) samt i Sverige av Johan Cullberg (1975). Andra förgrundsgestalter är John Bowlby (1980), William Worden (1983), Mardi Horowitz (1997) samt Judith Herman (1994). På senare år har olika kognitiva psykoterapeutiska metoder kommit till allt större användning (Foulette et al., 1998; Foa et al., 2000; Wilson et al., 2001). Oavsett vilken teoretisk referensram man använder sig av vid ställningstagande till stöd och behandlingsinsatser råder idag consensus (NICE, 2005) om att människor, som varit med om en allvarlig akut händelse, behöver ett stöd som omfattas av:

1. medicinskt omhändertagande med samtidigt beaktande av psykologiska behov,
2. stimulerande av adekvata bemästringsstrategier hos individen och gruppen,
3. mobilisering av socialt stöd,
4. tidig upptäckt av riskpersoner,
5. vid behov uppföljande kontakt och överföring till annan vårdgivare,
6. psykoterapeutisk/psykiatrisk behandling vid risk för eller utvecklad PTSD eller annat psykiatriskt tillstånd efter en katastrof.

En grundregel för alla stödåtgärder i samband med stora olyckor och katastrofer är att de måste behovsanpassas, vilket förutsätter stor flexibilitet hos dem som leder katastrofarbetet. Stödinsatserna kommer med nödvändighet att se olika ut

beroende på vad det är för händelse, vem som drabbats, hur det sociala nätverket ser ut och när i händelseföreloppet insatserna sätts in.

De flesta kris- och katastrofexperter menar att det är svårt att i omedelbar anslutning till en katastrof bedöma det långsiktiga hjälpbehovet för enskilda personer (Ursano & Norwood, 2003; Shalev, 2004). Exempelvis kommer många, såväl vuxna som barn och ungdomar, som initialt uppvisar starka reaktioner, att klara sig bra på lång sikt medan tysta och till synes lugna personer kan utveckla svåra bestående problem. Den viktigaste åtgärden är därför att erbjuda kontinuitet och uppföljning samt gärna arbeta uppsökande. När följdstillstånd såsom PTSD eller andra psykiska sjukdomstillstånd väl utvecklats blir behandlingsinsatserna mer tidskrävande och kostsamma. Skulle därför tidigt insatt psykologiskt stöd kunna motverka sjukdomsutveckling finns stora vinster av framför allt humanitär men också av ekonomisk art att hämta.

Olika former av stöd under efterförloppet till en katastrof

Kaos och kontroll

Karakteristiskt för katastrofer är att de kommer plötsligt och oftast oväntat. I det "kaos" som uppstår på skadepplatsen kan både vuxna och barn uppleva att de tappar kontrollen över såväl skeendet som över egna tankar och reaktioner. Förvirring, handlingsförlamning eller andra reaktioner, som man aldrig tidigare sett hos sig själv eller hos sina anhöriga, kan te sig skrämmande och förstärka den egna känslan av förvirring och hjälplöshet. Det är därför väsentligt att hjälpinsatserna så snabbt som möjligt underlättar för människor att återta kontrollen.

Den första insatsen vid en katastrof handlar om att rädda liv och minska de kroppsliga skadorna så mycket som möjligt. Hur räddnings- och sjukvårdspersonal agerar är emellertid också avgörande för hur de drabbade, såväl vuxna som barn, kommer att klara fortsättningen psykologiskt. Utöver medicinska åtgärder behöver katastrofdrabbade människor snabbt få känna

att de tas om hand av kompetenta personer, att faran är över för deras del och att det finns någon som undersöker vad som hänt deras anhöriga.

Trygghet, ett varmt omsorgsklimat, fysisk närhet och försäkran om att det finns människor som beskyddar dem är nödvändiga ingredienser i det omedelbara omhändertagandet. Vid katastrofer kommer många att skadas svårt eller avlida samtidigt som det i initialskedet inte kommer att finnas tillräckligt med sjukvårdspersonal. Förhoppningsvis finns det då oskadade eller lätt skadade personer som i väntan på professionell hjälp stannar hos andra skadade. Barn och unga är särskilt hjälpta av vuxna som kan ge dem omsorg och hopp.

Under det akuta skedet är det viktigt att hålla ihop familjer eller hjälpa dem att återförenas. Om de skiljts åt behöver barn och ungdomar så snabbt som möjligt få besked om var deras föräldrar och syskon befinner sig. Genom att undvika onödiga separationer upprätthåller man kontinuiteten i den dagliga omsorgen och minskar oron hos barnen. Föräldrar behöver också snabbt få information om hur de bäst kan ta hand om sina barn.

Tillit till hjälpinsatser

Karakteristiskt för en katastrof är att samhällets hjälpinsatser åtminstone under de första dyggen är otillräckliga i förhållande till behoven. Vid katastrofer som drabbar svenskar på orter långt bort från Sverige, kommer lokala myndigheter med nödvändighet att få ansvara för de medicinska och psykosociala insatserna, åtminstone inledningsvis. När myndigheter, oavsett om de befinner sig i katastrofens närhet eller långt bort därifrån, inte har god katastrofberedskap, inte kan ge det stöd befolkningen förväntar sig, lovar stöd som sedan uteblir och samtidigt ger motstridig information om vad som skall hända är risken stor att drabbade människor tappar tilltron till samhällets förmåga eller vilja att hjälpa. Denna brist på tillit kan förstärkas av att "hjälpare", som i tidigt skede kommer ut till skadeplatsen, kan känna sig otillräckliga och maktlösa. Också deras frustration kan då ta sig uttryck i "syndabockstänkande", ett vanligt fenomen vid katastrofer. Bristande tillit leder till

ilska, ökar på känslan av maktlöshet och hjälplöshet, ökar risken för utveckling av psykisk ohälsa och kan leda till att människor i ett senare skede inte vill ta emot någon hjälp. Att minska risken för sådan utveckling är därför central i all kris- och katastrofberedskap.

Trygghet och struktur

Det är först när man känner att faran är över för eget eller närståendes liv och hälsa som man kan slappna av något och då kommer också starka reaktioner och känslor. Barn liksom vuxna känner sig tryggast i sin närmiljö tillsammans med släkt och vänner. En viktig uppgift för "hjälpare" är därför att underlätta för drabbade att förenas med viktiga personer i det sociala nätverket. Detta gäller naturligtvis särskilt för barn som förlorat en eller flera anhöriga. Barn kan därtill behöva särskilt stöd.

Registrering

Det är önskvärt att alla som kommer från ett katastrofområde, även kroppsligt oskadade, får träffa personal med specialkunskap i psykotraumatologi. Detta låter sig emellertid sällan göras vid katastrofer, dels för att det rör sig om så många drabbade, dels för att många inte vill träffa någon utan önskar få komma hem så fort som möjligt. Man får då nöja sig med att registrera samtliga så att aktiv uppföljning från kommunernas sida kan underlättas. I Sverige är det polisen som ansvarar för denna registrering ute på skadeplatsen. Vid flodvågskatastrofen gjordes denna registrering då de drabbade anlände till svenska flygplatser.

Oro för egna och närståendes psykiska och kroppsliga reaktioner

Reaktionerna, såväl de kroppsliga som de psykiska, kan av många upplevas som skrämmande. Minnen, exempelvis i form av synbilder eller ljud, kan förefalla så verkliga att man får en känsla av att vara tillbaka på katastrofplatsen. Kroppsliga reaktioner kan tolkas som sjukdomssymtom. Vuxna, som blir

oroade över sina egna och inte minst sina barns reaktioner, kan genom sin egen oro förstärka känslan av att man själv eller närstående "blivit sjuk". Hur man ser på egna kroppsliga och psykiska reaktioner har visat sig ha betydelse för sjukdomsutveckling, s.k. sjukdomsattribution (Wilson et al., 1994). Drabbade såväl som närstående behöver därför få kunskap om vanliga reaktioner vid katastrofer. Att "normalisera" reaktionerna har oftast lugnande effekt såväl på vuxna som barn. Detta kan göras i samtal men också genom att alla får skriftligt material om vanliga reaktioner, vad man själv kan göra för att mildra reaktionerna, när man skall söka professionell hjälp och var denna hjälp finns om man behöver den.

Sjukhusvård

Som tidigare nämnts är det viktigt att så långt det är möjligt försöka hålla ihop familjer. Detta gäller också då familjemedlemmar behöver sjukhusvård. På avdelningen har man möjlighet att i lugn och ro bedöma det fortsatta stödbehovet och tillse att de som behöver ett professionellt psykologiskt stöd också får det efter utskrivning från sjukhuset. Under vistelsen på sjukhuset, som kanske är den första plats, där de drabbade känner sig trygga och omhändertagna, kommer med stor sannolikhet den känslomässiga stumhet och avstängdhet, som många dessförinnan haft, att släppa. Starka reaktioner av rädsla, förtvivlan, ledsenhet och ilska poppar upp och behöver bemötas av lugn personal med god psykologisk allmänkunskap. Här behövs personal som orkar lyssna och ta emot de drabbades berättelser utan att själva bli skrämda av deras reaktioner.

Fortsatt psykologiskt och socialt stöd

Tiden efter det att katastrofdrabbade kommit hem är det numera vedertaget att det fortsatta stödet bör utgå från den kommun de bor i. Skolor, daghem, fritidshem och arbetsplatser har här en viktig roll. Erfarenheter från olika katastrofer talar för att man skall kontakta drabbade människor antingen genom telefonsamtal eller genom personliga besök. Det är således

önskvärt att stödet från kommuner och arbetsplatser är proaktivt, d.v.s. aktivt uppsökande och att man inte nöjer sig med att informera i media eller på hemsidor om vart man kan vända sig vid behov (Benyakar & Collazo, 2005; Crocq et al., 2005).

Igenkännande, förståelse och stöd

I katastrofsammanhang finns det ett stort behov hos drabbade att träffa människor med liknande upplevelser som deras egna. I grupper med andra drabbade kan de känna sig trygga och mindre ensamma, ta del av andras upplevelser och upptäcka att deras egna reaktioner inte nämnvärt skiljer sig från andras. Denna typ av gruppverksamhet har vid stora händelser i Sverige, med få undantag, inte utgått från den offentliga hälso- och sjukvården utan organiserats av frivilligorganisationer. Sådan gruppverksamhet efterfrågas ofta nu för tiden och torde vara ett gott komplement till andra stödåtgärder. De kan initieras som "självhjälpsgrupper" utan professionell ledning eller organiseras med ledning av professionella. Trots att denna typ av stöd ofta används i katastrofsammanhang och rekommenderas finns det få utvärderingsstudier, varför det rått osäkerhet om användbarheten.

Katastrofdrabbade såväl vuxna som barn och unga har behov av att förstå vad som hänt. Vid dödsfall är ritualer och begravningar oftast till stor hjälp. Där finns möjlighet att konkret ta farväl av den avlidne. Detta kan reducera överklighetskänslor, förhindra fantasier och underlätta känslomässig bearbetning. Att få delta i ritualer och/eller att återvända till katastrofområdet kan vara till hjälp, inte bara för dem som själva varit med då katastrofen inträffade utan också för närstående.

Professionellt stöd

Katastrofdrabbade med särskild risk för framtida psykisk ohälsa bör i tidigt skede erbjudas professionellt stöd. Detta stöd kan ges individuellt, till hela familjer eller grupper. Personer, som förlorat en eller flera närstående under dramatiska

omständigheter kan behöva få ett eget utrymme i en individuell professionell kontakt som komplement till det stöd som ges på annat sätt. Personer, som redan tidigare har upplevt svåra förluster eller varit med om tidigare traumatiska händelser, som av olika skäl är särskilt sårbara och/eller haft psykiska eller sociala problem eller där deras sociala nätverk kraftigt sviktar behöver särskilt uppmärksammas.

Händelseförloppet vid Tsunamikatastrofen

Klockan 01.59 svensk tid söndagen den 26 december 2004 inträffade en jordbävning 30 kilometer under havsytan nordväst om den indonesiska ön Sumatra. Skalvet uppmättes till 8.9 på Richterskalan och åstadkom en flodvåg med en initial hastighet av ca 800 kilometer i timmen. Klockan 03.45 träffade första delen av flodvågen öarna utanför Thailands västkust. Tio meter höga vågor svepte in över kusterna med stor kraft. Via media spreds snabbt bilderna av en av de värsta naturkatastroferna i modern tid. Sammanlagt uppskattas 230 000 människor ha omkommit. Många fler skadades, miste sina anhöriga och/eller förlorade sina hem och ägodelar.

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

Klockan 04.15 larmades resebyråerna och vid middagstid samma dag började de stora resebyråerna skicka ner personalförstärkning i tomma flygplan. Klockan 04.30 började de första skadade, som på egen hand tagit sig från stränderna, strömma in till sjukhusen i Phuket-regionen (Lennquist & Hodgetts, 2005).

I Sydostasien befann sig vid tidpunkten för katastrofen cirka 20 000 svenskar, av vilka många bodde i strandnära hotell längs hela den drabbade kuststräckan. De stora resebyråerna uppskattade antalet svenskar som befann sig inom katastrofområdena (Thailand, Sri Lanka, Malaysia, Indien) till upp emot 8000 personer.

Vidden av katastrofen blev tydligare för varje dag som gick. Det skulle senare visa sig att svenska medborgare utgjorde den största gruppen av utländska turister som hamnade på Thailändska sjukhus. I förhållande till befolkningens storlek drabbades Sverige mest vad gäller avlidna av samtliga i-länder. Informationen om hur många som avlidit eller skadats var under de första dygnet mycket spekulativ. I en artikel i Aftonbladet vid årsskiftet 2004/2005 nämndes siffran 4500 saknade svenskar och på nyårsafton sade stadsminister Göran Persson att det kunde röra sig om 1000 avlidna svenskar (Anderson Odén et al. 2005). Tio månader efter katastrofen hade 525 avlidna svenskar identifierats medan 18 fortfarande saknades. Av de avlidna eller saknade kom 205 personer från Stockholmsregionen. Svenska myndigheters insatser under de första dygnet, hälso- och sjukvårdsinsatserna i Thailand samt hemtransporten av svenska medborgare från Sydostasien har utvärderats (Lennquist & Hodgetts, 2005; Grandien et al., 2005).

Klockan 05.30 den 28 december landade de första planen med hemvändande resenärer från Sydostasien på Arlanda flygplats. Totalt kom cirka 13 000 svenskar från Sydostasien hem via Arlanda. Av dessa uppgavs cirka 4500 vara hemmahörande i Stockholmsregionen.

Stockholms läns landstings insatser under olika skeenden efter katastrofen

Planering

Landstingets jourhavande tjänsteman kontaktades av tjänsteman i beredskap på Socialstyrelsens beredskapsenhet på kvällen den 26 december. Då det till en början var oklart vilka konsekvenser flodvågen (som egentligen bestod av flera vågor) skulle medföra för Sveriges del, handlade arbetet inledningsvis om att få en bild av vad som hänt och hur många svenskar som var drabbade. På kvällen kontaktade jourhavande tjänsteman en av samordnarna för den psykologiska katastrofberedskapen i landstinget. Måndagen den 27 december användes för att organisera mottagandet av hemvändande svenskar från

Sydostasien, skadade såväl som oskadade. Tisdag den 28 december etablerades samverkan med andra landsting för att underlätta vidaretransport och omhändertagande på hemorten men också för att förstärka de medicinska och psykologiska stödinsatserna på Arlanda och tillse att det fanns tillräckligt med ambulanser för transport till sjukhusen i Stockholmsregionen. Den största insatsen bedömdes vara av social och psykologisk karaktär. Med tanke på vad som skrivits i media om hur frustrerade de drabbade var över det uteblivna eller dåliga stödet från UD i Sydostasien, och där främst i Thailand, bedömdes det som särskilt viktigt att bemötandet skulle tillgodose de hemvändandes behov av såväl praktiskt och socialt som psykologiskt och existentiellt stöd och förhoppningsvis bidra till att bibehålla förtroendet för den svenska hälso- och sjukvården.

