



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for ingeniørvitenskap og sikkerhet

Psykososial beredskap sett i sammenheng med samfunnssikkerhet og beredskapsplanlegging.

En dokumentanalyse av veiledere, lovverk og rapporter vedrørende psykososial beredskap.

Aleksander Hamborgstrøm

SVF-3902 Masteroppgave i samfunnssikkerhet fordypning i sikkerhet og beredskap i nordområdene Juni 2017



Abstrakt

Etter 22.juli har det vært et økt fokus på de psykiske effekter av kriser og katastrofer. Psykososial beredskap som ord og fenomen er relativt nytt og har forskjellige betydninger med tanke på hvilken teoretisk retting som beskriver fenomenet. Fenomenet har i liten grad blitt løftet opp mot et samfunnsfaglig aspekt, psykososial beredskapen har blitt brukt som samlebegrep for veldig mange temaer. Hensikten med denne oppgaven er og utforske psykososial beredskap i en samfunnssikkerhets ramme og beskrive hvorfor denne delen av beredskap ikke er forankret opp mot den helhetlige beredskapsplanlegging. Oppgaven har som mål å besvare hvorfor den psykososiale beredskapen ikke er tydeligere og hvorfor ikke denne beredskapen er forankret i helhetlige beredskapsplanlegging. Sett opp imot lovverk, nasjonal helseberedskapsplan, fellesforståelse for begreper og rolleforståelse.

Dette er en kvalitativ studie som gjennom dokumentstudier har som hensikten og sammenliknede relevante dokumenter. Ved å finne sammenhenger mellom dokumentene basert på forskjellige vitenskapelige retninger har jeg forsøkt å belyse ulike oppfatninger av fenomenet gjennom relevante beredskaps aktører som var definert i dokumentmaterialet. For således å finne ulikheter eller likheter i hvordan disse oppfatter psykososial beredskap rammebetingelser.

Oppgaven viser at psykososial beredskap har varierende forankring hos viktige aktører samt at det er forskjell på hvordan psykososial beredskap tolkes i veiledere, rapporter og planer. Årsaken til dette er dokumenter og retningslinjer er skrevet ut ifra ulike teoretiske perspektiver, et for lite spesifisert lovverk samt at erfarings basert læring blir for spesialisert slik at de generelle læringsmomentene relatert opp mot krisehåndteringsledelse og organisering av den psykososiale beredskapen ikke blir vektlagt. Betydningen av denne studien kan være med på å sette psykososial beredskap inn i en samfunnssikkerhets ramme som er med på å forsterke viktigheten av å utnytte faktorer som kan redusere psykiske reaksjoner i etterkant men som igjen bidrar til styrket innsatts under kriser og katastrofer.

Nøkkelord: Psykososial beredskap, kriseteam, katastrofe psykiatri, psykososial oppfølging, beredskap, krisehåndtering

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Problemstilling:	7
1.2 Avgrensning	7
2. Teori	8
2.1 Hva er samfunnssikkerhet?.....	8
2.2 Krise	10
2.2.1 Krisefaser	11
2.2.2 Kriser definert ut i fra hendelse og ressurser.....	13
2.3 Beredskap	14
2.3.1 Prinsipper for god planlegging.....	14
2.3.2 Forankring	16
2.4 Katastrofepsykiatri	17
2.4.1 Psykologiske konsekvenser av kriser og katastrofer	18
2.5 Oppsummering av teori kapitlet	21
2.6 Sentrale begreper	22
2.6.1 Beredskap	22
2.6.2 Krise	22
2.6.3 Forebygging.....	22
2.6.4 Psykososial	22
2.6.5 Nivåer av krisehåndtering respons/ledelse	22
2.7 Forskningsspørsmål.....	23
3. Metode	24
3.1 Vitenskapelig og metodologisk ståsted	24
3.1.1 Ulike metodiske tilnærminger	24
3.2 Forskningsstrategi	25
3.3 Dokumentstudier som metode.....	25
3.4 Datagrunnlag	26
3.4.1 Utvelgelse av data	26
3.4.2 Snøballmetoden.....	27
3.4.3 Presentasjon og analyse av data	28
3.4.4 Vurdering av dataenes gyldighet og pålitelighet.....	30
3.5 Forskningsetikk	32

4.	Presentasjon av empiri og funn fra dokumentanalysen av datamaterialet og diskusjon.	33
4.1	Grunnlag for tolkning av psykososial beredskap	33
4.2	Psykososial beredskap som samlebegrep for alt som omhandler det psykiske aspektet av sikkerhetsarbeid, katastrofer, kriser og krig.	35
4.3	Inndeling av den psykososiale beredskapen:	36
4.3.1	Aktører	36
4.3.2	Oppgaver:	40
5.	Drøfting	51
5.1	Hvordan forstå begrepet ” psykososial beredskap” ut ifra beredskaps prinsipper og en forståelse av krise som sirkulær prosess?	52
5.2	Hvorfor er ikke den psykososiale beredskapen forankret opp mot en enhetlig kriseforståelse – hvilke kriser planlegges det for?	55
5.3	Er det psykososiale aspektet av beredskapsplanlegging godt nok ivaretatt i lover, forskrifter og nasjonalt planverk?	59
6.	Konklusjon	63
7.	Referanseliste	65

