

CHALMERS



Akut psykiskt omhändertagande vid incidenter till sjöss jämfört med en landbaserad organisation

Examensarbete för Sjökapstensprogrammet

Elias Andersson

Avdelningen för Sjöfart & Marin Teknik
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
GÖTEBORG, Sweden, 2011
Rapport Nr. SK-11/97

Akut psykiskt omhändertagande vid incidenter till sjöss jämfört med en landbaserad organisation
Elias Andersson, 2011

Rapport nr SK11/97
Chalmers Tekniska Högskola
Institutionen för sjöfart och marin teknik
412 96 Göteborg
Tel: 031 – 722 1000
Göteborg 2011

Sammanfattning

Olyckor är vanliga inom sjöfarten. För den akut medicinska behandlingen finns god beredskap och tydliga riktlinjer. För den akut psykiska behandlingen saknas klara råd. Denna studie undersöker rådande riktlinjer och praxis för det psykiska stödet. Studien syftar på att klargöra vad det finns för möjlighet att utveckla det psykiska stödet i det akuta skedet efter en incident ombord på svenska fartyg. Människan reagerar på en traumatisk händelse på ett speciellt sätt och det kan behövas psykisk hjälp för att återhämtas. Arbetet tar upp området psykisk första hjälp med bland annat olika former av interventioner efter en incident. Intervjuer har genomförts med två rederier för att undersöka deras tillvägagångssätt vid en olycka. Dessa resultat har jämförts med en landbaserad organisation för att undersöka eventuella skillnader. Rederierna har planer för att lösa en kris. Resultaten är att båda rederierna utnyttjar sig av Företagshälsovårdens resurser för psykisk hjälp. Båda rederierna saknar rutiner för krisstöd ombord men följer den lagstiftning som finns. Rekommendationen är en implementering av råd om akut krisstöd ombord i SMS-systemet. Genom att delvis behandla krisen ombord kan återhämtningsprocessen att gå lättare. Som ett jämförande händelse används Estoniakatastrofen. Slutsatserna som kan dras är att det saknas råd för hur psykisk hjälp skall genomföras ombord. Det underlättar att ha en plan med grundläggande tillvägagångssätt vid en krissituation. Ett införande i reglerna av någon form av samtal är att rekommendera.

Abstract

Accidents are usual in the shipping business. Regarding acute medical treatment, there is a good readiness and clear guidelines. Regarding the acute psychological treatment, the amount of advice is sparse. This study examines current guidelines and practice concerning the mental support. The study aims at making the mental support more clearly in the acute phase after an incident on board Swedish vessels. The human being reacts in a special way at traumatic events and there might be a necessity to receive mental help in order to recover. The study focuses at psychological first aid with for example different form of interventions after an accident. Some part of the aid should be done on board. Interviews have been made with two Swedish shipping companies in order to examine their approach to an accident. These results have been compared to a land based organization to study possible differences. The shipping companies have methods to solve a crisis. The results are that both of the companies use the company health services for psychological treatment. None of the shipping companies have routines for crisis management on board, but they still comply with legislation. The recommendation is to implement advices for acute crisis management in the SMS-system on board vessels. By partly treating the crisis on board, it will facilitate the recovery process. As a comparing case, the wreck of M/S Estonia has been used. Conclusions are that there is a lack of advice about how psychological treatment on board should be done. It facilitates to have a plan with basic principles in a crisis. An amendment to the rules with some kind of conversation is recommended.

The report is written in Swedish.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	9
2	Bakgrund	10
2.1	Sjöfartyssyrket – en farlig bransch	10
2.2	Tillämpliga lagar för studien.....	11
2.2.1	STCW-konventionen och STCW-koden	11
2.2.2	ILO-konvention 164	11
2.2.3	ISM-koden.....	11
2.2.4	Transportstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd om arbetsmiljö på fartyg, TSFS 2009:119	13
2.2.5	AFS1999:07 Första hjälpen och krisstöd	13
2.2.6	Fartygssäkerhetslagen	14
2.2.7	Arbetsrättsliga lagar	14
2.2.8	Diverse tillämpliga lagar för landbaserade organisationer	15
2.3	Allmänt om krisstöd vid allvarliga händelser	16
2.3.1	Definition av krisstöd och allvarlig händelse	16
2.3.2	Rekommendationer om krisstöd.....	17
2.3.3	Informationsbehovet vid allvarliga händelser	17
2.3.4	Akut Krisstöd	18
2.3.5	Rutiner för krisstöd.....	18
2.3.6	Socialstyrelsens råd om krisstöd vid allvarlig händelse för samhället.....	19
2.3.6.1	Om behandlarna	20
2.3.6.2	Socialstyrelsens råd under insatsen.....	21
2.4	Estoniakatastrofen.....	21
2.5	Människans reaktioner	22
2.5.1	Psykisk kris.....	22
2.5.2	Traumatiska kriser och dess reaktionsförlopp.....	23
2.5.2.1	Alarmpfas.....	24
2.5.2.2	Chockfas.....	24
2.5.2.3	Reaktionsfas	25
2.5.2.4	Bearbetningsfas	25
2.5.2.5	Nyorienteringsfas	26
2.5.3	Behandlingsråd psykisk ohälsa och traumatiska kriser, som ges under utbildningen Medical Care	26
2.5.4	Posttraumatiska reaktioner	27
2.6	Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD	27
2.6.1	Praktisk Medicins rekommendationer för behandling av PTSD.....	28
2.7	Akuta psykiska hjälpinsatser.....	28
2.7.1	Akut bedömning, triage	28
2.7.2	Psykisk första hjälpen.....	29
2.7.3	Omedelbara och tidiga interventioner	30
2.7.3.1	Omedelbara interventioner.....	30
2.7.3.2	Tidiga interventioner	31
2.8	Val av metod	33
2.9	Frågeställning.....	34
3	Syfte.....	34
4	Avgränsning.....	34
5	Metod.....	35
5.1	Intervjuer.....	35
5.2	Litteraturstudie.....	36

6	Resultat	36
6.1	Rederiernas och landorganisationens krishanteringsplaner	37
6.2	Akut psykiskt omhändertagande	43
6.3	Rutiner för debriefing eller annan form av samtal efter en incident	44
6.4	Rutiner för fortsatt behandling	45
6.5	Rutiner för rapportering av olyckor	45
6.6	Rutiner för uppföljning av olyckor	46
6.7	Finns det möjlighet för besättningen att få hjälp ombord eller iland?	47
6.8	Har ni några rutiner för det psykiska omhändertagandet?	47
6.9	Vilken är den vanligaste typen av olyckor ombord?	48
6.10	Insatser i Stockholm efter Estoniakatastrofen: akuta psykiska åtgärder	49
6.10.1	Psykiskt eftermäle av drabbade grupper	50
6.10.2	Statens offentliga utredning om lärdomar av Estoniakatastrofen	51
7	Diskussion	53
7.1	Resultatdiskussion	53
7.1.1	Behovet av akut psykisk behandling ombord	53
7.1.2	Gemene mans bild av en sjöman	55
7.1.3	Rederiers uppfyllande av rådande lagstiftning	56
7.1.4	Sjökaptensstudenternas utbildning i psykiskt omhändertagande	56
7.1.5	Analys av nuvarande krisstöd hos rederier och eventuella förbättringsmöjligheter	57
7.1.6	Sjöfartens förbättringspotential för krisstöd	58
7.1.7	Regelverkens nytta för besättningen	59
7.1.8	DP-rollens existens och uppgift	60
7.1.9	Analys av det akuta psykiska omhändertagandet vid Estoniakatastrofen	60
7.1.10	<i>En idé om en ideal lösning till en krissituation.</i>	61
7.2	Metoddiskussion	62
7.2.1	Förslag till vidare forskning	62
8	Slutsatser	62
9	Referenser	64
10	Bilagor	71
10.1	Bilaga 1: Intervjufrågor rederier	71
10.2	Bilaga 2: Intervjufrågor Göteborgs stad	73
10.3	Bilaga 3: Informationsblad med medgivande	74

Förkortningar

ILO: International Labour Organization. Är ett FN-organ som ansvarar för arbetslivsfrågor.(ILO, 2011)

DP: Designated Person

INSJÖ: Informationssystem om incidenter i sjöfarten (INSJÖ, 2011)

ILU: Institute of London Underwriters. En organisation av brittiska försäkringsbolag inom sjöfart och luftfart (Cambridge, 2011).

IMO: International Maritime Organization. Är FN:s avdelning för sjöfartens säkerhet samt förhindrande av fartygs utsläpp (IMO, 2011).

AFS: Arbetsmiljöverkets författningssamling. Preciserar kraven som kan ställas på arbetsmiljön (Arbetsmiljöverket, 2011).

POSOM-grupp: grupp vars huvuduppgifter är akut krisstöd och krisbearbetning (POSOM, 2011).

PKL-grupp: Psykologisk Krisstödsledningsgrupp.

Acknowledgements

Perseverantia omnia vincit

Detta arbete hade aldrig varit möjligt om jag inte fått stöd av min handledare. Han har gett mig värdefulla råd och tips för att skapa en bra rapport. Jag vill även tacka Chalmers bibliotek för att de tillhandahåller databaser att söka i. Ett varmt tack går även ut till dem som jag intervjuat.

1 Inledning

Sjöfarten är ett av världens farligaste arbetsområden. Varje dag inträffar mer eller mindre allvarliga olyckor till sjöss. Besättningen är utbildad i akut medicinsk vård, men för den akuta psykiska vården finns enbart grundläggande råd. En väl fungerande organisation och metod att följa upp kriser och trauman ombord är minst lika viktig som det akuta omhändertagandet för besättningen ombord på fartygen. I ledarrollen som befälhavare ingår att denne skall kunna hjälpa och stödja besättningen vid och efter en krissituation. Avsaknaden av verktyg och rutiner för det akuta omhändertagandet och uppföljningen gör att behovet av att studera detta och jämföra med landbaserade organisationer är stort. Arbetet tar upp hur en människa reagerar vid en kris. Studien fokuseras på vad det finns för riktlinjer om akut psykiskt omhändertagande vid incidenter till sjöss. Syftet är att klargöra möjligheterna till en utveckling av det akuta psykiska omhändertagandet efter en incident. Intervjuer har genomförts med två rederier för att klargöra deras rutiner. Resultaten har sedan jämförts med lagstiftningen inom området. Det fokuseras på olika former av psykisk uppföljning och hur de kan användas i arbetet ombord efter en olycka.

2 Bakgrund

2.1 Sjöfartsyrket – en farlig bransch

I en undersökning gjord av Nielsen (1999) presenteras statistik över olyckor och dödsfall under perioden 1990-1994 för 19 flaggstater. Studien representerar ca 28 % av världshandelsflottan 1995. Enligt Nielsen (1999) rapporteras inte alla olyckor in till ILU. Antal inrapporterade dödsolyckor (eng. *Fatalities*) som tillhandahållits av myndigheter är 422 stycken, men bara 248 är rapporterade av ILU. Därför har Nielsen tvingats att lägga till en multiplikationsfaktor på 1,7 för att få ett mer korrekt värde. I genomsnitt, med hänsyn till underrapportering, dog 245,4 sjömän per år under perioden 1990-1994.

Den andra delen av studien (Nielsen, 1999) är gjord på fartyg med Singaporiansk flagg. Detta på grund av ett starkare rapporteringskrav eftersom Singapore är Commonwealth-medlem. Den visar en ökning av antalet dödsfall i deras handelsflotta då handelsflottan ökar. Manskäpet på däck, matroser, jungmän etc., löper störst risk att råka ut för en olycka. Av 53 rapporterade arbetsplatsolyckor, under perioden 1986-1995, var 16 av dem på däck i ett urval på 14 arbetsområden. Störst risk att vara med om en skada med dödlig utgång är när fartyget är till havs. Av 373 dödsfall inträffade 249 då fartyget var till havs.

I en studie gjord av Compton (1999) på bland annat Ro-ro-fartyg är risken för olyckor förhöjd under lasthantering. Den största risken där är att bli påkörd av en lastbil. Passagerare som inte har sjövana kan lätt utsätta sig själva för stor fara om de till exempel måste korsa bildäcket då lasthantering pågår. Hängdäcks- och rampmanövrering är även en farlig procedur.

Arbetsmiljöverket (2011) har tagit fram statistik för antalet anmälda arbetsplatsolyckor och arbetssjukdomar för år 2010. Snittet i Sverige för arbetsplatsolyckor är 6 per 1000 förvärvsarbetare. Kategorin Sjö- och lufttransport i tabell 2 innehåller 645 arbetsställen och antalet anmälda arbetsolycksfall uppgår till 12 per 1000 förvärvsarbetande. Jämfört med andra näringsgrenar och rikssnittet är detta ganska högt.

2.2 Tillämpliga lagar för studien

2.2.1 STCW-konventionen och STCW-koden

Enligt STCW-konventionen (2011) resolution 1, kapitel IV, regulation VI/4 om de grundläggande kraven avseende första hjälpen och *Medical Care* skall sjömän avsedda för att ha ansvar för sjukvården (eng. *Medical Care*) ombord ha kunskaper enligt paragrafer 4,5,6 i sektion A-VI/4 i STCW-koden (2011).

Personen som har ansvar för sjukvården ombord ska, enligt STCW-koden (2011) del A, kapitel VI, sektion A-VI/4, ha en kompetens att ta hand om en skadad och ge *Medical Care* enligt kolumn 1 i tabell A-VI/4-2.

Enligt resolution 1 i STCW-konventionen skall sjömän avsedda för att ge medicinsk första hjälpen ha den kompetens som beskrivs i sektion A-VI/4, § 1-3 i STCW-koden (2011). Varje sjöman som är avsedd att ge första hjälpen ska ha en kunskap i första hjälpen enligt kolumn 1 i tabell A-VI/4-1.

Enligt STCW-koden (2011) del A, kapitel VI, sektion A-VI/1 om *Basic training* punkt 2.1.1.3 skall varje sjöman som arbetar i fartygets tjänst ha en godkänd utbildning i första hjälpen som specificeras i tabell A-VI/1-3. I denna tabell går att utläsa att sjömannen ska ha en förståelse av omedelbara åtgärder att göra i nödfall i bland annat grundläggande kristerapi (eng. *Basic shock management*).

2.2.2 ILO-konvention 164

Enligt ILO-konvention 164 (Artikel 4 e) skall sjukvården som ges ombord motsvara det som ges arbetstagare iland.

2.2.3 ISM-koden

ISM-koden (2010) är en publikation utgiven av International Maritime Organization (IMO). ISM-koden (2010) syftar till att ge riktlinjer för att öka säkerheten till sjöss, förhindra skada på människa eller dödsfall samt för att undvika miljöskada (Part A 1.2.1).

Säkerhetsarbetet för rederiet (eng. *Company*) skall därmed bidra till "safe practice" i fartygets framdrivande och det skall vara en säker arbetsmiljö (Part A 1.2.2.1) Rederiet skall även kunna identifiera alla risker för fartyget, besättningen och miljön (Part A 1.2.2.2) samt ha ett fortlöpande förbättringsarbete för "safety management skills" för landpersonal. (Part A 1.2.2.3) Varje rederi

borde utveckla ett "safety management system" (SMS), som innehåller råd och riktlinjer. Den borde innehålla procedurer för att rapportera tillbud och olyckor enligt ISM-koden (Part A 1.4.4), procedurer för att förbereda och svara på nödsituationer (Part A 1.4.5) samt procedurer för interna audits och "management reviews" (Part A 1.4.6).

För att öka säkerheten borde en Designated Person Ashore, DP, utses för att skapa en länk mellan fartyg och rederi. DP bör ha tillgång till högsta delen av ledningen. DP:s ansvar och auktoritet bör inkludera övervakning av säkerhet, förhindrande av utsläpp till miljön och om det händer, även kunna se till att tillräckliga resurser finns i land (Part A 4).

Rederiet bör kunna identifiera potentiella nödsituationer ombord och utveckla procedurer för att svara till dem (Part A 8.1). Rederiet bör göra schema för övningar som fokuserar på nödsituationer (Part A 8.2). SMS-systemet bör kunna garantera att rederiet alltid kan svara på olyckor och faror som rör sina fartyg. I SMS-systemet bör procedurer för rapportering av tillbud finnas och att kunna se till att tillbud utreds och förebyggs (Part A 9.1) Rederiet bör etablera planer för korrekt handling, i detta inkluderas åtgärder för att förhindra ny incident (Part A 9.2).

I Guidelines for implementation of the ISM Code by Companies (6.1) går att utläsa att SMS-systemet bör innehålla procedurer som ser till att tillbud, observationer och farliga händelser rapporteras till ansvarig person. Rederiet bör ha ett system för inspelning, utredning, utvärdering, granskning och analys för nämnda rapporter samt gå till lämplig handling.

Systemet bör tillgodose att sådana rapporter är granskade och utvärderade av ansvarig personal för att kunna bestämma lämplig åtgärd och förhindra nya incidenter. Rapporterna kan resultera i lämpliga förbättringsåtgärder, tillägg till existerande rutiner och utveckling av nya procedurer och instruktioner (6.2).

Ansvarig person bör följa upp och stänga (closing-out) tillbuds- och avvikelserrapporterna. Kvittot skall skickas till dem som sänt in rapporten (6.3). Rederiet bör uppmuntra rapportering av tillbud för att öka "safety awareness". Detta för att kunna förbättra "risk assessment" för rederiet (6.4).

2.2.4 Transportstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd om arbetsmiljö på fartyg, TSFS 2009:119

Dessa föreskrifter gäller för, om inte särskilt skäl anges, ”*alla svenska fartyg där arbetstagare utför fartygsarbete för arbetsgivares räkning*” (TSFS 2009:119 1 kap 1§ 1 st) Avseende första hjälpen och krisstöd gäller råden i AFS1999:07. ”*På fartyg som omfattas av dessa föreskrifter gäller Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter (AFS 1999:7) om första hjälpen och krisstöd*” (TSFS 2009:119, 2 kap, 25§).

2.2.5 AFS1999:07 Första hjälpen och krisstöd

I AFS1999:07 om Första hjälpen och krisstöd går att utläsa att ”*Första hjälpen och krisstöd skall planeras, ordnas och följas upp med utgångspunkt från en bedömning av riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetet*” (AFS 1999:07, 4§, sid 5).

Vad som gäller på varje arbetsplats är:

På varje arbetsställe skall finnas den beredskap och de rutiner för första hjälpen och krisstöd som behövs med hänsyn till verksamhetens art, omfattning och särskilda risker. Vid planeringen skall de kontakter som behövs tas med berörda lokala samhällsorgan.

Det skall säkerställas att arbetstagarna känner till hur första hjälpen och krisstödet är organiserat på arbetsstället. De skall fortlöpande hållas väl förtrodda med de rutiner som gäller.

På lämpliga ställen skall finnas anslag med uppgift om

- var utrustning för första hjälpen finns,*
- vilka personer som kan ge första hjälpen, (AFS1999:07, 5§, sid. 6).*

Det ställs ett krav på första hjälpen.

Med hänsyn till verksamhetens art, omfattning och de särskilda risker som finns skall det finnas tillräckligt antal personer, som kan ge första hjälpen, tillgängliga på arbetsstället. Åtgärder skall vidtas för att kunskaper och färdigheter i första hjälpen hålls aktuella (AFS1999:07, 6§, sid 6).

Det finns ett krav om att chefer skall ha kunskap om krisstöd. ”*Chefer och arbetsledande personal skall ha tillräckliga kunskaper om krisstöd för att kunna planera och ordna detta på ett lämpligt sätt*” (AFS1999:07, 7§, sid. 6).