Landstingets ansvar för hälso- och sjukvården de första veckorna efter katastrofen omfattade: mottagning, bedömning och stöd till hemvändande resenärer från Sydostasien på Arlanda flygplats, transport till sjukhus samt vård och behandling på sjukhus, inom primärvård samt vuxen-, barn- och ungdomspsykiatri. En extern utvärdering av insatserna mellan den 26 december 2004 och den 10 januari har genomförts (Stockholms läns landsting, 2005).

På samtliga akutsjukhus i länet (sju stycken) fanns en sedan många år uppbyggd psykologisk katastrofberedskap med psykologiska/psykiatriska katastrofledningsgrupper (PKL). Varje PKL-grupp hade för att kunna ge psykologiskt stöd resurspersoner (psykologer, kuratorer, läkare, sjukhuspräster/diakoner, sjuksköterskor m.fl.) med särskild katastrofpsykologisk utbildning. En del av resurspersonerna hade sin anställning på sjukhusen men många arbetade inom primärvården och den psykiatriska öppenvården. Primärvårdens och psykiatrins roll var inte definierad i katastrofplanen när flodvågskatastrofen inträffade. Det förväntades dock att de som var i behov av mera långsiktigt stöd eller behandling skulle få detta i den ordinarie vården och i enlighet med de principer som gällde för denna vård.

Insatser på Arlanda flygplats

Somatiskt omhändertagande

Passagerarna möttes av sjukvårdspersonal i ankomsthallen och där gjordes en första bedömning av sjukvårdsbehovet. I ankomsthallen fanns också personer med psykologisk kompetens i form av PKL-resurspersoner och personal från barn- och ungdomspsykiatri. Ett avgränsat område för sjukvård och ett kriscentrum öppnades. Så småningom avsattes en hel pir för mottagandet av skadade, oskadade och deras anhöriga.

Samtliga sju akutsjukhus i länet engagerades i olika omfattning och samtliga skadade i behov av sjukhusvård kunde beredas plats på något av sjukhusen. Sammantaget kom 461 patienter till akutsjukhusen och av dessa blev 147 personer inlagda för fortsatt vård. Enligt rapporter från sjukhusen var det återigen de psykologiska behoven som krävde mest av personalen. Inne på vårdavdelningarna kunde de skadade, för en del kanske för första gången sedan de drabbades av flodvågen, släppa på kontrollen av tankar och känslor.

Många av de hemvändande personerna var i behov av enklare somatiska åtgärder i kombination med psykologiskt stöd, något som inte krävde besök på sjukhusens akutmottagningar. Vidare antogs att många resenärer, som initialt inte såg sig ha behov av medicinskt eller psykologiskt stöd, efter några dagar i hemmet skulle bli oroliga för såväl kroppsliga skador som för sina psykiska reaktioner. Därför öppnades sju vårdcentra som till stor del utgick från de närsjukvårdsområden som år 2005 fanns i Stockholms län. Dessa vårdcentra bemannades med allmänläkare, sjuksköterskor samt personal från barn- och ungdoms- respektive vuxenpsykiatri. Vårdcentra blev också knutpunkter mellan kommunerna och landstingets hälso- och sjukvård. Innan de lades ner hade de besökts av 899 personer av vilka 163 var barn/ungdomar.

Psykologiskt och socialt omhändertagande

Ute på flygplatsen samverkade kommunal socialtjänst och POSOM-grupper med hälso- och sjukvårdspersonal från landstinget, frivilliga från Röda korset samt personal från Räddningsverket, Luftfartsverket och Polisen. Polisen hade till uppgift att registrera samtliga personer som kom hem med flyg från Sydostasien. Därmed registrerades också personer som inte hade vistats i katastrofområden. De senare, men också andra personer, upplevde sig inte ha behov av samtal utan ville helst få komma hem så fort som möjligt.

Katastrofledningen för Stockholms läns landsting tog i tidigt skede initiativ till att sammankalla företrädare för länsstyrelsen och Stockholms stad för att samordna de sociala och psykologiska insatserna. På Arlanda fördelades arbetet så att hemvändande med hemortsadress utanför Stockholms län och med i huvudsak praktiska problem togs om hand av socialtjänsten från Sigtuna kommun förstärkt med personal från Stockholms stad. Socialtjänsten tog också hand om barn och unga som kom hem utan vuxna. De såg också till att dessa barn förenades med sina hemmavarande anhöriga.

PKL-organisationen ansvarade för att resurspersoner med katastrofpsykologisk kompetens och utbildning skulle finnas ute på flygplatsen dygnet runt. Uppgiften var att vid behov träffa drabbade, göra en bedömning av uppföljningsbehov, stödja socialtjänsten liksom frivilligorganisationerna. Eftersom många barn och ungdomar vistats i katastrofområdet och åtskilliga dessutom hade förlorat föräldrar, syskon och/eller andra närstående beslutades i tidigt skede att det ute på flygplatsen skulle finnas barnpsykiatrisk kompetens. Personal med erfarenhet av att arbeta med traumatiserade barn och ungdomar bistod socialtjänsten vid omhändertagandet av hemvändande barn och barnfamiljer samt väntande anhöriga. Vid behov överförde man barn och ungdomar till kontakter med den ordinarie BUP-organisationen (Rosendahl, 2005).

Samordning av de psykosociala insatserna på flygplatsen fungerade initialt inte tillfredsställande. Efter några dygn togs därför samordningsansvaret för de psykologiska stödinsatserna helt över av ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO).

På flygplatsen delades en informationsskrift om bl.a. psykiska reaktioner, som ofta uppträder efter en katastrof, ut till de hemvändande. Skriften lades också ut på landstingets hemsida.

Det fortsatta psykologiska stödet

Utbudet av stödinsatser blev initialt stort. Vårdcentraler och psykiatriska öppenvårdsmottagningar uppmanades via landstingsledningen att prioritera personer som drabbats av flodvågskatastrofen. Vård, såväl somatisk som psykologisk/psykiatrisk blev under en tremånaders period kostnadsfri. Alla BUP:s öppenvårdsmottagningar hölls öppna fr.o.m. den 30 december 2004 i motsats till hur det brukar vara under jul- och nyårshelgerna. Information om vart man kunde vända sig för att få psykologiskt stöd lades ut på såväl landstingets som kommunernas hemsidor. Här fanns också råd till drabbade och deras anhöriga.

Många erbjöd sina tjänster. Företagshälsovård utlovade via massmedia psykologiskt stöd till drabbade familjer. Genom sina hemförsäkringar kunde drabbade få tillgång till privat psykoterapi. Olika privata psykoterapisammanslutningar erbjöd också de, via media, psykologiskt stöd.

Frivilligorganisationerna, och i begränsad omfattning kommuner, startade stödgrupper av olika slag. BRIS och Rädda Barnen startade grupper för barn och ungdomar och Röda korset grupper för vuxna. Ersta diakonisällskap sökte och erhöll medel från Allmänna arvsfonden för att såväl utbilda gruppleddare som att ha egna gruppaktiviteter för drabbade. Frivilligorganisationer anordnade också "stödhelger" för familjer bosatta utanför storstadsregionerna, för familjer som förlorat barn och för ungdomar som förlorat båda sina föräldrar. Ett särskilt råd, Rådet för stöd och samordning efter Tsunamikatastrofen, tillskapades i januari 2005 för att ge hemvändande och deras familjer stöd i olika frågor. Rådet ansvarade också för minnesceremonier i Thailand under 2005 liksom för minnesstunder i Sverige i samband med årsdagen efter katastrofen (Slutrapport från Rådet för stöd och samordning efter flodvågskatastrofen, 2006). På Ärna flygplats

utanför Uppsala, dit hemvändande avlidna kom, organiserades ett särskilt mottagande.

Socialstyrelsen fick ett regeringsuppdrag att undersöka tillgången och efterfrågan på stödinsatser från socialtjänst och psykiatri i landet (Socialstyrelsen, 2006). Vid undersöknings-tillfällena 2005 och 2006 uppgav landstingen att de i stort klarat av att möta efterfrågan på vård som uppkommit till följd av flodvågskatastrofen. Redovisningarna under 2006 visade att efterfrågan på psykiatrisk vård klingat av.

I en sammanställning rörande poliklinisk vård inom Stockholms läns landsting framkom att primärvården fram till slutet av april 2005 haft totalt 620 besök med anledning av flodvågskatastrofen. Motsvarande antal besök inom vuxen-psykiatri var 520. Siffrorna ligger i underkant på grund av oklarheter i hur besöksfrekvensen skulle rapporteras ute i verksamheterna. BUP-mottagningarna tog t.o.m. december 2005 emot 195 patienter av vilka 164 var direkt drabbade av flodvågskatastrofen. BUP- mottagningarna registrerade under samma tidsperiod 1018 besök av barn och ungdomar med anledning av flodvågskatastrofen (Rosendahl, 2005).

Syfte

Denna studie utgör en del av ett större forskningsprojekt vars övergripande syfte är att få ökad kunskap om samhällets krisberedskap för psykologiskt och socialt stöd vid katastrofer för att ge underlag till framtida krisberedskapsplanering. I samband med flodvågskatastrofen i Sydostasien i december 2004 erbjöds de hemvändande personerna från katastrofområdet stöd i olika former från såväl samhällets offentliga institutioner som från frivilligorganisationer. En central fråga är om samhällets stödåtgärder nådde fram till drabbade, hur stödet uppfattades av dem som erhöll det och hur stödinsatserna påverkade de drabbades hälsa.

Syftet med denna, i huvudsak deskriptiva studie, är att undersöka om personer från en storstadsregion, Stockholms län, som drabbats av flodvågskatastrofen, efter hemkomsten till Sverige, fått stöd och i så fall av vem och på vilket sätt. Studien kartlägger också vad hemvändande personer från Stockholms län varit med om i samband med katastrofen och deras hälsotillstånd 14 månader efter katastrofen. Studiens syften kan sammanfattas i följande punkter:

- att beskriva vad de hemvändande stockholmarna varit med om under katastrofen;
- att undersöka vilket stöd de drabbade erhållit vid hemkomsten till Arlanda och därefter ute i samhället;
- att undersöka i vilken grad de som erhållit stöd varit nöjda med det;
- att undersöka de drabbades hälsotillstånd, såväl kroppsligt som psykiskt 14 månader efter katastrofen.

Material och metod

I mars 2006 skickades en enkät ut till hemvändande svenskar från Sydostasien boende i de tre sjukvårdsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne samt sju andra landstingsområden. Denna nationella undersökning har genomförts som ett samarbetsprojekt mellan Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet, Karolinska Institutet och Enheten för kris- och katastrofpsykologi, CeFAM, Stockholms läns landsting. Det gemensamma projektets plan har underställts den regionala etiska kommittén i Uppsala.

Den nationella studien har delats upp i olika fördjupningsstudier. CeFAM har bl.a. fått i uppdrag att ansvara för analyser som rör Stockholmsregionen. I Stockholmsstudien utgörs undersökningsgruppen av personer över 16 år hemmahörande i Stockholms län, som återvände med flyg från Sydostasien till Arlanda flygplats mellan den 27 december 2004 och den 15 januari 2005. På Arlanda registrerade polisen namn, ålder och adress på de hemvändande. Registrerade data sammanställdes och bevarades på Länskriminalpolisen.

Samtliga vuxna och föräldrar till ungdomar mellan 16 och 18 år fick ett informationsbrev om undersökningen. De som inte ville delta ombads meddela projektledningen detta. En vecka senare skickades en enkät och medföljande svarskuvert ut (februari, 2006). De som inte besvarat enkäten fick en påminnelse fyra veckor senare.

Totalt registrerades på Arlanda flygplats 4432 personer bosatta i Stockholms län. De flesta var hemmahörande i Stockholms kommun. Härifrån kom 2101 personer (47 %). Några kommuner, utöver Stockholm, drabbades särskilt svårt (Bilaga 1). Som svar på informationsbrevet meddelade 149 personer att de inte ville delta i undersökningen. Huvuddelen av dessa angav som skäl att de inte vistats i det drabbade området. Enkäten skickades till 4283 personer av vilka 1939 besvarade den, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 45 %. Bortfallet var större bland män (61 %) än bland kvinnor (48 %).

Datansamlingen för undersökningen genomfördes med hjälp av en enkät som till vissa delar är en översättning av en norsk enkät, som skickats ut till motsvarande grupp hemvändare i Norge sommaren 2005. Den norska enkäten omarbetades och anpassades till svenska förhållanden. Av olika skäl togs en del frågor bort bl.a. för att de inte var tidsmässigt relevanta. Frågor om tidigare livshändelser och kroppslig hälsa, som saknades i den norska enkäten, lades till.

Enkäten omfattade 84 frågor som speglade följande områden; social bakgrund, var och med vem man varit i Sydostasien, vad man varit med om och hur man mårde 14 månader efter katastrofen, reaktioner på det man upplevt, vilken typ av stöd man fått och hur detta stöd värderades. Frågorna hade fasta svarsalternativ och i vissa fall fanns utrymme för kommentarer.

I enkäten ingick svenska översättningar av tre skalor som tillämpats internationellt nämligen, General Health Questionnaire, GHQ 12 (Goldberg & Williams, 1988), Impact of Event Scale-Revised, IES-R (Weiss & Marmar, 1997) samt Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995). Vidare ingick grupper av frågor som tidigare använts för att spegla socialt stöd, tidigare livshändelser och ett antal olika kroppsliga symtom. Till framställningen av denna rapport har endast resultaten från GHQ 12 och IES-R analyserats.

GHQ 12 är ett självskattningsformulär, som används i bredare befolkningsstudier, för att studera psykisk hälsa/ohälsa. Bakom beslutet att använda GHQ 12 låg, att det i Stockholm regelbundet genomförs folkhälsoundersökningar i vilket GHQ 12 ingår. Detta möjliggör jämförelser i hälsoläge mellan den drabbade gruppen och befolkningen i Stockholm.

GHQ 12-skalan kan variera från 0 till 12. Fördelningen över värdena i detta index är i befolkningsstudier vanligen klart positivt sned. I en del beräkningar används skalans alla värden 0-12, i en del dikotomiseras skalan så att värden på 3 och däröver förs till en grupp. Skalvärden på ≥ 3 innebär tecken på sviktande psykiskt välbefinnande. I Stockholms folkhälsoenkäter liksom i den aktuella enkäten finns också en tilläggsfråga om man under de senaste 12 månaderna haft självmordstankar (besvaras med ja/nej).

IES-R har analyserats för att beskriva förekomst av posttraumatiska reaktioner. Formuläret ger en uppfattning om vilken kvarstående effekt händelsen har på den drabbade personen. Det mäter tre slags reaktioner; påträngande bilder/minnen (intrusion), undvikande (avoidance) och överspändhet (arousal). Det finns få normativa data och inga säkra gränsvärden för när symtombilden skall tolkas som uttryck för allvarliga posttraumatiska stressreaktioner.

Inkomna svar på enkäten har överförts till elektroniskt medium varefter enkäten bearbetats deskriptivt. Vissa statistiska analyser har också genomförts för att belysa eventuella samband mellan vissa bakgrundsvariabler, exponeringsvariabler och aktuell hälsa/ohälsa. Analyser med Chi²-test, Mann-Whitney u-test och logistisk regression har genomförts med statistikprogrammet SAS (SAS 11, 1989).

Resultat

Enkäten besvarades av 1939 personer. Enkäten innehöll en fråga som gjorde det möjligt att gruppera de svarande beroende på om de befunnit sig i ett område som drabbats av flodvågskatastrofen eller inte. Det visade sig att 1505 personer hade varit i ett katastrofutsatt område. Övriga hade vistats i områden långt från flodvågen eller i andra länder i Sydostasien, som inte drabbades av katastrofen. Vissa hade enbart mellanlandat i Bangkok på vägen till Sverige under nämnda tidsperiod. Det stora flertalet av de svarande hade varit i Thailand (89 %), samma procenttal för både kvinnor och män. Av dessa befann sig många på stranden i Phuket, 41 % av kvinnorna och 43 % av männen, då flodvågen drev in mot kusten.