1. Innledning

Interessen og nysgjerrighet rundt psykososial beredskap startet via nettportalen «psykososialberedskap.no». På denne siden blir psykososial beredskap presentert som hovedtema, som en ramme eller «paraply betegnelse», for terror, ivaretagelse av veteraner, oppfølging av personell som har jobbet i katastrofe, beredskaps håndtering, forebygging av ekstremisme og radikaliserings (RVTS-Øst, 2016). Forutsetningen min for tolkning og forståelse av beredskap er evnen til å handle på det vi ikke kan forbygge (Kruke, 2015) og forebygging er arbeidet som gjøres for å hindre at krisen/ katastrofen inntreffer. Dette teoretiske utgangspunktet påvirket i stor grad mitt videre arbeid i å sette psykososial beredskap i et samfunnssikkerhetsperspektiv og måten vi betrakter kriser ut ifra en faseinndeling og en sirkulær prosess som definerer innsats (Kruke, 2015) (Olson, 2000). Med utgangspunkt i et slikt perspektiv kan temaene nettportalen «psykososialberedskap.no» beskriver defineres som forebygging, sikkerhetsarbeid, oppfølging, kompetanseheving og beredskapsarbeid. I utgangspunktet er dette en tolking som jeg finner interessant samtidig som den er annerledes i forhold samfunnssikkerhetsprinsipper og skiller seg fra hvordan andre beredskapssetater og myndighetene oppfatter beredskap. Felles forståelse er grunnleggende for å kunne samarbeide i beredskapssituasjoner, derfor kan ulike oppfatninger eller tolkninger av begreper skape forvirring i beredskapshåndtering situasjoner. I tillegg kan dette være med å bidra til at politikere og andre beslutningstakere sliter med å skille mellom forebygging og beredskap (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). Derfor tenker jeg det er viktig å skille mellom hva samfunnet definerer som beredskap og hva som ikke faller inn under beredskapsbegrepet definert opp mot samfunnssikkerhet.

I nettportalen «psykososialberedskap.no» er ordet beredskap brukt i et forsøk på å samle en del temaer som er beslektet opp mot beredskap og sikkerhetsarbeid. Sett fra et samfunnssikkerhets perspektiv er denne ukritiske bruken av begreper på tvers av politisk forståelse og samfunnsoppfattelse problematisk. I verste fall fører det til misforståelser og dårligere grunnlag for samvirke mellom etater og organisasjoner fordi man sitter med forskjellige forventninger og oppfattelser om hva som er beredskap (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). Hvorfor er dette så nøye? Informasjonsdeling, kommunikasjon og samhandling er viktige elementer i planleggingsprosesser. For at planprosesser skal kunne fungere er delaktighet og felles forståelse viktig, siden dette danner grunnlag for samarbeid

(Dynes, 1994). Det er denne forståelsen som jeg mistenkte var manglende innen psykososial beredskap da jeg begynte mine forberedelser, både med tanke på begreper men også forståelse av roller og ansvar mellom relevante samarbeidspartnere. Ved en grundig gjennomgang av relevante dokumenter, teori og lovverk som var grunnlag for hvordan psykososiale beredskap var tenkt organisert og forankret, oppdaget jeg forskjell i hvordan begreper ble tolket og en manglende felles forståelse. Både av hva krise og beredskap er på tvers av beredskapsaktører og beslutningsmyndigheter, dette ga grunnlag for følgende problemstilling.

1.1 Problemstilling:

«Hvorfor er ikke den psykososiale beredskapen tydeligere og hvorfor er ikke denne delen av beredskapen forankret i den helhetlige beredskapsplanlegging?»

1.2 Avgrensning

Jeg har valgt å fokusere på psykososial beredskap under kriser og katastrofer på nasjonalt nivå. Dokumenter i form av veiledere eller andre styringsdokumenter sett bort i fra lovverk, har jeg brukt dokumenter som er produsert etter 2011. Bakgrunnen for datoavgrensning er terrorhendelsene 22.juli.2011. I hovedsak har jeg sett på psykososial beredskap sin planmessige forankring og hvordan denne forankringen har blitt oppfattet av aktører gjennom dokumenter og retningslinjer. Samt hvordan forskning innen beredskap underbygger retningslinjer utviklet i tråd med lovverk og erfaringer fra hendelser. I min diskusjon og drøfting har jeg lagt vekt på kommunene som ansvarlig for krisehåndtering. Årsaken er at veilederne som jeg i stor grad har brukt som hoveddokument i min analyse er rettet mot kommuner og etter ansvarsprinsippet.

2. Teori:

I dette kapitlet skal jeg presentere oppgavens teoretiske rammeverk. Jeg vil redegjøre for teori innen krisehåndtering og beredskapsplanlegging som grunnlaget for å forstå beredskap.