2.2.6 Fartygssäkerhetslagen

För studien intressanta stycken i Fartygssäkerhetslagen, SFS 2003:364:

Befälhavaren ombord på ett fartyg under svensk flagg får besluta att fartyget inte är sjövärdigt

Ett fartygs befälhavare får besluta att fartyget skall framföras trots att besättningen inte uppfyller kraven i beslutet om säkerhetsbesättning under förutsättning att

1. orsaken till att kraven inte uppfylls är att det har inträffat ett plötsligt sjukdomsfall inom besättningen eller någon annan oförutsedd händelse,

2. bristen inte kan avhjälpas före fartygets planerade avgång, och

3. den besättning som finns på fartyget är så sammansatt att fartygets säkra framförande och sjösäkerheten i övrigt tillgodoses på ett tillfredsställande sätt (SFS 2003:364, 3 kap 14§ 1 st).

Innan befälhavaren fattar detta beslut skall samråd med skyddskommittén eller med skyddsombudet ske. *Innan befälhavaren fattar ett beslut enligt 14 § skall han eller hon samråda med skyddskommittén eller, om denna inte är tillgänglig, med skyddsombudet (SFS 2003:364, 3 kap 15§).*

Vård vid ett olycksfall skall kunna ges ombord.

För att hjälp och vård vid olycksfall eller sjukdom skall kunna lämnas ombord skall sådana åtgärder vidtas som behövs med hänsyn till antalet ombordanställda, fartygets beskaftenhet och den fart som fartyget används i (SFS 2003:364, 4 kap 4§).

Det skall ombord på ett fartyg, med minst fem ombordanställda, finnas ett eller flera skyddsombud

På ett fartyg med minst fem ombordanställda skall bland dessa ett eller flera skyddsombud utses.

Skyddsombud skall utses även på andra fartyg, om det behövs. Ersättare bör utses för varje skyddsombud (SFS 2003:364 4 kap 11§ 1 st).

2.2.7 Arbetsrättsliga lagar

Arbetsmiljölagens, AML, (1977:1160) ”Lagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö”(SFS1977:1160, 1 kap 1§). Detta genom att bland annat ha en skyddskommitté. ”Vid ett arbetsställe, där minst femtio arbetstagare regelbundet sysselsätts, ska det finnas en skyddskommitté,”(SFS 1977:1160, 6 kap 8§). I skyddskommittén ”skall behandlas frågor om /.../ 6. arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället” (SFS1977:1160, 6 kap, 9§ pkt 6). Det är arbetsgivarens ansvar att det finns en arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen.

Arbetsgivaren ska vidare se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad

arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt denna lag och enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken vilar på honom (SFS 1977:1160, 3 kap, 2a§, 3 st).

Arbetsgivaren skall vidare svara för att den företagshälsovård som anses tillämplig finns att tillgå.

Arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.

Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering.

Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa (SFS 1977:1160, 3 kap, 2c§).

Enligt 2§ i Arbetsmiljöförordningen skall arbetsgivaren vid

olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbete föranlett dödsfall eller svårare personskada eller samtidigt drabbat flera arbetstagare, (...) utan dröjsmål underrätta Arbetsmiljöverket. Detsamma gäller vid tillbud som inneburit allvarlig fara för liv eller hälsa (SFS1977:1161, 2§).

2.2.8 Diverse tillämpliga lagar för landbaserade organisationer

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall ”Varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård för de som är bosatta inom landstinget /.../ eller stadigvarande vistas där” (SFS 1982:763, 3§). ”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa”(SFS 1982:763, 2c§) och ”landstinget skall även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls” (SFS 1982:763,7§, 3st). Enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453) gäller att ”varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver” (SFS 2001:453, 2 kap, 1§). Riskbedömningar skall ingå i den kommunala processen.

En kommun skall ha ett handlingsprogram för förebyggande verksamhet. I programmet skall anges målet för kommunens verksamhet samt de risker för olyckor som finns i kommunen och som kan leda till räddningsinsatser. I programmet skall också anges hur kommunens förebyggande verksamhet är ordnad och hur den planeras (SFS 2003:778 3 kap. 3§).

Det råder offentlighetsprincip inom statliga och kommunala förvaltningar. ”Till främjande av ett fritt meningsutbyte och en allsidig upplysning skall varje svensk medborgare ha rätt att taga del av allmänna handlingar” (SFS 1949:105, 2 kap, 1§). Vissa uppgifter och handlingar får åläggas med sekretess enligt Offentlighets- och sekretesslag (SFS 2009:400) och Offentlighets- och sekretessförordning (SFS 2009:641).

2.3 Allmänt om krisstöd vid allvarliga händelser

Nedan följer definitioner och grundläggande råd för krisstöd vid allvarliga händelser. Dessa definitioner och råd baseras mestadels på Socialstyrelsens (2008) publikation Krisstöd vid allvarlig händelse samt på AFS 1999:07.

2.3.1 Definition av krisstöd och allvarlig händelse

Socialstyrelsen (2008) använder begreppet krisstöd för allt *”medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd som olika samhällsinstanser förmedlar i samband med allvarliga händelser* (Socialstyrelsen, 2008, sid 9). Begreppet allvarlig händelse är ett samlingsbegrepp för alla stora olyckor, katastrofer, extraordinära händelser och svåra påfrestningar. Det är en *”händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt”* (SOSFS 2005:13, 2 kap. 1§). Vid en situation med många människor inblandade kan det bli svårt att hantera situationen. Detta kan märkas av den stress som många människor drabbas av, att det kommer ett behov av att prioritera kollektiva insatser, stort medialt intresse och eventuella politiska följder (Socialstyrelsen, 2008).

Efter en allvarlig händelse kan tiden delas in i tre perioder: akutfas, mellanfas och långtidsfas. Behoven kan överlappa varandra mellan faserna och det är svårt att uppskatta längden på varje fas (Socialstyrelsen, 2008).

Grunden för krisstöd är enligt Johannesson (2006), stöd från familj, släkt, vänner, arbetskamrat och alla personer som utgör den drabbades personliga nätverk. Samhället ska komplettera med stödinsatser vid behov för att komplettera det individuella nätverket. Det måste vara enkelt för medborgare att ta del av samhällets stödinsatser vilket kräver förberedelser och samverkan mellan olika områden och aktörer i samhället. Ett gott krisstöd är enligt Socialstyrelsen (2008) ett som tar hänsyn till flera faktorer hos människan. Detta för att skapa en helhetsbild. Katastrofpsykologi och katastrofpsykiatri är områden som bör användas vid planering och genomförande av krisstödet. Ett gott krisstöd kan hjälpa drabbade individer att återhämta sig snabbare. De mest intensiva åtgärderna sätts in i akut- och mellanfasen (Socialstyrelsen, 2008). I den akuta fasen bör det psykosociala agerandet vara integrerat i de medicinska åtgärderna (Seynaeve, 2001).

För det akuta krisstödet finns på landets akutmottagningar ordinarie personal som ansvarar för omedelbart psykiskt stöd. Uppföljningen varierar på olika platser i landet. Det är av vikt att

informera via massmedier vad det finns för tillgängligt stöd i anslutning till en kris (Socialstyrelsen, 2008).

Socialstyrelsen (2008) rekommenderar att landstingens och kommunernas krishanteringsplaner utformas så att de innefattar olika typer av allvarliga händelser och därigenom skapar en helhetsbild. Det har visat sig att inte bara direkt drabbade personer, de som varit med om en olycka och närstående, reagerar på ett trauma, utan även andra grupper av indirekt drabbade, såsom sjukvårdspersonal, kan drabbas av psykiska stressreaktioner.

2.3.2 Rekommendationer om krisstöd

Enligt råden till 7§ (AFS1999:07) skall det finnas kunskaper på arbetsplatsen om behovet av krisstöd och hur det anordnas vid allvarliga händelser. Graden av kompetens baseras på verksamhetens art, omfattning och särskilda risker. Företagshälsovården är en naturlig resurs för planering, organisering och genomförande av krisstöd. För att bevara kunskaperna om krisstöd krävs en löpande fortbildning för personalen.

Efter att ha utsatts för en starkt påfrestande händelse kan det behövas en tillfällig förändring av arbetsuppgifter eller arbetstider. Under en övergångsperiod kan det behövas avlastning av arbetsmängd eller av arbetsuppgifter som kräver snabba eller omfattande beslut. Dessa beslut bör göras i samråd med den drabbade och att det klargörs att det enbart är en temporär anpassning av arbetsuppgifterna. Det bör betonas att vid våld och hot är det viktigt att snabbt återgå i arbete (AFS1999:07).

2.3.3 Informationsbehovet vid allvarliga händelser

Information är mycket viktigt i krissammanhang, även om ingen ny information finns. Vid en allvarlig händelse är det bra att samla arbetstagarna för att informera om det som har hänt och för inhämtande av ytterligare information. Vid detta tillfälle kan information ges om normala reaktioner hos människan vid kriser. Arbetstagarna kan även få möjlighet att prata sinsemellan för att skapa en gemensam uppfattning om vad som har hänt (AFS1999:07). Vid tidpunkten för det akuta skedet vid en allvarlig situation finns ett stort informationsbehov. Vid stora olyckor upprättas ett telefonnummer som oroliga anhöriga och massmedia kan ringa till. Beroende på i vilken fas händelsen är i, anpassas informationen som ges ut (Socialstyrelsen, 2008).

2.3.4 Akut Krisstöd

Traumatiserade människor uppvisar initialt olika behov av stöd. I den akuta situationen går det att identifiera olika behov som de drabbade uppvisar (Socialstyrelsen, 2008). I det akuta skedet innebär psykiskt och socialt omhändertagande att skapa trygghet och ge omsorg. Det vill säga att den drabbade skyddas från ytterligare hot och ges ett gott omhändertagande (AFS1999:07)

Den initiala hjälpen vid en olycksplats kommer ofta från andra drabbade. När räddnings- och sjukvårdspersonal väl anländer krävs det av dem att de skall ge ett gott stöd åt de drabbade. Därför måste de ha tillräckliga kunskaper om psykologisk första hjälp. Krisstödet i skadeområdet är ett samarbete mellan räddningstjänst, polis och övriga närvarande (Socialstyrelsen, 2008)

Den akuta tidpunkten präglas av osäkerhet och ovisshet. (Socialstyrelsen, 2008). Då tryggheten blivit säkrad kan den drabbade få möjlighet att berätta om sina upplevelser och påbörja en rekonstruering av händelsen. Ett avlastningssamtal i anslutning till en allvarlig händelse kan ha stor betydelse för återhämtning och för att normalisera situationen. Ett gott omhändertagande i den akuta situationen av t.ex. arbetskamrater har stor betydelse för att förhindra psykisk ohälsa. En god beredskap för kriser skapar även tillit och trygghet för arbetstagarna.(AFS1999:07)

2.3.5 Rutiner för krisstöd

I Bilaga 2 (AFS1999:07) ges generella exempel på vad rutinerna för krisstödet kan tänkas omfatta. För att minimera framtida ohälsa och ge god vård är det viktigt att rutiner existerar på handlingsförlopp i akuta skeden. Rutinerna bör klargöra vad som bör göras och vem som bör göra det. Exempel på uppgifter är ta sig an skadade eller drabbade, ge första hjälpen, ta kontakt med vittnen, anhöriga och arbetskamrater, fatta beslut om tillkallande av professionell hjälp såsom psykologer och Företagshälsovården samt att samla arbetstagarna. Ett exempel på professionell hjälp är när det finns behov för en psykologisk debriefing för att reducera stress och mildra chockupplevelser vid allvarliga händelser. Det är en stor fördel om det finns rutiner innan en olycka inträffar för att slippa diskutera då olyckan har hänt om det krävs yttre hjälp eller ej. *”En rutin för omhändertagande av människor i kris bör även omfatta åtgärder för att följa upp och uppmärksamma om psykiska symptom som är att hänföra till händelsen utvecklas hos den drabbade”* (AFS 1999:07 Bilaga 2 s. 24).

Hobfoll (2007) betonar att insatser måste vara flexibla för förändringar.

Grundläggande principer för krisstöd är enligt Socialstyrelsen (2008):

- ⤴ *Krisstödet ska vara föregripande och inte innebära en väntan på att problem uppstår eller krav ska uppkomma.*
 - ⤴ *Krisstödet ska vara lättillgängligt.*
- ⤴ *Krisstödet är en del i sjukvårdsinsatsen och måste redan tidigt organiseras och samordnas.*
 - ⤴ *Det är viktigt att krisstödet är länkat till samhällets övriga insatser.*
- ⤴ *Efter bedömning och akutinsatser är det lämpligt att den drabbade vid behov erbjuds ett mer långsiktigt och kontinuerligt krisstöd.*
- ⤴ *Krisstödet ska som regel riktas till varje drabbad eller varje drabbad familj. Gemensamma minnesstunder och årsdagar blir viktiga för många, men måste planeras och genomföras så att de inte hindrar normal återhämtning.*
- ⤴ *En kontinuerlig utvärdering av insatserna efter en allvarlig händelse är nödvändig för att kunna lära av dessa erfarenheter (Socialstyrelsen, 2008, sid 25).*

Det åligger arbetsgivaren att bedriva arbetsanpassning och rehabilitering för arbetstagarna.

”Arbetsgivaren skall organisera och bedriva verksamhet med arbetsanpassning och rehabilitering för arbetstagarna” (AFS1994:1, 2§, sid 3).

2.3.6 Socialstyrelsens råd om krisstöd vid allvarlig händelse för samhället

Det är nödvändigt att vara förberedd för en större olycka och även att ha övningar med större och mindre scenarion i samarbete med alla tillämpliga instanser. Åtgärderna vid en kris måste vara så väl förberedda att invånarna kan få den hjälp de behöver när de behöver den. Det finns fem nyckelområden för att vara väl förberedd. För det första är det viktigt att ha en plan för krisstöd som är tillämpbar på olika typer av händelser. De som är engagerade i krisstödet måste ha i alla fall en grundläggande utbildning i krishantering och personer i ledande befattning behöver utbildas i ledarskap. Socialstyrelsen nämner olika nivåer av utbildning. För det tredje är utbildning och övning viktigt för den grupp som är direkt ansvarig för att erbjuda krisstöd det vill säga att de skall vara medvetna om psykologiska, sociala och organisatoriska aspekter vid en allvarlig händelse. Det är vidare av stor betydelse att kontinuerligt utvärdera sin krishanteringsplan. Att ha en väl fungerande informationshantering är också av stor betydelse. Krishanteringsplanerna måste vara flexibla då det efter en allvarlig händelse ofta råder osäkerhet och förvirring. Det kan vara lämpligt

att ha enkla, standardiserade metoder för att kunna mobilisera resurser och värdera behov av krisstöd. Ett samarbete mellan olika instanser kan fås genom exempelvis storövningar med många inblandade parter. Planeringen måste även ta hänsyn till långsiktiga krisstödsbehov (Socialstyrelsen, 2008).

De tidiga insatserna efter potentiellt traumatiska händelserna måste utgå från åtgärder för individer, familjer och samhället. De personer som uppvisar motståndskraft behöver oftast inte någon professionell hjälp. Dessa personer kan hjälpa till med övrigt krisarbete. Personalen skall undvika att vara påträngande och stärka de drabbades självförmåga genom att bland annat ge beröm (Socialstyrelsen, 2008).

Att ge drabbade en omedelbar säkerhet och förmedla fysisk och emotionell trygghet genom att lugna drabbade som är emotionellt överväldigande och utom sig. Syftet är även att hjälpa drabbade uttrycka sina behov samt inhämta ytterligare information. Det avses att erbjuda ett praktiskt stöd och information för att hjälpa de drabbade att ta hand om sina behov. Så snart som möjligt skall det sociala nätverket kopplas samman. Information som kan ges till de drabbade för att hjälpa dem bemästra traumat psykologiska påverkan bör ges. Ett annat syfte med psykologisk första hjälp är att skapa ett kontinuerligt krisstöd genom att koppla ihop den drabbade med personal från samhällets övriga stödinsatser. Avslutningsvis att stödja självhjälp genom att berömma och stödja de drabbades starka sidor och hanteringsförmåga (Socialstyrelsen, 2008).

Samhällets krisinsatser måste fungera på det sättet att de i mötet med drabbade inte orsakar sekundär traumatisering, det vill säga att den drabbades trauma förvärras genom ett okänsligt eller okunnigt bemötande. Det är heller inte bra med ett överdrivet omhändertagande. De som känner att de vill återgå till ett normalt liv måste få möjligheten till detta (Socialstyrelsen, 2008).

2.3.6.1 Om behandlarna

Det måste göras en skillnad mellan de drabbade av krisen och de som behandlar den. Behandlarna löper risk för att utveckla psykisk ohälsa genom en kontinuerlig exponering av trauman. Ledarskapet är en viktig aspekt av arbetsmiljön i organisationen. En ledare kan både öka och minska stressen i en organisation. Olika nivåer i organisationen kan leda till konflikter. Långvarig stress kan försämra insatsen. (Socialstyrelsen, 2008) *”Ett gott ledarskap under akut stress förutsätter att ledarskapet är bra redan i vardagen”* (Socialstyrelsen, 2008, sid 41). Det är även viktigt att ha en gemensam terminologi, kända rutiner och olika övningar inom området (Rüter, 2006).

2.3.6.2 Socialstyrelsens råd under insatsen

Socialstyrelsen (2008) ger följande råd att tillämpa under insatsen

- ♣ *Låta personalen arbeta i par eller i små grupper. Det underlättar möjligheterna till avlastning och stöd, och gör att de kan uppmuntra varandra genom informellt kamratstöd.*
- ♣ *Regelbundna genomgångar och återsamlingar för att stärka känslan av att ingå i ett arbetslag.*
- ♣ *Observera personalens behov av raster med möjlighet till mat och vila från det pågående arbetet.*
 - ♣ *Tidsbegränsa arbetspassen och växla mellan arbetsuppgifter med olika stressnivå.*
 - ♣ *Spänningsreduktion genom exempelvis små pauser med djupandning*
 - ♣ *För arbetsledare: att ge stöd, uppmuntran och vägledning.*
 - ♣ *Självförstärkande kommentarer (Socialstyrelsen, 2008, sid. 41)*

Efter insatsen kan psykiska reaktioner uppvisas. Gemensamma personalåtgärder såsom kamratstöd och avlastningssamtal kan då tillämpas på hjälparna. En uppföljning görs lämpligast inom den egna organisationen genom arbetsledningen eller Företagshälsovården (Socialstyrelsen, 2008).

Det är inte bara arbetsplatser på land som kan drabbas av arbetsplatsolyckor eller större katastrofer. Sjöfarten är en farlig bransch där allvarliga olyckor kan ske. Incidenter kan ge upphov till allvarliga konsekvenser. Katastrofer som händer på sjön har koppling till samhällets resurser för bland annat krisstöd om till exempel ett fartyg sjunker. Som ett jämförande exempel där sjö och land samverkar, har passagerarfärjan M/S Estonias förlisning 1994 valts. Ur Estoniarapporten har valts ut delar som speglar tillgängligt krisstöd och hur detta stöd upplevdes av de drabbade. Särskilt studeras skillnaderna mellan omhändertagandet av personal och passagerare. Detta för att kunna belysa hur landbaserade resurser har kopplats in för att lösa en stor katastrof till havs.

2.4 Estoniakatastrofen

Den 28 september 1994 sjönk passagerarfärjan M/S Estonia och 855 personer omkom. Fartyget sjönk på 30 minuter. Efterspelet kan delas upp i haveriutredning samt psykiskt omhändertagande av överlevande och anhöriga till omkomna. I denna rapport anges Estoniakatastrofen som ett Case för att studera av det psykiska omhändertagandet. Sett ur krishanteringsperspektiv var katastrofen av stor och omfattande natur. Passagerarna kom inte bara från Sverige utan även från Finland, Estland, Litauen, Norge samt Nederländerna. Detta innebar att flera länders krishanteringsgrupper fick ett

stort arbete att utföra. I denna rapport studeras den svenska krishantering (Socialstyrelsen 1996). I arbetet har Estoniakatastrofen valts ut som ett exempel på en stor kris som drabbat sjöfarten. Nedan följer en presentation om vad som hände.