Resultatredovisningen kommer i huvudsak att baseras på enkätsvaren från de 1505 hemvändande personerna, som angivit att de varit i områden som drabbades av katastrofen. Gruppen kommer i fortsättningen att benämnas de Drabbade. Enkätsvaren från de 420 hemvändande som inte hade varit i de Tsunamidrabbade områdena kommer att användas som jämförelsegrupp och benämns Jämförelsegruppen. Fjorton personer besvarade inte frågan om var de uppehållit sig och har därför tagits bort vid sammanställningen. Resultaten redovisas genomgående uppdelat på kvinnor och män.

Bakgrundsvariabler

Den grupp som besökte Sydostasien vid jultid år 2004 var till stor del turister. Av gruppen Drabbade var 58 % kvinnor (n=866) och 42 % män (n=639). Åldern vid tiden för katastrofen varierade mellan 16–79 år med en medelålder på 41,8 år. Åldersfördelningen bland kvinnor och män var likartad med undantag för en något större andel unga kvinnor respektive äldre män (tabell 1). Det stora flertalet Drabbade, både bland kvinnor och män, var mellan 30 och 59 år (69 respektive 68 %).

Tabell 1. Åldersfördelning hos de 1505 män och kvinnor som befann sig i katastrofområdet.

Åldersfördelning	Män		Kvinnor		Totalt
	n	%	n	%	n
15-19	36	6	53	6	89
20-29	63	10	148	17	211
30-39	142	22	189	22	331
40-49	160	25	230	27	390
50-59	143	22	167	19	310
60-69	74	12	60	7	134
70-79	20	3	18	2	38
Ej svar	1	0	4	0	2
Totalt	639	100	866	100	1505

Drygt 90 % hade vuxit upp i Sverige, 2-3 % i övriga Norden och 4-5 % i övriga världen. Utbildningsmässigt hade 50 % av kvinnorna och 45 % av männen universitets- eller högskoleutbildning. Trettiosju respektive 40 % hade gymnasieutbildning och 12 respektive 15 % hade grundskola som högsta utbildning. Utbildningsnivån inom gruppen Drabbade var högre än inom befolkningen i Stockholms län.

Vad gällde familjesituationen angav 69 % av kvinnorna att de var gifta eller sambo. Motsvarande andel för männen var 73 %. Av kvinnorna var 7 % ensamstående med barn; av männen 6 %. Ensamstående utan barn var 13 respektive 12 % och 7 respektive 6 % bodde hos sina föräldrar.

Av kvinnorna var 55 % heltidsarbetande vid tiden före flodvågskatastrofen. Motsvarande frekvens för männen var 76 %. Deltidsarbete hade 14 % av kvinnorna och 4 % av männen medan 14 respektive 9 % studerade. Arbetslösheten var låg, 1 % bland både kvinnor och män. Återstoden var pensionärer (3 respektive 5 %). Andelen personer mellan 18 - 65 år som yrkesarbetade var större än inom Stockholms läns befolkning samtidigt som andelen arbetslösa var något mindre.

Arbetsituationen för de Drabbade hade förändrats något från tiden alldeles före katastrofen till den dag då de besvarade enkäten. Andelen heltidsarbetande hade sjunkit med 5 respektive 6 % för kvinnor respektive män medan andelarna deltidssarbetande och studerande i stort sett var lika. Andelen sjukskrivna hade ökat med någon procent. Det var något fler (3 respektive 4 %), som inte besvarade frågan om den aktuella arbetsituationen än frågan om arbetsituationen före katastrofen, vilket medför en viss osäkerhet i bedömningen. På direkt fråga om arbetsituationen hade förändrats, som en följd av tsunamin, svarade 13 % av kvinnorna och 11 % av männen ja. Svaret antyder en större förändring av arbetsituationen än vad som framgick av den tidigare redovisade frågan. Detta kan tolkas som att man inte enbart gått från hel- till deltidssarbete utan att det förekommit förändringar av arbetsituationen i båda riktningarna.

Gruppen, som inte varit i katastrofdrabbade områden, skilde sig inte nämnvärt från gruppen Drabbade vad gällde kön, ålder och utbildningsnivå. Däremot skiljde sig grupperna åt avseende civilstånd. Andelen gifta, sambo/partnerskap var 5 % lägre bland kvinnor och 11 % lägre bland män i Jämförelsegruppen. Andelen ensamstående utan barn var också betydligt större i denna grupp för båda kvinnor och män, 20 respektive 21 % jämfört med 13 respektive 12% för de Drabbade. Det var i stor utsträckning barnfamiljer som var i de katastrofdrabbade områdena.

Arbetsituationen inom både gruppen Drabbade och Jämförelsegruppen hade förändrats från tiden före till drygt ett år efter katastrofen. Förändringen var emellertid likartad i båda grupperna med en något mindre andel heltidsarbetande efter katastrofen. Med tanke på hur likartade grupperna är med

undantag för civilstånd är det rimligt att utnyttja den senare gruppen som en jämförelsegrupp då resultaten för övriga variabler i enkäten presenteras.

Vad man varit med om (exponering)

Vid katastrofen drog flodvågorna med oerhörd kraft in över långsträckta och delvis låglänta stränder. Vågen sköljde över såväl lokalbefolkningens bostäder som turistanläggningar. Många människor sveptes iväg av vattenmassorna medan andra lyckades sätta sig i säkerhet genom att fly uppåt land. Många fick kroppsliga skador men även de som var kroppsligt oskadade utsattes för mycket stora psykiska påfrestningar (tabell 2). De allra flesta hade varit utsatta för flera av de undersökta påfrestningarna. Självklart kan personer ha utsatts för ytterligare påfrestningar än de som formulerats till frågor i enkäten.

Tabell 2. Antal personer av de 1505 som var i katastrofdrabbade områden som drabbades av mycket svåra och psykiskt belastande situationer (flera personer har upplevt flera svåra situationer).

Situationer	Kvinnor	Män	Totalt
Förlorat någon i katastrofen	113	77	190
Allvarligt kroppsligt skadad	43	33	76
Lätta kroppsliga skador	172	111	283
Var nära vattenstrandlinjen	349	226	575
Upplevde situationen som livshotande	425	257	682
Hamnade själv i vattnet	234	188	422
Förlust i jämförelsegruppen (n=420)	14	16	40

Förlust

Att förlora en nära anhörig eller vän i samband med en katastrof är en mycket svår upplevelse. Många av dem som besvarat enkäten hade drabbats av förlust av en eller flera närstående. Inom gruppen Drabbade förlorade 190 personer, eller 13 % av kvinnorna och 12 % av männen, någon eller några familjemedlemmar, andra närstående eller vänner på grund av

katastrofen. Även inom Jämförelsegruppen förlorade 40 personer, eller 11 % av kvinnorna och 8 % av männen, någon närstående eller vän som hade uppehållit sig i det katastrofdrabbade området. Bland samtliga 230 som svarat att de förlorat någon har 27 personer inte uppgett vem de förlorat.

Dessa siffror beskriver inte hela omfattningen av katastrofen. Flera av de 230 personerna förlorade mer än en anhörig eller vän. Bland kvinnorna fanns det 37 personer och bland männen 25 som förlorat flera närstående. Några av dem har mist hela sin familj.

Förluster kan upplevas olika svårt beroende på vem som omkommit och vilken relation man haft till denne. Särskilt påfrestande är det om barn kommer till skada eller dör. Tio procent av kvinnorna och 14 % av männen förlorade egna barn. Tio procent av kvinnorna och 6 % av männen förlorade make/maka/sambo. Motsvarande siffror för förlust av förälder eller syskon var 6 % för kvinnorna och 14 % för männen. Den vanligaste förlusten gällde vänner och/eller arbetskamrater, vilket 47 % av kvinnorna och 48 % av männen i gruppen Drabbade gjort. Inom Jämförelsegruppen hade ingen förlorat egna barn eller make/maka/sambo. De flesta förlusterna i denna grupp gällde vänner och/eller arbetskamrater, vilket 58 % av kvinnorna och 69 % av männen gjort.

Kroppslig skada

Många personer blev själva kroppsligt skadade i samband med katastrofen. Bland både kvinnor och män rapporterade 5 % att de fått allvarliga kroppsliga skador. Lättare skador fick 20 % av kvinnorna och 17 % av männen. Fjorton procent av kvinnorna och 13 % av männen hade behov av hjälp för sina kroppsliga skador. Av samtliga som uppgett att de skadats blev 8 % av kvinnorna och 7 % av männen inlagda på sjukhus eller sjukstuga i Sydostasien. Inga i Jämförelsegruppen rapporterade att de blivit kroppsligt skadade under tiden för katastrofen.

Att vara hotad till livet

När flodvågorna på söndag förmiddag drabbade kustområdena var det många som uppehöll sig i vattnet eller på stranden, vilket innebar en stor risk för att hamna i vattenmassorna. Bland de Drabbade var det 40 % av kvinnorna och 35 % av männen som uppgav att det befann sig i vattnet eller på stranden nära vattnet. En bit bort från stranden fanns 46 % av kvinnorna och 50 % av männen. När flodvågorna vräkte in över land hamnade 27 % av kvinnorna och 29 % av männen i vattnet medan 30 % av kvinnorna och 28 % av männen uppgav att de var mycket nära att hamna i vattnet. Ett mindre antal, 8 respektive 9 % befann sig på en båt långt från land.

Många upplevde för sin egen del situationen, då flodvågorna kom in över stranden, som livshotande (49 % av kvinnorna och 40 % av männen).

Inom gruppen Drabbade var det många som rapporterade att de upplevt flera av de ovan nämnda typerna av svåra situationer. Speciellt utsatta var en mindre grupp på 34 personer, där 21 kvinnor och 13 män förlorade någon närstående, själva hamnade i vattnet och dessutom ådrog sig en allvarlig kroppslig skada. Etthundrafem personer hade förlorat någon närstående, hamnat i vattnet men inte blivit skadade. En tredjedel av hela den Drabbade gruppen hade inte upplevt någon av de ovan nämnda starkt psykiskt belastande situationerna.

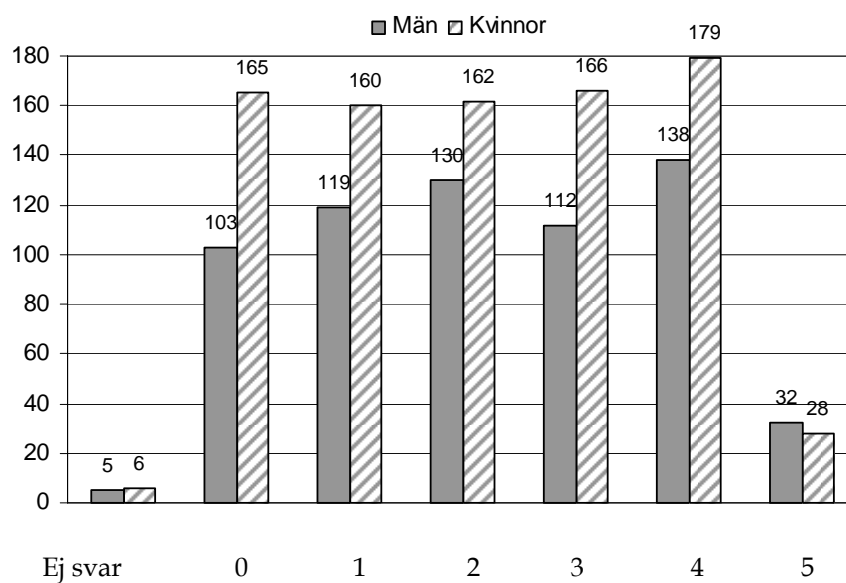
Att befinna sig i katastrofens centrum

Eftersom många barnfamiljer vistades i området var det också många vuxna som hade ansvar för barn när flodvågorna kom. Delat ansvar med andra vuxna uppgavs av 33 % av kvinnorna och 35 % av männen. Ensamt ansvar för barn hade 7 % av kvinnorna och 5 % av männen.

Många blev vittne till hur andra människor drogs med av vattnet. Detta gällde för 39 % av kvinnorna och 43 % av männen. Många av dessa såg sina närstående och vänner i vattenmassorna; 27 % av kvinnorna och 32 % av männen såg hur vänner/arbetskamrater drogs med i vattnet, 4 respektive

5 % såg sin make/maka dras med i vattnet och 2 respektive 1 % såg eget barn dras med av vattnet.

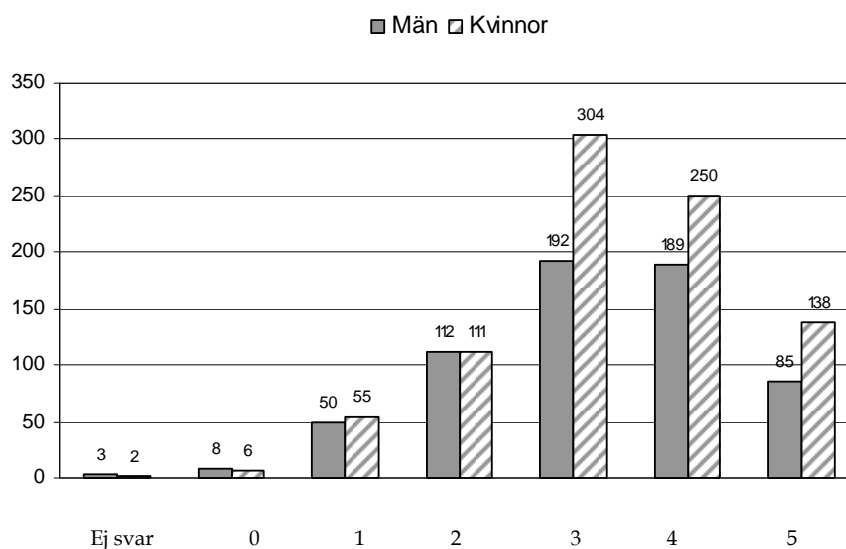
I samband med flodvågorna och under de första dygnet efteråt upplevde många ytterligare olika typer av psykiskt belastande händelser och scener. Fem exempel på händelser, som man kunde ha bevittnat, ingick som frågor i enkäten. En händelse som ungefär två tredjedelar av gruppen Drabbade hade upplevt var att man hade sett människor leta efter sina närmaste. Scener med övergivna barn rapporterade ungefär en tredjedel av gruppen Drabbade. Nästan två tredjedelar hade sett överlevande med allvarliga kroppsskador, 15 % hade sett många avlidna och ungefär en tredjedel hade sett enstaka döda. Att ha bevittnat någon eller flera av dessa händelser angavs av ungefär lika stor andel kvinnor som män. Ett sätt att beskriva vad de drabbade varit med om är att ange hur många av dessa, var och en för sig psykiskt påfrestande händelser, som man varit med om. Som framgår ur figur 1 hade 207 kvinnor och 170 män varit vittne till fyra eller fler av dessa händelser.



Figur 1. Antal kvinnor och män som bevittnat svåra händelser (0-5 händelser) närmaste dygnet efter katastrofen.

Akuta påfrestningar i efterförloppet

En annan typ av psykisk belastning under dygnet direkt efter katastrofen var upplevelser av ovisshet och osäkerhet på grund av den situation man befann sig i. Detta belystes genom fem frågor i enkäten nämligen; om man varit osäker på om någon av sina närmastes öde (n=471), hade hört rykten eller var rädd för att det skulle komma ytterligare vattenmassor (n=1431), var osäker på om man skulle stanna där man var eller skulle förflytta sig (n=1122), saknade information (n=1298) och/eller om man saknade möjlighet att meddela sig med sitt hem (n=588). Av kvinnorna hade 388 personer upplevt fyra eller fler av nämnda osäkerhetsfaktorer, motsvarande för män var 274 (figur 2).



Figur 2. Antal kvinnor och män som dygnet efter katastrofen upplevt situationer av ovisshet/osäkerhet (0-5 situationer).

Brist på vård och primära behov kan utgöra en annan typ av belastning. Några frågor i enkäten behandlade detta. Många angav att de saknade nödvändiga mediciner och läkarbehandling (20 % kvinnor, 22 % män), mat och vatten (19 %

kvinnor, 17 % män) och/eller kläder och annan utrustning (36 % kvinnor, 34 % män) och många hade blivit av med viktiga ägodelar som glasögon och mediciner (29 % kvinnor, 27 % män).