Hensikten med min teoretiske vinkling er å sette psykososial beredskap inn i et samfunn sikkerhetsperspektiv. Dette danner grunnlaget for å forstå hva beredskap er og hvordan vi kan knytte det opp mot det psykososiale perspektivet av kriser. Når jeg har definert rammevilkårene rundt forståelsen av beredskap innen krisehåndtering, vil jeg forklare det politiske perspektivet i kriser. Ved at kriser er politiske og hvordan politiske agendaer blir skapt i etterkant av en krise er grunnlaget hvordan nye fokusområder og satsninger innen sikkerhets arbeid (Olson, 2000; Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). Psykososial beredskap som begrep og satstingsområdet kom virkelig på agendaen etter 22. Juli (Helsedirektoratet, 2016).

Først vil jeg presenter hvordan norske myndigheter definerer og jobber med samfunnssikkerhet. Deretter avklares krise som begrep og prosess, så vil jeg definere beredskapsbegrepet og presentere kort teori innen beredskapsplanlegging. Med bakgrunn i katastrofepsykiatrien vil jeg sette fokus på det psykososiale aspektet og hvordan samfunn rammes av kriser og katastrofer på det psykologiske plan. Her vil jeg gi en kort introduksjon og forsøke beskrive hvordan man må ta høyde for dette i planlegging. I tillegg til hvilke faktorer er med på å påvirke reaksjonene «stressmestring» og «motstandskraft» resiliense, og hvilke teorier innen katastrofe psykologien finnes rundt anbefaling av tiltak for ivaretagelse av personer som har blitt berørt av katastrofer eller kriser.

2.1 Hva er samfunnssikkerhet?

En konkret definisjon av begrepet Samfunnssikkerhet kom i Stortingsmelding nr. 17 (2001-2002) ”*Samfunnssikkerhet. Veien til et mindre sårbart samfunn*”. (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014)

«Den evne samfunnet som sådan har til å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner og ivareta borgernes liv, helse og grunnleggende behov under ulike former for påkjenninger (St.meld. no. 17 (2001-2002) 2002).»

Myndighetens sikkerhetsarbeid har endret seg de siste tiår, bakgrunnen er det endrede sikkerhetspolitiske bilde og den store teknologiske utviklingen. Etter 1992 har den sivileberedskapen i Norge endret karakter fra å være en beredskap rettet mot krig, til en beredskap som skal takle ekstraordinære hendelser i fredstid (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014). Det finnes noen byråkratiske normer for hvordan myndigheter ser videre på håndtering av kriser.

- (1) Hvordan skal vi hindre at katastrofen inntreffer i utgangspunktet?
- (2) Hvordan kan vi forberede oss for potensielle krisesituasjoner?
- (3) Hvordan kan vi bidra til akutt nødhjelp øyeblikkelig etter katastrofen?
- (4) Hvordan skal vi hjelpe samfunn tilbake til normalsituasjon? (Schnider, 1995).

Norske myndigheters styring av samfunnssikkerhet baserer seg på tre grunnleggende prinsipper (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014).

- **Ansvarsprinsippet:** «Den som har ansvar for en sektor, har også ansvar for nødvendige skadeforebyggende tiltak, beredskapsforberedelser og iverksettelse av tiltak i kriser og krig.»
- **Likhetsprinsippet:** «Det skal være størst mulig likhet mellom organiseringen i fred, krise og krig. Bakgrunnen for dette er at den som utfører samfunnsoppgaver i fredstid, vil ha de beste forutsetningene for å håndtere oppgavene i kriser og krig.»
- **Nærhetsprinsippet:** Kriser skal håndteres på lavest mulig nivå.
- **Samvirkeprinsippet:** Alle virksomheter har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014)»

Målsettingen til beredskapsmyndigheter er å sikre at beredskap blir en naturlig del av planprosessen i samfunnet. Det innebærer å samle ulike tiltak innen beredskapsarbeid i en helhetlig beredskapsplan. Systemtankegangen ligger til grunn for risiko og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) som er grunnleggende verktøy i utarbeidelse av beredskap (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014).

2.2 Krise

Som utgangspunkt er begrepet «krise» en subjektiv oppfatning av virkeligheten. Oppfattelsen av krise var tidligere dominert av at statsmakten var truet (Flin, 1999). I dag oppfattes krise som både berører det personlige nivået men også for lokalsamfunnet (Kruke, 2015). Hvordan vi betrakter kriser, sier også noe om hvordan vi forbereder og håndterer kriser (Olson, 2000). Krise defineres i forhold til mange ulike hendelser, opphavet til krisen er en viktig faktor i forhold til hvor stor krisen blir (Heir, Hussain, & Weiseth, 2008). I mange tilfeller er den kollektive oppfattelsen av krise som rammer samfunnet på flere nivåer og krever en større sammensatt innsats (Kruke, 2015; Perry & Lindell, 2003). Fellestrekkene som går igjen og er med på å beskrive det som vi forbinder med kriser er trussel, tidspress, usikkerhet og kritiske beslutninger (Kruke, 2015). I den siste stortingsmeldingen på område «Stortings melding nr. 10 Risiko i et trygt samfunn» defineres krise slik:

«En uønsket situasjon med høy grad av usikkerhet og potensielt uakseptable konsekvenser for de enkelte personer, organisasjoner eller stater som rammes» (Regjeringen, 2016).