Det stod tidigt klart vilka orter som var drabbade. Lokala Psykologiska Kristödsledningsgrupper, PKL-grupper, och POSOM-grupper larmades snabbt vilket medförde att nödvändiga förberedelser snabbt kunde göras. Problemet låg i svårigheten att fastställa vilka passagerare som hade räddats, identiteten på de döda och vilka som faktiskt hade funnits ombord vid olyckan. Under det första dygnet var informationsbehovet stort för oroliga anhöriga. På grund av identifikationssvårigheterna upplevde anhöriga en extra traumatisk belastning då de hade samlats vid olika kriscentra. I Stockholmsområdet fanns ett stort behov av att ha telefonkontakt dygnet runt. Telefonuppgifter togs i samverkan med polisledningen. Det var av stor vikt att hjälparna skulle få möjligheter till debriefing och stödsamtal (Socialstyrelsen 1996).

Vid tidpunkten för Estoniakatastrofen fanns en beredskap inom sjukvården. Beredskapsplanerna följde Socialstyrelsens allmänna råd 1991:2. På samtliga akutsjukhus inom landstinget fanns en PKL-grupp för psykiskt och socialt omhändertagande. Gruppen bestod av 15-40 personer med särskild utbildning i katastrofpsykologi och som ska kunna ge stöd åt olika grupper av katastrofdrabbade personer (Socialstyrelsen, 1996).

2.5 Människans reaktioner

Nedan ges en bild av hur människan kan reagera på en allvarlig händelse. Detta följs av de råd som lärs ut under sjökaptensutbildningen.

2.5.1 Psykisk kris

Cullberg (1975) definierar en psykisk kris som ett tillstånd man befinner sig i då *”ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man ska förstå och psykiskt bemästra den livssituation som man råkat in i* (Cullberg, 1975, s. 19).

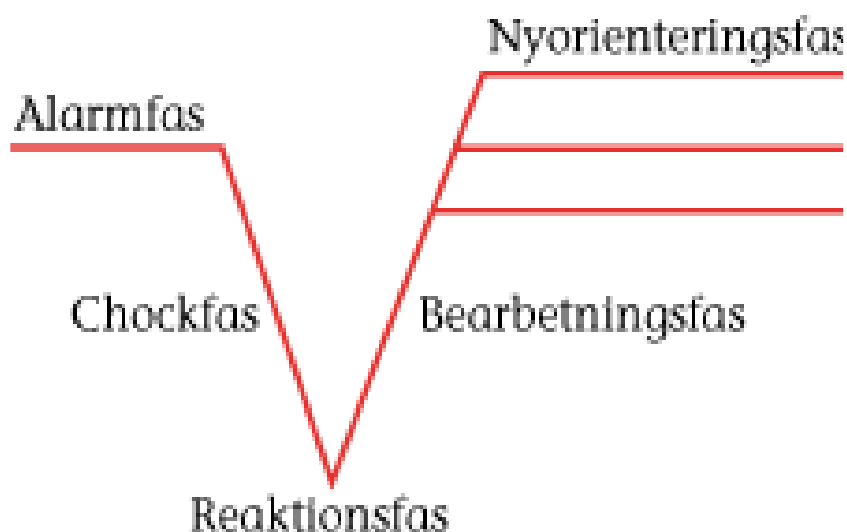
Det finns enligt Cullberg (1975) fyra aspekter som preciserar närmare den psykologiska krissituationen. Den första betonar vikten av att ha vetskap om vad den utlösande situationen är. Det finns två olika livssituationer som kan utlösa en psykisk kris. Det kan vara traumatiska kriser, såsom olycka, uppsägning från arbetet, eller utvecklingskriser såsom en 40-årskris. Den andra aspekten är en självstudie om *”vilken inre, personlig betydelse det inträffade har för den som drabbas”*

(Cullberg, 1975, s.19). Genom den vetenskapen fås en möjlighet att förstå varför personen reagerar som den gör. Det behövs därmed en kunskap om individens historia och tidigare utveckling. En tredje faktor är att hänsyn måste tas till personens ålder och livsperiod. Det finns kritiska åldersperioder som kan utlösa den tidigare nämnda 40-årskrisen, men det behöver inte vara så. Den fjärde faktorn är att de sociala förutsättningarna har stor betydelse vilket kopplas samman med familje- och arbetssituationen.

”En familj kan ses som en organism eller ett system. Varje del i detta system sammanhänger intimt med de övriga delarna. Om en eller flera medlemmar i familjen har problem och svårigheter drabbas övriga familjemedlemmar på ett eller annat sätt av detta.” (Cullberg, 1975, s. 21).

2.5.2 Traumatiska kriser och dess reaktionsförlopp

En traumatisk händelse kan orsaka en krisreaktion. Denna reaktion beskrivs i den så kallade kriskurvan.



Kriskurvan, <http://www.san-nytt.se/2008/11/24/kollega-i-kris-en-sakerhetsrisk/> (hämtad 2011-11-24)

Plötsliga negativa förändringar i en människas liv kan starta en process som kommer att påverka människan och dess omgivning. Exempel på situationer som kan utlösa krisreaktioner är enligt AFS1999:07 bilaga 1:

- Arbetsolyckor och allvarliga tillbud.
- Våld och hot om våld.
- Arbetskamraters död eller svåra sjukdomar.

- Yrkesspecifika plötsliga och/eller extrema påfrestningar till exempel vid omhändertagande av svårt sjuka, människor i nöd och anhöriga.
- Akuta förhållanden i arbetet som kan innebära stark psykisk påfrestning som inte behöver vara en specifik händelse utan kan även gälla svåra konflikter i arbetet. Förändringar i arbete och arbetsförhållanden kan innebära en påfrestning. Regelbundna förändringar och förändringar som påverkar livssituationen kan utlösa krisreaktioner. Att förlora arbetet medför ofta krisreaktioner. Enligt AFS (1999:07) kan människor reagera lika allvarligt på att bli uppsagda som på en nära anhörigs död.

Krisreaktionen är indelad i fem olika faser som individen kommer att gå igenom. Det varierar från person till person hur lång tid processen tar. Nedan beskrivs de olika faserna i kriskurvan. Detta följs av råd och vägledning hur en behandling bör ske (Larsson, 2004).

2.5.2.1 Alarmfas

Inledningen av ett trauma genomgår enligt Selye (1956) General adaption syndrome, GAS, på svenska, Generella Anpassningssyndromet. Den består av tre delar; Alarmreaktion, motstånd och uppgivenhet. GAS innefattar alla ospecifika förändringar under loppet som individen exponeras för en påfrestning. GAS kan definieras som en stressreaktion i hela kroppen. Alla tre stegen behöver inte framträda för att konstatera GAS. Många fysiska och mentala händelser skapar enbart reaktioner i de två första stegen. En reaktion är att bli arg över något, för att sedan anpassa sig till situationen. De två första stegen genomlevs flera gånger i livet. Under alarmreaktionen sker biologiska processer i kroppen såsom utsöndring av stresshormon samt ökande puls och blodtryck. I motståndsfasen byggs ett motstånd upp mot händelsen för att skydda individen från den starka påfrestningen. De initiala symtomen tonas ner då kroppen har uppnått maximalt motstånd. Om påfrestningen fortsätter under en viss tid kan individen komma till uppgivenhetsstadiet där en fysisk och psykisk utmattning sker (Selye, 1956).

Individen träder nu in i chockfasen.

2.5.2.2 Chockfas

Individen håller verkligheten ifrån sig och klarar inte av att ta in mer information. Den drabbade kan missa viktig information som ofta ges i detta skede. På ytan kan allt se normalt ut, men inuti råder kaos. Människan kan då komma att använda sig av försvarsmekanismer för att skapa ett filter mot verkligheten. Vanliga reaktioner kan vara paralysering, skrik, upprepning av en mening hela

tiden eller till och med riva sönder kläderna. Medvetandet kan vara grumligt och psyket kan vara blockerad från det som har hänt. Det är inte säkert att chockfasen uppvisas eftersom det kan röra sig om exempelvis en vad det verkar vara godartad sjukdom, men som senare får ett elakartat förlopp. Chockfasen varar från det att traumat har ägt rum och till ett dygn efteråt. Hur länge fasen varar är dock individuellt (Cullberg 1975).

2.5.2.3 Reaktionsfas

Under den efterföljande reaktionsfasen kommer den drabbade att börja ta in lite av verkligheten. Den drabbade kommer att börja inse efterhand vad det är som har hänt och varför det har hänt. Det blir en stor psykisk påfrestning då ögonen öppnas för händelsen. Här utvecklas ofta försvarsmekanismer för att skydda sig. Individerna kan till exempel gå in i en regression där personen blir mer osjälvständig och blir ett barn på nytt. Personen kan även förneka det som har hänt. Det som har hänt är så obehagligt och överkligt att det måste förnekas. Den drabbade kan även projicera känslorna på andra personer och säga att det var deras fel på grund av att den drabbade inte klarar av att hantera känslorna. Känslorna kan isoleras då personen lugnt berättar om det inträffade och omgivningen berömmar att denne tar det så moget. Detta kan leda till ångestreaktioner i ett senare skede. Vanligt förekommande är sorgreaktionen vid en akut kris. Den fysiska utmattningen som en akut kris ger upphov till visar sig i form av exempelvis dålig sömn. Denna utmattning kan i sin tur leda till bland annat ökad retbarhet och obehagskänslor. Tillsammans utgör chockfasen och reaktionsfasen den akuta krisen. Fasen varar allt från några timmar till 6 veckor (Cullberg 1975).

2.5.2.4 Bearbetningsfas

Inträde i bearbetningsfasen symboliserar att det akuta skedet är över. Den drabbade har fått ett perspektiv på den traumatiska händelsen och börjar vända sig mot framtiden istället för att fokusera på det som har hänt (Cullberg, 1975). Till exempel att en person som blivit handikappad vid en olycka lär sig leva med sina problem. Personen har nu fått hjälp att hantera krisen från antingen vänner och släkt eller från psykologer och läkare. Det blir nu lättare att aktivt kunna bearbeta det som inträffat. Förhoppningsvis framträder försvarsmekanismerna inte lika starkt som under chock- och reaktionsfaserna. Det är dock inte helt säkert att den drabbade ligger kvar i denna fas, utan han eller hon kan gå tillbaka i krishantering. Personen har nu ett stort behov av att prata om upplevelsen flera gånger. Individerna befinner sig under stark press hela tiden och kroppsliga problem såsom matlust, kan infinna sig. Målet är att den drabbade kommer fram till att ”gjort är gjort och går inte att förändra”(Larsson, 2004). Längden på fasen är cirka 6-12 månader (Cullberg 1975).

2.5.2.5 Nyorienteringsfas

Under denna sista fas, som varar livet ut, kommer den drabbade att börja lämna krisen bakom sig. Men krisen glöms aldrig bort utan ligger kvar som ett ärr i själen (Cullberg, 1975). Det är inte säkert att den drabbade kommer fram till denna fas utan att denne fastnar i tidigare faser (Larsson, 2004). Erfarenheten individen har lärt sig inför denna fas kommer han eller hon att bära med sig och kunna använda i framtiden. Självkänslan har återupprättats och de svikna förhoppningarna har bearbetats. Detta enbart om den drabbade har kunnat acceptera det som har hänt. Årsdagar kan blossa liv i känslorna, men livet kommer att fortsätta efter det (Cullberg, 1975).

2.5.3 Behandlingsråd psykisk ohälsa och traumatiska kriser, som ges under utbildningen Medical Care

För att kunna ta hand om en person som genomgått en traumatisk händelse är det viktigt att vara utbildad i hur en kris ser ut. Alla människor reagerar olika på en kris och att det krävs tid för sårn att läka. Att finnas till hands för den drabbade för att stötta och låta honom eller henne prata om det som har hänt är av stor betydelse. Det är dock viktigt att inte göra egna värderingar som förs över till den drabbade. Vid ett omhändertagande rekommenderas det att första-hjälparen sätter sig själv åt sidan och försöker förstå hur den drabbade tycker och känner (Larsson, 2004. Palmkvist, 1995).

Under chockfasen rekommenderas att inte lägga in egna värderingar och upplevelser av situationen eftersom det då finns en möjlighet att missta sig. Det är meningslöst att komma med några sakargument och försöka reda ut vad som har hänt. Det viktigaste är att bara vara där och finnas till hands (Larsson, 2004).

Under reaktionsfasen finns inga generella råd. Hjälparen skall handla med sitt sunda förnuft och det rekommenderas att vara "så enkel och rak som möjligt" eftersom den drabbade har svårt att ta emot information. Det är viktigt att erbjuda hjälp och visa att hjälparen förstår att det känns svårt för den drabbade. Kroppskontakt kan kännas förtroendeingivande och vara till stor hjälp. Det rekommenderas att lyssna utan att visa känslor och låta den drabbade prata av sig. Som hjälpare finns möjlighet att vägleda om framtiden eftersom hjälparen står utanför händelsen. Hjälparen måste även vara medveten om att den drabbade kan vara farlig för sig själv eller för andra. Det förekommer att självmordstankar kommer upp hos den drabbade eller är ouppmärksam i trafiken genom att till exempel inte följa trafikens regler. Även här är det viktigt att inte lämna den drabbade

ensam utan att alltid vara till hands (Larsson, 2004).

Under bearbetningsfasen kan det bli tal på att hjälparen får remittera psykisk vård åt den drabbade för att hjälpa denne. Återigen är det viktigt att lyssna och vara till hands (Larsson, 2004).

Utöver litteraturen ges även en 4 timmar föreläsning om kriser. Det läses även en kurs i ledarskap ombord.

2.5.4 Posttraumatiska reaktioner

Efter ett potentiellt trauma kan enligt Bonnano (2006) utlösa kvarstående posttraumatiska reaktioner (kroniskt) för en del personer medan andra återhämtar sig. En grupp kan utveckla besvären sent (fördröjd reaktion) och huvuddelen kanske inte utvecklar några svårigheter över huvud taget (motståndskraft). Vissa kan till och med stärkas som individ efter svåra upplevelser. Inom vetenskapen; *posttraumatic growth* (Tedechi, 1996). De som inte påverkas av potentiellt traumatiska situationer uppvisar på engelska kallat *resilience*. Ett försök till översättning är motståndskraft. Masten (1990) har definierat denna motståndskraft som ”*en förmåga till framgångsrik anpassning trots svåra eller hotande omständigheter*” (Masten, 1990, Socialstyrelsens (2008) översättning) Motståndskraften är en samverkan mellan socialt stöd och självtillit (Schaap, 2006).

2.6 Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD

Posttraumatiskt stressyndrom är en komplikation till en krisreaktion. (Praktisk Medicin, 2011) Efter ett upplevt trauma kan människan hamna i Acute stress disorder, ASD. Om denna reaktion inte behandlas finns risk att personen får Posttraumatiskt Stressyndrom, PTSD. Denna diagnos ställs tidigast fyra veckor efter traumat. Traumat skall vara av den karaktären att den väcker fruktan hos de flesta människor (Praktisk Medicin, 2011).

Socialstyrelsens samlade erfarenhet tyder på att 5-30 % av den drabbade gruppen och dess exponeringsgrad, att utveckla PTSD vid potentiellt traumatiska händelser (Socialstyrelsen, 2008). Det finns särskilda riskgrupper som löper större risk att drabbas av PTSD (Breslau, 2002).

Symtomen som visar sig är likt de för ASD (Praktisk Medicin, 2011). Patienten kan återuppleva traumat genom besvärande minnesbilder, ha mardrömmar eller associationer, isolera sig från

omgivningen med början efter traumat och uppvisa en trötthet.

En människa kan sägas lida av PTSD om minst två av följande symtom har debuterat efter traumat och varat i mer än en månad (Praktisk Medicin, 2011):

1. *Överdriven vaksamhet eller reaktion på oväntade yttre stimuli såsom ljud.*
2. *Sömnstörning*
3. *Skuld känsla för att ha överlevt när andra inte gjorde det eller för handlingar som var nödvändiga för att överleva*
4. *Minnesstörning eller koncentrationssvårigheter*
5. *Undvikande av aktiviteter som uppväcker minnet av traumat*
6. *Symtom förstärks av händelser som symboliserar eller liknar traumat* (Praktisk Medicin, 2011).

Personen har oftast normal kroppsstatus, men uppvisar ovanstående symtom rikligt. Det förekommer även att andra psykiska tillstånd uppkommer, såsom depression, panikångest och fobier. Stresshormoner i kroppen ökar markant. De ökade halterna kombineras med andra förändringar i hjärnans hippocampus som reglerar bland annat minnet (Praktisk Medicin, 2011).

2.6.1 Praktisk Medicins rekommendationer för behandling av PTSD

Det är viktigt att behandla ASD för att undvika att det utvecklas till PTSD. Samtal om det som hänt har en lugnande verkan och att dela upplevelser med andra gör traumat hanterbart (skräcken blir mindre). Vidare kan patienten behandlas med farmakologiska metoder (t.ex. Sömnpilller), psykologiska behandlingar (kognitiv terapi), sjukgymnastik (minskning av spänningar och psykosomatiska symtom) samt psykosociala metoder (för rehabiliteringsinsatser och för påverkan av undvikandesymtom) (Praktisk Medicin, 2011).

2.7 Akuta psykiska hjälpinsatser

Detta stycke handlar om den psykiska hjälp som kan göras direkt efter en incident.

2.7.1 Akut bedömning, triage

Det är enligt Wilson (2000) svårt att i det akuta skedet göra en korrekt bedömning av situationen för att förhindra att PTSD utvecklas. Enligt Wilson är första åtgärden vid en olycka att skapa säkerhet och överlevnad för de drabbade. Vanligtvis behövs inte psykiskt omhändertagande omedelbart. En drabbad människa har ofta inte lust till att prata om vad som har hänt. Diskreta frågor kan ställas för att få en uppfattning om situationen och om personen behöver omedelbar hjälp. Hjälparen kan

försöka att ta reda på hur stor del av traumat som personen var med om, personens reaktion och risken för att denne i ett senare skede uppvisar tecken på posttraumatiska symtom. Om detta görs varsamt kan det anpassa (eng. integrate) krisreaktionen (Wilson, 2000). Hänsyn måste tas till personens mentala status och därigenom ”dosera” känslomässiga bitar och anpassa information till avståndstagande, minnesförlust och försvarsmekanismer (Lindy 1993).

2.7.2 Psykisk första hjälpen

Psykologisk första hjälp vilar på vetenskaplig grund, men har inte testats vetenskapligt ännu. Första hjälpen kan lätt anpassas till olika behov. Personalen som skall ge psykologisk första hjälp ska ha utbildning i det (Michel, 2006). Raphael (1986) anser att psykologisk första hjälpen bör läras ut samtidigt som medicinsk första hjälpen så att hjälpen kan användas på alla som kommer i kontakt med traumatiserade individer. Syftet med psykologisk första hjälp är enligt Michel (2006) att skapa en mänsklig kontakt på ett empatiskt och icke-påträngande sätt. Utbildningen bör innehålla information om tröst och lättnad, omedelbar psykisk hjälp, målorientering och verklighetsstöd, återförenande med anhöriga, avlastningssamtal och traumats berättelse samt vad det finns för långtidsstöd och vad det krävs för framtiden (Raphael, 1986).

Efter en allvarlig händelse är de drabbade upptagna med en anpassningsprocess som kan uppvisa vanliga uttryck för stress och rädsla som kan betraktas som normala reaktioner snarare än tecken på psykisk ohälsa (Hart, 2005). Åtgärderna från stödpersonerna måste göras i överenskommelse med de drabbade. Som nämnt tidigare ges det största stödet från framförallt närstående. Detta medför att färre personer senare drabbas av psykiska problem (Fullerton, 2006). Fokus bör därför flyttas över från att bearbeta sina egna upplevelser till att mobilisera sin sociala krets och låta den stödjande personens starka sidor. Det professionella stödet kommer då att inriktas mera på dem som uppvisar mer uttalade reaktioner (NICE, 2005).