Osäkerhet och oro för andra familjemedlemmars hälsa var också vanligt förekommande. Nio procent av både kvinnor och män hade närstående som blivit allvarligt skadade. Lättare skador hos närstående angavs av 21 % av kvinnorna och 22 % av männen. Vissa hade även närstående som blivit inlagda på sjukhus i Sydostasien, detta gällde för 12 % av kvinnorna och 14 % av männen.

Som framgår av beskrivningen av vad de som vistades i katastrofområdet varit med om hade många varit kraftigt exponerade för en rad psykiskt belastande situationer. De värst utsatta hade förlorat anhöriga eller vänner, hade själva skadats kroppsligt, haft behov av hjälp med vård, saknat mat, vatten och kläder och upplevt många skrämmande situationer också under de första dygnet efter flodvågen.

Stöd i Sverige

I enkäten ställdes ett antal frågor för att söka fånga vilka typer av stöd man fått och hur man uppfattat detta stöd. Frågorna handlade om stödinsatser såväl på katastrofplatserna som i Sverige efter hemkomsten. De som vistades i katastrofområdena fick den omedelbara medicinska hjälpen från landets lokala räddningstjänst och sjukvård. Socialt och allmänmänskligt stöd stod initialt lokalbefolkningen för. Så småningom gavs olika typer av stöd också från svenska ambassaden, Räddningsverket, Svenska kyrkan, Röda Korset, resebyråer med flera. Dessa stödinsatser har utvärderats tidigare (Lennquist & Hodgetts, 2005; Grandien et al., 2005; Bergh Johannesson et al., 2006). Här rapporteras endast hur Stockholmarna värderat det stöd de fick på Arlanda flygplats och på hemorten.

Stöd på Arlanda flygplats

På Arlanda flygplats arrangerades mottagandet av de hemvändande genom att personer med medicinsk-, psykologisk- och social kompetens fanns på plats och erbjöd hjälp direkt efter landningen på flygplatsen. De kroppsligt skadade undersöktes av ett medicinskt akutvårdsteam som bedömde behovet av fortsatt sjukvård. Som tidigare nämnts rapporterade 5 % av både män och kvinnor att de fått allvarliga kroppsliga skador medan 20 % av kvinnorna och 17 % av männen uppgav lättare skador. De flesta av de hemvändande hade sålunda inga kroppsliga skador varför det inte är förvånande att närmare tre fjärdedelar av gruppen Drabbade uppgivit att medicinsk behandling eller bedömning inte var aktuell för dem (tabell 3.)

Tabell 3. Antal personer som erhållit olika typer av stöd på Arlanda flygplats och hur de värderat detta stöd.

Värdering av stödinsatserna	Medicinskt stöd				Psykologiskt stöd				Socialt/praktiskt stöd			
	Var i området		Var ej i området		Var i området		Var ej i området		Var i området		Var ej i området	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ej aktuellt	1063	71	328	78	628	41	241	57	486	32	241	57
Saknar betydelse	84	5	20	5	153	10	32	8	124	8	32	8
Viss betydelse	110	7	22	5	299	20	50	12	339	23	50	12
Mycket betydelsefullt	211	14	30	7	387	26	77	18	526	35	77	18
Ej svarat	37	3	20	5	38	3	20	5	30	2	20	5
Totalt	1505		420		1505		420		1505		420	

Av de 405 personer ur gruppen Drabbade som fick medicinskt stöd på Arlanda ansåg 79 % att detta stöd haft viss betydelse eller varit mycket betydelsefullt för dem. Även bland dem som inte befunnits i centrum av katastrofen fanns det flera som tyckte att det medicinska stödet varit betydelsefullt. Detta, trots att inga i Jämförelsegruppen rapporterade att de blivit kroppsligt skadade under tiden för katastrofen. Kanske hade de andra medicinska krämpor eller så hade den medicinska bedömningen en positiv betydelse av mera psykologisk karaktär.

Ett annat sätt att belysa det medicinska stödets betydelse är att specifikt undersöka hur de 24 % som rapporterat att de ådragit sig allvarliga eller lättare kroppsliga skador vid katastrofen värderat åtgärderna på Arlanda. Knappt hälften av dessa uppgav att det medicinska omhändertagandet på flygplatsen varit mycket betydelsefullt eller haft viss betydelse. Av de drygt 20 % som angivit att de hade fått problem med sin fysiska hälsa på grund av Tsunamikatastrofen ansåg en fjärdedel av både kvinnor och män att det medicinska omhändertagandet på Arlanda flygplats varit mycket betydelsefullt och ytterligare drygt tio procent att omhändertagandet haft viss betydelse. Resultaten är svåra att tolka och enkäten kan inte ytterligare belysa frågan. Att inte fler av de kroppsligt skadade sett åtgärden som betydelsefull kan eventuellt hänga samman med att de som var svårast skadade snabbt bedömdes vara i behov av sjukhusvård och då omedelbart transporterades vidare till sjukhus.

Erbjudandet om psykologiskt stöd uppfattades som inte aktuellt för 41 % i gruppen Drabbade och 57 % i Jämförelsegruppen. Motsvarande siffror för det sociala/praktiska stödet var 32 respektive 57 %. Siffrorna måste tolkas med försiktighet eftersom antalet personer i Jämförelsegruppen är betydligt färre än i den Drabbade gruppen. Att det fanns personer i Jämförelsegruppen, som bedömde det psykologiska stödet som betydelsefullt, trots att de inte varit i närheten av flodvågen, är kanske inte så konstigt. I den gruppen fanns åtskilliga drabbade personer, exempelvis de 40 personer som hade förlorat vänner/arbetskamrater i katastrofen. Av de Drabbade som angett att det var aktuellt med psykologiskt respektive

socialt stöd bedömde 82 respektive 87 % att stödet haft viss eller mycket stor betydelse för dem. En något större andel kvinnor än män uppgav båda dessa typer av stöd som mycket betydelsefulla.

På flygplatsen delades skriftlig information ut till de hemvändande som beskrev olika typer av psykiska reaktioner som kan förekomma i samband med katastrofer. I informationsbladet fanns också förslag på enkla åtgärder. Av de Drabbade rapporterade 22 % av kvinnorna och 19 % av männen att de fått denna skriftliga information. Av dessa ansåg 51 % av kvinnorna och 46 % av männen att informationen hade varit till hjälp för dem.

Stöd vid hemkomsten av de avlidna

De flesta av de avlidna flögs tillbaka till Sverige. På flygplasterna anordnades särskilda ceremonier. Av de boende i Stockholmregionen, som besvarat enkäten, hade 102 personer fått sina avlidna förda till Ärna flygplats utanför Uppsala. I enkäten fanns en fråga om hur man värderade mottagandet på Ärna. Av de 86 personer som besvarat frågan var 57 % mycket nöjda och 40 % nöjda. Endast 3 % var missnöjda med mottagandet. Andelen mycket nöjda var betydligt större för kvinnorna än för männen.

Att återvända till katastrofområdet

Under tiden efter katastrofen har många av de hemvändande på nytt besökt området för katastrofen. Av gruppen Drabbade hade 26 % av kvinnorna och 28 % av männen rest tillbaka till katastrofområdet. Motsvarande siffror för Jämförelsegruppen var 10 respektive 17 %. Totalt var det 460 personer som besökt katastrofområdet efteråt. Av de Drabbade uppgav 84 % av kvinnorna och 76 % av männen att besöket haft stor eller mycket stor betydelse medan motsvarande siffror i Jämförelsegruppen var 64 respektive 46 %.

Det fortsatta stödet

Efter det att man har varit med om en svår händelse kan många olika former av hjälp och stöd ha betydelse för personens psykiska välbefinnande. Hjälp och stöd kan komma från den drabbades närmaste sociala nätverk, d.v.s. från den egna familjen, släkt eller vänner. Detta stöd från närstående framhålls ofta som särskilt betydelsefullt för den drabbade. Stöd till dem som drabbats kan också erbjudas av olika organisationer i samhället som t.ex. hälso- och sjukvården, den egna hemkommunen, arbetsplatsen eller olika frivilliga organisationer inklusive religiösa samfund. I enkäten fanns flera frågor som handlade om olika typer av hjälp och stöd. I en av frågorna ombads de hemvändande ange om de erhållit hjälp eller stöd från en eller flera av 30 angivna möjliga "hjälpare". I en följdfråga ombads de svarande därefter värdera det stöd de fått från respektive "hjälpare" med ett av alternativen missnöjd, nöjd eller mycket nöjd. När det gäller värderingen av det erhållna stödet skiljer sig kvinnor och män procentuellt sett inte så mycket från varandra.

Det var speciellt från tre håll som många av de 1505 personerna i gruppen Drabbade rapporterade att de fått stöd. Som framgår av tabell 4 var stödet vanligast från närstående som varit med på resan, följt av stöd från vänner och familjemedlemmar som inte befann sig i området då katastrofen inträffade. Vikten av detta stöd framträder ännu tydligare vid analys av hur många i gruppen Drabbade som fått stöd från åtminstone en av dessa tre källor för stöd. I gruppen Drabbade fanns det 83 personer (6 %) som inte fått något stöd från vare sig familj eller vänner. Om det inte fanns något stödbehov eller om det inte fanns tillgång till stöd från närstående kan inte utläsas ur enkätsvaren.

Stöd från familj och vänner var också entydigt den form av stöd, som de Drabbade värderade högst. Mest nöjd var man med stödet från närstående, som också var med på resan. Mindre än 5 % uttryckte missnöje med det stöd de fått från närstående. De allra flesta har således fått någon form av stöd från familj och vänner och nästan alla var nöjda eller mycket nöjda med detta stöd.

Tabell 4. De tre vanligaste källorna för stöd till de 1505 i gruppen Drabbade. Värdering av stödet är angivet i % av dem som angivit att de erhållit stödet uppdelat på kvinnor och män.

Stöd från	Antal	Miss-nöjd %	Nöjd %	Mycket nöjd %	Ej svarat %
Närstående med på resan n=1091	kv: 658	2	30	65	3
	m: 433	2	30	65	3
Familjemedlemmar, ej i området n=801	kv: 507	4	37	57	3
	m: 294	1	40	54	4
Vänner som inte var i området n=923	kv: 587	4	47	46	3
	m: 336	5	51	40	4

De vanligast uppgivna källorna för stöd efter familj och vänner, var arbetskamrater (n=691), försäkringsbolag (n=621), arbetsgivare (n=542) och från andra tsunamidrabbade (n=533), tabell 5. Stödet från dessa "grupper" värderades högt, även om andelen mycket nöjda inte kom upp i samma höga tal som för stödet från familj och vänner. Procentuellt fler kvinnor än män uppgav att de var mycket nöjda med stödet från arbetskamrater och andra tsunamidrabbade.

Stöd från arbetsplatsen

Arbetsplatsen har, som framgår av tabell 5, många av de yrkesarbetande i gruppen Drabbade angett som en viktig källa till stöd. Många arbetsplatser har också en egen företagshälsovård eller är kopplade till en sådan. Kort tid efter katastrofen erbjöd också företagshälsovården på flera arbetsplatser stöd såväl till katastrofdrabbade anställda som till deras anhöriga.

Tabell 5. Källor som mellan 500 och 700 av de Drabbade fått stöd ifrån. Värdering av stödet är angivet i % av dem som angivit att de erhållit stödet uppdelat på kvinnor och män.

Stöd från	Antal	Missnöjd %	Nöjd %	Mycket nöjd %	Ej svarat %
Arbetskamrater n=691	kv: 413 m: 278	3 2	52 59	42 35	3 4
Försäkringsbolag n=621	kv: 370 m: 251	8 10	43 43	36 36	13 11
Arbetsgivare n=542	kv: 321 m: 221	7 5	46 48	45 43	2 4
Andra Tsunami-drabbade n=533	kv: 328 m: 205	2 2	42 46	45 42	12 10

Av de Drabbade som besvarat enkäten uppgav 191 personer (13 %) att de fått stöd av sin företagshälsovård. Av dem som fått stöd var 31 % av kvinnorna och 22 % av männen mycket nöjda med detta stöd medan 13 respektive 11 % uppgav att de var missnöjda med stödet.

Stödet från arbetsplatsen har ytterligare granskats för de 1113 personer som före tsunamikatastrofen arbetade heltid eller deltid. Av dessa rapporterade 33 % av kvinnorna och 43 % av männen att de inte fått stöd från vare sig arbetskamrater, arbetsgivare eller företagshälsovård. Stöd från en av dessa tre källor rapporterades av 20 % medan 30 % uppgav att de fått stöd från två olika håll på sin arbetsplats. För både kvinnor och män såg den procentuella fördelningen likartad ut.

Företagshälsovårdens roll har också granskats med tanke på vad de anställda varit med om under katastrofen. Av dem som arbetade heltid eller deltid hade 158 personer förlorat någon nära anhörig eller vän. Av dessa hade knappt 20 % eller 15 kvinnor och 14 män fått stöd från företagshälsovården. Av dem som hamnade i vattnet då flodvågen slog in över stranden och hade arbete före tsunamin (333 personer) fick 26 % av kvinnorna och 19 % av männen stöd från sin företagshälsovård. Motsvarande siffror för de 533 personer som upplevt flodvågen som livshotande var 24 % respektive 15 %.

Det var således en stor grupp av dem som arbetade före katastrofen som uppgav att de inte fått något stöd från sin arbetsplats. Enkäten ger inga svar på om de drabbade önskat att de fått stöd på arbetsplatsen eller inte.

Stöd i närområdet

I de Drabbades hemkommuner fanns flera olika samhälleliga organisationer som kunde erbjuda stöd till de hemvändande. På flera håll upprättades "krismottagningar" i lokaler, som uppläts av socialtjänsten eller kyrkan, dit drabbade och sörjande kunde vända sig. En del kommuner var aktivt uppsökande, andra uppgav telefonnummer eller en mottagning som drabbade kunde kontakta. I många skolor/förskolor gjordes förberedelser för att ta emot barn som återvände från katastrofområden och man gjorde också upp program för att stödja barn i klasser där en elev omkommit.

Inom närområdet var det enligt de Drabbade främst grannar som gav stöd (n=380). Från närsamhället var det krisgrupper i kommunen eller landstinget som nått flest, totalt 306 personer. Stöd hade 265 Drabbade fått i skolan/förskolan och 153

personer hade fått hjälp från försäkringskassan. Stöd från polis och socialtjänst rapporterades av betydligt färre (55 respektive 21 personer) (tabell 6).

Tabell 6. Antal personer i den drabbade gruppen som erhållit stöd från närsamhället. Värdering av stödet är angivet i % av dem som uppgivit att de fått stödet, uppdelat på kvinnor och män. När antalet är mindre än 100 anges %-talen inom parentes.

Stöd från	Antal	Missnöjd %	Nöjd %	Mycket nöjd %	Ej svarat %
Grannar n=380	kv: 225 m: 155	1 1	57 58	39 36	3 5
Förskola/skola n=265	kv: 174 m: 91	8 (4)	59 (59)	28 (27)	5 (9)
Krisgrupper i kommun / landsting n=306	kv: 207 m: 99	14 (15)	36 (35)	16 (16)	35 (33)
Försäkringskassan n=153	kv: 112 m: 41	13 (20)	61 (51)	15 (12)	11 (17)
Polis på hemorten n=55	kv: 28 m: 27	(7) (15)	(54) (37)	(36) (30)	(4) (19)
Socialtjänst n=21	kv: 17 m: 4	(6) (50)	(53) (0)	(18) (25)	(24) (25)

Mest nöjda var de Drabbade med stödet från grannar följt av stödjande insatser från skola eller förskola. Andelen nöjda och mycket nöjda var lägre för övriga stödinsatser. Dock var det betydligt färre som fått sådant stöd varför det är svårt att dra säkra slutsatser om kvaliteten i dessa stödåtgärder.

