

Bombattentatet i Oslo och skjutningarna på Utøya 2011

KAMEDO-rapport 97

Kamedo – Katastrofmedicinska observatörsstudier – har funnits sedan 1964 och hette tidigare Katastrofmedicinska organisationskommittén. Verksamheten startade inom ramen för Försvarsmedicinska forskningsdelegationen och år 1974 överfördes Kamedo till Försvarets Forskningsanstalt (FOA), som i dag heter Totalförsvarets forskningsinstitut. Sedan 1988 är Kamedo knutet till Socialstyrelsen.

Kamedos huvudsakliga uppgift är erfarenhetsåterföring som kan ske genom att sakkunniga observatörer sänds till platser som drabbats av allvarliga händelser. Observatörerna sänds ut för att samla in relevant information genom kontakter med berörda personer inom sjukvården, räddningstjänsten, polisen, övriga myndigheter och organisationer. Den insamlade informationen används i syfte att återföra erfarenheter till Sveriges krishanteringssystem och i vetenskapliga sammanhang. Det är främst de medicinska, psykologiska, organisatoriska och sociala aspekterna av allvarliga händelser som studeras.

Verksamheten bedrivs som projekt där en utredare vid Socialstyrelsen ingår tillsammans med andra sakkunniga externa personer. Till sitt stöd har projekten en intern styrgrupp samt en extern referensgrupp.

Resultaten publiceras i Kamedo-rapporter som finns förtecknade på Socialstyrelsens webbplats. Från och med nummer 74 finns hela rapporten att hämta där men för tidigare rapporter finns endast en sammanfattning. Från och med rapport 34 översätts sammanfattningen till engelska och från och med rapport 55 publiceras översättningen endast på webbplatsen. Från och med rapport 89 översätts hela rapporterna till engelska.

Författarna svarar själva för innehållet och slutsatserna, och Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstagande.

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN	978-91-87169-61-8
Artikelnr	2012-8-6
Omslag	Pernilla Johansson, Socialstyrelsen
Omslagsfoto	Trond Reidar Teigen / SCANPIX
Sättning	Socialstyrelsen
Tryck	Tryck: Edita Västra Aros, Västerås, augusti 2012

Förord

Terrorattentat innebär ofta stora utmaningar för hälso- och sjukvården med många svårt skadade människor. Att orsaken till händelsen är en antagonistisk handling kan utgöra en komplicerande faktor, eftersom detta kan medföra särskilda krav på samverkan mellan de aktörer som har ett ansvar för att hantera händelsen. Stora antal förlustdrabbade anhöriga och många överlevande efter en traumatisk händelse ställer hårda krav på samhällets förmåga att erbjuda psykosocialt stöd.

Denna rapport studerar båda de händelser som drabbade Norge den 22 juli 2011 och fokuserar på hur norsk hälso- och sjukvård och norskt psykosocialt stöd hanterade dem sammantaget. Rapporten innehåller också en diskussion kring den norska hanteringen och hur det svenska samhället hade kunnat hantera en motsvarande händelse.

Johanna Sandwall
Enhetschef, enheten för krisberedskap

Innehåll

Förord.....	3
Innehåll	5
Författare	9
Huvudförfattare	9
Medförfattare och redaktör.....	9
Referensgrupp	9
Personer som har bidragit genom intervjuer eller med skriftlig information.....	9
Förkortningar och ordförklaringar.....	12
Sammanfattning och erfarenheter	15
Sammanfattning	15
Hälso- och sjukvård.....	15
Psykosocialt stöd	17
Kommunikation och mediehantering	19
Erfarenheter.....	21
Hälso- och sjukvård.....	21
Psykosocialt stöd	22
Kommunikation och mediehantering	23
Inledning/material och metod	25
Risk (hot och sårbarhet)	27
Bakgrund.....	28
Det norska krishanteringssystemet.....	28
Det norska hälso- och sjukvårdssystemet	29
Akutsjukvård och ambulansresurser.....	29
Organisationen av psykosocialt stöd i Norge.....	31
Lokal nivå.....	31
Distriktpsychiatriska sentre (DPS)	31

Fylkesmannen.....	32
Regionalt ressurscentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).....	32
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)	32
Identifisering av avlidne.....	33
Sjukhus som blev direkt delaktiga i omhändertagandet av skadade den 22 juli	33
Oslo universitetssjukhus HF	34
Vestre Viken HF	37
Beredskapen för hälso- och sjukvård och psykosocialt stöd i Norge	38
Nationell nivå	38
Beredskapsplanering inom Helse Sør-Øst RHF	40
Lokal beredskapsplanering i Hole kommun.....	43
Kommunikationsplaner och medieberedskap.....	44
Situationen före händelsen	46
Oslo.....	46
Utøya	46
<i>Händelseförlopp.....</i>	<i>47</i>
<i>Skador och störningar</i>	<i>49</i>
Skador	49
Sammanställning av kroppsliga skador.....	49
Behov av psykosocialt stöd	50
Skador på byggnader	51
Störningar	51
Säkerhetsmässiga bedömningar.....	51
Regeringskansliet	52
Brannvesenet	52
Trafiksituation.....	52
<i>Åtgärder.....</i>	<i>53</i>
Aktivering av katastrofberedskap samt ledning och arbete på skadeplats.....	53
Oslo Universitetssjukhus HF	53
Vestre Viken HF	56
Omhändertagande på sjukhus	64
Ledningsfrågor inom Oslo universitetssjukhus HF	64

Omhändertagande av patienter inom Oslo universitetssjukhus HF.....	65
Det akuta omhändertagandet vid Oslo skadelegevakt.....	70
Fördelning av skadade till sjukhusen inom Vestre Viken HF.....	71
Sjukhusens egna utvärderingar.....	73
Psykosocialt stöd med fokus på första månaden.....	75
Hole kommun.....	75
Andra kommuner.....	78
Regeringskvarteret.....	81
Oslo universitetssjukhus.....	83
Oslo polisdistrikt.....	87
Fylkesmannen.....	88
Regionalt ressurssenter om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).....	89
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).....	89
Helsedirektoratet.....	90
Identifisering av avlidna.....	94
Kommunikation och mediehantering.....	96
Skadeplats regeringskvarteret.....	96
Skadeplats Utøya/Utvika.....	96
Ringerike legevakt och Hole kommun på Sundvolden Hotel.....	98
Oslo universitetssjukhus/Ullevål.....	99
Oslo kommun.....	102
Ringerike sjukhus.....	104
Övriga aktörers åtgärder.....	105
Polis.....	105
Brannvesenet och försvaret.....	106
Regeringen och Helsedirektoratet.....	107
Frivilliga.....	107
Återställande.....	108
Materiella skador.....	108
Kroppsliga och psykiska skador.....	108
Diskussion.....	109
Hälsa- och sjukvård.....	109
Alarmering och dirigerings.....	109
Organisering av skadeplats.....	110

Beredskapsplaner inom hälso- och sjukvården	111
Mottagande av skadade	112
Internationell hjälp.....	116
Psykosocialt stöd.....	116
Dåden – utöver det vanliga.....	116
Erfarenheter och utmaningar	117
Insatsernas relation till bästa tillgängliga kunskap och internationella rekommendationer.....	121
Kommunikation och mediehantering.....	124
Organisering av kriskommunikation	125
Medieberedskap på skadplats och sjukhus	125
Medieexponering av överlevande och patienter.....	127
Sociala medier	128
Internkommunikation	129
Svenska förhållanden.....	129
Hälso- och sjukvård.....	129
Psykosocialt stöd	132
Medie- och kommunikationsfrågor	134
Journalister som ögonvittnen.....	135
Förbättringsområden.....	135
<i>Referenser.....</i>	<i>137</i>
<i>Övriga anförda källor</i>	<i>142</i>
<i>Bilagor</i>	<i>145</i>
AIS, ISS och NISS	145
Kartläggningsverktyg för att följa upp drabbade.....	146
Enkät om uppföljning till kommunerna	150
Bästa tillgängliga kunskap inom området psykosocialt stöd	153
<i>Förteckning över Kamedo-rapporter.....</i>	<i>165</i>

Författare

Huvudförfattare

- Liselotte Englund, fil.dr i journalistik och masskommunikation samt universitetslektor i medie- och kommunikationsvetenskap vid Karlstads universitet
- Per-Olof Michel, docent och programdirektör vid Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri
- Louis Riddez, docent och kirurg vid Karolinska Universitetssjukhuset
- Per Örtenwall, docent i kirurgi och beredskapsöverläkare i Västra Götalandsregionen

Medförfattare och redaktör

- Anders Eklund, utredare på enheten för krisberedskap, Socialstyrelsen

Referensgrupp

- Ulf Björnstig, professor i kirurgi vid Umeå universitet samt programdirektör för Socialstyrelsens Kunskapscentrum i katastrofmedicin i Umeå
- Are Holen, professor och forskare inom katastrofpsykiatri vid Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim
- Håkan Lindberg, chef för Regionala enheten för kris- och katastrofberedskap i Stockholms läns landsting
- Markus Planmo, handläggare för krisberedskapsfrågor vid Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Karin Straume, länsläkare i Finnmark

Personer som har bidragit genom intervjuer eller med skriftlig information

- Halfdan Aass, klinikdirektör på kirurgiska kliniken, Vestre Viken HF
- Bjørg Manum Andersson, kommunaldirektør, Oslo Kommun
- Per Angel, chef för Identifieringsgruppen, Kripos
- Toril Araldsen, centerchef, RVTS-Øst
- Per Berger, ordfører, Hole kommun
- Inger Elise Birkeland, direktør, NKVTS
- Marit Bjartveit, överläkare och chef psykososiale beredskap, Oslo universitetssjukhus
- Björn Bjelland, assisterande ambulanschef på Prehospitalt Senter, Oslo universitetssjukhus

- Trond Diseth, professor och chef vid seksjon for psykosomatikk og CL-barnepsykiatri, Oslo universitetssjukhus
- Grete Dyb, dr.med. och sekjonsleder/første ammannens II, NKVTS
- Øivind Ekeberg, professor och chef psykososialt kristeam Oslo universitetssjukhus
- Torsten Eken, överläkare på anestesiklinken, Ullevål sjukhus
- Lisbeth Faltin, organisasjonssjef, Karasjok kommun
- Monica Friis, seniorrådgivare på administrasjonsavdelningen, Fornyings-, Administrations- og Kirkedepartementet
- Bernt Ivar Gaarder, kommunläkare, Hole kommun
- Christine Gaarder, överläkare och chef för akut- och traumaseksjonen, Ullevål sjukhus
- Unni Turid Gröndaal, presschef, Oslo politisen
- Bjørn Guldvog, assisterende helsedirektør, Helsedirektoratet
- Inger Marie Haerhe, operationsledare på AMK, Vestre viken HF
- Erik Hansen, informationschef, Oslo kommun
- Roar Hansen, informationschef, Oslo Politidistrikt
- Jo Heldaas, pressjour, Oslo universitetssjukhus
- Per Annar Holm, journalist, Aftenposten
- Trond Idaas, rådgivare, Norsk Journalistlag
- Dyre Kleive, avdelningsläkare på kirurgiska kliniken, Bærum sjukhus
- Toril Lahnstein, divisjonsdirektør vid Divisjon for primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
- Martine Leng, kommunikasjonsrådgivare, Oslo politisen
- Jørn Madsen, politioverbetjent, Oslo politidistrikt
- Michel Midré, avdelningsdirektør på administrasjonsavdelningen, Fornyings-, Administrations- og Kirkedepartementet
- Karin Møller, chef, Ringerike interkommunale legevakt
- Pål Aksel Næss, överläkare vid akut- och traumaseksjonen, Ullevål sjukhus
- Anders R Nakstad, överläkare på luftambulansavdelningen vid Prehospitalt Senter, Oslo universitetssjukhus
- Jan Erik Nilsen, överläkare, Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS)
- Jane Nordhagen, chef för kommunale kriseteamet, Hole Kommune
- Ann-Katrine Nore, avdelningsöverläkare, legevakten Oslo kommun
- Gisle Pedersen, hovedverneombud, Oslo politidistrikt
- May Janne Botha Pedersen, chefsläkare, Vestre Viken HF
- Svein Tore Pettersen, överstelöjtnant och chef 330 skvadronen, norske forsvaret
- Colin Poole, klinikchef på kirurgiska klinikerna, Ringerike och Bærum sjukhus

- Morten Randmæl, avdelingsdirektør vid Avdeling beredskap, Administrativ divisjon, Helsedirektoratet
- Rune Rimstad, skadeplatsläkare och avdelningsöverläkare vid akutkliniken, Ullevål sjukhus
- Agathe Rønning, läkare, Oslo skadelegevakt
- Endre Sandvik, direktör, legevakten Oslo kommun
- Petter Schou, fylkeslege, Oslo og Akershus
- Karl-Åke Sjöborg, major och medisinsk leder 330 skvadronen, norska försvaret
- Roy Smedhaugen, operativ ledare vid Ambulansen Ullevål, Oslo Universitetssjukhus
- Inge J Solheim, katastrofberedskapschef, Oslo universitetssjukhus
- Erik Stabrun, politiprest, Oslo polisdistrikt
- Liv Synestad, seksjonssjef, Oslo polisdistrikt
- Hilde Tangen, avdelningssjuksköterska på akutmottagningen, Ringelike sjukhus
- Frank Thrana, kommuneoverlege, Tønsberg Kommun
- Joar Tolpinrud, ambulanssjukvårdare, Vestre viken HF
- Hoang Tran, bedriftsoverlege och seksjonssjef for Bedriftshelsetjenesten (BHT) vid Departementenes servicesenter, Fornyings-, Administrations- og Kirke departementet
- Harry van de Water, assisterende fylkeslege, Sør-Trøndelag
- Jan Wehrmann, HMS-rådgiver, Oslo polisdistrikt
- Lars Weisaeth, professor emeritus, NKVTS
- Arild Östergaard, chef på Prehospitalt Senter, Oslo universitetssjukhus
- Jonette Øyen, kommunikasjonsrådgivere, Oslo universitetssjukhus

Förkortningar och ordförklaringar

AMIS

Akuttmedisinsk informasjonssystem – IT-stödverktyg som bland annat används vid AMK.

AMK

Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral – kommunikationscentral som tar emot nödsamtal om medicinska tillstånd samt larmar och dirigerar ambulanser och ambulanshelikoptrar (motsvarar sjukvårdsdelen av de svenska SOS-centralerna).

AUF

Arbeidernes Ungdomsfylking – det norska Arbeiderpartiets ungdomsorganisation.

Brannvesenet

Norsk motsvarighet till den svenska kommunala räddningstjänsten.

Distriktpsykiatriske sentre (DPS)

Centrum med huvudoppgift att erbjuda psykiatrisk poliklinisk mottagning, ambulerande tjänster samt ett antal korttidsvårdplatser inom ett särskilt geografiskt opptagningsområde.

Debriefing

En strukturerad genomgång med handledare av en potentiellt traumatisk händelse med personer som har varit involverade i denna. Genomförs kort tid efter händelsen i syfte att minska stressreaktioner och påskynda återhämtning.

DSB

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap – den centrala myndigheten inom krisberedskapsområdet i Norge.

Fagleder helse

Läkare på skadeplass som prioriterar och beslutar om medicinska åtgärder (motsvarar närmast medicinskt ansvarig i Sverige).

Fylkesmannen

Statens representant i de norska fylkena (län). Fylkesmannen har som uppgift att se till att beslut från regering och Storting efterföljs och är dessutom till-synsmyndighet, bland annat över hälso- och sjukvård. Fylkesmannen kan sägas utgöra en motsvarighet till den svenska länsstyrelsen.

Helseforetak (HF)

Statlig verksamhet som tillhandahåller specialistvård. Kan sägas utgöras av sjukhusgrupper och motsvarar närmast de svenska landstingen (jfr regionala helseforetak).

ISS/NISS

Injury Severity Score (ISS) är ett internationellt klassifikationssystem för att beskriva svårighetsgrad vid multipla skador. ISS-skalan går från 0 till 75, där ett högre värde motsvarar en svårare skadebild. New Injury Severity Score (NISS) är en modifierad variant av ISS (även här med en skala från 0 till 75).

Kommunal legevakt

Ett slags allmänakut eller primärvårdsakut som de norska kommunerna har ett ansvar för att tillhandahålla (jfr Oslo skadelegevakt).

Kripos

Nationell enhet inom den norska polisen för bekämpning av organiserad brottslighet och annan allvarlig kriminalitet (jfr svenska Rikskriminalpolisen). Kripos ansvarar också för att identifiera avlidna i samband med stora olyckor och katastrofer.

Luftambulansetjenesten ANS

Statligt bolag med ansvar för hälso- och sjukvårdens luftburna ambulanserurser, både helikoptrar och flygplan. Bolaget ägs av de norska regionala helseforetaken (jfr Norsk luftambulanse AS).

MIMMS

Major Incident Medical Management and Support – kurskoncept för att träna hälso- och sjukvårdspersonal att på ett systematiskt och strukturerat sätt hantera allvarliga händelser.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Nationellt centrum som har i uppdrag att utveckla och sprida kunskap om våld och traumatisk stress. Syftet är att förebygga och reducera hälsomässiga och sociala konsekvenser för individer som har exponerats för potentiellt traumatiska händelser.

Norsk luftambulanse AS (NLA)

Den största operatören inom Luftambulansetjenesten.

Operativ leder helse

Sjukvårdens ledningsresurs på skadeplats vid större händelser (motsvarar närmast svensk sjukvårdsledare).

Oslo skadelegevakt

Akutmottagning som organisatoriskt hör till Ullevål universitetssjukhus, men geografiskt ligger i samma lokaler som den kommunala legevakten i Oslo. Oslo skadelegevakt ansvarar för akutomhändertagande av mindre allvarliga skador och har jouröppet dygnet runt, året om (jfr kommunal legevakt).

Paramedic

Befattning inom norsk ambulanssjukvård.

Primærhelsetjenesten

Primärvården, i Norge ett kommunalt ansvar.

Regionale helseforetak (RHF)

Regionbildningar som ägs av den norska staten, med uppgift att driva sjukhus som erbjuder specialiserade sjukvårdstjänster. Norge är i dag indelat i fyra regionale helseforetak, som i sin tur är indelade i ”helseforetak”. RHF kan närmast sägas utgöra en motsvarighet till svenska sjukvårdsregioner.

Regionalt ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

Regionala centrum med uppgift att främja hälsa och livskvalitet hos individer som har varit utsatta för våld, sexuella övergrepp eller traumatiska händelser. Centrumet har också uppgifter inom områdena hälsa hos flyktingar samt självmordsprevention. RVTS bidrar till en regional kompetenshöjning genom undervisning, handledning, konsultation och nätverksarbete.

Triage

Sortering och prioritering av patienter efter vårdbehov.

Sammanfattning och erfarenheter

Sammanfattning

Fredagen den 22 juli 2011 kl. 15.25 detonerade en sprängladdning i regeringskvarteret i centrala Oslo. Bomben var mycket kraftig – åtta personer dödades, minst 90 skadades och kringliggande byggnader fick omfattande skador. Senare samma eftermiddag klev en man som utgav sig för att vara polis iland på ön Utøya, där det norska Arbeiderpartiets ungdomsförbund höll ett sommarläger. Väl iland på ön började mannen skjuta omkring sig. När han senare greps av polis hade 69 personer dödats och 65 skadats. De flesta var barn eller ungdomar.

Händelserna den 22 juli involverade stora delar av det norska samhället. De många skadade krävde stora insatser från hälso- och sjukvården och det fanns ett stort behov av psykosocialt stöd till de många överlevande och deras anhöriga, samt till de avlidnas anhöriga. Vidare väckte händelserna ett mycket stort medialt intresse som de berörda aktörerna var tvungna att förhålla sig till.

Hälso- och sjukvård

Norge har väl utvecklade medicinska kris- och beredskapsplaner, såväl på nationell nivå och regional nivå som på sjukhusnivå. Planerna bygger på ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna.

Vid händelserna den 22 juli var det den regionala beredskapsplanen i Helse Sør-Øst RHF som prövades. Katastrofberedskapen aktiverades mycket snabbt efter explosionen i regeringskvarteret, även om det inledningsvis var oklart vad som hade hänt. Trots att det var semestertid lyckades hälso- och sjukvården relativt snabbt mobilisera den personal som behövdes. Detta underlättades av att många frivilliga snabbt anmälde sig för tjänstgöring och att händelsen sammanföll med personalbyten mellan dags- och kvällspass.

Oslo har en välutvecklad ambulanssjukvård med tillgång till både läkarbemannad ambulans och en speciell ledningsenhet. Båda dessa befann sig i närheten av regeringskvarteret när bomben detonerade och var därför snabbt på plats. Därför kunde en mycket kvalificerad sjukvårdledning tidigt etableras. Den larmcentral som i Oslo tar emot medicinska nödsamtal samt larmar och dirigerar ambulanstransporter drabbades av tekniska problem gällande vissa IT-baserade stödsystem. Trots detta kunde man genom

övad reservrutin snabbt mobilisera så många ambulanser att de svårare skadade kunde transporteras till sjukhus i den takt man påträffade dem.

Ambulanssjukvårdens arbete på skadeplatsen förstärktes av prehospitalt vana läkare och räddningspersonal som kom med bil bland annat från den norska Luftambulansetjenestens bas i Lörenskog utanför Oslo. Sambandsmässigt fungerade kommunikationen via Nødnett (digitalt system baserat på Tetra-standard) bra, men det blev vissa problem med kommunikationen över det analoga radionätet, vilket användes av en del av de ambulanser som sänkts in som förstärkning från omgivande kommuner.

Oslo skadelegevakt, som ligger relativt nära explosionsplatsen, larmades inte enligt någon katastrofplan, men personalen blev ändå snabbt informerade om bombexplosionen. Många som hade avslutat sitt arbetspass för dagen kom snabbt tillbaka, och därför hade man gott om personal på plats som kunde ta emot de skadade som fördes till skadelegevakten eller själva sökte sig dit för lättare skador. Oslo skadelegevakt tog emot många personer med lättare skador, vilket avsevärt avlastade Ullevål sjukhus som då kunde fokusera på dem med svårare skador.

Med tanke på händelsens art misstänkte man tidigt att fler attentat skulle kunna inträffa. Detta innebar att man i Oslo hade en hög beredskap och tillgång till stora resurser när larmet om skjutningar på Utøya kom.

Den prehospitla insatsen i samband med massakern på Utøya präglades av svårigheter som geografin gav upphov till, oklarhet avseende personalens säkerhet och problem med radiosambandet i området. Den stora tillgången på ambulanshelikoptrar gjorde dock att man snabbt kunde mobilisera både narkosläkare och annan personal med stor vana av att arbeta prehospitalt, liksom extra utrustning. När de skadade började evakueras från ön kunde man därför snabbt göra en kvalificerad bedömning av deras tillstånd och skicka dem vidare till sjukhus, antingen med markambulans till de lokala sjukhusen eller med helikopter till Ullevål sjukhus.

Det akuta omhändertagandet på Ullevål sjukhus kom redan från början att organiseras på ett effektivt sätt. Inom 15 minuter var akutmottagningen utrymd. Tillkommande personal fördelades snabbt av ledningen till flera traumateam. En erfaren traumakirurg genomförde i akutmottagningens entré triagering av skadade och fördelning till olika rum. Varje enskild skadad undersöktes och behandlades av ett traumateam utan någon väntetid. Beslut fattades tidigt om vilka patienter som krävde akuta operationer. Cirka 2,5 timme senare började de skadade från Utøya anlända till Ullevål. Då pågick fortfarande operationer av några av de skadade från bombattentatet, men vid det laget kunde man öppna fler operationssalar varför resursproblem kunde undvikas.

Även det postoperativa omhändertagandet kunde ske utan brist på per-

sonal eller utrustning. Intensivvårdsplatser frigjordes genom att man i Oslo universitetssjukhus katastrofledning beslöt att omlokalisera patienter mellan de olika sjukhusen. Därutöver beslutade man att all annan akutkirurgi, utom svåra traumafall, skulle utföras på de andra sjukhusen inom Oslo universitetssjukhus till dess man hade klarat av den akuta fasen av operationer samt nödvändiga reoperationer.

Utøya ligger inom Vestre Vikens helseforetaks upptagningsområde. Inom Vestre Viken HF finns sjukhusen i Ringerike, Bærum och Drammen, som alla utlöste katastroflarm kort efter det att man hade fått kännedom om skottlossning på ön. Ringerike sjukhus ligger närmast och har, med tanke på sjukhusets storlek, en hög traumakompetens. Sjukhuset tog emot 35 patienter, varav några med livshotande skador. Sjukhusen i Bærum och Drammen tog emot ett mindre antal skadade. Den totala kapaciteten i regionen var mycket god och samtliga skadade kunde omhändertas på ett medicinskt adekvat sätt. Av de som kom till Ringerike sjukhus var det några som dygnet efter fördes till Ullevål sjukhus för fortsatt vård, medan andra med lindrigare skador fördes till sina hemsjukhus i andra delar av Norge.

Av alla som togs om hand på sjukhus var det endast en person som avled efter mottagandet. Den avlidne bedöms ha haft sådana skador att livet inte gick att rädda. Vidare är det i princip omöjligt att enbart på basis av obduktionsprotokoll svara på frågan huruvida några av dem som avled hade kunnat räddas genom snabbare tillgång till avancerad sjukvård, men beskrivningen av skadorna tyder på att det absoluta flertalet avlidit i direkt anslutning till skadans uppkomst eller mycket kort tid därefter (sekunder-minuter).

Psykosocialt stöd

Det norska regeringskansliets företagshälsovård (Bedriftshelsetjenesten, BHT) fick en viktig roll i stödet till de drabbade i bombattentatet. BHT samlade personalen på ett hotell i närheten av regeringskvarteret dagen efter händelsen och höll där informationsmöten och gruppsamlingar. Dessutom ordnade de återkommande informationsmöten efterhand på de olika departementen, med efterföljande informella möten. Alla drabbade som ville fick genomgå en hälsoundersökning, också de som inte var på plats i samband med explosionen.

Sundvolden Hotel, som ligger nära Utøya, rekvirerades tidigt som stödcentrum och där samlades Hole kommuns kristeam för att möta anlädande ungdomar. Fokus blev först att få de drabbade att känna sig trygga och att tillgodose basala behov såsom kontakt med anhöriga, dusch, värme, klädombyte, dryck och mat. Personalen försökte också registrera de överlevande. I början hade man stora problem med att försöka organisera

personal som självmant hörde av sig för att hjälpa till. Kommunens ledning och katastroforganisation gjorde stora insatser för att hantera situationen, liksom många andra i kommunens administration samt all annan extern insatspersonal. Under söndagen satte man in externa resurser för att genomföra en s.k. debriefing med insatspersonalen. Dessutom identifierade man ett stödbehov bland alla de frivilliga som hade försökt undsätta de drabbade. Ungdomar från hela landet deltog i lägret på Utøya och därför blev många kommuner involverade i det efterföljande psykosociala stödet. Från Karasjok kommun kom till exempel tolv ungdomar som har fått krisstöd genom kommunens kristeam och primärvårdsläkare. Strax efter händelsen ordnade kommunen också en kafékväll där alla drabbade och deras närstående kom i kontakt med distriktspsykiatriska sentre (DPS), som alla har haft kontakt med efteråt. Med uppskattningsvis tio anhöriga per drabbad påverkades sammanlagt nästan fem procent av Karasjok kommuns befolkning av händelsen direkt eller indirekt. Det innebär en stor belastning för kommunen och visar att små kommuner är utsatta och beroende av regionala resurser vid stora händelser.

Efter samråd med Fylkesmannen (motsvarande den svenska länsstyrelsen) fick Tønsbergs kommun koordineringsansvaret för åtta kommuner inom Vestfold fylke när det gäller det psykosociala stödet till de drabbade och deras närstående. Sammantaget handlade det om 19 skadade och tre avlidna. De olika kommunala kristeamen stöttade varandra och DPS blev tidigt inkopplat. Efter en vecka genomförde man gruppmöten för de drabbade och försökte då hålla isär närstående till skadade och till förlustdrabbade. Vid dessa gruppmöten deltog också personal från barn- och ungdomspsykiatri. Senare genomfördes ytterligare gruppmöten där bland annat polisen och personal från Röda Korset deltog.

I Oslo finns kristeam och primärvård i alla 15 stadsdelar. Efter händelsen öppnade kristeamen olika kristelefoner och såg till att ungdomsmotagningar och fritidsgårdar fick längre öppettider under den första tiden. Information förmedlades också via Oslo kommuns webbplats. Kommunen upprättade ett kriscentrum i Folkets hus med bland annat personal från den kommunala legevakten. Stadsdelarna hänvisade vid behov till DPS och till andra delar av specialistpsykiatri. Stöd erbjöds också till skolor och klasser vid behov.

Ett stödcentrum för anhöriga till de skadade öppnades på patienthotellet vid Ullevål sjukhus, och på Rikshospitalet ordnades ett anhörigcentrum för förlustdrabbade anhöriga i väntan på identifiering av de avlidna. Det fanns också ett speciellt kristeam för de skadade som vårdades på sjukhuset, vilket delades upp i ett team för varje patient och dennes närstående. Personal ur behandlingsteamet hade kontakt med patienterna när det var

möjligt och lämnade information och förmedlade praktiskt och emotionellt stöd efter behov. Man hade också som mål att avlasta den somatiska personalen gällande kontakter med anhöriga så att de förra kunde fokusera på omvårdnaden av patienten.

RVTS Øst, som är ett regionalt centrum med uppgift att främja hälsa och livskvalitet hos individer som varit utsatta för bland annat traumatiska händelser, fick i uppdrag att stödja personalen på universitetssjukhuset med gruppsamtal. Centrumet genomförde också informationsmöten med personalen för att bland annat informera om ledaransvar och förmedla skriftligt material om normala reaktioner och sätt att bemästra dem. RVTS Øst gav också handledning åt företagshälsovården på sjukhuset.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fick en viktig roll som expertstöd och rådgivningsorgan åt Helsedirektoratet. Flera personer vid detta kunskapscenter ingick i Helsedirektoratets expertgrupp.

Helsedirektoratet konstaterade tidigt att mycket fokus skulle behöva läggas på planering för och uppföljning av det psykosociala stödet till förlustdrabbade och anhöriga. Nya riktlinjer för detta hade utarbetats och kunde publiceras. Vidare kallades representanter för ett stort antal samarbetsorganisationer till ett möte, och bland dem utsåg direktoratet en expertgrupp som skulle ge förslag på sätt att samordna de psykosociala insatserna. Expertteamet föreslog att alla drabbade och deras anhöriga, samt förlustdrabbade från Utøya, skulle följas upp i sina respektive hemkommuner samt att de drabbade i regeringskvarteret skulle följas upp genom den lokala företagshälsovården. Fylkesmannen fick i uppgift att i de olika fylkena följa upp kommunernas åtgärder. Helsedirektoratet sände också ut inbjudningar till tre centrala samlingar för de förlustdrabbade anhöriga till offren på Utøya, och man planerade regionala samlingar för överlevande.

Kommunikation och mediehantering

Skadeplatsen vid regeringskvarteret blev efter direktiv från Oslopolisens insatsledare avspärrad för att hålla allmänheten och medierna utanför det drabbade området. Polisen höll tre presskonferenser på skadeplatsen, och vid några tillfällen kunde pressfotografer ta bilder vid en inre avspärning. Det bedömdes vara viktigt att tillgodose mediernas behov av egna bilder, delvis för att minska andelen publiceringar av privata bilder som togs på plats. De avlidnas kroppar täcktes innan pressfotograferna släpptes in. Från och med kl. 18.30 på kvällen sköttes all mediehantering rörande attacken mot regeringskvarteret via Oslo polishus.

Efter de första rapporterna om skjutningar på Utøya aktiverades dels de kommunala legevakterna, dels de närbelägna sjukhusen och då främst

Ringerike sjukhus. Medierna hade tidigt luftburen bevakning vid ön, men få medierepresentanter fanns närvarande när ungdomarna evakuerades från ön och fördes via kajplatsen till uppsamlingscentrumet på Sundvolden Hotel.

Kommunläkaren i Hole kommun samordnade kommunikationen och mediehanteringen på Sundvolden Hotel. Kommunens ordförande blev talesman på hotellet, och under kvällen den 22 juli mötte han det internationella medieuppbådet utanför hotellet med information från en polisinspektör och kommunläkaren inne på Sundvolden. Några ungdomar lämnade hotellet för att handla i närbutiken eller på bensinmacken intill, och blev då snabbt villebråd för de många journalisterna. I några fall gjordes radio- och TV-intervjuer som senare har blivit omdiskuterade, eftersom många av ungdomarna fortfarande var kraftigt psykiskt påverkade av händelserna och knappast kunde överblicka konsekvenserna av sin mediemedverkan. En utmaning för stödpersonerna inne på Sundvolden var att försöka stilla ungdomarnas iver att lägga ut sina berättelser på Facebook, där de enkelt kunde plockas upp av journalister.

På Ullevål sjukhus blev medietrycket mycket stort en timme efter explosionen vid regeringskvarteret. Enligt kommunikationsberedskapsplanen ska sjukhuset öppna flera telefonlinjer i sådana lägen, men pressjouren hade bara möjlighet att bemanna en linje och kunde därför inte svara på alla samtal från medierna. Oslo universitetssjukhus, som Ullevål tillhör, använde Twitter bland annat för att efterlysa blodgivare och kalla till presskonferenser. Sjukhusområdet spärrades av och ett presscentrum upprättades inom sjukhusområdet. Inomhus vidtog personalen en del improviserade avspärrningsåtgärder, bland annat en gräns i form av röd tejp på golven som journalister inte fick överträda. Dessutom hängdes vita lakan över fönster som insynsskydd mot fotografer. Den första kvällen hölls tre presskonferenser. Vid två av dem medverkade sjukhusets tillförordnade administrativa direktör och en överläkare på kirurgkliniken. Reportrar och fotografer på sjukhusområdet fick uppdaterad information via Twitter och SMS. Sent på kvällen kom statsministern till Ullevål och höll på egen begäran en presskonferens där. Överläkaren från sjukhuset deltog även vid det tillfället.

Den 23 juli kom ett stort antal journalister till Ringerike sjukhus där de anvisades till ett provisoriskt pressrum inne på sjukhuset. Detta innebar att journalister kom mycket nära både personal och patienter. Medier tilläts, efter patienters medgivande, att intervjua och fotografera patienterna inne på sjuksalarna. De berörda sjukhusen och akutmottagningarna hade alla svårt att avstyra patienternas egna initiativ till mediekontakter – att avråda var inte alltid tillräckligt.

Erfarenheter

Hälso- och sjukvård

Utifrån de uppgifter som framkommit om hälso- och sjukvårdens hantering av händelserna dras följande slutsatser:

- Det är viktigt med väl utvecklade katastrofplaner, helst utprovade genom katastrofövningar såsom i Norge. Sådana planer har med stor sannolikhet en avgörande betydelse för att i en katastrofsituation kunna omhänderta drabbade med högsta möjliga medicinska kvalitet.
- Klara normer för när katastroflarm ska aktiveras är viktiga, men vid ovanliga händelser bör tröskeln vara låg – hellre ett larm för mycket än ett larm som aktiveras för sent eller inte alls.
- När ett katastroflarm har utlöst är det ofta besvärligt att via traditionella telefonlinjer eller telefonkedjor snabbt kalla in personal. Denna svaghet har i Sverige ytterligare accentuerats under senare år genom att många landsting och regioner centraliserat telefonväxelverksamheten, vilket inneburit en reducering av antalet telefonister. Möjlighet att skicka ut mass-SMS eller andra liknande inkallelsesystem kan vara till stor hjälp.
- Ambulanssjukvården i Oslo har dygnet runt tillgång till en resurs som är specialutbildad för att leda arbetet på skadeplats. Denna resurs skapar goda förutsättningar för ett effektivt arbete på skadeplatsen, liksom möjligheten att snabbt via läkarbil eller ambulanshelikopter- verksamhet kunna få ut erfarna läkare som är vana vid att arbeta i den prehospitla miljön.
- Den 22 juli var det omöjligt för ledningspersoner att leda den stora insatsen och samtidigt dokumentera arbetet. Tekniskt stöd för att lösa dokumentationsproblemet för beslutsfattare på olika nivåer är önskvärt.
- En sammanhållen luftambulanstjänst för både helikoptrar och flygplan är betydelsefull för krishanteringsförmågan, både genom den faktiska transportkapaciteten och genom förmågan att förstärka ambulanssjukvårdens personella resurser. I Norge finns en sammanhållen organisation för luftambulansverksamheten, och den bedöms ha betytt mycket för hanteringen av händelserna den 22 juli. Sverige saknar motsvarande organisation.
- I akutläget är det ibland svårt att avgöra vilka områden som är säkra för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta i. Detta problem behöver generellt analyseras ytterligare, liksom hur sjukvården ska

samverka med andra aktörer som kan genomföra hälso- och sjukvårdsinsatser på skadeplatsen, exempelvis polisen.

- Det är väsentligt att den verksamhet som normalt tar hand om svåra skador, såsom explosions- och skottskador, också tar hand om dessa skador i en katastrofsituation. Det är olämpligt att sprida svårt skadade till andra sjukvårdsenheter som saknar den traumakunskap eller erfarenhet som behövs, och även i en allvarlig händelse med ett stort antal skadade vore det att sänka de kvalitetskrav man i dag bör ställa i ett land som Norge eller Sverige.
- Det mycket adekvata mottagandet på exempelvis Ringerike sjukhus illustrerar tydligt vikten av att sjuksköterskor och läkare genomgått traumautbildning (för kirurger Advanced Trauma Life Support® och Definitive Surgery Trauma Care™) för att sjukhuset ska kunna vara mottagande vid händelser av den här typen. Kriterier för vilka kurser akut- och operationspersonal har genomgått bör etableras.
- Detonations- och skottskador kan vara mycket allvarliga och kräva snabbt omhändertagande och akut operation. Detta förutsätter en snabb och adekvat triagering, både på skadeplatsen och vid ankomsten till sjukhuset.
- I en katastrofsituation kan det vara mycket effektivt att ha tillgång till olika akutmottagningsresurser med inriktning på lättare respektive svårare skador, vilket illustreras väl av uppdelningen mellan Oslo skadelegevakt och Ullevål sjukhus vid händelserna den 22 juli. Sjukhusakuter och enheter som Oslo skadelegevakt bör finnas med i de regionala katastrofplanerna och de bör larmas på samma sätt som andra enheter.
- Skott- och detonationsskador kräver ofta upprepade operationer, ibland flera veckor efter skadetillfället. Detta bör man ta hänsyn till i katastrofledningen, vilket gjordes inom Oslo universitetssjukhus.

Psykosocialt stöd

Utifrån de uppgifter som framkommit om det psykosociala stödet efter händelserna den 22 juli 2011 dras följande slutsatser:

- De norska samhällseliga instanser som varit föremål för denna studie verkar i huvudsak ha kunnat möta de drabbades behov av psykosocialt stöd under akutfasen och den första tiden efter händelserna.
- Lärdomar från tidigare händelser avseende beredskap och planering

är av stor vikt för att kunna hantera psykosocialt stöd vid en allvarlig händelse. Genom sådana lärdomar, särskilt från tsunamin 2004, hade Norge förbättrat beredskapen på området. Psykosociala stödinsatser kunde i regel genomföras lokalt, regionalt och centralt trots att händelserna var omfattande och inträffade i semestertider.

- Interventioner i akutfasen för de drabbade och insatspersonalen bör vara uppdaterade så att de stämmer med moderna, internationella rekommendationer. Det är rimligt att vetenskapligt utvärdera interventionerna, särskilt om man på bred bas och med allmänna medel genomför interventioner med ett begränsat vetenskapligt stöd.
- En nationell kartläggning av de befintliga resurserna för att ge evidensbaserade behandlingar till traumatiserade och personer med förlustrelaterade anpassningsstörningar i förberedande syfte är önskvärd.
- Beskrivningar av det stöd som genomfördes i de kommuner som studerats inom ramen för denna rapport visar på ett stort engagemang för att stödja drabbade, samt att man i kommunerna dragit viktiga lärdomar för framtiden.
- Oslo universitetssjukhus belastades hårt men kunde ändå upprätthålla en hög grad av professionalitet när det gäller psykosocialt stöd till de skadade, deras närstående och de förlustdrabbade.

Kommunikation och mediehantering

Utifrån de uppgifter som framkommit om kommunikation och mediehantering kopplad till hälso- och sjukvårdens verksamhet dras följande slutsatser:

- Kommunikationsberedskap är en mycket viktig del av den allmänna krisberedskapen. En beredskapsplan ska inkludera funktionsbeskrivningar, rutiner för intern och extern kommunikation, mediehantering på skadeplats och sjukhus samt beredskap för att hantera ett internationellt medieuppbåd. Oslo universitetssjukhus HF:s beredskapsplan för kriskommunikation kan tjäna som förebild.
- Mediernas larm- och informationsfunktion vid allvarliga händelser är betydelsefull. En annan viktig larmfunktion har medborgarna själva eftersom SMS, Twitter- och Facebook-meddelanden via mobiltelefoner ofta är snabba vägar till många mottagare av olika slag: drabbade, anhöriga, vänner, medier och även personal vid sjukhus, poliser och andra myndigheter.
- Intern uppföljning av mediebevakningen bör ske under akutfasen och

den närmaste tiden efter. En funktion i kriskommunikationsstaben bör ha till uppgift att intensivt följa medierapporteringen och återrapportera viktiga delar till organisationen, som man gjorde på Oslo universitetssjukhus. Detta är viktigt för att följa upp hur sjukvården gestaltas i medierna och för att uppmärksamma eventuella faktafel i rapporteringen.

- För ett gott utfall i medierna är det viktigt med en väl lämpad talesman till presskonferenser och liknande. Lugn, saklighet, trovärdighet, empati och tydlig kompetens är egenskaper som ofta värderas, både av medier och av allmänhet. Högsta krisledningen bör utse en eller flera talesmän.
- Varje sjukhus beredskapsplan bör innehålla förhållningssättet till patientintervjuer. Det underlättar om personalen kan hänvisa till regler, vilket kan ge både personalen och patienterna en viss respekt i förhållande till medierna.

Inledning/material och metod

De terrorattentat som drabbade Norge den 22 juli 2011 har kallats de värsta ogärningarna som landet upplevt sedan andra världskriget. Bombattentatet i regeringskvarteret i Oslo och skjutningarna på Utøya krävde en mycket omfattande räddningsinsats och utsatte den norska krisberedskapen för en svår prövning. Händelsernas mycket stora omfattning och det faktum att de inträffade i ett av Sveriges grannländer, med en i många avseenden likartad samhällsstruktur, gör dem intressanta att studera i en Kamedo-rapport, för att kunna överföra erfarenheterna på den svenska krisberedskapen och därmed dra lärdom av den norska hanteringen.

Förutsättningarna för arbetet med denna Kamedo-rapport har skilt sig något från det vanliga, eftersom Socialstyrelsen blev ombedd att stödja den kommission som tillsattes i Norge för att utvärdera det norska samhällets hantering av händelserna den 22 juli, kallad 22 juli-kommissionen. Tidigt under hösten bad kommissionen om stöd i detta arbete, i form av en Kamedo-rapport om händelserna. Socialstyrelsens rapport skulle då användas som ett underlag i kommissionens egen utvärdering av hälso- och sjukvårdens hantering av händelserna den 22 juli och det psykosociala stödet efter dem. Socialstyrelsen har ställt sig positiv till att på detta sätt stödja 22 juli-kommissionen i sitt arbete, vilket har inneburit att frågeställningarna i rapporten i någon mån anpassats till kommissionens behov och också att arbetet genomförts betydligt snabbare än vad som annars varit fallet. Arbetet med rapporten påbörjades i oktober 2011 och en färdig rapport levererades till 22 juli-kommissionen i mitten av april 2012. Rapporten publiceras först efter det att 22 juli-kommissionen har offentliggjort resultaten av sin utvärdering i början av augusti 2012. I stort har dock arbetsprocessen varit den vanliga, och denna rapport utgör, i likhet med alla andra Kamedo-rapporter, en oberoende erfarenhetsåterföring.

Författarna har huvudsakligen samlat in material genom intervjuer med berörda personer inom hälso- och sjukvården och det psykosociala stödet, samt andra aktörer som varit involverade i insatser relaterade till dessa verksamheter, men också skriftligt material av olika slag har inhämtats. Som underlag för att beskriva andra aktörers agerande, vilket inkluderas för att ge läsaren en helhetsbild av insatserna, har endast skriftligt material använts. Tillgängligheten på sådant material, exempelvis i form av olika organisationers egna utvärderingar av sina insatser, har varit begränsad eftersom rapporten skrivs så kort tid efter händelserna.

Frånvaron av mer formella utvärderingar har också inneburit att uppgifter i rapporten i stor utsträckning grundar sig på enskilda intervjuobjekts personliga uppfattningar. Detta kan innebära en viss felmarginal i de siffror som återges i rapporten. På många ställen i rapporten har ungefärliga uppgifter angetts, men i vissa fall har det varit motiverat att försöka att ange en mer exakt siffra, trots en viss osäkerhet. Någon detaljerad beskrivning av patienters olika skador och behandlingar har av medicinska sekretesskäl inte kunnat fås.

Genomgående ligger rapportens fokus på att studera den akuta fasen av insatserna efter terrordåden.