Större katastrofer brukar vanligtvis utveckla ett medlidande för de drabbade och en hyllning till räddningsarbetare. Responsen under tiden efter katastrofen kan förenkla de akuta preventiva interventionerna, men de kan även skapa barriärer för dem. Vanligtvis kommer den stora reaktionen på ett trauma efter att samhällets intresse har dalat. Denna period kan kännetecknas av negativism, skuldbeläggande och insikt av traumats magnitud (Wilson, 2000).

2.7.3 Omedelbara och tidiga interventioner

Psykologiska interventioner kan delas upp i omedelbara och tidiga. Omedelbara interventioner äger rum inom de första timmarna efter ett trauma. Tidiga interventioner äger rum inom dagar eller veckor (Agorastos, 2011).

Omedelbara och tidiga interventioner efter en olycka har som syfte att minska uppkomsten av PTSD. Det finns olika typer av interventioner och de har det gemensamma målet att individen skall återgå till full kapacitet och kunna leva ett normalt liv (Zohar, 2009).

Begreppet primär prevention är enligt Caplan (1964) ett sätt att eventuellt förhindra utvecklingen av psykisk ohälsa genom att förbereda människor innan en händelse inträffar. Ett av målen är att genom att informera och utbilda om vanliga krisreaktioner och var stöd finns att få, minska antalet utsatta personer.

2.7.3.1 Omedelbara interventioner

Det finns en allmän uppfattning om att omedelbar krishantering ska ske efter ett trauma för att individen ska kunna lätta sitt hjärta, minska smärta och uppfylla grundläggande psykologiska behov. Det finns dock inga säkra studier som visar att detta är effektivt (Wessely, 2008). Det finns i dagsläget inga empiriska bevis för att en omedelbar intervention fungerar som prevention av PTSD (Agorastos, 2011).

Forskningen på förhindrande av PTSD bör även fokuseras på den akuta responsen till ett trauma och även dess neurobiologiska grund (Ehring, 2008). Särskilt de första timmarna efter ett trauma är en kritisk tidpunkt för att reducera risken för PTSD (Zohar, 2009). Efter en natts sömn kommer människans minne att ha förändrats (Darsaud, 2011).

National Institute for Clinical Excellence, NICE har sammanställt riktlinjer för krisstödet i den akuta fasen (2005). I riktlinjerna kommer de fram till att alla som varit med om traumatiska händelser bör få möjlighet till stöd på ett empatiskt sätt. Detta stöd kan vara praktiskt, emotionellt och socialt. Det finns fördelar med att informera om normala reaktioner och råd för hur människan kommer igenom dem. De personer som enbart uppvisar lättare reaktioner och som varat mindre än fyra veckor räcker det att enbart ha en observerande väntan (eng. Watchful waiting). Psykologisk

debriefing bör undvikas med enskilda personer.

2.7.3.2 Tidiga interventioner

Inom den amerikanska militären används principen ”*proximity, immediacy and expectancy*”. Studier har visat att denna princip är effektiv för att eliminera omedelbar stress, men att den inte är effektiv för att förhindra PTSD (Solomon, 1993). Många krisarbetare har funnit värdet av att ha en ”wake” efter ett trauma. Där får de inblandade berätta om traumat, deras känslor och olyckan bryts ner i sina beståndsdelar under en avslappnad miljö som kan innehålla små doser av alkohol och ångstdämpande medicin. Innan denna metod började användas kunde även informella sociala situationer uppfylla kraven och krisen kunde avhjälpas (Alexander, 1993).

På senare tid har olika former av psykologisk debriefing tagit form. Psykologisk debriefing är ett enstaka tillfälle att i grupp eller ensam träffa professionell hjälp för att informeras om vanliga reaktioner på ett trauma och även att få uttrycka sig själva om vad de känner och tänker. Detta används ofta som första insats av första hjälpare och av myndigheter några timmar efter ett trauma (Agorastos, 2011).

En av modellerna är Mitchells (1983) modell om ”Critical incident stress debriefing, CISD. Mitchell (2003) ger råd om hur det bäst skall användas. Det finns många olika typer, men i denna studie belyses enbart CISD.

Enligt Mitchell (2003) skall interventionen äga rum 24-72 timmar efter händelsen och den ska följa ett speciellt format. Ledaren är exempelvis en psykolog. Dennes uppgift är att diskutera händelsen och dess reaktioner. Målet med denna process är att stödja individer genom en normal reaktion till en onormal händelse för att underlätta återhämtningen för traumat. Faserna i Mitchells modell är som följer.

1. Introduktion (eng. *Introduction phase*): här betonas tystnadsplikt, processen och de tänkta fördelarna med samtalet
2. Faktafas (eng. *Fact phase*): varje person får beskriva deras roller under incidenten och säga vad som hände enligt deras upplevelse.
3. Tankefas (eng. *Tought phase*): Varje gruppmedlem får beskriva deras första tankar under incidenten för att få en mer personlig ton.
4. Reaktionsfas (eng. *Reaction phase*): Denna fas söker att beskriva den värsta delen av

- upplevelsen. Fasen skall uppmuntra att visa känslor och reaktioner
5. Symtomfas (eng. *Symptom phase*): Medlemmarna skall uppskatta deras egna kognitiva symtom, fysiska, känslomässiga och uppförandemässiga lidanden under tiden från incidenten fram till debriefingen
 6. Lärofas (eng. *Teaching phase*): Deltagarna får information om normala stressreaktioner vid ett trauma. Målet är att flytta fokus bort från känslorna i reaktionsfasen.
 7. Återgångsfas (eng. *Re-entry phase*): Deltagarna får möjlighet att sammanfatta och få svar på ytterligare frågor för att avsluta debriefingen på ett positivt sätt (Mitchell, 2003).

Räddningspersonal har ofta ett så kallat avlastningssamtal (eng. *Defusing*) omedelbart efter ett uppdrag. Där introduceras deltagarna om processen. På det följer en faktafas där deltagarna beskriver händelseförlopp och egna reaktioner. Det avslutas med en informationsfas med information om hjälp för att reducera stress (Mitchell & Everly, 1995). Hawker (2010) nämner att psykologisk debriefing från början inte var avsett för traumatiserade patienter, utan för professionella krishanterare, såsom ambulanspersonal, som rutinemässigt utsätts för trauman. Dessa ska även ha informerats om situationen innan insatsen.

Effektiviteten av en debriefing är varierande. Enligt en meta-analys (Everly, 1999) finns stöd för att CISD fungerar som krisstöd. Men enligt en meta-analys av Van Emmerik (2002) förbättrar inte CISD eller övrig typ av psykologisk debriefing den naturliga återhämtningsprocessen efter ett trauma. Studier har på senare tid visat att psykologisk debriefing inte är så effektivt för att förhindra uppkomst av PTSD, som uppfattningen var innan (Bryant, 2007). En studie gjord av Marchand (2003) visar på att effektiviteten av en debriefing är högst varierande för att förhindra uppkomst av post-traumatiskt stressyndrom, PTSD. I vissa fall har ingen skillnad kunnat ses mellan de som haft en debriefing och de som inte haft en debriefing. Vid brännskadade offer visar resultaten ingen skillnad för debriefing, men av dem som har deltagit i en debriefing anser 52 % att debriefingen har varit mycket hjälpsamt för återhämtningen (Marchand, 2003). En debriefing kan till och med förvärra och bidra till uppkomst av PTSD (Rose, 2002).

Det finns i dagsläget inget entydigt vetenskapligt stöd för interventioner i akut- och mellanfasen. Det finns stöd för interventioner genom forskning (Hobfoll, 2007). Forskningen är ej baserad på faktiska katastrofer, men framhäver fem principer för interventioner i dessa faser. Interventionerna har som mål att:

1. *Promote sense of safety.*

2. *Promote calming.*

3. *Promote sense of self- and collective efficacy.*

4. *Promote connectedness.*

5. *Promote hope* (Hobfoll, 2007, s. 285-286).

En annan användbar metod är Cognitive Behavioral Therapy, CBT (Ehlers, 2000), som visat sig vara effektiv att använda i det tidiga skedet, dvs. några dagar eller veckor efter händelsen. CBT-metoden framhäver de negativa kognitiva värderingarna, till exempel att världen är en farlig plats, och ihärdiga undvikande av påminnelser som stör "fear extinction learning". CBT uppmuntrar till att ha en nära relation med familj och vänner trots symtomen individen upplever. CBT vänder sig även mot ett lågt självförtroende som kan komma från tidigare personlighetsdrag och som ett svar till den förmodade hjälplösheten som upplevdes under traumat (Bryant, 2005). Det traumafokuserade arbetet med CBT, TF-CBT, innehåller upp till 12 möten. Mötena innehåller delar såsom avslappning, stresshantering, uttryckande och kognitiv upparbetning (Bisson, 2004). I en genomgång gjord av Roberts (2010) om tidiga psykologiska interventioner för att behandla symptom på ASD var resultatet att TF-CBT var det mest effektiva sättet att förhindra PTSD. Agorastos (2011) sammanfattar att "To date, TF-CBT is the best-supported empirical treatment for preventing chronic posttraumatic stress symptoms" (Agorastos, 2011, sid 529).

Agorastos (2011) nämner att omedelbara interventioner direkt efter ett trauma har tills idag mest fokuserats på en psykologisk debriefing. Inga psykologiska interventioner som ägt rum inom de första 72 timmarna har visat sig vara effektiva för att förhindra uppkomst av PTSD. Däremot saknas studier på hur effektivt CBT är under de första 72 timmarna. Detta borde göras eftersom CBT verkar lovande om det sätts in efter några veckor.

2.8 Val av metod

Arbetet syftar på att beskriva regler och praxis för krishantering ombord på fartyg vid traumatiska händelser. Arbetet är i största grad beskrivande, men syftar även till riktlinjer avseende uppföljning av olyckor i det akuta och posttraumatiska tillståndet. Arbetet är en kombination mellan kartläggning och fallstudie. Det akuta psykiska omhändertagandet kartläggs i kombination med intervjuer på specifika rederier. Detta jämförs med Göteborgs stads riktlinjer för akut psykiskt/medicinskt omhändertagande. Rapporten kommer att beskriva grundläggande fakta om kriser och dess hantering.

2.9 Frågeställning

Frågeställningen för arbetet är: Vad finns det för riktlinjer om akut psykiskt omhändertagande och uppföljning vid incidenter till sjöss?

Till denna finns underfrågan: Finns det en modell på land som skulle gå att använda till sjöss

3 Syfte

Studien syftar på att klargöra vad det finns för möjlighet att utveckla det psykiska stödet i det akuta skedet efter en incident ombord på svenska fartyg. Studien ämnar även belysa rådande rutiner för rederier.

Syftet är att undersöka vad det finns för lagstöd och rekommendationer för akut psykiskt stöd på landbaserade organisationer och hur dessa kan tänkas tillämpas ombord på fartyg för att därigenom eventuellt förebygga psykisk ohälsa. Det fokuseras även på olika former av psykisk uppföljning såsom debriefingar och hur de kan implementeras i arbetet ombord vid en allvarlig incident.

4 Avgränsning

Arbetet kommer att fokuseras på anställda personer ombord på svenskflaggade fartyg och anställda på Göteborgs stad samt Göteborgs invånare. Anledningen till att passagerare inte tas med är att arbetet då skulle bli alldeles för omfattande. Enbart ett fraktrederi inom tankbranschen och ett RoRo-rederi kommer att tas med. Arbetet fokuseras på två svenska rederier och på deras svenskflaggade fartyg. Arbetet fokuserar på däcksbefäl.

Arbetet fokuserar på det akut psykiska omhändertagandet och inte det akut medicinska omhändertagandet. Detta på grund av att det redan finns väl dokumenterat om åtgärder för det akut medicinska skedet. Det finns flera olika modeller för debriefing. Studien tar enbart upp CISD av Mitchell (1983) och CBT av Ehlers (2000). Arbetet avser inte att gå in på den formella sjöförklaringen som måste hållas efter en olycka, utan fokuserar istället på det psykosociala arbetet efter en olycka.

5 Metod

5.1 Intervjuer

För att få reda på hur krishantering och uppföljning av traumatiska händelser sker, har fyra intervjuer med två rederier genomförts. Frågorna skilde sig åt i vissa av intervjuerna eftersom det efter hand kom upp olika saker att fokusera på. För ombordanställda fanns frågor av mer personlig karaktär såsom om denne själv har varit med om en incident ombord. Från början var det tänkt att enbart dessa personliga frågor skulle tas upp med de ombordanställda, men författaren insåg att det även kunde vara intressant att få reda på hur mycket de ombordanställda visste om krishanteringsprocessen. För kontorsanställda var frågorna fokuserade på deras handlingssätt, vilka personer som hade vilka uppgifter, vid en krissituation. Intervjuerna var halvstrukturerade med frågor som gav den intervjuade möjligheter att svara fritt på frågorna. De intervjuade fick skriva på ett medgivande som säkerställde inspelning av samtalet och att de skulle vara helt anonyma. Frågorna finns att läsa i Bilaga 1 & 2. Intervjuerna spelades in och transkriberades för att underlätta analys. Intervjuerna tog i genomsnitt 30 minuter att genomföra. Efter det förstördes inspelningarna och transkriberingen. I och med inspelade intervjuer ökar reliabiliteten i undersökningen eftersom återgivningen är ordagrann och inga egna tolkningar eller feluppfattningar kan ske.

Det första rederiet är ett svenskt fraktrederi där intervjun genomfördes med företagets Designated Person, det vill säga säkerhetsansvarig. Det andra rederiet är ett svenskt passagerarrederi som även transporterar RoRo-laster såsom trailers. Intervjuer för passagerarrederiet genomfördes med två ombordanställda befäl och en kontorsanställd. Anledningen till att ett fraktrederi och ett passagerarrederi har valts är att belysa en eventuell skillnad i behandlingssätt vid en krissituation som kräver psykisk krishantering.

För att studera eventuella skillnader mellan krishantering till sjöss och i land har intervju genomförts med Göteborgs Stad som har väl utarbetade krishanteringsplaner för samhället och för individer. Denna intervju bestod av öppet riktade frågor och studier av handlingsplaner. Intervjun gjordes med planeringsledaren för enheten Säkerhet & Beredskap. Frågorna i denna intervju skilde sig delvis från rederifrågorna eftersom många delar inte var applicerbara på land. I resultatsdelen kommer skillnaderna mellan landorganisationer och rederier att belysas. Göteborgs stad har delats upp i den delen som behandlar om hur staden agerar vid en större katastrof samt en del om hur arbetsgivaren agerar vid en olycka i tjänsten med en eller flera medarbetare.

5.2 Litteraturstudie

Förutom intervjuer har även en litteraturstudie genomförts. Litteraturen har funnits genom sökning i vetenskapliga databaser såsom Scopus och Summon samt genom samarbete med handledare.

Litteratur som används i den avancerade sjukvårdsutbildningen för sjökaptensstudenter har studerats för att se vad det finns för krav på studenterna. Denna litteratur belyser hur människan reagerar vid ett trauma och hur en hjälpare skall agera. Fakta har jämförts med böcker för professionella hjälpare. Det har stundom varit svårt att hitta fakta om det akuta psykiska omhändertagandet för sjöfarten. För att undersöka om rederierna följer en eventuell lagstiftning om psykisk hälsa har studier av, för sjöfarten aktuella, lagtexter genomförts. I diskussionen ställs lagkraven mot verkligheten för att undersöka om rederierna gör mer än vad lagen kräver. Framst har böcker och tidningsartiklar använts. Varje referens har granskats för att säkerställa vetenskaplig evidens.

6 Resultat

Studien har baserats på intervjuer med två rederier och med Göteborgs stad. Resultatet kommer att jämföras med Estoniakatastrofen. Intervjufrågorna finns att ta del av i bilaga 1 & 2. Rederi 1 är ett svenskt passagerarrederi med svenskflaggade fartyg. Intervjuer har genomförts med en anställd på personalavdelningen, med en befälhavare och med en teknisk chef. Rederi 2 är ett tankrederi med delvis svenskflaggade fartyg. Intervjun genomfördes med rederiets Designated Person (DP). Intervjun på Göteborgs stad genomfördes med planeringsledaren på enheten för Säkerhet & Beredskap. Följande frågor har ansetts vara intressanta för studien och nedan presenteras en fördjupning av dessa.

- Landorganisationens och rederiernas krishanteringsplaner.
- Vad finns det för rutiner för debriefing eller annan form av samtal efter en incident?
- Finns det något särskilt akut psykiskt omhändertagande?
- Vad erbjuds för fortsatt behandling?
- Vad finns det för rutiner för rapportering av olyckor?
- Vad är rutinerna för uppföljning av olyckor?
- Finns det möjlighet för de inblandade att få hjälp ombord eller iland?
- Har ni några rutiner för det psykiska omhändertagandet?

- Vilken är den vanligaste typen av olyckor ombord?

Båda rederierna har avtal med Företagshälsovården som de kontaktar vid behov.

6.1 Rederiernas och landorganisationens krishanteringsplaner

För ett effektivt krisarbete krävs en användbar plan (Socialstyrelsen, 2008). Detta arbete är tänkt att ligga till grund för utvecklandet av en plan för krishantering för rederier.

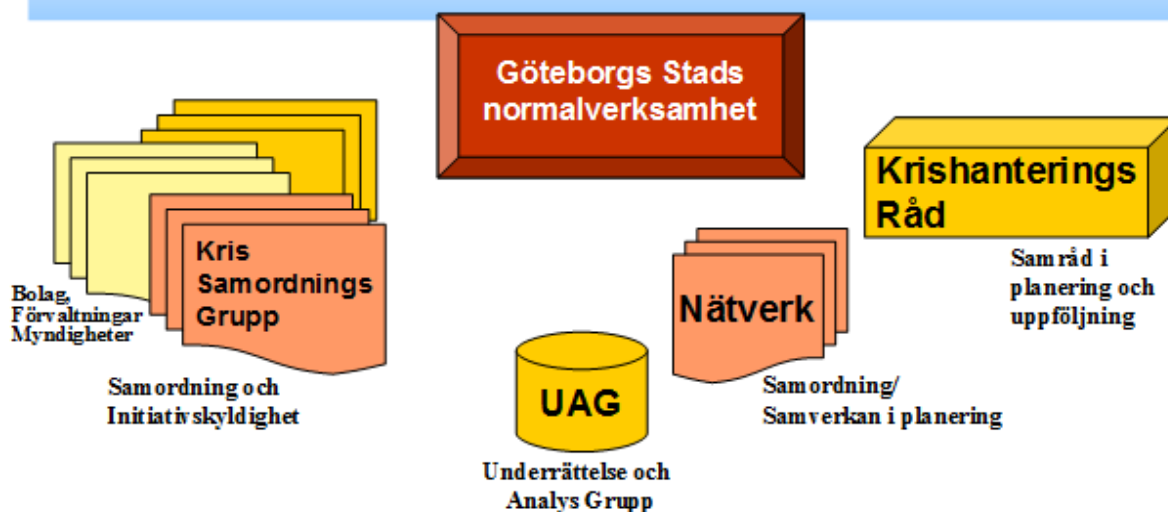
Tankrederiet har ett kristeam som samlas vid en olycka. Ett utav fartygen ringer in till Designated Person, DP, och berättar att det har hänt en olycka. DP kan då ta beslutet att samla kristeamet som gemensamt löser krisen. Det finns inga fasta rutiner för handlingsförloppet utan rederiet anpassar sig till situationen.