Stöd från somatisk sjukvård

Flera av de boende i Stockholmsregionen som drabbades av flodvågskatastrofen var i behov av såväl omedelbar som uppföljande medicinsk vård. Av de Drabbade, som besvarat enkäten, hade 34 % av kvinnorna och 27 % av männen fått vård inom kroppssjukvården. Vad för slags vård de erhållit kan inte utläsas ur enkätsvaren.

Av de Drabbade uppgav 198 personer att de vårdats på sjukhus och 216 hade sökt vård på ett av de vårdcentra som upprättades i landstingets regi (tabell 7). Inom primärvården gavs det vanligast förekommande stödet av husläkare (n=267). Åttiosju personer hade också fått hjälp av sjukgymnast. Hur de Drabbade värderat vården inom kroppssjukvården är svårtolkat beroende på att det är förhållandevis få Drabbade som erhållit somatisk vård. Andelen missnöjda låg runt 10 % medan cirka en tredjedel angett att de var mycket nöjda med vården. Kvinnor uppgav i något högre grad än män att de var mycket nöjda med den givna vården. Vad gällde primärvården uppgav 78 % av kvinnorna och 83 % av männen att de var nöjda med stödet från husläkarna. Detta är i nivå med resultatet av patientundersökningar, som redovisas i Kvalitetsbokslut 2006 för Stockholms läns sjukvårdsområde, där 84 % ansåg att primärvården var bra, mycket bra eller utmärkt.

Tabell 7. Antal i den Drabbade gruppen som fått stöd inom den somatiska sjukvården. Värdering av stödet är angivet i % av dem som angivit att de erhållit stödet, uppdelat på kvinnor och män. När antalet är mindre än 100 anges %-talen inom parentes.

Stöd från	Antal personer som angivit stöd	Missnöjd %	Nöjd %	Mycket nöjd %	Ej svarat %
Sjukhus n=198	kv: 108 m: 90	8 (14)	46 (47)	37 (31)	8 (8)
Vårdcentra n=216	kv: 126 m: 90	13 (4)	42 (46)	29 (31)	17 (19)
Husläkare n=267	kv: 175 m: 92	11 (5)	41 (50)	37 (33)	11 (12)
Sjukgymnast i primärvården n=87	kv: 62 m: 25	(13) (4)	(32) (64)	(40) (28)	(15) (4)

Psykologiskt/psykiatriskt stöd

Enkätfrågor om sjukvårdens stöd till den tsunamidrabbade gruppen omfattade också olika former av psykologiskt/psykiatriskt stöd. I enkäten tillfrågades de Drabbade om de fått stöd från primärvården (kurator eller psykolog), den vuxenpsykiatriska öppenvården, barn och ungdomspsykiatri eller privat psykoterapi. Detta stöd skulle kunna rubriceras som "kvalificerat psykologiskt/psykiatriskt" stöd.

Omkring en tredjedel av de Drabbade hade haft kontakt med en eller flera av ovan nämnda vårdgivande instanser. Detta innebär att många Drabbade inte haft sådan kontakt. Av dem

som exponerats särskilt svårt under katastrofen fanns 190 personer, som förlorat någon nära anhörig eller vän och själva hade varit i katastrofområdet. Av dessa hade en fjärdedel inte fått något "kvalificerat psykologiskt/psykiatriskt" stöd. Av dem som hamnade i vattnet då flodvågen slog in över stranden (n=422), hade 19 % av kvinnorna och 30 % av männen inte haft kontakt med någon av ovan nämnda vårdinstanser. Motsvarande siffror för de 682 personer, som upplevt flodvågen som livshotande, var 24 % respektive 34 %.

Det vanligast förekommande stödet gavs av kurator eller psykolog inom primärvården (n=264) följt av privat psykoterapi (n=189). Färre hade fått stöd inom den vuxenpsykiatriska öppenvården (n=102) eller från barn- och ungdomspsykiatri (n=112). Genomgående var andelen kvinnor som fått denna typ av stöd något högre jämfört med männen (tabell 8).

Vad gäller tillfredsställelsen med stödet så varierade detta. Största andelen mycket nöjda gällde privat psykoterapi. Andelen missnöjda med det psykologiska/psykiatriska stödet varierade från 7 till 28 %. Flest missnöjda återfanns bland dem som fått stöd inom den vuxenpsykiatriska öppenvården (tabell 8).

Tabell 8. Antal av de Drabbade som fått psykologiskt/psykiatriskt stöd. Värdering av stödet är angivet i % av dem som angivit att de erhållit stödet uppdelat på kvinnor och män. När antalet är mindre än 100 anges %-talen inom parentes.

Stöd från	Antal	Miss- nöjd %	Nöjd %	Mycket nöjd %	Ej svarat %
Kurator/ psykolog i primärvården N=264	kv: 182 m: 82	18 (20)	41 (43)	18 (17)	24 (21)
Privat psykoterapi n=189	kv: 121 m: 68	13 (4)	32 (64)	40 (28)	15 (4)
Barn- och ungdoms- psykiatri n=112	kv: 73 m: 39	(21) (18)	(37) (51)	(26) (23)	(16) (8)
Vuxen- psykiatrisk öppenvård n=102	kv: 80 m: 22	(28) (23)	(34) (45)	(30) (14)	(9) (18)

Stöd från frivilligorganisationer

Ett hundratrettiofem personer rapporterade att de fått stöd från ett religiöst samfund. Vad gäller övriga frivilligorganisationer efterfrågades enbart om de deltagit i en stödgrupp anordnad av Röda Korset, Referenspunkt Ersta, BRIS eller Rädda Barnen. Detta utesluter inte att kyrkan på vissa håll kan ha ordnat grupper för sörjande. Flest personer deltog i grupper på Röda Korset (n=111) (tabell 9). BRIS och Rädda Barnen ordnade grupper också för barn och ungdomar under 16 år, vilka inte kommit med i statistiken.

Frivilligorganisationernas insatser har värderats högt och få har varit missnöjda. Mer än hälften har varit mycket nöjda med stödet från Röda Korset, Referenspunkt Ersta och Rädda Barnen. Det är dock ett förhållandevis mindre antal personer som sökt och fått stöd hos frivilligorganisationerna. Två tredjedelar av den Drabbade gruppen har inte fått stöd från någon av frivilligorganisationerna medan 21 % av kvinnorna och 16 % av männen fått stöd från åtminstone en av dem (tabell 9).

Tabell 9. Antal personer i den Drabbade gruppen som fått stöd från olika frivilligorganisationer. Värdering av stödet är angivet i % av dem som angivit att de erhållit stödet uppdelat på kvinnor och män. När antalet är mindre än 100 anges %-talen inom parentes.

Stöd från	Antal	Missnöjd %	Nöjd %	Mycket nöjd %	Ej svarat %
Präst eller annan från religiöst samfund n=135	kv: 84 m: 51	(5) (2)	(49) (47)	(33) (43)	(13) (8)
Röda Korset n=111	kv: 73 m: 38	(4) (3)	(33) (26)	(52) (63)	(11) (8)
Referenspunkt Ersta n=72	kv: 50 m: 22	(8) (0)	(36) (36)	(52) (50)	(4) (14)
BRIS n=29	kv: 20 m: 9	(0) (11)	(50) (33)	(45) (44)	(5) (11)
Rädda Barnen n=18	kv: 11 m: 7	(0) (0)	(27) (0)	(55) (86)	(18) (14)

Upplevelse av hälsa och beskrivning av vårdkonsumtion

De första månaderna efter katastrofen mådde många dåligt såväl kroppsligt som psykiskt. Detta kunde också ses i användandet av läkemedel och i sjukskrivning. Fjorton månader efter katastrofen hade hälsan avsevärt förbättrats för de flesta, men inte för alla.

Av de Drabbade (n=1505) som besvarat enkäten uppgav 22 % av kvinnorna och 18 % av männen att de fått vissa problem med sin kroppsliga hälsa på grund av katastrofen. Betydligt fler upplevde problem med den psykiska hälsan, 49 % av kvinnorna och 28 % av männen. Motsvarande siffror rörande den psykiska hälsan för Jämförelsegruppen var 14 % för kvinnorna och 8 % för männen. Många hade också kontaktat sjukvården för hälsoproblem som de ansåg hängde ihop med katastrofen. Detta gällde för 30 % av kvinnorna och 17 % av männen. Motsvarande siffror för Jämförelsegruppen var 3 % för både kvinnor och män. Dessutom hade 40 % av kvinnorna och 41 % av männen varit i kontakt med husläkare eller motsvarande för hälsokontroll efter hemkomsten från Sydostasien. Motsvarande siffror för Jämförelsegruppen var 20 respektive 24 %.

I enkäten fanns frågor om läkemedelsanvändning under första månaden efter katastrofen och under den senaste månaden, d.v.s. ett år senare. Första tiden efter katastrofen använde 16 % av kvinnorna och 9 % av männen i Drabbadegruppen smärtstillande läkemedel dagligen eller någon gång i veckan. Ett år senare hade användningen minskat till 11 respektive 6 %. Vad gäller sömnmediciner tog 14 % av kvinnorna och 8 % av männen sådana preparat dagligen eller någon gång i veckan under den första månaden. Ett år senare hade användningen minskat till 7 respektive 5 %. Lugnande mediciner använde 6 % av kvinnorna och 3 % av männen under den första månaden, ett år senare hade förbrukningen minskat till 2 respektive 1 %. Den dagliga förbrukningen av antidepressiva läkemedel var initialt 5 % för kvinnorna och 3 % för männen och användandet låg kvar på samma nivå ett år senare. För dem som inte befunnit sig i katastrofområdet var

andelen som använde sig av mediciner genomgående lägre. Med tanke på vad de Drabbade varit med om är läkemedelförbrukningen inte särskilt hög.

De hemvändandes konsumtion av alkohol belystes med två frågor. Den ena gällde om man förändrat sitt bruk av alkohol efter katastrofen. Tre fjärdedelar av den Drabbade gruppen, både kvinnor och män, hade inte förändrat sitt alkoholbruk. Några hade emellertid ökat sin alkoholkonsumtion efter katastrofen (11 % av kvinnorna och 15 % av männen). Samtidigt uppgav 12 % av kvinnorna och 11 % av männen att de hade minskat sin konsumtion. I Jämförelsegruppen uppgav 4 % av både kvinnor och män en ökad alkoholkonsumtion efter katastrofen medan 7 respektive 9 % angav att de drack mindre. En annan fråga avsåg om det förändrade bruket av alkohol var en följd av katastrofen. Bland dem som uppgav att de drack mer alkohol uppgav något mer än en fjärdedel av både män och kvinnor att den ökade konsumtionen hade samband med katastrofen. Några procent färre ansåg att de minskat sin konsumtion av alkohol som en följd av katastrofen.

Sjukskrivning kan också användas som ett ohälsomått. Efter hemkomsten från Sydostasien blev många sjukskrivna under kortare eller längre tid. Som väntat var sjukskrivning betydligt vanligare i den Drabbade gruppen än i Jämförelsegruppen. I den förstnämnda gruppen hade 35 % av kvinnorna och 23 % av männen under någon period efter katastrofen varit sjukskrivna. Motsvarande siffror för Jämförelsegruppen var 9 respektive 8 %. Av dem som varit sjukskrivna i den Drabbade gruppen ansåg 31 % av kvinnorna och 21 % av männen att sjukskrivningen hängde samman med flodvågskatastrofen. Endast någon enstaka person i Jämförandegruppen såg en koppling mellan sjukskrivning och katastrofen.

Fjorton månader efter katastrofen uppgav 3 % av båda könen i den Drabbade gruppen att de var sjukskrivna på heltid medan 4 % av kvinnorna och 1 % av männen var deltidssjukskrivna. Med tanke på att en av frågorna om sjukskrivning var oklart formulerad måste svaren om sambandet mellan katastrofen och sjukskrivning tolkas med försiktighet.

Psykisk hälsa 14 månader efter katastrofen

I enkäten fanns det flera skattningsskalor, som på olika sätt mäter psykisk hälsa/ohälsa. Till denna studie har General Health Questionnaire (GHQ 12) analyserats för att beskriva de hemvändandes allmänna psykiska hälsotillstånd och Impact of Event Scale-Revised (IES-R) för att mera specifikt beskriva deras posttraumatiska stressreaktioner.

Inom gruppen Drabbade som helhet rapporterade 32 % av kvinnorna och 20 % av männen tecken på sviktande psykiskt välbefinnande (GHQ 12 med skalvärden på ≥ 3). Betydligt färre visade tecken på sviktande psykiskt välbefinnande i Jämförelsegruppen, 15 % av kvinnorna och 5 % av männen. Skillnaderna är signifikanta för både kvinnor och män (Chi^2 , $p < 0.001$).

Då hela skalan i GHQ 12 används framkom också stora skillnader i fördelningen av svar mellan Drabbadegruppen och Jämförelsegruppen (Mann-Whitney U-test, $p < 0.001$). Samma resultat gällde för såväl kvinnor som män. Fördelningarna skilde sig särskilt från varandra i den övre kvartilen, där procentuellt fler personer bland de Drabbade hade höga värden på GHQ 12, d.v.s. rapporterade mer uttalade tecken på psykisk ohälsa.

Resultaten i GHQ 12 kan också jämföras med de återkommande mätningar som genomförs på representativa urval inom Stockholms läns befolkning. I landstingets Folkhälso-rapport (Stockholms läns landsting, 2003) från 2003 finns en sammanställning av andelen kvinnor och män med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ 12; ≥ 3) uppdelat i åldersintervall. Vid denna jämförelse har inte hänsyn tagits till sociala faktorer. Den enda åldersgruppen där Drabbade uppvisade en större andel med nedsatt psykiskt välbefinnande än befolkningen i länet gällde kvinnor 65 år och äldre. I åldersgruppen 21-64 år var andelen kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande något större i befolkningsurvalet och samma gällde för män oavsett åldersintervall.

Som tecken på posttraumatiska stressreaktioner enligt IES användes summan av delskalorna "intrusion" och "avoidance" med snittgränsen >25 enligt Carr, et al., (1997). Inom gruppen

Drabbade rapporterade 29 % av kvinnorna och 17 % av männen tecken på posttraumatiska stressreaktioner. Motsvarande reaktioner uppgavs av 8 % av kvinnorna och 5 % av männen i Jämförelsegruppen. Skillnaden mellan gruppen Drabbade och Jämförelsegruppen är signifikant för både kvinnor och män (Chi^2 , $p < 0.001$).

För att ytterligare undersöka förekomst av allvarliga tecken på sviktande psykiskt välbefinnande ställdes i enkäten också en fråga om den svarande under de senaste tolv månaderna haft tankar på att ta sitt liv. På denna fråga uppgav 14 % av kvinnorna och 8 % av männen i den Drabbade gruppen att de hade haft sådana tankar. Självordstankar fanns emellertid också hos 8 % av både kvinnor och män i Jämförelsegruppen.

Samband mellan olika typer av belastningar och psykisk hälsa

För att studera hur olika typer av påfrestningar påverkade den psykiska hälsan beroende på vad man varit utsatt för jämfördes utfallet i GHQ 12 hos personer som exponerats för olika situationer (tabell 2, sidan 38) med personer som inte exponerats för dessa. Vid dessa analyser undersöktes endast gruppen Drabbade.

Genomgående mådde de som exponerats för någon av de ovan nämnda situationerna sämre än de som inte exponerats. För dem som förlorat en anhörig eller vän gällde att de mådde psykiskt sämre än de som inte förlorat någon oavsett om de befunnit sig i katastrofområdet eller inte (Chi^2 , $p < 0.001$).

Många fick kroppsliga skador på grund av katastrofen. Effekterna av skada visade sig i GHQ 12. Det fanns en signifikant skillnad i GHQ 12 mellan de allvarligt skadade, de lättare skadade och de oskadade. De med kroppslig skada mådde psykiskt sämst och de oskadade bäst ($p < 0.001$).