Risk (hot och sårbarhet)

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) konstaterar i en nationell sårbarhets- og beredskapsrapport för 2011 att det historiskt sett inte har funnits något allvarligt terrorhot mot Norge. Under 2000-talet har dock flera internationella händelser komplicerat bilden, inte minst utlösningen av en bomb på ett hotell i Köpenhamn under hösten 2010 och självmordsbombningen i Stockholm senare samma år. Trots detta bedömer man i rapporten att terrorhotet mot Norge även fortsatt generellt sett är lågt. [1]

I sin sårbarhets- og beredskapsrapport redovisar DSB en riskanalys av ett större terrorangrepp i Oslo där grupper av terrorister genomför parallella angrepp mot flera mål med både sprängmedel och handeldvapen, vilket bedöms vara ett realistiskt ”värsta falls-scenario”. Enligt DSB är ett sådant scenario tänkbart, men relativt osannolikt (nivå två på en femgradig skala där fem är högst och innebär att man ser ett specifikt och överhängande hot). DSB fastslår att ett sådant angrepp skulle kunna få synnerligen allvarliga konsekvenser för liv och hälsa och att man kan vänta sig att de involverade drabbas av vissa psykiska problem efter händelsen. Vidare fastslår man att det givna scenariot medför ekonomiska konsekvenser motsvarande mellan 500 miljoner och fem miljarder norska kronor, bland annat på grund av skador på byggnader, och att ett terrorangrepp av den omfattningen sannolikt skulle leda till viss social oro. [1, 2]

Avslutningsvis konstaterar DSB att riskanalysen är förknippad med stor osäkerhet när det gäller både sannolikhet och konsekvens. För konsekvenserna konstaterar man att omfattningen påverkas av en mängd faktorer, bland annat antalet mål och tidpunkten för dådet [1].

Bakgrund

Det norska krishanteringssystemet

Det norska krishanteringssystemet styrs, liksom det svenska, av tre huvudprinciper: ansvarsprincipen, närhetsprincipen och likhetsprincipen. Ansvarsprincipen innebär att den aktör som normalt ansvarar för ett visst verksamhetsområde gör det också i en kris, närhetsprincipen att kriser ska hanteras på lägsta möjliga geografiska nivå och likhetsprincipen att krisorganisationen ska vara så lik den normala organisationen som möjligt. [3]

Vid en kris utses det departement som i störst utsträckning berörs av krisen till "lederdepartement". Lederdepartementet ska bland annat utarbeta lägesrapporter, analysera olika handlingsalternativ och samordna information till medier och befolkning. I särskilt komplexa kriser kan också Regjeringens kriseråd träda in. Kriserådets roll är främst att strategiskt koordinera arbetet vid de olika departementen. Fasta medlemmar i rådet är departementsråden i Justis- och politidepartementet, Forsvarsdepartementet och Helse- och omsorgsdepartementet, samt utrikesråden i Utenriksdepartementet och regeringsråden i Statsministerens kontor. Andra departement inkluderas om de berörs av händelsen. Kriserådet och lederdepartementet får stöd av Justis- och politidepartementets Krisestøtteenhet (KSE) som bland annat ger råd och tillhandahåller lokaler och förstärkningspersonal. [4]

På nationell nivå finns också Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), som är den centrala myndigheten inom krisberedskapsområdet. DSB har i uppdrag att ansvara för koordinering och tillsynsverksamhet inom området samhällssäkerhet och civil beredskap. Under krissituationer ska direktoratet även bistå andra myndigheter och främja samverkan mellan dem. [3]

Vidare har man i Norge en nationell räddningstjänstorganisation som aktiveras för livräddande insatser vid särskilt omfattande händelser och som också har ett övergripande operativt ansvar för bland annat flyg- och sjöräddning. Insatserna styrs operativt från 28 lokala räddningscentraler och koordineras av två nationella huvudräddningscentraler. Polisen ansvarar för ledningen vid lokala räddningscentraler och vid skadeplatser. Förutom polisen finns en mängd andra resurser i räddningstjänsten, bland annat brannvesenet (som utgör en motsvarighet till den svenska kommunala räddningstjänsten), civilförsvaret, försvaret och hälso- och sjukvården.

Dessutom ingår ett stort antal frivilligorganisationer, som utgör en central beståndsdel i den nationella räddningstjänstorganisationen. [5]

På regional nivå har fylkesmannen, som motsvarar den svenska länsstyrelsen, ett visst områdesansvar för krisberedskapen. Vid omfattande kriser kan fylkesmannen ges en koordinerande roll för krishanteringen regionalt, men detta inträffar sällan. På lokal nivå har kommunerna ett ansvar för krisledningen, i enlighet med närhetsprincipen. [3]

Det norska hälso- och sjukvårdssystemet

Ansvar för sjukvården i Norge är delat. Kommunerna svarar för primärvården (primärhelsetjenesten) medan den slutna vården (specialisthelsetjenesten) tillhandahålls av s.k. helseforetak (HF), som kan sägas utgöras sjukhusgrupper och närmast motsvarar de svenska landstingen.

Norge är i dag indelat i fyra "regionale helseforetak" (RHF) som ägs av norska staten. Dessa kan i Sverige närmast jämföras med sjukvårdsregionerna. Varje regionalt helseforetak har i uppgift att driva sjukhus som ger befolkningen tillgång till specialiserade sjukvårdstjänster, men de har också ansvaret för forskning, utbildning och information till patienter och anhöriga.

De fyra regionale helseforetakene är Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF och Helse Nord RHF. Dessa styrs alla av Helse- og omsorgsdepartementet. Under varje RHF ligger ett antal helseforetak som utför vården. Varje HF är skyldig att driva en larmcentral (AMK) för det medicinska nödnumret (113). I Norge finns inget gemensamt larmnummer utan "blåljusorganisationerna" nås på separata telefonnummer (brand 110, polis 112 och ambulans 113).

Akutsjukvård och ambulansresurser

Helseforetaken ansvarar också för akutmedicinska insatser utanför sjukhus [6]. I *Forskrift om krav till akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* regleras kraven på "medisinsk nödmeldetjeneste" (larm- och dirigeringsfunktion), "kommunal legevakt" (ett slags primärvårdsakut – observera att detta inte ska sammanblandas med Oslo skadelegevakt, se vidare under rubriken Sjukhus som blev direkt delaktiga i omhändertagandet av skadade den 22 juli) och ambulansverksamhet. Kommunen är skyldig att driva en jourcentral ("legevaktcentral" eller "LV-sentral") med ett fast telefonnummer, genom vilket man kan komma i kontakt med ansvarig personal dygnet runt. Flera kommuner kan samverka för att upprätthålla denna tjänst.

Ambulansbesättningens utbildning ska möta särskilda krav: minst en

person i ambulansen ska ha licens som "ambulansarbetare", "paramedic" eller "autoriserat sykepleier med fagbrev i ambulansfag", och någon i besättningen ska ha kompetensbevis för uttryckningskörning.

Förutom "normal-ambulanser" finns i ambulansorganisationerna även olika transportfordon för liggande och sittande patienter. Inom det regionala helseforetaket Helse Sør-Øst finns bland annat fordon av samma storlek som landsvägsbussar ("Helseexpresser"). Dessutom finns "suppleringsambulanser", vilket är fordon som ägs och bemannas av olika frivilligorganisationer såsom norska Röda Korset och Norsk Folkehjelp Sanitet. Dessa används oftast till mindre allvarliga fall och rena överflyttningsuppdrag.

Den luftburna ambulanssjukvården i Norge började byggas upp i form av läkarbemannade ambulanshelikoptrar i slutet av 1970-talet genom den ideella stiftelsen Norsk Luftambulanse. År 1988 tog staten ett nationellt ansvar för verksamheten genom att Rikstrygdeverket började upphandla tjänster med ambulanshelikopter och ambulansflygplan. När specialistsjukvården i Norge förstatligades 2002 övergick den luftburna ambulanssjukvården till det icke-vinstdrivande bolaget Luftambulansetjenesten ANS, som ägs av de fyra statliga sjukvårdsregionerna. Bolaget ansvarar för upphandling av tjänster med ambulanshelikopter och ambulansflygplan. Luftambulansetjenesten är också ett kompetenscentrum för luftburen ambulanssjukvård och man arbetar aktivt med att utveckla den luftburna ambulanssjukvården i Norge.

I Luftambulansetjenesten ingår följande resurser:

- 12 läkarbemannade ambulanshelikoptrar, fördelade på elva baser
- 9 ambulansflygplan med specialistsjuksköterska, fördelade på sju baser (bemannas med läkare vid behov)
- 6 militära SAR-helikoptrar ("search and rescue") med läkarbemanning.

Ambulanshelikoptrarna är av modell EC 135 (8 st.), AW 139 (3 st.) och EC 145 (1 st.). Helikoptrarna är bemannade med pilot, räddningsman och läkare. Ambulansflygplanen är av modell Beech 200 och är bemannade med två piloter, sjuksköterska samt vid behov läkare. Till detta kommer två reservhelikoptrar och två reservflygplan. Luftambulansetjenesten tillhandahåller via operatörerna helikopter och flygplan, piloter, räddningsmän och flygtekniker. De lokala sjukhusen svarar för sjukvårdsbemanning och har vårdgivaransvaret samt ansvarar för sina helikopterlandningsplatser. Luftambulansetjenesten upphandlar tjänster för ambulanshelikopter och ambulansflygplan från kommersiella operatörer. För närvarande ingår Norsk Luftambulanse AS (NLA) och Lufttransport AS som operatörer för helikoptertjänsten, medan flygplanen opereras av Lufttransport AS.

Luftambulansetjenesten kan dessutom genom ett avtal mellan departementen använda försvarets SAR-helikoptrar för ambulansuppdrag. Dessa bemannas då av personal från Luftambulansetjenesten eller helseforetakene och har samma medicinska utrustning som ambulanshelikoptrarna. Luftambulansetjenesten kan även använda militära helikoptrar som reserv om de egna ambulanshelikoptrarna drabbas av ett långvarigt tekniskt stillestånd, och man har dessutom avtal om specialtransporter i C-130 Hercules.

Dirigeringen av ambulanshelikoptrarna sköts av respektive lokal AMK. De militära SAR-helikoptrarna dirigeras av de två statliga Hovedrednings-sentralene (HRS) i Bodø respektive Stavanger.

Luftambulansetjenesten disponerar även bilar, vilka normalt används till utryckningar i basernas närområde när det är mer ändamålsenligt med marktransport än flyg.

Organisationen av psykosocialt stöd i Norge

Lokal nivå

Kommunerna i Norge är, precis som i Sverige, skyldiga att lämna stöd till de människor som uppehåller sig där. Till skillnad från Sverige ingår i detta uppdrag dock också primærhelsetjenesten. I krissituationer ska hälso- och sjukvården, omsorgen och socialtjänsten samordnas för att kunna hantera svårigheterna och det ska ske i samverkan med helseforetaken. När det gäller psykosocialt stöd bör det, enligt lagstiftningen på området, i varje kommun finnas ett psykosocialt kristeam. Aktiveringen av sådana kristeam varierar beroende på händelsen, kommunens storlek och tillgången till personal. De personalgrupper som kan ingå i dessa kristeam är kommunläkare, polispersonal, psykiatrisjuksköterska, kurator, skolpersonal, personal från barnhälsovården och representanter för olika samfund. Kristeamen kan till exempel aktiveras vid naturkatastrofer, stora olyckor, bränder och masskadesituationer.

Distriktpsychiatriske sentre (DPS)

Sedan 2006 har man i Norge utvecklat distriktpsychiatriske sentre (DPS) som enligt direktiven ”ska blicka mot kommunen med specialistpsykiatri i ryggen”. Upptagningsområdet ska vara 20 000–75 000 invånare och år 2008 fanns 75 DPS. DPS huvuduppgift är att erbjuda psykiatrisk poliklinisk mottagning, ambulerande tjänster samt ett antal korttidsvårdplatser inom sitt upptagningsområde. Det har inom ramen för denna rapport inte gått att klargöra vilka resurser olika DPS har när det gäller behandling av trauma- och förlustrelaterade psykiska störningar.

Fylkesmannen

I Norge finns 19 fylken som motsvarar svenska län. Fylkesmannen är statens representant i fylkena och motsvarar, som nämnts ovan, den svenska länsstyrelsen. Fylkesmannen ska se till att beslut från regering och Storting efterföljs och är dessutom tillsynsmyndighet, bland annat över hälso- och sjukvården.

Fylkesmennene utgör en länk mellan den nationella och den lokala nivån. Uppdraget innebär att samordna och koordinera vissa insatser när det gäller kommunerna, men också förmedla frågeställningar åt andra hållet, upp till nationell nivå.

Regionalt ressurssentre om

vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

Regionalt ressurssentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) är regionala centrum med huvudmålet att främja hälsa och livskvalitet hos individer som har varit utsatta för våld, sexuella övergrepp och andra traumatiska händelser. Man har också uppgifter inom områdena hälsa hos flyktingar samt självmordsprevention. RVTS bidrar till en regional kompetenshöjning genom undervisning, handledning, konsultation och nätverksarbete. Det finns fyra RVTS-centrum i Norge: Nord, Sør, Øst samt Vest.

Benämningen RVTS kan anses vara lite missvisande eftersom centrumen huvudsakligen arbetar med att stödja lokala organisationer såsom rättsväsendet, barn- och ungdomspsykiatri eller flyktingmottagningar med överföring av kunskap. De viktigaste områdena anges vara relationsproblem, komplexa trauman och dissociation (svårigheter att tankemässigt ta till sig vad som händer). RVTS:s roll är att bidra till en fackmannamässig kompetenshöjning så att organisationerna ska kunna stödja drabbade individer att utveckla nya färdigheter och kompetenser för att klara sina liv bättre.

Nasjonalt kunnskapssenter om

vold og traumatisk stress (NKVTS)

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) är ett nationellt centrum som har i uppdrag att utveckla och sprida kunskap om våld och traumatisk stress. Centrumet ska bidra till att förebygga och reducera hälsomässiga och sociala konsekvenser för individer som har exponerats för sådant. Man bedriver forskning, undervisar, handleder och förmedlar råd inom det aktuella området. NKVTS är tvärfackligt representerat och arbetar med följande teman: våld, sexuella övergrepp, katastrofer och flyktingärenden.

Identifiering av avlidna

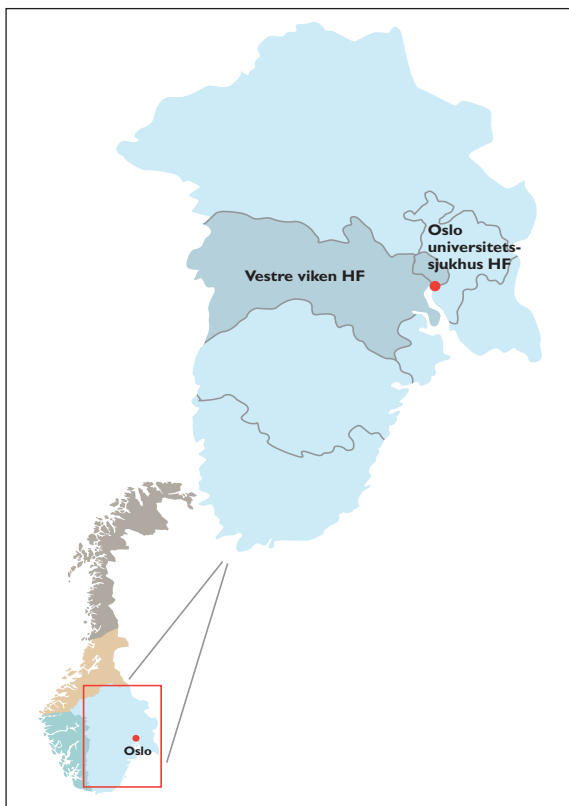
Att identifiera avlidna, liksom att underrätta anhöriga, är i Norge ett polisiärt ansvar. Sedan 1975 finns en särskild identifieringsgrupp som ligger under Kripas (en nationell enhet inom den norska polisen för bekämpning av organiserad brottslighet och annan allvarlig kriminalitet, motsvarar närmast den svenska Rikskriminalpolisen) och som har ett särskilt uppdrag att ansvara för identifieringsarbetet i samband med katastrofer. Gruppen består av en chef (polis), fem rättsmedicinare, fem rättsodontologer, rättsgenetiker, regionala ID-ledare från tre polisdistrikt, en s.k. AM-koordinator (ante mortem-koordinator) samt administrativ personal. Till gruppen knyts också kriminaltekniker. Hela eller delar av gruppen kallas samman beroende på händelsens omfattning. Gruppen kan också verka utomlands, vilket exempelvis skedde i samband med tsunami-händelsen 2004. Gruppens medlemmar kommer från hela Norge. Motsvarande ID-grupper finns även i övriga nordiska länder och man har en nära relation mellan länderna, bland annat av det skälet att man tidigare har samarbetat utomlands.

Ungefär 150 gånger per år finns i Norge behov av polisiär hjälp med att identifiera avlidna. I de flesta fall kan detta hanteras regionalt men den ansvariga polismästaren kan också begära hjälp av Kripas ID-grupp.

Gruppen arbetar efter ett protokoll som kallas DVI (Disaster Victim Identification) som har tagits fram av Interpol. I korthet bygger protokollet på att man samlar in uppgifter registrerade innan döden ("ante mortem-data", "AM-data"), såsom uppgifter om speciella kännetecken, fingeravtryck, tandröntgen och DNA-data, vilka sedan matchas mot resultat av undersökning av den avlidna efter döden ("post-mortala fynd", "PM-fynd"). Denna matchning kan göras manuellt eller med datorstöd. I anslutning till Kripas lokaler finns cirka 500 DVI-kit lagrade. Dessa är framtagna för att personalen lättare ska kunna följa de korrekta rutinerna för provtagning och dokumentation direkt på skadeplatsen.

Sjukhus som blev direkt delaktiga i omhändertagandet av skadade den 22 juli

Det regionala helseforetaket Helse Sør-Øst var den region som främst berördes av händelserna den 22 juli 2011. Denna sjukvårdsregion utgörs av specialistsjukvården i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder och Vest-Agder.



Figur 1. Berörda HF inom Helse Sør-Øst RHF.

Illustration: Svensk Information AB

Oslo universitetssjukhus HF

Inom Helse Sør-Øst RHF finns Oslo universitetssjukhus HF som innefattar Aker sjukhus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet och Ullevål sjukhus. Oslo skadelegevakt, som inryms i samma lokaler som den kommunala legevakten, är också en del av Oslo universitetssjukhus.

Oslo universitetssjukhus har ett prehospitalt centrum bestående av fyra olika avdelningar: AMK, ambulansavdelningen, luftambulansavdelningen och patienttransportavdelningen. Centrumet, inklusive AMK Oslo-Akershus, är geografiskt placerat i en äldre byggnad inom Ullevål sjukhusområde. AMK har ett primärt ansvarsområde som innefattar cirka 1,2 miljoner människor. Inom området finns 15 ambulansstationer med 29 dygnsambulanser och 16 dagambulanser. I Lørenskog, som ligger strax utanför Oslo, finns två ambulanshelikoptrar och på Rygge, ca fem mil söder om Oslo, finns en Sea King SAR-helikopter.

AMK Oslo-Akershus

AMK Oslo-Akershus tar årligen emot cirka 250 000 samtal på telefonnumret 113, varav endast tre procent utgörs av fel- eller okynnesringningar. Centralen dirigerar varje år ut enheter på cirka 120 000 uppdrag. Bemanningen varierar under dygnet och består av fem–tio medicinska operatörer och resurskoordinatorer.

Som tekniskt stöd har man en digital karta (TransMed) och AMIS-systemet (Akuttmedisinsk informasjonssystem), som kan liknas vid en digital journal. Däremot har man inte tillgång till något digitaliserat beslutsstöd för dirigering av ambulanser. Personalen kan se sina ”egna” fordon, men inte ambulanser som normalt dirigeras av andra AMK. Kommunikationen inom Oslos ambulanssjukvård sker med hjälp av Nödnett – ett digitalt radiosystem som är baserat på Tetra-standard och är av samma typ som Rakel-systemet som används i Sverige. Vid tiden för händelsen var det dock vissa lokala AMK och ambulansorganisationer som ännu inte hade fått tillgång till Nödnett utan fortfarande kommunicerade via analog radio.

Ambulanssjukvården i Oslo

I vissa delar av Norge finns ytterligare prehospitla resurser utöver ”normal-ambulanser” och ambulanshelikoptrar. I Oslo har man till exempel haft en läkarbemannad ambulans sedan mer än 30 år tillbaka. Den finns tillgänglig måndag–fredag kl. 08–22 och används för uppdrag där det krävs spetskompetens (anestesiolog), men också för regelmässigt återkommande utbildningar och certifieringar av de ”ambulansarbetare” och ”paramedics” som är anställda i organisationen. Funktionen bemannas av anestesiologer som är anställda vid Oslo universitetssjukhus. När ambulansen inte har läkarbemannning går det att tillkalla läkare från helikopterbasen i Lörenskog.

Sedan några år tillbaka har man inom Oslo ambulanssjukvård också en ”operativ leder” (egentligen ”operativ leder helse”), som är i tjänst dygnet runt. Den operativa ledaren ska främst vara sjukvårdens dedikerade ledningsresurs på skadeplatsen (motsvarar svensk sjukvårdsledare) vid mer omfattande händelser. Tjänsten delas mellan sju paramedics som har utbildats med fokus på ledning av sjukvård på skadeplats. Funktionen har tillgång till en utryckningsbil/ledningsfordon och används i normalsituationen som en förstärkningsresurs till övriga ambulanser, till exempel vid hjärtstopp.

I Osloreionen finns också ett ”operativt lederforum” där ambulanssjukvårdens operativa ledare träffar motsvarande funktioner för polis och räddningstjänst, evaluerar inträffade händelser och diskuterar gemensamma problem.

Ullevål sjukhus

Ullevål sjukhus är sedan många år det etablerade traumacentrumet i södra Norge dit svårt skadade förs även från längre distanser med ambulanshelikopter eller ambulansflyg. Ullevål sjukhus och den kirurgiska kliniken akut- och traumasektion är i dag ett av de ledande traumacentrumen i norra Europa och ansvarar för en stor del av den mest avancerade traumaundervisning som bedrivs i landet. Ullevål är enligt den regionala katastrofplanen i Oslo det sjukhus som ska ta emot alla svårt skadade vid en katastrof. Ingen övre begränsning har satts för hur många patienter sjukhuset ska kunna ta emot och man arbetar efter principen att hela tiden distribuera lättare skadade till andra sjukhus för att lämna plats för nytt inflöde av personer med svårare skador. Det kan innebära att vissa skadade först kommer till Ullevål men sedan flyttas till något av de andra sjukhusen inom Oslo universitetssjukhus, beroende på behov och typ av skador. Sekundära transporter till andra sjukhus går i regel att genomföra kort efter att den primära livräddande behandlingen har utförts.

Oslo skadelegevakt

Skadelegevakten i Oslo är belägen vid Storgatan 40, relativt nära regeringsbyggnaden där bombexplosionen ägde rum. Enheten finns i samma byggnad som den kommunala legevakten, men hör till Ortopedisk senter vid Ullevål sjukhus. I över 100 år har skadelegevakten i Oslo ansvarat för en del av akutomhändertagandet av mindre allvarliga skador och är således mycket väletablerad. Man har jouröppet dygnet runt årets alla dagar och behandlade cirka 55 000 skador under 2010. Här genomförs också en del elektiv kirurgi, framför allt handkirurgiska ingrepp. I byggnaden finns röntgenavdelning, operationsavdelning, postoperativ enhet och möjlighet att lägga in patienter för kortare tids observation.



Figur 2. Oslo universitetssjukhus HF.
Illustration: Svensk Information AB

Vestre Viken HF

De övriga sjukhusen inom Helse Sør-Øst RHF som initialt kom att ta emot patienter från Utøya var tre sjukhus som ligger närmare Utøya. Dessa sjukhus var Ringerike, Drammen och Bærum, vilka alla tre ingår i Vestre Viken Helseforetak. Helseforetaket driver också sjukhuset i Kongsberg. Vestre Viken HF har sin egen AMK, som är belägen i Drammen. Därifrån dirigeras en del av ambulanserna inom området, medan Bærums ambulanser dirigeras från AMK Oslo-Akershus. I området finns 17 ambulansstationer med 24 dygnsambulanser och 5 dagbilar.

Ringerike sjukhus

Ringerike sjukhus ansvarar i dag för akutsjukvården för en befolkning på cirka 75 000 människor men har också dagligen cirka 20 000 turister inom sitt upptagningsområde. Sjukhusledningen finns på sjukhuset i Drammen (se nedan).

År 2007 gjordes en nationell genomgång av traumasjukvården i Norge. Denna ledde till en omfattande utbildningssatsning på Ringerike för att sjukhuset skulle leva upp till de krav som föreslogs. Sjukhuset har därför en akutberedskap som i relation till sjukhusets storlek består av en anmärkningsvärt välutbildad kader av läkare med genomgångna kurser inom Advanced Trauma Life Support (ATLS)® och Definitive Surgery Trauma Care (DSTC)™. Dessutom har Ringerikes sjuksköterskor utbildats i traumaomhändertagande genom kursen Trauma Nursing Core Course (TNCC). Man genomför en gång per månad traumateamsträningar enligt det norska BEST-konceptet.

Sjukhuset har etablerat en egen beredskapswebb i sin katastroforganisation. I den registreras alla patienter så att det går att följa dem var de än befinner sig inom sjukhuset.

Bærum sjukhus och Drammen sjukhus

Bærum sjukhus ligger i samhället Sandvika, cirka 15 km väster om Oslo, och var vid händelserna den 22 juli ett akut- och traumasjukhus. Drammen sjukhus (tidigare Buskeruds sjukhus) ligger cirka 43 km sydväst om Oslo. Sjukhuset har bland annat en akutmottagning, en avdelning för anestesi, intensivvård och operation samt en medicinsk och en ortopedisk avdelning.



Figur 3. Sjukhus i Vestre Viken HF som tog emot drabbade. Illustration: Svensk Information AB.

Beredskapen för hälso- och sjukvård och psykosocialt stöd i Norge

Nationell nivå

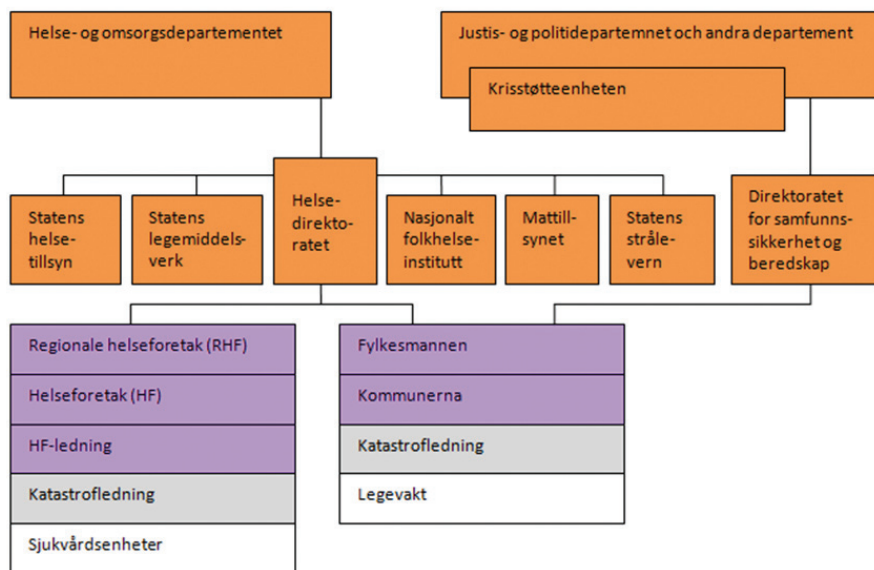
Helse- och omsorgsdepartementet gav 2007 ut en nationell beredskapsplan inom hälso- och sjukvårdsområdet och det sociala området, *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*. Enligt denna plan är syftet med norsk sjukvårdsberedskap att värna befolkningens liv och hälsa och att bidra till att nödvändig sjukvård kan erbjudas befolkningen under krig samt vid kriser och katastrofer i fredstid.

Planen är tänkt att vara ett ramverk för aktörerna inom beredskapen. Här framgår att den viktigaste lagen som reglerar landets sjukvårdsberedskap är *Lov om helsemessig og sosial beredskap* (lov 23. juni 2000 nr. 56). Utöver denna finns ett antal lagar på smittskydds-, livsmedels- och strålningsområdena samt ett antal föreskrifter som är relevanta för området. Enligt denna lag ska regionale helseforetak samt kommuner utarbeta beredskapsplaner för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

I inledningen till den överordnade beredskapsplanen framgår tydligt att beredskapsplaneringen bygger på de tre grundprinciperna för norsk krisbe-

redskap: ansvarsprincipen, närhetsprincipen och likhetsprincipen. Följaktligen fungerar den reguljära sjukvården, på statlig och kommunal nivå, som basen i hälso- och sjukvårdens normalberedskap. Om ytterligare resurser krävs begärs stöd från andra kommuner och andra helseforetak, alternativt från överordnad nivå. En sådan begäran går oftast genom en AMK.

Figur 4 nedan åskådliggör larm- och rapporteringsvägarna inom hälso- och sjukvårdsområdet vid kriser. Departement och statliga instanser arbetar på nationell strategisk nivå (orangemarkerat i figuren). Regionala helseforetak, helseforetak, fylkesmannen och kommunerna arbetar på strategisk nivå regionalt (lilamarkerat). Under detta finns en katastrofledning på lokal taktisk nivå (gråmarkerat i figuren) samt sjukvårdsenheter och läkarjour på operativ nivå (ofärgat).



Figur 4. Larm- och rapporteringsvägar inom hälso- och sjukvårdsområdet vid kriser.

Källa: Overordnet nasjonal helse- og sosial beredskapsplan fastsatt 31.01.2007.

Larm och aktivering av katastrofberedskap på lokal nivå sker via nödanropssystemet inom AMK, vars system täcker hela landet. Vid vissa händelser kommer dessutom lokala räddningstjänstcentraler och polis involveras och vid särskilt omfattande händelser kan bistånd även lämnas av en av de två huvudräddningscentralerna. Vid omfattande kriser ska hälso- och sjukvården på lokal och regional nivå larma Helsedirektoratet, som i sin tur larmar Helse- og omsorgsdepartementet. Vid misstanke om utbrott av smittsam sjukdom larmas Nasjonalt folkhelseinstitutt.

Larm om en stor händelse kan också komma från nationell nivå för att föras vidare till lokal nivå. Detta sker från departementsnivå via speciella larmlistor, så att man slutligen når regionale helseforetak, sjukhus etc. I den nationella kris- och beredskapsplanen finns också samarbeten med andra länder och internationella organisationer beskrivna.

Om en krissituation kräver att insatserna inom hälsosektorn och den sociala sektorn koordineras centralt kan Helsedirektoratet få i uppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet att sörja för en sådan koordinering.

Beredskapsplanering inom Helse Sør-Øst RHF

Den särskilda beredskapsplanen för Helse Sør-Øst RHF är ett mycket omfattande dokument. I detta beskrivs initialt de principer för beredskap som också finns i den nationella planen. Helse Sør-Øst RHF:s plan beskriver också ledningens ansvar, rutiner för övning och samordning, arbete med risk- och sårbarhetsanalyser samt olika beredskapsnivåer.

Följande beredskapsnivåer beskrivs i planen:

- *Grön beredskap*: Etablering av beredskapsledning på helseforetaksnivå och på sjukhus i situationer där man inte har något behov av extra resurser eller där man har ett begränsat behov av sådana. (Motsvarar svenskt stabsläge.)
- *Gul beredskap*: En oönskad händelse har inträffat, eller det föreligger stor risk för att en sådan händelse kan inträffa, och det är sannolikt att de ordinarie resurserna inte kommer att räcka för att hantera händelsen. Inkallning av extrapersonal genomförs i begränsad omfattning. (Motsvarar svenskt förstärkningsläge.)
- *Röd beredskap*: En händelse har inträffat, och den är av sådan omfattning eller karaktär att man bedömer att de ordinarie resurserna inte kommer att vara tillräckliga. Katastrofplanen aktiveras. (Motsvarar svenskt katastrofläge.)

Vid större kriser och katastrofer som drabbar hela eller delar av helseforetaksregionen kan det vara nödvändigt att koordinera och/eller omdisponera specialistsjukvårdstjänsterna i regionen. Helse Sør-Øst RHF har givit Oslo universitetssjukhus ett regionalt ansvar att utföra denna koordinering.

Samverkan med andra aktörer

Enligt Helse Sør-Øst RHF:s beredskapsplan är det av största vikt att hälso- och sjukvården under kriser har ett nära samarbete med bland annat polisen och brannvesenet, men också att man har ett samarbete med dessa aktörer när det gäller förberedande åtgärder. En nära samverkan med polisen är

nödvändig eftersom denna aktör bland annat har ett samordnande ansvar för ledning på skadeplats, samt ansvar för att registrera skadade och avlidna, identifiera avlidna och förmedla dödsbudskap till personer utanför sjukhus.

I planen står det vidare att fylkesmannen ska driva på och vägleda beredskapsarbetet inom länet, i egenskap av samordnings- och sektorsmyndighet. Fylkesmannen kan också ha en samordningsfunktion under kriser och katastrofer, vilket dock sällan utnyttjas. Enligt planen kan också försvaret och civilförsvaret tillkallas i exceptionella situationer, inte minst för att få tillgång till personal och materiel.

Nivåer på katastrofledning

De nivåer för katastrofledning – operativ ledning, taktisk ledning och strategisk ledning – som finns beskrivna i beredskapsplanen för Helse Sør-Øst följer samma indelning som den nationella beredskapsplanen för hälso- och sjukvården. Tabell 1 nedan anger vad de respektive nivåerna innebär.

Tabell 1. Nivåer på katastrofledning inom Helse Sør-Øst RHF

Operativ ledning	Operativ ledning sker ute på skadeplatsen och/eller är knuten till uppgifter som direkt rör katastrofarbetet. Den operativa ledningen kan utövas både på skadeplatsen och på sjukhusets akutavdelning.
Taktisk ledning	Taktisk ledning fokuserar på att hantera händelsen inom ett sjukhus och att bistå den operativa ledningen med att prioritera insatsen utifrån tillgängliga resurser. Insatsen planeras så att den samlade katastrofinsatsen blir så effektiv som möjligt. Den taktiska ledningen planerar också insatsen på längre sikt.
Strategisk ledning	Strategisk ledning är den högsta ledningsnivån och ska leda insatsen så att katastrofens långsiktiga verkningar blir så små som möjliga. Vidare ska man på denna nivå se till att sjukhusets basresurser räcker för att kunna utföra katastrofuppdraget.

Källa: Beredskapsplan för Helse Sør-Øst RHF.

Katastrofledningen inom Helse Sør-Øst RHF är lik den som i en normal-situation leder det regionala helseforetaket. Beroende på situationen inkallas olika nyckelpersoner i ledningen och vid behov kan denna ledning etablera sig i ett så kallat katastrofledningsrum.

Oslo universitetssjukhus HF

Katastrofledningen inom ett enskilt helseforetak i Helse Sør-Øst RHF inkallas vid katastrof efter beslut av administrerande direktören eller dennes ersättare. Därefter följer man helseforetakets särskilda katastrofplan när det gäller ansvar och specifika arbetsuppgifter.

Katastrofberedningsplanen för Oslo universitetssjukhus HF är mycket omfattande och bygger på principen att de enheter som normalt har ansvar för hälso- och sjukvården också har ansvar för att klara extraordinära situationer, stora olyckor eller katastrofer. Planen är strukturerad i flera nivåer där nivå 1 innefattar det som gäller för hela universitetssjukhuset, bland annat ansvarsfördelning, beredningsgrader, utlarmning, katastrofledning, rapportering, information och kommunikation. Nivå 2 innefattar de beredningsplaner som är utvecklade inom enskilda kliniker, till exempel akut kliniken, röntgenkliniken, blodcentralen och neurokirurgiska kliniken. Nivå 3, 4 och 5 är de beredningsplaner som gäller för klinikernas respektive avdelningar, underavdelningar etc. Varje utarbetad plan ska kunna beskriva arbetsuppgifter och ansvar för varje berörd anställd.

På sjukhusnivå finns inom Oslo universitetssjukhus HF följande beredningsnivåer:

- *Grön beredskap*: Situationen innebär ankomst av flera teamkrävande patienter (men färre än vid gul beredskap). Taktisk ledning och funktioner som kan beröras av händelsen varslas.
- *Gul beredskap*: Sjukhuset får ett larm om att fler än 6 teamkrävande patienter förväntas komma till akuten. Man aktiverar delplaner för att kunna ta emot ett stort antal patienter, mobiliserar resurser på akuten och förvarnar också skadelegevakten.
- *Röd beredskap*: På grund av en särskilt allvarlig händelse inkommer mer än 50 patienter till sjukhuset. De ordinarie resurserna kommer inte att räcka till varför hela katastrofplan aktiveras.

Som nämnts ovan har Oslo universitetssjukhus HF vid större kriser ett koordineringsansvar inom Helse Sør-Øst RHF. Detta innebär bland annat följande:

- ansvara för att regionens samlade specialistsjukvård samordnas och utnyttjas optimalt
- ta rollen som regional AMK (R-AMK) och etablera rutiner för att larma relevanta enheter inom och utanför regionen
- vid behov begära nationellt stöd
- hålla Helse Sør-Øst informerat om de omdispositioner som kan påverka totalkapaciteten i regionen och de ekonomiska följder som uppkommer av koordineringsinsatserna.

Förutom detta regionala koordineringsansvar i kris har Oslo universitetssjukhus HF också regionala eller nationella uppdrag. Sjukhuset ska

- tillhandahålla uttryckningsteam vid kriser och katastrofer (motsvarande sjukvårdsgrupper i Sverige)
- hantera högrisksmitta och utbrott av epidemier
- hantera kemiska, biologiska och nukleära händelser.

I katastrofberedskapsplanen för Oslo universitetssjukhus HF finns också instruktioner som rör sjukvårdsteam vid nationella och internationella katastrofer, informationsansvar, psykosociala tjänster, polisens informationsansvar, omhändertagandet av anhöriga och egen personal samt alla nödvändiga kontaktupplysningar som behövs vid larm till HF eller RHF. Dessutom finns särskilda handlingsplaner för de flesta kris- och katastrofhändelser man kan tänkas behöva hantera inom Helse Sør-Øst.

Vestre viken HF

Vestre Viken HF:s katastrofberedskapsplan har en gemensam ram för de ingående sjukhusen, vilken innefattar beredskapsplanering, beredskapsplaner samt katastrof- och krishantering. Inom denna ram har varje enskilt sjukhus sin egen specifika katastroforganisation beroende på kapacitet. Inom hela helseforetaket finns också katastrofledningar på alla nivåer. Det innebär att man, liksom inom Oslo universitetssjukhus HF, har en operativ, en taktisk och en strategisk ledning. Den operativa är direkt kopplad till omhändertagandet av patienter och den taktiska ledningen har fokus på att hantera katastrofsituationen inom hela sjukhuset på olika plan och planera för det långsiktiga omhändertagandet. Den strategiska ledningen är den högsta ledningsnivån och har ansvar för att organisera, stötta och planera det totala katastrofomhändertagandet inom och mellan alla de berörda sjukhusen.

Lokal beredskapsplanering i Hole kommun

Beredskapsplanen i Hole kommun utgår från risk- och sårbarhetsanalyser som genomfördes 1997 och 98 samt 2002, med en revidering 2009. Vid större olyckor leds räddningsinsatserna av polismästaren i den lokala räddningscentralen där representanter för räddningstjänst och sjukvård också ingår. I planen anges att samhällets insatser ofta initieras via AMK, som i sin tur larmar polis, räddningstjänst och sjukvårdsinstanser efter behov. Vid stora olyckor kopplas även kommunens krisledning in. Sjukvårdsområdet företräds i akutsleden av vakthavande läkare (*vakthavande lege*) eller kommunläkare (*kommunlege*), och kommunens kristeam erbjuder psykosocialt stöd.

Kommunikationsplaner och medieberedskap

Den norska kriskommunikationen är komplex, bland annat beroende på att det är många aktörer och huvudmän som verkar på olika nivåer med geografiska och verksamhetsmässiga överlappningar. I några fall finns omfattade kriskommunikationsplaner, och i andra fall är kommunikation och mediehantering något som nämns på några rader i en krisberedskapsplan. Arbetet med kommunikation och mediehantering präglas också av huruvida en hel kommunikationsenhet finns att tillgå (som på Ullevål sjukhus), eller om det är en informatör på annan ort som har ansvaret (som för Ringerike sjukhus), och om kommunens informationsstab är operativt ansvarig (som i fallen Oslo kommun för Oslos legevakt och Hole kommun för Ringerikes legevakt). Ibland är organisationen otydligare med tillfälliga konstellationer där flera samverkande aktörer ingår.

Under den akuta fasen av en kris är det viktigt att hälso- och sjukvården och medierna visar ömsesidig förståelse för varandras roller. Exempelvis är det bra om sjukvårds- och insatspersonalen har kunskap om mediernas pressetiska riktlinjer. Det norska pressförbundet har relativt tydliga riktlinjer för hur medierna ska bemöta människor i katastrofsituationer och vid andra traumatiska händelser. I riktlinjerna anges bland annat följande:

Ta hensyn til hvordan omtale av ulykker og kriminalsaker kan virke på ofre og pårørende. Identifiser ikke omkomne eller savnede personer uten at de nærmeste pårørende er underrettet. Vis hensyn overfor mennesker i sorg eller ubalanse. Regelverket avslutas med följande uppmaning: ”Ord og bilder er mektige våpen, misbruk dem ikke!”. [7]

Kommunikationsansvar på sjukhus (Ullevål och Ringerike)

Oslo universitetssjukhus HF – där Ullevål ingår – har en drygt 60-sidig kommunikationsberedskapsplan som uppdateras kontinuerligt. Den lagras digitalt och skrivs ut till hela staben vid behov. Planen reviderades tre dagar före attentaten den 22 juli 2011 och omfattar organisationsbeskrivningar, checklistor, en beskrivning av kommunikationsstabens beredskapsrum och mycket annat. I planen finns en lista på ”standarduttalanden som ger andrum”, liksom en mängd råd inför mediekontakter. Checklistorna rör olika aspekter av kommunikation, krisens kännetecken samt kommunikationsråd före, under och efter en kris. Det finns också checklistor för olika typer av krishändelser. Vidare finns intern och extern kontaktinformation liksom en översikt över aktörer som kan tänkas beröras av krishändelserna. Planen innehåller även en matris för att fördela arbetsuppgifter. Denna pekar på 20 olika funktionsbeskrivningar som innebär ett brett spektrum av ansvarsområden, allt från att aktivera presscentrum till att förse staben med mat och dryck. En av funktionerna har till uppgift att följa medierapporte-

ringen, en annan att föra logg över all information. Två personer ägnar sig helt åt att producera och publicera nyheter, internt och externt.

Vid stora katastrofer får Oslo universitetssjukhus och Ullevål kommunikationsansvaret för de regionala helseforetakens elva sjukhus. Detta innebär att alla andra involverade sjukhus ska rapportera sin status till universitetssjukhuset, som sedan koordinerar arbetet.

Kommunikationsansvar på skadeplats

Oslopolisen (här intressant i rollen som skadeplatsansvarig) organiserar sig vid extraordinära händelser efter en särskild beredskapsmodell. I polismästarens stab bildas ett antal så kallade P-funktioner, där P5 är informationsfunktionen som sköter både intern och extern kommunikation samt pressinformation och mediehantering. Kommunikationsgången innebär att ingen får göra något uttalande till medierna (enskilt eller via en allmän pressinformation) utan att insatsledaren och P5 först har diskuterat saken. Alla funktioner i P-staben finns fysiskt på Oslo Polishus, och är överordnade hela den ordinarie polisorganisationen. Polisen har en särskild webbplats med alla kommunikationsplaner och ”tiltakskort” (ungefär funktionsbeskrivningar). Där finns också mallar för pressmeddelanden vid olika typer av situationer och händelser, både på norska och engelska.

Den 1 juli 2011 publicerades en kommunikationsplan för norska rikspolisen, och i förordet till denna skriver polisdirektören att ”polisen ska ha en öppen och god dialog med medierna, samtidigt som de i elektroniska kommunikationskanaler och på andra arenor aktivt involverar invånarna”. När det gäller kriskommunikation fastslås att en helhetssyn på kommunikation är särskilt viktig i kriser. Det gäller internt inom polisen, och även i förhållande till andra myndigheter som är involverade i krishantering. Invånarna ska inte ha för många aktörer att förhålla sig till.

Kommunikationsansvar på kommunal nivå

De kommunala legevakterna lyder under sina respektive kommuners krisberedskaps- och kommunikationsberedskapsplaner. Här råder speciella förhållanden, eftersom dessa verksamheter inte alltid har hela kommunikationsstaberna som träder i kraft, utan ibland en enstaka informatör som kanske finns på annan ort. Ringerikes legevakt är dessutom internkommunal och omfattar fem kommuner.

Situationen före händelsen

Oslo

Juli månad är i Norge, liksom i Sverige, en semestermånad. Normalt arbetar cirka 3 500 personer i de byggnader i regeringskvarteret som tillhör det norska regeringskansliet. Den 22 juli 2011 var dock endast ungefär 600 personer på arbetet och kl. 15.20 var cirka 300 personer kvar i byggnaderna.

Utøya

Den 20–24 juli 2011 höll Arbeidernes Ungdomsfylking (AUF), som är det norska Arbeiderpartiets ungdomsorganisation, sitt årliga sommarläger på Utøya. Utøya är en liten ö (10,6 hektar) som ligger cirka 600 meter från land i sjön Tyrifjorden i Hole kommun, 40 km nordväst om Oslo. På ön, som ägs av AUF, finns en kursgård. På eftermiddagen den 22 juli fanns 564 personer på ön. [8, 9, 10]

Händelseförlopp

Fredagen den 22 juli 2011 kl. 15.25 detonerade en sprängladdning i regeringskvarteret i centrala Oslo, där merparten av departementen inom det norska regeringskansliet har sina lokaler. Bomben, som var inrymd i en bil parkerad på Grubbegata, var mycket kraftig och orsakade stora skador på de kringliggande byggnaderna. Åtta personer dödades och minst 90 skadades.