Denne definisjonen er bred, den tar for seg kriser i det private næringsliv eller organisasjoner som kan ha samfunnsmessig konsekvenser. I tillegg tar den høyde for internasjonale kriser i forhold til at den bruker begrepet stater og ikke f.eks. samfunn som har vært utbredt i tidligere definisjoner. Enkeltpersoners betydning er vektlagt noe som gir krise et individfokus. Hva som defineres som uakseptable konsekvenser gir rom for den enkelte organisasjon, individ og stat til å tolke. Dette bringer opp et sentralt tema angående hvordan tolkning av definisjoner kan være med på å definere kriser og hvordan vi kan skille mellom dem. Dette er et vanskelig vitenskapelig spørsmål siden ingen krise er lik eller direkte sammenlignbar (Kruke, 2015). En godt brukt definisjon av kriser er Thomas-teoremet fra 1928 (Thomas and Thomas 1928).

«If men define a situation as a crisis, it will be a crisis in its consequences.»

Thomas-teoremet fokuserer på individet og trygghetsfølelsen, derimot vil de fleste andre definisjoner av kriser beskrives på et mer aggregert nivå. Det er disse definisjonene som danner grunnlaget for det vi i dag kategoriserer som krise (Kruke, 2015). Rosenthal med kollegaer definerer dette som perioder med uro og kollektiv stress, som forstyrrer hverdagen og truer sentrale verdier og strukturer i et sosialt system i uventede og ofte uforståelige måter (Rosenthal, Charles & Hart 1989).

«En krise er en hendelse som har et potensial til å true viktige verdier og svekke en virksomhets evne til å utføre sine samfunnsfunksjoner» (Sårbarhetsutvalget, 2000).

Denne definisjonen fra sårbarhetsutvalget har en bred tilnærming. I mange tilfeller gi bredere definisjoner i større grad rom for tolkning. I veilederen «IS 2428 mestring, samhörighet og håp» som beskriver håndtering av det psykososiale aspektet av kriser og katastrofer.

Veilederen har et tydelig individ fokus og mindre fokus opp mot samfunnet som helhet, nasjon.

«Krise eller krisesituasjoner forstås som dramatiske og potensielt traumatiserende hendelser som kan true eller svekke viktige funksjoner og verdier hos enkelt personer, familier eller lokalsamfunn» (Helsedirektoratet, 2016).

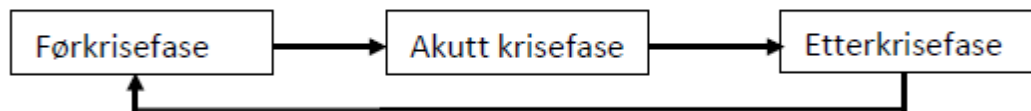
Kriser beskrives i mange sammenhenger og har en betydning både for enkeltpersoner og samfunn forøvrigt. Krise brukes ofte og kanskje ukritisk i media, i bok titler og for å beskrive politiske forhandlinger. Dette er med å prege hvordan vi som samfunn tolker og oppfatter kriser. En grunnleggende oppfattelse av krise er at det referer til en uønsket og overraskende hendelse som har potensielt store negative konsekvenser (Olson, 2000). Et annet viktig kjennetegn er at når en krise utfolder seg går den ikke over av seg selv, men det kreves det at noe må gjøres. (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003).

2.2.1 Krisefaser

Ved å dele kriser opp i faser vil en kunne vurdere og forholde seg til kriser på en måte som gjør håndteringen av krisen mer systematisk. Ved å dele opp kriser i ulike faser gjør det oss i stand til å betrakte og forholde oss til kriser på en måte som gjør oss i stand til å finne ut hvordan vi skal håndtere dem (Kruke, 2015; Olson, 2000). Ved å ha kjennskap til hva som kjennetegner utfordringer i krisesituasjoner, kan vi forberede oss og reagere på en konstruktiv måte. For å forstå kriser er det hensiktsmessig med en fase inndeling, dette er for å forstå hva som skjer i kriser når den utvikler seg. Det finnes ulike teoretiske retninger og måter å dele inn kriser i faser på, det som er et fellestrekk for dem at de har en inndeling som beskriver før, under og etter krisen. Krisefasene som er listet i tabell 1.1 er en samling av noen av disse oppdelingene.