De som befann sig i vattnet eller på stranden i närheten av vattnet löpte stor risk att dras med i flodvågen. Jämförs denna grupp med dem som var på en säkrare plats, men ändå inom katastrofområdet, framkommer en signifikant skillnad ($p < 0.002$) i utfallet i GHQ 12 för kvinnor. För män sågs en liknande tendens men skillnaden var inte signifikant. Vid jämförelse

mellan de som de facto hamnade i vattnet och de som inte gjorde det blev skillnaden i GHQ 12 signifikant för både kvinnor och män ($p < 0.001$).

Vid flodvågskatastrofen upplevde många situationen som direkt livshotande. Det förelåg också en signifikant skillnad i GHQ 12 ($p < 0.001$) mellan dem som upplevt situationen som livshotande och de som inte gjort det.

De första dygnen efter katastrofen karakteriserades av kaos, oro för närståendes och egen hälsa, bristande information från myndigheter och stor ovisshet om vad som skulle hända den närmaste tiden. Även personer som inte själva kommit till skada eller förlorat närstående blev vittne till skrämmande händelser. Fem frågor i enkäten speglade sådana händelser. Det förelåg ett signifikant samband, för både kvinnor och män, i GHQ 12 (Spearman rank order correlation, $p < 0.05$) med antalet upplevda händelser.

Sammantaget framgår tydliga samband mellan olika typer av psykiskt kraftigt belastande situationer och den tsunami-drabbade gruppens psykiska hälsa enligt GHQ 12, fjorton månader efter katastrofen. I samtliga analyser med ett undantag var utfallet likartat för både kvinnor och män. I kompletterande analyser där hela skalan i GHQ 12 utnyttjats istället för ovan tillämpad dikotomisering framkom liknande signifikanta resultat. Speciellt framkom att de som drabbats av ovan nämnda psykiskt belastande situationer i större utsträckning har värden i den övre kvartilen av fördelningen i GHQ 12 jämfört med dem som inte exponerats för dessa situationer.

Diskussion

Tsunamikatastrofen i Sydostasien, december 2004, var en av de mest omfattande naturkatastroferna i modern tid. Främst drabbades lokalbefolkningen men då området också är ett populärt turistmål för bl.a. skandinaver kom också många svenska medborgare att beröras av katastrofen. Nästan 13 000 personer av dem som befann sig i Sydostasien återvände till Sverige via Arlanda flygplats. Av dessa, som registrerades av polis vid hemkomsten, var över en tredjedel hemmahörande i Stockholmsregionen. Stockholms län drabbades också särskilt svårt, 205 av 543 avlidna/saknade liksom många av de kroppsligt skadade bodde i någon av regionens kommuner. Det fanns således ett stort antal personer som kunde förväntas behöva olika typer av stöd såväl vid hemkomsten till Sverige som längre fram i tiden.

Landstinget i Stockholm har en sedan länge etablerad medicinsk och psykologisk katastrofberedskap, som genom åren förändrats utifrån erfarenheter från de stora olyckor som inträffat i regionen. Att ta hand om tusentals människor, som under några dagar flögs in från ett katastrofområde till en svensk flygplats, och därefter sörja för fortsatt vård och stöd på hemorten var emellertid en uppgift som hälso- och sjukvården aldrig tidigare ställts inför. Frågan i denna enkätstudie, 14 månader efter katastrofen, var om de insatser som gjordes av lokalsamhället nådde de drabbade som var i behov av stöd vid denna katastrof, hur de drabbade värderat stödet och om stödinsatserna har påverkat deras hälsotillstånd.

Psykisk hälsa 14 månader efter katastrofen

Den första månaden efter katastrofen mådde många dåligt såväl kroppsligt som psykiskt, vilket bland annat framgick i enkätsvaren om användning av läkemedel och sjukskrivning. En svårighet i tolkningen av hälsotillståndet är att det inte finns någon mätning av hälsan förrän 14 månader efter katastrofen. Effekten på den psykiska hälsan då, mätt med instrumentet

GHQ 12, var som förväntat beroende av vad man varit med om under katastrofen. Olika metoder har använts i forskning på katastrofer för att mäta allvaret i vad man varit utsatt för. En del studier har använt sig av antalet påfrestningar som index på utsatthet (Briere & Elliot, 2000). Andra har rangordnat påfrestningen utifrån olika situationer i katastrofen (Bravo et al., 1990). Båda angreppssätten användes i denna studie och oavsett metod överensstämde resultatet med andra studier, d.v.s. att ju fler situationer eller ju allvarigare exponering desto mer tecken på sviktande psykisk hälsa.

Fjorton månader efter katastrofen rapporterade knappt en tredjedel av kvinnorna och en femtedel av männen inom gruppen Drabbade tecken på sviktande psykiskt välbefinnande mätt med instrumentet GHQ 12, vilket skulle kunna tolkas som att det psykiska hälsotillståndet var allvarligt påverkat hos många. Stockholmsundersökningen är särskilt intressant eftersom det finns en jämförelsegrupp. Vart fjärde år genomförs nämligen en folkhälsoundersökning i Stockholms län, i vilken den psykiska hälsan undersöks med samma instrument som i denna studie. Därmed är det möjligt att jämföra den psykiska hälsan hos de Drabbade med ett befolkningsrepresentativt urval ur Stockholms län, uppdelat på ålder och kön. Varken kvinnor eller män i gruppen Drabbade uppvisade mer tecken på nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med befolkningsurvalet. Resultatet stöddes också av det faktum att användningen av lugnande mediciner, sömnmedel och antidepressiva preparat var låg och att andelen sjukskrivna bland de Drabbade var lägre än i Jämförelsegruppen.

Jämförelsen gällde gruppen som helhet. Det är samtidigt viktigt att uppmärksamma att många (cirka 260 personer) visade tecken på sviktande psykiskt välbefinnande med höga värden enl. GHQ 12 och tecken på allvarliga posttraumatiska stressreaktioner (IES) så långt som 14 månader efter katastrofen.

I jämförelse med Stockholms läns befolkning utgjordes gruppen som besvarat enkäten av relativt fler kvinnor än män, fler gifta/sammanboende och färre äldre. Vidare var andelen med akademisk utbildning högre och andelen arbetslösa lägre än i Stockholms befolkning, vilket kan ha påverkat resultaten.

Låg sjukskrivning är inte liktydigt med god hälsa. Inom gruppen Drabbade rapporterade 29 % av kvinnorna och 17 % av männen tecken på allvarliga posttraumatiska stressreaktioner. Analysen har gjorts med användande av två av delskalorna i IES-R, där en snittgräns på > 25 poäng använts, som enligt några studier innebär risk för att den drabbade har PTSD (Carr et al., 1997). Att befinna sig i riskzon för PTSD är naturligtvis inte det samma som att ha PTSD. Vid en väl genomförd studie på effekterna av en dammolycka i Buffalo Creek (1972), fann man att 25 % av dem som studerats uppfyllde kriterierna för PTSD 14 år efter händelsen (Green, 1996). Arton månader efter jordbävningen i Armenien hade 67 % av dem, som ingick i studien, PTSD (Goenjian et al., 2000). I undersökningar efter andra katastrofer har man, med en uppföljningstid på två år, funnit att 19 % (Norris et al., 2004) respektive 25 % (Broberg et al., 2005) uppfyllt kriterierna för PTSD.

Trots att många i samband med Tsunamikatastrofen varit med om mycket svåra upplevelser och att nästan en tredjedel av kvinnorna och en femtedel av männen uppvisade tecken på sviktande psykisk hälsa hade endast ett fåtal använt sig av medicinering eller sjukskrivning. De låga sjukskrivningstalen kan hänga samman med att de flesta haft ett arbete att gå tillbaka till, förstående arbetskamrater och ett i övrigt gott socialt nätverk. Det kan också hänga samman med att de sett sina reaktioner som adekvata utifrån sina upplevelser, d.v.s. inte som tecken på sjukdom. Om så är fallet stärker detta betydelsen av normalisering av krisreaktioner. Det kan också vara så att hälsan avsevärt förbättrats jämfört med hur man mådde de första månaderna efter katastrofen. Huruvida detta i så fall hängde samman med de stödinsatser som sattes in den närmaste tiden efter hemvändandet till Sverige eller om det fanns en hög grad av egen förmåga till återhämtning inom gruppen kan denna studie inte besvara. Hög återhämtningsförmåga har beskrivits i samband med andra katastrofer, t.ex. efter terroristattacker i New York den 11 september 2001 (Galea et al., 2002).

Försvårande omständigheter

De Drabbades psykiska hälsotillstånd måste sättas i relation till vad de varit med om. Många av de 1505 personer som vistades i katastrofområden när flodvågen slog in över land utsattes för svåra och livshotande påfrestningar, vars effekter förstärktes av att de befann sig långt hemifrån när katastrofen inträffade. Den omedelbara hjälpen måste av naturliga skäl komma från lokalbefolkningen. Drabbade människor har i media beskrivit hur känslan av otrygghet och maktlöshet förstärktes av språksvårigheter och begränsade medicinska resurser. Vikten av att snabbt få kontakt med svenska myndigheter för att få hjälp i sökandet efter saknade anhöriga och information om hemtransport blev central för de Drabbade. Att frustrationen över att inte ha fått snabb hjälp från Sverige blev stor, visade sig också i svaren på enkäten. Hjälpen från lokalbefolkningen rönt störst uppskattning medan det största missnöjet gällde stödet från svenska ambassaden/konsulatet, svenska räddningsverket och andra svenska myndigheter (Bergh Johannesson et al., 2006). Som en konsekvens av erfarenheterna från Tsunami-katastrofen pågår en uppbyggnad av en ny katastroforganisation, som förhoppningsvis kan fungera effektivare vid framtida katastrofer som drabbar svenska medborgare utomlands.

Nästan en sjättedel av de Drabbade hade förlorat en eller flera närstående, vänner eller arbetskamrater. Risken för psykisk ohälsa är särskilt stor efter förlust av närstående särskilt om barn och unga kommer till skada eller omkommer (Dyregrov, 2002). Det var också många barnfamiljer som drabbades, varför det hade varit önskvärt att också undersöka barn och ungdomars hälsotillstånd samt ta reda på vilket stöd de fått. Detta har emellertid inte varit möjligt inom ramen för denna studie.

I Stockholmsmaterialet visade sig fyra typer av exponeringar leda till höga värden på GHQ 12, d.v.s. sviktande psykiskt välbefinnande nämligen; *förlust av anhöriga eller nära vänner, vistelse i eller nära vattnet då flodvågen drog in, upplevelse av situationen som livshotande och egen kroppslig skada*. Många hade utsatts för flera av dessa exponeringar. I ett tidigt skede efter en

katastrof kan man inte utifrån de Drabbades psykiska tillstånd bedöma vem som kommer att utveckla allvarlig psykisk ohälsa och därför skulle behöva omedelbar professionell psykologisk hjälp (McFarlane, 2005; Shalev, 2004). Fynden från denna studie om exponeringar och sviktande psykiskt välbefinnande, som för övrigt överensstämmer med resultat från andra undersökningar, kan emellertid användas då man skall bedöma behovet av uppföljande kontakt. Det vore önskvärt att sjukvårdspersonal, som möter olycksfallsdrabbade människor på en olycksplats, akutmottagningar eller vårdcentraler, tar reda på vad dessa människor varit med om under händelsen och använder sig av denna information vid ställningstagande till behovet av uppföljande kontakt. Studier på akutmottagningar i Stockholms län har visat att personalen inte känner till att upplevelsen av livshot vid en olycka är en riskfaktor för psykisk ohälsa. Det gäller också om olyckan inte medför kroppsliga skador (Bergsten Brucefors et al., 2001; Olsson et al., 2004).

Det förelåg skillnader mellan könen i tecken på sviktande psykisk hälsa i GHQ 12 och IES-R. Andelen personer med tecken på sviktande psykisk hälsa var högre hos kvinnor än hos män. I många katastrofstudier visar det sig att posttraumatiska stressreaktioner och depression är betydligt vanligare hos kvinnor än hos män (Kimerling et al., 2002). Resultaten i denna studie bör dock tolkas med försiktighet då svarsfrekvensen för männen var betydligt lägre än för kvinnorna.

Det fanns också faktorer som kan ha minskat följdverkningarna av katastrofen. Genom att katastrofen inträffade utomlands drabbades svenska medborgare i begränsad omfattning ekonomiskt. Vid hemkomsten stod bostaden kvar orörd, arbetet fanns kvar och för de flesta också det sociala nätverket. Att katastrofen inträffade utomlands, långt från Sverige, gjorde att man från såväl kommunernas som hälso- och sjukvårdens sida också fick tid att förbereda mottagandet vid hemkomsten.

Sannolikt har ingen annan drabbad grupp erbjudits lika mycket stöd från offentlig vård, kommuner, privata vårdgivare och frivilligorganisationer som de som upplevt Tsunami-katastrofen. Socialt stöd brukar i katastrofforskning betraktas

som en kritisk faktor där ett adekvat stöd kan minska de psykiska följdverkningarna (Norris & Kaniasty, 1996) medan ett otillräckligt eller okänsligt stöd snarare kan förstärka reaktionerna (Weisaeth & Wehlum, 1997). En grundläggande fråga när erfarenheterna från katastrofen summeras är därför om de Drabbade efter hemkomsten till Sverige, nåddes av de erbjudanden om stöd som gavs, om de fått ett adekvat stöd och om detta i så fall varit till hjälp.

Psykologiskt och socialt stöd

Omedelbart vid hemkomsten

Det stöd som beskrivs i denna studie gavs i samband med hemkomsten till Sverige och sedan på hemorten. Det omedelbara stödet under och efter katastrofen på olika platser i Sydostasien har inte analyserats. Den första stödinsatsen i Sverige gavs på Arlanda flygplats och bestod av såväl medicinska som psykologiska och sociala insatser i huvudsak av personal från hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt frivilligorganisationerna. Som framgick av enkätsvaren fanns det en stor grupp hemvändande som inte ansåg att psykologiskt och socialt stöd var aktuellt för deras del.

Detta är inte förvånande eftersom alla inte var svårt drabbade av katastrofen. Ett annat skäl kan vara att de hemvändande så fort som möjligt ville "hem". Det betyder inte att man inte var i behov av stöd. Av dem som vistades i katastrofområdet och erhöll stöd på Arlanda ansåg 80 % eller mer att stödet haft viss betydelse eller varit mycket betydelsefullt. Mest betydelsefullt var det sociala stödet följt av det psykologiska. En mindre grupp av människor, som inte vistades i själva katastrofområdet när flodvågen kom, såg stödet som nästan lika betydelsefullt som de direkt Drabbade. Detta kan delvis förklaras av att det fanns flera i denna grupp som förlorat en vän eller arbetskamrat. Detta visar på nödvändigheten att de, som organiserar stödinsatserna i tidigt skede och fortlöpande, bedömer vilka behov som är aktuella, vilka stödinsatser som behöver sättas in och vem insatserna

skall riktas till. Att många var i behov av socialt och praktiskt stöd var uppenbart och det var därför nödvändigt att se till dessa basala behov med en gång. Att man upplevt det första mötet med stödpersoner på svensk mark som betydelsefullt förstärker idén bakom de omedelbara sociala och psykologiska insatserna, som numera ses som en central del inom katastrofberedskapen. När den yttre världen upplevs som kaotisk och skadlig kan en stödperson från samma värld men med en skyddande funktion bidra till att återupprätta en känsla av trygghet och på så sätt minska ett inre kaos (Benyakar & Collazo, 2005). Utöver att tillgodose drabbades basala behov och stå för trygghet ingår i den tidiga professionella stödverksamheten också att göra en riskbedömning och tillse att personer som bedöms behöva mera kvalificerat stöd erbjuds och slussas till en professionell samtalskontakt. I vilken utsträckning sådana bedömningar gjordes på Arlanda kan inte enkäten ge svar på.