Personalavdelningen på passagerarrederiet har en handlingsplan vid en svår olycka ombord.

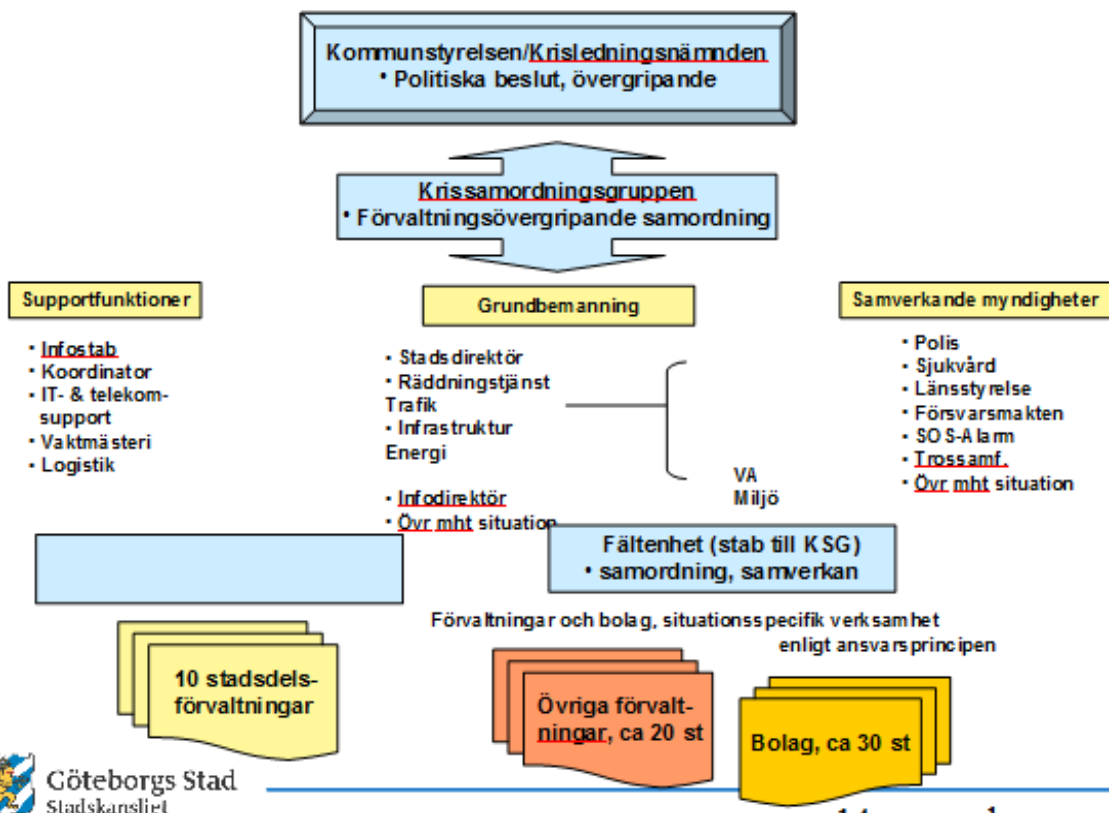
- Ett av fartygen larmar Security center.
- Det går då ut ett sms till berörda personer i företags krisorganisation.
- En grupp samlas och bedömer hur många mer som behöver kallas in.
- Personalchefen samlas med avdelningscheferna i ett katastrofrum. Varje avdelningschef ringer in nödvändig personal på sin avdelning. Det finns larmlistor för besättningen.
- Den intervjuade avdelningen har kontakt med katastrofrummet som har kontakt med fartyget. HR-avdelningen tar kontakt med Företagshälsovården om det behövs. Det finns en katastrofpärm med checklistor och telefonlistor. Vid en större olycka kommer kontakt att tas med stadens lokala krissamordningsgrupp, företagsläkare, präster etc.
- Ett telefonnummer läggs ut på rederiets hemsida och vid behov i media. HR-avdelningen tar emot samtal från anhöriga.

Om en större katastrof drabbar Göteborg finns ett väl utvecklat system för att lösa krisen. Exempel på stora kriser som drabbat Göteborg är spårvagnsolycka på Vasaplatsen 1992, snökaos 1995 och flodvågskatastrofen 2004. En viktig aspekt är att en kris ska hanteras av ordinarie organisation, från ordinarie ledningsplatser, på så låg nivå som möjligt. Det innebär att kommunen skall ha detta inbyggt i normalverksamheten. Kommunen ”äger” problemet och ansvarar för att hantera krisen, och hjälpa de medborgare som bor eller vistas i kommunen. Länsstyrelsen är även delaktig om flera kommuner drabbas och det krävs samordning.

Göteborgs Stads krishanteringssystem



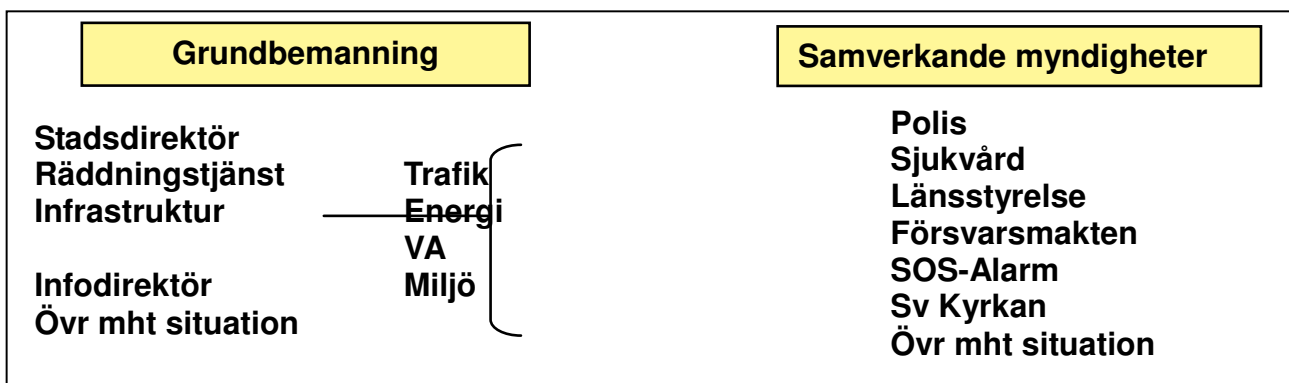
Göteborgs stads krishanteringssystem, (Intervju med planeringsledaren på Enheten för Säkerhet & Beredskap, 2011).



Inblandade parter i Göteborgs stads krishanteringssystem (Intervju med planeringsledaren på Enheten för Säkerhet & Beredskap, 2011).

Det finns alltid en jourhavande stadsdirektör som vid en olycka kontaktas av polisen och/eller räddningstjänsten. Polisen, Räddningstjänsten och Sjukvården hanterar olyckan initialt. Om det händer en större olycka eller kris i Göteborg har Göteborgs stad en central krissamordningsgrupp, KSG som har ansvar för samordning och initiativskyldighet. Det är en tjänstemannagrupp. I grundbemanningen ingår förutom stadsdirektören även Räddningstjänsten, Trafikverket, Göteborg Energi, Göteborg Vatten, Miljöförvaltningen och övriga med hänsyn till situationen. Samverkande myndigheter är länsordningspolisen, sjukvård, länsstyrelsen, försvarsmakten, SOS-alarm, Svenska kyrkan och övriga med hänsyn till situationen. KSG har ett stort ansvar i att informera media, medborgarna och verksamheterna i staden. Informationsdirektören har en nyckelroll eftersom 80 % av krishantering handlar om information.

Stadsdirektören beslutar om krissamordningsgruppen skall larmas in för samling på ledningsplatsen på Gårda brandstation. Första steget är att få en gemensam och korrekt lägesbild av situationen. Detta uppnås genom en briefing av polisen, räddningstjänsten och sjukvården. Efter denna information tas beslut om fortsättningen. Det kan finnas ett behov av evakuering av exempelvis boende i ett drabbat område. Gruppen skall göra en bedömning hur situationen kan komma att utvecklas. Det är viktigt att försöka se vad som kommer att hända och vilka behov som behöver tillgodoses om 12, 24, 48, 72 timmar samt att komma fram till när insatsen ska vara över. Det måste finnas en planering för uthållighet. En bra regel är att jobba i treskift vilket medför en uthållighet på en vecka.



Krissamordningsgrupp Göteborgs stad (Intervju med planeringsledaren på Enheten för Säkerhet & Beredskap, 2011).

Det är inte KSG som hanterar krisen. De som hanterar krisen är 10 stadsdelsförvaltningar, fackföreningar och bolag. KSG ska stödja de som hanterar krisen. De kan lyfta behoven och se till att behovet blir uppfyllt för att därigenom lösa krisen. Exempelvis Göteborg Energi har ansvar för

elförsörjningen. KSG har inte rätt att ge Göteborg Energi order eftersom de inte fått uppdraget att sköta elförsörjningen från KSG, utan de har fått det från stadsdelsnämnderna, bolagsstyrelserna eller nämnder på fackförvaltningarna. Dessa grupper ”äger” krisen och de måste ha en krisledningsförmåga och varje förvaltning och bolag har en krisledningsgrupp med tillhörande krisledningsplan.

Om krisen skulle bli för stor och ohanterlig kan politikerna kopplas in. Exempel på detta är om det behövs hjälp från grannkommuner eller nationell nivå. KSG kontaktar då kommunstyrelsen och förklarar problemet samt lägger fram underlag och förslag till beslut. Kommunstyrelsen kan då gå upp i krisledningsnämnd. I en krisledningsnämnd ges riktlinjer hur en kris ska hanteras. De kan ta över ledningen från förvaltningen och bolagen, de kan flytta resurser från en förvaltning till en annan för att kunna klara av krisen. Det är bara krisledningsnämnden som kan fatta beslut om att stänga skolor. Detta är på grund av att nämnderna har gett uppdraget om skolan och då kan de även återkalla beslutet. Det görs förändringar i den kommunala servicenivån och de kan befria förvaltningar från den kvalitativa delen. Det är ytterst fullmäktige som bestämmer att den här ordningen skall vara. Det är politiska beslut och därför är det endast politikerna som kan gå in och ändra dessa beslut. Det görs scenarioövningar minst en gång per år kring någon kris.

Vid en kris vänder sig planeringsledaren till Storgöteborgs polisområde. Sjukvården representeras av Prehospitalt och katastrofmedicinskt centrum, PKMC som är landskapets beredskapsenhet. De styr ambulanserna till olika sjukhus. Länsstyrelsen representeras av Enheten för skydd och beredskap, ESS som bland annat jobbar med risk- och krishantering. SOS-alarm har en nyckelroll eftersom de jobbar initialt efter en olycka. Svenska kyrkan är en mycket stor organisation och är till stor hjälp vid en större olycka.

Krishanteringsrådet är en grupp som ansvarar för att planera för kriser innan de uppstått. De samlas några gånger per år och gör scenarioövningar.

Göteborgs Stads Krishanteringsråd

Egna verksamheter, ex:

- Stadsdirektör
- Infodirektör
- Trafik
- Hamn
- Kretsloppskontoret
- Energi
- VA
- Miljö o Hälsa
- Park o Natur
- Säk o Beredskap

Samverkande Organisationer/ Myndigheter, ex:

- Räddningstjänst
- Polis
- Sjukvård
- Länsstyrelse
- Försvarsmakten
- SOS-Alarm
- Gbg Universitet
- Chalmers
- Svenska Kyrkan

Göteborgs stads krishanteringsråd, KSG (Intervju med planeringsledaren på Enheten för Säkerhet & Beredskap, 2011).

Exempel postrånet 2008 *Jourhavande stadsdirektör får samtal från Polisen om att det har begåtts ett rån. Stadsdelschefen i centrum kontaktades även och informerades om att 150 boende inom området behövde evakueras. Bussar rekvirerades och områdena tömdes. Bussarna lämnades över till stadsdelschefen på grund av att denne har ett geografiskt områdesansvar. Jourhavande stadsdirektör tar beslutet att samla KSG morgonen efter. Chefen för länskriminalpolisen informerade om läget och om framtiden. Planeringsledaren skrev. 5 minuter efter mötet hade alla förvaltningar och bolag ledningsinformationen. Jourhavande underrättade direkt den politiska ledningen och Länsstyrelsen.*

Anledningen till att politikerna underrättades är att situationen kan utvecklas till att börja kosta pengar och för att få pengar krävs politiska beslut. KSG skall ta fram underlag och förslag till beslut. Länsstyrelsen kontaktades på grund av att det kan bli en regional eller nationell nivå.

För en anställd som skadar sig har kontakt tagits med funktionshinderavdelningen på Göteborgs stad Västra Hisingen. De använder en hot- och våldpolicy.

Vid ett misstänkt hotfullt besök rekommenderas att rådgöra med arbetsledare, kollega eller vakten i

receptionen. För att öka säkerheten under mötet kan exempelvis dörren till tjänsterummet bredvid stå öppen, en kollega kan vara närvarande och i vissa fall även väktare eller polis. Det finns rekommendationer om hur möbleringen bäst är i rummet. Det skall vara tydligt var denne skall befinna sig, dvs. den privata sfären skall vara definierad. Tidpunkten som besök tas emot på bör tas hänsyn till. Vid lunchtid och sent på dagen finns inte mycket folk som kan hjälpa till vid en hotfull situation. Vid hembesök bör det vara två personer med och arbetsgruppen ska meddelas.

Det är viktigt att uppträda konsekvent och korrekt. Var vaksam och lita på känslorna och intuitionen. Övningar och genomgång av riktlinjer rekommenderas.

Omedelbara åtgärder:

- *Försök bedöma om den drabbade behöver läkarvård*
- *Den drabbade måste få möjlighet att prata av sig. Detta bör ske enskilt och helst med någon som den berörde känner*
- *Erbjud resällskap hem. Kontakta anhöriga*
- *Den drabbade bör inte lämnas ensam. Försök ordna så att det finns sällskap hemma, även under natten*
- *Informera hela arbetsgruppen om det som har hänt*
- *Ta kontakt med den drabbade dagen efter händelsen*
- *Ta eventuellt kontakt med Företagshälsovården för samråd om lämpliga åtgärder, t ex kristerapi*
- *Föreslå och hjälp till att beställa tid vid psykiatrisk mottagning eller Företagshälsovården med den utsattes medgivande (Västra Hisingen, 2011, sid 2).*

Inom det administrativa skall allvarliga personskador eller tillbud anmälas till Arbetsmiljöverket. Våldshändelser anmäls som arbetsskada. Ifall hotet är allvarligt och leder till sjukskrivning eller andra besvär kommer det att anmälas som arbetsskada, annars anmäls det som ett tillbud. Det är medarbetaren som avgör detta. Vid våldshändelser och allvarligt hot görs polisanmälan av arbetsledningen tillsammans med den drabbade.

För uppföljningen rekommenderas att arbetsledaren skall ha ett samtal med den drabbade för att få information om denne är i behov av ytterligare hjälp och stöd. Den drabbades upplevelser och reaktioner är grundpelarna i bedömningen. Det förekommer att effekterna är svårupptäckta och att

de förnekas av den drabbade. Inom lämpliga tidsintervall gör arbetsledaren ytterligare samtal vid behov. Arbetskamrater och arbetsledare bör uppmärksamma hur den drabbade mår och ifall denne uppvisar några krisreaktioner.

Enhetschefen är ansvarig för att polisanmälan görs och att den ger stöd åt den drabbade under den rättsliga processen. Arbetsgivaren ger information till skyddsombudet om vad som har hänt.

Enhetschefen är även ansvarig för att den drabbade får det stöd som är skrivet i

Verksamhetshandboken samt att arbetsgruppen och receptionen informeras. I extrema fall kan det krävas att områdeschefen eller sektorschefen samlar en större personalgrupp för information.

Enhetschefen uppmanar den drabbade att rapportera in arbetsskadan eller tillbudet till datorsystemet. Socialkontoret bestämmer hur ett ärende skall handläggas och kan besluta att klienten inte längre får besöka kontoret. Enhetschefen har ett informationsansvar gentemot all personal om att informera om riskerna i arbetsmiljön och hur de hanteras samt hur larm och riktlinjer fungerar. Uppföljning av tillbud och arbetsskador görs under arbetsmiljöronder.

”All personal skall känna till riktlinjerna, handla enligt riktlinjerna och hålla sig ajour med ändringar som görs” (Västra Hisingen, 2011, sid 3).

6.2 Akut psykiskt omhändertagande

Det kan vara viktigt att omedelbart börja behandla och förhindra fortsatt psykisk ohälsa. Med frågan avses vad som sker i den akuta situationen och omedelbart efter. Det akuta psykiska omhändertagandet kan vara ett informellt samtal eller en formell debriefing. Passagerarrederiet har maximalt några timmar mellan hamnarna varför de lättare kan kontakta hjälp iland än för tankrederiet. Vårdaren av en skadad patient skall ta hand om patienten och se till att denne får god vård (Palmkvist, 1995).

Om passagerarrederiet råkar ut för en större olycka kommer Företagshälsovården att kopplas in i ett tidigt stadium. Företagshälsovården kommer då att skicka så många hjälpare som anses nödvändigt för att ha kontroll över situationen. För psykisk vård ombord saknas rutiner. Ibland hålls en debriefing efter situationen. Vid en mindre olycka som enbart föranleder läkarbesök kan läkaren avgöra i samråd med besättningsmedlemmen om psykiskt omhändertagande är nödvändigt.

På tankrederiet finns samma rutiner, det vill säga att Företagshälsovården kontaktas och bedömer situationen. Det finns inga fasta rutiner utan agerandet varierar från fall till fall.

Hos Göteborgs stad har polis, räddningstjänst och sjukvården ansvar för det akuta psykiska omhändertagandet. Sjukvårdspersonalens uppgifter är bland annat att lugna patienten och verka förtroendeingivande (Socialstyrelsen, 2008).

6.3 Rutiner för debriefing eller annan form av samtal efter en incident

Denna fråga är en sammanfattning av flera frågor rörande debriefing och olika former av samtal. Syftet med frågan är att klargöra om det finns några rutiner för debriefing eller samtal efter en incident. Den formella debriefingens styrkor och svagheter har diskuterats av vetenskaplig expertis. Ibland har en mer informell samling med tillhörande samtal varit tillfredsställande för att begränsa och förhindra uppkomst av psykisk ohälsa (Agorastos et. al 2011).

På passagerarrederiet saknas fasta rutiner om debriefing ombord med besättningen efter en olycka. Vid behov kan en debriefing göras efter en övning. Detta är upp till befälhavaren eller tekniska chefen. Efter ett bombhot görs alltid en debriefing med hela besättningen. Vid dåligt väder med tillhörande hård sjö kan ett samtal hållas med intendenturpersonalen. Debriefingar kan alltså vid behov göras för olika arbetsplatser ombord. En debriefing innehåller då en informationsfas om vad som har hänt, vad besättningen har gjort och varför de gjorde som de gjorde. Befälhavaren hade varit med om ett antal olyckor. Till exempel slagsmål och trauma. Det förekom inte någon debriefing eller annan form av samtal. Han fick till och med utskällning av befälhavaren. En gång hände ett dödsfall som berörde honom väldigt mycket. Många känslor kom fram och han funderade på om det var värt att fortsätta inom sjöfarten. Han blev ensam och utlämnad och fick inget stöd av befälhavaren. Idag är han dock återställd.

Tankrederiets rutiner är att vid en större olycka tas besättningen in till kontoret för att där diskutera vad som har hänt och hur de mår. Rederiet anpassar sig efter vad situationen kräver. Ett samarbete med Företagshälsovården finns även här.

Vid en större olycka i Göteborg kan Krissamordningsgruppen samlas och ge stadsdelarna, förvaltningar eller bolag råd för att lösa krisen. Vid mycket stora olyckor kan kommunstyrelsen gå upp i krisledningsnämnd för att lösa krisen. Krisledningsnämnden ger riktlinjer hur krisen skall lösas och kan ta över ansvaret från stadsdelar, förvaltningar och bolag. Vid en lokal

arbetsplatsolycka kan samtal genomföras med den drabbade. Även Företagshälsovården kan kopplas in.