Tabell.1.1						
Teoretisk Retning	Ursano Disaster Psykiatri	Turner	Helse og redningsarbeid	FEMA	Kruke	Kruke et.al.
Før	Steady state	Kulturell normalitet	Alarmering	Mitigation	Proaktivt sikkerhetsarbeid	Pre-emergency
Under	Crisis	Inkubasjonsfasen Utløsende hendelse		Preparedness		Acute emergency
	Disaster impact	Akutt fase SAR	Response The golden hour	Response	Akutt håndtering	Late emergency
Etter	Afterperiods (Shock, reaction, repair, new orientation)	Kulturell omstilling		Recovery	Læring	Rehabilitation and recovery
						Reconstruction and development

I denne oppgaven har jeg valgt å legge fokus på Kruke, helse og redningsarbeid sin betraktning samtidig som jeg vil støtte meg til R. Ursano siden oppgaven går inn på det psykologiske aspektet av kriser og katastrofer. En fase inndeling som er mye brukt er å dele en krise inn i tre grunnleggende faser (Kruke, 2015):



Figur 1.1 Krisefaser som en sirkulær prosess (Kruke 2012)

Fra å tenke kriser som en lineær prosess hvor krisen starter og avsluttes, til å betrakte kriser som en sirkulær prosess, kan man definere kriser som en prosess mer enn ett enkeltstående fenomen. Ved å betrakte kriser ut i fra en sirkulær prosess kan vi enklere forstå krisene/katastrofene i bredere forstand samtidig som en sirkulær tankegang åpner for et

læringsaspekt (Olson, 2000). Den sirkulære prosessen vil alltid komme tilbake til førkrise fasen, men da i forsterket utgave, som følge av læring som gjør en mer robust til å håndtere neste krise. I den akutte krisefasen er fokuset å håndtere krisen med varsling, kommunikasjon, planverk, ordre og kontroll som viktige momenter. Den viktigste samfunnsoppgaven som er høyest prioritert i akutt fasen er evnen til å berge liv og helse. Denne oppgaven ivaretas primært av rednings- og nødetatene som politi, brann og helse. Deretter har vi en gradvis overføring av håndteringen til nivået som er nærmest krisen som kommune/fylke/organisasjonen /bedriften/etat også videre (Olson, 2000). Etter krisefasen er det fokus på normalisering, evaluering, læring, gransking og gjenoppbygging. Ved å se faseinndelingen som en sirkulær prosess vil vi lære av tidligere hendelser og komme frem til en mer robust førkrisefase (Kruke 2012). Hovedtanken er at man får en endret normalfase og at vi er mer forberedt til neste krise (Kruke, 2015). Om krise-faser er sirkulær eller lineær, er en pågående diskusjon i litteraturen. Når vi betrakter kriser er det viktig å ha et klart tidsbegrep før – under og etter som beskrevet i tabellen over. Ved å trekke ut erfaringer fra de ulike fasene kan vi ta lærdom av hvordan krisen ble håndtert. Kartlegging av type krise som oppstod, hvordan utviklet responsen fra involverte seg, hvordan kan tiltak forbedres og forbygges og slik forhindre at dette kan skje igjen, er med på å indentifisere forbedringspotensialene og læringsmomenter, som kan omsettes til kunnskap. For at læring skal ha effekt må endringene implementeres, læres og trenes. Ved å implementere endringer og forbedringene inn i planverket vil man kunne beskrive krise som en sirkulærprosess. Førkrisefasen vil da være endret slik at man er mer forberedt til neste krise (Kruke, 2015). En lineær måte å se krise på, avsluttes etter krise fasen uten at man bearbeide erfaringene og tar lærdommen med inn i pre krisefasen. Når vi tenker på kriser som politiske prosesser er en fasedeling av krisen viktig (Olson, 2000). Årsaken til dette er at de som skal fatte beslutninger eller forberede tiltak mot den neste krise vet hvilke tiltak som må iverksettes i de forskjellige fasene. Dette gjelder både kommunikasjon, operative tiltak, endringer av lover, og i en gjenoppbyggingsfase (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003).

2.2.2 Kriser definert ut i fra hendelse og ressurser

I utvalget av måter å definere kriser på, er det ofte at begrepene ulykker, kriser og katastrofer blir brukt om hverandre, og forskjellen mellom begrepene blir noe flytende (Olsen m.fl. 2008). Hvordan vi skiller kriser fra hverandre er en faktor som er med på å differensiere kriser

(Olson, 2000). Vi kan dele kriser i to hovedgrupper naturskaptede kriser og menneskeskaptede kriser. Det er også en pågående diskusjon at naturskaptede kriser kan være menneskeskaptede, spesielt i forhold til forurensning, avskoging og virksomhet som påvirker naturen (Schnider, 1995). I utgangspunktet er todelingen av kriser mellom naturskaptede og menneskeskaptede kriser som det henvises til i teorien. Krise kan også defineres ut ifra hvilken respons som kreves for å løse hendelsen. En måte å betrakte kriser på, og som kan skille ulykker fra kriser og kriser fra katastrofer, er med bakgrunn i hvilke ressurser krisen utløser (Dynes, 1994). Quarantelli beskriver hendelser basert på respons. Hvis hendelsen kan håndteres og løses ved vanlig respons av etablerte beredskapskapasiteter som politi, brann og ambulanse er det en ulykke. Hvis hendelsen krever en aktivisering av forstrekingsressurser som sivilforsvaret, Røde Kors, Folkehjelpen er det en nødsituasjon eller større hendelse. Hvis hendelsen er av et så stort omfang at man må utvide organisasjoner og tilkalle andre sivile ressurser som maskinentreprenører eller transport ressurser er det en krise. Hvis helt nye grupper blir konstruert og deltar i responsen er det en katastrofe (Quarantelli, 1986; Dynes, 1994). Denne måten å tolke kriser ute i fra responsen er oversiktlig og forståelig spesielt med tanke på planlegging av beredskapsressurser. Ressursstyring som definering av hvor stor ulykken, krisen eller katastrofer, er hyppig brukt i sivilberedskap i Norge (Regjeringen, 2016).