Figur 5. Regeringskvarteren efter sprängdådet Foto: Berit Roald, Scanpix

Senare samma eftermiddag klev en man som utgav sig för att vara polis ombord på färjan som går från fastlandet till Utøya, där AUF hade sitt sommarläger. Väl iland på ön började mannen skjuta omkring sig. Runt halv sju på kvällen greps mannen av norsk polis. Då hade sammanlagt 69 personer dödats och 65 personer skadats. Flertalet var barn eller ungdomar. [11, 12]

Gärningsmannen på Utøya, Anders Behring Breivik, erkände att han också bar ansvaret för bombdådet i Oslo. Behring Breivik, en 32 år gammal och tidigare ostraffad norsk medborgare, har under förhör angett politiska skäl som drivkraft till dåden. [13, 14]

Skador och störningar

Skador

Sammanställning av kroppsliga skador

Totalt dödades 77 människor den 22 juli 2011, varav åtta i bombexplosionen i regeringskvarteret och 69 i skjutningarna på Utøya.

Minst 90 personer bedöms ha skadats i bombattentatet, enligt uppgifter från de mottagande sjukvårdsenheterna. Det är möjligt att fler skadades, men att de inte sökte sjukvård eller av något annat skäl inte har registrerats.

På Utøya bedöms 65 personer ha skadats, baserat på uppgifter från de olika sjukhus som var involverade i omhändertagande. 33 av dessa hade skador från skott, varav många var ytliga mjukdels- eller skelettskador som inte var direkt livshotande. De övriga hade fått andra typer av skador i samband med flykten, eller var nedkylda av att ha legat i eller simmat i det kalla vattnet. Det är sannolikt att det finns ett okänt antal med lindrigare skador, bland annat de som togs omhand på Sundvolden Hotel nära Utøya och som aldrig krävde sjukhusvård. Andra kan ha vänt sig till sina respektive hemsjukhus för problem som uppkommit först senare.

Om detonations- och skottskador

En exploderande bomb orsakar skador genom olika mekanismer. Effekterna är relaterade till mängd, typ och inneslutning av det aktuella sprängämnet, liksom var detonationen sker. Man brukar i dessa sammanhang prata om primära, sekundära, tertiära och kvartära skador.

Primära skador orsakas av den direkta tryckvågen från detonationen. Den leder framför allt till skador på luftförande organ. Omfattande blödningar i lungvävnaden kan utgöra ett direkt dödshot.

De sekundära skadorna orsakas av kringflygande splitter och är den vanligaste typen av skada bland människor som behöver vård efter bombexplosioner. Splittren kan komma från själva höljet runt bomben eller från till exempel glas i fönster som krossas av tryckvågen. Fragmenten kan slungas långa sträckor – upp till 2 km – från detonationscentrumet. Dessa fragment kan ha olika form och tränga in i kroppen med olika hastighet och energi. Därför kan skadeutfallet vara mycket varierande. Gällande nedfallande glassplitter beror effekten främst på vilket organ som skadas.

Tertiära skador uppkommer genom att tryckvågen slungar offret mot föremål i omgivningen – således en form av ”trubbigt våld”. Hit räknas

också effekterna av en eventuell byggnadskollaps som givetvis kan orsaka varierande grader av krossskador hos de drabbade. Ibland talas också om kvartära skador, vilka innebär brännskador och effekter av inandning av toxiska gaser bildade vid explosionen.

I Oslo hade de flesta skadade fått splitterskador orsakade av krossat glas, eller annat byggmaterial som fallit ned från de skadade byggnaderna. Huvuddelen av dessa kom att omhändertas vid Oslo skadelegevakt. De mer allvarligt skadade transporterades till Ullevål sjukhus, och bland dem dominerade de tertiära skadorna. Vid en granskning av åtalsunderlaget inför rättegångsförhandlingarna mot gärningsmannen framgår att två överlevande från bombexplosionen tycks ha drabbats av primära tryckvågsskador på lungorna. [10]

På Utøya använde sig gärningsmannen av ett halvautomatiskt gevär och en pistol. En projektil, exempelvis en gevärskula, innehåller en viss energimängd som är beroende av projektilens massa och hastighet. Generellt ger ett gevär högre projektilhastighet än en pistol eftersom kulan accelereras under längre tid då pipan är längre. Vilka skador som uppstår när en kula träffar en kropp är beroende både av vilka organ som träffas och vilken typ av kula som används. Om hela projektilens rörelseenergi ska utnyttjas ska all energi tas upp av vävnaden. För att uppnå detta kan olika tekniker användas. Ett sätt är att använda kulor konstruerade så att de fragmenteras vid anslag. I militära sammanhang är utnyttjande av sådan ammunition (s.k. ”Dum-Dum-kulor”) förbjuden enligt Geneve-konventionen, men användningen är tillåten i samband med jakt. På Utøya använde sig gärningsmannen av denna typ av fragmenterande ammunition.

Behov av psykosocialt stöd

Omkring 3500 personer har sin arbetsplats i regeringskvarteret, varav cirka 300 personer var på plats vid bombexplosionen. Av dessa dödades sex personer och dessutom dödades två förbipasserande. Bedömningen har gjorts att det för varje dödad dessutom i genomsnitt finns tio förlustdrabbade anhöriga, vilket här alltså skulle kunna innebära ca 80 förlustdrabbade personer.

På Utøya dödades 69 personer och 496 överlevde. För de som dödades finns 700 förlustdrabbade anhöriga. För de överlevande bedöms det finnas flera tusen närstående som kan ha påverkats i varierande grad och som i olika utsträckning kan behöva psykosocialt stöd.

Det räcker heller inte med att se till offren och deras anhöriga. Det finns också ett stort antal frivilliga hjälpare som kan behöva stöd i lika grad, liksom insatspersonalen (polis, sjukvårdspersonal, krisstödspersonal och andra).

Skador på byggnader

Den bomb som detonerade i regeringskvarteret orsakade omfattande skador på flera byggnader. Värst drabbades byggnaderna Høyblokka, R4, S-blokka och Y-blokka. Dessa byggnader inrymde den 22 juli 2011 Statsministerens kontor, Justis- och politidepartementet, Nærings- och handelsdepartementet, Olje- och energidepartementet, Kunnskapsdepartementet, Helse- och omsorgsdepartementet samt Arbeidsdepartementet. [15, 16]

Bomben skadade byggnaderna både utvändigt och invändigt. Utvändigt orsakade explosionen allvarliga skador på fasaderna med stora mängder nedfallet byggnadsmaterial. Invändigt rasade armaturer och innertak, vissa väggar förstördes och tryckvågen kastade runt möbler och annan inredning. Även andra byggnader i området fick skador och fönsterrutor splittrades långt från bombplatsen. [17]

Störningar

Säkerhetsmässiga bedömningar

Vid den genomgång av de demolerade byggnaderna i Oslo som gjordes efter bombattentatet för att söka efter skadade fanns en uppenbar risk för ytterligare skador bland räddningspersonalen. Extra ambulansresurser var således nödvändiga att ha i reserv i Oslo för detta.

I anslutning till insatsen på Utøya mötte räddningspersonalen en situation som innebar ett uppenbart hot mot deras liv, och de kunde därför inte nå de skadade direkt. Även efter det att gärningsmannen hade gripits var det oklart om ytterligare gärningsmän varit delaktiga i dådet. Antalet dödade och skadade gjorde att det fanns starka misstankar om att flera gärningsmän fortfarande kunde vara på fri fot i området och eventuellt dölde sig bland de evakuerade ungdomarna. Därför fick ungdomarna hanteras som potentiella gärningsmän tills dess att polisen hade kunnat genomföra en ordentlig visitation efter vapen. Med tanke på att gärningsmannen hade varit klädd i polisuniform kan man lätt förstå att detta upplevdes som ytterligare en hotfull situation av de överlevande.

Även på ett nationellt plan var det svårt att göra en säkerhetsmässig bedömning av situationen i Norge direkt efter händelsen. Inom loppet av några timmar fick Norge se delar av regeringskvarteret förstörda samt uppleva ett massmord av ungdomar. Väntade ytterligare attacker mot det norska samhället? Var och när skulle nästa attack i så fall ske och hur mycket resurser måste hållas i beredskap för att hantera detta hot?

Regeringskansliet

Explosionen på Grubbegata innebar att samtliga departement i regeringskvarteret fick evakueras, däribland Helse- og omsorgsdepartementet. Tjänstemännen fick lämna sina arbetsplatser och avvakta i sina hem tills man hade iordningsställt de arbetsplatser som var mindre allvarligt skadade och skaffat nya lokaler till dem vars kontor var totalförstörda. Det senare tog nästan en vecka i anspråk. Under en tid var tillgången till datorsystemen begränsad och de anställda fick förlita sig på andra sätt att arbeta, exempelvis att använda mobiltelefon i stället för e-post. Flera departement flyttade in i lokaler som tillhörde sina underliggande myndigheter, däribland Helse- og omsorgsdepartementet som flyttade in hos Helse-direktoratet. När den här rapporten skrivs är vissa departement fortfarande inrymda i alternativa lokaler.

Brannvesenet

Brannvesenet i Oslo har sin huvudbrandstation i anslutning till regeringskvarteret och denna fick stora skador vid explosionen. Bland annat förstördes portarna till stationen och personalen var tvungna att avlägsna de demolerade portarna innan de kunde rycka ut med brand- och räddningsfordon. [18]

Trafiksituation

Den 22 juli var E16 förbi Utøya stängd på grund av en tunnelrenovering. All trafik leddes förbi på den gamla lokalvägen i direkt anslutning till tilläggsplatsen för båten som fraktar besökare till och från Utøya. När skottlossningen hade börjat fick vägen stängas av. Så småningom kunde ambulanser köra förbi avspärningarna, men uppställda räddningsfordon och långa bilköer gjorde att vägen i praktiken var svår att använda. Det innebar att den alternativa körvägen från Ringerike till Drammen, Bærum och Oslo blev avsevärt längre än normalt.

Åtgärder

Aktivering av katastrofberedskap samt ledning och arbete på skadeplats

Oslo Universitetssjukhus HF

Aktivering av katastrofberedskap

Kl. 15.25 skedde explosionen i regeringskvarteret. Inom en minut började telefonerna ringa på AMK Oslo-Akershus. Sammanlagt ett 80-tal samtal loggades, varav personalen hann besvara cirka hälften. Operatörerna förstod först inte vad som hade skett – de som ringde in nämnde bland annat ”anfall”, ”fallande glas från tak” och ”arbetsplatsolycka”. Det var också oklart exakt var händelsen inträffat, eftersom samtalen kom från olika platser. Därför var operatörerna osäkra på om det rörde sig om en eller flera separata händelser.

Explosionen hördes också av besättningen på en av Oslos ambulanser som råkade vara i närheten. De begav sig omedelbart i riktning mot ljudet för att närmare undersöka vad som hade hänt och larmade också den operativa ledaren över radio. I närheten fanns också läkarambulansen, vars besättning hörde kommunikationen på radio och också begav sig mot platsen för explosionen. När väl den operativa ledaren kom till platsen kunde han till AMK verifiera att det rörde sig om en explosion och begärde därför 15.33 att AMK skulle utlösa katastroflarm.

Inom tre minuter hade AMK larmat och dirigerat tio ambulanser, en läkarambulans, en MC-ambulans och operativ leder helse mot platsen. Under det fortsatta förloppet sände AMK Oslo-Akershus ytterligare 28 av sina ”egna” enheter till platsen liksom 29 enheter från omgivande ambulansdistrikt samt frivilligambulanser. Operatörerna larmade också sjukhusen i Oslo. Först vid 16-tiden fick AMK personalförstärkning och kunde då etablera den regionala AMK-funktion (R-AMK) man enligt föreskrifterna skall upprätta.

Ledning och arbete på skadeplats

Både operativ ledare och läkare från Oslos läkarambulans var på plats inom fem minuter. Under den korta framkörningstiden hann de inte besluta eller förmedla någon brytpunkt (geografisk plats dit räddningsenhet dirigeras i avvaktan på insats) eller ledningsplats. Väl på plats såg de polisens ledningsfordon och anslöt till dem. Kl. 15.35 upprättades formellt sjukvårdsledning på skadeplatsen.

Förödelserna var omfattande och sträckte sig över ett stort område varför det först var omöjligt att få någon uppfattning om skadeutfallet. Man utgick dock från att det rörde sig om ett stort antal döda och svårt skadade och rapporterade detta till AMK. Man utsåg också snabbt en första uppsamlingsplats för de skadade, en plats i närheten av den gemensamma ledningsplatsen för polis, brand och sjukvård som upprättades på Høyesteretts Plass (se Figur 6). Uppsamlingsplatsen bemannades till att börja med av den paramedic som fanns i läkarambulansen samt en medåkare. Läkaren fortsatte in i skadeområdet och mötte ett antal gående skadade, vilka hänvisades till uppsamlingsplatsen. Efter att ha fått en översikt över området beslutades att upprätta en andra uppsamlingsplats på Youngstorget/Møllergata.



Figur 6. Regeringskvarteret med uppsamlingsplatser

Illustration: Svensk information AB

På AMK överbelastades nu IT-systemen som används för att via GPRS (digital mobiltelefoni) elektroniskt sända uppdrag till ambulanserna och på en digital karta få uppgifter om fordonens positioner och status (disponibel, upptagen etc.). Resultatet blev att operatörerna inte kunde se ambulanserna på kartan och fick sköta all dirigering via radio. Detta gick dock att hantera eftersom de två gånger per år övar på att klara ett bortfall av systemet. Systembortfallet varade till kl. 12.00 dagen efter händelsen.

Kraven på uppsamlingsplatserna var att de skulle vara lätta att se för ankommande ambulanser, ligga nära skadeplatsen och ha plats för en "ambulansslinga" så att fordonen inte blockerade tillfartsvägar och utfartsvägar. Principerna som tillämpades för skadeplatsarbetet var de som lärs ut i MIMMS (Major Incident Medical Management and Support).

Likaså definierades brytpunkter under denna fas. Tillgången på resurser var stor: inom tio minuter fanns, förutom operativ ledare och läkarambulansen ytterligare tio ambulanser och en ambulansmotorcykel på plats. Inom 20 minuter fanns 41 enheter på plats och inom 60 minuter fanns där 72 enheter. Ytterligare läkare kom både från Luftambulansetjenesten och från Ullevål. Personaltillgången var god eftersom händelsen inträffade i anslutning till ett skiftbyte både på sjukhuset och i ambulansorganisationerna. Även ledig personal som hade hört nyheten via medierna anmälde sig spontant till tjänst.

Tillgången på resurser gjorde att de svårt skadade kunde avtransporteras i takt med att de påträffades, utan någon egentlig väntetid på uppsamlingsplatserna. Av de sammanlagt 43 skadade man påträffade sändes tio till Ullevål och 33 till skadelegevakten. Totalt 47 skadade personer kunde själva ta sig till en akutmottagning för behandling. Fördelningen mellan olika akutmottagningar gjordes efter samma kriterier som används ”till vardags” och personalen använde alltså ingen speciell triagealgoritm. Tidigt rekvierades en förbipasserande ledbuss som användes som uppsamlingsplats och för att transportera personer med något lättare skador. Bussen kom att transportera 18 av de 33 personer som skickades till skadelegevakten.

Ledningen på skadeplatsen gjorde redan från början säkerhetsmässiga överväganden. De bedömde att det fanns risk för ytterligare explosioner på andra platser i Oslo, och kommunicerade det till AMK. Man beslöt därför att låta läkarambulansen vara i tjänst även under natten och också förstärka beredskapen med ambulansresurser från frivilligorganisationerna. De ansvariga övervägde möjligheten att det fanns en sekundärladdning på den befintliga skadeplatsen, men såg detta som en risk man inte kunde göra något åt annat än att evakuera de skadade så fort som möjligt.

Ytterligare en narkosläkare från ambulanshelikopterbasen kom till platsen med bil. De två läkarna på plats ledde därefter arbetet på var sin uppsamlingsplats, medan den operativa ledaren ledde insatsen från en ledningsplats som upprättades gemensamt med polisen och brannvesenet.

Samtliga kritiskt skadade evakuerades från skadeplatsen inom 40 minuter medan det tog längre tid att evakuera dem som inte bedömdes ha livshotande skador. Det stod nu klart att antalet dödade och svårt skadade var långt mindre än man först hade befarat.

Polis och lokal säkerhetspersonal hade en god uppfattning om var de skadade fanns inne i byggnaderna, och räddningstjänsten gick in för att söka igenom lokalerna efter ytterligare skadade. Personalen åtföljdes av en läkare och en räddningsman som kunde hjälpa till att triagera dessa. Samverkan mellan polis, brannvesen och ambulans rapporteras ha fungerat utan friktion.

Kommunikationstekniskt fungerade Nödnett utan problem. Det var dock dålig täckning med analog radio, vilket var kommunikationsmedlet för några av de bilar som kom från omgivande ambulansområden.

Mot bakgrund av ett befarat ytterligare attentat i Oslo började ambulanssjukvården redan vid 17-tiden att avveckla resurser från skadeplatsen. När larmet från Utøya kom kunde man därför omedelbart skicka 24 ambulanser, två Helseexpress-bussar, en ambulansmotorcykel och en helikopter. Fyra ambulanser fanns kvar under den senare genomsökningen av byggnaderna för att ta hand om eventuella tillkommande skadade.

Vestre Viken HF

AMK Vestre Viken

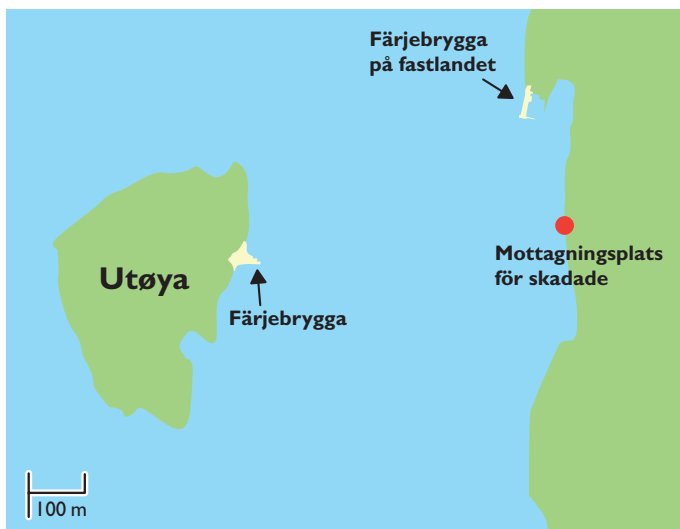
Insatsen vid Utøya koordinerades av AMK Vestre Viken. En viss beredskapshöjning i form av mer personal, föranledd av bombdådet i Oslo, hade redan skett då de första samtalen kom in från Utøya kl. 17.24.

Samtalen handlade om en pågående skjutning på Utøya med flera döds-offer. Operatörerna kunde inte avgöra om det var en eller flera gärningsmän som sköt. De skickade genast alla tillgängliga resurser i riktning mot skadeplatsen och började mobilisera extra resurser, bland annat genom att bemanna reservambulanser. Man strävade också efter att upprätthålla en ambulansberedskap för andra samtidiga händelser inom Vestre Viken HF. Samtalen att komma in till AMK, och operatörerna prioriterade att besvara så många anrop som möjligt genom att hålla samtalen korta.

Samverkan med polisen på ledningsnivå försvårades av att den polisiära insatsen leddes från Nordre Buskerud medan Drammen är beläget i Søndre Buskerud, vilket är ett annat polisdistrikt. Här fick AMK hjälp av sitt eget polisdistrikt att etablera kontakt med ledningen i det andra polisdistriktet.

Geografiska och operativa förutsättningar för räddningsinsatsen

På den östra sidan av Utøya finns en liten pir. Mellan den och Utvika brygga på fastlandet sker transporterna till och från ön med M/S Thorbjörn, en liten färja av typen landstigningsbåt. Avståndet är cirka 600 meter, som nämnts tidigare. Det finns inga bekräftade uppgifter om vattentemperaturen i Tyrifjorden den 22 juli, men den har uppskattats till att ha legat runt 14 °C.



Figur 7. Utøya. Illustration: Svensk Information AB.

Bilresan från Oslo till Utøya innebär att köra E18 sydväst för att i höjd med Sandvika, där Bærum sjukhus ligger, vika av åt nordväst på E16. E16 går genom ett antal tunnlar och strax söder om den längsta tunneln (Nes-tunneln) viker man av in på den gamla vägen (Utstranda), vilken går förbi Utvika brygga. Vägen leder vidare till Sundvollen där den ånyo ansluter till E16 som sedan fortsätter norrut mot Hønefoss, där Ringerike sjukhus ligger.

Fortsätter man i stället E18 åt sydväst förbi Sandvika hamnar man så småningom i Drammen, där Drammen sjukhus och Vestre Viken AMK ligger. Ännu längre åt sydväst ligger Kongsberg sjukhus.

Den 22 juli 2011 var E16 genom Nes-tunneln avstängd på grund av vägarbeten. All trafik leddes om via Utstranda vilken är en relativt smal och kurvig väg som följer Tyrifjordens östra strand. Utefter sjöstranden finns spridd villabebyggelse samt en stor campingplats (Utvika camping). Vägen ned till Utvika brygga är en smal backe mot sjökanten som avslutas med en mindre parkeringsplats. Backen ned är brant och så smal att två bilar inte kan mötas. Dessutom svänger vägen av från Utstranda med en så brant vinkel att det inte direkt går att svänga in på den om man kommer norrifrån.

Ledning och arbete på skadeplats

Den första ambulansen larmades från AMK Vestre Viken mellan kl. 17.24 och 17.27 (olika uppgifter har getts) och var 17.33 framme vid bron mot Storøya.

Ambulansbesättningen kunde höra skottlossning från Utøya och valde därför att tillfälligt backa till Sundvollen, något längre norrut. Fler ambulanser anlände dit efter hand. Vid denna tidpunkt rullade trafiken som vanligt på Utstranda förbi Utvika brygga men senare stängde ambulanspersonalen av den södergående trafiken på E16 i höjd med Sundvollen. Visserligen kunde ambulanser passera förbi avspärningen, men ansamlingen av räddningsfordon på den smala vägen gjorde det svårt att nyttja vägen för sekundärtransporter från Ringerike sjukhus till andra sjukhus i Vestre Viken HF samt till Oslo. Möjlighet fanns att nå de andra sjukhusen på alternativa vägar, men då blev transporttiderna en timme eller mer.

Formellt katastroffarm utlystes i Vestre Viken HF kl. 17.45. Cirka kl. 17.55 fick ambulanspersonalen klartecken av polisen att ta sig till Utvika Brygga. Platsen fick dock evakueras omgående (cirka 18.05) när en polis såg vattenuppkast av kulor i närheten och varnade för att man var under beskjutning. Under tiden hade resurserna ökat i form av ambulanser och ambulanshelikoptrar utrustade med mer personal och utrustning som normalt inte finns i dem (bland annat lättviktsbåtar av så kallad LESS-modell). Resurserna samlades i anslutning till två brytpunkter, dels i Sundvollen för resurser som kom norrifrån, dels Sollihøgda söder om Utvika brygga för resurser som kom söderifrån.



Figur 8. Räddningsinsats vid Utøya
Foto: Mårten Edvardsen, Scanpix

I Sundvollen togs hotellet i bruk som uppsamlingsplats för oskadade och lättare skadade. Uppsamlingsplatsen bemannades av personal från kommunhelsetjänsten i Hole kommun, bland annat kommunläkaren som så småningom fick förstärkning av ett kirurgiskt team från Ringerike sjukhus.

Flera deltagare i lägret på Utøya hade försökt undkomma massakern genom att simma över Tyrifjorden. Privatpersoner, bland annat från campingplatsen, hade gett sig ut i olika småbåtar och med fara för sitt eget liv plockat upp de simmande. De upplockade ungdomarna fördes till olika platser utefter stränderna på Tyrifjordens östra sida där de togs iland med start cirka 18.05. Till en början togs de omhand av privatpersoner från villorna i området. Först kl. 18.50 förklarade polisen att Utvika brygga var säker och började då evakuera skadade från ön. En första uppsamlingsplats skapades i direkt anslutning till Utvika brygga. De skadade bedömdes framför allt av narkosläkare som hade kommit till brytpunkten på Sollihøgda.

Sex team började snabbt arbeta med de 25 evakuerade som inom loppet av 10–15 minuter fördes till Utvika brygga. Tio av dessa hade allvarliga skottskador. Vårdpersonalen utförde endast de medicinska åtgärder som bedömdes vara absolut nödvändiga och prioriterade en snabb avtransport till sjukhus. Två patienter intuberades på plats. De skadade som av narkosläkarna bedömdes vara instabila eller förväntat instabila selekterades för transport med helikopter, medan de som bedömdes som stabila skulle transporteras med markambulans. Alla skottskadade skulle skickas till Ullevål och övriga distribueras till sjukhusen inom Vestre Vikens HF. Operativ leder helse såg till att detta genomfördes. De gående skadade togs omhand av läkare från den kommunala legevakten med hjälp av ambulanspersonal och transporterades med buss till Sundvollen.

Ambulanspersonalen insåg mycket snart att platsen vid Utvika brygga var olämplig som uppsamlingsplats. Vägen ned till bryggan var brant och smal, vilket gjorde att ambulanserna måste backa ned mot landningsplatsen en i taget. Vissa patienter fick bäras uppför backen för att lastas i ambulanserna som väntade där. Operativ leder helse vid Utvika brygga tog därför tidigt kontakt med en annan paramedic och bad honom att upprätta ytterligare en uppsamlingsplats vid bron till Storøya (Elstangen) och ta rollen som operativ ledare där. Några transporter från Utvika brygga gick direkt till sjukhus, men de flesta högprioriterade patienter sändes med ambulans till helikopterlandningsplatsen i anslutning till den andra uppsamlingsplatsen. Personalen hade stor nytta av de LESS-båtar som fanns på plats, varav omkring 50 stycken kom till platsen med ambulanser, brandbilar och helikoptrar från Oslo. En del av båtarna tog NLA-personalen från Lörenskog-basen med sig från ett förråd som var avsett för utlandsberedskap.

Efter en stunds arbete vid Utvika brygga noterade personal från brannvesenet att det fanns en bil parkerad på parkeringsplatsen, och bedömde att den kunde innehålla en odetonerad bomb. Man beslutade därför cirka kl. 19.30 att omedelbart evakuera Utvika brygga. Redan innan detta beslut togs hade man, cirka 19.05, börjat uppbyggnaden av uppsamlingsplatsen vid Elstangen. Alla skadade evakuerades så snabbt som möjligt till den nya uppsamlingsplatsen med ambulanserna som stod uppe på vägen.

De privatpersoner som hade fört skadade in till land krävde att sjukvårdspersonal skulle följa med ut till ön. Två av de seniora läkarna från NLA hade en diskussion om hur de skulle göra och försökte få klartecken av polisen. Till slut satte sig en av läkarna från NLA tillsammans med tre personer från ambulanssjukvården i en båt som körde ett varv runt ön för att se om de kunde undsätta skadade i vattnet. En andra båt med fyra läkare, en sjuksköterska och tre personer ur ambulanspersonalen kom ut cirka tio minuter senare. Man fick slutligen telefonkontakt med polisens insatschef på Utøya och fick klartecken att gå iland, vilket man gjorde cirka 19.40. Hälso- och sjukvårdspersonalen fortsatte sedan med poliseskort vidare till en kontorsbyggnad belägen på ön.

Sjukvårdspersonalen stötte på skadade som hade fått avsnörande förband (tourniquet) på extremitetsskador anlagda av sjukvårdare i polisens insatsstyrka. Detta kom som en överraskning, då man inte visste efter vilka principer insatsstyrkan bedrev sjukvård, eller vilken utrustning polisen hade tillgång till. Många av de skadade med avsnörande förband hade fått svåra ischemi-smärtor och det fanns inga anteckningar om när bandagen hade anbringats. Man fick därför besluta om förbanden skulle tas bort eller om de skadade skulle få starka smärtstillande medel. Många tourniqueter togs bort. Förutom att skapa fri venväg vidtogs inte några avancerade åtgärder på ön.

Vid uppsamlingsplatsen vid Elstangen utnyttjades en åkerlapp som helikopterlandningsplats. Mottagandet på stranden organiserades cirka 19.30 med sju läkarledda anestesiteam som arbetade i flera ”produktionslinjer”. Målsättningen var att så snabbt som möjligt få de skadade vidare till sjukhus och undvika att de behövde vänta på uppsamlingsplatsen. Patienter från den första uppsamlingsplatsen på Utvika brygga lastades om från ambulans till ambulanshelikopter. I takt med att fler drabbade fördes iland från ön sorterades de för vidare transport med helikopter, ambulans eller buss. Man hade också hjälp av personal från brannvesenet som hjälpte alla de gående att ta sig vidare till bussarna, där läkare från den kommunala legevakten retrierade och övervakade patienterna. Eskorterna av brannvesenet var delvis en säkerhetsåtgärd eftersom det fortfarande fanns miss-tankar om fler gärningsmän. En eller flera sådana skulle ju kunna tänkas

försöka ”gömma sig” bland offren, och vid denna tidpunkt var polisen ganska övertygade om att det fanns ytterligare två till fyra gärningsmän som var på fri fot. Det fick den operativa ledaren också meddelande om. Hela hanteringen säkrades av två poliser från polisens insatsstyrka.

Radiosambandet fungerade av olika skäl dåligt, delvis på grund av tekniska problem med det gamla analoga radionätet. Ljudet från helikoptrarna intill uppsamlingsplatsen gjorde det dessutom extremt svårt att höra vad som sades. Därför fick man använda alternativa sambandssystem i form av löpare mellan den operativa ledaren och den person som var ”parking officer” på ambulansuppställningsplatsen på båda sidor av tillfartsvägen. Funktionen som fagleder helse (som på skadeplatsen prioriterar och beslutar om medicinska åtgärder) skulle enligt planen tas av kommunelegen, men den personen befann sig på Sundvolden Hotel, vilket under en kort stund ledde till viss osäkerhet om var uppsamlingsplatserna var lokaliserade. En av läkarna från NLA tog cirka 18.45 rollen som fagleder helse på uppsamlingsplatsen, efter att ha blivit ombedd av operativ leder helse.

Under denna fas visste ingen exakt vad som hände på Utøya eller hur stort det totala skadeutfallet kunde tänkas bli. Man hade tidigt fått uppgift om att det kunde finnas upp till 750 deltagare i lägret på Utøya. Den fortsatta inriktningen var att patienter som normalt skulle föras till traumacentrumet på Ullevål skulle skickas dit även nu, tills sjukhuset meddelade att kapaciteten var överskriden. För att följa upp situationen hade fagleder helse och en av teamledarna på Ullevål återkommande kontakt via mobiltelefon. Ringerikes kapacitet var vid det laget fylld, varför beslut togs om att skadade som inte skickades till Ullevål istället skulle skickas till sjukhuset i Bærum.

På platsen samlades ett stort antal helikoptrar och andra fordon. Sammanlagt fanns sex av NLA:s ambulanshelikoptrar där, från baserna i Lörenskog, Stavanger, Arendal, Ål och Dombås, liksom två Sea King SAR-helikoptrar från Rygge och Örland. För patienttransporter användes de lätta helikoptrarna från NLA, vilka transporterade 13 skadade till Ullevål. Sea King-helikoptrarna hölls i beredskap ifall skadeutfallet skulle vara så stort att Ringerike/Oslo inte kunde hantera situationen. Tanken var att denna större helikoptertyp skulle transportera icke-intensivvårdskrävande skadade till sjukhus längre bort i landet. Kapaciteten beräknades till tio patienter i varje lyft. I ett sådant ”worst case scenario” hade man också planer att öppna Eggemoen flygplats norr om Hönefoss och använda fyra ambulansflyg för att distribuera ut de skadade till mer avlägset belägna sjukhus i Norge. Två av NLA:s ambulansflyg baserade på Gardemoen sattes i larmberedskap av NLA:s flygkoordineringscentral utifall att denna lösning skulle bli aktuell.

Sea King-helikoptrarna användes nu i stället till att söka av vattnet runt ön efter fler personer och de medicinska besättningarna var verksamma på uppsamlingsplatsen. Senare kom också tre av försvarets helikoptrar av modell Bell 412 till platsen. Dessa brukades taktiskt av polisen, men nyttjades inte för patienttransporter. Mängden flygrörelser i det begränsade området var i sig ett problem som ytterligare accentuerades av dåligt väder med regn och tidvis dimma. När trafiken var som tätast skedde 30 flygrörelser på en timme.

Totalt arbetade tio narkosläkare på plats (sex från NLA och fyra från sjukhusen i Vestre Viken), tillsammans med assisterande personal i form av paramedics och sjuksköterskor.

Verksamheten på uppsamlingsplatsen var i princip avslutad kl. 21.20. Under natten genomförde helikoptrarna från Lörenskog några sekundärtransporter från Ringerike till Ullevål, medan övriga helikoptrar återgick till sina ordinarie baser. En Sea King kvarhölls i beredskap. Vid 23-tiden började man minska den övriga personalen på plats och samtidigt kom avlösning för en del av dem som hade varit där från början. Dessförinnan hade personalen också fått mat och dryck. Verksamheten avvecklades helt runt 02.30, men en ambulans behölls som beredskap i området i flera dagar. En teknisk debrief i de grupper man hade arbetat genomfördes under natten, medan en organiserad sådan hölls för Vestre Vikens personal två dagar senare. NLA organiserade sin egen debriefing. För att möjliggöra personalens bearbetningsprocess inom Vestre Viken HF hyrde sjukhusledningen i efterförloppet in ambulansresurser från annat håll.

Säkerhetsläget på Utøya var oklart under hela kvällen. Gärningsmannen var gripen (strax efter 18.30), men polisen misstänkte att det kunde finnas fler gärningsmän som ännu inte var funna. Vid 23-tiden var polisen övertygad om att alla överlevande var evakuerade från ön, men för att vara på den säkra sidan organiserades ett sista genomsök som startade strax efter 24. Fem sjukvårdsteam finkammade då ön med eskort av väpnad polis för att konstatera att de kroppar som fanns kvar inte uppvisade några livstecken (dödförklaring). Uppgiften var dock svår eftersom säkerhetsläget innebar att man inte fick använda ljus. Summeringen efter genomsöket visade 72 döda trots att det verkliga antalet var 69. Misstaget berodde på att en del kroppar räknades två gånger, på grund av att eftersöket var uppdelat på fem team och skedde i mörker. Huvuddelen av personalen lämnade ön vid 01.30, men två paramedics lämnades kvar som beredskap på ön.

De involverades erfarenheter

De ledningspersoner som var verksamma på platsen bedömer att arbetet fungerade bra med tanke på situationen: ingen kritiskt skadad behövde vänta på transport och ingen avled under transporten. Det goda resultatet beror enligt dem på att de flesta kände varandra sedan tidigare och att alla arbetade under strikt disciplin. Bussarna (Helseexpressen och linjebuss) löste problemen med att transportera många oskadade och lättare skadade till hotellet i Sundvollen.

Sambandet på plats var dock ett stort problem. Ambulanser som inte var bekanta med området drabbades av extra svårigheter på grund av ett bristfälligt kartstöd. Samarbetet över organisationsgränserna mellan polis, brannvesen och sjukvård på skadeplatsen förlöpte dock helt utan friktioner.

Några svårt skadade fördes till Ringerike sjukhus, vilket var i strid med det inriktningsbeslut som tagits om att alla svårt skadade skulle till Ullevål. Orsaken till detta har inte gått att klarlägga exakt. Sannolikt har den hastiga evakueringen av den första uppsamlingsplatsen vid Utvika brygga i kombination med oklarhet om var den andra uppsamlingsplatsen var belägen (Sundvollen eller Elstangen) ihop med bristande lokalkännedom och avsaknad av kartstöd bidragit till avsteget från beslutet. I praktiken kom det dock inte att få några negativa konsekvenser för de skadade.

Under våren 2011 fick NLA möjlighet att larma personal via SMS, vilket innebar att man relativt snabbt fick in mycket extra personal. Därför kunde NLA ha många team på plats som bedrev sjukvård utan att transportkapaciteten gick ned då helikoptrarna fortfarande hade full besättning. Helikopterbesättningarna som lämnade skadade på Ullevål upplevde också en fantastisk service-nivå på helipaden. När de kom tillbaka till helikoptrarna efter att ha lämnat över patienten på akutmottagningen fann de helikoptern städad, med förråden av läkemedel och annan sjukvårdsmateriel påfyllda och kalla drycker inställda i maskinen.

Det är omöjligt att leda en komplex insats och samtidigt föralogg över de vidtagna åtgärderna, varför ledningspersonerna behövt en speciell loggförare. En annan reflektion är att man måste ha god kännedom om sjukvårdssystemet, exempelvis kapacitet och specialiteter på olika sjukhus, för att arbeta i det.

Någon formell triagealgoritm användes inte, annat än att gående huvudsakligen hänvisats till bussarna. Några av dessa skadade visade sig dock ha skottskador, och re-triagerades då till en ambulans.

En av piloterna från NLA koordinerade flygrörelserna på platsen, men det hade varit bättre, anser man, med en lokal flygkoordinator (Air Traffic Coordinator, ATC). I dag dirigeras helikoptrarna av det AMK inom vars område basen ligger, men vid en större händelse blir samordningen ett pro-

blem. Det behöver utredas om samordningen skulle fungera bättre om alla helikoptrar inom ett regionalt helsesforetak dirigeras från en gemensam central.

Kommunens roll bör också diskuteras. Kommunens resurser är viktiga för att ta hand om lättare skadade och oskadade men kommunläkaren bör inte fungera som fagleder helse på själva skadeplatsen. Den uppgiften utförs bättre av dem som till vardags rör sig i den miljön, det vill säga Luftambulansetjenestens läkare.

Företrädare för den prehospitla sjukvården efterlyser också ett beslut om införande av nationella principer för skadeplatsstrategi, främst avseende principerna för triage, taktik och ledning. En samverkan med sjukvårdarna i polisens specialstyrkor behövs.

I samband med uppenbart hotfulla händelser, till exempel skjutningar, är rutinen i Norge att polisen ska förklara området för "säkert" innan sjukvårdspersonalen ges tillträde. Det har framförts att grunderna för att fatta dessa beslut och vem som fattar dem behöver utredas.

Förvarning och beslut om att sätta sjukhusen i katastrofberedskap

Redan kl. 17.45 den 22 juli sattes sjukhusen i Bærum, Drammen och Ringerike i högsta katastrofberedskap. Sjukhuset i Kongsberg fick däremot information om situationen utan att sättas i beredskap. Med hänsyn till säkerheten spärrades samtliga sjukhus av med hjälp av de egna sjukhusvakterna. Vidare satte Drammens sjukhus ihop sju operationsteam, Ringerike fyra och Bærum tre, och alla dessa tre sjukhus kallade in extra personal.

Omhändertagande på sjukhus

Ledningsfrågor inom Oslo universitetssjukhus HF

Kl. 15.32 fick den administrerande direktören vid Oslo universitetssjukhus meddelande om bombexplosionen. Direktören kallade då in beredskapsledningen på sjukhuset och inhämtade samtidigt mer information om händelsen. Katastroflarm utlystes kl. 15.33. Dessförinnan hade AMK också larmat Ullevåls koordinator på akutavdelningen som omedelbart beslutade om gul beredskap, vilket snart omvandlades till röd beredskapsgrad. Det hela skedde helt enligt beredskapsplanen. En teamledande kirurg blev larmad, liksom traumateamet.

Oslo universitetssjukhus katastrofledning kallades tidigt samman. Ledningen bestod av den administrativa direktören, chefsläkaren, kommunikationsdirektören, olika klinikchefer, katastrofberedskapsöverläkaren, chefen för prehospitalt centrum och nödvändig administrativ personal från sjukhusledningen. Eftersom händelsen inträffade i semestertid var flera

personer i katastrofledningen ersatta av sina ställföreträdare, och då händelsen skedde fredag eftermiddag tog det tid innan alla hade anslutit. Ledningen var i tjänst under eftermiddagen och kvällen, och hade flera möten för att utvärdera situationen. Oslo universitetssjukhus prehospitala centrum blev den bästa informationskällan och därifrån fick ledningen korrekt information om skadeantalet samt situationen på skadeplatserna och på sjukhusen.

Telefonväxeln på Rikshospitalet larmades om bombexplosionen kl. 15.48 och ombads då påbörja inkallning av extra personal. Uppgradering till röd beredskap blev mottagen kl. 16.08. Det tog tid att kalla in extra personal eftersom många hade semester och därmed inte var direkt tillgängliga. Därutöver fungerade det dåligt med varsel via telefon till de olika avdelningarna och vidare ut till olika personer – det krånglade och tog tid. Dessutom saknade vissa avdelningar instruktioner om hur många som skulle kallas in. En del löste detta genom att flytta personal från enheter som inte förväntades ta emot några patienter.

Under de följande dagarna kunde katastrofledningen säkerställa att de operativa enheterna hade alla nödvändiga resurser, inte minst genom att omfördela patientflödet mellan de olika sjukhusen. Ledningen såg också till att de som direkt arbetade med patienter och anhöriga fick det stöd de behövde och man etablerade kontakter med andra sjukhus inom Helse Sør-Øst och med Helse- og omsorgsdepartementet. Därutöver ansvarade ledningen för informationen ut till både nationella och internationella medier.

Omhändertagande av patienter inom Oslo universitetssjukhus HF

Ullevål sjukhus

Mottagandet av skadade på akuten

Mycket tidigt efter bombexplosionen i regeringsbyggnaden kom det larm till akutavdelningens koordinator på Ullevål sjukhus. Koordinatören utlyste först gul katastrofberedskap som mycket snart omvandlades till röd beredskap. Med det påbörjades inkallning av personal enligt katastrofplanen. Akutmottagningen på Ullevål var full med patienter när larmet gick men man lyckades utrymma akuten på cirka 15 minuter.

På själva akutavdelningen var personaltillgången under initialfasen otillräcklig, vilket också ledde till att man saknade en del medicinsk utrustning och mediciner. Detta löstes dock efter cirka 30 minuter. Gruppsökningen till dem som ingår i traumateamen fungerade bra, och under det första dygnet kunde man mobilisera totalt 20 traumateam. Bakjouren på ortopedien hade ansvaret för att sätta samman dessa team och samlade dem i akutens

väntrum. Traumateamen består av sjuksköterskor och läkare (kirurg, ortoped eller anestesilog), med en särskilt utsedd teamledare.

Triage gjordes vid akutens entré av en erfaren traumakirurg. De två första patienterna anlände till akutavdelningen kl. 15.51, 26 minuter efter bombexplosionen. Kl. 16.00 kom ytterligare två skadade och inom cirka två timmar efter bombexplosionen hade man omhändertagit tio skadade. Dessa kunde alla tas omhand under bra medicinska förhållanden på olika traumarum av de olika traumateamen. Patienterna fick så kallade katastrofjournaler och all journalföring gjordes på papper.



Figur 9. Traumarum på Ullevål sjukhus. Foto: Louis Riddez

Efter ankomsten av den sista skadade från bombexplosionen tog det över 2,5 timmar innan den första skadade från Utøya kom till akuten. Då hade teamen avslutat arbetet med de tio patienter som skadades i bombexplosionen och de var förda till operation, den postoperativa avdelningen, röntgen, intensivvårdsavdelningen eller de kirurgiska vårdavdelningarna. I detta läge slutade hissarna mellan akuten och operationsavdelningen att fungera, eftersom skadade dörrspärrar (ljusstrålar) gjorde att dörrarna inte gick att stänga. De hade troligen skadats när man i brådskan slog emot kanter i hissöppningarna. Med hjälp av snabbt inkallade hissreparatörer kunde felet åtgärdas innan de skadade från Utøya kom till akuten.

Kl. 19.57 kom den första skottskadade från Utøya till akuten och inom loppet av en timme kommer ytterligare åtta skottskadade patienter därifrån. Under den andra timmen kom tre skadade och senare överfördes också två skadade från Ringerike sjukhus (kl. 23.08 respektive 23.22). Ytterligare en patient anlände också kl. 01.07 det påföljande dygnet. Alla skadade som ankom under den första kvällen och natten tilldelades de medicinska resurser som behövdes.

Fram till nästa morgon tog akuten emot 24 skadade, varav bara 11 behövde akuta röntgenundersökningar i form av datortomografi. Undersökningarna kunde därför göras alltefter behov liksom de prover som behövdes tas. Personalen kontrollerade bland annat om ammunitionen som orsakat skadorna var radioaktiv.

Operationsavdelningen

På Ullevåls operationsavdelning pågick två operationer när katastroflarmet utlystes. Dessa kunde avslutas normalt. Man kunde snart öppna upp tillräckligt antal operationssalar för att täcka behoven. Ledningen kunde sätta ihop tolv operationsteam, vilket innebar att inga patienter som krävde kirurgi behövde vänta på den.

Av de tio som först togs omhand från bombexplosionen behövde sju opereras. Dessa ingrepp kunde utföras utan störningar, men fyra av operationerna pågick fortfarande när man började få in skadade från Utøya. Därför öppnades ytterligare fyra operationssalar och som mest pågick sex operationer samtidigt.