6.4 Rutiner för fortsatt behandling

Den akuta vården görs ombord och följs eventuellt av ett sjukhusbesök iland. I vissa fall kan den traumatiserade besättningsmedlemmen uppvisa symtom för psykisk ohälsa. Det är i så fall av stor betydelse att patienten får professionell hjälp av exempelvis en psykolog. Hypotesen är att en viss del av krishanteringens kan göras ombord.

Den psykosociala delen av krisen behandlas inte ombord på passagerarredariet.

Personalavdelningen iland har ansvar och om kontorets hjälp inte skulle räcka till kommer kontakt med Företagshälsovården att tas. Om till exempel en befälhavare råkar ut för en kollision och båda fartygen kommer till varv, har rederiet som rutin att erbjuda en beteendevetare som finns på kontoret. De avråder även att till exempel köra bil hem. Rederiet erbjuder alltid frivillig terapi efter en sådan olycka. Just nu håller rederiet på med en kurs i psykosocial arbetsmiljö tillsammans med Företagshälsovården för skyddsombuden och cheferna ombord. Ekonomin är en faktor som avgör hur mycket rederier satsar på hälsovård.

Om det anses förekomma ett behov av fortsatt stöd kommer tankredariet att vidarebefordra besättningsmedlemmen till Företagshälsovården. Detta har ännu inte hänt, men om det skulle hända finns denna rutin.

Inom Göteborgs stad finns sjukvården som tillhandahåller eventuell fortsatt behandling för invånare. För anställda finns Företagshälsovården.

6.5 Rutiner för rapportering av olyckor

För att kunna förbättra säkerheten på fartygen är det viktigt att tillbud och incidenter rapporteras in till berörda myndigheter och organisationer. En olycka kan rapporteras in till Transportstyrelsen och till INSJÖ. En del av rapporteringen av arbetsplatsolyckor är lagstadgade.

På passagerarredariet skrivs även där en arbetsskaderapport till rederiet enligt AFS 2001:1 12§. En avvikelserapport, INSJÖ-rapport, skickas in till rederiets Designated Person (DP) som läser igenom och "äger" rapporten. Han avgör om den ska skickas till centrala INSJÖ. Den vanligaste kategorin som skickas vidare är brand ombord. Om denne väljer att skicka iväg den kommer rapporten att

anonymiseras och avkodas. Transportstyrelsen får en avkodad rapport som de publicerar. Efter olyckan görs en riskbedömning för att förhindra att en ny olycka händer. Eventuellt ändras även rutinerna för jobbet (Teknisk chef).

Passagerarrederiet använder ett ISM-system som varje fartyg skall ha enligt krav från IMO. I detta system ingår ett SMS-system som är ett ledningssystem med manualer som bland annat innehåller Anmälan om arbetsskada i skeppstjänst. Denna blankett skall fyllas i samband med arbetsgivaren och skyddsombud. Befälhavaren skickar in till rederiet och en kopia till Transportstyrelsen och till fackföreningar. 2011 har hittills 11 arbetsplatsolyckor inrapporterats (Befälhavare).

Rutinerna på tankrederiet avseende rapportskrivande är att fartyget skriver en rapport som skickas till rederiets Designated person, DP. Om olyckan är av sådan karaktär att Designated person anser att den ska skickas vidare, kommer den att sändas till INSJÖ och till kunderna. Skadeanmälan till försäkringskassan och till flaggstaten fylls i. Flaggstaten vill gärna ha en skaderapport om det rör sig om en allvarligare olycka. Det skall i sådant fall samlas in material till rapporten såsom läkarintyg.

Inom Göteborgs stad finns det alltid en jourhavande stadsdirektör som vid en olycka kontaktas av polisen och/eller räddningstjänsten. Polisen, räddningstjänsten och sjukvården hanterar olyckan initialt. Stadsdirektören beslutar om krissamordningsgruppen skall larmas in för samling på ledningsplatsen på Gårda brandstation. Skulle så bli fallet kommer krissamordningsgruppen att utarbeta råd för att lösa krisen. Vid olycka med en anställd rapporteras den in till Arbetsmiljöverket.

6.6 Rutiner för uppföljning av olyckor

För att förhindra upprepning av en olycka krävs det att olyckan utreds. Detta är lagstadgat enligt AFS 1999:07 4§ och ISM-koden Part A 9.1. Det kan även vara till hjälp för den drabbade att olyckan utreds.

Efter olycka på passagerarrederiet görs en riskbedömning enligt SMS-systemet för att förhindra att en ny olycka händer. Eventuellt kan även rutinerna för jobbet ändras. Det läggs särskild vikt på att se om tillbörlig skyddsutrustning har använts av den skadade. Skyddskommittén är ansvarig för denna uppföljning.

Vid uppföljning av olyckor på tankrederiet studeras först all dokumentation som inkommit om

olyckan. Beroende på olyckans storlek blir det olika nivåer av utredning nödvändiga. Det görs en så kallad Root cause analyse. Vid en viss nivå av olycka används en Risk Assessment Matrix för att se hur allvarlig olyckan är. Baserat på denna sätts olika resurser in.

Efter varje avslutad kris för Göteborg då krissamordningsgruppen samlats, görs en utvärdering om situationen kunde ha hanterats bättre. För anställda pågår ett kontinuerligt arbete med att minska risken för olyckor.

6.7 Finns det möjlighet för besättningen att få hjälp ombord eller iland?

Det finns krav om akut sjukvårdshjälp ombord på fartyg enligt Fartygssäkerhetslagen (4 kap 4§). Vid svårare fall görs ett Radio Medical-anrop till Sahlgrenska Universitetssjukhuset för att få vägledning. Arbetsgivaren skall vidare svara för att den företagshälsovård som anses tillämplig finns att tillgå. (AML 3 kap 2b§) Denna vård kan inkludera psykisk hjälp. I AFS 1999:07 bilaga 2 betonas behovet av att ha rutiner för vad som skall göras vid en olycka.

Ombord på passagerarrederiet finns ett skeppsapotek och sjukvårdsutbildade befäl. Andrestyrman är ansvarig för sjukvården ombord. Rederiet har avtal med Företagshälsovården för psykisk hjälp. För att få jobba ombord inom manskapet eller som seniorbefäl krävs en Crowd and Crisis-utbildning.

Även hos tankrederiet är andrestyrman sjukvårdsansvarig och det finns skeppsapotek ombord med för fartområdet tillämpliga mediciner. Rederiet har avtal med Företagshälsovården för medicinsk och psykisk hjälp.

Om en anställd skadar sig är det en arbetsgivarfråga. Kontakt har tagits med Göteborgs stad Västra Hisingens funktionshinderavdelning. På gruppbestäder är oroligheter vanligt förekommande. Om arbetstagaren anser sig behöva professionell hjälp, finns tillgång till psykologer via Företagshälsovården.

6.8 Har ni några rutiner för det psykiska omhändertagandet?

Vid en kris reagerar människan på ett speciellt sätt. Det är inte helt kartlagt om ett akut psykiskt omhändertagande är effektivt. Lagen kräver att arbetsgivaren skall ha kunskap om och erbjuda psykiskt omhändertagande vid behov (AFS 1999:07 7§).

Passagerarrederierna har avtal med Företagshälsovården för psykisk hjälp. Vid behov kontaktas de för hjälp. Det finns vid flera tillfällen inget behov av psykisk hjälp och därmed tas ingen kontakt med Företagshälsovården. Hjälpen går att få så fort som den behövs. Som exempel kan anges en olycka där befälhavaren kolliderat med ett annat fartyg. Båda fartygen kommer till varv för reparation. Direkt efter allt praktiskt är över kan Företagshälsovårdens resurser sättas in.

Tankrederierna kontaktar Företagshälsovården om de anser att det föreligger ett behov av psykiskt stöd för medarbetarna. Ofta är så inte fallet, men de kan erbjudas psykisk hjälp vid en olycka.

Psykiskt omhändertagande för Göteborgs stad behandlas av sjukvården.

6.9 Vilken är den vanligaste typen av olyckor ombord?

Typen av olyckor kan påverka utgången av ett behov av psykisk hjälp efteråt. Det är vanligast med mindre olyckor ombord, men även större incidenter förekommer. Frågan är viktig eftersom olyckans storlek inte behöver påverka behovet av psykisk hjälp efteråt.

På passagerarrederierna händer det ofta kemikalieolyckor då en besättningsmedlem får diskmedel i ögonen. Andra olyckor som händer är klämskador i trailerhantering och fallskador. Dessa olyckor ger oftast inget behov av psykisk hjälp. Det övas regelbundet på olika typer av tänkbara scenarion. Rederierna gör varje år minst en större övning med många parter inblandade.

Mängden olyckor på tankrederierna baseras på hur allvarlig en incident ska vara för att den ska klassificeras som en olycka. På tankrederierna är mindre skador som oftast inte föranleder sjukavmönstring vanligast. Rederierna uppvisar i år en god statistik med bara en inrapporterad LTI, loss time injury. En LTI är en allvarligare skada som innebär sjukavmönstring. De vanligaste olyckorna är skador på händer och fingrar som ej skapar ett behov av psykisk hjälp. Det görs regelbundet övningar ombord på fartygen med olika scenarion. Varje år görs även ett större scenario med även externa enheter.

Hos funktionshinderavdelningen finns funktionshindrade människor. Ibland händer det att de blir aggressiva och ger sig på sin personliga assistent. Ofta görs aktiviteter med den handikappade. Det kan till exempel hända att brukaren och ledsagaren halkar när de är i simhallen.

6.10 Insatser i Stockholm efter Estoniakatastrofen: akuta psykiska åtgärder

Stockholms läns landstings akutsjukhus fick en förfrågan om att organisera ”krisgrupper för att vid behov kunna bege sig till Estline-terminalen dit många anhöriga till passagerarna väntades komma” (Socialstyrelsen, 1996, sid 137). PKL-grupperna vid tre sjukhus tillfrågades och sattes i arbete.

Till Estlineterminalen sändes en stödgrupp för att bistå med hjälp. Gruppen bestod av präster, diakoner, kuratorer och socialsekreterare. samt representanter för sjukhusens PKL-grupper. Dessa representanter bistod med ledningen och samordningen av de psykosociala stödinsatserna. Arbetsuppgifterna bestod av att ta hand om och ge psykologiskt stöd åt anhöriga som uppehöll sig i terminalbyggnaden samt att bemanna en telefonjour för oroliga anhöriga. Det förbereddes även avlösning för hjälparna på terminalen samt en debriefing för dessa (Socialstyrelsen, 1996).

Södersjukhuset utsågs till att ta emot överlevande. Lokaler och utrustning ställdes i ordning. Ett mål var att ingen överlevande skulle få lämna sjukhuset utan att ha gett ett namn på en kontaktperson. De överlevande som kom dit registrerades och fick en stödperson som ansvarade för fortsatt kontakt och uppföljning. Debriefinginsatser genomfördes för berörd personal på sjukhuset.

PKL-koordinatör på Huddinge sjukhus kontaktades för att förbereda en krisgrupp som skulle till Estline-terminalen. Det öppnades en anhörigmottagning som besöktes av anhöriga, som alla fick samtal och uppföljning om de ville. Krisgrupper sändes även ut till andra färjeterminaler. På S:t Görans sjukhus psykiatriska kliniks akutmottagning organiserades 8 kristeam, men de behövde inte sättas i arbete (Socialstyrelsen 1996).

Polismyndigheten i Stockholms län samarbetade med Rikspolisstyrelsen och svarade för huvuddelen av den svenska polisens arbete. Ledningscentralen kontaktade projektledaren för myndighetens ”debriefingprojekt”. En krisstab upprättades som hade som målsättning att starta upp en krisgrupp i varje drabbat distrikt, samordna stöd till dessa grupper, informera, inventera och förmedla externa resurser, ge råd och stöd till anhöriga samt att utvärdera krisorganisationen. Arbetet inriktade sig på insatser för insatspersonal, arbetskamrater och anhöriga till saknade och eventuella överlevande samt till personal i krisgrupperna. Företagshälsovården kontaktades för assistans.

I de mindre orterna fanns motsvarande PKL-grupper, men även kyrkan, kommunen,

räddningstjänsten samt frivilligorganisationer var inblandade och gav ett viktigt stöd.

Telefonjourens uppgift var att förmedla information om saknade anhöriga och att ge råd och stöd per telefon samt att informera om lokal psykisk hjälp. Telefonjouren var bemannad dygnet runt de första dygnen för att senare minska på öppettiderna. Av de 756 personer som kontaktade telefonjouren var majoriteten (76 %) enskilda personer och nära anhöriga (19 %). Även övriga anhöriga/nära vänner (18 %), myndigheter (18 %) och massmedia (6 %) kontaktade kriscentrat. Bland de nära anhöriga rörde frågorna främst passagerar- och överlevnadslistor, men även upplysningar om möjligheter till krisstöd (Socialstyrelsen, 1996).

Vid Kriscentrum Nord (kriscentrum delades i ett skede upp nord och syd) genomfördes en aktiv uppföljning i form av en telefonintervju efter två månader. Detta uppskattades i flertalet fall av de anhöriga. En fråga i uppföljningen var vad för psykosocialt stöd de hade fått och om det fanns behov av ytterligare hjälpinsatser. Av 306 anhöriga ansåg 8 % att stödet från familjen varit tillräckligt. 27 % hade varit i kontakt med kris- eller stödgrupp i hemorten (Socialstyrelsen, 1996).

6.10.1 Psykiskt eftermäle av drabbade grupper

Av 137 överlevande var 53 personer bosatta i Sverige. Skadorna som de fått var generellt av ringa omfattning. Överlevande har förutom individuella stödåtgärder även erbjudits stöd i grupp. Det fanns stor risk för anhöriga och överlevande att drabbas av psykiska problem i efterhand. Störst risk löper anhöriga till döda och saknade (Socialstyrelsen, 1996).

Under räddningsinsatserna användes 19 ytbärgare från Marinen. Efter återkomst till basen hölls ett avlastande samtal med samtliga i besättningen. 12 dagar efter olyckan undersöktes ytbärgarna för att undersöka förekomsten av posttraumatiska stressyndrom med hjälp av skattningsskalorna PTSS-10 (intervall 0-10) och IES-15 (intervall 0-74). PTSS-10 är ett självskattningsinstrument som kan användas under de första dagarna efter en allvarlig händelse för att mäta vanliga reaktioner hos traumatiserade människor. Det innehåller 10 frågor som besvaras ja eller nej (Lundin, 1992). IES-15 består av ett frågeformulär med 15 påståenden som används tre till fem veckor efter händelsen. Baserat på svaren på formulären kan slutsatser dras om hur patienten mår psykiskt (Horowitz, 1979). En formell debriefing hölls även samma dag. I efterhand gjordes uppföljningar med hjälp av enkäter där även stödinsatserna utvärderades. Ingen av de 17 tillfrågade önskade ytterligare krisstöd. Majoriteten tyckte att det avlastande samtalet var bra eller mycket bra (16/17). Även debriefingen var uppskattad; 7 var mycket nöjda, 8 var nöjda, 1 mindre nöjd och 1 missnöjd.

Ytbärgarna visade låga värden på PTSS (2,60/10) och IES (23,3/74) efter 12 dagar och efter 14 månader hade dessa värden gått ner mer; 0,73 respektive 12,0 (Socialstyrelsen, 1996). Besättningen på två av fartygen som tog emot överlevande och döda fick psykosocialt stöd av frivilligorganisationer direkt efter ankomst. Besättningen på Estonia förhöordes av haverikommissionen (SOU 1999:48).

Till de 53 svenska överlevande skickades en enkät ut tre månader efter olyckan för att studera de överlevandes tidiga stressreaktioner. Svartfrekvensen var 80 %. Sju personer hade förlorat en nära anhörig och 17 personer hade förlorat en arbetskamrat. 88 % tyckte att de professionella stödinsatserna hade varit tillfredsställande. Sju personer trodde de aldrig skulle glömma katastrofen. I tabellen nedan jämförs grad av traumatisering fyra månader efter olyckan med Gottrörakraschen 1991 (Socialstyrelsen, 1996).

Händelse	Antal	PTSS-10	IES-15
Gottröra	68	2,6	20,1
Estonia	42	3,9	28,3

(Grad av traumatisering enligt PTSS-10 och IES-15, Socialstyrelsen, 1996, sid 161)

Anledningen till att de traumatiska stressreaktionerna inte är högre skulle kunna bero på att överlevande hade en hög grad av dissociation under och strax efter katastrofen; känsla av bedövning 43 %, minskad uppmärksamhet 55 %, derealisation 67 %, depersonalisation 33 %, dissociativ amnesi 29 %. Dessa mekanismer kan skydda psyket mot de traumatiska upplevelserna (Socialstyrelsen, 1996).

6.10.2 Statens offentliga utredning om lärdomar av Estoniakatastrofen

Några år efter olyckan utretts gjordes en undersökning om de lärdomar som gick att dra av Estoniakatastrofen. Dessa publicerades i en offentlig utredning (SOU 1999:48). Analysgruppen anser att förhållningssättet avseende värdigt omhändertagande följde samhällets uppfattning och agerande genom tiderna. Angående den psykiska stödverksamheten i Stockholm under det akuta skedet blev det en fördröjning i kontakter med anhöriga på grund av briser i samordningen av polisens och stödarbetarnas arbete i färjeterminalen. Det uppstod en konkurrens i stödarbetet. Det

borde ha funnits information om krisreaktioner och möjligheterna till stöd och hjälp redan i terminalen. Det erbjöds en möjlighet till psykiskt stöd för överlevande och anhöriga men inte för den personal som deltagit i stödarbetet. Den svenska offentliga verksamheten kunde erbjuda ett gott stöd för anhöriga och överlevande. Det rekommenderas ett fortsatt stöd för drabbade. Informationen till inblandade är en viktig faktor för att kunna tillhandahålla ett gott stöd, något som tidvis var bristfällig. Det krävs en samordning mellan samhällets resurser för att få ett effektivt arbete.

7 Diskussion

7.1 Resultatdiskussion

7.1.1 Behovet av akut psykisk behandling ombord

Uppfattningen inom sjöfarten är fortfarande att det inte behövs något akut psykiskt omhändertagande ombord. Ingen av rederierna hade någon form av akut psykiskt stöd ombord implementerat i deras regler. Intresset uppfattades heller inte vara stort. Men då en allvarlig händelse väl händer kan de drabbade komma att må dåligt och då måste det finnas någon form av rutin för hur det akut psykiska omhändertagandet ska genomföras. Slutsatsen som kan dras är att rederierna inte prioriterar vikten av en akut psykisk behandling ombord. Om detta beror på att de inte anser att det behövs eller att det inte står något i regelverket angående akut krisstöd, finns inga uppgifter om. Rederierna anser att de gjort det som behövs i och med att de erbjuder hjälp via Företagshälsovården.

Vid en första aspekt kan det tyckas att det är absolut nödvändigt att ha någon form av stöd efter en incident. Det kan kännas naturligt att få prata av sig om det som har hänt. På grund av en avsaknad av kvalitativt vetenskapligt material är det oklart om ett akut psykiskt omhändertagande, inom några timmar efter olyckan, är effektivt för prevention av posttraumatiska besvär. Det som talar emot ett akut stöd, inom några timmar efter olyckan, kan vara att många individer är kvar i chockfasen där det är svårt att ta in ny information och att behandlaren därmed talar inför döva öron. Genom att vänta tills individen är mer tillgänglig i reaktionsfasen kan ett mer effektivt stöd ges.