2.3 Beredskap

Beredskap er evnen til å reagere på hendelser som vi ikke kan forebygge, hendelsene kan oppstå når som helst og hvor som helst. Dette er grunnlaget for hvordan det jobbes med beredskap og beredskapsplanlegging (Kruke, 2015).

2.3.1 Prinsipper for god planlegging

Som konsekvens av samfunnets raske utvikling mener Quarantelli (1998) at vi bør planlegge for større kriser fremover. Beredskapsplaner må ta høyde for hva en krise er, og at forskjellen på en krise og mindre ulykke i hovedsak ligger i hyppighet og størrelse (Dynes, 1994). Mens mindre ulykker ofte håndteres på operativt nivå av redningspersonell som helse, brann og politi, vil en krise være avhengig av samarbeid med eksterne aktører, der kontakten må etableres raskt og utenfor de formelle rammene som preger ordinære strukturer og samarbeidsarenaer (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). Mange forskere beskriver

beredskapsplanlegging som en prosess der man skal utvikle et produkt, beredskapsplanen. Quarantelli (1998), Perry og Lindell (2003), Boin og T.Hart er et utvalg av forskere som beskriver prosessen, og viktigheten av å involvere relevante aktører for utvikling av en god beredskap. Fokuset på prosessen i beredskapsplanleggingen er viktigere enn selve produktet. Prosessen er det som skaper en viktig arena for samarbeid, utvikling av felles forståelse og innovative løsninger (Olson, 2000).

Det er et viktig skille mellom beredskap, etterarbeid og forebygging. Beredskap er å reagere konstruktivt på trusler fra miljøet på en måte som minimere de negative konsekvenser mot helse, sikkerhet til individer og integritet til funksjoner, fysiske strukturer og systemer (Perry & Lindell 2003). Beredskap er å sette oss i en situasjon til å takle hendelser vi ikke kan forbygge. Beredskap har en strek forankring i samfunnsplanleggingen slik at vi har en robust forankring og helhetlig tilnærming til beredskap. (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014).

Beredskapsarbeid kan deles inn i flere faser:

1. Risikoanalyse (hva kan skje)
2. Beredskapsanalyse (hva trenger vi av ressurser for å håndtere risikoene)
3. Beredskapsplan (hvordan nyttiggjøre seg av de forskjellige ressursene på forskjellige nivåer)
4. Etablere beredskapsstrukturer og beredskapsressurser
5. Håndtere beredskapssituasjoner (trening, øvelser, ulykker)
6. Læring (erfaringsoverføring hva endrer vi på som kan bidra til mer effektiv håndtering eller hva endre vi for å unngå neste hendelse eller krise)

Ved å ha planer som grunnlag for reaksjoner og handlinger, gjør det oss i stand til å mestre den krisen som vi står ovenfor på en hensiktsmessig måte (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014).

Faser i beredskapsarbeid:

1. Varsling: Effektiv varsling og mobilisering av relevante beredskapsressurser.

2. Bekjemping: Evnen til å hindre at en situasjon utvikler seg. Sikre situasjonen slik at ikke flere kommer til skade og at redning og evakuering kan foregå på en forsvarlig måte.
3. Redning: Sikre at savnede blir funnet og ytet livreddende førstehjelp.
4. Evakuering: Evakuering av berørte til sikkert område.
5. Normalisering: Normalisering skal sikre at skadde behandles og pleies, miljøet føres tilbake til en sikker tilstand.

Perry og Lindell (2003) trekker frem viktigheten av kjennskap til mulige trusler for å kunne planlegge for en krise, og sier i likhet med et utvalg andre forskere som Kruke, Ursano, Quarantelli at kriser er sjeldent like. I planleggingsprosesser er det derfor viktig å fokusere på kommende kriser, og ikke på de som allerede har skjedd. Hvilken type kriser man skal planlegge for er imidlertid vanskelig å avgjøre. Det vil alltid være et spørsmål om man skal forberede seg på det verst tenkelige, eller om man skal legge seg på et lavere ambisjonsnivå (Kruke 2012), og det er ifølge Quarantelli (1998) ikke uvanlig at en virksomhet planlegger for «*hvilke kriser som passer best*», og understreker at god planlegging må ta utgangspunkt i hendelser som er mest realistiske at virksomheten kan bli utsatt for. Ved å gjennomføre risiko og sårbarhetsanalyser (ROS), kan man identifisere risiko og sårbarheter ved eksisterende tiltak.