Senare under natten och fram till morgonen togs totalt 15 skadade till operation, liksom en ”vanlig” patient som behövde ett akut kirurgiskt ingrepp.

Tabell 2. Kirurgiska ingrepp på Ullevål sjukhus första kvällen och natten

Typ av ingrepp	Antal
<i>Huvud och nacke</i>	
Kraniotomi	3
Intrakraniell tryckmätning	3
Mjukdelsrevision av sår	2
<i>Ansikte/käke</i>	
Mjukdels- och frakturdebridering	4
<i>Thorax</i>	
Thoraxdrän	7
Thorakotomi	1
Mjukdelsrevision av sår	3
<i>Buk</i>	
Laparotomier (varav fyra icke terapeutiska)	8
Mjukdelsrevisioner av sår	5
<i>Övre extremiteter</i>	
Mjukdelsrevision av sår	7
Kärlrekonstruktion	1
<i>Nedre extremiteter</i>	
Mjukdelsrevision av sår	7
Extern fixation av fraktur	2

Källa: C. Gaarder, P-A Naess.

Anestesipersonalen var liksom övrig operationspersonal tillräcklig till antalet och klarade behovet av resuscitering (huvudsakligen stabilisering av patienten genom olika åtgärder) inkluderande blodtransfusioner. Totalt fick 13 av 25 patienter blodprodukter i form av 53 erytrocytkoncentrat (röda blodkroppar), 39 Octoplas® (specialpreparerad färskfrusen plasma) samt 14 trombocytkoncentrat (blodplättar).

Under de följande dagarna, 23 och 24 juli, fördes ytterligare sex skadade till Ullevål efter att de hade fått initial behandling eller operation på något annat sjukhus. Alla krävde ny och relativt snar operation efter ankomsten till Ullevål. Detta var planerade uppföljningsoperationer när de livshotande skadorna hade åtgärdats dygnet innan. Förutom dessa operationer var det också många av de som opererades under första dygnet som behövde uppföljande operationer för att revidera sår, åtgärda frakturer, lägga om bukförband på öppen buk eller försluta öppen buk. Detta är den normala kirurgiska strategin för att behandla penetrerande skador som orsakas av en bombexplosion eller ett skjutvapen. Tabell 3 illustrerar antalet operationer jämfört med antalet skadade.

Tabell 3. Antal operationer på Ullevål sjukhus

	Explosionsskador (9 st)	Skottsskador (21 st)	Totalt (30 st)
Kvinnor respektive män	K 4, M 5	K 14, M 7	K 18, M 12
Medelålder (variation)	37 (19–67)	18 (14–23)	24 (14–67)
ISS-poäng* medelvärde	26	21	23
Antam ISS med högre än 15	5	14	19
Medelvärde NISS*	28	30	30
Totalt antal sjukhusdagar (medel)	142 (16,8)	342 (16,3)	484 (16,1)
Totalt antal intensivvårdsdagar (medel)	93 (10,3)	181 (8,6)	281 (9,4)
Totalt antal dagar i respirator (medel)	53 (5,9)	75 (3,6)	128 (4,3)
Totalt antal operationer (medel)	33 (3,7)	92 (4,4)	125 [□] (4,2)
Mortalitet	0	1	1

Källa: C. Gaarder, P-A Naess.

* ISS (Injury Severity Score) och NISS (New Injury Severity Score) är internationella klassifikationssystem för att beskriva svårighetsgraden vid multipla skador (se bilaga 1).

□ Totalt utfördes 131 operationer, men en patient har inte lämnat skriftligt samtycke till att ingå i redogörelsen och därför publiceras endast data enligt ovan.

Under den första månaden efter katastrofen utförde sjukhuset 131 operationer. Vissa patienter krävde flera operationer, i ett fall 13 stycken. Det var aldrig någon brist på vare sig operationssalar eller personal.

Den postoperativa vårdavdelningen

När katastroflarmet utlystes på sjukhuset kl. 15.33 igångsatte den postoperativa avdelningen sin del av katastrofplanen genom att skapa tio lediga sängplatser dit patienterna kunde föras, antingen för förberedelse inför kirurgi (preoperativ vård), eller för uppvaknade och övervakning efter kirurgi (postoperativ vård). Dessutom kunde man på den thoraxkirurgiska postoperativa avdelningen mobilisera fyra sängplatser så att det totalt fanns fjorton respiratorplatser. Under den första natten vårdades totalt tolv patienter på den postoperativa avdelningen.

Intensivvårdskapaciteten

Intensivvårdsavdelningarna skapade platser för de inkommande skadade, på samma sätt som övriga enheter. Den första natten behandlades tio patienter där, varav flera behövde respiratorstöd. Även den akutmedicinska avdelningen erbjöd avancerad kirurgisk eftervård. Man kunde mobilisera minst tolv platser för respiratorvård, och kunde dessutom erbjuda dialysbehandling. Någon brist på intensivvårdskapacitet uppstod aldrig.

Övriga vårdavdelningar

Många av de skadade krävde lång sjukhusvård, vilket illustreras i tabell 3. Trots detta uppstod aldrig någon vårdplatsbrist, vilket sannolikt var en följd av att man omdirigerade all kirurgi förutom svåra traumafall till de andra sjukhusen inom Oslo universitetssjukhus de närmaste veckorna efter händelsen. Den 11 oktober skrevs den sista skadade ut från Ullevål sjukhus för fortsatt vård på ett annat sjukhus i Norge, där patienten vårdades för sina skador fram till mitten av december 2011. [19]

Rikshospitalet och Aker sjukhus

Rikshospitalet, som är ett av de största sjukhusen inom Oslo universitetssjukhus, fick främst en stödjande roll till Ullevål. Den 22 juli tog man endast emot en patient. Denna patient hade ansiktsskador och överfördes samma kväll till Ullevål sjukhus för fortsatt vård. Inga skadade lades in eller opererades, men man erbjöd sig att ta emot intensivvårdspatienter för att frigöra platser på Ullevål. I enlighet med beredskapsplanen fanns dock operativa resurser att använda vid behov. Rikshospitalet etablerade också ett centrum för anhöriga till de saknade eller avlidna (se vidare i avsnittet Psykosocialt stöd med fokus på första månaden).

Aker sjukhus tog den 22 juli emot två skadade från bombexplosionen som initialt hade behandlats på Oslo skadelegevakt. Båda patienterna kunde sändas hem samma kväll.

Det akuta omhändertagandet vid Oslo skadelegevakt

Vid Oslo skadelegevakt var det säkerhetsvakterna som underrättade de tjänstgörande läkarna och sjuksköterskorna om att skadade var på ingång. Vakterna hade strax före kl. 15.30 fått höra att ett glastak hade fallit ner vid Akers gata och orsakat många skärskador. Vårdpersonalen fick ingen information från det egna sjukhuset eller från Oslo kommun.

Händelsen skedde strax efter ett skiftbyte, men nästan alla som hade lämnat arbetsplatsen kom tillbaka när de hade nåtts av nyheten om bombexplosionen i regeringsbyggnaden. Kl. 16.00 hade man 30 sjuksköterskor, 17 läkare, tre röntgenologer och fyra sekreterare på plats och var beredd på att ta emot de skadade. Det blev inte nödvändigt att kalla in någon extrapersonal. Man lyckades snabbt tömma väntrummen och behandlingsrummen på patienter med mindre akuta skador, utan att man aktiverade någon specifik katastrofplan.

De första skadade anlände strax efter kl. 15.30 och fortsatte sedan att anlända fram till kl. 17.30. Under dessa två timmar behandlades totalt 64 patienter. De togs emot och behandlades tre på samma rum av team

bestående av en läkare och en sjuksköterska. Efter ungefär en timme fick personalen brist på sterila instrument på grund av alla sutureringar av sår orsakade av glassplitter vid bombexplosionen. De flesta patienter blev dock färdigbehandlade inom cirka 2,5 timmar. Fram till midnatt anlände ytterligare sju patienter, varav två kom från Utøya.

Den 23–25 juli tog man på Oslo skadelegevakt emot ytterligare elva patienter, varav tre skadats på Utøya. Under dagarna 22–25 juli behandlades totalt 85 patienter (varav fem från Utøya). Två skadade fick stanna kvar för några timmars observation. Endast två av dessa 85 patienter behövde skickas vidare till andra inrättningar, och dessa skickades hem därifrån senare samma dygn. Detta vittnar om en välfungerande triagering av patienter på skadeplatsen.

En del patienter hade akuta stressreaktioner som personalen ville följa upp. För detta hade man ett gott samarbete med den kommunala levakten dit patienterna kunde komma på återbesök.

Fördelning av skadade till sjukhusen inom Vestre Viken HF

Ringerike sjukhus

Ringerike sjukhus ligger cirka 16 km från Utøya och är därmed det sjukhus som ligger närmast ön. Sjukhuset har en landningsplats för helikoptrar, vilket möjliggjorde snabba transporter den 22 juli.

Under kvällen den 22 juli anlände totalt 35 patienter från Utøya till sjukhuset som var väl förberett och var satt i katastrofberedskap redan kl. 17.45. Sjukhusets akutavdelning hade kallat in extrapersonal och flera frivilliga anmälde sig också för tjänstgöring när händelserna blev kända via medier. På akutmottagningen kunde därför varje skadad patient tas emot av ett komplett behandlingsteam bestående av läkare och sjuksköterskor. Samtliga arbetspositioner använde förberedda handlingsplaner, utskrivna som kort, så kallade tiltakskort eller action cards, för att inte missa några detaljer.

Patienterna skrevs in med reservnummer (tillfälliga ID-nummer) på sjukhusets egen beredskapswebb. Denna beredskapswebb blev ett värdefullt verktyg eftersom den gjorde att man säkert visste hur många patienter som hade tagits emot och dessutom kunde följa dem var de än befann sig på sjukhuset. Varje vårdavdelning hade också en koordinator. Varje patient fick ett skade- eller behandlingskort för att minska risken för att undersökningar och behandlingar glömdes bort eller blev felaktigt genomförda.

En första våg av fem patienter anlände till sjukhuset kl. 19.20. De visade sig vara oskadda men lätt nedkylda och kunde omhändertas av läkare inom de internmedicinska specialiteterna. De kunde senare lämna sjukhuset för att åka till Sundvolden Hotel där en samlingsplats för somatiskt oskadda

och anhöriga upprättats. Kl. 19.40 anlände ungdomar med svårare skador som kunde triageras i akutentrén av en erfaren kirurg. Varje patient som krävde speciell kirurgisk vård kunde tas omhand av någon med denna kunskap. Totalt anlades tre thoraxdrän på akuten, men endast en skadad behövde tas direkt till operation och då för en skottskada i buken. Den sistnämnda genomgick en akut operation för att stabiliseras (förhindrande av fortsatt blödning och kontamination från tarminnehållet), och fördes nästa morgon över till Ullevåls traumaenhet för fortsatt vård. Under kvällen, natten och nästa dag fördes sju av de skadade vidare till Ullevål. Andra skadade kunde under nästa dag skickas till sina hemsjukhus.

Samtliga skadade inregistrerades med hjälp av ISS (se bilaga 1), vilket gav följande skadebild:

- ISS 0–3: 20 st. (oskadade, ytliga skottskador samt skär och skrubbsår)
- ISS 4–9: 6 st.
- ISS 10–15: 3 st.
- ISS 16–25: 3 st.
- ISS > 26: 3 st. (högsta ISS-värde var 41)

Totalt hade 14 patienter skottskador, varav flera fick låga ISS-poäng beroende på att skadorna satt i armar och ben, eller var av mer ytlig karaktär. Samtliga krävde dock operationer senare under natten, så kallad debridering eller sårrevision (åtgärder där död vävnad och främmande kroppar avlägsnas ur ett sår). Sjukhuset upprättade snart också ett speciellt rum för anhöriga.

Bærum sjukhus och Drammen sjukhus

Bærum sjukhus tog totalt emot åtta patienter som kom direkt från Utøya. Samtliga var 15–22 år och fyra hade skottskador, varav en var skjuten flera gånger, en hade en skada mot bäckenet och en led av astmatiska besvär. De flesta skottskador fanns i extremiteterna, och ingen livräddande kirurgi behövde utföras omedelbart. En av de intagna var nedkyld. Utöver dessa patienter tog sjukhuset också emot två andra patienter från Ullevål för att underlätta mottagandet av svårare skadade där.

Drammen sjukhus fick, trots sin goda förmåga att mobilisera färdiga operationsteam, endast att ta emot två skadade. En opererades för skottskador och färdigbehandlades på Drammen, och den andra kunde skickas hem för fortsatt poliklinisk vård. Även på Drammen sjukhus upprättades ett speciellt rum för att ta hand om anhöriga.

Samtliga skadade inom sjukhusen i Vestre Viken HF hade skrivits ut den 26 juli 2011.

Sjukhusens egna utvärderingar

Ullevål universitetssjukhus

Följande är en kort sammanfattning av Ullevål universitetssjukhus egna erfarenheter av det akuta omhändertagandet de första dygnet efter attentaten den 22 juli:

- Det akuta omhändertagandet av samtliga skadade från bombexplosionen i Oslo och skjutningarna på Utøya fungerade bra. Någon väntan på akut operation eller annan viktig medicinsk åtgärd uppstod inte.
- Det fanns hela tiden tillräckligt med personal och medicinsk utrustning inklusive intensivvårdsplatser, mycket tack vare det faktum att katastrofledningen snabbt tog beslut att omfördela patienter och resurser mellan de sjukhus som ingår i Oslo universitetssjukhus HF, inklusive Aker sjukhus.
- Traumakompetensen var mycket viktig för att flödet till och från operation skulle fungera. I början fanns en viss brist på denna kompetens, till exempel på den postoperativa avdelningen dit skadade skickades snabbt efter ankomst till akuten för att förberedas för operation eller vänta på vidare undersökningar. En kirurg med denna kompetens kunde efter en tid placeras där för att tillsammans med anestesiläkare hjälpa till att hantera flödet av skadade.
- Man gick ut med en kampanj och bad allmänheten donera blod, varpå ett stort antal människor anmälde sig som tidigare inte hade givit blod. Detta orsakade problem. Man borde i stället ha bett tidigare registrerade blodgivare att anmäla sig (se vidare i avsnittet Kommunikation och mediehantering).
- Trots att man kort tid innan bytt till en ny beredskapsplan fungerade denna bra. Detta kan, åtminstone delvis, förklaras av att den nya planen efterliknade den gamla mycket och därmed i praktiken också var känd av de flesta. Erfarenheterna från den 22 juli har i efterförloppet endast inneburit mindre ändringar.
- Man blev relativt hårt belastade av medier och den medicinska informationen om skadade var i viss mån svår att förmedla till informationsavdelningen, som också var hårt belastad.
- Den personal som arbetade med händelsen fick ett gott omhändertagande avseende psykiskt stöd. Man anser också att sjukhusets katastrofledning gav ett bra stöd i arbetet.
- Det fanns brister i informationen från katastrofledningen till de

berörda avdelningarna inom Oslo universitetssjukhus HF. Många ansåg att de inte fick tillräcklig information ute på sjukhusens olika avdelningar.

De viktigaste identifierade förbättringsområdena är följande:

- Triageläkaren på akuten ska vara en traumaläkare med specifik traumakompetens.
- Det behövs bättre kommunikation mellan teamledaren för kirurgen och för röntgenavdelningen för att underlätta flödet av skadade.
- Konverteringen från det identifieringsnummer patienterna får initialt (enligt katastrofplanen) till den normala identiteten måste fungera bättre.

Oslo skadelegevakt

Personalen på Oslo skadelegevakt har gjort följande erfarenheter av insatserna den 22 juli och de efterföljande dagarna:

- Man fick dålig eller i det närmaste obefintlig information från andra sjukvårdsenheter om vad som kunde förväntas.
- Frivilliga strömmade in till sitt arbete utan att någon hade kallat in dem.
- Någon hade behövt ta det administrativa ansvaret för att korrekt registrera och journalföra patienterna.
- De kirurgiska instrumenten räckte inte till.
- Det var bra att följa de vanliga rutinerna vid inskrivning och behandling.
- Man hade behövt mer tid för uppföljning av patienter och personal.

Ringerike sjukhus

Ringerike tog emot flest skadade från Utøya. Nedan följer en sammanfattning av sjukhusets utvärdering:

- Situationen kunde hanteras på ett bra sätt tack vare stor tillgång på personal, antingen inkallad eller frivilligt anmäld för tjänstgöring. Många arbetade mer än vad som var nödvändigt och det uppstod en laganda som man inte alltid ser. Detta gällde samtliga inblandade på sjukhuset.
- Det interna webbsystemet för att registrera patienter fungerade perfekt.
- Man hade nytta av den systematiska traumaträningen och utbildningen.

- Samarbetet mellan sjukvård, räddningstjänst och polis fungerade bra.
- Två dagar efter insatsen genomfördes en debriefing som var bra, och de genomförda insatserna förbättrade lagandan på sjukhuset. Den personal som kände sig mest otillfredsställd var den som inte hade kunnat bidra med någon arbetsinsats.
- Det behövs bättre sätt att kalla in personal, exempelvis via ett katastrofberedskaps-SMS som automatiskt går ut till alla berörda.
- Sjukhuset behöver fler inkommande telefonlinjer för att kunna möta de anhörigas behov av kontakt.
- Arbetet skulle ha underlättats med TV-skärmar på olika enheter där personalen kan följa de vanliga nyheterna och uppdateras om situationen.
- Skottskador kräver specifik kunskap i till exempel ballistik och sårskadevård för att omhändertas korrekt.

Bærum sjukhus och Drammen sjukhus

På Bærum sjukhus anser man att mottagandet fungerade bra eftersom man aktiverade sjukhusets katastrofplan. Sjukhuset hade också möjlighet att ta emot avsevärt fler patienter än de sju som kom.

Drammen sjukhus tog emot endast en patient, och författarna till denna rapport känner inte till någon djupare utvärdering av arbetet. Intervjuer med personal från de andra sjukhusen tyder dock på att man i Drammen upplevde en viss frustration över att inte ha fått bidra mer till insatserna den 22 juli.

Psykosocialt stöd med fokus på första månaden

Hole kommun

Risk- och sårbarhetsanalyserna för Hole kommun utgår primärt från bränder och stora olyckor på huvudvägen (E16) som går genom kommunen. Den aktuella händelsen drabbade dock inte främst de boende i Hole kommun, utan blev i stället snabbt en nationell angelägenhet. Det berodde dels på kombinationen med bomben i regeringskvarteret, dels på grund av antalet döda på Utøya samt dels på att de drabbade kom från olika delar av Norge.

Eftersom händelsen inträffade mitt i semestertid var många nyckelpersoner i kommunens ledning bortresta; vikarier fanns i olika befattningar och bemanningen i kommunen var neddragen till ett minimum.

Den 22 juli larmades kristeamet i Ringerike kl. 17.30 och sjukvården kl. 17.34. Den kommunala legevakten fick larm kl. 17.43 och kommunläkaren

i Hole kommun kl. 17.48. Den senare körde till Utøya där det redan fanns ambulanser, och därför fortsatte kommunläkaren till Sundvolden Hotel. Hotellet hade rekviderats som stödplattform och samlingsplats kl. 18.05. Ledaren för kristeamet i Hole kommun larmades kl. 18.00 och anslöt på Sundvolden Hotel kl. 18.30. På Sundvolden hade också kommunens krisledning, det s.k. Beredskapsrådet samlats. Kommunens ordförande, som har en roll som motsvarar både kommunalråd och ordförande i kommunfullmäktige i Sverige, var på semester och anslöt dagen efter. Denne övertog då krisledningen. De första ungdomarna kom till Sundvolden kl. 18.32.

Sundvolden Hotel

De första som kom från Utøya var våta, frusna och mycket rädda. Efter hand kom fler drabbade och många anhöriga som hade tagit sig till hotellet. Till slut fanns 700–1 000 personer där och situationen var först svåröverskådlig för de ansvariga. Många personer hörde av sig för att hjälpa till. Förutom att leda krisinsatsen fick kommunledningen också ägna avsevärd tid åt extern information till representanter för medier från hela världen. Verksamheten på Sundvolden Hotel pågick i cirka fyra dygn, fram till tisdag morgon.

Frivilliga hjälpare

Efter hand stod det klart att det också fanns ett stort antal människor som frivilligt hade hjälpt många drabbade, dels personer ur lokalbefolkningen och dels människor som fanns på campingplatsen på fastlandet nära Utøya. Vissa frivilliga hade bland annat hämtat upp ungdomar med båt, i några fall med fara för sitt eget liv. Polisen ville förhöra dessa frivilliga hjälpare, och i samband med det kunde man från kommunens sida påbörja en registrering av dessa individer för att förmedla stöd efter hand. Senare har kommunen genomfört samlingar med cirka 100 personer av dessa frivilliga. De har genomgått en debriefing, polisen har informerat om händelsen, man har informerat om vanliga stressreaktioner och bemästringsstrategier (så kallad psykoedukation) samt informerat om mediernas sätt att arbeta.

Insatspersonalen

När extrema händelser inträffar visar människor ofta prov på medkännande och är beredda att ställa upp för att hjälpa till. I litteraturen har detta beskrivits som honeymoon phase och detta visade sig även i Hole kommun. Bortåt 250 personer anmälde sig för att hjälpa till. Kommunens ledning gjorde stora insatser för att hantera situationen, liksom hela katastroforganisationen och många andra i kommunens administration samt all annan extern insatspersonal. Ledningen har då ett stort ansvar för insatsperso-

nalen, både under och efter en sådan händelse, och under söndagen sattes externa resurser in för att genomföra en debriefing med insatspersonalen. En del svårigheter uppstod med att se till att all personal blev registrerad och att de också följdes upp över tid.

De involverades erfarenheter

I Hole kommun har man delat in händelsen i en akutfas, en uppföljningsfas och en efterarbetsfas.

Akutfas

I en kaotisk situation med initialt begränsade resurser måste man luta sig mot tidigare planer, fokusera på vad som verkligen har inträffat och sedan försöka få överblick och vidta åtgärder efter hand. Hole kommun arbetade på Sundvolden Hotel i första hand med att få de drabbade att känna sig trygga och att tillgodose basala behov: kontakt med anhöriga, dusch, värme, klädombyte, dryck och mat. Man försökte också registrera de överlevande. Ett stort problem inledningsvis var att organisera den frivilliga personal som ville hjälpa till eftersom det var svårt att ordna möten med dessa för att ge och få information. De ansvariga i krisledningen kände de flesta stödpersoner som kom från närliggande kommuner, men det var också många andra som kom för att hjälpa till. I början bidrog detta till en viss oro för säkerheten och det fanns farhågor om att fler terrorister kunde komma in till Sundvolden Hotel. Denna oro bedarrade senare när polisen säkrade området.

Ett annat stort problem var arbetet med dokumentation och registrering av drabbade och anslutande anhöriga. Detta blev besvärligt eftersom man initialt bara hade papper och penna att tillgå. Resultatet blev en mängd osorterade lappar med namn. Först vid lunchtid på lördagen fick man tillgång till datorer och påbörjade då en digital registrering. Det tog också lång tid att ordna möjligheter för anhöriga att ringa och komma i kontakt med de överlevande. De personer som ska hålla i en sådan kommunikationscentral måste i en situation som den här vara vana vid svåra samtal och orka lyssna på förtvivlan hos de människor som inte kunde komma i kontakt med sina anhöriga ute på ön. Man försökte också förmå de drabbade att, för sin egen skull, begränsa kontakten med medierna. Många valde dock att ge intervjuer trots att de samtidigt hanterade sina akuta reaktioner.

Uppföljningsfas och efterarbetsfas

En viktig uppgift efter det akuta skedet var att överföra information om överlevande till deras respektive hemkommuner för uppföljning och att

hantera de sekretessproblem som detta medförde. En annan viktig uppgift vara också att ge stöd till de frivilliga hjälparna. Kommunen planerar en fortsatt uppföljning av dem. Som en del av efterarbetet måste kommunen också uppmärksamma all insatspersonal. Detta har tagit tid och det kommer att dröja ytterligare innan kommunen kan återgå till vanlig vardag.

De involverades erfarenheter

Det finns många positiva erfarenheter från händelsen, till exempel allt engagemang från kommunens personal och från extern stödpersonal samt det goda samarbetet med grannkommunerna och polisen. Möjligheten att använda Sundvolden Hotel som samlingsplats beskrivs också som betydelsefullt eftersom krisledningen därmed kunde fokusera på de drabbade i stället för att bli låsta av logistikfrågor.

De involverade drar följande slutsatser:

- Hole kommun klarade av att hantera denna mycket osannolika situation.
- Kommunerna i regionen samverkade på ett bra sätt.
- Beredskapsplanen ska utvecklas, särskilt när det gäller att innehålla telefonnummer till alla som kan behöva involveras.
- Det stora hotellets resurser var en framgångsfaktor.

Andra kommuner

Karasjok kommun

Karasjok kommun ligger nästan allra längst norrut i Norge, på gränsen till Finland. Bara cirka 300 km österut fågelvägen ligger ryska Murmansk. År 2011 hade kommunen 2 768 invånare. Kommunen lutar sig sjukvårdsmässigt mot Helse Finnmark HF och när det gäller psykiatriska patienter mot DPS. Tolv personer som befann sig på Utøya hörde hemma i Karasjok kommun, och när händelsen inträffade fick kommunen namnen på dessa tolv genom deras anhöriga. Listan översändes till polisen och kontaktpersoner utsågs i samverkan med de anhöriga. Alla tolv har fått krisstöd genom kommunens kristeam och fastlegen (primärvårdsläkare). Strax efter händelsen ordnade kommunen också en kafékväll där alla drabbade och deras närstående fick träffa representanter för DPS. Alla har eller har haft kontakt med DPS sedan dess.

De involverades erfarenheter

Eftersom händelsen inträffade i semestertid var det svårt att få tag på folk i kommunen. Karasjok är dock en liten kommun där de flesta känner varandra och det var många som avbröt sin semester för att hjälpa till. På kommunen upplever man att samarbetet med polisen, DPS och Fylkesmannen har fungerat mycket bra. Tolv individer drabbades med uppskattningsvis tio anhöriga per drabbad, vilket betyder att nästan 5 procent av kommunens befolkning drabbades av händelsen på Utøya. Det innebär en stor belastning och visar att små kommuner är utsatta och beroende av regionala resurser vid stora händelser.

Tønsbergs kommun

Vestfold fylke består av 14 kommuner, varav Tønsbergs kommun är en. Sammantaget 19 personer hemmahörande i åtta av dessa kommuner blev skadade på Utøya och tre dödades. Efter samråd med fylkeslegen (medicinsk rådgivare och handläggare av hälso- och sjukvårdsfrågor hos Fylkesmannen) fick Tønsbergs kommun koordineringsansvar för dessa 8 kommuner när det gäller det psykosociala stödet till de drabbade och deras närstående.

De involverades erfarenheter

De olika kommunala kristeamen stöttade varandra och DPS blev tidigt inkopplat. Man förlade ett kriscentrum i Röda korsets och AUF:s samlingslokaler. Efter en vecka genomförde man gruppmöten för de drabbade och försökte då ha separata möten för närstående till skadade och för närstående till döda ungdomar. Vissa stödgrupper blev organiserade i samverkan med AUF. Vid dessa gruppmöten deltog också personal från barn- och ungdomspsykiatri. Senare genomfördes ytterligare gruppmöten där bland andra polisen och personal från Röda korset deltog. I början var det svårt att registrera alla som behövde stöd, vilket i några fall försvårade proaktiv uppföljning.

Efter uppföljning med frågeformulär till de drabbade har de som i kommunen ansvarar för stödet noterat att några enskilda individer inte är nöjda med detta. Enligt svaren tycker dessa att någon borde ha hört av sig till dem och några anser att de inte fick en fungerande relation till den utsedda stödpersonen. Fokus initialt var att stödja de närstående, och en del vänner till drabbade ungdomar upplevde då att de hamnade lite utanför. Av dessa skäl har kommunen försökt byta ut stödpersoner och blivit mer proaktiv i kontakten med vänner till de drabbade. Några som har gått i behandling har också velat byta behandlare.

Oslo kommun

Av de åtta som dog i bombexplosionen i regeringskvarteret var sex hemmahörande i Oslo, liksom sju av de döda på Utøya. Oslo är administrativt indelat i 15 stadsdelar med en stadsdelsdirektör i varje. I alla stadsdelar finns primärvård och kristeam med psykologer, sjuksköterskor som är specialiserade på psykiatri samt personal som arbetar med ungdomar. De sistnämnda har varit viktiga i uppföljningsarbetet.

Efter händelsen öppnade kristeamen kristelefoner och ungdomsmottagningar och fritidsgårdar fick längre öppettider. Oslo kommun lade upp information om tillgängligt stöd på sin webbplats. I Oslo finns också en kommunal legevakt, som motsvarar ett slags allmänakut. De personer som togs om hand av legevakten efter bombexplosionen blev alla kontaktade via telefon dagen efter, och kommunen upprättade ett kriscentrum i Folkets hus där personal från legevakten deltog. Fram till den 17 augusti hade personal vid den kommunala legevakten haft samtal med 350 personer. Vid behov kunde stadsdelarna hänvisa personer till DPS och till andra delar av specialistpsykiatrin. Dessutom blev studenthälsovården engagerad.

Byrådsavdelning för kultur og utdanning rapporterar att man har sänt ut information och råd till skolor och daghem och informerat om åtgärder i samband med skolstarten. Informationen och råden handlade om hur skolorna och daghemmen skulle hantera händelsen i relation till barnen och hur man skulle informera föräldrarna. Särskilt personellt stöd erbjöds också till skolor vid behov.

De involverades erfarenheter

Oslo kommun lade stor vikt vid att inte sjukförklara reaktioner som initialt bör betraktas som normala. Man menar att den kommunala legevakten har bra kompetens när det gäller psykosocialt uppföljningsarbete.

Helsedirektoratet har gett ut en vägledning med riktlinjer för stöd till drabbade vid allvarliga händelser. (en ”veileder”, se vidare under rubriken Helsedirektoratet nedan) som man anser har varit till stor hjälp. Systemet med fasta kontaktpersoner verkar också ha fungerat bra och man har tagit ny kontakt med drabbade som inte ansåg att de behövde något stöd i början. I vissa stadsdelar blev personalen överbelastad i början eftersom det var mitt i semestern, och en del av personalen upplevde att det var ett svårt arbete att bistå både överlevande och närstående till döda. Det är sannolikt många kommunanställda som har haft kontakt med primärvården men underlag om det saknas. Det finns heller ingen översikt över dem som senare har blivit hänvisade till DPS och andra delar av specialistpsykiatrin.

De involverade drar följande slutsatser:

- Den proaktiva uppföljningen av drabbade och närstående fungerade i huvudsak bra. I början hade man dock på vissa håll svårt att registrera alla drabbade. Utöver stöd till närstående måste man också vara proaktiv i bemötandet av andra riskgrupper, till exempel vänner till drabbade, äldre med demens och de med psykiska störningar.
- Det är viktigt med fasta kontaktpersoner.
- Delar av personalen behöver bättre utbildning för att kunna stödja drabbade och man måste vara beredd att byta stödpersoner när det inte fungerar.
- Stödet bör ges på rätt nivå och specialistsjukvården ska nyttjas när det finns verkliga behov.
- Samarbetet mellan politiker, kommunledning och tjänstemän fungerade bra.
- Samarbetet mellan olika kommuner fungerade bra. Beredskapen behöver dock bli bättre så att aktuella kontaktoppgifter till centrala befattningshavare i kommunerna och i fylket finns tillgängliga. Dessa uppgifter ska även gälla under helger och semestertider.

Regeringskvarteret

Bombexplosionen i regeringskvarteret tog åtta människors liv, men kunde ha fått helt andra konsekvenser vid en annan tidpunkt. De som påverkas allvarligast i samband med allvarliga händelser är anhöriga till döda samt personer med fysiska skador och övriga som har exponerats. Gällande den aktuella händelsen påverkas dessutom människor som inte var på plats eftersom deras arbetskamrater dog eller skadades och då deras arbetsplatser förstördes i varierande grad.

Stöd och uppföljning

I direktiv från Helsedirektoratets anges att arbetsgivaren ska ta ansvaret för att stödja och följa upp personalen i regeringskvarteret, vilket innebär att företagshälsovården fick en viktig roll i sammanhanget. Företagshälsovården (Bedriftshelsetjenesten, BHT) är organisatoriskt en enhet i sikkerhetsavdelingen i Departementenes servicesenter (DSS) som lyder under Fornyings-, administrasjons- og kirke departementet (FAD). BHT-teamet består av en överläkare, två psykologer, två fysioterapeuter, en sjuksköterska samt en läkarsekreterare.

Akutfasen

Redan en timme efter explosionen fanns en av BHT-psykologerna på plats och man började då planera för att dagen efter samla personalen på ett hotell i närheten. Där hölls informationsmöten och BHT-personalen delade upp departementen mellan sig och genomförde gruppsamlingar så att personalen hade möjlighet att stödja varandra. Syftet med samlingarna var dels att samla personalen på en plats, dels att informera om krisreaktioner. Enligt BHT var samtalen inte någon form av debriefing utan mer av stödjande natur. Efter explosionen uppmanades personalen att avvakta i sina egna hem tills man hade ställt i ordning arbetsplatserna och ordnat nya lokaler när det behövdes, vilket tog nästan en vecka i anspråk. BHT ordnade återkommande informationsmöten på de olika departementen med efterföljande informella möten. Dessutom höll polisen förhör med dem som hade varit på plats. Senare organiserades en minnesstund för de döda, och deras anhöriga visades runt till de platser där de hade avlidit.

Efterarbete

Även om det initialt var viss oklarhet till ansvarsfördelningen stod det snart klart att BHT skulle svara för stöd och uppföljning, både medicinskt och psykosocialt, för departementens personal. Dessa uppföljningar föreslogs ske efter fyra veckor, efter 4–6 månader samt efter 12–18 månader. Efter två veckor meddelade BHT att de som var på plats vid explosionen skulle genomgå en hälsoundersökning för att kontrollera sin kroppsliga och psykiska hälsa samt för att utreda hur de fungerade i arbetet. Senare ordnades en hälsoundersökning även för dem som inte var på plats i samband med explosionen, för de som önskade detta. För att klara detta fick BHT kontakta personer inom området arbetsmiljömedicin utanför den egna organisationen. Hälsoundersökningen omfattade en screening för posttraumatiska hälsoeffekter med hjälp av ”Posttraumatic symptom scale” (PTSS) samt ”Posttraumatic stress disorder check list – civilian version” (PCL-C). I mitten av november 2011 hade omkring 500 personer genomgått denna hälsoundersökning.

Vidare har BHT genomfört en uppskattad utbildning i ledarskap och stresshantering för chefer på departementen. I det fortsatta arbetet har BHT bland annat fortsatt att följa upp förlustdrabbade anhöriga, skadade och övriga som var på plats, samt utvecklat en kamratstödsverksamhet.

De involverades erfarenheter

Ett av departementen har gjort en utvärdering som visar att personalen i huvudsak var nöjd med informationsarbetet i departementet och med departementsrådets (motsvarande statssekreterarens) närvaro, men att regeringens

webbplats kunde ha varit mer uppdaterad. En del var dock kritiska till att utrymningsvägarna i den aktuella byggnaden var dåligt skyltade, att vissa dörrar ut ur byggnaden var låsta av säkerhetsskäl samt att brandskyddsberedskapen inte var tillfredsställande. Framför allt ansåg personalen att de hade fått för lite övning i brandskydd och många var oroliga för säkerheten på departementet efter händelsen. BHT fick beröm för att de agerat snabbt, men några ansåg att det sedan tog tid innan BHT kom med information om uppföljning och stöd och menade att man kanske hade för lite resurser. Utvärderingen visade också att befattningshavare på vissa departement tog på sig ett stort ansvar för att koordinera uppföljningen av personalen.

Personalen vid BHT har haft ett omfattande arbete med att få tag på och knyta upp externa personer inom området arbetsmiljömedicin som kunde hjälpa till med hälsoundersökningar, stöd och uppföljning. Man anser att detta arbete skulle ha gått lättare med bättre planering och en enklare beslutsgång.

De involverade drar följande slutsatser:

- I regeringskvarteren behövs en bättre beredskap för att hantera allvarliga händelser.
- Det viktigaste i akutfasen var att skapa en säker mötesplats att samla personalen på.
- Vissa individer växer vid denna typ av händelser och engagerar sig för sina medarbetare.

Oslo universitetssjukhus

Anhörigcentrum

I Norge har polisen det övergripande ansvaret när det gäller kontakt med närstående i samband med allvarliga händelser. I polisens beredskapsplan står att de vid händelser i Oslo ska upprätta ett anhörigcentrum för saknade och skadade på Plaza Hotell. I detta fall placerades ett anhörigcentrum i stället vid Sundvolden Hotel i Hole kommun, och där samlades anhöriga till offer i både Oslo-bombningen och skjutningarna på Utøya.

Ullevål

Oslo universitetssjukhus har ansvaret för att stödja inlagda patienter samt deras närstående, vilket organiseras av beroende- och missbrukskliniken (*Klinikk for psykisk helse og avhengighet*), som också har ansvar för att organisera ett psykosocialt kristeam. Kl. 16.45 den 22 juli öppnades anhörigcentrumet på patienthotellet vid Ullevål sjukhus för närstående till de skadade.

Under kvällen tog anhörigcentrum på Ullevål emot cirka 200 anhöriga och cirka 600 telefonsamtal. På grund av minskad belastning stängdes anhörigcentrum kl. 01.30 på natten och öppnade igen på morgonen. Den 23 juli var åter cirka 200 närstående i telefonkontakt med centrumet.

Rikshospitalet

På Rikshospitalet inrättades ett centrum för förlustdrabbade anhöriga som väntade på identifieringen av de döda. De som ville kunde övernatta på sjukhusets patienthotell Gaustad alldeles i närheten. Ansvar för anhörigcentrumet gavs till prestetjenesten (motsvarar den svenska sjukhuskyrkan) på Rikshospitalet, som understöddes av Oslo sjukhusservice. När de döda hade identifierats fördes deras anhöriga från Sundvolden Hotel till Gaustad patienthotell vid Rikshospitalet.

Stöd till skadade

Sammanlagt vårdades drygt 30 patienter på Ullevål efter händelserna. Av dessa var drygt hälften svårt skadade och ungefär en tredjedel var under 18 år. Många av patienterna var inte identifierade vid ankomsten. Från måndagen den 25 juli fanns ett organiserat kristeam på plats för de skadade, bestående av psykiatrer, psykologer, kuratorer och sjuksköterskor från både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Utöver de ordinarie 14 personerna i kristeamet engagerades ytterligare 29 personer. De totalt 43 personerna delades in i tre skift, med huvudarbetstiden kl. 08.00–18.00, så att de anhöriga skulle få en lugn avslutning av dagen. Skiften delades i sin tur upp i ett team för varje patient och dennes närstående, med en samsättning av yrkesgrupperna som passade familjens behov. Varje dag ordnade kristeamet två–tre korta informationsmöten med personalen för att diskutera information, samordning och arbetsfördelning. Senare hölls också ett antal informationsmöten för patienterna och deras anhöriga där även polisen informerade om hur deras utredning framskred. Statsministern gjorde också ett besök på Ullevål den 28 juli för att träffa skadade och deras närstående.

Stödmodellen gick ut på att personalen ur behandlingsteamet hade kontakt med patienterna när det var möjligt med tanke på nedsövdhet och operationer, och man lämnade information och förmedlade praktiskt och emotionellt stöd efter behov. Behandlingsteamet hade också som mål att avlasta den somatiska personalen så att de kunde fokusera på omvårdnaden av patienten i stället för de anhöriga.

Barn- och ungdomspsykiatri fick ansvaret för stödet till de unga skadade, och bland annat Seksjon for psykosomatikk/CL-barnpsykiatri (C = Consultation; L = Liasion) svarade för stödet till de elva personer som var

under 18 år. Efter fyra veckor hade alla blivit överförda till rehabilitering, till ett regionalt eller lokalt sjukhus eller till hemmet, och de hade också fått kontakt med den lokala barn- och ungdomspsykiatrin.

Stödmodellen syftade primärt till att bidra till en känsla av säkerhet och trygghet och därefter stabilisering. För att ungdomarna skulle känna sig säkra och trygga fanns det alltid någon hos dem under deras vakna tid. I dessa ”fönster” av vakenhet försäkrade man patienten om att hon eller han var i säkerhet på sjukhuset och att gärningsmannen var gripen. Personalen ville skapa en ”terapeutisk allians” och alla samtal med närstående hölls i patientens rum oavsett om denne var vaken eller inte. Tanken var att stabilisera de drabbade och ”dämpa aktiviteten i deras centrala nervsystem, som hade hyperaktiverats vid händelsen”. Detta gjordes genom att förmedla trygghet samt en känsla av kontroll och säkerhet, dämpa sinnesintryck och förklara eventuella ljud, lära ut avspänningstekniker och andningsövningar samt lära ut avledningstekniker såsom att stimulera positiva föreställningar. Dessutom hjälpte personalen till att skapa en sammanhängande berättelse med fokus på bemästring (att lära sig att själv hantera sina problem).

Stöd till personalen

Personalen på sjukhuset blev själva exponerade på olika sätt: genom det massiva intrycket av explosions- och skottskadorna, det stora antalet skadade varav många var unga, den massiva mediebevakningen samt orsaken till skadorna. Dessutom var personalen tvungen att finnas tillgänglig för patienterna och hade svårt att lägga arbetet åt sidan. Många hade också en känsla av hjälplöshet. Man samlade därför personalen i homogena grupper om 6–8 personer för en strukturerad genomgång av situationen. Detta kallade man debriefing. Deltagandet var frivilligt och man gick främst igenom vad man hade gjort i stället för att fokusera på emotionellt material. Fokus var på att stödja personalen och bekräftelse. Totalt deltog 152 personer i 22 grupper.

De involverades erfarenheter

Genom tillgängliga utvärderingar, rapporter och intervjuer framkommer att det psykosociala stödet till skadade och deras närstående samt till personalen vid Oslo universitetssjukhus generellt uppfattats som bra. Det finns dock några saker som kan diskuteras:

- Det initiala larmet av det psykosociala kristeamet fungerade inte tillfredställande. Detta berodde främst på att man inte hade hunnit upprätta gemensamma beredskapsplaner efter sammanslagningen till ett universitetssjukhus 2010.
- Det hade varit bättre att ha anhörigcentrumet öppet den första natten

eftersom många ville kontakta centrumet då. Detta visade sig i många telefonsamtal dagen efter.

- Samverkan med polisen för inrättande av anhörigcentrum fungerade inte bra initialt, men blev bra efterhand.
- Man bör notera hur personalen påverkas av att vårda många unga med svåra skador, varav flera måste genomgå amputationer.
- Man noterade att ungdomarna blev negativt påverkade av att blogga om sina upplevelser på internet, till exempel på Facebook, men det var svårt att få dem att avstå.
- I svåra situationer som den inträffade får ett anhörigcentrum också hantera andra problem, till exempel parkeringsplatser för de anhöriga som övernattade på patienthotellen.

De involverade drar följande slutsatser:

- De allvarliga händelserna blev en stor utmaning för sjukhuset att hantera, men de enskilda fallen var ändå inte extrema för personalen, varken i den somatiska eller i den psykiatriska vården.
- Ledningen av det psykosociala stödet och samarbetet med den övriga vården fungerade bra.
- Beredskapsplanerna måste utvecklas i vissa delar så att de stämmer med den aktuella organisationen.
- Cheferna måste vara närvarande, leda dagliga möten och försäkra sig om att stödet till personalen fungerar bra.
- Det är viktigt att patienten och de närstående har kontakt med samma personal.
- Insatserna måste ges i rätt tid, men detta är inte alltid lätt. När bör man till exempel meddela patienter som vaknar upp ur narkos att deras syskon eller vänner är döda?
- Personal som ger psykosocialt stöd måste vara tillgängliga dygnet runt för patienterna efter denna typ av händelse.
- Det är viktigt att sträva efter en kontinuitet i det psykosociala stödet även för de patienter som förs över till sjukvård på annan ort.

Oslo polisdistrikt

Oslo polisdistrikt består av sex delar: ordningsavdelning, kriminalavdelning, personalavdelning, administrationsavdelning, strategisk stab och informationsenhet. I distriktet finns cirka 2 500 anställda, varav 1 600 är poliser. Av dem var cirka 300 engagerade i arbetet efter 22-julihändelserna. I samband med händelserna övergick Oslo polisdistrikt till en stabsorganisation där man utgick från sitt planverk, genomförde stabsarbete och gav direktiv för arbetet.

Stöd till personalen

Varje chef i linjeorganisationen är utbildad i hur man ska ta hand om sin personal. Cheferna följer ett s.k. tiltakskort med instruktioner för detta. Polisdistriktet har också sammanställt dokumentet *Handlingsplan for iveretakelse av mannskaper etter 22.juli 2011*. Där framgår vem som skulle göra vad och vid vilken tidpunkt, med följande huvuddrag:

- Enhetscheferna skulle samla sina enheter och genomföra avlastningssamtal efter tjänstens slut. Vid dessa möten gick gruppen igenom den aktuella händelsen för att visa omsorg om personalen. Sådana möten kallas ibland ”debriefing” eller ”defusing”.
- Företagshälsovården skulle snarast sända ut informationsblad om normala reaktioner och hur man bemästrar dem. Flera sådana informationsblad blev utsända till chefer och personal.
- Chefer eller arbetsmiljöombud skulle rapportera in behovet av ytterligare stöd till företagshälsovården.
- Företagshälsovården skulle stödja de chefer som behövde det.
- Ett möte ska organiseras för involverad personal inom tre dygn. I det aktuella fallet hölls mötet söndagen den 24 juli.
- Enhetscheferna skulle samla sina enheter och genomföra nya gruppmöten inom tre dygn.
- En ny samling av den involverade personalen skulle genomföras en vecka efter händelsen, vilket skedde den 2 augusti.
- Ytterligare ett par samlingar planerades under hösten, bland annat den 30 november då polismästaren samlade all personal för att ”bygge videre på felleskapsfølelse og laganda samt skape ny energi i hverdagen”.