Men om hjälp kan ges innan alarmfasen kanske inte individen kommer in i kriskurvan över huvud taget. Problemet däri ligger att det fortfarande kan vara en kaosartad stämning eller att händelsen inte är över. Om det ”bara” är en olycka med en person inblandad bör stödet sättas in redan i det medicinska skedet efter olyckan. Detta kan då förhoppningsvis leda till att personen inte reagerar lika starkt i kriskurvan. I det akuta krisstödet är det viktigt att personen tas väl omhand av sina kollegor.

Om det skulle hända en allvarlig olycka med en besättningsman på ett mindre fartyg kommer reaktionerna på den övriga besättningen att bli allvarligare än om samma olycka hände på ett större fartyg med fler i besättningen. Detta eftersom relationen mellan besättningen blir starkare ju mindre

besättningen blir. Varje individ ombord är mer eller mindre med om olyckan och kommer i psykisk ohälsa. Tillsammans skapas en dyster stämning. Även om den skadade besättningsmedlemmen evakueras är krisen inte över. Det är nu som det psykosociala arbetet startar och här har befälhavaren en viktig roll att skapa ordning i kaos. För att skapa bättre stämning kan någon form av samtal behöva hållas av befälhavaren. Samtalet behöver inte vara som en formell debriefing, men bör ändå följa vissa riktlinjer såsom information om händelsen, vanliga reaktioner och hur fortsättningen ser ut. Detta blir mer som ett avlastande samtal.

Om det rör sig om en större händelse med delar av eller hela besättningen, såsom en fartygsbrand, kan det vara så att det inte räcker med ett internt samtal ombord räcker utan att större resurser bör kopplas in. Företagshälsovården är en resurs som bör kopplas in så fort det står klart att resurserna ombord inte räcker till för att lösa krisen.

Något av en debriefing kan hållas ombord om befälhavaren eller maskinchefen anser det behövas. En debriefing kan mer vara av ett avlastande samtal än en formell debriefing. TF-CBT känns som en trolig möjlighet att utveckla. Problemet ligger dock i att den typen av hjälp görs bäst av professionella, det vill säga psykologer och terapeuter. En befälhavare är ingen psykolog, men kan tvingas bli det om en olycka händer. Genom att utbilda studenter inom detta område kommer det förhoppningsvis bli lättare att förhindra psykisk ohälsa ombord.

Även sjukvårdsansvarig styrman kan leda viss krishantering. Passagerarrederiets befälhavare kunde vid behov få hjälp av en kollega att leda en debriefing. Denna kollega borde då ha samma utbildning och därför passar en sjukvårdsansvarig person bra in. Teoretiskt sett bör det kunna gå att hålla en debriefing med företagshälsovården via Radio Medical och videolänk. En professionell behandlare kan då hjälpa besättningen i det omedelbara skedet och även få en första anblick hur de mår tack vare videosamtalet.

Författaren anser att i alla fall ett avlastande samtal bör hållas efter en olycka. En formell debriefing kan förvärra situationen. Det är av vikt att samtalet efteråt är frivilligt eftersom ett trauma upplevs olika av olika människor. Reaktionerna kan vara högst varierande och vissa kanske inte känner ett behov av att tala ut om olyckan. Till detta kommer den förutfattade meningen att en sjöman inte räds något och absolut inte vill prata om några psykiska problem.

7.1.2 Gemene mans bild av en sjöman

En vanlig bild av sjömannen är en hårdhudad man som inte räds för något och att livet på sjön är hårt och det är viktigt att ha ett starkt psyke. Den moderna sjömannen är säkert en familjefar med ett gott socialt liv. Det betyder att denne kan vara i farozonen för psykisk ohälsa vid en olycka. Hur sjömannen är beror på många olika saker och det är helt individuellt hur denne reagerar på en olycka. Många erfarna sjömän har säkert varit med om allvarigare olyckor och har då utvecklat ett motstånd och immunitet enligt General Adaption Syndrome, GAS. Men för en nytexaminerad styrman kan en olycka påverka denne mycket hårt.

En vanlig bild idag är en klapp på axeln och en uppmaning om att inte fördjupa sig i det som hänt utan att bara fortsätta arbeta som om inget hade hänt. Detta kan påskynda utvecklingen av psykiska besvär senare. Om det inte ges någon möjlighet att prata om det som har hänt, skapas svårigheter för behandling. Det finns troligen ett stort mörkertal över besättningsmedlemmar som mår dåligt, men som håller det inom sig. Väl hemma från fartyget kan de till exempel få alkoholproblem för att ”dränka sorgerna”. En olycka påverkar alla ombord på ett större eller mindre sätt. Om inte symptomen uppvisar sig direkt, kan det bero på ett initialt förträngande av chocken. Det är i det direkta efterspelet av en olycka mycket svårt att ta till sig vad det är som har hänt. På sjön måste sjömännen ta hand om varandra.

I det initiala skedet kommer vissa sjömän att visa sig starka och inte visa direkta känslor. För att kunna leda en aktion vid en allvarlig händelse är det en fördel att inte blanda in egna känslor eftersom känslorna blockerar tankeverksamheten. Den till synes opåverkade sjömannen kan vara i chockfas och även uppvisa försvarsmekanismer. Det kan även i vissa fall förekomma mobbning mot den som visar sig svag och chockad. Detta späder på den psykiska ohälsan hos sjömannen. I händelse av lång tid till hamn, kommer kanske sjömannen att försämra sin arbetsprestation i den grad att sjömannen blir en fara för resten av besättningen.

Det sociala stödet är en stort bidragande faktor för hur lätt en psykisk kris löses. I och med att besättningen lever tillsammans på en liten yta är de som en enda stor familj i mikrosystemet ombord. Om något händer en besättningsmedlem kommer detta att påverka resten av besättningen lika mycket som om något skulle hända med en familjemedlem iland.

Under själva insatsen för att lösa incidenten är det en fördel att tränga undan känslorna. Efteråt bör

känslorna tas fram för att kunna underlätta återhämtningsprocessen från incidenten.

Sammanfattningsvis är dagens sjöman en människa med känslor.

7.1.3 Rederiers uppfyllande av rådande lagstiftning

Enligt AFS 1999:07 skall arbetsgivaren ha en beredskap för krisstöd för arbetstagarna. Rederierna uppfyller dessa krav då de har avtal med Företagshälsovården. Passagerarrederierna har en godare förmåga att lösa mindre kriser genom kontoret då de har beteendevetare som jobbar där. Detta kan bero på att rederiet har en stor organisation som transporterar många passagerare. Det vill säga att det är större risk att det händer en olycka. Tankrederierna är ett mycket mindre rederi med en plattare organisation. De anser kanske att det är ”onödigt” att anställa en beteendevetare eftersom de har Företagshälsovårdens resurser att tillgå.

För den akuta medicinska hjälpen uppfyller passagerarrederierna fartygssäkerhetslagens krav på att hjälpen skall kunna ges ombord. Även de fördjupade kraven från Fartygssäkerhetslagen uppfylls. Tankrederierna erbjuder akut medicinsk vård enligt fartygssäkerhetslagen.

Lagen kräver att rederierna ska kunna erbjuda psykisk hjälp och att chefer har kunskap om kriser. Rederierna erbjuder psykisk hjälp via Företagshälsovården. Min uppfattning är att rederiernas kunskap om kriser är svag. Det är enklare att vidarebefordra än att lära sig lösa psykiska kriser.

Rederierna ska se till att den ombordpersonal de anställer har rätt behörighet för dess befattning. Ansvar för att ha rätt behörighet är besättningsmedlemmens som får detta av sjöfartshögskolan. Sjöfartshögskolans kurser skall motsvara kraven i STCW-konventionen.

7.1.4 Sjökaptenstudenternas utbildning i psykiskt omhändertagande

Enligt Socialstyrelsens (2008) råd motsvarar denna utbildning en grundkurs med fokus på insatspersonal. I land finns räddningspersonal som tar hand om olyckor. Efter en olycka har de ett avlastande samtal. Inom sjöfarten har besättningen ansvar för att hantera olyckorna innan eventuell extern hjälp kommer till platsen. Detta ställer höga krav på besättningens psyke och fysik. Utbildningen som den är idag är kanske inte tillräcklig. Men den information som lärs ut ger en bra bild på hur en människa reagerar vid en kris. Även råd om behandling ges och detta enligt STCW-kodens krav på utbildningen. Vid krisstöd är 80 % information om händelsen. Det anses därför viktigt att ansvarigt befäl har en god förmåga att förmedla information. Studenterna blir inte psykologer, men de får en god grundläggande inblick i hur en människa fungerar i en kris.

7.1.5 Analys av nuvarande krisstöd hos rederier och eventuella förbättringsmöjligheter

Rådande praxis är att kontakta Företagshälsovården för råd och stöd vid en allvarlig händelse som kräver psykisk hjälp. Vid mindre allvarliga händelser saknas klara rutiner. Det samma gäller det akuta psykiska omhändertagandet. Ett sätt att skapa rutiner är att i SMS-systemet implementera råd om att någon form av avlastande samtal ska hållas ombord efter en incident. Regelbundna utbildningar i arbetsmiljö och krisstöd för ansvariga befäl är en god metod att förbättra beredskapen ombord. Passagerarredieriet håller som sagt en utbildning i arbetsmiljö och psykosocialt arbete nu. En utbildning i TF-CBT kan vara en gott närmande av stöd efter en incident. Problemen med att lära sig TF-CBT är dels att det inte finns mycket intresse av det idag hos rederier, Företagshälsovården har redan resurser för att hantera psykiska hjälpinsatser. Ett stort problem ifall utbildningen genomförs är att det kan vara svårt för personen som leder krisstödet efter en olycka att tolka informationen rätt. Men en stor fördel om ett samtal genomförs är att värdefull tid sparas då hjälpinsatsen tas över av Företagshälsovården i och med att det redan finns information om hur besättningen verkar må.

Ett kristeam på ett rederi kan jämföras med en variant av krissamordningsgrupp för Göteborgs stad. En central krissamordningsgrupp skulle kunna vara användbar till sjöss. Exempel är att det i ett råd sitter representanter från alla inblandade i en kris. Tänka representanter kommer bland annat från; försäkringsbolag, Transportstyrelsen, Sjöräddning, Kustbevakning, Sjöbefälsskolan, den lokala hamnen, Företagshälsovården etc. En plats är vakant och den är för en representant för det rederi som drabbats av en större olycka där många blir inblandade. Det akuta skedet till sjöss går ganska fort vilket kan föranleda till att rederier inte hinner samla sin styrka eller ansluta till en eventuell krissamordningsgrupp innan den akuta krisen är över. Därför måste det ombord finnas klara rutiner hur det psykiska stödet är upplagt. De råd som denna grupp då ger rederiet är enbart rekommendationer om hur krisen skall lösas.

Övningar som genomförs ombord och även större övningar där även kontoret är inblandat bör även innefatta metoder om krisstöd. Krisstödet är en viktig faktor i efterspelet av en olycka.

Övningsscenario måste vara välbyggda och både vara planerade och oplanerade. Det bör dock tidigt stå klart om det rör sig om en övning eller ett skarpt larm. Större övningar är lärorika och nyttiga eftersom de sätter större krav på att organisationen fungerar. Brister kan snabbt komma att upptäckas och rättas till inför ett skarpt tillfälle.

Rederierna kan även gå ett steg längre genom att även erbjuda praktiska ting såsom att erbjuda hjälp i hemmet genom att till exempel åka och handla för den drabbade. Detta kan skapa en trygghet och gott förtroende för den drabbade och dess familj. Den drabbade borde då snabbare kunna återgå till arbetet eftersom han eller hon vet att rederiet stöttar i alla lägen.

7.1.6 Sjöfartens förbättringspotential för krisstöd

På land går det oftast fortare att få hjälp än till sjöss. Detta är en rent logistisk fråga eftersom fartyg kan vara långt ifrån land när det händer något. Dock kan mycket lösas ombord. Sjöfartens förbättringspotential bör fokuseras på att tillhandahålla akut psykisk hjälp ombord. Den medicinska hjälpen finns redan lagstiftad, men den psykiska hjälpen är vagt utforskad. Genom intervjuerna som genomfördes kan slutsatsen dras att ett passagerarrederi har större beredskap vid en allvarlig händelse än vad tankrederiet hade. En allvarlig händelse på tankrederiet behöver däremot inte innebära att de är sämre på att lösa krisen än passagerarrederierna. I och med dess lilla och behändiga storlek kan det spela för dess styrka.

Landsidans styrka ligger i att snabbt komma i kontakt med nödvändig hjälp. Landorganisationen har en variant av checklista att följa i det akuta skedet vid hot- och våldssituationer. Den är en bra förebild, även vid rena arbetsplatsolyckor, och den innehåller de delar som kan förenkla återhämtningen efter en incident. Kontakt med Företagshälsovården är inget obligatoriskt och ses mer som en yttersta åtgärd. En sådan plan kan vara användbar till sjöss. Bedömningen av läkarvård görs i det akut medicinska omhändertagandet ombord. För möjligheterna till att prata av sig saknas i dagsläget rutiner, men om det implementeras i SMS-systemet kan mycket av den akuta psykiska vården ske ombord. Samtalet bör helst ske med den besättningsmedlem som står närmast den drabbade. Den som står närmast kan sedan välja att rapportera till sjukvårdsansvarig och/eller till befälhavaren. I händelse av en ny besättningsmedlem kan samtal istället hållas med befälhavaren. Att erbjuda resällskap hem är av naturliga skäl inte tillämpligt förutom vid avmönstring. Det sociala stödet är den viktigaste faktorn för att förhindra psykisk ohälsa. Därför är det viktigt att den drabbade inte lämnas ensam under längre perioder. Ett problem är dock om den skadade är en icke uppskattad besättningsmedlem, vilket kan vara fallet. En samling av hela besättningen för information är ett bra sätt för att få alla medvetna om vad som har hänt. Efter kontakt med kontoret och vidare eventuellt Företagshälsovården kan tid bokas vid psykiatrisk mottagning vid behov.

Genom att tillämpa en mall med frågor om hur en person mår kan det med hjälp av självskattningsskalor bli lättare att konstatera vilken grad av hjälp som behövs i varje enskilt fall.

Exempelvis så att vid en brand måste ett samtal med besättningen hållas efteråt, men kanske inte vid en mindre olycka.

7.1.7 Regelverkens nytta för besättningen

De regelverk som finns för vård av besättning ombord skall vara till nytta för besättningen.

Eftersom Arbetsmiljölagen gäller ombord skall även dess inlägga AFS 1999:07 göra det.

På svenskflaggade fartyg gäller AFS 1999:07. Publikationen kan anses ligga till hjälp för besättningen eftersom den klart och tydligt anger vad som gäller. Problemet kan ligga i att få besättningsmedlemmar känner till att den finns. Efter en olycka är det inte säkert att första tanken blir att läsa en AFS. Enligt rekommendationerna till AFS 1999:07 bör en medarbetare som varit med om en starkt påverkande händelse vid behov ges andra arbetsuppgifter eller vara ledig några dagar. Detta är inte möjligt till sjöss. Med dagens minimibemanningar är det i stort sett omöjligt att ersätta en besättningsmedlem på mycket kort varsel. Befälhavaren kan säga att fartyget inte är sjövärdigt efter en allvarlig händelse, men om det händer till sjöss blir situationen svårare att lösa. En lösning till situationen kan vara att vaktbefria besättningsmedlemmen. Detta leder till att resten av besättningen tvingas arbeta mer. Om den drabbade aldrig lämnas ensam kan detta i sin tur leda till att både sjukvårdsansvarig och en besättningsman inte kan följa sina vakter. Då blir det ännu mer belastning på resterande besättning. Detta kan strida mot AV:s rekommendationer.

Angående ISM-koden säger den att det bör finnas ett SMS-system med säkerhetsrutiner. ISM-koden gäller på alla svenska fartyg som uppfyller kraven. SMS-systemet är unikt för varje rederi och rederiet bestämmer vad för rutiner som skall finnas. De rederier som intervjuats följer ISM-koden och har ett SMS-system. Som rutin vid behov av psykisk hjälp kontaktar de Företagshälsovården om det fanns behov.

ILO-konventionerna vill å besättningens bästa. Konventionerna är underlaget till den rådande lagstiftningen om sjukvården ombord.

AFS 1999:7 nämner olika uppgifter som skall göras av personer vid en olycka. Nedan är en presentation av det tilltänkta arbetet ombord och på rederiet.

- ♣ Ta sig an skadade eller drabbade: Sjukvårdsansvarig
- ♣ Alarmera ambulans och polis: Befälhavare
- ♣ Ge första hjälpen: Sjukvårdsansvarig eller person med kunskaper i första hjälpen som är först på plats.
- ♣ Följa med till sjukhus eller hem: eventuellt någon ur besättningen; matros
- ♣ Ta hand om dem som varit vittne till eller nära händelsen: Befälhavare och/eller sjukvårdsansvarig.
- ♣ Ta kontakt med anhöriga: Rederi
- ♣ Informera arbetskamrater: Befälhavare
- ♣ Fatta beslut om ”specialistinsatser”: Rederi/Befälhavare
- ♣ Samla arbetstagarna: Befälhavare
- ♣ Ta sig an eventuella kontakter med massmedia: Rederi

7.1.8 DP-rollens existens och uppgift

Enligt ISM-koden bör varje rederi ha en Designated Person som jobbar med säkerheten. I det stora hela känns DP-rollen väldigt diffus. DP känns som en spindel i nätet som har kunskaper om lite av varje. Om det uppstår en fråga om säkerhet är sannolikheten stor att frågan besvaras av DP. DP besitter stor makt med dennes viktiga roll inom säkerhetsfrågor. DP:s roll kan liknas med den jourhavande stadsdirektörens. Båda har jour och är den första kontakten som antingen räddningstjänst eller fartyg kontaktar. Dessa har sedan makten att tillkalla en krisgrupp för att lösa den uppkomna krisen. En skillnad är att DP ofta är säkerhetschef för rederiet. Stadsdirektören har även andra arbetsuppgifter. Det skulle önskas tydligare riktlinjer vad en DP ska göra.

7.1.9 Analys av det akuta psykiska omhändertagandet vid Estoniakatastrofen

Estoniakatastrofen var av väldigt stor karaktär för Sverige. Det medicinska handlandet iland var effektivt. Den psykiska biten var enligt SOU 1999:48 delvis bristfällig. Detta belyser det stora behovet av ett väl fungerande krisstöd. Kommunikation är även en mycket stor del att ta hänsyn till vid en kris. Det är viktigt att följa upp långsiktigt. För frivilligarbetare vid en kris är det viktigt att ta

kontaktuppgifter så att möjlighet finns att erbjuda dem hjälp senare.

Den överlevande besättningen behandlades på samma sätt som överlevande passagerare. Eftersom de förhöordes av haverikommissionen fick de spela upp olyckan flera gånger. Detta underlättar troligen inte återhämtningsprocessen. Om besättningen kände en skuld för det som hade hänt borde de ha separerats för särskilda insatser för förhindrandet av psykisk ohälsa.

Skillnaden i insatser mot besättning kontra passagerare kan vara graden av insats. Besättningen kan drabbas hårdare av en olycka eftersom de gör ett tjänstefel. De är däremot vana vid havet och har därför ett visst inbyggt motstånd till uppvisande av känslor. Passagerarna däremot har kanske ingen erfarenhet av havet och påverkas därmed mer. Alltså; besättningen påverkas mer av olyckan och passagerarna mer av helhetsbilden.

Vid en sådan stor olycka räcker inte besättningen till för att lösa krisen. Det är fullt förståeligt att vissa rutiner kan sättas åt sidan på grund av incidentens magnitud.

7.1.10 *En idé om en ideal lösning till en krissituation.*

Situationen är följande. På ett lastfartyg som är två dagar från hamn händer en olycka. En besättningsmedlem avlider av sina skador. Det är dåligt väder så det går inte att evakuera.