På den måten kan man iverksette forebyggende tiltak som kan hindre at det oppstår en hendelse i utgangspunktet. Imidlertid har historien vist at vi ikke klarer å hindre alt, så når det skjer en ulykke er det viktig med en proaktiv handlemåte. Dette er med på å hjelpe oss til å kunne reagere på neste hendelse, og ikke tenke reaktivt og fokusere på den ulykken som akkurat har skjedd (Aven m.fl. 2004, Boin m. fl. 2005, Kruke 2012, Quarantelli 1998, Perry og Lindell 2003).

2.3.2 Forankring

Ved å følge Quarantelli`s prinsipper for god planlegging hevdes det at man har et godt utgangspunkt når ulykken inntreffer. Imidlertid møter man ofte utfordringer i planleggingsprosessen og i håndteringen av krisen. Kostnader, prioritering av ressurser og arbeidsoppgaver er eksempler på hvordan prioriteringer endres. Ved å ha knapphet i ressurser

begrenses også evnen til å forbedre seg til det utenkelige (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). Selv om det er forståelse og kunnskap i organisasjonen om forutsetninger for en god planleggingsprosess og god krisehåndtering, er det ikke gitt at dette er på plass (Quarantelli 1998). Å leve i en verden hvor man føler trygghet samt at sannsynligheten for at en krise kan inntreffe er oppfattet som lav, kan føre til store konsekvenser når en krise katastrofe inntreffer. 9/11 var med på å endre mange lands oppfatning og stryket sin kriseberedskap. I Norge fikk vi en tragisk påminnelse 22. juli, beredskapen ble løftet i Norge etter denne hendelsen (Kruke, 2015; Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003; Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014).

Fokusering på koordinering, kjennskap og samarbeid på alle nivåer er en viktig faktor for å takle kriser (Olson, 2000) Imidlertid kan det være vanskelig å få beslutningstakeres oppmerksomhet som har drift, effektivitet og økonomi som viktigste fokus. Utfordringen med beredskapsarbeid er at arbeidet er «usynlig», dersom ulykker ikke skjer eller en krise håndteres bra vies ikke oppmerksomhet, mens kritikken kan være stor hvis utfallet er dårlig (Olsen m. fl. 2008). For at beredskapsarbeid skal være vellykket må det være forankret hos sentrale beslutningstakere. Hvis ikke beredskapen har forankring på toppen, vil det være en viktig oppgave å få ledere til å forstå hva dette innebærer av ansvar og forpliktelser under og etter en krisesituasjon. Dette fordrer også gode holdninger og deltakelse på øvelser utdanning etc. i alle ledd (Olson, 2000; Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003).

2.4 Katastrofepsykiatri

Reaksjoner etter kriser og katastrofer kan variere både i forhold til hvilken type katastrofe, hvilke forberedelser som er gjort og hvordan samfunnet generelt takler krisen (Heide, 2004). Kriser har ulik hyppighet, deres potensiale for skadevirkninger både personlig og samfunnsmessig er enorme (Olson, 2000). I tillegg har katastrofer vært preget av en stereotypisering av de psykologiske effekter på individer i samfunn som rammes (Heide, 2004). En av de mest kjente mytene innenfor katastrofe/krise er panikk. Individer mister evnen til å reagere adekvat samt evnen til å ta vare på andre enn seg selv (Olson, 2000) og gjerne på bekostning av andre (Dynes, 1994). Innenfor krisehåndteringsteori og katastrofepsykiatrien er det lagt vekt på myter om hjelpeløshet blant overlevende. Katastrofe arbeiderne undervurderer ofte kapasitetene til de overlevende i forhold til å være ressurs personer som kan bidra i meningsfull aktivitet (Dynes, 1994). Aktivitet er en viktig faktor,

hvis man bidrar i meningsfull aktivitet vil det myndig gjøre de som er rammet av katastrofen og ha en forbyggende effekt på psykiske ettervirkninger (Heir, Hussain, & Weiseth, 2008; Ruitenberg & Helsloot, 2004). Kruke henviser blant annet til dette i sin artikkel ” *The case of the population contribution* ” hvordan det er de som er rammet av ulykker /katastrofer som er de virkelige livredderne (Kruke, 2015). Dette har også en forbyggende effekt i forhold til utvikling av reaksjoner i etterkant, dette er en av flere ting som kan være med på å gi en opplevelse av kontroll over egensituasjon (Michel, 2014). Hvordan vi som samfunn tenker rundt innbyggernes reaksjoner på kriser er med på å forme hvordan vi skal planlegge og reagere konstruktivt mot alle aspektene av kriser (Kruke, 2015; Ruitenberg & Helsloot, 2004).

2.4.1 Psykologiske konsekvenser av kriser og katastrofer

De psykologiske konsekvensene av kriser og katastrofer beskrives som traumer både mot individ og samfunn. For å kunne begrense utvikling av mentale helseproblemer etter krise eller katastrofer er det viktig å forstå reaksjoner under og etter hendelsene, dette legger grunnlaget for hvilke ressurser som er nødvendig og hvordan man skal inkludere dette i helhetlig planer og tankegang. Ursano definerer traume som:

”...en psykisk vond opplevelse som går ut over den vanlige menneskelige erfaring. Slike hendelser oppleves som regel med intens frykt, skrekk og hjelpeløshet” (Ursano 1994:6).