Företagshälsovårdens roll

Företagshälsovården (Bedriftshelsetjenesten, BHT) har en viktig roll hos polisen när det gäller att följa upp personalen. Redan vid samlingen söndagen den 24 juli gjorde BHT en screening och personalen informerades om normala reaktioner efter händelser som de här aktuella. BHT delade även ut skriftlig information med samma innehåll, samt råd till cheferna. En ny screening av personalen genomfördes tre veckor efter händelsen och BHT har skickat ut ett schema för uppföljningen av personalen. Efter ett tag kom information om att asbest kunde ha spridits i regeringskvarteren efter explosionen, vilket föranledde att BHT sände ut nytt informationsblad med direktiv om kontroller för den personal som kunde ha blivit exponerad. En psykolog vid BHT har svarat för stödet till personalen och en präst har genomfört möten med fyra s.k. reflexionsgrupper med sammantaget 10–15 personer.

De involverades erfarenheter

Personalen har utsatts för belastningar i kontakten med anhöriga till de drabbade och känt frustration över vissa delar av den kritik som har framförts mot polisen. Det fanns också ytterligare belastningar som var kopplade till det svåra identifieringsarbetet. Trots detta upplever personalen att det fanns mycket positivt i allt det svåra – många gjorde stora insatser och det fanns en god sammanhållning. Få fick sjukskrivas till följd av händelserna.

De involverade drar följande slutsatser:

- Man ska fokusera mer på att utveckla kamratstödet och personalomsorgsgrupper.
- Man bör fokusera ännu mer på att följa upp individuellt drabbad personal.
- Man ska undersöka vad personalen har saknat när det gäller stödssystemet.

Fylkesmannen

De involverades erfarenheter

Intervjuer i samband med denna rapport visar att Fylkesmennen har genomfört sina uppdrag genom att utsedd personal, oftast fylkesläkarefunktionen (fylkeslegen), initialt haft daglig kontakt med kommunföreträdare, oftast via telefon och e-post. I vissa situationer förekom också möten. I ett fylke samlade den största kommunen sitt kristeam redan den 22 juli och bjöd

in andra mindre kommuner för samverkan i mottagandet av drabbade. I proaktivt syfte skickade man också en buss till Hole kommun för att ta hem drabbade från fylket, och ombord fanns personal från kristeam och Regionalt ressurscenter om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). På Sundvolden Hotel kunde de ta direktekontakt med drabbade från kommunerna i fylket. Fylkeslegen samverkade också med andra delar i fylkets beredskap som hade kontakt med polisen för att få veta vilka av dem som hade registrerats på Sundvolden som bodde i det egna fylket.

Vissa problem har personalen hos Fylkesmannen kunnat konstatera. Någon kommun hade inte utsett kontaktpersoner för de drabbade. Några enstaka drabbade hade också flyttat från den kommun där de var skrivna eller börjat studera på annan ort, och kommunen missade att skicka över information till den nya kommunen.

Regionalt ressurscenter om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

De involverades erfaringer

I samband med händelserna fick RVTS Øst i oppdrag att stödja personalen på universitetssjukhuset med gruppsamtal och att gjennomføre informationsmøten med sjukhuspersonalen. Vidare informerade man bland annat om ledaransvar og förmedlade skriftligt material om normala reaktioner og bemestring, samt gav handledning åt foretagshälsovården på sjukhuset. Man menar att universitetssjukhuset gjorde ett bra arbeid med att stödja drabbade og anhöriga. Däremot anser man att det hade varit en fordel om RVTS också ingått i Helsedirektoratets ekspertgruppe (se avsnittet om Helsedirektoratet nedan) för att kunna ge råd om lämpligt stöd.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Personal från NKVTS deltog aktivt i arbeidet med att ta fram Helsedirektoratets veiledere (se nedan). Man var med og rekkommenderade att de drabbade från Utøya skulle føljas opp i respektive kommun og att arbeidsgiveren hadde ansvaret for att følge opp de drabbade i regeringskvarteret. NKVTS tog också fram ett vetenskapligt underlag for det tidligere beskrivna kartläggningsschemat av drabbade, og centrumet har gjort rådgivnings-, konsultations- og utbildningsinsatser på bland annat departementen i regeringskvarteret.

NKVTS har också hjälpt till att organisera utbildning till kommunanställda, bland annat i psykologisk første hjelp och förmåga till psykologisk återhämtning. Centrumet genomför också en studie med 2 500 personer för att se hur ändelserna har påverkat det norska samhället och för att jämföra dem med de drabbade. Dessutom planerar man ytterligare studier av insatspersonalen.

De involverades erfarenheter

Personalen vid NKVTS upplever att deras förmågor som expertorgan för rådgivning, konsultation, undervisning och forskning har tagits tillvara på ett bra sätt efter händelsen, även om enskilda individer har fått hög arbetsbelastning. Det gäller även många andra stödfunktioner i samhället.

De involverades slutsatser

Ledningen på NKVTS önskar att evidensbaserade stöd- och behandlingsmodeller var mer spridda bland samhällets stödfunktioner.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet, som är den centrala myndigheten inom hälso- och sjukvårdsområdet i Norge, fick det fulla ansvaret för koordinering av sjukvårdsområdets beredskap. Helsedirektoratet övergick till krisstabsorganisation kl. 16.15 den 22 juli och började då analysera situationen. Snart stod det klart att mycket fokus behövde läggas på att planera det psykosociala stödet till förlustdrabbade och deras anhöriga samt på att följa upp detta stöd.

Andra allvarliga händelser, särskilt tsunamin i Sydostasien 2004, hade gett många värdefulla erfarenheter om psykosocialt stöd. Efter tsunamin bestämde direktoratet att all uppföljning skulle ske via primärvården i Norge, vilket inte föll så väl ut då relativt många inte var nöjda med denna typ av stöd. Därför hade man börjat utveckla nya riktlinjer för stöd till drabbade vid allvarliga händelser. Riktlinjerna sammanfattades i den så kallade *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer* (vägledningen kan laddas ned eller beställas på Helsedirektoratets webbplats). Där står att stödet till eventuella drabbade ska utgå från kommunernas kristeam, vilket Helsedirektoratet sedan påpekade i direktiv till Fylkesmannen, se nedan.

Samarbetsorganisationer och expertgrupp

För att skapa en bred bas och konsensus kring innehållet i den psykosociala uppföljningen av drabbade ordnade Helsedirektoratet tidigt ett möte med ett stort antal samarbetsorganisationer. Man bjöd in omkring 40 organisationer som representerade statliga inrättningar, till exempel Fylkesmansämbetet, NKVTS, Helse Sør-Øst RHF och Politidirektoratet. Dessutom

bjöd man in yrkesföreningar såsom Norsk psykiatrisk forening och Norsk psykologforening, ideella föreningar såsom Røde kors och Human-Etisk Forbund, trossamfund såsom Den norske kirke och Islamskt Råd Norge, andra organisationer samt det privata företaget Senter for krisepsykologi AS.

Syftet med att samla samarbetsorganisationerna var att de skulle stödja uppföljningen i kommunerna och bidra till samarbetet mellan frivilligorganisationer, offentliga myndigheter, yrkesorganisationer och andra organisationer. Ur dessa organisationer valde man sedan ut en expertgrupp om cirka 25 personer. Av dem utsåg man vidare 12 personer som formade ett arbetsutskott. Detta utskott omfattade personer från Arbeiderpartiet, NKVTS, Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) samt Senter for krisepsykologi AS. Målet för expertgruppen var att

- samordna det nationella koordineringsansvaret för de psykosociala insatserna på kort och lång sikt
- samordna aktiviteterna i den offentliga sektorn och frivilligsektorn
- ge ett entydigt budskap till befolkningen
- koordinera Helsedirektoratets delegerade ansvar för att följa upp katastrofen på nationell nivå.

Två stöd- och uppföljningsmodeller

Expertgruppen föreslog att det psykosociala stödet och uppföljningen skulle ske utifrån två modeller. Den första gällde alla drabbade och deras anhöriga samt förlustdrabbade från Utøya, som skulle följas upp i sina respektive hemkommuner. Det primära skälet var att stödet till de drabbade ska vara nära och tillgängligt i enlighet med ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna. Den andra modellen gällde de drabbade i regeringskvarteret som blev utsatta på grund av sin anställning. Därför bedömdes det som rimligt och naturligt att arbetsgivaren skulle ansvara för stöd och uppföljning genom den lokala företagshälsovården, Bedriftshelsetjenesten (BHT). Expertgruppen ansåg att arbetsgivaren får en bättre översikt och kontroll över att personalen får en anpassad uppföljning utifrån sina individuella behov. Dessutom kom de lokala arbetsmiljöfrågorna i fokus.

NKVTS fick i uppdrag att ta fram ett tillägg till de ovan nämnda riktlinjerna (*Tillegg till veileder*) för uppföljningen i kommunerna. Där betonar NKVTS att uppföljningen bör vara aktiv samt att kommunerna ska använda ett kartläggningsverktyg för att följa upp de drabbade fem–sex veckor, tre månader samt tolv månader efter händelsen (kartläggningsverktyget finns i bilaga 2). Ett liknande tillägg med råd för uppföljningen gjordes också för de anställda i regeringskvarteret.

Direktiv till Fylkesmenn

Helsedirektoratet har i ett antal oppdragsbrev gett Fylkesmennene direktiv att følge opp kommunernes tiltak i samband med denne typ av kriser. I det første oppdragsbrevet, daterat den 23 juli, bad man Fylkesmennene se til at alle kommuner hadde kriteam tilgjengelige, at befolkningen fikk informasjon om dette samt at kommunene kjende til retningslinjene i veilederen. Vidare skulle Fylkesmennene ta fram alle kommunernes kontakttelefonnummer for drabbade og skicka dem til Helsedirektoratet samt varje dag före kl. 07.30 skicka en rapport om hur många individer som sökte stöd i kommunerna. Den 26 juli meddelade direktoratet att den dagliga rapporteringen kunde avslutas och man i fortsättningen endast skulle rapportera sådant som hade betydelse för myndigheterna på nationell nivå. I brevet påpekar Helsedirektoratet att information till allmänheten fanns på Helsedirektoratets och andra institutioners webbsidor.

På dessa webbsidor kunde man bland annat finne informasjon om vanlige reaksjoner og bemærtingsstrategier samt telefonnummer til kommunernes stödinstitutter. Ett annat exempel på informasjon är en krönika som publicerades den 3 augusti på Helsedirektoratets webbsida med titeln *Du är trygg nå*. Den innehöll bland annat fem råd om hur man skulle prata med barn om händelserna.

Fylkesmennene fikk nye brev den 28 juli og 4 augusti med følgende direktiv:

- Kommunene skulle aktivt kontakta de drabbade, vars navn fanns på en bifogad lista.
- Alle drabbade skulle få en fast kontaktperson i kommunen.
- Tröskeln skulle vara låg för de drabbade att få komma i kontakt med en primärvårdsläkare.

Den 15 og 20 september fikk Fylkesmennene nye brev og ombads hjelpe til med at undersøke hur kommunene følger opp de drabbade. För att få översikt sammanställdes ett frågeformulär som alla kommuner skulle svara på (se bilaga 3).

Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer

Skriften *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer* färdigställdes och utgavs av Helsedirektoratet i augusti 2011. Syftet med skriften är att skapa en god praxis gällande psykosocialt stöd vid kriser, olyckor och katastrofer, och den tar opp både administrativa frågor och utformningen av stödet till de drabbade. Gällande det administrativa beskriver skriften den grundläggande organisationen av psykosocialt stöd i Norge och ansvarsförhållandena mellan olika aktörer. Gällande utform-

ningen av stödet diskuteras bland annat centrala principer för krishantering och grupper med särskilda behov. Enligt veiledern ska stödet till eventuella drabbade utgå från kommunernas kristeam.

Stora samlingar av drabbade

Runt den 20 augusti ordnade Helsedirektoratet flera olika arrangemang för överlevande och för anhöriga. Bland annat organiserades återbesök på Utøya för cirka 750 överlevande och anhöriga, och dagen efter genomfördes en minnesceremoni för att hedra offren.

Helsedirektoratet sände också ut inbjudningar till tre centrala samlingar för de förlustdrabbade anhöriga till offren på Utøya. Det första mötet genomfördes 11–13 november 2011, det andra genomfördes i mars 2012 och det tredje mötet ska gå av stapeln i anslutning till en minnesceremoni ett år efter dåden. Direktoratet planerar också att genomföras regionala samlingar för de överlevande genom Regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

Helsedirektoratet menar att bakgrunden till dessa samlingar är att många vill träffa andra drabbade och att det finns positiva erfarenheter av sådana samlingar i andra sammanhang. Ett privat företag har huvudansvaret för mötena: Senter for krisepsykologi AS. Enligt företaget är det rimligt att ge de berörda kollektivt stöd och man menar vidare att detta kan ses som ett erkännande av det exceptionella i händelsen. Företaget vill att de drabbade ska uppleva stödet som något utöver det vanliga även om det inte går att dokumentera några medicinska effekter av sådana samlingar. Som ytterligare skäl anges att det kan vara svårt för drabbade att tala om det man varit med om med sina närstående och att man därmed utgår från ett brukarperspektiv. Målet med de centrala samlingarna för förlustdrabbade är att ordna samtalsgrupper, gå igenom händelsen samt bland annat informera om sorgereaktioner och bemästringsstrategier, s.k. psykoedukation. Målet med de regionala mötena för överlevande är att ge dem möjlighet att träffa andra drabbade, gå igenom händelsen, dryfta och normalisera tankar och reaktioner samt genomföra psykoedukation.

De involverades erfarenheter

Personalen på Helsedirektoratet kände att de hade ett personligt ansvar att koordinera stödsatserna efter 22 juli-händelserna. Direktoratet baserade sina initiativ på råd från de omkring 40 samarbetsorganisationerna, och man kände ett starkt engagemang. Direktoratet ville få ut ett koordinerat budskap och berätta att sorg primärt inte är en sjukdom. Dessutom ville man förklara att de drabbade skulle prioriteras när det gäller stöd även om de inte skulle gå före andra grupper med större behov.

Helsedirektoratet ville också att kommunerna skulle använda det ovan beskrivna kartläggningsverktyget för att utvärdera de drabbades tillstånd. Den stora utmaningen blev att via Fylkesmennene få ut normerande budskap till Norges alla 430 kommuner och att uppnå målet om att alla drabbade lokalt skulle få tillgång till det stöd de behövde. Olika rapporter visade att det inte gick direkt dåligt, men att stödet efter fem–sex veckor fortfarande inte fungerade optimalt i ett 30-tal kommuner. Detta blev bättre efter hand och senare var det bara 7–8 kommuner som behövde en annan typ av stöd för att klara sina uppgifter. Till direktoratets positiva erfarenheter hör att man lyckades få olika kunskapsmiljöer att samarbeta, att erfarenheter från tidigare händelser bidrog till ökad kompetens på olika nivåer och att man åstadkom en bättre samverkan mellan RHF och kommunerna.

De involverade drar följande slutsatser:

- Stora katastrofer kräver breda samarbetsforum.
- I krissituationer kan det vara svårt för centrala organ att försöka styra kommuner med en hög grad av självständighet, som de nordiska.
- Helsedirektoratet anser sig ha lyckats med den svåra uppgiften att få ut ett koordinerat budskap till befolkningen.
- Det är viktigt att hitta modeller för registrering av drabbade utan att komma i konflikt med till exempel sekretesslagstiftningen.
- Man måste på bredare front försöka få ut kunskap om evidensbase-rade metoder för stöd och behandling, och också tillse att resurser för sådana metoder finns.

Identifiering av avlidna

Chefen för Kripas ID-grupp fick på väg hem från arbetet via radio information om bombexplosionen i Oslo. Han vände tillbaka till arbetsplatsen och började ringa in ID-gruppens medlemmar. Det var då okänt hur många avlidna det rörde sig om. Under kvällen hade gruppen ett möte i Kripas lokaler, och samtidigt påbörjade kriminaltekniker från Kripas och Oslo polisdistrikt en brottsplatsundersökning. Efter hand som undersökningarna av kropparna avslutades på bombplatsen transporterades dessa från Oslo centrum under natten och påföljande förmiddag med begravningsbyråernas fordon till Rättsmedicin på Ullevål. På Utøya skedde samma procedur. Den sista kroppen transporterades bort från ön på söndag kväll.

Bårhuset i anslutning till Rättsmedicin rymde bara 30 kroppar, och man insåg tidigt att det behövdes extra bårhusplatser. Man fattade redan under

fredag kväll beslut om att hyra kylcontainrar och dessa levererades under lördag förmiddag med monterad bårinredning.

Sundvolden Hotel kom, som nämnt, att bli initial samlingsplats för de anhöriga. Dit sändes tre kriminaltekniker för att få beskrivningar av de saknade och samla in material för DNA-analyser. Materialet kördes sedan med budbil till ID-gruppens lokaler. Genom de anhöriga fick teknikerna också veta vilka tandläkare som var aktuella och kunde på så sätt få tillgång till offrens tandröntgen. Alla Norges polisdistrikt involverades i insamlingen av AM-data.

Under lördagen påbörjades kroppsundersökningarna. Man arbetade dagtid, under lördagen på två parallella linjer, för att under söndagen öka till tre linjer, på måndagen fyra linjer och tisdag–onsdag fem linjer. Extrainkallad personal lade kontinuerligt in uppgifterna i en databas. Varje kväll vid 20-tiden samlades ID-gruppen för ett gemensamt möte där de gick igenom dagens arbete och matchade AM-datan mot PM-fynden. När identiteten var säkerställd mejlades uppgifterna till Oslo polisdistrikt, som hade ansvar för att underrätta de anhöriga. Uppdraget innebar att informera mer än 300 anhöriga, och det delades mellan två AM-koordinatorer från Kripos samt sju–åtta poliser från det lokala polisdistriktet.

Den första identifieringen var klar under söndagen och den sista under torsdagen. Det fanns farhågor att det kunde finnas fler drunknade än de två som redan funnits, men dessa farhågor kunde avskrivas under lördagen då man fann en dator med en lista över lägerdeltagarna. ID-gruppen stötte på en del praktiska problem när det gällde asylsökande personer eftersom det gällande dessa var svårt att få tillgång till relevanta AM-data.

Ur psykologisk synpunkt tyckte gruppen inte att ID-arbetet i sig var speciellt betungande ("Det är vad vi gör till vardags, fast i större skala", har någon av de involverade sagt). Däremot var man inte förberedda på att bli så involverade i hanteringen av de anhöriga, men trots att det var påfrestande anser ID-gruppen att man bör ha huvudansvaret för den initiala anhörigkontakten. Många anhöriga hade ett stort behov av att veta exakt hur identifieringsprocessen går till i praktiken, och den frågan kunde enbart ID-gruppens medarbetare svara på. De anhöriga har fått möjlighet att ta del av obduktionsrapporterna, men det är oklart hur många som har utnyttjat den möjligheten.

Kommunikation och mediehantering

Skadeplats regeringskvarteret

Som vid alla krishändelser visade Oslomedierna en förmåga att snabbt vara på plats i stor trupp, trots hotbilder som medförde evakuering av flera mediehus. Exempelvis evakuerades Verdens Gang beläget mitt emot regeringsbyggnaden, liksom Aftenposten. Norska journalistförbundet har gjort en undersökning som visar att 700 norska journalister arbetade med rapporteringen av händelserna den 22 juli. Av dessa har 500 svarat på en enkät, och merparten av dem bevakade Osloområdet [20].

Inom det drabbade området runt regeringskvarteret hade Oslopolisen en erfaren insatsledare som redan kl. 16.30 gav en improviserad pressträff på plats. Insatsledaren gav då kortfattad information om vad polisen visste om händelsen i det läget. Enligt krisberedskapsrutinen är det polisens insatsledare som ska uttala sig på skadeplatsen, när det finns möjlighet och någon information att lämna.

Mediehantering

Många privatpersoner tog bilder och filmade på skadeplatsen. Svårt skadade människor och kroppsdelar fotograferades. Vid flera tillfällen fick pressfotografer tillträde till avgränsade områden. Insatsledarens tanke med detta var att tillmötesgå mediernas behov av egna bilder samt att balansera det privata fotograferandet med bilder tagna av professionella fotografer. De avlidnas kroppar täcktes innan fotografer fick närma sig området.

Polisen upprättade två nivåer av avspärrningar, en yttre gräns som allmänheten inte fick passera och en inre gräns dit pressfotograferna släpptes vid några tillfällen. Insatsledaren upplevde inget störningsmoment i mediernas närvaro på skadeplatsen, och enligt kommunikationsenheten var flera medier tacksamma för att polisen tillgodosåg fotografernas behov av egna bilder.

Inför samtliga pressinformationer på skadeplatsen samrådde insatsledaren med polisens informationsstab P5. En första ”pressbrief” hölls som nämnts kl. 16.30 och därefter följde en ”fotobrief” vid två tillfällen, kl. 17.30 och 18.30. Den sistnämnda var främst avsedd för TV-nyheterna. Senare under kvällen och de följande dagarna fick medierna efter överenskommelse tillfälligt tillträde till skadeplatsen för att fotografera och filma. Från kl. 18.30 sköttes all mediehantering och pressinformation från polishuset.

Skadeplats Utøya/Utvika

De första rapporterna om skjutningar på Utøya kom till larmcentralen när klockan närmade sig halv sex den 22 juli. Under tiden fick chefen för legevakten på Ringerike sjukhus information om händelsen från sin dotter

som hade sett nyhetsinslag på TV. I detta fall var det alltså medierna som ”larmade” sjukvårdsledningen.

Ringerikes legevakt är placerad på Ringerike sjukhus i Hønefoss, och omfattar förutom Ringerike, Hole kommun, Krødsherad kommun, Modum kommun och Sigdal kommun (således en ”interkommunal” legevakt). Chefen för kommunläkarna i distriktet kontaktade kommunläkaren i Hole kommun, som ingår i distriktet men saknar en egen legevakt. Genast efter telefonsamtalet begav sig kommunläkaren till kajplatsen i Utvika för att skaffa sig en överblick. ”Legevaktsschefen” befann sig i Hønefoss och kom till Utvika något senare än kollegan.

Mediebevakning av Utøya

En helikopter med besättning från NRK (Norges public serviceradio och -television) flög över Utøya då hälso- och sjukvårdsinsatserna påbörjades. Filmsekvenser och stillbilder från denna flygning spreds snabbt över medievärlden. Luftambulansetjenesten identifierade tidigt NRK-helikoptern som en civil helikopter, men det dröjde innan de fick klart för sig att det rörde sig om en presshelikopter. I Luftambulansetjenestens utvärderingsrapport framgår att presshelikoptern utgjorde ett störande moment och en potentiell risk. [21]

Det förekom att journalister ringde till ungdomar ute på Utøya mitt under pågående beskjutningar. I ett fall intervjuades en flicka som senare sköts till döds, och i början av 2012 rapporterade norsk och svensk press att flickans familj har anmält NRK till Pressens faglige utvalg (PFU) för att ha brutit mot god publicistisk sed [22, 23]. För övrigt var inga medier närvarande eller i kontakt med de drabbade ute på Utøya. Ambulanssjukvårdens insats på ön skedde utan närvaro av reportrar och fotografer.

Mediebevakning av Utvika

Vägen till Utvika brygga, där ambulanserna tog emot överlevande, var så trång att det var i det närmaste omöjligt för journalister i bil att komma in till området. Bland annat av detta skäl blev det inget medieuppbåd på uppsamlingsplatsen, trots att det är vanligt vid den här typen av händelser. Det uppstod då heller inte några pressetiska problem i form av närgången fotografering eller överlevandeintervjuer. Endast ett fåtal medierepresentanter fanns på plats under det akuta omhändertagandet, däribland en frilansfotograf vid Utvika Camping. Reportrar och fotografer arbetade i stället på de omkringliggande allmänna ytorna vid kajområdet och Utvika camping. Eftersom detta inte var skadeplatser kunde områdena inte avspärras, vilket gjorde det extra svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att förhålla sig till mediepersonalen.

Det förekom dialog mellan sjukvårdpersonal och journalister angående sättet att närma sig drabbade och ögonvittnen, och läkare på plats rapporterade något enskilt övertramp från journalisthåll. I stort sett upplevde dock vårdpersonalen att medierna uppträdde mycket bra i området: ”De var varken ofina eller påstridiga”. En sjukvårdare fick senare se sig själv på TV, men menar att det var helt naturligt i den situationen.

Ringerike legevakt och Hole kommun på Sundvolden Hotel

Efter information från polisen rekvirerade kommunläkaren, som nämnts tidigare, Sundvolden Hotel som anhörigcentrum och uppsamlingsplats för de drabbade.

Kommunikationsorganisation på Sundvolden

Utøya och Utvika hör till Nordre Buskerud polisdistrikt. Vid tillfället hade distriktet ingen funktion med kommunikationsansvar i sin organisation och formellt hade därför Oslo polisdistrikt ansvaret för information och kommunikation. Kommunikationsenheten i Oslo efterlyste förstärkning, men upplevde att det rädde osäkerhet inom polismyndigheten huruvida kommunikationsansvaret endast gällde bombattentatet, eller om det också skulle omfatta de parallella händelserna på Utøya. I Nordre Buskeruds granndistrikt, Søndre Buskerud, fanns en kommunikationsansvarig, men denna var på semester.

Den formella beslutsgången vid rekvirering av en samlingslokal är att polisen bedömer och beordrar behovet, och kommunens politiker fattar beslutet. I detta fall blev informations- och beslutsgången en annan. Kommunläkaren ville inte spilla tid på att invänta formella beslut, utan bestämde sig i stället snabbt för att själv skapa sig överblick i kaoset och fatta beslut. Detta ledde till att Sundvolden snabbt etablerades som samlingslokal samt att kommunens ordförande fick agera talesman gentemot medierna.

Vid ett tillfälle gick polisen ut med ett antagande om antalet avlidna, men den siffran fick senare revideras nedåt. Med facit i hand var det för tidigt att gå ut med den informationen, och detta visar hur viktigt det är att vänta på ett korrekt informationsunderlag innan ett budskap sprids.

Mediehantering vid Sundvolden Hotel

Hole kommun har endast 6 000 invånare, men har trots det en välutvecklad krisberedskapsorganisation som övar på kommunikations- och mediehantering. Vid Sundvolden Hotel fanns dock ingen kommunikationsansvarig och i praktiken blev Holes kommunordförande den talesman som med jämna mellanrum gick ut för att möta det enorma medieuppbådet och förmedla aktuell information. Kommunläkaren och en polisman ledde arbetet

inne på Sundvolden, med chefen för legevakterna i Ringerike-distriktet som sin högra hand. Kommunordföranden fick hela tiden information från kommunläkaren om vad man kunde berätta för pressen, och bestämde sedan själv vad han ville säga inom ramen för det överenskomna budskapet. Ordföranden var medievän, vilket underlättade arbetet.

Pressens eget "presscentrum"

Krisledningen upprättade aldrig något officiellt presscentrum, men fotografer och reportrar samlades spontant på den intilliggande bensinstationen. Där kunde de ladda bärbara datorer och mobiltelefoner samt skaffa förtäring. Journalisterna rapporterar om en sällsynt sammanhållning och kollegial hjälpsamhet, även över nationsgränserna. Runt hotellets trädgård finns en mur som fungerade som avspärrning och samlingsplats för det enorma multinationella medieuppbådet. Gränsen respekterades, även om en del fotograferade in mot byggnaderna och gården. Som en källa säger: "Journalisterna levde sitt eget liv utanför avspärrningarna".

Intervjuer med chockade

Sundvolden Hotel blev något av en fästning där de drabbade och anhöriga fick vara i fred. Utanför hade dock en liten livsmedelsbutik viss dragningskraft, och när ungdomar gick dit för att handla var journalister snabbt framme för att intervjua och fotografera dem. Det gjordes också ett antal radio- och TV-intervjuer som har ifrågasatts eftersom ungdomarna i det skedet fortfarande var mycket chockade efter händelsen. Deras berättelser var osammanhängande och de hade sannolikt svårt att överblicka konsekvenserna av sin mediemedverkan.

Ungdomars användning av sociala medier

Krisledningen inne på Sundvolden försökte styra kommunikationsinnehållet till pressen, men under tiden började många av ungdomarna lägga ut sina berättelser på Facebook och Twitter. Receptionens datorer fick till slut förseras med regelverk: det var okej att läsa webbsidor, men "förbjudet" att skriva på Facebook. Information som journalister hade plockat upp från ungdomarnas Facebooksidor fick bemötas av kommunordförande i samtal med journalister utanför hotellet.

Oslo universitetssjukhus/Ullevål

Personalen på kommunikationsenheten vid Oslo universitetssjukhus/Ullevål hade redan gått hem för dagen när den kraftiga smällen hördes över staden. Mängder av ambulanssirener gjorde att en medarbetare på cykel genast vände tillbaka mot sjukhuset. Han skickade SMS till flera på kom-

munikationsenheten, däribland till personen som hade pressjour för dagen. Meddelandet löd ”Jeg drar på Ullevål”. Det räckte som signal.

Personen som hade pressjouren ringde upp kollegan och satte sig sedan i en taxi. Under taxiresan fick denne information av sin 15-årige son, som i hemmet kunde läsa medierapporter på internet. Efter samtalet med sonen kom det formella varslet om beredskap, och inom en halvtimme fanns fyra–fem personer på kommunikationsenheten. Ytterligare någon timme senare kom två medarbetare till. De flesta hade semester. Efter fyra timmar anlände kriskommunikationsstabens ledare, direkt från semesterflyget.

Funktionskort strukturerade arbetet

Arbetet inleddes med att personalen tog fram ”tiltatskorten” – funktionskortet för kommunikationsarbete vid katastrofer. Där finns också en checklista för de fyra första som kommer till arbetsplatsen. Korten fördelades mellan de närvarande, och arbetet satte igång. Så småningom anslöt den tillförordnade kommunikationsdirektören. En person ansvarade för att följa medierapporteringen, och noterade då att NRK Dagsrevyen hade fel telefonnummer till anhörigcentret. Kommunikationsenheten ringde då snabbt NRK och fick numret ändrat. Det nummer som ursprungligen hade lagts ut var Ullevåls telefonnummer för identifierbara patienter.

Oväntad medieanstormning

Det dröjde en timme innan medietrycket blev påtagligt. Norska medier ringde tidigt, men också utländska som BBC, CNN och Al Jazeera. Endast en telefonlinje hölls öppen. Detta följde inte kommunikationsberedskapsplanen, men på grund av stress och underbemanning blev inte fler telefonlinjer upprättade. En konsekvens av det blev att personalen inte kunde svara på samtal från alla medier.

Det var en utmaning att bistå mediernas önskningar om intervjuer, men via krisledningen kunde talespersoner utses. Medierna ville också ha patientintervjuer, men på grund av patienternas allvarliga skador blev det inte aktuellt den första dagen.

Kommunikationsstaben upplevde en stor förståelse från de norska medierna som sedan tidigare kände till sjukhusets regler och arbetssätt. Lite svårare var det med utländska medier, som inte hade denna förförståelse och inte heller några outtalade överenskommelser i bagaget.

Presskonferenser och journalistkontakter på Ullevål

Kvällen den 22 juli hölls tre presskonferenser varav två leddes av sjukhusets administrativ direktör och av den traumakirurg som triagerat samtliga skadade som tagits emot. Presskonferenserna hölls på norska, med

möjlighet till efterföljande frågor och svar på engelska samt till enskilda intervjuer. Kommunikationsstaben tog fram faktaark på engelska med bland annat en presentation av sjukhuset. I enlighet med planen för kommunikationsberedskap hölls presskonferenserna i sjuksköterskeutbildningens hus som är en separat byggnad på Ullevåls sjukhusområde. Detta fungerade under presskonferenserna, men övriga tider ville inte journalisterna sitta där. De ville i stället vara så nära händelsens centrum de kunde, vilket innebar att de höll sig runt akutintaget eller inne i sjukhusets foajé som inrymmer ett kafé.

En medarbetare i kommunikationsstaben avsattes helt till att hålla kontakt med reportrar och fotografer på sjukhusområdet. Han samlade in deras mobilnummer och kunde sedan förse alla med uppdateringar och kallelser till presskonferenser via SMS. En annan svarade för mediehantering och information vid akutintaget. Denna funktion beskrivs som den känslomässigt mest påfrestande av kommunikationsstabens funktioner. Staben noterade 40 internationella medieredaktioner och 14 norska som kontaktade sjukhuset den 22 juli och dagarna efter.

Kl. 23.30 kom statsministern till Ullevål. På hans begäran arrangerades en presskonferens i entréhallen med kort varsel. Journalister med presskort släpptes in. Mediernas rapportering från presskonferensen innehöll budskap om hög kompetens och väl tillvaratagna patienter.

RSS, Twitter och SMS

Oslo universitetssjukhus/Ullevål skickar inga pressmeddelanden via e-post utan de läggs i stället ut på webbplatsen och går att prenumerera på via RSS-flöde (ett sätt att abonnera på inlägg och kommentarer från webblogger). Till detta kom Twitter- och SMS-meddelanden när det fanns något nytt att läsa på webbplatsen.

När de skadade började anlända visade det sig snart att sjukhuset behövde en viss blodtyp. Via Twitter gjordes då följande efterlysning: "Oslo universitetssykehus trenger blodgivere med blodtype 0 - (null minus). Ring blodbanken nå - telefon 2211 8900 eller 2211 8865". Oerhört många av de frivilliga var dock inte registrerade blodgivare, och då uppdagades informationsmissen. Ett nytt Twittermeddelande sändes ut: "Blodbanken ved Oslo universitetssykehus presiserer at KUN SYKEHUSETS ETABLERTE BLODGIVERE med blodtype 0 - (null minus) skal ringe dem nå!". Det uteblivna tillägget om "endast registrerade blodgivare" i det första meddelandet medförde att många oregistrerade blodgivare anmälde sig.

Avspärrningar upprättas

Det dröjde till kvällen den 22:a innan sjukhuset upprättade tydliga avspärr-

ningar runt sjukhusområdet och ambulansintaget. Personal från sjukhusets egen säkerhetstjänst, med bistånd från polis och vaktbolag, fick kontrollera in- och utpasserande. Särskilt fotografer sökte sig så nära som möjligt, och de tog bland annat bilder när patienter fördes in på bår eller säng via en glasgång mellan sjukhusbyggnaderna. Handlingskraftig vårdpersonal ogillade den ofrivilliga exponeringen av patienterna och hängde snabbt upp lakan framför fönstren.

Patientintervjuer och patientmedverkan i medierna

En psykiater på Ullevål sjukhus tog initiativ till att skapa en konkret gräns för de närvarande reportrarna och fotograferna. Över golvet markerades en linje med röd tejp – dit men inte längre fick medierna gå. Sjukhuset hade tämligen strikta restriktioner för fotografering, men intervjuer fick så småningom ske i anvisade korridorer. Sjukvårdens personal satte alltså gränser även om det inte hjälpte fullt ut. Vissa barn tog sig på kryckor till sjukhuskiosken för att handla, och fann sedan sig själva på bild i tidningarna dagen efter.

Den ansvariga sjukhuspersonalen på Ullevål upplevde samma problem som ledningen på Sundvolden Hotel: Den största utmaningen när det gällde kommunikation och medier var att försöka stävja ungdomarnas iver att lägga ut sina berättelser på Facebook.

Från morgonen den 23 juli började mediernas förfrågningar om patientintervjuer dugga allt tätare. Inledningsvis var sjukvårdspersonalen mycket restriktiv, men dagen därpå gick de med på vissa intervjuer efter påtryckningar från både patienter och anhöriga. Den medicinska ledningen gjorde bedömningen att sjukvården kunde neka intervjuer med omyndiga patienter, men för myndiga patienter fick personalen nöja sig med att ge råd och överlåta beslutet till respektive patient. I något fall sa patienterna nej till att filmas och intervjuas men ja till stillbilder. Några konflikter uppstod när föräldrar ville tillåta en intervju med sitt barn, medan sjukhusets personal avrådde. Många ungdomar hade en egen drivkraft att medverka, sannolikt för att de var politiskt aktiva, utåtriktade och medievana.

Oslo kommun

Överläkaren på den kommunala legevakten i Oslo hörde explosionen i centrum kl. 15.35, och tolkade situationen som en katastrof. Något formellt larm fick man inte, men kl. 15.37 kom de första patienterna.

Mediehantering

Direktören för Oslos kommunala legevakt fick samtal från Helsedirektoratet runt 15.45, och strax innan hade en journalist från tidningen Dagbladet

ringt. Direktören började organisera arbetet via mobiltelefon, under en två timmar lång bilfärd från sin semesterort. Framkommen till akutmottagningen fick han med hjälp av medarbetare på plats ”bryskt” avvisa alla medierepresentanter från platsen, och hänvisade dem i stället till Oslopolisens med motiveringen att händelsen bedömdes som en nationell katastrof. Detta skedde enligt aktuell beredskapsplan, som sägs ha följts till punkt och pricka, och som upplevs ha fungerat bra. Journalisterna uppges ha haft stor respekt för detta, och visade förståelse för att sjukvårdspersonalen behövde arbetsro för att ta hand om cirka 100 chockskadade personer och cirka 75 fysiska skador.

Kommunikationsorganisation

Kommunens informationschef fanns på plats och etablerade särskilda krisidor på interna och externa webbsidor, men för övrigt fanns ingen personal på kommunikationsenheten. Den första var på plats efter en halvtimme och ytterligare tre anslöt efter knappt två timmar.

De journalister som prenumererade på RSS-meddelanden från Oslo kommun blev kontinuerligt uppdaterade och de övriga kunde finna uppdaterad information på kommunens webbplats. Kl. 20.30 upprättade kommunen en informationstelefon för stadsdelarna.

Oslo kommun har vid katastrofsituationer en beredskapsmedarbetare placerad i Oslopolisens lokala räddningscentral, vilket främjar informationsutväxlingen mellan organisationerna. Personalen på de lokala myndigheterna känner väl till varandra och övar regelbundet tillsammans, vilket också underlättade arbetet och informationsflödet mellan polismyndigheten och kommunen i samband med händelserna den 22 juli.

Den medicinska personalen på Oslos kommunala legevakt upplevde däremot kommunikationsbrister i relation till polisen. De hade förväntat sig att personalens och patienternas säkerhet skulle uppmärksammas och kommuniceras av Oslopolisens. Det gick rykten om bombhot mot Ullevåls sjukhus vilket potentiellt skulle kunna drabba även legevakten, men ”vi förhöll oss inte till hot”, som en av akutens medarbetare säger.

Kristelefoner och uppföljande åtgärder

Under de följande dagarna fick kommunen den viktiga uppgiften att förmedla telefonnummer och adresser till stödcentrum och liknande. Problemet var att stadsdelarnas jourtelefoner, som var avsedda för medborgarna, blev nerringda av journalister. De två första dagarna hölls också kommunens växel öppen till midnatt.

Oslos kommunala legevakt vidtog en speciell kommunikationsåtgärd riktad till sina patienter en tid efter attentatet. Ansvarig sjukvårdsperso-

nal ringde upp alla som hade kommit in för behandling med anledning av bombexplosionen, och frågade om deras aktuella tillstånd samt eventuellt fortsatt vård- och stödbehov. Ett syfte med detta var att visa omtanke, och åtgärden uppges ha varit uppskattad.

För övrigt har Oslo kommun utvecklat en god mediestrategi genom åren, och den ansågs ha varit till mycket stor nytta för krisledningen vid den kommunala legevakten likväl som för kommunen i övrigt.

Ringerike sjukhus

Kommunikationsorganisation

Ringerike sjukhus ledning finns geografiskt på sjukhuset i Drammen. Där sitter normalt också en informationsansvarig, som den 22 juli dock var på semester. I praktiken saknade Ringerike sjukhus därför en kommunikationsansvarig person under akutfasen. Chefen för kirurgkliniken satt och åt middag i sitt fritidshus när han såg en TV-sändning om bomben i Oslo, och sedan följde ett par timmar av informell kommunikation om skeendet. Under resan till sjukhuset fick läkaren bland annat uppdateringar via mobilsamtal med sin svärfar som följde TV-sändningarna. På plats i Hønefoss, där Ringerike ligger, fick klinikchefen också synkronisera kommunikationen och mediehanteringen. Under den första kvällen och natten kom dock få journalister och anhöriga till sjukhuset.

Den interna kommunikationen på Ringerike sjukhus hanterades i första hand muntligt och i viss mån också genom den särskilda beredskapswebb som träder i kraft vid ett larm. Beredskapswebben administrerades av den person som fungerade som sjukhuschef i krisstaben på Ringerike. Senare kom också intranätet igång, servat av en informatör i Vestre Viken.

Oväntad anstormning

Ullevåls Twitterafterlysning av blodgivare, där det inte framgick att man endast sökte registrerade blodgivare, ledde till att även Ringerike blev i det närmaste invaderat av människor som ville lämna blod under det första dygnet. Sjukhuset hade dock inte möjlighet att bemöta denna välvilja just då och behövde heller inte mer blod.

Presscentrum i sjukhusets lokaler

De närvarande journalisterna tilldelades ett rum på sjukhuset, ett litet presscentrum med goda arbetsförhållanden och närhet till talesmän. En del försökte dock få tillgång till egna rum på sjukhuset och en journalist lär ha påstått sig blivit lovad att sitta på ett läkarrum, men nekades tillträde. För övrigt anses den samlade pressen ha ”respekterat ett nej” och uppträtt förstående.

Medier tilläts, efter patienternas medgivande, att intervjua och fotografera dem på sjuksalarna. Alla vårdssalar är enkelrum. Vissa patienter sa nej till allt, någon sa ja till att träffa kronprinsparet när de var på besök, men nej till att möta pressen.

Övriga aktörers åtgärder

Polis

Polisen i Oslo fick kort efter explosionen i regeringskvarteret larm om händelsen och var snart på plats med en första patrull. Man fick information från regeringskvarterets vaktcentral och från vittnen och kunde snart dra slutsatsen att det rörde sig om ett terrorattentat. Polisens bombgrupp och insatsstyrka tillkallades och samtliga polispatruller i Oslo dirigerades mot platsen. [24]

De första poliser som anlände till platsen prioriterade att ge första hjälpen och att samla evakuerade på Youngstorget, som ligger i anslutning till regeringskvarteret. Polisbilar användes i viss utsträckning för att transportera skadade till sjukhus. Man evakuerade ett antal personer från byggnaderna, både skadade och oskadade, och bombgruppen genomsökte området efter fler bomber. Hotet om ytterligare ett bombdåd i området var en komplicerande faktor och under en kortare stund valde polisen att evakuera bland annat ambulanspersonal och brandmän från platsen. Ett stort område runt regeringskvarteret avspärrades. [24]

Ungefär klockan halv sex på eftermiddagen fick polisen i Nordre Buskerud ett larm om skjutningar på Utøya. Man insåg snart att larmet måste prioriteras och tillkallade därför distriktets egen utryckningsenhet samt skickade en begäran om stöd till Oslo polisdistrikt. Larmen gav dock ingen tydlig information och läget på ön var länge oklart – ett tag trodde man att det rörde sig om flera beväpnade gärningsmän och att det fanns sprängmedel på ön. [12, 25]

Då den första polispatrullen anlände till den brygga på fastlandet där färjan till Utøya avgår fanns ingen båt i sikte och patrullen tvingades att vänta på annan transport. De kunde höra skott från ön och mötte senare en roddbåt med människor som flydde från Utøya. [25]

Flera andra patruller från olika stationer ryckte ut, både med båt och med bil. Strax efter kl. 18 anlände polisens insatsstyrka från Oslo och mer personal från Nordre Buskerud till fastlandet norr om Utøya, där man hade kommit överens om att samlas. Personal från både insatsstyrkan och Nordre Buskerud gav sig ut till Utøya i en polisbåt, men upptäckte snart att båten inte fungerade tillfredsställande och bemannade i stället två civila båtar som man hade rekviderat.

Ungefär kl. 18.30 klev personalen iland på Utøya och en kort stund senare kunde de gripa gärningsmannen, Anders Behring Breivik. [12, 25]

Brannvesenet och försvaret

Brannvesenet, en norsk motsvarighet till den svenska kommunala räddningstjänsten, var involverad på flera sätt i händelserna den 22 juli, både i Oslo och på Utøya. Brannvesenet i Oslo hade huvudansvaret för brand- och räddningsinsatsen i regeringskvarteret och fick hjälp av brannvesen från fyra andra distrikt. Insatsen i regeringskvarteret omfattade bland annat brandsläckning, eftersökning i byggnader, första hjälpen, säkring av skadade och transport av skadade till sjukhus. [26, 18]

Brannvesenet i Ringerike hade huvudansvaret för insatsen på Utøya, men fick stöd av sju andra distrikt. Insatsen innebar bland annat att bistå sjukvården med att få skadade på bårar och in i ambulanser. När de evakuerade hade transporterats från ön in till fastlandet hjälpte brannvesenets personal till med mottagandet. Brannvesenet hjälpte även till med att frakta avlidna iland och bistod med dykare som sökte efter döda i vattnet runt Utøya. [26, 27]

Det norska civilförsvaret är en förstärkningsresurs i räddningsarbetet vid katastrofhändelser, och var också involverat den 22 juli. I Oslo deltog ett stort antal personer i räddningsinsatsen, bland annat med säkring av området runt regeringskvarteret. Dessutom bistod civilförsvaret bland annat med att ordna mottagandet av de drabbade på Sundvolden Hotel samt hjälpte till med vakthållningen och med polisens omhändertagande av de avlidna. [5, 28]

Även det norska försvaret var involverat i insatserna, genom flygvapnets 330:e skvadron som ansvarar för de helikopterresurser som ingår i den norska nationella räddningstjänstorganisationen. Räddningshelikoptrarna är, som nämnts, av modellen Sea King och kan transportera upp till sju bärpatienter eller upp till tre intensivvårdskrävande patienter. Ombord på helikoptrarna finns alltid en anestesilog.