Bryggan larmas och sjukvårdsansvarige andrestyrman kommer till platsen och försöker hjälpa den skadade. Det görs en Radio Medical för konsultation. Trots Andrestyrman arbete avlider besättningsmedlemmen av sina skador. Befälhavaren ringer till kontoret och berättar för Designated Person vad som har hänt.

Några timmar efter olyckan samlas besättningen på bryggan. Här håller befälhavaren i samarbete med andrestyrman, en informationsstund. De informerar om att olyckan har hänt, vad de gjort och vad som kommer att hända nu. Andrestyrman berättar om de medicinska bitarna och att mannens liv inte gick att rädda. Befälhavaren berättar om normala krisreaktioner efter en sådan händelse och att det kommer att finnas möjlighet till samtal.

Under samtalen använder befälhavaren metoden TF-CBT som visat sig vara mycket effektiv för stöd i det akuta skedet. Befälhavaren håller samtal med hela besättningen under tiden till hamn. Då fartyget anlöper hamn kopplas resurserna i Företagshälsovården in.

Några år senare är alla i besättningen återställda från traumat, men det kommer för alltid att finnas kvar i deras minnen.

7.2 Metoddiskussion

Kritiken mot metoden är att intervjuerna var för få. Detta kan medföra att det saknas tillräckliga fakta för att kunna dra korrekta slutsatser som gäller för hela sjöfartsnäringen. Däremot visade båda rederierna en stor likhet i processen för krishantering. Validiteten för de intervjuade kan vara präglad av vad de anställda tvingas säga om frågor. Det vill säga att svaren kan vara inövade och i värsta fall inte stämma överens med verkligheten. Varje fall är unikt vilket gör att det kan bli svårt att dra generella slutsatser och ge generella råd. Eftersom arbetet handlar om det akuta psykiska omhändertagandet ombord borde rederier som inte anlöper hamn varje dag tillfrågats. Vid många hamnanlöp finns goda möjligheter till att få hjälp från sjukvården iland.

I slutet av arbetsprocessen publicerades den reviderade STCW-konventionen och STCW-koden. Arbetet uppdaterades efter detta.

7.2.1 Förslag till vidare forskning

Detta arbete kan ligga till grund för fortsatt forskning inom området. För att få en klar bild kan en studie av alla svenska rederier genomföras. Detta arbete går att skriva en doktorsavhandling på. En jämförelse kan göras med andra länders metoder att hantera kriser till sjöss. Detta kan med fördel genomföras som ett EU-projekt med sjöfartshögskolor från hela Europa inblandade. En undersökning kan även göras om möjligheterna att genomföra samtal med professionella hjälpare över videolänk.

8 Slutsatser

Slutsatserna som kan dras av studien är:

- ♣ Det är bra att ha en grund för hur en kris skall lösas.
- ♣ För rutiner i det akuta medicinska skedet existerar tydliga råd om vem som gör vad. Detta saknas för den psykiska första hjälpen
- ♣ Det bör implementeras i regelverken något om vikten av psykiskt stöd som till exempel ett kortare samtal.
- ♣ Tänka riktlinjer att följa efter en olycka baseras delvis på de riktlinjer som finns för Hot- &

våldpolicyn:

- Lös situationen som uppstått
- Bedöm eventuellt behov av medicinsk vård
- Försök ordna ett samtal med den drabbade inom närmsta dygnet. Detta skall helst göras ombord.
- Informera besättningen om vad som har hänt genom en variant av ett avlastande samtal och vad som nu kommer att hända.
- Ha god kontakt med kontoret.
- Erbjud Företagshälsovården.
- Följ upp genom att förhindra att en liknande olycka kan hända igen.

9 Referenser

Övriga källor

AFS 1994:1 *Arbetsanpassning och rehabilitering*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Agorastos, A., Marmar, C., Otte, C. (2011) Immediate and early behavioural interventions for the prevention of acute and posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 24, nr 6, ss. 526-532.

Alexander, D.A. (1993) The Piper Alpha oil rig disaster. I *International handbook for traumatic stress syndromes*, red. JP. Wilson & B. Raphael, 461-471. New York: Plenum.

Arbetsmiljöverket (2011) *Arbets-skador 2010*. Stockholm (Arbetsmiljöstatistik Rapport 2011:1).

Arbetsmiljöverket. (1999) *Första hjälpen och krisstöd*. Stockholm: Arbetsmiljöverket (AFS 1999:07).

Bisson, J.I. Shepherd, J.P., Deborah, J., Probert, R., Newcombe, R. E. (2004) Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. *The British Journal of Psychiatry*, nr 184, sid 63-69.

Bonnano G.A., Galea S., Bucchiarelli A., Vlahov D. (2006) Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychol Sci. Mar*; Volym 17 nr 3 sid 181-186.

Breslau, N. (2002) Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*, vol 47, nr 10, sid 923-929.

Bryant, R. A. (2005) Psychosocial approaches of acute stress reactions. *CNS Spectr*, vol 10, nr 2, sid 116-122.

Bryant, R. A. (2007) Early intervention for post-traumatic stress disorder. *Early Interv Psychiatry*, vol 1, nr 1, sid 19-26.

Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Compton, M. (1999), Cargo Operations – Lessons to be learnt. I *Learning from marine incidents*; 20-21 oktober, 1999, London, Paper NO.8.

Cullberg, J. (1975) *Kris och utveckling*. 5e upplagan. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Darsaud, A., Dehon, H., Lahl, O., Sterpenich, V., Boly, M., Dang-Vu, T., Desseilles, M., Gais, S., Matarazzo, L., Peters, F., Schabus, M., Schmidt, C., Tinguely, G., Vandewalle, G., Luxen, A., Maquet, P., Collette, F. (2011) Does sleep promotes false memories?. *J Cogn Neurosci*, vol 23, nr 1, sid 26-40.

Ehlers, A. Clark, D. M. (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, vol 38, nr 4, sid 319-345.

Ehring, T., Ehlers, A., Cleare, A. J., Glucksman, E. (2008) Do acute psychological and psychobiological responses to trauma predict subsequent symptom severities of PTSD and depression?. *Psychiatry Res*, vol 161, nr 1, sid 67-75.

Everly, G. (1999) Critical incident stress debriefing (CISD): a meta-analysis. *Int J Emerg Mental Health*, vol 1, nr 3, sid 165-168.

Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Kao, T.-C., Bhartiya, V. R. (1992) The Chemical and Biological Warfare Environment: Psychological Responses and Social Supports in a High-Stress Environment. *Journal of Applied Social Psychology*, vol 22, sid 1608–1624.

Göteborgs stad Västra Hisingen (2011) Hot & Våld-policy.

Hart D. S., Orner, R. (2005) New values in reconstructing early interventions after trauma. *ISTSS Traumatic Stress Points*. Vol 19 nr 2.

Hawker, D. M., Durkin, J., Hawker, D. S. (2010) To debrief or not to debrief our heroes: that is the question. *Clin Psychol Psychother*, doi: 10.1002/cpp.730.

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P., de Jong, J. T., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., Ursano, R. J. (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, Vol 70, nr 4, ss 283-315.

Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W. (1979) Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, Vol 41, nr 3, sid 209-218.

ILO-konvention 164. *Om hälsovård och sjukvård för sjömän*. Genève, International Labour Organization.

International Maritime Organization. (2010) *ISM Code*. 3:e upplagan. London: International Maritime Organization.

Johannesson, K. B., Michel, P. O., Arnberg, F., Lundin, T., Schulman, A., Hultman, C., Martinsson, L., Lindam, A. (2006) *Uppföljning av svenska resenärer efter tsunamin 2004*. Uppsala: Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet.

Larsson, R. (2004) Stress och krishantering. I *Hälso- och Sjukvård, Medical Care Grundutbildningen Sjökapten*, red. R. Larsson, sid.85-92. Göteborg: Chalmers Tekniska högskola.

Lindy, J. D. (1993) Focal psychoanalytic psychotherapy of post-traumatic stress disorder. I *International handbook of traumatic stress syndromes*, red. JP. Wilson & B. Raphael, 803-809. New York: Plenum.

Lundin, T. (1992) *Traumatisk stress och personlig förlust*. Solna: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Marchand, A., Soledad, I., Pascale, B. (2003) Pouvons-nous diminuer ou prevenir l'apparition des reactions de stress post-traumatiques? Analyse critique de l'efficacite du debriefing. *Canadian Psychology*, vol 44, nr 4, sid 351-368.

Masten, A. S., Best, K. M., Garmezy, N. (1990) Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, vol 2, nr 4, sid

425-444.

Michel P. O., Johannesson K. B., Lundin T. (2006) Psykologisk första hjälp i samband med katastrofer och olyckor. *Läkartidningen*, nr 103 sid 2855-2856.

Mitchell, J. (1983) When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, vol 8, sid 36-39.

Mitchell, J., Everly, G. (1995) Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers. *Journal of Traumatic stress*, vol 8, nr 2, sid 360-362.

Mitchell, A., Sakranda, T., Kameg, K. (2003) Critical Incident Stress Debriefing: Implications for Best Practice. *Disaster Management & Response*, Vol 1, nr 2, sid 46-51.

National Institute of Clinical Excellence (2005) *The management of post-traumatic stress disorder in adults in primary, secondary and community Care. Clinical guidelines 26*. London: National Institute of Clinical Excellence.

Nielsen, D. (1999) Occupational accidents among seafarers. I *Learning from marine incidents*; 20-21 oktober, 1999, London, Paper NO.8.

Palmkvist, I. (2005) *Sjukvård för sjöbefäl*. 2 uppl, Lund: Studentlitteratur.

Raphael, B. (1986) *When disaster strikes*. New York: Basic books.

Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., Wessely, S. (2002) Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, nr 2.

Rüter, A., Nilsson, H., Vikström, T. (2006) *Sjukvårdsledning vid olycka och katastrof*. Lund: Studentlitteratur.

Schaap, I. A., van Galen, F. M., de Ruijter, A. M., Smeets, E. C. (2006) *Resilience, the article*. Impact Dutch knowledge and advice centre for post-disaster psychosocial Care. Amsterdam.

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

SFS 1949:105. *Tryckfrihetsförordning*. Stockholm, Justitiedepartementet.

SFS 1977:11166. *Arbetsmiljöförordning*. Stockholm, Arbetsmarknadsdepartementet.

SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Stockholm, Arbetsmarknadsdepartementet.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm, Socialdepartementet.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm, Socialdepartementet.

SFS 2003:364. *Fartygssäkerhetslagen*. Stockholm, Näringsdepartementet.

SFS 2003:778. *Lagen om skydd mot olyckor*. Stockholm, Försvarsdepartementet.

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm, Justitiedepartementet.

SFS 2009:641. *Offentlighets- och sekretessförordning*. Stockholm, Justitiedepartementet.

Socialstyrelsen. (2008) *Krisstöd vid allvarlig händelse*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Solomon, Z. (1993) Immediate and long-term effects of traumatic combat stress among Israeli veterans of the Lebanon War. I *International handbook for traumatic stress syndromes*, red. JP. Wilson & B. Raphael, 905-914. New York: Plenum.

SOSFS 2005:13. *Fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap*. Stockholm, Socialstyrelsen.

SOU 1999:48. *Lära av Estonia*. Stockholm, Näringsdepartementet.

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1996) The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* vol 9 sid 455-471.

TSFS 2009:119. *Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om arbetsmiljö på fartyg*. Norrköping, Transportstyrelsen.

van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., Emmelkamp, P. M. (2002) Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*, nr 360, sid 766-771.

Warfare Environment: Psychological Responses and Social Supports in a High-Stress Environment. *Journal of Applied Social Psychology*, vol 22, sid 1608–1624.

Wessely, S., Bryant, R. A., Greenberg, N., Earnshaw, M., Sharpley, J., Hughes, J. H. (2008) Does psycho education help prevent post traumatic psychological distress?. *Psychiatry*, vol 71, nr 4, sid 287-302.

Wilson, J., Raphael, B., Meldrum, L., Bedosky, C., Sigman, M. (2000) Preventing PTSD in trauma survivors. *Bulletin of Menninger Clinic*, vol. 64, nr 2, ss. 181-196.

Zohar, J., Sonnino, R., Juven-Wetzler, A., Cohen, H. (2009) Can posttraumatic stress disorder be prevented?. *CNS Spectr*, vol 14, nr 1, sid 44-51.

Internetkällor

Arbetsmiljöverket. (2011) Lag och rätt. *Arbetsmiljöverket*. <http://www.av.se/lagochratt/>. (hämtad 2011-11-29).

Cambridge university press. (2011) Institute of London Underwriters. *Cambridge Dictionaries Online*. <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/business-english/institute-of-london-underwriters>. (hämtad 2011-09-22).

ILO. (2011) About the ILO. *International Labour Organization*. <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang—en/index.htm>. Hämtad 2011-11-17.

INSJÖ. (2011) INSJÖ. *INSJÖ*. www.insjo.org. (hämtad 2011-09-22).

International Maritime Organization. (2011) Introduction to IMO. *International Maritime Organization*. <http://www.imo.org/About/Pages/Default.aspx>. (hämtad 2011-11-29).

POSOM. (2011) Vårt uppdrag. *POSOM*.

http://www.posom.se/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=2&lang=sv
(hämtad 2011-10-29).

Praktisk Medicin. (2011) Stressyndrom, akut. Akut stressyndrom. ASD. Posttraumatiskt stressyndrom. PTSD. *Praktisk Medicin*,
<http://www.praktiskmedicin.com/sjukdom.asp?sjukdid=1079&code=13206> (hämtad 2011-10-29).

Nordllund, A. (2008) Kriskurvan. *Sjöfartens arbetsmiljönämnd*. <http://www.san-nytt.se/2008/11/24/kollega-i-kris-en-sakerhetsrisk/>. (hämtad 2011-11-24).

Selye, H. (1956) The Nature of Stress. *International Center for Nutritional Research, Inc*.
<http://www.icnr.com/articles/the-nature-of-stress.html>. (hämtad 2011-11-24).

Sundgren, L. (2008) Kollega i kris – en säkerhetsrisk. *Sjöfartens arbetsmiljönämnd*.
<http://www.san-nytt.se/2008/11/24/kollega-i-kris-en-sakerhetsrisk/>. (hämtad 2011-11-24).

10 Bilagor

10.1 Bilaga 1: Intervjufrågor rederier

Personal:

Har du varit med om någon olycka?

Vad fick du för hjälp?

Var det någon uppföljning, såsom samtal?

Hade ni någon form av debriefing efteråt?

Fick du något erbjudande om att träffa en psykolog?

Hur upplevde du situationen? Var den fysiskt/psykiskt påfrestande?

Fanns det något annat stöd i anslutning till en incident? T.ex. PA-annons om ambulanspersonal/präst etc.?

Fick du någon ersättning av rederiet?

Blev du sjukskriven?

Fick du bestående men?

Vet du någon som varit med om en olycka? Kan vara av större eller mindre karaktär.

Hur mår den personen?

Vet du om han fick någon hjälp?

Hade ni någon gemensam debriefing efter olyckan?

Företag:

Vilken är den vanligaste typen av olyckor ombord?

Hur ofta händer det olyckor på era båtar/företag?

Vad har ni för förebyggande åtgärder mot olyckor?

Finns det särskilda utbildningar ni sänder er personal på?

Rapporterar ni till INSJÖ?

Vad har ni för tillvägagångssätt när det händer en olycka?

Finns det en plan?

Har ni övningar i hur man går till väga?

Vet alla vad de har för uppgifter?

Finns det ersättare till de på listan om en av dem inte är på jobbet?

Har personalen någon utbildning inom första hjälpen och krishantering

Följer ni upp olyckor och incidenter?

På vilket sätt följer ni upp?

Finns det möjlighet för de inblandade att få hjälp?

Debriefing?

Technical Crisis debriefing?

Personal crisis debriefing?

Är en CCM-utbildning ett krav för att få jobba inom säkerhetsbemanningen ombord?

Har olyckor(såsom Estoniakatastrofen) påverkat ert sätt att arbeta med krishantering?

På vilket sätt? Etc.

Har ni skyddskommitté/skyddsombud?

Hur ofta är det möte?

Vad har du för roll vid en olycka?

Kan vi ha fortsatt kontakt om jag kommer på fler frågor?

Vet du vad kriskurvan är?

Vad gör ni för att personalen ska må bra och på så sätt undvika att hamna i olyckor?

Har ni ett SAM-arbete på arbetsplatsen?

Det finns antagligen rutiner för omhändertagande i det akuta skedet ombord. Har ni några rutiner för det psykiska omhändertagandet?

10.2 Bilaga 2: Intervjufrågor Göteborgs stad

Vad har ni för tillvägagångssätt när det händer en olycka/katastrof?

Finns det en plan?

Har ni övningar i hur man går till väga?

Vet alla vad de har för uppgifter?

Hur fungerar era POSOM-grupper?

Hur fungerar era PKL-grupper?

Vilka deltagande finns med i kristeamet?

Är det bara SOS-alarm eller även präster, psykologer etc.?

Finns det ersättare till de på listan om en av dem inte är på jobbet?

Har personalen någon utbildning inom första hjälpen och krishantering

Följer ni upp olyckor och incidenter?

På vilket sätt följer ni upp?

Finns det möjlighet för de inblandade att få hjälp?

Debriefing? Har kristeamet någon form av debriefing?

Technical Crisis debriefing?

Personal crisis debriefing?

Kan vi ha fortsatt kontakt om jag kommer på fler frågor?

Vet du vad kriskurvan är?

Det finns antagligen rutiner för omhändertagande i det akuta skedet. Har ni några rutiner för det psykiska omhändertagandet?

Hur fungerar uppdelningen system/individ?

10.3 Bilaga 3: Informationsblad med medgivande

Informationsblad om deltagande i intervju om akut och psykiskt omhändertagande vid incidenter

Bakgrund och syfte

Mitt namn är Elias Andersson och jag läser sista året på sjökaptensprogrammet vid Chalmers Tekniska Högskola i Göteborg. Jag skriver mitt examensarbete om det akuta och psykiska omhändertagandet vid olyckor till sjöss och i land. Att jobba till sjöss ställer ofta höga krav på personligheten med tanke på att man är utlämnad till naturens krafter. Olyckor händer och ibland är de allvarliga.

Syftet med mitt arbete är att jämföra rutiner och tillvägagångssätt mellan jobb till sjöss och jobb i land. Fokus kommer att ligga på hur personalen tas omhand efter en olycka/tillbud. Studien kommer först att ta upp vad som görs i det akuta omhändertagandet, första hjälpen. Efter det kommer rutiner om psykisk uppföljning att studeras.

Förfrågan om deltagande

En stor del av mitt arbete går ut på att intervjua anställda vid rederier och landorganisationer. För att vara med i intervjun ombeds du att läsa igenom detta dokument och skriva under ditt medgivande.

Hantering av data och sekretess

All data kommer att behandlas konfidentiellt och alla intervjuade personer och företag kommer att vara anonyma. Det kommer att vara omöjligt att spåra enskilda intervjuer. Deltagandet i intervjun är frivilligt och det går bra att när som helst avbryta intervjun eller välja att inte svara på frågor. Intervjuerna kommer att bandas för att få med allt som sägs. Dessa inspelningar kommer att förstöras efter transkribering.

Projektansvarig

Min handledare på Chalmers Tekniska Högskola är Med Dr. Joakim Dahlman.

Elias Andersson, 0703-41 98 73, eliasa@student.chalmers.se, elias_andersson@live.com

Medgivande

Jag har informerats om syfte och hur studien kommer att genomföras. Jag har fått tillfälle att ställa frågor som besvarades tillfredsställande. Jag vet att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva ge någon särskild förklaring. Vidare har jag informerats om att jag som enskild individ inte kommer att kunna identifieras i de data som presenteras.

Datum och underskrift

Namnförtydligande

Tack för din medverkan!