På flygplatsen delades skriftlig information ut till de hemvändande som beskrev olika psykiska reaktioner och gav förslag på enkla åtgärder för att orka med den första tiden vid hemkomsten. Av de Drabbade hade cirka en femtedel fått denna information och ungefär hälften av dem som fått den ansåg att den varit till hjälp. Uppenbarligen har många som drabbats av katastrofen inte fått informationsbladen. Orsaken till detta kan vi endast spekulera om. En bidragande orsak var att det tog två dygn innan informationsbladen hade tryckts upp och skickats ut till Arlanda. Forskning har emellertid också visat att de flesta drabbade inte spontant plockar åt sig informationsblad och att många i akutskedet inte anser sig behöva bladen (Bisson, 2007). Korrekt, tydlig och taktfullt formulerad information till drabbade och deras anhöriga i samband med en katastrof brukar uppskattas av dem som fått skriftlig information. Genom saklig information kan man etablera ett förtroende för samhället, öka förståelsen om normala psykiska reaktioner, ge råd om bemästringsstrategier och bidra till att människor söker hjälp vid behov. Detta behöver därför finnas med som en naturlig del i samhällets stödinsatser vid en katastrof. Samtidigt är det värt att påpeka att det i nuläget finns ytterst få vetenskapliga studier, som

utvärderat effekterna av sådan information. Detta, trots att det särskilt i USA men också i andra västländer produceras en flora av informationsblad, som delas ut i samband med katastrofer och som finns att ladda ner från nätet. Det finns sålunda goda skäl att för den framtida katastrofberedskapen fundera över vilka budskap man vill föra ut, hur distributionen av information skall se ut och hur man vetenskapligt kan utvärdera effekten av skrifterna.

Stöd från det sociala nätverket

Resultaten av enkätundersökningen visar att nästan alla som varit i de katastrofdrabbade områdena fått någon form av personligt stöd av någon närstående som varit med på resan eller av andra familjemedlemmar och vänner. Nästan alla, som fått stöd av närstående, var också nöjda eller mycket nöjda med detta. Denna bild överensstämmer med erfarenheter från andra studier (Carr et al., 1997). Stöd från närstående är viktigt och kan till viss del motverka en utveckling av psykisk ohälsa även om detta stöd inte är tillräckligt för alla. En väsentlig uppgift för professionella stödpersoner, som i tidigt skede möter katastrofdrabbade personer, är därför att hjälpa till med att aktivera de drabbades egna sociala nätverk. Det borde vara ett samhällsansvar att öka kunskapen i befolkningen om posttraumatiska psykologiska reaktioner och vad man som närstående kan hjälpa till med. Denna kunskapshöjning borde starta omedelbart och skulle komma till användning inte bara vid katastrofer utan också vid alla de olyckor och dödsfall som inträffar varje dag.

Till det sociala nätverket räknas också arbetsplatsen där såväl arbetskamrater som arbetsgivare är potentiella stödgivare. Dessutom har man på de flesta arbetsplatser tillgång till professionell hjälp via sin företagshälsovård. Förutsättningarna för att de drabbade skulle kunna få stöd på sitt arbete var goda eftersom de flesta hade ett arbete att gå till. Näst efter stöd från anhöriga och vänner var det också arbetsplatsen som flest drabbade uppgav att de fått stöd ifrån och man var också i hög grad nöjd med det stöd man fått. Samtidigt har en tredjedel av kvinnorna och närmare hälften av männen med hel- eller

deltidsarbete rapporterat att de inte fått något stöd vare sig av arbetskamrater, arbetsgivare eller företagshälsovård. I enkäten fanns inga frågor om yrke eller arbetsplats. Det är möjligt att några Drabbade hade enmansföretag och inte heller var anslutna till någon företagshälsovård. Det räcker emellertid inte som förklaring till utfallet. Arbetsplatsen utgör en möjlig arena inom vilken ett förebyggande stöd borde finnas. Ett gott stöd på arbetet är väsentligt eftersom det ökar sannolikheten för att den drabbade kommer att återgå i arbete inom en inte alltför lång tid.

Stöd från andra Drabbade

Många, som drabbats av en mycket svår händelse, vill efteråt träffa andra personer som varit med om samma eller liknande händelser. Det är därför inte förvånande att många angivit att de utöver släkt och vänner också fått stöd från andra tsunamidrabbade och att tillfredsställelsen med detta stöd var hög. Att få träffa andra som varit med om samma händelse kan kännas tryggt och bli "normaliserande" då man känner igen sina egna reaktioner i andras berättelser. Man kan också dela praktiska erfarenheter och ge varandra information och råd (Karlsson, 2006). Stöd av detta slag har vanligen i Sverige organiserats av trossamfunden eller andra frivilligorganisationer. Så skedde också efter Tsunamikatastrofen genom att olika frivilligorganisationer, ibland med hjälp av kommuner, ordnade informationsmöten och startade samtalsgrupper för drabbade med stöd av professionella ledare.

Av enkätresultaten framgår emellertid att det var en begränsad del av de Drabbade som utnyttjade dessa erbjudanden. Knappt en femtedel uppgav att de fått stöd på detta sätt. De som deltagit i samtalsgrupper har emellertid i stort varit nöjda. En fråga med anledning av dessa resultat är om erbjudandena nått ut till alla drabbade eller om informationen om vad man erbjöd varit tillräckligt tydlig. En annan fråga är om de Drabbade, som inte deltagit i gruppverksamheterna, inte heller känt behov av att möta andra drabbade eller att erbjudandet inte legat rätt i tiden i förhållande till upplevda behov. Det kan möjligen också ha funnits en tveksamhet från

kommunernas och sjukvårdens sida att rekommendera deltagande i sådana grupper eftersom denna gruppverksamhet är bristfälligt utvärderad. Det finns emellertid all anledning att uppmärksamma denna form av stöd till drabbade och utvärdera dess betydelse. Frågan kvarstår om sådana stödåtgärder på något sätt skall knytas närmare till samhällets katastroforganisation för psykologiskt stöd eller om verksamheten skall ses som en uppgift, som de frivilliga organisationerna kan förväntas stå för.

Annat samhällsstöd

Det finns olika sätt att underlätta de Drabbades förståelse av vad de varit med om. Ritualer och begravningar kan därvid lag vara till hjälp. Många av de avlidna återkom till Sverige via olika flygplatser men framför allt via Ärna flygplats. Ceremonierna på Ärna flygplats värderades i enkäten mycket högt av de anhöriga. Det visar på betydelsen av att samhället tar ansvar för olika typer av ceremonier. Ett annat sätt att "förstå" var att återvända till katastrofplatsen, en resa som drygt en fjärdedel av de Drabbade gjorde inom ett år efter katastrofen. Drygt tre fjärdedelar av dem som besökte Thailand inom ett år ansåg att besöket haft stor eller mycket stor betydelse. Det är anmärkningsvärt att så många så kort tid efter katastrofen valde att åka tillbaka. Det är annars inte så vanligt att människor som varit med om en svår olycka eller katastrof i tidigt skede vill eller vågar besöka olycksplatsen eftersom besöket kan frambringa plågsamma minnen. Att så många ändå upplevde besöket som betydelsefullt förstärker erfarenheter från andra svåra olyckor och katastrofer, där besök tillsammans med stödpersoner på olycksplatsen upplevts som en hjälp för de drabbade i deras sorgbearbetning och förståelse för vad som egentligen hände (Dyregrov, 2002; Raphael, 1986). Sådan kunskap behöver föras ut till polis, hälso- och sjukvårdspersonal m.fl.

Stöd från hälso- och sjukvården

Många Drabbade erhöll under de första dagarna efter katastrofen hjälp inom sjukvården för sina kroppsliga besvär. Drygt en fjärdedel fick vård på sjukhus eller på något av de sju vårdcentra som öppnades av landstinget för att ta emot återvändande från katastrofområdena. Här fanns personal med psykologisk kompetens inklusive barnkunskap men denna studie innehåller ingen specifik utvärdering av hur deras kompetens använts eller hur de Drabbade värderat det stödet. Därefter fick man huvudsakligen hjälp med sina kroppsliga besvär och sjukskrivning av husläkare inom primärvården. Genomgående var man nöjd med den vård man fått och mest nöjd var man med vården på sjukhusen.

Det mera kvalificerade psykologiska stödet gavs främst av kuratorer och psykologer inom primärvården, följt av privata psykoterapeuter. Betydligt färre drabbade hade besökt psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Totalt sett hade cirka en tredjedel av de Drabbade använt sig av samhällets hälso- och sjukvård. Det är svårt att göra jämförelser med andra katastrofer p.g.a. att det rör sig om olika populationer men också olika forskningsmetodik. Efter en jordbävning i Newcastle, Australien, 1989, beräknades knappt en fjärdedel av befolkningen ha använt sig av olika stödformer i samhället medan en tredjedel enbart förlitade sig på stöd från släkt, vänner och grannar (Carr et al., 1997). Att fler tsunamidrabbade använt sig av samhällets resurser i Stockholm än i Newcastle är naturligt då många fler stockholmare kommit till skada. En statlig rapport från Storbritannien, som bygger på en liknande enkätundersökning som den svenska och som besvarades av såväl hemvändande från katastrofområden i Sydostasien som anhöriga i hemlandet, visade att 70 % av dem som deltog i studien under de två första månaderna efter katastrofen fått stöd från närstående. Drygt 60 % hade fått stöd av allmänläkare

och hälften hade fått något slags psykologiskt stöd (NAO, 2006). Sjukvårdssystemet i Storbritannien skiljer sig från det svenska, varför det är svårt att jämföra stödinsatserna. Dessutom bygger resultaten i Storbritannien, i motsats till den svenska studien, på få deltagare i studien.

Alla hemvändande var naturligtvis inte i behov av ett professionellt stöd från samhället. Sannolikheten att Drabbade skulle använda sig av samhällets tjänster ökade ju allvarligare exponeringen under katastrofen varit. De som varit mest exponerade hade också haft fler kontakter med olika vårdgivare. Detta gällde också för det psykologiska stödet. Skälet till detta kan vara att de hade olika behov som kunde tillgodoses på olika håll. Men det kan också vara så att man sökte sig till olika stödformer för att man inte var helt nöjd med den första kontakten. Hur det förhöll sig kan förhoppningsvis de intervjustudier som också görs i Stockholm besvara. De som fått stöd från hälso- och sjukvården uttryckte såväl stor tillfredsställelse som missnöje med samhällets insatser. Andelen nöjda med stödet på primärvården och vuxenpsykiatri var ungefär densamma som vid den senaste mätningen av patienttillfredsställelse i Stockholms län, 2006. Lägst värderades stödet på de vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningarna, där nästan en fjärdedel av dem som haft kontakt där var missnöjda. Med tanke på att antalet personer som sökt hjälp inom psykiatri är lågt och att det därför krävs få missnöjda för att procenttalen skall bli höga, måste man vara försiktig med tolkningen av resultatet. Samtidigt torde de personer som sökt samtals hjälp inom psykiatri vara de med allvarligast besvär varför det är nödvändigt att utreda vidare hur bemötandet sett ut liksom vilken psykotraumatologisk kompetens som finns inom vuxenpsykiatri.

Den avgörande frågan är om de som var i behov av ett kvalificerat psykologiskt stöd fått detta. Ett sätt att angripa den frågan är att särskilt granska svaren från dem som kunde förväntas vara hårdast drabbade av katastrofen. De som förlorat någon anhörig eller närstående och samtidigt befann sig i katastrofområdet kunde antas ha upplevt en rad svåra situationer. Många hade utöver en personlig förlust själva hamnat i flodvågen och varit nära att dö. Den gruppen

rapporterade också högre grad av sviktande psykisk hälsa 14 månader efter katastrofen. Tre fjärdedelar av denna grupp hade fått någon form av psykologiskt/psykiatriskt stöd via kurator/psykolog i primärvården, vuxenpsykiatrisk öppenvård, barn- och ungdomspsykiatri eller privat psykoterapi. Många hade också fått stöd från flera olika håll. Även om de flesta av dem som förlorat någon i katastrofen sålunda fått stöd av minst en av dessa professionella terapeuter måste man naturligtvis fråga sig varför den återstående fjärdedelen inte fått eller sökt något motsvarande stöd. Berodde detta på att de inte erbjudits stöd, att erbjudandet kommit vid fel tidpunkt eller att de avböjt erbjudandet? Kanske behöver inte alla få kvalificerat psykologiskt stöd. Aktuell forskning har visat att det finns ganska många människor, som trots att de varit med om extremt svåra upplevelser, tycks klara sig bra med enbart hjälp av stöd från sin närmaste omgivning (Agaibi & Wilson, 2005). Detta behöver studeras vidare.

Sammanfattningsvis visar resultaten från studien att nästan alla fått stöd från sitt privata sociala nätverk. De som exponerats för de värsta situationerna i samband med katastrofen har i högre grad än övriga nyttjat stöd från olika håll i samhället. De allra flesta som fått stöd, också utanför sitt närmaste sociala nätverk, var nöjda med detta, vilket förhoppningsvis kan bidra till en bibehållen hög tillit hos allmänheten vad gäller länets hälso- och sjukvårdande förmåga vid framtida stora olyckor och katastrofer. Samtidigt kan konstateras att de mest drabbade också uppvisar mera tecken på sviktande psykisk hälsa och allvarliga posttraumatiska stressreaktioner. För en del drabbade kan dessa reaktioner vara tecken på allvarligare psykisk ohälsa medan de för andra kan vara ett led i en normal återhämtningsprocess och kanske till och med en hjälp i en bearbetning av det inträffade. Det viktigaste är kanske att drabbade människor kan upprätthålla sociala kontakter och efter ett tag fungera på den sociala funktionsnivå de befunnit sig på innan katastrofen inträffade. Samtidigt behöver stödets betydelse för återhämtning efter en katastrof studeras vidare. Denna studie kan inte ge svar på om de olika stödinsatserna varit till hjälp för att minska den psykiska ohälsan bl.a. för att det inte fanns någon mätning av hälsotillståndet under den

första tiden efter katastrofen att utgå ifrån. För att bättre belysa stödets betydelse behövs såväl longitudinella enkätstudier som kvalitativa studier i form av intervjuer med drabbade och "hjälpare".

Representativitet

Svarsfrekvensen för de hemvändande boende i Stockholmsregionen blev 45 %. Det hade varit önskvärt med en högre svarsfrekvens. I jämförelse med andra studier efter katastrofer är ändå denna svarsfrekvens god. Motsvarande studie i Norge gav betydligt lägre svarsfrekvens (30 %) och svarsfrekvensen i en dansk studie blev som den svenska. I en väl genomförd studie efter en flygolycka i Amsterdam besvarade 30 % av de tillfrågade en enkät (Dirkzwager et al., 2004). I Storbritannien skickade man efter Tsunamikatastrofen ut enkäter till 308 personer som antingen befunnit sig i katastrofområden eller till deras anhöriga. Trots att dessa initialt sagt ja till deltagande blev svarsfrekvensen endast 40 %. Den låga svarsfrekvensen i den studien är särskilt anmärkningsvärd eftersom man skattat att cirka 10 000 brittiska medborgare befann sig i Sydostasien då katastrofen inträffade (NAO, 2006).

Bortfallet har granskats. Stockholms län hade i likhet med storstäderna Göteborg och Malmö en något lägre svarsfrekvens än övriga i den nationella studien deltagande län. Svarsbenägenheten var över huvudtaget något lägre för män och för yngre personer, tendenser som man ofta finner i liknande studier. Det finns flera indikationer på att en del av bortfallet utgjordes av personer som inte uppfattade sig som berörda av enkäten eftersom de befunnit på platser långt från katastrofområdena. Nästan alla av de 149 personer som meddelade att de inte ville delta hade inte berörts av katastrofen. Tjugotvå procent av dem som besvarat enkäten hade inte vistats i katastrofområdena, vilket stärker misstanken att de som befunnit sig långt från katastrofen inte känt sig manade att besvara den. Tyvärr noterade polisen vid registreringen på Arlanda flygplats inte på ett systematiskt sätt var de hemvändande befann sig då katastrofen inträffade.

Sådan information hade naturligtvis ökat säkerheten i bortfallanalysen.

Möjligen hade svarsfrekvensen ökat något om enkäten varit mindre omfattande. Ytterligare ett påminnelsebrev kunde ha skickats ut, men detta gjordes inte av etiska skäl. Vissa resultat måste därför tolkas med försiktighet.