Dessa helikopterresurser nyttjades den 22 juli på flera sätt. En räddningshelikopter finns placerad på flygbasen i Rygge, cirka sju mil från Oslo, och den blev larmad efter bombattentatet i regeringskvarteret. Helikoptern flögs till Oslo för att stå i beredskap om skadade behövde transporteras till andra sjukhus i landet, exempelvis för brännskadevård. Räddningshelikoptern från Rygge blev senare, tillsammans med en räddningshelikopter från en flygbas nordväst om Trondheim, flyttad till mottagningsplatsen vid Utøya. Där bistod man med mottagande av skadade och avlidna från ön.

Försvaret ställde även andra helikopterresurser i beredskap och bidrog också på andra sätt till insatserna efter bombattentatet i Oslo och skjutning-

arna på Utøya. Bland annat bistod man polisen med bombexpertis samt hjälpte till med vakthållning och säkring i centrala Oslo. [29]

Regeringen och Helsedirektoratet

Regeringens kriseråd sammankallades under eftermiddagen den 22 juli och höll två möten under kvällen. Statsministern och de övriga berörda statsråden fick löpande information om utvecklingen. Justis- og politidepartementet utsågs till lederdepartement och understöddes i sitt arbete av Krisstøtteenheten. [30]

På Helse- og omsorgsdepartementet etablerades en krisledningsstab och man gav Helsedirektoratet uppgiften att koordinera hälso- och sjukvårdens insatser och rapportering [31]. Helsedirektoratet konstaterade att Helse Sør-Øst RHF var engagerat i händelsen och att de skulle klara av att hantera den akuta situationen. Däremot stod det klart att man skulle behöva lägga mycket fokus på att planera det psykosociala stödet till förlustdrabbade och anhöriga samt på att följa upp stödet.

Frivilliga

Ett stort antal frivilliga, både enskilda och frivilligorganisationer, deltog i insatserna efter attentaten den 22 juli. Det norska Röda Korset var mycket tidigt involverade och bidrog i Oslo med personal med hälso- och sjukvårdskompetens samt med ambulansresurser. Senare på dagen bistod man med båttransporter från Utøya, med ambulansresurser och med psykosocialt stöd till drabbade och anhöriga. Psykosocialt stöd har också erbjudits efter den akuta fasen, bland annat på Sundvolden Hotel [32]. Röda Korset tog också fram information till barn och vuxna som hade drabbats direkt eller indirekt, för att förklara vilka psykiska reaktioner som kan uppstå efter en traumatisk händelse och ge råd om åtgärder som kan lindra [33]. Organisationen upplevde en stor tillströmning av frivilliga som på något sätt ville bidra i arbetet samt stöd från näringslivet, exempelvis matleveranser från livsmedelskedjor [34, 35, 36, 37].

Även frivilligorganisationen Norsk Folkehjelp deltog i insatserna efter attentaten. Personal från organisationen fanns på Utøya redan när attentatet inträffade, eftersom de assisterade AUF med hälso- och sjukvårdsresurser under sommarlägret. Detta innebar att de kunde börja med livräddande insatser omgående. Senare hjälpte tillrest personal till med att ta hand om skadade som kom i land och med att ordna transporterna till sjukhus. Norsk Folkehjelp deltog också i insatserna efter bombattentatet i Oslo. [38, 39]

Återställande

Materiella skador

Bombattentatet mot regeringskvarteret orsakade stora skador, både interiört och exteriört, på flera byggnader i området. Detta har krävt ett omfattande röjningsarbete, som har inneburit såväl att avlägsna löst material och att säkra föremål som riskerar att ramla ned som att omhänderta dokument och datorer i byggnaderna. Röjningsarbetet beräknas pågå till hösten 2012. [15]

Gällande renoveringsbehov pågår då denna Kamedo-rapport skrivs en genomgång av byggnaderna och en bedömning av hur frågan ska hanteras. Det är fortfarande oklart om vissa av byggnaderna kan återställas eller om de måste rivas. Flera departement är hänvisade till alternativa lokaler och kommer följaktligen så vara under en tid framöver. [15, 40]

Kroppsliga och psykiska skador

Av särskilda skäl skrivs denna Kamedo-rapport kort tid efter händelserna i Oslo och på Utøya. Därför går det inte att dra några slutsatser kring bestående fysiska funktionsnedsättningar hos de skadade eller psykiska långtidseffekter hos de drabbade och deras anhöriga.

Diskussion

Hälso- och sjukvård

Alarmering och dirigering

Prehospitalt centrum vid Oslo universitetssjukhus med dess olika avdelningar ligger i framkant när det gäller att driva utvecklingen av prehospital verksamhet. Centrumets ambitionsnivå ligger sedan länge över de krav som finns i norska lagar och författningar. Läkarambulansen är ett exempel på detta, införandet av ”operativ leder” ett annat.

Den 22 juli fick AMK Oslo-Akershus problem med ett av sina tekniska system (AMIS), sannolikt på grund av överbelastning. Systemet är gammalt och skapades ursprungligen för internt bruk på Ullevål. Det har dock spridits till andra AMK i Norge och blivit rikstäckande, utan att man någonsin har definierat en kravspecifikation för systemet. Till följd av felet skapades ingen logg av händelserna och man tvingades kommunicera via radio. Tack vare återkommande utbildningar och övningar kunde operatörerna ändå hantera situationen på ett bra sätt, men avsaknaden av loggar har givetvis försvårat den efterföljande utvärderingen. Personalen efterfrågar en modernisering av verktyget med ett inbyggt beslutsstöd.

Alla AMK har inte tillgång till Nödnett (Tetra) och därför kan det vara svårt att samordna en insats med ambulanser som normalt dirigeras från olika AMK, där en del för närvarande använder analog radio. Vid de aktuella händelserna hade AMK Oslo-Akershus också svårt att komma i kontakt med både AMK Vestre Viken och polisens ledningscentral. Likaså var det ingen på AMK Oslo-Akershus som kände till trafiksvårigheterna vid Utøya. Det gjorde däremot både brannvesenet och polisen eftersom de hade tillgång till bilder från trafikövervakningskameror.

Man upplevde på AMK Oslo-Akershus initiala svårigheter med att tillkalla personal. Den nuvarande rutinen går ut på att redan hårt ansträngd personal ska ringa in övrig personal enligt en larmlista. Ett automatiserat system för alla enheter som snabbt kan behöva kalla in mer personal är önskvärt. I det här fallet tappade man kontrollen på vilken personal man redan hade sökt och vilka som var på väg in.

Den fysiska säkerheten för AMK Oslo-Akershus kan ifrågasättas. Centralen är inrymd i en gammal byggnad på Ullevåls sjukhusområde utan något stabsrum. Skalskyddet runt centralen är inte säkrat på den nivå man kan förvänta sig hos en samhällsviktig verksamhet. Vidare har boende i en

närliggande fastighet fri insyn i själva ledningscentralen. I jämförelse med Sverige saknas den automatiska funktion som gör att samtal kopplas vidare till en annan central vid överbelastning.

AMK i Norge drivs av helseforetaken. Det finns intressenter som vill driva utvecklingen framåt genom regionala och nationella seminarier, bland annat KoKom (Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap) och NAKOS (Nasjonalt kompetansesenter for pre-hospital akuttmedisin). Dessa centrum har dock ingen beslutsrätt att införa till exempel ett nationellt IT-baserat beslutsstödsverktyg. Norges cirka fem miljoner invånare betjänas av 19 AMK, medan Sverige med nästan dubbelt så många invånare har 18 SOS-centraler. I London finns en central som betjänar 12 miljoner människor. Frågan om vad som generellt är en optimal storlek på en central har aldrig utretts, men sannolikt är det så att de riktigt små centralerna har svårare att hantera en stor skadehändelse.

Organisering av skadeplats

I Oslo etablerade sjukvården mycket snabbt en effektiv ledning på skadeplatsen, delvis tack vare det faktum att man har satsat på att inrätta en operativ ledare i yttre tjänst, liksom att ha tillgång till en läkarbemannad ambulans. Båda dessa enheter råkade nu av en händelse befinna sig några få minuters körtid från skadeplatsen, där de omedelbart sammanstrålade. Annars är principen i Norge, liksom i Sverige, att besättningen från den första ambulansen på plats tar ledningsfunktionen.

Skadeplatsarbetet bedrevs på ett strukturerat sätt enligt principerna i MIMMS. Dessa rutiner skulle formellt införas hos ambulanssjukvården i Oslo först vecka två 2012. Många av de paramedics som kom till platsen hade dock utbildats i Lillehammer där MIMMS-principerna tillämpas i utbildningen.

Ledningen fungerar ungefär som i Sverige med en specialutbildad ”operativ leder helse” som motsvarar en svensk sjukvårdsledare, och en narkosläkare som motsvarar svensk medicinskt ansvarig. Ambulanssjukvården i Oslo har genom utbildningar och andra satsningar skapat förutsättningarna för ett effektivt ledarskap, men det var en lycklig slump att de kunde vara på plats inom bara några minuter efter olyckan.

De skadade i Oslo fördelades mellan skadelegevakten och sjukhusen. Skadelegevakten tog emot många med lindrigare skador, vilket bidrog till att Ullevål helt kunde koncentrera sina resurser på de mer kritiskt skadade. Fördelningen var så exakt att endast två patienter skickades vidare från skadelegevakten till något av sjukhusen i Oslo-regionen. Dessa kunde dessutom lämna sjukhuset samma dag. Detta goda resultat kan sannolikt till stor del tillskrivas bra styrning av hälso- och sjukvårdspersonalen på

skadeplatsen, men också det faktum att Osloborna är vana att vända sig till skadelegevakten och har förtroende för verksamheten.

Beredskapsplaner inom hälso- och sjukvården

I arbetet med denna rapport har författarna gått igenom de norska nationella och regionala beredskapsplanerna samt beredskapsplanerna på helseforetaks- och sjukhusnivå. Granskningen visar att planerna är mycket heltäckande. Alla har samma struktur när det gäller grader av beredskap och nivåer på ledning, men av naturliga skäl med vissa skillnader i ansvarsnivåer och arbetsuppgifter. De har stora likheter med svenska beredskapsplaner på olika nivåer, men det finns också skillnader som till stor del hänger ihop med geografi, transportmöjligheter och sjukhusstrukturer.

Även före händelserna den 22 juli 2011 hade Oslo Universitetssjukhus ett speciellt ansvar i händelse av en masskadesituation. Enligt den regionala beredskapsplanen för Helse Sør-Øst ska Ullevål sjukhus såsom traumacentrum ta emot alla de allvarligaste skadade. De med lättare skador ska i stället föras direkt till andra sjukvårdsenheter. Detta övades också 2006 i en stor katastrofövning där man simulerade ett terrorattentat med många skadade.

Denna plan stämmer väl med erfarenheter från terrorattentaten i Madrid 2004 (Kamedo-rapport 90), andra bombattentat ute i världen (Kamedo-rapport 72, Kamedo-rapport 87 och Kamedo-rapport 89) och från andra explosionsolyckor. Oftast får de flesta lindrigare skador medan de allvarligast skadade i stället behöver mycket avancerad specialistkrävande sjukvård. Israel har erfarenhet från olika terrorattentat, och där har man lyckat få ned 30 dagars-mortaliteten genom att skicka de allvarligast skadade till traumasjukhus med hög kompetens på alla nivåer [41].

Terrorattentaten den 22 juli ägde rum en fredag eftermiddag under den period på året då en stor del av befolkningen har sommarsemester, både i Norge och i Sverige. Detta innebar att beredskapsplanerna prövades extra hårt, men de utlöstes korrekt och man klarade att kalla in personal även om det i början var svårt att nå alla per telefon. Inringning via traditionella telefonlistor är tidsödande och i Norge arbetar man nu med mer effektiva metoder, till exempel massutskick av SMS eller liknande.

Många av personerna i ledande ställning ersattes av sina ställföreträdare, vilket fungerade bra. Så fort händelserna blev kända för allmänheten var det också många frivilliga som kom till de berörda enheterna, och därför uppstod aldrig någon personalbrist. Detta är en vanlig företeelse som ofta kompenserar för eventuellt bristande larmrutiner.

Beredskapsplanerna inom alla berörda områden tycks ha fungerat tillfredsställande, enligt de ansvariga organisationernas egna utvärderingar. Det uppstod aldrig någon brist på resurser och alla skadade kunde behand-

las med bibehållen medicinsk kvalitet. Det fanns dock vissa skillnader i arbetssättet. På Ullevål sjukhus användes pappersjournaler, medan man på Ringerike sjukhus framgångsrikt använde ett webbaserat patientregistreringssystem. Ett sådant system kan vara intressant även för andra sjukhus, men det är mer teknikkrävande och möjligen mindre robust än papper och penna. Utvärderingar efter händelserna har endast inneburit förändringar på detaljnivå i beredskapsplanerna.

Erfarenheterna visar att traumacenter bör vara de första mottagande enheterna vid en katastrof, och att andra sjukhus eller sjukvårdsenheter ska ta emot de lättare skadade. Med vetskap om hur man idag utvecklat traumasjukvården, hur svårt skadade i normalsituationen med fördel centraliseras till traumacentrum och hur dessa också kan ta emot större antal svårt skadade samtidigt, är det rimligt att traumacentrumen också är första mottagande enheter i en katastrofsituation. Fördelningen av de mindre allvarligt skadade till Oslo skadelegevakt avlastade säkerligen Ullevål sjukhus på ett avgörande sätt den 22 juli 2011.

Oslo universitetssjukhus beredskapsplan är också ett föredöme när det gäller beskrivningen av hur de specifika sjukvårdsenheterna ska arbeta för att understödja varandra, till exempel genom överföring av intensivvårdspatienter och uppförande av anhörigcentrum och andra stödfunktioner. De svenska universitetssjukhusen skulle kunna få ansvar för att upprätta liknande samarbeten i katastrofsituationer. Det är också tänkbart att ansvaret för sådana samarbeten läggs på enheterna för katastrofberedskap inom varje landsting.

Mottagande av skadade

Sjukhusens mottagande av skadade personer styrdes mycket av det triage som gjordes ute på skadeplatserna. Tidigare händelser visar också att triage kan vara livsavgörande vid just bombattentat [42]. Denna sortering av skadade blev i någon mån baserad på geografin och vilka vägar som för tillfället var farbara, men man utgick framför allt från varje sjukhus specifika kompetens att ta hand om explosions- och skottskador. Dessa skador är framför allt penetrerande och kräver ofta tidig kirurgi, men också upprepade operationer som kräver specialistkunskap inom ämnet. Efter ett bombattentat behöver cirka 21–24 procent av de skadade intensivvård och ungefär samma procentandel behöver sjukhusvård i minst en vecka [43].

Ullevål sjukhus är ett av de ledande traumacentrumen i Skandinavien och har en lång tradition av att ta emot svårt skadade från en stor del av Norge. Traumaenhetens ansvariga läkare har under flera år byggt upp en avancerad traumasjukvård som är tillgänglig dygnet runt under årets alla dagar. Man har också undervisat i ämnet runtom i Norge och andra de-

lar av världen. Många av läkarna på Ringerike sjukhus hade fått sådana utbildningar och tillägnat sig speciella traumakunskaper genom kurserna ATLS® (Advanced Trauma Life Support Course) för det akuta mottagandet på akuten och DSTCT™ (Definitive Surgery Trauma Care) för det kirurgiska handläggandet av svåra skador på operation. Sjuksköterskorna hade dessutom gått traumakursen TNCC (Trauma Nurse Care Course). Sjukhuset var således lämpligt som mottagande sjukhus för skadade från Utøya, och då inte enbart på grund av att Ringerike ligger närmast ön. Därutöver hade personalen på Ringerike regelbundet övat traumaomhändertagande, eftersom de i normala fall bara får sporadiska traumafall.

Akutmottagandet på Ullevål sjukhus bedöms ha fungerat mycket bra. En av landets mest erfarna traumakirurger tog hand om triagering i akutens entré, vilket kan ha bidragit till att arbetet förflöt utan problem. När det gäller penetrerande våld är det viktigt att triageringen görs av en erfaren kirurg eftersom det ofta räcker med en initial klinisk undersökning för att besluta om eventuellt behov av akut kirurgi. Beslutet om operation är alltid svårare att ta för andra än kirurger eftersom de då måste rådfråga en erfaren kirurg.

Flödet på akuten underlättades av att man kunde mobilisera ett traumateam till varje skadad och av att personalen slapp ta hand om andra med lättare skador. Tidsintervallet mellan ankomst av skadade från Oslo respektive Utøya innebar att man fick tillräckligt med tid att omhänderta de skadade. Om skadade från de båda händelserna anlät samtidigt hade situationen förstås blivit svårare att hantera. Arbetet som utfördes på Oslo skadelegevakt var vidare mycket betydelsefullt, eftersom personalen där på kort tid behandlade hela 80 lindrigare skadade från bombexplosionen. De två personer som fördes vidare till sjukhus skrevs ut samma dygn, vilket får ses som ett tecken på att triage genomfördes med mycket hög precision.

Skadorna från bombexplosionen som behandlades på Oslo skadelegevakt bedöms ha varit sekundära, sannolikt mest från glassplitter, och kunde åtgärdas på traditionellt sätt med rengöring av sår och eventuell suturering. Det finns inga rapporter

därifrån om sårskador av mer högenergikaraktär, vilka i så fall skulle ha krävt mer vård i form av upprepade sårrevisioner med förslutning av såret först i ett senare skede.

Operationsavdelningen på Ullevål sjukhus kunde tidigt ordna tillräckligt många salar och operationsteam trots att två operationer pågick när larmet kom. Troligen var det en fördel att händelserna inträffade en fredagseftermiddag i semestertider. Av de tio som kom från bombexplosionen togs sju till operation, och tre operationer hann slutföras innan de skottskadade från Utøya togs in. Som mest pågick operationer i sex salar samtidigt.

När de skadade från Utøya kom hade man hunnit mobilisera all nödvändig kompetens på alla nivåer inklusive den medicin och de blodprodukter som behövdes. Det blev en viss väntan mellan de två attentaten som man, utan att förta personalens stora insats, kan konstatera underlättade arbetet.

Det var på Ullevål hela tiden oklart om fler patienter skulle komma från regeringskvarteret, eller om nya bombexplosioner skulle ske. De skadade som togs emot hade typiska skador från penetrerande och trubbigt våld, ibland i kombination. Detta har också beskrivits gällande andra liknade händelser [43, 44].

Bland de mer avancerade ingrepp som utfördes under första kvällen och natten ingick kraniotomi, en thorakotomi, en debridering av ansiktsfraktur och sårskada, en kärlrekonstruktion och sju laparotomier. Av de sistnämnda var fyra icke terapeutiska, vilket innebär att man efter öppnandet av buken kunde konstatera att ingreppet inte var nödvändigt. Detta är i dag ovanligt i en normalsituation, men i den här katastrofsituationen hade man fler skadade att bevaka och det var oklart ifall ytterligare skadade skulle komma in. Då var det en acceptabel åtgärd för att snabbare avsluta fallet, istället för den mer noggranna och tidskrävande uppföljning av bukskadan som annars hade krävts.

Fram till lördag morgon tog Ullevål emot 24 skadade, varav bara elva behövde genomgå en akut röntgen i form av datortomografi. Detta är sannolikt en följd av att erfarna kirurger skötte triageringen, men också att det just efter bomb- och skottskador inte alltid behövs röntgen för att besluta om operation eller annan åtgärd. De första timmarna efter en händelse är det också viktigt att enbart göra en röntgen ifall denna undersökning behövs för att visa om personen behöver livräddande behandling eller inte. Två patienter med lungskador orsakade av den tryckvåg bomben i regeringskvarteret gav upphov till behandlades på Ullevål sjukhus [10]. Skador av denna typ, så kallade blast injuries, är ofta dödliga, men dessa patienter överlevde.

Dagarna och veckorna efter händelsen arbetade sjukhuset vidare med uppföljande kirurgi som blev resurskrävande. Det blev också krävande att bibehålla en hög traumakompetens för uppgiften. De första veckorna hade man därför dagliga multidisciplinära möten för att besluta om den fortsatta vården av flera av de skadade, men kontinuiteten blev ett problem eftersom det var semestertid och flera läkare kom och gick för ledighet. Den taktiska och strategiska katastrofledningen fattade ett klokt beslut när de flyttade all akutkirurgi förutom nya traumafall till de andra sjukhusen inom Oslo universitetssjukhus. Därmed kunde den efterföljande kirurgin i form av bukumläggningar, bukförslutningar och såråtgärder genomföras på ett sätt som ansågs medicinskt optimalt. Dessa efterföljande operationer anses

ofta vara mindre ”glamorösa” än de initialt livräddande ingreppen men de kräver noggrann teknik och uppföljning, och därför är det viktigt med specifik traumakompetens även i detta skede. Detta hade man i viss mån svårare att mobilisera, men det underlättade mycket att de mest erfarna traumakirurgerna förblev i tjänst och arbetade långa pass varje dag under de närmaste veckorna. Den så kallade frivilliginsatsen under dylika händelser är ytterst värdefull och kan vara svår att kompensera för i beredskapsplanerna. De flesta frivilliginsatser kommer dock i det tidiga skedet när samhället och medierna har som störst fokus på själva händelsen. Många anmäler sig även där de vanligtvis inte arbetar, till exempel den mottagande akuten, och kan då i stället bli en börda för den ordinarie personalen.

Mobiliseringen av ett stort antal lediga respiratorplatser skedde enligt katastrofplanen. Detta är ofta svårt eftersom respiratorbundna patienter inte kan flyttas hur som helst. I Oslo kunde man utnyttja universitetssjukhusets totala resurser, och tidpunkten kan också ha underlättat eftersom elektiv kirurgi ofta utförs i mindre utsträckning under semestertider och inför en helg.

Ringerike sjukhus var det sjukhus utanför Oslo som tog emot flest skadade från skjutningarna på Utøya. Enligt beredskapsplanen hade man mobiliserat fyra operationsteam och kunde samma kväll ta emot hela 35 skadade. Det var dock endast en skadad som behövde akut operation (så kallad livräddande operation). Man utförde så kallad ”damage control”-kirurgi, vilket innebar att man stoppade eventuella blödningar och förhindrade fortsatt läckage av tarminnehållet så att den skadade skulle bli mer stabil. Nästa dygn fördes den skadade till Ullevål för att mer definitivt åtgärda skadorna. Många av dem som kom till Ringerike hade endast lindrigare skador på armar och ben, vilka krävde sår- eller frakturvård. Sju av de opererade fördes vidare till traumacentrumet på Ullevål sjukhus påföljande dygn. För att avlasta Ullevål var det mycket viktigt att personalen på Ringerike utförde denna form av primär stabilisering av svårt skadade samt enklare kirurgiska åtgärder. I ett större katastrofperspektiv kan ett traumacentrum således behöva utpekade systersjukhus som får samma funktion som Ringerike fick den 22 juli, 2011. Dessa sjukhus måste dock uppfylla vissa utbildningskrav för traumaomhändertagande, som man gjorde på Ringerike.

I åtalsbeslutet mot Anders Behring Breivik redovisas skadorna på samtliga avlidna översiktligt. Vad gäller dem som avlidit i anslutning till Utøya kan konstateras att det stora flertalet åsamkats skottskador, oftast multipla, mot huvud och bål. Det är visserligen i princip omöjligt att enbart på basis av obduktionsprotokoll svara på frågan huruvida några av dem som avled

hade kunnat räddas genom snabbare tillgång till avancerad sjukvård, men beskrivningen av skadorna tyder på att det absoluta flertalet avlidit i direkt anslutning till skadans uppkomst eller mycket kort tid därefter (sekunder–minuter). Det man kan notera är att inga skadade avled under transport och endast en person avled efter att ha kommit till sjukhus. Detta dödsfall har av vad författarna till denna rapport kunnat förstå inte varit möjligt att förhindra, på grund av skadornas omfattning.

Totalt sett fick de skadade mycket god vård på Ullevål sjukhus, Ring-erike sjukhus, Bærum sjukhus, Oslo skadelegevakt och de övriga sjukhus som tog emot skadade. Kontakterna och vårdkedjorna mellan sjukhusen var välutvecklade och kan fungera som ett gott föredöme för den svenska sjukvården.

Internationell hjälp

Norge hade stora egna resurser för att klara händelserna den 22 juli. I den akuta situationen fick man dock en viss svensk hjälp genom att ambulanser från NU-sjukvården (Västra Götalandsregionen) gick över gränsen för att kompensera för den relativa ambulansbrist som uppstod i Östfold när dessa bilar dirigerades till Oslo. De nordiska länderna erbjöd också hjälp med identifieringsarbetet av de avlidna, men Norge hade tillräckliga resurser att själva hantera detta utan assistans utifrån.

Psykosocialt stöd

Dåden – utöver det vanliga

En del av syftet med terrorangrepp kan vara att oväntat tillfoga svåra skador för att skapa fruktan och för att uppnå politiska mål. De aktuella dåden hade också måhända detta syfte. Reaktionen blev överraskning och förskräckelse samtidigt som nationen och samhället snabbt måste hantera situationen och stödja de drabbade.

Erfarenheter från allvarliga händelser visar att många människor beter sig altruistiskt och visar en stor medmänsklighet. Reaktionen från samhället och befolkningen utmärks ofta av en stor vilja att hjälpa till och att stödja de drabbade, vilket kallas för ”honeymoon phase”. En del individer kan i stället uppvisa mer negativa stressreaktioner och vissa känner ett behov av att leta syndabockar. Först i ett senare skede kan en mer välgrundad bedömning av samhällets insats göras och ansvar eventuellt utkrävas.

Både svenska och norska överordnade beredskapsplaner bygger på ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna när det gäller samhällets beredskap inför allvarliga händelser. Dåden den 22 juli går utöver det vanliga,

men det initiala psykosociala stödet verkar ändå ha följt dessa principer i de studerade samhällsinstanserna. Kommunerna hade ansvaret för att stödja de drabbade och närstående från Utøya och arbetsgivaren hade ansvaret för stödet till dem som arbetade i regeringskvarteret.

De studerade kommunerna och andra instanser har lagt ned mycket möda och energi på att stödja de drabbade och deras närstående, och visa att samhället ställer upp för dem. De samlade erfarenheterna på olika nivåer kan sannolikt bidra till att förbättra krisberedskapen i både Norge och Sverige.

Erfarenheter och utmaningar

Hole kommun

Sannolikheten för att en kommun i Sverige eller Norge ska råka ut för det som drabbade Hole kommun, med drygt 6000 invånare, är förstås liten. Ändå drabbades Hole kommun av denna exceptionella händelse, vilket ändrade livet för många drabbade och dessutom ledde till att många andra blev sekundärt belastade. En del frivilliga individer riskerade till exempel sina liv i försöken att rädda drabbade. Händelsen på Utøya drabbade inte primärt kommunens invånare utan blev snabbt en nationell händelse, men trots det blev både kommunen och regionen svårt ansträngda. Under ett antal dygn var situationen betungande för personer i ledande positioner i Hole kommun och hela kommunadministrationen samt för polis, sjukvård, räddningstjänst, lokal krisstödspersonal och frivillig krisstödspersonal. Även efter händelsen fick den kommunala sjukvården och kristeamen fortsätta att identifiera personer som behövde stöd.

På Sundvolden Hotel samlades nästan 1 000 personer. Det är svårt att föreställa sig hur man ska kunna leda en stödinsats bland så många individer. Initialt saknades datorer för att kunna registrera de överlevande och man hade svårt att leda krisstödspersonalens arbete och att överblicka vilka som behövde stöd på olika sätt. Dessutom var det massmediala trycket stort och det fanns oklarheter kring säkerheten och eventuell risk för nya död.

Stödinsatserna i akutfasen handlar primärt om att visa medmänsklighet, föra drabbade i säkerhet och skapa någon form av trygghetskänsla, se till att grundläggande behov av värme, vila, dryck och mat tillgodoses, hjälpa till med praktiska saker, se till att drabbade kommer i kontakt med anhöriga samt förmedla stöd efter behov. Trots stora svårigheter verkar det ändå som om kommunen klarade att tillgodose de mest grundläggande behoven för de drabbade och deras anhöriga, samtidigt som man registrerade dem och förde dem vidare för fortsatt stöd i hemkommunerna. Troligen fick dock det dagliga arbetet i kommunen stå tillbaka under en relativt lång period. Generellt tycker många att mottagande på Sundvolden fungerade relativt

bra, vilket till stor del beror på det stora hotellets resurser, en engagerad insats från kommunen och frivilliga, en bra samverkan med polisen samt ett gott stöd från andra kommuner i regionen. Kommunen gjorde också stora insatser för att identifiera alla frivilliga hjälpare och se till att även de fick stöd efter behov.

I efterarbetet hjälpte externa resurser till med att ”debriefa” huvuddelen av den personal som deltog i insatsen, vilket diskuteras nedan. Innehållet i stödet till de drabbade och insatserna för stödpersonalen kommer också att diskuteras.

Andra kommuner

I denna studie har det inte varit möjligt att fullt ut granska enskilda kommuners insatser eller att jämföra stödet i olika kommuner. Uppgifter från några kommuner visar dock att de har lagt ner mycket energi på att få till ett bra stöd för de drabbade, både i akutfasen och senare. Hur stödet utformas i praktiken beror till stor del på lokala förhållanden och de drabbades erfarenheter. I någon kommun återvände alla lägerdeltagare och i en annan kommun var det flera som dött. Beskrivningarna av stödet refererar inte alltid till moderna principer och koncept för krisstöd i en akutfas, men målet var uppenbarligen att möta de drabbade på ett medmänskligt sätt, informera om händelsen, ordna stödgrupper, följa upp de drabbade och sammanlänka dem med distriktpsykiatriska senter (DPS). Några värdefulla lärdomar har dragits när det gäller beredskapsplanering, proaktiv uppföljning och behovet av stöd till andra riskgrupper utöver de direkt drabbade. Den sammantagna bilden är att kommunerna i huvudsak har försökt att organisera ett anpassat stöd till sina invånare. Det har dock inte varit möjligt att helt klarlägga hur vissa drabbade fördes över från kommunernas kristeam till DPS eller andra delar av specialistpsykiatri.

Det är viktigt att tillvarata alla erfarenheter och komplettera dem med fortsatt utbildning i moderna stödkoncept som psykologisk första hjälp, proaktiv uppföljning samt förmåga till psykologisk återhämtning och därefter bedömning och behandling. På så sätt blir kommunerna ännu bättre rustade att möta framtida utmaningar.

Sedan 1 januari 2012 har Norge 429 kommuner av varierande storlek, och vissa menar att en enskild kommun egentligen inte klarar att hantera en händelse som den inträffade. Exemplet från Tønsberg visar hur kommuner har samverkat på ett bra sätt, och detta samarbete går möjligen att formalisera regionalt. Detta är kanske något som borde lyftas och utredas både i Sverige och i Norge.

Regeringskvarteret

Det är oklart om den inträffade händelsen har ingått som ett scenario i risk- och sårbarhetsanalyserna i departementens katastrofplaner. Hur som helst är det rimligt att en arbetsgivare ska hantera arbetsrelaterade händelser även av denna natur. Om arbetsgivare tar sådant ansvar för bättre beredskap och utvecklar en organisation för detta, med bland annat en företagshälsovård med rimliga resurser, leder det till en kunskapsansamling hos både personal och arbetsgivare över tiden.

Den aktuella företagshälsovården (BHT) i regeringskvarteret är en liten enhet bestående av sju personer och är placerad långt ner i organisationen. Naturligtvis blev det svårt för enhetens chef och den begränsade personalstyrkan att med kort varsel och i semestertider få tag på extra resurser och koordinera en verksamhet där kraven och förväntningarna till en början växte för varje dag. Efter en del initiala oklarheter verkar dock BHT ha organiserat en bra uppföljning av de drabbade, när det gäller både kroppsliga och psykiska aspekter. Man gjorde en stor satsning med stöd från NKVTS för att utbilda i ledarskap i samband med stressfyllda händelser, vilket verkar ha fungerat mycket bra. Vid något departement framfördes en hel del kritiska synpunkter på säkerhets-, brand- och utrymningsberedskapen. Vid detta departement kommer man därför att lägga mer energi på att förbättra sina planer, informera personalen och öva sådana delar mer frekvent.

Generellt verkar uppföljningarna ha fungerat bra, mycket tack vare insikten hos arbetsgivaren, berömvärda insatser av enskilda individer och tålamodet hos personalen i regeringskvarteret samt inte minst engagemanget hos BHT:s personal.

Oslo universitetssjukhus

I början hade Oslo universitetssjukhus problem med att larma de psykosociala stödinstanserna, vilket troligen hänger ihop med sammanslagningen av de olika sjukhusen 2010. Beredskapen verkar dock inte ha påverkats på något allvarligt sätt tack vare att olika befattningshavare tog egna initiativ och att personalen var villig att delta. I början fanns en del samverkansproblem med andra berörda aktörer, exempelvis polisen, men detta verkar inte ha stört stödet till de drabbade. Efter attentatet den 22 juli har man på Oslo universitetssjukhus lärt sig att inte trappa ned stödverksamheten förrän det har varit lugnt i åtminstone ett dygn.

Att dela upp anhörigcentrumen så att förlustdrabbade hänvisades till Rikshospitalet medan skadade och deras närstående kom till Ullevål ter sig som framsynt. Personalen på Rikshospitalets anhörigcentrum upplevde att en del förlustdrabbade hade det extra svårt när identifieringsarbetet av de avlidna tog tid. Oslo universitetssjukhus har gjort en egen utvärdering av

det psykosociala stödet till de skadade, deras närstående, de förlustdrabbade och sin egen personal, och har kommit fram till att det har fungerat bra. Erfarenheterna ska dock leda till förbättringar av beredskapsplanerna inför en framtida masstillströmning.

Oslo universitetssjukhus egen utvärdering sammanfaller väl med den bedömning som författarna till denna rapport gör. Beskrivningarna av innehållet i stödet till de drabbade är särskilt imponerande, vilket diskuteras vidare nedan.

Oslo polisdistrikt

Poliser är på många sätt en utsatt yrkesgrupp. Förutom att riskera att exponeras för våld har polisen alltid en roll i samband med dödsfall på grund av våld av olika slag, exempelvis mord, självmord och terrorattacker. När det gäller de aktuella händelserna fick polisen en del kritik, vilket blivit en belastning för enskilda poliser och lett till frustration i organisationen. En insatsorganisation som polisen måste således ha ett system för att stödja sina medarbetare. Vid Oslo polisdistrikt har man fokuserat mycket på att chefer på alla nivåer ska ta ett stort ansvar för stödet när enheterna har exponerats för olika belastande situationer. Ledarna har bland annat genomgått utbildningar och fått så kallade tiltakskort som beskriver vilka åtgärder som bör vidtas i akutfasen efter olika incidenter. I samband med händelserna 22 juli fick dessutom polisens företagshälsovård, BHT, en viktig roll. Dessutom involverades arbetsmiljöombuden (verneombud), vilket visar att psykosociala åtgärder accepteras som en arbetsmiljöfråga. Man har också planer på att utveckla kamratstödsverksamheten (kollegastötte) och införa vad som benämns personalomsorgsgrupper. Som en del av de initiala åtgärderna ska chefer genomföra avlastningssamtal av typen ”debrief” eller ”defuse”. Detta kommer att utvecklas längre fram i texten.

Stödåtgärderna i Oslo polisdistrikt efter 22 juli ger bilden av en organisation där stödjer varandra och ledningen tycks ha skapat en plan för hur stödet ska se ut även framöver.

Helsedirektoratet

Det framstår som helt rimligt att Helsedirektoratet fick uppdraget att koordinera sjukvård och psykosociala stödinsatser i samband med händelserna. Helsedirektoratet bestämde att kommunerna skulle ha ansvaret för att stödja de drabbade och de närstående från Utøya och att arbetsgivaren skulle ta ansvar för stödet i regeringskvarteret. Direktoratet gav i uppdrag åt Fylkesmennene att säkerställa att kommunerna tog proaktiv kontakt med drabbade och utsåg kontaktpersoner åt dem. Genom enkäter skulle Fylkesmennene vidare ta reda på hur stödet i kommunerna fungerade i praktiken.

Direktoratet ville skapa en bred bas och konsensus kring innehållet i den psykosociala uppföljningen av de drabbade och ordnade därför ett möte med ett stort antal samarbetsorganisationer. Detta är initiativ som sannolikt kan ingå i framtida beredskapsplaner. Den sammantagna bilden är att Helse-direktoratets ledning och personal arbetade engagerat och genomförde ett svårt uppdrag på ett utmärkt sätt.

Innehållet i *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*

Helsedirektoratet har gett ut skriften *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*, som på ett bra sätt beskriver kommunernas ansvar och kristeamens funktion. Innehållet i skriften är i huvudsak i fas med nuvarande kunskapsläge avseende psykosocialt stöd, med referenser till bland annat TENTS och NICE-rapporten (se bilaga 4). Vid en framtida revidering kommer den sannolikt att kompletteras med referenser till andra viktiga internationella rekommendationer, till exempel *Psykologisk första hjälp, proaktiv uppföljning* och *Förmåga till psykologisk återhämtning*.

Insatsernas relation till bästa tillgängliga kunskap och internationella rekommendationer

Sammanfattning av kunskapsläget

I dag finns relativt tillförlitliga och väl grundade internationella rekommendationer för hur ett samhälle kan organisera och genomföra stöd i akutfasen efter en allvarlig händelse. Sådana rekommendationer fokuserar på ickeformaliserade komponenter som är allmängiltiga och generellt användbara. Rekommenderade insatser innehåller ofta följande komponenter: Stöd genom psykologisk första hjälp, och förmåga till psykologisk återhämtning; uppföljning (proaktiv) samt därefter bedömning (screening) och eventuellt behandling (traumafokuserad). Behandlingen för posttraumatiska stressyndrom (PTSD) ska vara evidensbaserad i form av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) eller s.k. ”Eye Movement Desensitization and Reprocessing”-behandling (EMDR). De som med tiden utvecklar förlustrelaterade anpassningstörningar kan erbjudas kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponeringsinslag (se vidare i bilaga 4).

Principer för insatserna

De vanligaste reaktionerna efter allvarliga händelser är normala, och de flesta återhämtar sig. Rådet är därför att inte störa den processen i akutfasen, utan att genom uppföljning finna de som behöver samhällets stöd. När sådana stödinsatser väl genomförs på bred bas, med allmänna med-

el, bör de ha en empirisk grund, vara evidensbaserade, eller ha positiv effekt enligt internationell konsensus. Interventioner kan förvisso vara verksamma trots att de ännu inte är evidensbaserade, men sådana insatser bör utvärderas. Utvärderingarna bör vara grundliga och innehålla mer än bara återkoppling från deltagarna. Om insatserna är avsedda för bred spridning är det särskilt viktigt med en ordentlig vetenskaplig utvärdering.

För att stödja drabbade i akutfasen bör man följa välgrundade principer och börja med att tillgodose de grundläggande behoven av säkerhet, komfort, mat och dryck. Därefter kan interventionerna handla om att lugna dem med uttalade reaktioner, informera om händelsen, förstärka känslan av självtillit och tillit till samhällets förmåga, förstärka samhörigheten genom socialt stöd, förstärka känslan av långsiktigt hopp, fokusera på att stödja efter behov samt informera om normala reaktioner och om hur de drabbade kan hjälpa sig själva. Syftet är att de drabbade ska bli bättre på att hantera sina problem. Därefter bör individerna följas upp proaktivt för att stödja deras förmåga till psykologiska återhämtning samt för att fänga dem med kvarstående symtom. De senare ska sedan behandlas med evidensbaserade metoder.

Sammantaget handlar det alltså om att få en balans i insatserna i akutfasen mellan att vara relativt aktiv och relativt passiv. Somliga behöver mer stöd, enligt modellen proaktiv uppföljning och behandling. Andra klarar sig förhållandevis bra och då kan man mer återhållsamt fokusera på att förstärka enskilda drabbades, gruppers och familjers tillit till sig själva och sin egen förmåga att hantera svårigheter.

Stöd till insatspersonal

Internationellt rekommenderas inte alltför formaliserade stödmodeller av typen "one model fits all" i akutfasen, varken till primärt drabbade eller till sekundärt drabbad insatspersonal. Efter händelserna 22 juli finns några rapporter om debriefingar (eller "debrief/defuse") med framför allt insats- och stödpersonalen i kommuner, på sjukhus och hos polisen. I Hole kommun tog man delvis in extern personal för att genomföra sådana möten. De ansvariga ger olika beskrivningar av dessa debriefing-sessioner. Några beskriver formaliserade genomgångar av deltagarnas tankar och känslor, trots att sådana inte längre rekommenderas som en rutinåtgärd i akutfasen. Andra sessioner följer i stället modellen "After action review", där man mer fokuserar på att skapa en berättelse om händelsen och dra lärdom av den, vilket sannolikt kan ha ett värde. Ytterligare andra beskriver hur sessionerna hålls av en enhetschef eller motsvarande och att man, helt i tidens anda, fokuserar på socialt stöd i gruppen. På så sätt vill man till exempel hantera olika grader av frustration och få en bild av gruppmedlemmarnas behov.

I framtiden bör insatsorganisationer genomföra mer moderna utbildningar för sin personal och sina chefer, och välja utbildningar som i ännu större utsträckning stämmer med internationella rekommendationer. Stödinsatser för insatspersonal bör i högre grad bygga på evidensbaserade metoder, såsom socialt stöd och evidensinformerade insatser av typen psykologisk första hjälp och förmåga till psykologisk återhämtning samt konsensusbaserade insatser, såsom kamratstöd (eng. "peer support").

Psykologisk första hjälp

Konceptet psykologisk första hjälp har fått stor spridning i internationella psykotraumatologiska sammanhang, men det är bara några av de intervjuade som säger att interventionerna i akutfasen bygger på just psykologisk första hjälp. Detta kan bero på att den norska översättningen av konceptet kom först i augusti 2011, alltså strax efter händelserna 22 juli. Den norska versionen heter *Psykologisk første hjelp* (PFH) och innefattar ett flexibelt och anpassat sätt att möta drabbade efter allvarliga händelser, och den följer de moderna principer för stöd till drabbade som beskrivs i bilaga 4. Alla interventioner som ingår i PFH finns tidigare beskrivna i litteraturen och därför anger man att konceptet är evidensinformerat.

Det är alltså få av de intervjuade befattningshavarna som hänvisar till PFH, men beskrivningarna visar att de ändå har använt interventioner som beskrivs i PFH. Detta kan ses som ett tecken på att innehållet i PFH är allmängiltigt och exempel på ett bra psykosocialt stöd. Ett exempel på detta är beskrivningen av hur man förmedlade stöd till de ungdomar under 18 år som vårdades på Ullevåls sjukhus: Man fokuserade på säkerhet och trygghet, lugn och stabilitet, specifika behov samt socialt stöd från de närstående, vilket är helt enligt PFH. Arbetet med de skadade, både de vuxna och ungdomarna, kan därmed utgöra en bra modell för hur man kan bemöta drabbade som är allvarligt påverkade, både i och utanför sjukhusmiljön.

Stora samlingar

Samlingarna som genomfördes, dels på Utøya och dels den stora minnesceremonin, genomfördes en månad efter händelserna. Det är rimligt att vänta minst en månad med denna typ av samlingar, då många fortfarande befinner sig i en återhämtningsfas under första tre, fyra veckorna efter en allvarlig händelse. Studier av de som drabbades av tsunamin i Sydostasien 2004 har visat på positiva effekter för närstående efter att de besökt platserna där deras anhöriga omkom. Besöken i de tsunamidrabbade områdena skedde dock mycket längre tid efter händelsen.

I mitten av november genomfördes den första av flera stora nationella och regionala samlingar av förlustdrabbade och övriga drabbade. Dessa in-

satser har fått en del kritik i Norge. En anledning kan vara att det bara finns begränsad evidens för effekten av sådana samlingar. Somliga kritiker menar också att de drabbade kan bli beroende av experter. Eftersom evidensläget är begränsat hade det kanske varit rimligt att, utöver enkel feedback från deltagarna, också koppla vetenskaplig forskning och utvärderingar till genomförandet, för att undersöka eventuella positiva eller negativa effekter.

Behandling

Trots att DPS byggts ut i Norge kom 2008 en kritisk rapport från norska Riksrevisionen som tyder på att resurserna för evidensbaserade behandlingar för olika diagnosgrupper var otillräckliga. En enkätundersökning genomförd 2011 har visat att läget är detsamma i Sverige när det gäller behandling av traumatiserade människor. Att på bredare front få ut kunskap om evidensbaserade behandlingsmetoder är en av Helsedirektoratets slutsatser kring insatserna i samband med händelserna den 22 juli 2011.

Kommunikation och mediehantering

Information, kommunikation och mediehantering är centrala aktiviteter vid krissituationer. Utvärderingar efter allvarliga händelser pekar ofta på vissa brister inom dessa områden, samtidigt som de betonar betydelsen av både god kommunikation och goda medierelationer. Till kommunikationsberedskapen hör beredskap att möta mediernas behov av information och att ge journalister, fotografer och andra rimliga arbetsvillkor. En WHO-rapport om tsunamikatastrofen [45] konstaterar att mediernas snabbhet många gånger är oöverträffad och att journalister spelar en viktig roll i tillhandahållandet av information under både akutfas och återhämtningsfas. Enligt författarna spelar professionella aktörer inom medie- och kommunikationsområdet en avgörande roll. Särskilt betonas de lokala mediernas – i synnerhet radions – betydelse för att förmedla information till drabbade och indirekt drabbade. WHO-författarna anser också att mediernas kritiska rapportering många gånger bidrar till att kasta ljus över organisatoriska och beredskapsmässiga svagheter och påskynda förbättringsarbetet.

Tidigare Kamedo-rapporter har i olika grad belyst dessa områden – några beskriver upplevelser av medier på plats och andra innehåller sammanfattningar av medierapporteringen efter en viss händelse. Avsnitten om kommunikation och mediehantering i denna rapport syftar till att återge erfarenheter och lärdomar ur sjukvårdens perspektiv. Beskrivningen omfattar delvis även polismyndigheten (i egenskap av ansvarig för kommunikation och mediehantering på skadeplatsen) och de berörda kommunerna (som huvudmän för de kommunala legevakterna). Syftet

med denna Kamedo-rapport täcker inte medierapporteringens innehåll och inte heller mediernas egna erfarenheter.

Organisering av kriskommunikation

En majoritet av dem som stod i kommunikations- och krisberedskap i Oslo den 22 juli 2011 larmades först via medierna och först senare genom myndigheternas ordinarie larmsystem. Ett SMS från någon anhörig eller en prenumererad nyhetsflash i mobilen var för många den första signalen om att de skulle inställa sig i beredskap. Detta visar tydligt att mediernas roll i en larmfas inte kan underskattas. Det finns alltid synpunkter på rapporteringens form och innehåll, men snabbheten från händelse till larm är ofta oöverträffad. Några personer hörde en smäll eller ambulanssirener och begav sig till arbetet av ren instinkt, eller var kanske redan i arbete när beredskapslarmet kom.

Stabspersonal på olika nivåer behöver fortsätta att följa medierapporteringen under händelsens akuta förlopp, med omhändertagandet och kommunikationen på plats. ”Nästa gång ska jag genast avdela en person som bara bevakar mediernas rapportering”, säger en av de intervjuade läkarna vid anhörigcentrumet på Sundvolden Hotel. Just så gjorde kommunikationsstaben på Ullevåls sjukhus: Staben har ett funktionskort för krisberedskap där det anges att man ska etablera ett medicentrum, och noga följa radio- och TV-rapporteringen.

Oslo kommun har dragit flera lärdomar av händelsen, däribland att man bör upprätta särskilda telefonjournummer för medier så att de inte blockerar jourtelefoner som är avsedda för medborgarna. Personal på Oslo universitetssjukhus framhåller konflikten mellan sjukvårdens stränga sekretess och polisens något öppnare hållning. Det fanns tillfällen då sjukvården ansåg att polisen lämnade ut lite för mycket information om de drabbade.

Medieberedskap på skadeplats och sjukhus

När katastrofer inträffar på ”obekvämt arbetstid”, vilket de ofta tenderar att göra, sätts alla inblandade aktörer på extra hårda prov. Den ordinarie arbetsdagen är kanske slut, nyckelpersonerna är på semester, vikarierna saknar rutin och startsträckan från larm till arbetsinsats är längre än vanligt. Så var också fallet den 22 juli. På Oslo kommun dröjde det två timmar innan kommunikationsstaben hade formerat sig, och efter en timme hade Oslopolisen endast samlat fyra personer. På Ullevåls sjukhus var man snabbast. Redan efter en halvtimme var kriskommunikationsstaben bemannad med fyra personer, och fler tillkom efterhand.

Omständigheterna gällde också mediernas medarbetare. En undersök-

ning gjord av norska journalistförbundet visar att många av de journalister som rapporterade den 22 juli var unga och oerfarna sommarvikarier [46]. Nära hälften var vikarier eller frilansare och mer än hälften hade kortare arbetslivserfarenhet än fem år. Få chefer var på plats och de flesta ordinarie medarbetarna var på semester. Studien poängterar att många kände sig oförberedda och saknade rutiner eller tjänsteinstruktioner. Detta är av intresse för att förstå vilka mediemedarbetare som var på plats och vilka det var som sjukvård, polis och kommunikatörer fick samspela med under katastrofens akuta fas.

Till de kommunikativa utmaningarna för många myndighetsaktörer – särskilt när de drabbade är barn och unga – hör att förhålla sig till informationsflödet via sociala medier och mobil kommunikation. Detta måste tas i beaktande parallellt med arbetet att sprida korrekt och saklig information, både direkt till medborgare (exempelvis på webbplatser) och genom medier. Här framträder ett stort källkritiskt och etiskt problem, men också ett kommunikationsproblem.

När en lokal händelse snabbt visar sig bli en nationell angelägenhet vore det kanske rimligt att också en nationell kriskommunikationsorganisation träder i kraft. En synpunkt som framkommit angående kommunikationsarbetet på Sundvolden Hotel är att Helsedirektoratet vid sådana tillfällen snabbt borde sända ut en kommunikations- och medieansvarig till platsen. Sjukvårdspersonalen på Sundvolden var osäkra på vem som hade kommunikationsansvaret och vad som skulle berättas, samt av vem. Då hade det varit värdefullt med en funktion som snabbt och strategiskt kan ta itu med dessa frågor.

Representanter för Ringerike sjukhus har efter händelsen konstaterat att det är av stor vikt att ha särskilt avsatt personal som hanterar kommunikations- och mediefrågor, även på mindre sjukhus. Vidare gick polisen i det här fallet inte att nå, och sjukhusen var alltför dåligt uppdaterade om händelseutvecklingen. Sjukhuspersonalen höll sig främst informerade via internet, radio och TV, vilket återigen understryker behovet av ett mediecentrum för att fylla det interna kommunikationsbehovet. Enligt en central källa på sjukhuset kan det också vara bra med en beredskap för att ”pressen bara intresserar sig för skandaler och kungligheter”. Det faktum att ett litet landsortssjukhus hade behandlat 35 svårt skadade fick däremot inte mycket uppmärksamhet i medierna.

Ledning vid kris

Ansvariga på Ringerike uttrycker att katastrofen i all sin tragedi samtidigt stärkte lagandan. För personalen var situationen ett bevis på att ett sjukhus behöver en ledning på plats. Detta är också mycket viktigt för kommunika-

tionssituationen, eller som en källa sa: ”Man kan inte fjärrstyra en doktor – man måste bo hos dem man ska styra”.

Enligt uppgift präglades kommunikationsarbetet av uttrycket ”Ingen tar ledningen om inte seniordoktorerna gör det”. Det innebär att medarbetare med lång erfarenhet ofta blir naturliga ledare i svåra situationer när den ordinarie arbetsledningen inte finns på plats. En tidigare chefsläkare kallades in och fick till uppgift att hantera pressen. Katastrofplanen fungerade oproblematiskt utom när det gäller just presskontakter där beredskapen var sämre. Sjukhuset anser ändå att man hanterade situationen väl och med stor flexibilitet, särskilt med tanke på att ett hundratal journalister – reportrar och fotografer – från olika länder fanns på plats.

Både planerligt och flexibelt

Ett organisatoriskt och strategiskt kommunikationsproblem som framträder är den något komplexa norska sjukvårdsorganisationen. På ett stort sjukhus som Ullevål kunde det mesta genomföras enligt kriskommunikationsplanen. På Ringerike följdes beredskapsplanen till punkt och pricka, men kommunikations- och mediehanteringen verkar ha skötts något mer improviserat även om resultatet blev bra. Formellt låg kommunikationsansvaret på Vestre Viken HF, men under det första dygnet hade sjukhuset ingen hjälp av den funktionen.

De kommunala legevakterna och samlingscentrumet på Sundvolden Hotel lydde formellt under de respektive kommunernas kriskommunikationsplaner. I Oslo tillämpades den i stort sett, men arbetet på Sundvolden organiserades i princip utan något kommunikationsstöd och varken polisen eller kommunen bistod med några kommunikationsresurser. Trots detta, och det faktum att man saknade en skriftlig vägledning om kommunikationsarbete, fungerade det hela mycket bra. Sunt förnuft, lyhördhet, flexibilitet och lite fantasi räcker ibland väldigt långt.

Medieexponering av överlevande och patienter

God medieberedskap innebär inte bara att ”hantera” medierna utan också att ge deras representanter rimliga arbetsförhållanden i form av lokaler att arbeta i samt tillgång till el och informationsflöde. Sådana presscentrum måste dock väljas med omsorg. På Ullevåls sjukhus användes en lokal i ett hus som är separerat från akutmottagningen och vårdavdelningarna, vilket skyddade patienterna. På Ringerike sjukhus fick journalisterna ett rum i anslutning till vårdlokalerna, vilket kan ha fört dem för nära patienterna. Just på Ringerike exponerades också flera patienter genom tidiga intervjuer och bilder, och man kan fråga sig om vårdpersonalen skyddade sina patienter i tillräcklig grad. När läkare konstaterar att ”ungdomarna

använde medierna för att debriefa sig” så måste nog skyddet anses ha varit för dåligt.

Personalen vid både Ullevål och Ringerike vittnar om att de vid flera tillfällen försökte avråda unga patienter från att prata ut i medierna redan första dygnet, men att många ungdomar själva tog initiativet. Myndiga patienter fick bestämma själva, men ibland var även föräldrar pådrivande i mediekontakterna. I en sådan situation kan inte sjukvården skyllas för bristande skydd eller etik. Personalen på Ullevål vidtog två intressanta och kreativa åtgärder, som inte finns omnämnda i några krisplaner: Röd tejp på sjukhusgolvet markerade en gräns för journalisterna, och vita lakan hängdes som insynsskydd i fönstren.

Vid Sundvolden Hotel var förhållandena annorlunda och inget presscentrum upprättades trots det enorma medieuppbådet. Informationen från krisledningen till medierna var dock systematisk och fungerade bra med kommundirektören som talesman. Däremot blev de fåtaliga ungdomarna som kom ut från hotellet och mötte medierna ett villebråd i ett alltför tidigt skede. Så nära inpå händelsen var de mycket sårbara, vilket medierna kan ha upplevts utnyttja på ett oetiskt sätt. Samtidigt höll världen närmast andan i väntan på de första ögonvitnesskildringarna och pressen på medierna var hård. Journalister har senare nämnt detta: ”han såg lugn och samlad ut, men vi visste ju egentligen inte” och ”det blev fantastisk radio, men var kanske inte helt rätt” [47].

Medierapporteringen präglades också snabbt av vissa ungdomars förmåga att möta ondska med kärlek, exempelvis den unga kvinnan som sa att ”om en man kan visa så mycket hat, tänk på så mycket kärlek vi kan visa tillsammans”. Uttalandet finns i dag som inskription på en minnessten vid Utvika. Medierna bidrog till att sprida denna och liknande positiva, självförstärkande bilder, och många hjälpare menar att det underlättade både den individuella och den kollektiva krishanteringen efter händelsen.

Sociala medier

De flesta intervjuade anser att deras respektive organisationer måste bli bättre på att använda sociala medier snabbt och systematiskt vid krishändelser. Erfarenheter från 22 juli visar dels allmänhetens breda användning av sociala medier i krissituationer, dels vilken snabbhet och genomslagskraft de har också när en myndighet är avsändare. Medierna använder i hög grad sociala medier som källor, men myndigheter gör det i mindre utsträckning. Ullevåls sjukhus har kommit längst i detta avseende, genom att ha använt Twitter och i viss utsträckning Facebook, bland annat för att

efterlysa blodgivare. Efter 22 juli-händelserna har Oslopolisens etablerat ett Twitterkonto för att kontinuerligt informera om händelser och tillbud.

Internkommunikation

Intern och extern kommunikation ska hanteras parallellt och synkront, vilket nog får anses vara sunt förnuft inom de flesta kommunikationsverksamheter. Inom kommunikationsteorin är det en självklarhet, liksom det numera är självklart att använda dagens digitala kanaler [48]. Personalen ska inte behöva förlita sig på medierna för att få information om händelser som berör deras arbetsinsats eller arbetsplats. Den informationen bör komma inifrån organisationen. Verkligheten ser dock ofta annorlunda ut, av flera skäl. I en krissituation är det nödvändigt att prioritera, och då går alltid det externa först. Intern kommunikation sker främst muntligt, exempelvis genom snabba avstämningsmöten. På ett sjukhus finns dessutom många som arbetar utan tillgång till datorstödd kommunikation. SMS kan fungera, eller intern-TV-skärmar, men dessa metoder är sällan särskilt utbyggda. Sker händelser efter ordinarie arbetstid och med låg bemanning på arbetsplatsen prioriteras kanske den interna kommunikationen ännu lägre. Den 22 juli fick många som arbetade med räddning, vård och kommunikation sin förstahandsinformation via medierna.

Svenska förhållanden

Hälso- och sjukvård

Larmfas

AMK Oslo-Akershus ledde insatsen i Oslo centrum. Man drabbades tidigt av tekniska problem, men lyckades ändå få alarmering och dirigering att fungera. Till stor del får detta tillskrivas de övningar man regelmässigt genomför med just detta scenario.

De tekniska stödsystemen på AMK har aldrig krävts och bör bli föremål för en översyn. I Norge finns heller ingen automatisk vidarekoppling till en reservcentral om en AMK överbelastas eller slås ut. När det gäller dessa aspekter får Sverige anses ligga före. Vidare är både Sverige och Norge i färd med att gå över från analoga till digitala radiosystem. Det digitala nät som används i Norge ("Nödnett") fungerade oklanderligt under insatsen den 22 juli.

Diskussionen leder vidare till frågan om hur många AMK som är optimalt för Norge och motsvarande fråga om antalet larmcentraler i Sverige. De små centralernas förespråkare brukar betona vikten av lokal-kännedom, medan de som förespråkar större centraler framhäver möjlig-

heten att snabbt kunna hantera en större händelse.

Prehospital insats

Det är inte lätt att utbilda all ambulanspersonal till att bli specialister på prehospital sjukvårdsledning vid allvarliga händelser. I Sverige bedrivs sådan utbildning både i form av MIMMS-kurser och det av Socialstyrelsens framtagna PS-koncept. Utbildningarna tillämpar i stort sett samma principer och det finns inget motsatsförhållande mellan dem. Svårigheten ligger i att vidmakthålla kunskaperna, eftersom det är ovanligt att ambulansbesättningar hamnar i ledningsfunktion i samband med allvarliga händelser. En lösning i Sverige, åtminstone för de större ambulansorganisationerna, kan vara att införa motsvarigheten till Oslos ”operativ leder”, d.v.s. en särskild ledningsresurs för prehospitala insatser.

Jämfört med Sverige har Norge en lång tradition av aktiv prehospital läkarmedverkan, vilket exempelvis också gäller Israel där man anser att det är viktigt för att öka överlevnaden vid just skott- och explosionsskador [41]. I Norge, Danmark och Finland har man sedan länge läkarbemannade ambulanser eller akutbilar, men i Sverige är sådan verksamhet betydligt mer ifrågasatt. Bland annat har verksamheten i Region Skåne lagts ned. För närvarande är det bara Stockholm och Göteborg som (under kontorstid) har en läkarbemannad akutbil respektive ambulans och som därmed kan erbjuda ”spjutspetskompetens” i form av erfaren anestesilog i de få fall detta behövs. Liksom i Oslo används den också för att utbilda och ”certifiera” de ambulanssjuksköterskor som redan är anställda. Behovet av tillgång till prehospital läkarkompetens i Sverige generellt bör utredas.

Till skillnad från Sverige har Norge byggt upp en rikstäckande ambulanshelikopterverksamhet och kunde därför snabbt mobilisera både läkare och paramedics som är vana vid att arbeta prehospitalt. Personalen skickades ut både med bil och som extrabesättningar i helikoptrarna och fungerade sedan som sjukvårdsgrupper på plats, utan att för den skull reducera transportkapaciteten.

I Sverige finns endast sju ambulanshelikopterbaser spridda över landet. Alla använder inte läkare rutinmässigt i sin verksamhet. Den svenska Försvarsmaktens helikoptrar har ingen beredskap för sjukvårdsverksamhet och inte heller Sjöfartsverkets räddningshelikoptrar har denna förmåga. Således kan det konstateras att Sverige inte kunnat mobilisera vare sig samma antal ambulanshelikoptrar eller lika många prehospitalt vana läkare som stöd för en insats vid en liknande händelse. Detta då ett nationellt sammanhållet system avseende ambulanshelikopterverksamhet saknas.

Vårdinrättningar

I Norge kom patienterna efter händelserna den 22 juli att fördelas till olika vårdinrättningar på ett gynnsamt sätt. I Oslo tog skadelegevakten hand om större delen av dem med lindrigare skador, dels för att de skickades dit, dels för att de spontant sökte sig dit. Detta innebar att traumacentrumet Ullevål sjukhus helt kunde koncentrera sina resurser på dem som krävde specialistvård. Skadelegevakten är en funktion som saknas i Sverige, och därför skulle de flesta mindre allvarligt skadade här ha sökt sig till närmast belägna akutsjukhus. Där måste personal avsättas för att sortera och hantera sådana patienter, vilket tar kapacitet från patienter med svårare skador. I Sverige kan man gällande vissa av de större städernas beredskapsplaner dra lärdom av beredskapsplanen i Oslo och hur den fungerar när det gäller fördelning av skadade i en masskadesituation.

Ullevål sjukhus ökade sin kapacitet genom att man, efter beslut från sjukhusledningens, omlokaliserade flera av sina ineliggande IVA-fall till andra sjukhus och genom att man aktivt styrde övriga akutsökande till andra sjukhus i Oslo. Sjukhuset kunde också mobilisera en hög kapacitet när det gäller omhändertagandet av svårt skadade patienter, trots att händelsen utspelade sig mitt under semesterperioden. Det tog dock tid att larma in personal från larmlistor och därför efterlyser man ett modernare automatiserat system, till exempel baserat på SMS. Sverige saknar också sådana system och det finns skäl att diskutera behovet även här.

Oslo universitetssjukhus beredskapsplan är ett föredöme i sin beskrivning av hur de olika sjukvårdsenheterna ska arbeta för att understödja varandra, till exempel när det gäller att överföra intensivvårdspatienter och uppföra anhörigcentrum och andra stödfunktioner. De svenska universitetssjukhusen skulle kunna få ansvaret för att upprätta liknande samarbeten (beroende på katastrof), eller kanske hellre de regionala enheterna för katastrofberedskap inom varje landsting.

I relation till sin storlek fick Ringerike ett stort inflöde av patienter. De svårast skadade fick ett primärt omhändertagande innan de flögs vidare till framför allt Ullevål sjukhus. Det goda omhändertagandet på Ringerike kan till stor del tillskrivas den utbildningssatsning som sjukhuset har gjort när det gäller traumaomhändertagande. Det arbetet är multidisciplinärt men förutsätter ett specifikt kunnande av de individer som ägnar sig åt det. Sådana kunskaper kan man inte tillägna sig enbart genom tjänstgöring på en akutmottagning där skott- och detonationsskador tillhör ovanligheterna. Traumaomhändertagande kräver särskilda kurser (till exempel ATLS® och DSTC®) liksom regelbunden exponering för svårt skadade patienter. Man bör ställa krav på kompetensnivån för sjukhus som ska vara mottagande vid händelser liknande den här aktuella, även i Sverige.

Generellt är förväntningarna på traumasjukvårdens kvalitet höga – man förväntar sig att denna verksamhet ska fungera perfekt. Ansvar för verksamheten fördelar sig dock ofta över flera kliniker och områden, och detta gör det svårt att fördela kostnaderna för att bygga upp ett modernt traumasystem. I Norge gjordes 2007 en nationell genomlysning av traumomhändertagandet, vilket också resulterade i ett antal rekommendationer till helseforetaken. I Sverige debatterades kvaliteten på traumasjukvården i samband med mordet på f.d. utrikesminister Anna Lindh, men någon bredare utredning har aldrig gjorts.

Psykosocialt stöd

Modernt krisstöd i akutfas

Att döma av beskrivningarna av det akuta stödet till drabbade, både på Sundvolden Hotel och efter hemkomsten till respektive kommun, verkar det norska samhället i huvudsak ha erbjudit vad som kan beskrivas som ett modernt psykosocialt stöd. Stödet verkar således ha innehållit empatiskt bemötande och identifiering av behov, samt haft fokus på socialt stöd och ha inkluderat en bedömning av behandlingsbehovet senare. Det vore dock önskvärt med tydligare beskrivningar av vilka källor man lutar sig mot och fler hänvisning till rekommendationer och riktlinjer för det stöd man ger. Samma sak gäller stödet till insatspersonalen. Många nämner begreppet debriefing, men menar uppenbarligen mycket olika saker med det. Här avses såväl den typ av interventioner som inte längre rekommenderas, eftersom de kan vara för påträngande, som samlingar av personalen med en helt annan inriktning. Exempel på det senare beskrivs i stödet till personalen på Ullevåls sjukhus där fokus mer var på vad man hade gjort och på att ge socialt stöd i grupp.

Detta är sannolikt förhållanden som vi också skulle finna i Sverige. Det är därför angeläget med flera utbildningsinsatser i svenska landsting och kommuner när det gäller modernt psykosocialt stöd i akutfas. En sådan utbildning bör utgå från vad som kan anses utgöra aktuellt kunskapsläge (se bilaga 4). Svenska arbetsgivare som ger stöd till personalen i akutfasen bör inrikta det på modernare stödinsatser som bygger på psykologisk första hjälp, med fokus på att utvärdera insatserna, samt ge socialt stöd och kamratstöd. Om man planerar att genomföra interventioner med oklar evidens bör arbetet kopplas till utvärdering och forskning, även i Sverige.

Modell för stöd till skadade på sjukhus

På Ullevål organiserades ett kristeam för att möta de skadades behov av psykosociala insatser, med ett framsynt, modernt och anpassat arbetssätt.

Kristeamet delades upp i ett team för varje patient och dennes närstående. Personal ur teamet hade kontakt med patienterna när det var möjligt, mellan nedsövdhet och operationer, och de lämnade information och förmedlade praktiskt och emotionellt stöd efter behov. Man hade också som mål att avlasta den somatiska personalen i deras kontakter med de anhöriga så att de förra kunde fokusera på omvårdnaden av patienten. I huvudsak följde man principerna i konceptet psykologisk första hjälp och detta kan vara en modell även för svenska förhållanden.

Även små kommuner kan drabbas

Händelsen innebar en stor belastning för en del små kommuner som drabbades, och det visar att små kommuner är utsatta och beroende av regionala resurser vid stora händelser. En fråga för svensk beredskap är om kommuner, regioner eller länsstyrelser i ännu större utsträckning ska förbereda interkommunala stödsatser. Kanske finns det skäl att skapa regionala beredskapsorganisationer med personal från flera kommuner.

Utökning av företagshälsovårdens roll

Företagshälsovården, BHT, fick en viktig roll i stödet till de drabbade, både på departementen och i insatsorganisationer såsom polisen. I akutfasen ordnade BHT samlingar för att ge information och stöd, och senare genomförde man riktade hälsoundersökningar både gällande personalens psykiska tillstånd och som en följd av asbestvarningar. Chefer på departementen visade sig behöva utbildning i ledarskap och stresshantering, vilket genomfördes och blev uppskattat. Detta borde vara ett inslag i alla organisationer utifrån de givna risk- och sårbarhetsanalyserna.

Det förefaller rimligt att också svenska arbetsgivare har till uppgift att stödja och följa upp sin personal när de drabbas av händelser som den här aktuella, vilket kanske kräver att företagshälsovården i vissa fall ökar sin beredskap.

Lokal beredskap – logistik

Hole kommun kunde rekvirera ett stort hotell i närheten, vilket starkt bidrog till att kommunen kunde hantera svårigheterna så pass bra som man gjorde. På hotellet kunde stödpersonalen fokusera på stödet till de drabbade och anhöriga trots att de var så många. På samma sätt kunde patienthotellet på Ullevål och på Rikshospitalet användas för närstående till skadade respektive döda. Svenska kommuner borde inventera de lokala resurserna i form av hotell och kursgårdar, som kan användas som stödcentrum i samband med allvarliga händelser. Som beredskapsåtgärd bör kommunerna ingå avtal med lämpliga inrättningar och genomföra övningar. Likaså bör

landsting och regioner inkorporera eventuella patienthotell i beredskapen och öva tillsammans med dem.

Sekundärt drabbade

I Hole kommun och i regeringskvarteren fanns många frivilliga som gjorde insatser för att ta hand om drabbade, och några gjorde det med fara för sitt eget liv. Runt händelserna, inte minst i områdena runt regeringskvarteren, fanns också enskilda individer som påverkades, såsom personal i affärer och andra. Det är lätt att i hastigheten glömma bort sådana sekundärt drabbade som inte befinner sig i omedelbart fokus för stödinsatser, vilket har inträffat i Sverige. Efter allvarliga händelser bör kommunerna vara frikostiga med att besöka och om möjligt identifiera potentiellt sekundärt drabbade frivilliga, anställda i affärer och inrättningar samt boende i närheten som på olika sätt kan ha påverkats.

Central beredskap – styrning och expertgrupp

I Norge kunde Helsedirektoratet ge kommunerna direktiv om uppföljningen av de drabbade, via brev till Fylkesmannen. Helsedirektoratet samlade representanter för omkring 40 organisationer och valde ett antal personer till en rådgivande expertgrupp. Inom det katastrofpsykiatriska området hade man till exempel på central nivå tillgång till Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) som erbjuder rådgivning, konsultation och utbildningsinsatser.

Vid en nationell katastrof skulle det även i Sverige vara bra med en viss grad av nationell styrning av hälso- och sjukvården samt det sociala stöd-området för att till fullo utnyttja samhällets samlade resurser.

Medie- och kommunikationsfrågor

Vid kriser och katastrofer har medierna både en larmfunktion och en informationsfunktion, vilket har framgått av flera svenska studier av masskadesituationer [49, 50, 51]. Många gånger anländer journalister och hjälpare samtidigt till skadeplatsen och detta gällde även händelserna i Norge den 22 juli. Vidare kan både traditionella och sociala medier fylla viktiga funktioner i ett tidigt skede, särskilt när de drabbade är ungdomar.

Den norska sjukvårdens beredskap och hantering av information, kommunikation och medietryck i samband med händelserna den 22 juli avviker knappast nämnvärt från hur motsvarande situationer skulle hanterats i Sverige. En svensk händelse med flera likheter var branden på Backaplan i Göteborg 1998 då 63 ungdomar omkom vid en privat fest. De drabbade var unga, förloppet var okontrollerbart och räddningsaktionen mycket

svår. Händelsen inträffade i en stad och ledde till ett stort internationellt medieuppbåd samt mycket hårt tryck på hälso- och sjukvården i regionen. Men det finns också avgörande skillnader mellan denna händelse och händelserna i Norge. Ungdomarna på Utøya kom från hela landet och det aktiverade därmed en nationell krisberedskap, en nationell kollektiv sorgprocess och en nationell kriskommunikation. Vid Göteborgsbranden 1998 saknades i stort sett de sociala medierna. Mobiltelefonerna blev en mycket viktig kommunikationsväg – även inom sjukhusen – men Facebook och Twitter hade ännu inte gjort sitt intåg. Det är alltså relativt nytt att drabbade och patienter själva ”medieexponerar sig” utan någon inblandning av den traditionella pressen.

Journalister som ögonvittnen

Journalister var tidigt på plats som för att rapportera från Backaplan i Göteborg 1998. Efterföljande forskningsstudier och utvärderingar visar att de, i egenskap av professionella ögonvittnen, i stort sett uppträdde väl – respektfullt och etiskt, så långt det var möjligt. Detsamma har sagts om journalisterna i Norge, både på skadeplatserna och i anslutning till sjukhusen. Det övervägande intrycket är alltså gott även om det alltid finns undantag. Det finns studier som visar att medierapporteringen görs på ett känsligare sätt om journalisterna själva bevittnar händelsen, jämfört med om de inte finns på plats [49]. Detta kan bero på att dessa journalister blir indirekt drabbade av händelsen. Sannolikt har yrkeskåren också lärt sig en del över tid, och med ökad kunskap går det förhoppningsvis att undvika vissa pressetiska övertramp från tidigare skandinaviska katastrofer.

Den norska pressetiken är något tydligare än den svenska när det gäller förhållningssättet till sårbara människor: ”Vis hensyn överfor mennesker i sorg eller ubalanse” är en formulering som saknar svensk motsvarighet. De svenska reglerna tar dock, likt de norska, notis om både drabbade och anhöriga: ”Visa alltid brotts- och olycksoffer och deras anhöriga största möjliga hänsyn”, men det är svårt att avgöra vad som är största möjliga hänsyn. Det finns också en annan grundläggande svensk pressetisk regel: ”Överväg noga publicitet som kan kränka privatlivets helgd”.

Förbättringsområden

Sett ur ett kommunikationsperspektiv kan sannolikt både den norska och den svenska sjukvården bli bättre på att utnyttja mediernas snabbhet i krisledningsarbetet. Vården ska inte bara ”hantera medierna” i bemärkelsen fylla deras behov, förse dem med information eller hålla dem borta från skadeplatser och sjukhus, utan en god beredskap innebär också att aktivt

använda och samspela med medierna. Det kan handla om att ”acceptera” mediernas snabbhet och utnyttja deras larmfunktion, att aktivt använda både traditionella och sociala medier som informationskanaler och inte minst att krisstaberna själva följer medierapporteringen för att hålla sig uppdaterade. Det borde vara självklart med ett medierum i varje kriskommunikationsstab. Liksom på Oslo universitetssjukhus bör en funktion i kriskommunikationsstaben ha till uppgift att intensivt följa medierapporteringen och vidareberapportera viktiga delar internt i organisationen. Det handlar också om hur sjukvården själv framställs i medierna. Dessutom kan hälso- och sjukvården uppmärksamma eventuella faktafel och snabbt agera för att få dem rättade i det aktuella mediet.

I Norge använde Oslo universitetssjukhus Twitter som kanal både till pressen och till medborgarna. I flera fall kan den svenska sjukvårdens kriskommunikationsplaner sannolikt behöva uppdateras för att passa en mer modern mediesituation. En fråga att se över är potentiella behov av att inkludera rutiner för Twitter, Facebook och SMS i beredskapsplanerna. Vidare är det av stort värde att ha tagit fram regler för hur man ska förhålla sig till patientintervjuer i sjukhusets lokaler (vårdsalar), också för situationer då patienter själva tar initiativ till mediekontakterna. Värt att se över är också om sjukhuset har en realistisk beredskap för ett internationellt medieuppbåd och om rutiner finns för att upprätta presscentrum i anslutning till en skadeplats som ligger långt från tätorter.

Referenser

1. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2011; 2011.
2. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Nasjonalt risikobilde - prosess og metode; 2010.
3. Ivarsson A, Nilsson T. Att styra det oförutsedda – krisberedskapen som politikområde i internationellt ljus. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2011.
4. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Departementenes systematiske samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeid; 2007.
5. Justis- og politidepartementet. Den norske redningstjeneste; 2003.
6. FOR 2005-03-18 nr 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
7. Norsk presseforbund. Vær Varsom-plakaten. Etiske normer for pressen (trykt presse, radio, fjernsyn og nettpublikasjoner). Hämtad 2011-10-12 från <http://presse.no/Etisk-regelverk/Vaer-Varsom-plakaten>.
8. Nationalencyklopedin. Utøya [uppslagsord]. Hämtad 2011-12-05 från <http://www.ne.se/ut%C3%B6ya>.
9. Arbeidernes Ungdomsfylking (AUF). Utøya time for time. Hämtad 2011-12-05 från http://auf.no/-/bulletin/show/671335_utoeya-time-for-time.
10. Oslo statsadvokatembeter. Tiltalebeslutning Anders Behring Breivik; 2012.
11. Sveriges television. Behring Breivik utgav sig för att vara bombexpert. Hämtad 2011-12-07 från http://svt.se/2.22584/1.2488315/behring_breivik_utgav_sig_for_att_vara_bombexpert.
12. Politiet. Slikk rykket politiet ut. Hämtad 2011-12-22 från https://www.politi.no/aktuelt/nyhetsarkiv/2011_07/Nyhet_10256.xhtml.
13. Nationalencyklopedin. Anders Behring Breivik [uppslagsord]. Hämtad 2011-12-06 från <http://www.ne.se/anders-behring-breivik>.

14. Dagens Nyheter. Anders Behring Breivik erkänner. Hämtad 2011-12-06 från <http://www.dn.se/nyheter/varlden/anders-behring-breivik-erkanner>.
15. Statsbygg. Arbeidet i regjeringskvartalet etter 22/7. Hämtad 2011-12-19 från http://statsbygg.no/FilSystem/files/aktuelt/tema/RegjKvartlet/Faktaark-Presse_Regjeringskv.pdf.
16. Statsbygg. Fakta om regjeringskvartalet. Hämtad 2011-12-19 <http://statsbygg.no/Aktuelt/Tema/Fakta-om-Regjeringskvartalet->.
17. Statsbygg. Bilder Regjeringskvartalet. Hämtad 2011-12-19 från <http://www.statsbygg.no/Aktuelt/Tema/Bilder-Regjeringskvartalet>.
18. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Storberget takket Oslo brann- og redningsetat. Hämtad 2011-12-13 från <http://dsb.infostorm.no/no/Ansvarsomrader/Regional-og-kommunal-beredskap/Aktuelt-Regional-og-kommunal-beredskap/Besok-pa-Oslo-hovedbrannstasjon>.
19. Svenska dagbladet. Vägen tillbaka från Utöya. Hämtad 2012-03-09 från http://www.svd.se/nyheter/utrikes/vagen-tillbaka-fran-utoya_6788559.svd.
20. Idås T (Norsk journalistlag). Journalistene som dekket terror (presentationsunderlag); 2011.
21. Luftambulansetjenesten. Evalueringsrapport fra Luftambulansetjenesten etter hendelsene i Regjeringskvartalet og på Utöya den 22. Juli 2011; 2012.
22. Medievärlden. NRK anmält för intervju med offer för Utöyamas sakern. Hämtad 2012-01-24 från <http://www.medievarlden.se/nyheter/2012/01/nrk-anmalt-for-intervju-med-offer-for-utoyamassakern>
23. VG NETT. NRK-sjef: - Angrer på samtalen i ettertid. Hämtad 2012-01-24 från <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/22-juli/artikkel.php?artid=10076492>
24. Politiet. Evaluering 22.7.2011 – Oslo politidistriktet; 2012.
25. Politiet. Politiets presskonferens torsdag 18 augusti 2011. Hämtad 2012-01-10 från https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/ostfold/Vedlegg_1409.pdf
26. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Brannvesenets innsats i forbindelse med terrorangrepene. Hämtad 2011-12-13 från <http://dsb.infostorm.no/no/Ansvarsomrader/Nasjonal-beredskap/>

Aktuelt-Nasjonalt-beredskap/Brannvesenets-innsats-i-forbindelse-med-terrorangrepene.

27. Tjugofyra7. Massiv innsats etter Utøya-massakern. Hämtad 2011-12-13 från <http://www.tjugofyra7.se/msb/Avdelningar/Nyhet/Massiv-insats-etter-Utoya-massakern>.
28. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Siviltforsvarets innsats i forbindelse med terrorangrepene. Hämtad 2011-12-13 från <http://dsb.infostorm.no/no/Ansvarsomrader/Nasjonalt-beredskap/Aktuelt-Nasjonalt-beredskap/Siviltforsvarets-innsats-i-forbindelse-med-terrorangrepene>.
29. Forsvarsdepartementet. Takk for innsatsen etter tragediene på Utøya og i Oslo. Hämtad 2011-12-15 från (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/fd/aktuelt/nyheter/2011/takker-for-innsatsen-etter-tragediene-pa.html?id=651845>).
30. Justis- og politidepartementet. Proposition 1 S (2011-2012). Hämtad 2011-12-08 från <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/prop/2011-2012/prop-1-s-20112012/1/11.html?id=657398>.
31. Helse- og omsorgsdepartementet. Tragediene i Oslo og på Utøya. Hämtad 2011-12-08 från <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2011/tragediene-i-olo-og-pa-utoya.html?id=651776>.
32. Røde Kors. Tragedien på Utøya og innsatsen fra Buskerud Røde Kors. Hämtad 2011-12-20 från http://www.rodekors.no/distriktsider/buskerud_rode_kors/Aktuelt_og_nyheter/tragedien-pa-utoya/.
33. Røde Kors. Råd om reaksjoner i katastrofen. Hämtad 2011-12-20 från <http://www.rodekors.no/nyheter/nyhetsarkiv/2011/juli/rad-og-reaksjoner-i-katastrofen/>.
34. Røde Kors. Mange vil hjelpe. Hämtad 2011-12-20 från http://www.rodekors.no/distriktsider/akershus/aktuelt_og_nyheter/mange-vil-hjelpe/.
35. Røde Kors. Næringslivet stiller opp. Hämtad 2011-12-20 från http://www.rodekors.no/distriktsider/buskerud_rode_kors/aktuelt_og_nyheter/naringslivet-stiller-opp/.
36. Røde Kors. Røde Kors bistår ved Utøya og etter eksplosjonen i Oslo. Hämtad 2011-12-20 från <http://www.rodekors.no/nyheter/nyhetsarkiv/2011/juli/rode-kors-gir-stotte-etter-eksplosjon-og-skyting/>.
37. Røde Kors. Tragedien i Oslo og på Utøya- dette gjør Røde Kors i

Akershus. Hämtad 2011-12-20 från <http://www.rodekors.no/distriktsider/akershus/nyhetsarkiv/2011/juli/tragedien-i-oslo-og-pa-utoya--dette-gjor-vi-na/>.

38. Norsk Folkehjelp. Pressemelding: Norsk Folkehjelp deltok i redningsarbeidet på Utøya. Hämtad 2011-12-20 från <http://www.folkehjelp.no/no/presse/pressemeldinger/?module=Articles&action=Article.publicShow&ID=17834>.
39. Norsk Folkehjelp. Pressemelding: Norsk Folkehjelp bistår politiet i opprydding på Utøya. Hämtad 2011-12-20 från <http://www.folkehjelp.no/no/nyheter/2011/?module=Articles&action=Article.publicShow&ID=17858>.
40. Dagens Nyheter. Osäkert om skadade regeringskvarter. Hämtad 2011-12-19 från <http://www.dn.se/nyheter/varlden/osakert-om-skadade-regeringskvarter>.
41. Rivkind A, Blom R, Gershenstein I, Stein Y, Coleman S, Richter E. Trauma Care and Case Fatality during a Period of Frequent, Violent Terror Attacks and Thereafter. Accepted for publication. World J Surgery 2012.
42. Frykberg E, Tepas JJ 3rd. Terrorist Bombings. Lessons learned from Belfast to Beirut. Ann of Surg 1988;208, 569-576.
43. Peleg K et al. Gunshot and Explosion Injuries, Characteristics, outcomes, and Implications for Care of Terror-Related Injuries in Israel. Ann Surg 2004;239:311-318.
44. Turégano-Fuentes F, Caba-Doussoux P, Jover-Navalón JM, Martín-Pérez E, Fernández-Luengas D, Díez-Valladares L et al. Injury patterns from major urban terrorist bombings in trains: the Madrid Experience. World Journal of Surgery 2008;32(6):1168-1175.
45. WHO special report: Health Aspects of the Tsunami Disaster in Asia. Prehospital and Disaster Medicine 2005; 20(6); 375.
46. Journalisten.se. Sommarvikarier bevakade terrordådet i Norge. Hämtad 2011-11-02 från <http://www.journalisten.se/nyheter/sommarvikarier-bevakade-terrordadet-i-norge>
47. Föreläsningar på Radiodagen. Stockholm; 2011-09-19.
48. Coombs T, Hollady S. The Handbook of Crisis Communication. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
49. Englund L. Katastrofens öga: En studie av journalisters arbete på

olycksplats. Doktorsavhandling. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för journalistik och masskommunikation; 2008. (Finns även som förlagsutgåva med samma titel, utgiven av Englunds Förlag 2008.)

50. Brandkatastrofen i Göteborg natten 29-30 oktober 1998. Socialstyrelsen; 2001. Kamedo-rapport 75.
51. Brandkatastrofen i Göteborg. Drabbade. Medier. Myndigheter (SOU 1999:68).

Övriga anförda källor

- Berkowitz S, Bryant R, Brymer M, Hamblen J, Jacobs A, Layne C et al. The National Center for PTSD & the National Child Traumatic Stress Network, Skills for Psychological Recovery: Field Operations Guide, 2010.
- Best. Hämtad 2012-03-09 från www.bestnet.no.
- Bombattentatet i köpcentrumet i Finland 2002. Socialstyrelsen; 2005. Kamedo-rapport 87.
- Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A et al. Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition. National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD; 2006.
- Bombattentaten i Jerusalem, Ashkelon och Tel Aviv 1996. Socialstyrelsen; 1998. Kamedo-rapport 72.
- Brandkatastrofen i Göteborg natten 29-30 oktober 1998. Socialstyrelsen; 2001. Kamedo-rapport 75.
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from International Society for Traumatic Stress Studies. New York: The Guilford Press; 2009.
- Friedman MJ, Keane TM, Resick P. Handbook of PTSD: Science and Practice. New York, London: The Guilford Press; 2007.
- Hansen E (Oslo kommun). 22-07-2011 (presentationsunderlag); 2011.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Overordnet nasjonal helse-og sosial beredskapsplan. Hämtad 2012-04-11 från www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/HelsesosialberedskapsplanNY.pdf.
- Helse Sør-Øst. Regional beredskapsplan. Hämtad 2012-04-11 från <http://www.helsesorost.no>.
- Lahnstein, T (Helsedirektoratet). Erfaringer med psykososial oppfølging etter terroranslagene mot Regjeringskvartalet og Utøya 22.07.2011 (presentationsunderlag); 2011.
- Larsson LÅ, Nohrstedt SA, red. Göteborgsbranden 1998: En studie av kommunikation, rykten och förtroende. Stockholm: Styrelsen för Psykologiskt Försvar (SPF); 2000.

- Madsen P (Norsk Luftambulans). Föreläsning i anslutning till PO-SOM- och krisberedskapskonferensen. Karlstad; 2011-02-10.
- Melhus K (Legevakten Oslo kommun). Hva skjedde? (presentationsunderlag); 2011.
- Møller K (Ringerike interkommunala legevakt). Stor katastrofe – Liten legevakt (presentationsunderlag); 2011.
- Oslo universitetssykehus. Kommunikasjonsberedskap 2011 (rev. 2011-07-19); 2011.
- Oslo universitetssykehus. Rapport om håndteringen av terrorhendelsene i Oslo og Utøya 22. juli 2011; 2011.
- Politiet. Kommunikasjonspolitik for politi- og lensmannsetaten; 2011.
- Sandvik E. (Legevakten Oslo kommun). Stor katastrofe – Stor legevakt (presentationsunderlag); 2011.
- Sollid SJM, Rimstad R, Rehn M, Nakstad AR, Tomlinson AE, Strand T, Heimdal HJ et al. Oslo government district bombing and Utøya island shooting July 22, 2011: The immediate prehospital emergency medical service response. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2012;20:1-12.
- SoS-rapport 1999:4: Katastrofmedicinska studier under 35 år. Socialstyrelsen; 1999. Kamedo-rapport 73.
- Stoddard FJ, Pandya A, Katz CL. Disaster Psychiatry: Readiness, Evaluation and Treatment. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing Inc; 2011.
- Svenska Journalistförbundet. Spelregler för press, radio och TV. Hämtad 2011-10-12 från www.sjf.se. (Finna även i tryckt upplaga via Tidningsutgivarna (TU) på www.tu.se, samt via Pressombudsmannen (PO) via <http://www.po.se/regler>.)
- Terrorattacken på Bali 2002. Socialstyrelsen; 2006. Kamedo-rapport 89.
- Terrorattackerna i Madrid i Spanien 2004. Socialstyrelsen; 2006. Kamedorapport 90.
- The European Network for Traumatic Stress (TENTS). Hämtad 2012-03-09 från www.tentsproject.eu.
- The management of post-traumatic stress disorder in adults in primary, secondary and community care. Clinical guideline 26. London: National Institute of Clinical Excellence (NICE); 2005.

AIS, ISS och NISS

Abbreviated Injury Scale (AIS) är en anatomisk gradering av hur allvarlig en skada i ett organ är. Tabell 1 nedan åskådliggör hur graderingen ser ut i den engelskspråkiga litteraturen.

Tabell 1. Abbreviated Injury Scale (AIS)

Injury	AIS Score
1	Minor
2	Moderate
3	Serious
4	Severe
5	Critical
6	Unsurvivable

Injury Severity Score (ISS) är en etablerad medicinsk gradering av hur allvarlig den totala skadebilden är efter ett trauma. Den ISS-poäng som tas fram korrelerar i hög grad med mortaliteten, morbiditeten och tiden på sjukhus efter olyckstillfället. ISS baserar sig på AIS gällande skador i sex kroppsregioner (huvud och nacke, ansikte, thorax, buk, extremiteter inklusive bäcken, samt hud). ISS-skalan omfattar 0–75, där en högre poäng innebär en allvarligare skada. Om en AIS gradering är 6 (unsurvivable) blir ISS-värdet automatiskt 75. Annars tar man det högsta skadevärdet från de tre mest skadade kroppsregionerna, kvadrerar varje värde och lägger ihop den totala summan för att få ISS-värdet. Exempelvis ger en hjärnkontusion AIS 3 = 9, komplex mjältskada AIS 5 = 25, lårbensfraktur AIS 3 = 9. Totalt ger detta en ISS som är $9 + 25 + 9 = 43$.