Fortsatt forskning

Det insamlade materialet från Tsunamikatastrofen innehåller betydligt mer information än vad som här redovisats. Analyser av hur kroppsliga reaktioner, tidigare livshändelser och olika stödformer påverkat de Drabbades psykiska hälsa pågår. Jämförelser mellan Stockholm, andra storstäder och glesbygd vad gäller olika former av stöd kommer att göras. För att kunna utveckla frågeformulär, som kan användas vid framtida katastrofer, kommer också mer metodorienterade fördjupningar att genomföras.

Behov av psykologiskt stöd under längre tid är också en fråga som bör uppmärksammas. Detta kommer att studeras genom en uppföljande enkät som, under hösten 2007, kommer skickas till dem som besvarat den första enkäten. I Stockholm pågår dessutom intervjustudier för att utvärdera stöd från såväl kommun och landsting som frivilligorganisationer.

För att kunna planera för ett mera riktat psykologiskt stöd behövs mer kunskap om hur man kan identifiera de personer som riskerar att få allvarliga psykiska problem efter en katastrof. Vidare behöver de som planerar den framtida psykologiska kris- och katastrofberedskapen i länet få en bättre bild av tillgängliga stödresurser. Särskilt gäller detta professionella personers psykotraumatologiska kompetens för att utöver akuta stödåtgärder säkerställa långsiktigt stöd och behandling av drabbade som utvecklat allvarlig psykisk ohälsa efter en katastrof.

Allt stöd kan och bör samhället inte ansvara för. Samhället skall t.ex. inte ersätta det så viktiga stödet från människors naturliga nätverk. Däremot kan detta stöd behöva kompletteras. För att samhälleligt stöd skall komma alla drabbade till godo behövs en väl utbyggd samverkan mellan olika "hjälp-

organisationer". Risken är annars stor att många drabbade faller mellan stolarna och blir utan hjälp. Frivilligorganisationerna behöver få en tydligare roll i den framtida katastrofberedskapen, särskilt vad gäller att organisera och erbjuda möten av olika slag där drabbade kan få möjlighet att träffas och dela sina erfarenheter. Kommunernas och landstingets ansvar måste entydigt vara att planera för en god katastrofberedskap.

Referenslista

- Agaibi, C.E. & Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and resilience. A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse* 6:3;195-216.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, DSM-IV*. Washington DC.
- Andersson Odén, T, Gherseti, M & Wallin, U. (2005). Tsunamins genomslag. En studie av svenska mediers bevakning. *KBM:s temaserie*, 2005:3.
- Attorney Management Australia. (2003). *Emergency Management Practice. Volume 3 - Guidelines for psychological services practice*. National Capital Printing, Canberra, Australia.
- Bergh Johannesson, K. et al. (2006). Uppföljning av svenska resenärer efter tsunamin 2004. Uppsala Universitet.
- Baum, A., Fleming, R. & Davidson, L.M. (1983). Natural disasters and technological catastrophe. *Environ Behav* 15:333-354
- Benyakar, M. & Collazo, C.R. (2005). Psychological interventions for people exposed to disasters. In J. Lopez-Ibor et al. (Eds). *Disasters and mental health*, pp 81-97, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex, England.
- Bergsten Brucefors, A., Sidén Silfver, Y. & Schulman, A.(2001). Psykologiska och sociala effekter av trafikolycka med lindriga eller inga personskador. KRIS-pojektet: Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport IV. *Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk Hälsa*, 2001:3.
- Bisson, J. (2007). Screening and early intervention following trauma: Current and future directions. Paper presented at the Conference ISTSS in Croatia, June 2007.
- Bonnano, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist* 59:1;20-28.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Volume 3*. New York: Basic Books.
- Bravo, M. et al. (1990). The psychological sequelae of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated. *Am J Commun Psychol* 18:661-680.
- Brewin, C.R, Andrews, B. & Vallentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 68:748-766.
- Briere, J. & Elliott, D. (2000). Prevalence, characteristics and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population. *J Traumatic Stress* 13:661-669.
- Broberg, A.G., Dyregrov, A. & Lilled, L. (2005). The Göteborg discothèque fire: posttraumatic stress, and school adjustment as reported by the primary victims 18 months later. *J Child Psychol and Psychiatry* 2005;46:12:1279-1286.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carr, V.J., Lewin, T.J., Webster, R.A., Kenardy, J.A. (1997). A syntheses of the findings from the Quake Impact study: a two-year investigation of the psychological sequelae of the 1989 Newcastle earthquake. *Soc Psychiatry Epidemiol* 32:123-136.
- Crocq, L., Crocq, M-A., Chiapello, A. & Damiani, C. (2005). Organization of mental health services for disaster victims. In J. Lopez-Ibor et al. (Eds). *Disasters and mental health*, pp 81-97, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex, England.
- Cullberg, J. (1975). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dirkzwager, A.J.E., Grievink, L., Van der Velden, P.G. & Yzermans, C.J. (2004). Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. *Br J Psychiatry* 189:144-149.

- Dyregrov, A. (2002). Katastrofpsykologi, Lund: Studentlitteratur.
- Figley, CH.R. (Ed.) (1985). Trauma and its wake. Volume II. Traumatic stress, research and intervention. New York, Brunne/Mazels publishers.
- Foa, E.B., Keane, T.M. & Friedman, M.J. (Eds.). (2000). Effective treatments for PTSD. The Guildford Press, New York.
- Foulette, V.M., Ruzek, J.I. & Abueg, F.R. (Eds.). (1998), Cognitive - behavioural therapies for trauma. The Guildford Press, New York.
- Galea, S. et al. (2002). Psychological sequelae of the September 11 attacks I New York City. New England Journal of Medicine 346: 982-987.
- Goenjian, A. et al. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety and depressive reaction after earthquake and political violence. Am J Psychiatry 15:911-916.
- Goldberg, D.P. & Williams, P. (1988). A users's guide to the General Health Questionnaire. Berkshire. UK:NFER-NELSON Publishing Company.
- Grandien, C., Nord, L. & Strömbäck, J. (2005). Efter flodvågskatastrofen. Svenska folkets åsikter om och förtroende för myndigheter, medier och politiker. KBM:s temaserie 2005:4.
- Green. B.L. (1996). Traumatic stress and disaster: mental health effects and factors influencing adaptation. In F. Lieh-Mak, C.C. Nadelson (Eds.). International Review of Psychiatry, vol 2. pp 177-210. American Psychiatric Press, Wahington, DC.
- Hart, D.S. & Orner, R. (2005). New values in reconstructing early interventions after trauma. ISTSS Traumatic Stress points 2005;19:2.
- Herman, J.L. (1994). Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror. Pandora/Harper Collins Publ.

- Hillgaard, L., Keiser, L. & Ravin, L. (1986). *Sorg och kris*. Stockholm: Liber Tryck AB.
- Horowitz, M. (1997). *Stress response syndromes, PTSD, grief and adjustment disorders*. Jason Aronsen Inc. Northwale, New Jersey, London.
- Håkanson, E. (1995). I Sverige vor de forberede. - Om svensk katastrofberedskap. *Dansk Psykolognytt* 49:23:7-10.
- Håkanson, E. (1996). *Kristerapi*, *Insikten* 2:268:633-638.
- Karlsson, M. (2006). *Självhjälpsgrupper*. Lund: Studentlitteratur.
- Kimmerling, R., Quimette, P. & Wolfe, J. (Eds). (2002). *Gender and PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Lader, M. (1990). *Psychiatry and life events: Biological and social mechanisms*. *J Med Science* 29:2:57-65.
- Lenquist, S. & Hodgetts, T. (2005). *Den svenska sjukvårdens ledning och funktion i samband med tsunamikatastrofen i Sydostasien 26 december 2004. Rapport från katastrofmedicinska expertgruppen 2005 års katastrofkommission*.
- Lindemann, E. (1944). *Symptomatology and management of acute grief*. *Am. J Psychiatry* 101:141-148.
- McFarlane, A.C. *Psychiatric morbidity following disasters: Epidemiology, risk and protective factors*. In *Disasters and mental health*. López-Ibor. J. J. et al. (Eds) (2005). World Psychiatric Association . John Wiley & sons Ltd, England.
- National Audit Office, NAO. (2006). *Review of the experiences of United Kingdom nationals affected by the Indian Ocean Tsunami*. National Audit Office Press Office.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). *Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline Number 26, Cromwell Press Limited, Trowbridge, Wiltshire.

- Norris, F. & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support following natural disasters. *J Appl Soc Psychol* 20:85-114.
- Norris, F. et al. (2002a). 60 000 disaster victims speak. Part I: An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*, 65,207-239.
- Norris, F., Friedman, M. & Watson, P. (2002b). 60 000 disaster victims speak, Part II: Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry* 65,240-260.
- Norris, F. et al. (2004). Risk factors for adverse outcomes in natural and human-caused disasters. A review of the empirical literature. National Center for PTSD, USA.
- Näringsdepartementet. (1998). En granskning av Estonia-katastrofen och dess följder. SOU 1998:132.
- Näringsdepartementet. (1999). Lära av Estonia. SOU 1999:48.
- Olsson, M., & Schulman, A.(2004). Konsekvenserna av en trafikolycka - barns och ungdomars perspektiv, KRIS-projektet, Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport V. *Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk Hälsa*, 2004:2.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of PTSD: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129:1.
- Prigerson, H.G. et al. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research* 59:65-79.
- Raphael, B. (1986). *When disasters strike. How individuals and communities cope with catastrophe.* New York: Basic Books, Inc., Publishers
- Rosendahl, M. (2005). Barn- och ungdomspsykiatrins insatser efter flodvågskatastrofen. *Skrifter från Barn- och ungdomspsykiatrin*, nr 2. Stockholms läns landsting. DocuSys Service Center i Stockholm AB.

- Ruzek, J.I., Maguen, S. & Litz, B.T. (2006). Evidence-based interventions for survivors of terrorism. In *Psychology of Terrorism*. (Bonger, B. et al., Eds). New York: Oxford University Press, 247-272.
- Rådet för stöd och samverkan efter flodvågskatastrofen. (2006). Efter flodvågen - det andra halvåret. Slutrapport. Intellecta Tryckeriindustri, Solna.
- SAS 11 (1989). SAS/STAT user's guide version 6, 4th edition. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Schulman, A. & Håkanson, E. (1995). Psykosocial krisintervention i forbindelse med N/S Estoniaulykken 1994. Korttidsaspekter. Kontoret för Sygehusberedskabet i Storkøbenhavn. Årsbok, febr 1995.
- Schulman, A. (2000). Krisprojektet, Krisomhändertagande i samverkan. Delrapport I: Teori och klinisk erfarenhet från krisarbete som bakgrund till projektet (Rapport 2000:1), Stockholms läns landstings, Enheten för Psykisk Hälsa, Samhällsmedicin.
- Seynaeve, G.J.R. (2001). Psycho-social support in situations of mass emergency. A European Policy paper concerning different aspects of psycho-social support for people involved in major accidents and disasters. Ministry of Public health, Brussels, Belgium.
- SFS 2002:452 (2002). Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
- SFS 2001:453 (2001). Socialtjänstlag.
- SFS 2006:544 (2006). Lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
- Shalev, A.Y. (2002). Acute stress reactions in adults. *Biological Psychiatry* 51:7:532-543.
- Shalev, A.Y. (2003). Treating survivors in the acute aftermath of traumatic events. Lecture at the 19th annual meeting of ISTSS, oct, 2003.

- Shalev, A.Y. (2004). Further lessons from 9/11: Does stress equal trauma? *Psychiatry* 67:2:174-177.
- Socialstyrelsen. (1994). Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991. Kamedorapport 63, 1994:15.
- Socialstyrelsen. (1996). Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer. Socialstyrelsens allmänna råd 1991:2. Reviderad 1996. Stockholm: Modin Tryck.
- Socialstyrelsen. (1997). Estoniakatastrofen, M/S Estonias förlisning i Östersjön, den 28 december 1994. Kamedorapport 68, 1997:15.
- Socialstyrelsen. (2001). Riktlinjer – Medicinsk katastrofberedskap.
- Socialstyrelsen. (2002a). Socialtjänstens beredskap för särskilda händelser – Riktlinjer. Linköpings Tryckeri AB.
- Socialstyrelsen. (2002b). Extraordinära händelser i kommun och landsting. SOU 2001:105. Stockholm: Fritzes.
- Socialstyrelsens. (2005). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap. SOSFS 2005:13.
- Socialstyrelsen. (2006). Lärdomar efter flodvågen och andra allvarliga händelser. Regeringsuppdrag om tillgång och efterfrågan på stödinsatser från socialtjänst och psykiatri. Slutrapport – nov 2006.
- Stockholms läns landsting. (2003). Folkhälsan i Stockholms län 2003. Stockholms läns landsting: Samhällsmedicin.
- Stockholms läns landsting. (2004). 3S-utredningen – Den framtida närsjukvården.
- Stockholms läns landsting. (2005). Utvärdering av Stockholms läns landstings arbete under flodvågskatastrofen. Slutrapport aug 2005.

- Svensk författningssamling. (2006). Lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. SFS 2006:544.
- Ursano, R.J., McCauphey, B.G. & Fullerton, C.S. (Eds.). (1994). Individual and community responses to trauma and disaster. The structure of human chaos. Cambridge University Press.
- Ursano, R.J. & Norwood, A.E. (Eds.). (2003). Trauma and disaster responses and management. Review of Psychiatry, volume 22. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Van der Kolk, B.A. (Ed.). (1984). Post-traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae. Psychiatric Press Inc. Washington DC.
- Weisaeth, L. & Mehlum, L. (Eds.). (1997). Människor, trauman och kriser. Stockholm: Natur och kultur.
- Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In Assessing psychological trauma and PTSD. Wilsson, P.W. & Keane T.M. (Eds.), pp. 399-411. New York and London: The Guilford Press.
- Wilson, J.P. & Raphael, B. (Eds.). (1993). International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York and London: Plenum Press.
- Wilson, A. et al. (1994). Longitudinal study of outcome of chronic fatigue syndrome. Psychol Med 24:24:651-659.
- Wilson, J.P., Friedman, M.J. & Lindy, J.D. (Eds.). (2001). Treating psychological trauma & PTSD. New York: The Guilford Press.
- Winje, D. & Ulvik, A. (1998). Long-term outcome of trauma in children: The psychological consequences of a bus accident. Journal of Child Psychology and Psychiatry 39,635-642.
- Worden, W. (1983). Grief counselling and grief therapy. Tavistock Publications.

Bilaga 1

Hemvändares hemvist i kommuner i Stockholms län samt andel som besvarat enkäten.

Kommuner i Stockholms län	Totalt		Män	Kvinnor	Andel svarande per kommun *
	n	%	n	n	%
Stockholm	2101	47	1083	1018	42
Nacka	207	5	73	58	38
Täby	174	4	90	84	46
Lidingö	165	4	80	85	44
Huddinge	153	3	70	83	38
Solna	150	3	87	63	42
Danderyd	147	3	78	79	45
Södertälje	131	3	73	58	38
Sollentuna	124	3	63	61	53
Haninge	112	3	61	51	54
Värmdö	107	2	52	55	47
Upplands-Väsby	103	2	51	52	47
Järfälla	96	2	48	48	41
Botkyrka	94	2	47	47	40
Tyresö	88	2	43	45	56

Forts bilaga 1

Kommuner i Stockholms län	Totalt		Män	Kvinnor	Andel svarande per kommun *
Sundbyberg	88	2	47	41	45
Sigtuna	72	2	42	30	31
Norrtälje	69	2	35	34	43
Österåker	50	1	27	23	50
Ekerö	44	1	25	19	41
Upplandsbro	36	1	18	18	43
Nynäshamn	35	1	20	15	54
Vallentuna	34	1	18	16	50
Salem	31	1	16	15	45
Vaxholm	17	< 1	10	7	47
Nykvarn	15	< 1	7	8	43

* Vid beräkning av andelen svarande ingår också de som aktivt avsåg sig deltagande i studien (n=149).