New Injury Severity Score (NISS) har tillkommit eftersom multipla skador inom samma kroppsregion endast får en poänggradering enligt ISS. NISS är därför beräknad efter de tre högsta AIS-värdena som har uppmätts, oavsett kroppsregion (de kan alltså ligga i samma region). Varje AIS-värde kvadreras på samma sätt som i ISS och summan av dessa tre läggs ihop. Skalan är, liksom för ISS, 0–75 och en högre poäng motsvarar en allvarligare skada.

Kartleggingsverktøy for å følge opp drabbade

**Helsedirektoratet**

Kartlegging av belastninger etter hendelsene på Utøya
Fylles ut av helsepersonell (se veiledningen)

Hvem fyller ut skjemaet?
Navn/ stilling _____
Arbeidssted/ kontaktadresse _____
Dato for utfylling _____

Angi hvor mange samtaler du har hatt med den rammede til nå:
☐ en ☐ to ☐ tre ☐ fire ☐ fem eller mer

Angi hvor mange ganger den rammede har gjennomgått kartlegging:
☐ dette er 1. gang ☐ 2. gang ☐ 3. gang ☐ 4. gang ☐ 5. gang ☐ 6. gang eller flere

Informasjon om den rammede
Navn: _____
Fødselsår: _____ Kjønn: _____

Hovedbeskjeftigelse:
Skole/Høyskole/Universitet: ☐
I arbeid: ☐
Sykemeldt: ☐

Rolle på Utøya:
Hadde lederrolle ☐
Deltager uten lederrolle ☐
Andre roller (beskriv) _____

Født i:
Norge: ☐
Annet land, hvilket? _____

Tilhørighet AUF:
Medlem ☐ Hvor lenge: _____
Ikke medlem ☐
Tillitsvalgt ☐

Begge foreldre født i annet land, hvilke(t)? _____

Konklusjon etter utfylling av kartleggingsskjemaet:
Anbefalte du kontakt med andre i titakskjeden, ev. hvem: _____

Godtok den rammede din anbefaling? _____
(Sjekk om anbefalingen ble fulgt opp)

Avtale for neste kontakt: _____

Fylles ut av den rammede:

Etter slike dramatiske opplevelser som du har hatt, har vi erfaring med at mange kan oppleve reaksjoner i ettertid. Nedenfor følger noen spørsmål om hvordan dette har virket inn på deg. Vi ber deg svare på disse spørsmålene så godt du kan. Først kommer noen spørsmål om det du opplevde, deretter noen spørsmål som handler om støtte i hverdagen. Til slutt stilles noen spørsmål om hvordan du har det nå. Det er frivillig å svare, eller hoppe over spørsmål. Kartleggingen vil gi grunnlag for å kunne gi deg best mulig oppfølging. Det er ingen riktige eller gale svar, bare svar på spørsmålene så godt du kan. Si fra om det er noe du lurer på underveis.

Har du opplevd noe av dette? Hvis ja, sett kryss.

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Vitne til, hørte eller så at noen ble drept/skadet | ☐ Skadet og hadde behov for medisinsk oppfølging | ☐ Nær venn/ familiemedlem drept |
| ☐ Redd for å drukne eller bli drept | ☐ Innlagt på sykehus mer enn ett døgn | ☐ Nær venn/ familiemedlem skadet |
| | ☐ Synlige arr eller andre varige skader | ☐ Sen gjenforening med familie (mer enn 10 timer fra evakuering til gjenforening med én i familien/kjæreste) |

Støtte

Under er det noen spørsmål som handler om hvor mye støtte du opplever at du har for tiden.

Bruk vurderingsskalaene fra 1-7. **Ett kryss for hver linje**

	Aldri							Alltid
	1	2	3	4	5	6	7	
Har du en venn eller en i familien du kan betro deg til når du trenger det?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Greier du å snakke om dine tanker og følelser?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Har du et nettverk hvor du føler deg akseptert og hvor du kan få hjelp og støtte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Er det noen som kan gi deg praktisk hjelp?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Har du følt deg sviktet av folk som du regnet med ville støtte deg?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Reaksjoner

Nå kommer noen spørsmål om følelser og tanker du kan ha hatt etter det som skjedde og hvor mye plager du har i forhold til dette. Svar det som best beskriver hvor ofte problemet har plaget deg de **siste to ukene**. Hvis du ikke kan eller vil svare, gå til neste spørsmål.

0	1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt (én gang)	En del (1-2 ganger i uken)	Ganske mye (2-3 ganger i uken)	Veldig mye (nesten hver dag)

Blir du veldig ute av deg, redd eller trist når noe minner deg om det som skjedde? 0 1 2 3 4

Har du drømmer om det som skjedde eller har du mareritt om andre ting? 0 1 2 3 4

Får du skremmende tanker, ser for deg bilder eller hører lyder fra det som skjedde, selv om du ikke vil det? 0 1 2 3 4

Forsøker du å ikke snakke om det, tenke på det eller ha følelser rundt det som skjedde? 0 1 2 3 4

Forsøker du å holde deg unna folk, steder eller ting som minner deg om det som skjedde? 0 1 2 3 4

Har du problemer med å få sove eller våkner du ofte om natten? 0 1 2 3 4

Blir du lett urolig eller skvetter lett, for eksempel når du hører høye lyder eller når noe overrasker deg? 0 1 2 3 4

Har du problemer med å konsentrere deg eller være oppmerksom? 0 1 2 3 4

Føler du deg sur, sint eller rasende? 0 1 2 3 4

Føler du deg trist, nedfor eller depriment? 0 1 2 3 4

Har du mer kroppslige plager enn ellers (for eksempel hodepine eller vondt i magen)? 0 1 2 3 4

Hvis du går på skolen eller arbeider: Synes du det er vanskelig å få gjort det du skal? 0 1 2 3 4

Er du bekymret for at andre forferdelige ting skal skje med deg selv eller med din familie eller venner? 0 1 2 3 4

Er det vanskeligere å komme overens med og/eller være sammen med familie/ venner? 0 1 2 3 4

Er du mye mindre interessert i, eller får ikke gjort, de tingene du pleide å gjøre?	0	1	2	3	4
Har du plagsomme tanker om måten mennesker døde på?	0	1	2	3	4
Forsøker du å holde deg unna folk, steder eller ting som minner deg om de som døde?	0	1	2	3	4
Tar du større risiko nå enn tidligere? (For eksempel økt bruk av rusmidler eller at du gjør ting du tidligere ikke ville gjort)	0	1	2	3	4
Føler du deg nervøs, engstelig eller bekymrer du deg mye for ting?	0	1	2	3	4
Tenker du at noe av det som skjedde var din feil, eller har du følelser av skyld fordi du overlevde?	0	1	2	3	4

Enkät om uppföljning till kommunerna

HELSEMESSIG OG PSYKOSOSIAL OPPFØLGING AV RAMMEDE ETTER 22.07.11: SPØRRESKJEMA TIL KOMMUNENE

KOMMUNE:.....

	SPØRSMÅL	KOMMENTARER/ SVAR
1.	Hvor mange rammede har fått tilbud i kommunen etter 22.07.?	
2.	Har alle de rammede i kommunen kontaktperson(er)?	
3.	Hvor mange av de rammede har fått tilbud om kontaktperson, men takket nei?	
4.	Mange rammede er fra i høst studenter i andre kommuner enn hjemstedskommunen, eller har av andre grunner flyttet fra sin primærkommune. Hvor mange av de rammede har flyttet fra deres kommune til en annen kommune? (oppgi ny bostedskommune)	
5.	Ved flytting: Har kommunen sikret tilstrekkelig overlapp i alle tilfellene, slik at oppfølgingen også ivaretas i den nye kommunen?	

6.	Har kommunen tilbudt tilpasset oppfølging av evt. rammede med innvandrerbakgrunn?	
7.	Kartleggingsskjemaet: Hvor mange er ferdig med den første kartleggingen (etter 5-6 uker)?	
8.	Kartleggingsskjemaet: Hvor mange av de rammede har ikke brukt kartleggingsskjemaet/ gjennomført kartleggingen?	
9.	Hvis kartleggingsskjemaet ikke er brukt, hva er i så fall årsaken til dette?	
10	Hvor mange av de rammede i kommunen følges opp i spesialisthelsetjenesten?	
11	Har dere fanget opp svikt i oppfølgingen i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten?	
12	Hvis svaret er ja i spørsmål 11: Hva er årsaken, og hvordan har kommunen håndtert dette?	
13	Har dere lagt informasjon og kontaktnummer for rammede lett tilgjengelig på kommunens nettsider?	

14	Er kommunens kontaktnummer på www.helsenorge.no korrekt?	
15	Hvordan vurderer kommunen selv egen kapasitet når det gjelder oppfølging av de rammede?	
16	Hvordan vurderer kommunen selv egen kompetanse?	
17	Hvordan vurderer kommunen sine ressurser ift den videre oppfølgingen av rammede i tiden framover?	
18	Hvor er oppfølgingsarbeidet forankret?	
19	Har dere andre kommentarer eller tilbakemeldinger til Helsedirektoratet om oppfølgingsarbeidet?	

Bästa tillgängliga kunskap inom området psykosocialt stöd

Utveckling av kunskapen om tidiga psykosociala stödinsatser

Grundidéerna för den modernare synen på tidiga insatser för att stödja människor efter potentiellt traumatiska händelser beskrevs redan på 60-talet, när det klassiska begreppet primär prevention introducerades. Det hävdades att människor kan undvika ett negativt utfall efter stressande livshändelser om samhället förmedlar olika former av stöd till de drabbade. Det fanns beskrivningar av positiva effekter av stödinterventioner i samband med sorg efter en nära anhörigs bortgång. Även andra studier efter olyckor visade positiva effekter av professionellt stöd. Samtidigt fanns det andra kontrollerade studier från den tiden, till exempel på familjer som plötsligt hade förlorat en familjemedlem, som inte kunde påvisa några sådana skillnader mellan de som hade fått stöd och de som inte hade fått det. Vägen fram till dagens syn har således varit något krokig.

Med tiden infördes diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (eng. post-traumatic stress disorder, PTSD), och under 1980- och 1990-talen riktades stor uppmärksamhet mot att försöka förhindra att människor utvecklar psykiska störningar efter allvarliga händelser. I början av 80-talet introducerade modellen Critical Incident Stress Debriefing (CISD), som stöd för personal inom räddningstjänsten som har varit utsatta för traumatiska händelser. Denna form av intervention har också benämnts psykologisk debriefing och fick stor spridning i västvärlden. Det gick dock inte att minska risken för posttraumatiska störningar genom att ”genomarbeta” upplevelserna, utan metoden ifrågasattes allt mer. Internationellt rekommenderas därför inte längre interventioner av denna typ som rutinåtgärd i akutfasen.

Vissa forskare manar också till försiktighet när det gäller interventioner i akutfasen och ny kunskap visar att man inte bör vara alltför påträngande med interventioner för drabbade den första tiden efter en potentiellt traumatisk händelse (akutfasen). Sådan ny kunskap visar till exempel att de drabbades reaktioner, särskilt överspändhet (eng. hyperarousal), har stor betydelse för risken att utveckla PTSD samt att det finns samband mellan PTSD och överaktivitet i områden i centrala nervsystemet som är engagerade vid inlagringen av traumatiska minnen. På senare år har också studier lett fram till bättre underlag för vad som är evidensbaserade behandlingsmetoder vid PTSD.

Internationella rekommendationer

Det har tidigare inte funnits någon entydig konsensus kring hur stödinsatser för drabbade i akutfas bör vara utformade. Kunskapen har dock utvecklats på senare år och nu finns internationella rekommendationer som kan vara till god vägledning. Den som planerar interventioner med människor i akutfas eller senare bör se till att insatserna vilar på empirisk grund och är evidensbaserade, alternativt enligt konsensus anses ha positiva effekter.

Interventioner kan naturligtvis vara verksamma även om de ännu inte är evidensbaserade, men bör då utvärderas grundligt. En utvärdering som endast består av enkel feedback från deltagare efter insatser på bred bas riskerar att inte vara tillförlitlig. Det behöver inte nödvändigtvis finnas en direkt koppling mellan ett positivt resultat i en sådan utvärdering och faktiska positiva hälsoeffekter för alla deltagare. Det lärde man sig bland annat när man närmare började studera effekterna av psykologisk debriefing. Det är därför klokt att göra ordentliga vetenskapliga utvärderingar av insatser som man tror är bra, men där kunskapsläget är oklart.

Interventioner bör således först och främst baseras på ”bästa tillgängliga kunskap” eller ”best practice”. Internationellt finns sådan samlad kunskap i olika sammanställningar av litteratur och konsensusrapporter. Några av de viktigaste beskrivs kortfattat nedan.

Posttraumatiska följdtilstånd

En stor del av en befolkning (50–70 procent) kommer att exponeras för potentiellt traumatiska händelser under sin livstid. Av dessa riskerar endast cirka 10 procent (5–30 procent) att drabbas av allvarigare posttraumatiska stressreaktioner såsom depression, PTSD, ångestsyndrom eller missbruk. Om man bara studerar specifika grupper, till exempel människor som har förlorat en nära anhörig under traumatiska förhållanden, kan dock upp mot 50–60 procent få långvariga besvär. Under sin livstid drabbas 5–10 procent i en västerländsk befolkning av PTSD och det är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män. Förekomsten i en befolkning i ett givet ögonblick är 1–3 procent, vilket i Sverige skulle motsvara 90 000–270 000 individer och i Norge 48 000–144 000 personer. För samhället handlar det alltså om relativt stora kostnader i form av lidande och sjukfrånvaro.

Det som avgör om en individ kommer att få kroniska besvär är relationen mellan händelsens art och hur allvarlig den var, samt individens sårbarhet alternativt motståndskraft. Olika typer av händelser kan påverka de drabbade olika svårt, och tidigare studier har visat att fler drabbas av posttraumatiska reaktioner efter händelser som är skapade av andra människor (”man made disasters”), till exempel våldtäkter och terrorhand-

lingar, jämfört med olyckor och naturkatastrofer. Detta har dock ifrågasatts av andra forskare som menar att många studier om terrorhandlingar endast gäller primärt drabbade, medan studier av naturkatastrofer ofta omfattar personer med olika exponeringsgrad. Risken för posttraumatiska problem ökar också med händelsens allvarlighetsgrad, särskilt om den drabbade svävade i livsfara. Vissa individuella faktorer är kopplade till en ökad risk för posttraumatiska problem, och de indelas i sådana som existerar före händelsen, sådana som uppträder under själva händelsen och faktorer som får effekt efter en allvarlig händelse. Faktorer före händelsen är bland annat sårbarhet på grund av tidigare utsatthet, pågående parallell livsstress, lägre socioekonomisk status, personlighetsdrag av inåtvändhet, nervositet, passivitet och osjälvständighet, lägre begåvning och utbildning, kvinnligt kön samt att vara barn. Vidare ökar risken om den drabbade under själva händelsen får en subjektiv upplevelse av att dennes liv är hotat samt får uttalade reaktioner eller ett bristande socialt stöd efter händelsen. Dessutom kan utformningen av samhällets stöd efter en händelse påverka utfallet, förhoppningsvis i positiv riktning.

När det gäller sorg efter förluster generellt återhämtar sig de flesta (50–60 procent) mycket bra. Cirka 10–20 procent får traditionella sorgesyntom men återhämtar sig också över tiden. En mindre grupp, 10–15 procent, kan utveckla komplicerade sorgereaktioner som på engelska benämns *Adjustment Disorder Related to Bereavement* (svenska: anpassningsstörning, förlustrelaterad), enligt förslag till det uppdaterade diagnossystemet DSM-5.

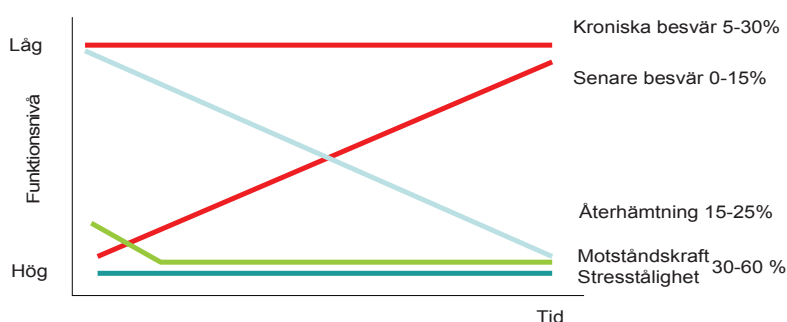
Stresstålighet och motståndskraft

Somliga drabbas av kroniska besvär efter allvarliga händelser, men en stor andel uppvisar i stället stresstålighet och motståndskraft, vilket tidigare kanske inte uppmärksammades tillräckligt. Med stresstålighet menas att de kan behålla balansen under och efter en händelse. Motståndskraft motsvarar det engelska begreppet ”resilience”, vilket egentligen betyder ”något som efter påverkan återtar sin ursprungliga form”. Motståndskraftiga individer kan snabbt återfå balansen efter en tillfällig svikt i samband med en händelse. Det som utmärker motståndskraft hos människor bedöms vara personlighetsmässiga faktorer som är kopplade till arv och uppväxt, i kombination med andra miljöfaktorer (eng. human resources), såsom socialt stöd från omgivningen och bra ledarskap.

Processer över tiden

Många människor återhämtar sig alltså efter allvarliga händelser, med eller utan hjälp. Ett mindre antal kan bli sämre med tiden, vilket kräver

att de följs upp. En viss andel utvecklar kroniska besvär av typen PTSD, anpassningstörning (förlustrelaterad), depressiva besvär, olika former av ångestsyndrom eller missbruk. Man behöver således inte utgå från att alla drabbas, utan samhället kan fokusera stödinsatserna på dem som behöver det mest över tiden. Det betyder dock att man också bör hålla kontakt med och följa upp dem som inte verkar ha några uttalade akuta behov (se Principer för insatser i akutfas nedan). Figur 1 nedan visar en sammanställning över dessa processer.



Figur 1. Processer över tiden

Källa: Bonanno 2004 och Norris et al. 2009.

Fokus på socialt stöd

Utmärkande för en modernare syn på krisstöd är således att man, på grund av risken för vara för inträngande, gått ifrån att primärt fokusera på "emotionellt bearbetande" av händelsen i akutfasen. I stället inriktas insatsen på att skapa trygghet och säkerhet för individerna samt på individernas specifika behov. För de flesta är det naturligt att framför allt få stöd från sina närstående efter allvarliga händelser, och tidigare studier har visat att det leder till lägre grad av psykiatrisk sjuklighet.

Ibland kan det dock vara så att det egna sociala nätverket är otillräckligt. Även i de fall där ett socialt nätverk finns kan det föreligga behov av ytterligare stöd – en bidragande faktor kan vara att även närstående i vissa fall traumatiseras. I sådana fall kan stödet från samhället bli särskilt betydelsefullt. Det sociala stödet beskrivs ha en buffrande effekt, eftersom det underlättar för människor att omvärdera händelsen de har varit med om, samt att upplevelsen av att vara omgiven av andra som vill dem väl, som bistår och som finns till hands när det behövs är av godo.

Principer för insatser i akutfas

Practice guidelines from ISTSS

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) är en världsomspännande sammanslutning av forskare inom det psykotraumatologiska området. Varje år presenteras nya forskningsresultat och ny kunskap vid konferenser i Nordamerika och ISTSS har också publicerat uppdaterade rekommendationer på området som motsvarar evidensbaserad kunskap och ”best practice”. Den senaste utgåvan från 2009 är utgiven av The Guilford Press och är författad av Foa, Keane, Friedman och Cohen. Enligt dessa rekommendationer är de vanligaste reaktionerna efter allvarliga händelser helt normala och leder till återhämtning, och rådet är att vara försiktig i akutfasen så att man inte stör denna process. För akutfasen finns följande rekommendationer:

- De drabbade bör mötas på ett empatiskt sätt med ett praktiskt och jordnära psykologiskt stöd. De bör få information om möjliga reaktioner och om hur de kan hjälpa sig själva (bemästringsstrategier) samt hur de bäst kan få stöd från dem omkring sig, både närstående och samhället, och hur de kan få fortsatt stöd vid behov.
- Individer bemästrar stress på olika sätt och man bör undvika formaliserade interventioner med alla som har exponerats. Alla interventioner bör därför baseras på en noggrann och aktuell behovsinventering.
- Man bör sträva efter att eventuella interventioner ska ta hänsyn till kulturella faktorer, vara anpassade till den drabbades utveckling och vara relaterade till lokal problemformulering.
- Målet är kanske inte alltid att minska reaktionerna eller få en snabb återhämtning. Det finns etniska, politiska, kulturella och ekonomiska faktorer som kan bidra till olika mål när det gäller funktionsnivå och identitet. Stödpersoner måste vara känsliga för varje drabbad individs specifika motiv.
- Man bör utvärdera om de insatser man genomför är effektiva i att uppnå de identifierade målen.

Handbook of PTSD

Handbook of PTSD är en bok som också ger litteraturbaserade rekommendationer. Författare är Friedman, Keane och Resick och boken är utgiven av The Guilford Press år 2007. Även i denna bok står det att kunskapsläget tidigare har varit begränsat när det gäller interventioner i akutfasen och att man därför bör vara försiktig med interventioner som ska gälla för

alla. Grundkonceptet för att stödja drabbade i akutfas handlar därför om att först se till de basala behoven och därefter följa ”The screen and treat model” som innehåller komponenterna stöd, proaktiv uppföljning, bedömning och behandling. Enligt denna modell bör de omedelbara interventionerna i akutfasen gå ut på att informera om händelsen, ge stöd, informera om normala reaktioner och följa upp individerna för att fånga dem med kvarstående symtom. De senare ska sedan behandlas med evidensbaserade metoder. För att uppnå detta rekommenderar författarna nedanstående principer när det gäller tidiga stödinsatser i akutfasen:

- Insatserna bör vara proaktiva och vara i samklang med insatser från andra samhällsinsatser.
- Insatserna bör vara skyddande och begränsa olämpliga interventioner från professionella, fokusera på dem som har specifika behov och förstärka de drabbades kapacitet att hantera sina problem. Fokus bör inte bara vara på posttraumatiska psykiska följder utan också på andra problem såsom nedsatt funktionsnivå, både i relationer och i arbetet.
- Insatserna bör vara pragmatiska, d.v.s. utgå från att individer och grupper kan hjälpa sig själva.
- Eventuella interventioner bör också vara principdrivna. Här hänvisar författarna till fem viktiga principer som har förts fram när det gäller utformningen av stödet till drabbade efter allvarliga händelser. De menar att det finns vetenskapligt stöd för dessa fem principer och att de bör vara vägledande när stödinsatser utformas. Principerna handlar om att
 - förstärka känslan av säkerhet
 - förstärka känslan av självtillit och tillit till samhällets förmåga att hantera svårigheterna
 - förstärka samhörighet
 - lugna dem med uttalade reaktioner
 - förstärka känslan av hopp.

För att iscensätta och genomföra dessa insatser har andra koncept utvecklats: psykologisk första hjälp (PFA) samt förmåga till psykologisk återhämtning. De beskrivs utförligare nedan.

NICE-rapporten

Brittiska National Institute for Clinical Excellence (NICE), motsvarigheten till svenska Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), presenterade år 2005 en vetenskaplig genomgång på området posttraumatiskt stressyndrom som har fått stort genomslag internationellt. Rekommendationerna i denna rapport kan sammanfattas på följande sätt:

- De drabbade bör få möjlighet till empatiskt stöd som kan vara praktiskt, emotionellt och socialt.
- Det är positivt med information om vanliga reaktioner och råd för att bemästra dem, muntligt och skriftligt.
- För individer med milda reaktioner som har varat i mindre än fyra veckor är ”watchful waiting” en bra modell. Betoningen ligger här på watchful, vilket innebär att man proaktivt ska följa upp även dessa individer.
- Man bör avstå från psykologisk debriefing med enskilda individer.
- Efter cirka en månad kan det vara lämpligt med screening och bedömning av högriskindivider med ett enkelt instrument.
- De individer som vid uppföljningen uppvisar uttalade symtom ska få tillgång till TF-KBT inom en månad. Se mer om behandlingen nedan.
- Om de initiala reaktionerna efter en allvarlig händelse klingar av kommer de sannolikt att gå över av sig själva. Däremot ska man följa upp de drabbade och bedöma behovet av behandling om reaktionerna kvarstår på samma nivå, om de ökar eller om de är särskilt besvärliga.

TENTS

I Europa har det funnits en stor variation av interventioner efter allvarliga händelser, av vilka många tidigare haft ett otillräckligt vetenskapligt underlag. Därför skapades EU-projektet TENTS (The European Network for Traumatic Stress) och man har sammanställt en europeisk konsensusrapport inom området som finns på www.tentsproject.eu. Rapporten innehåller följande rekommendationer när det gäller samhällets insatser efter traumatiska händelser:

- Första veckan:
 - Förmedla praktiskt stöd med empati.
 - Varken uppmuntra eller hindra människor från att berätta.
 - Öppna en hemsida för information och stöd.

- Första månaden:
 - Drabbade med svårigheter bör bedömas avseende behovet av insatser.
 - De med akut stressyndrom (ASD) bör erbjudas traumafo- kuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT).
- Månad ett till tre:
 - De med PTSD bör ha tillgång till TF-KBT eller Eye Mo- vement Desensitization and Reprocessing (EMDR).
 - Individer med uttalade symtom bör kontaktas proaktivt.
- Efter tre månader:
 - De som har fortsatta svårigheter bör få en professionell bedömning.
 - De med långvariga besvär bör erbjudas rehabilitering.

Olika behov i olika faser

Effekterna av en allvarlig händelse leder till att de drabbade har olika be- hov över tid. I akutfasen handlar behoven, som beskrivits ovan, primärt om säkerhet och trygghet samt praktiskt, emotionellt och socialt stöd. I en mellanfas beror behoven mer på hur de drabbade anpassar sig till konse- kvenserna av händelsen. I denna fas behöver samhället samordna insatser från olika samhällsfunktioner såsom hälso- och sjukvård, försäkringskassa, socialtjänst och skola samt andra aktörer såsom frivilligorganisationer och trossamfund. Det är angeläget att skolor, daghem och fritidshem får igång sina verksamheter så snart som möjligt. I mellanfasen har anhörigfören- ingar och självhjälsgrupper ofta kommit igång, och det går att identifiera dem som behöver behandling för sina besvär. I långtidsfasen handlar det om att behandla och rehabilitera dem som har fått kroppsliga och psykiska följdtilstånd.

Psykologisk första hjälp

National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD i USA utvecklat en sammanställning av evidensinformerad kunskap inom området akut krisstöd. Sammanställningen heter Psychological First Aid, Field Operations Guide och en andra version är översatt till svenska (Psy- kologisk första hjälp, PFH) och till norska med titeln Psykologisk første hjelp (PFH). Den svenska versionen finns tillgänglig på www.katastrof-psykiatri.uu.se och den norska på <http://www.nkvts.no/biblioteket/Publi- kasjoner/Psykologisk-forstehjelp-norsk.pdf>.

PFH är utformat för att minska de omedelbara effekterna av traumatiska händelser samt för att stödja adaptiva funktioner på kort och på lång sikt. PFH följer de tidigare angivna principerna för stöd i akutfasen och omfattar följande mål:

- Kontakt och engagemang: Etablera mänsklig kontakt på ett icke-inträngande och medkännande sätt.
- Säkerhet och trygghet: Tillgodose basala behov. Förstärk upplevelsen av säkerhet och trygghet både fysiskt och emotionellt.
- Stabilisering: Lugna drabbade som är emotionellt överväldigade och panikslagna.
- Behovsinventering: Bidra till att de drabbade kan formulera sina omedelbara behov.
- Praktiskt stöd: Lämna stöd så att de drabbade kan tillgodose sina behov.
- Socialt stöd: Bidra till att de drabbade kommer i kontakt med närstående och andra hjälpinstanser.
- Information och bemästring: Förmedla information som kan stödja de drabbade i att bemästra sina psykologiska effekter av händelsen.
- Kontakt med övriga stödinstitutioner: Underlätta fortsatta kontakter med samhällets övriga stödinstitutioner.

Det finns möjlighet att ta en sex timmar lång kurs i psykologisk första hjälp på engelska, på The National Child Traumatic Stress Network: <http://learn.nctsn.org/login/signup.php>.

Förmåga till psykologisk återhämtning

Utöver PFH har National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD i USA också tagit fram en evidensinformerad modell för fortsatt stöd över tiden, i det som på engelska kallas "Skills for psychological recovery" (SPR) – Förmåga till psykologisk återhämtning. Detta koncept innehåller moment som kan understödja återhämtningen när de omedelbara behoven i den akuta fasen har blivit mötta. Förmåga till psykologisk återhämtning kan ses som en modell för sekundärprevention. Med andra ord är det en intermediär intervention med syftet att minska besvären, identifiera bemästringsförmågorna och förbättra funktionsnivån samt att möjligen minska behovet av senare behandling. Konceptet SPR innehåller följande moment:

- Öka förmågan till problemlösning. Detta är en metod för att definiera

ett problem och mål, ”brainstorma” om ett antal vägar för att lösa problemet, utvärdera dessa vägar och sedan pröva de sätt som verkar lämpligast.

- Befrämja positiva aktiviteter. Detta handlar om sätt att förbättra stämningsläget och funktionsnivån genom att identifiera och pröva positiva och trevliga aktiviteter.
- Hantera reaktioner. Momentet gäller förmågan att bemästra och minska oroande kroppsliga och känslomässiga reaktioner i vissa besvärliga situationer.
- Hantera tankar. Den drabbade får lära sig olika sätt att identifiera oroande tankar och motverka sådana med andra sätt att tänka.
- Återupprätta hälsofrämjande sociala kontakter. Detta moment ger vägar för att återupprätta viktiga relationer och samhälleligt stöd.

Stöd till grupper

Litteraturen beskriver olika typer av gruppinterventioner som bland annat kan indelas efter antalet sessioner. En del sker ofta vid endast ett tillfälle, till exempel psykologisk debriefing. Som nämnts tidigare rekommenderas inte denna typ av intervention för drabbade i akutfasen, framför allt eftersom det saknas kontrollerade studier som visar entydigt positiva effekter och eftersom interventionen inte minskar risken för PTSD. Dessutom kan interventionen skada om den genomförs med enskilda individer. Alternativa modeller för insatspersonal beskrivs i nästa avsnitt.

Den mest studerade gruppbehandlingsformen för PTSD med flera sessioner är traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) som har visat sig vara bättre än väntelista. Vid andra former av gruppterapi har man inte funnit tillräcklig evidens för att de reducerar PTSD-symtomen.

Posttraumainterventioner för par och familjer kan gå ut på att minska PTSD-symtom eller ha andra mål såsom att förbättra familjefunktion, men oavsett syftet finns bara begränsade data om deras effektivitet. På detta område behövs mer forskning.

Sorgegrupper för förlustdrabbade är relativt vanliga men det finns inga publicerade, tillförlitliga data om deras effektivitet. Däremot har man nyligen kunnat påvisa vissa positiva effekter av gruppterapi, familjeterapi och internetbaserade terapiformer, alla med inslag av kognitiv beteendeterapi. Effekterna är särskilt tydliga om behandlingen genomförs med dem som har mer uttalade symtom.

Stöd till insatspersonal

Det finns ännu inga entydiga evidens- eller konsensusbaserade riktlinjer för hur stödet till insatspersonal bör se ut. Däremot har det visat sig att det kan finnas flera olika syften med att insatspersonalen möts efter en allvarlig händelse. Ett syfte kan vara att utvärdera den egna insatsen. Sådant har beskrivits i olika sammanhang, till exempel gällande begreppet "after action review" (AAR) som på svenska skulle kunna översättas till insatsutvärdering. Personalen får då möjlighet att diskutera vad som fungerade bra och vad som eventuellt upplevdes som frustrerande och som kan förbättras till nästa gång. Diskussionen kan underlätta hanteringen och bemästringen av en händelse samt hjälpa deltagarna att skapa en berättelse om densamma (mer information om AAR finns på: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadf360.pdf).

Andra syften med gruppmöten efter en insats kan vara att ge möjlighet för en chef att bedöma fortsatta individuella behov samt psykoedukation. Det viktigaste är dock troligen att gruppmedlemmarna får möjlighet att förmedla socialt stöd till varandra. Andra möjliga positiva effekter är att deltagarna kan lugna varandra och få stöd från en inkännande ledare samt få hjälp att hitta positiva, generella bemästringsstrategier och att bemästra skuld- och skamkänslor hos dem som känner att de har misslyckats under en insats. Utveckling av verksamhetsanpassade versioner av det evidensinformerade konceptet psykologisk första hjälp pågår. Det finns redan en sådan sammanställning för militära enheter: *Combat and Operational Stress First Aid (COSFA)* och snart finns också ett liknande koncept för räddningstjänstpersonal. Allt större fokus har också inriktats mot att utveckla kamratstödet i insatsorganisationer samt att utbilda personalen i stresshantering. I insatsorganisationer är det också viktigt att utbilda ledare så att dessa kan stödja sin personal och identifiera dem som behöver individuellt stöd och eventuellt en professionell bedömning. Företagshälsovården i insatsorganisationer måste verka nära personalen för att kunna göra en lämplig screening av exponerad personal, bedöma behandlingsbehovet och stödja cheferna och kamratstödarna. Flera av dessa komponenter kan också vara aktuella på arbetsplatser som inte utgör insatsorganisationer men som har drabbats av allvarliga händelser, till exempel som stöd till personalen på banker efter ett bankrån.

Behandling

Behandling av PTSD

Behandlingen av PTSD behöver anpassas individuellt utifrån den enskilde patientens förutsättningar och behov. En noggrann diagnostisering bör

föregå beslutet om ett behandlingsupplägg. Psykoedukativa interventioner och stabilisering kan behövas innan det går att börja med traumabearbetningen.

Psykologisk behandling

De psykologiska behandlingsmetoder som har visat sig mest effektiva är traumafokuserade. Under senare år har kontrollerade studier av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) och Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) visat att det finns vetenskapligt stöd för dessa PTSD-specifika behandlingsmetoders effektivitet. Vid jämförelser har metoderna visat likvärdiga effekter. När det gäller komplex traumatisering rekommenderas en integration av behandlingsmetoder med tyngdpunkt på att träna stabiliseringstekniker innan det blir aktuellt med en regelrätt traumabearbetning.

Farmakologisk behandling

Läkemedelsbehandling bör inte ses som förstahandsvalet vid behandling av PTSD, men farmakologisk behandlingen kan vara ett komplement till en anpassad psykologisk behandlingsmetod. Farmakologisk behandling kan övervägas för klienter som inte vill gå i traumafokuserad psykologisk behandling, när psykologisk behandling av olika skäl inte kan genomföras, när psykologisk behandling inte har gett resultat, vid behandling av samsjuklighet med förstämnings- eller ångestsyndrom, samt som akut lindring av sömnbesvär.

Behandling av sorg och förlustrelaterad anpassningsstörning

Senare publikationer antyder att man bör avstå från att bedriva psykoterapi med dem som uppvisar milda till moderata sorgereaktioner eftersom det finns en risk för att man kan störa deras egen återhämtning. Däremot kan vissa behöva olika former av stödåtgärder. Senare studier talar för att man bör inrikta eventuell psykoterapeutisk behandling på dem som har en hög grad av symtom, till exempel dem som uppvisar tecken på förlustrelaterade anpassningsstörningar. Man har nyligen visat att kognitiv beteendeterapi (KBT) med inslag av exponering kan ge goda resultat hos den senare gruppen, och antidepressiv medicinering kan bidra till att denna typ av terapi tolereras bättre. Kunskapsläget är relativt nytt när det gäller behandling av komplicerade sorgereaktioner och det får än så länge betraktas som preliminärt.

Förteckning över Kamedo-rapporter

Nr	Titel	Utgivningsår
1	Katastrofmedicinska studier i USA. Beredskap mot naturkatastrofer	1966
2	Studiebesök i USA: American Medical Association's konferens om katastrofsjukvård i Chicago	1966
3	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: Jordbävningskatastrof i Varto-området, augusti 1966	1967
4	Erfarenheter från naturkatastrof kongress i Skopje 25–30 oktober 1966	1967
5	Katastrofmedicinsk dokumentation: "Människor i katastrof". Genomgång av psykologisk och psykiatrisk litteratur av katastrofmedicinskt intresse	1968
6	Ej utgiven	
7	Katastrofmedicinska studier i Israel: Studier av krigssjukvården	1967
8	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: Jordbävning i Debar 1967-11-30–12-02	1968
9	Katastrofmedicinska studier i Italien: Jordbävningskatastrofen på Sicilien, januari 1968	1968
10	Ej utgiven	
11	Katastrofmedicinsk organisation i Öst-Pakistan: Rapport från studieresa maj 1968	1969
12	Katastrofmedicinska studier i Indonesien: Vulkanen Merapis utbrott januari 1969	1969
13	Symposium om katastrofmedicin (utgiven som specialnummer av tidskriften Försvarsmakten)	1969
14	Katastrofmedicinska studier i Göteborg: Stormen "Ada" 1969-09-21–22	1970
15	Katastrofmedicinska studier i Jugoslavien: Jordbävningen i Banja Luka 1969-10-26–27	1970
16	Katastrofmedicinska studier i Västtyskland: Smittkoppepidemien i Meschede, Westfalen 1970	1970
17	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: Jordbävningen i Kütahya-området mars 1970	1971
18	Katastrofmedicinska studier i Peru: Jordbävningskatastrofen 1970-05-31	1971
19	Katastrofmedicinska studier i Jugoslavien: Tågbrand i Wrandukttunneln 1971-02-14	1971
20	Katastrofmedicinska studier i Jordanien: Redogörelse för arbetet vid Svenska Röda Korsets operationslag oktober 1970	1971
21	Studier i USA, september–oktober 1970: Utvecklingstendenser inom medicinsk utbildning och katastrofberedskap	1971
22	Katastrofmedicinska studier i Västtyskland: Järnvägskatastrof i Rheinweiler 1971-07-21	1972
23	Katastrofmedicinska studier i Glasgow: Gasexplosion i Clarkston 1971-10-21	1972
24	Katastrofmedicinska studier i Frankrike: Gasexplosion i Argenteuil 1971-12-21	1972
25	Katastrofmedicinska studier i Danmark: Fenolkatastrofen i Simmersted och Syd-Jylland den 20–23 januari 1972	1972
26	Katastrofmedicinska studier i Japan: Järnvägskatastrofen mellan Nagoya och Osaka den 25 oktober 1971	1973
27	Amerikansk krigskirurgi i Sydostasien: Erfarenheter i sam band med katastrofmedicinska studier 1972	1973

Nr	Titel	Utgivningsår
28	Katastrofmedicinska studier i Glasgow: Katastrof i Ibrox park fotbollsstadion den 2 januari 1971	1973
29	Katastrofmedicinska studier på Rhodos: Restaurangbranden 1972-09-23 Flygevakueringsoperationen	1973
30	Katastrofmedicinska studier i England: Seriekollisioner på motorväg M6 väster om Manchester 1971-09-31	1974
31	Katastrofmedicinska studier i Israel oktober 1973	1974
32	Katastrofmedicinska studier i Italien: Koleraepidemin i Syd-Italien 1973	1975
33	Katastrofövning på Sturup	1976
34	Katastrofmedicinska studier i Nord-Italien: Luftutsläppet av organiska klorföreningar i Seveso, Milano-provinsen 1976-07-10	1977
35	Totalhaveriet av tankfartyget "Monte Urquio" vid La Coruna Spanien, maj 1976	1977
36	Katastrofmedicinska studier på Teneriffa: Flygplansolyckan på Los Rodeos-flygplatsen den 27 mars 1977	1977
37	Katastrofmedicinska studier i Tuve: Skredet den 30 november 1977	1978
38	Katastrofmedicinska studier: Psykiska reaktioner vid katastrofer	1979
39	Katastrofmedicinska studier i Borås: Hotellbranden 10 juni 1978	1979
40	Katastrofmedicinska studier i Spanien: Gasolyckan i Los Alfaques 11 juli 1978	1979
41	Katastrofmedicinska studier i Östersund: Järnvägsolyckan vid Lugnvik 10 augusti 1978	1979
42	Katastrofmedicinska studier i Mississauga, Kanada: Järnvägs olycka 10 november 1979 med åtföljande brand, klorutsläpp och behov av evakuering	1980
43	Katastrofmedicinska studier: Barn under krigs- och katastrof förhållanden. Deras upplevelser, beteenden och psykiska svårigheter	1981
44	Katastrofmedicinska studier i Nordsjön: Förlisningen av bostadsplattformen Alexander L. Kielland den 27 mars 1980	1981
45	Katastrofmedicinska studier i samband med två svenska järnvägsolyckor 1980: Tågkollisionen i Storsund 1980-06-02. Tågurspårningen i Upplands Väsby 1980-08-24	1981
46	Katastrofmedicinska studier i Bologna: Spränggattentatet på centralstationen den 2 augusti 1980	1981
47	Katastrofmedicinska studier i Nevada: Branden på MGM Grand Hotel i Las Vegas den 21 november 1980	1982
48	Katastrofmedicinska studier: Brännskadebehandling	1982
49	Katastrofmedicinska studier i Libanon: Beirut 82	1983
50	Katastrofmedicin – Kemiska olyckor	1984
51	Katastrofmedicinska studier i Mexico: Explosions och brandkatastrofen i San Juanico Ixhuatepec den 19 november 1984	1986
52	Katastrofmedicin – Kärnvapenkrig	1986
53	Katastrofmedicinska studier i Indien: Giftgasolyckan i Bhopal, december 1984	1987
54	Katastrofmedicinska studier i Hessen, Västtyskland: Tankbilsolyckan i Herborn 7 juli 1987	1988
55	SoS-rapport 1989:17 Färjeolyckan vid Zeebrügge den 6 mars 1987	1989
56	SoS-rapport 1990:30 Branden i tunnelbanestationen King's Cross den 18 november 1987	1990
57	SoS-rapport 1990:31 Olyckan vid flyguppvisningen vid Ramsteinbasen den 28 augusti 1988	1990

Nr	Titel	Utgivningsår
58	SoS-rapport 1991:14 Flygplansbranden i Manchester den 22 augusti 1985	1991
59	SoS-rapport 1992:4 Kärnkraftsolyckan i Tjernobyl den 26 april 1986	1992
60	SoS-rapport 1993:3 Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990	1993
61	SoS-rapport 1993:19 Branden på Huddinge sjukhus den 9 november 1991	1993
62	SoS-rapport 1994:2 Spårvagnsolyckan i Göteborg den 12 mars 1992	1994
63	SoS-rapport 1994:15 Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991	1994
64	SoS-rapport 1994:16 Jumbojetkatastrofen i Amsterdam den 4 oktober 1992	1994
65	SoS-rapport 1996:11 Rökgranatolyckan i Uppsala den 25 augusti 1993 och Klorgasolyckan vid Vanadisbadet i Stockholm den 2 augusti 1993	1996
66	SoS-rapport 1996:12 Jordbävningen i Kobe, Japan tisdagen den 17 januari 1995	1996
67	SoS-rapport 1996:20 Explosionen vid World Trade Center i New York den 26 februari 1993	1996
68	SoS-rapport 1997:15 Estoniakatastrofen M/S Estonias förlisning i Östersjön den 28 september 1994	1997
69	SoS-rapport 1997:20 Ebolaepidemin i Zaire 1995	1997
70	SoS-rapport 1998:14 Den tyska katastrofberedskapen belyst genom tre stora olyckor under 1996–97	1998
71	SoS-rapport 1998:20 Terroristattacken med sarin i Tokyo den 20 mars 1995	1998
72	SoS-rapport 1998:21 Bombattentaten i Jerusalem, Ashkelon och Tel-Aviv, våren 1996	1998
73	SoS-rapport 1999:4 Katastrofmedicinska studier under 35 år	1999
74	SoS-rapport 2000:9 Isstormen i östra Kanada januari 1998	2000
75	Brandkatastrofen i Göteborg natten 29–30 oktober 1998	2001
76	Översvämningar i Polen 1997 och i Sverige 2000	2001
77	MS Sleipners förlisning 26 november 1999	2003
78	Den kärntekniska olyckan i Japan 1999	2003
79	Tågolyckan i Tyskland 1998	2004
80	Tågolyckan i Storbritannien 1999	2004
81	Flygolyckan i Taiwan 2000	2004
82	Explosionen i fyrverkerilagret i Nederländerna 2000	2004
83	EU-toppmötet i Göteborg 2001	2004
84	Terrorattackerna mot World Trade Center 11 september 2001	2004
85	Husraset vid bröllopsfesten i Jerusalem 2001	2005
86	Explosionen i konstgödsel fabriken i Frankrike 2001	2005
87	Bombattentatet i köpcentrumet i Finland 2002	2005
88	Översvämningarna i Tjeckien och östra Tyskland 2002	2006
89	Terrorattacken på Bali 2002	2006
90	Terrorattackerna i Madrid i Spanien 2004	2006
91	Flodvågskatastrofen i Asien 2004	2007
92	Evakueringen av svenskar från Libanon 2006 - Observatörsstudier i samband med kriget i Libanon sommaren 2006	2007
93	Strömavbrottet på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge den 7 april 2007	2008
94	Stora busskrascher i Sverige 1997–2007	2010
95	SNAM-insatsen i samband med terroristattentatet i Bombay 2008	2011
96	IT-haverier i världen	2011