Kriser og potensielt traumatiske hendelser som er av en slik karakter at man frykter for sitt eller sine nærmeste liv skaper ofte en grunnleggende utrygghet. Studier viser at en økning av opplevd trygghet senker sannsynligheten for å utvikle post traumatisk stress lidelse (PTSD) til tross for at situasjonen generelt sett kan være utrygg (Heir, Hussain, & Weiseth, 2008; Ruitenberg & Helsloot, 2004). Noen kriser og katastrofer har større effekt på våre reaksjoner og oppfattelse av sikkerhet. Vold og overgrep som rettes mot menneskemengder eller utvalgte grupper kan få store psykososiale konsekvenser for mennesker som rammes direkte så vel som indirekte av hendelsen. Erfaringer som er gjort i mange europeiske land, inklusiv vårt eget, tilsier at vi i større grad må fokusere på planlegging og håndtering av slike hendelser. En av utfordringene knyttet til dette er hvordan risiko for slike hendelser og mulige konsekvenser av dem kommuniseres til befolkningen (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007; Heir, Blix, & Knatten, 2016). Tabell 2.1 viser type hendelse og hvordan den påvirker ulike menneskelig og samfunnsmessige dimensjoner.

Tabell 2.1 Generisk og unike utfordringer i natur katastrofer, teknologiske katastrofer og terrorisme

Dimensjon	a) Natur katastrofe	b) Teknologisk katastrofe	c) Terrorisme
Endret følelse av trygghet	●●●	●●●	●●●
Med hensikt			●●●
Uforutsigbar	●●	●●●	●●●
Geografisk plassering	●●	●●●	
Lokal redsel	●●●	●●●	●●
Nasjonal redsel			●●●
Nasjonal sorg	●	●	●●●
Konsekvens over tid	●●	●●	●●●
Tap av tillitt til institusjoner	●	●●●	●●●
Uro i samfunnet	●●●	●●●	●●●
Rammer sosial infrastruktur			●●●
Overbelaster helsesystemet	●●●	●●	●
Svindel/copycats			●●●

a) Naturkatastrofer, skred, uvær, jordskjelv osv. b) Teknologiske katastrofer, giftutspill, atomulykker osv
c) Terrorisme, gisselsituasjoner, bomber

(Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007)

De fleste mennesker mestrer krisesituasjoner som oppstår i hverdagen uten behov for profesjonell hjelp. Imidlertid kan det ved enkelte kriser, ulykker eller katastrofer være behov for å iverksette psykososiale tiltak. Noen få får kroniske psykiske plager etter hendelsene men dette gjelder mindretallet (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). De fleste reagerer med en høy grad av toleranse i forbindelse med stress og viser en motstandskraft, «resiliense» og betyr «at noen eller noe gjenvinner sin opprinnelige form etter å ha vært utsatt for påvirkning». I denne sammenhengen kan man både tenke på individet, men også hvordan hele samfunn kan utvise motstandskraft (Walsh, 2007). Det er heller ingen bred evidensbasert enighet om hvordan effekt av tidlig intervensjoner under katastrofer og kriser har på utviklingen av psykologiske problemer i etterkant (Heir, Hussain, & Weiseth, 2008).

2.4.1.1 Faktorer som kan bidra til utvikling av psykiske traumer.

Psykiske traumer oppstår ved at personen har opplevd en hendelse som er ut over vanlig menneskelig erfaring og er av en slik karakter at den oppleves som en fysisk eller psykisk trussel individet. Eller er vitne til at andre utsettes for slike trusler, slike hendelser kjennetegnes ved at de er svært påkjennende for de fleste mennesker med sterke inntrykk og frykt for helse og eget liv. Det er en del faktorer som er med å påvirke økt risiko for post traumatisk problemer, før selve hendelsen og under selve hendelsen og effektene etter hendelsen (Michel, 2014). Gode rutiner, innhold i hverdagen og ritualer som skaper kontinuitet er viktige. På samfunnsnivå er resiliens knyttet til samfunnsforhold og institusjoner. Med resiliens mener man ulike beskyttelsesfaktorer før eller under belastende erfaringer, som bidrar til at man kan komme seg uten varige mén (Michel, 2014). Resiliens handler imidlertid like mye om forhold i omgivelsene som personlige egenskaper (Sakdapolrak & Patrick, 2013). Disse faktorene kan være indre ressurser eller ytre kilder til motstandskraft (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). Sosial støtte og anerkjennelse fra andre i samfunnet virker beskyttende tillegg til sterke slektsbånd eller tilhørighet grupper med felles verdier er av betydning (Sakdapolrak & Patrick, 2013). Viktige faktorer støtter opp under resiliens er tilgangen på skole, organisert fritid og arbeidsliv og motvirker utstøting, diskriminering og fremmer inkludering (Sakdapolrak & Patrick, 2013).

I en krigssituasjon er aktivitet og plikter som styrker selvfølelsen viktig. Ideologisk tilhørighet virker beskyttende mot psykiske skader. Religiøs tro kan også være en viktig beskyttelsesfaktor for å overvinne frykt og usikkerhet (Walsh, 2007)

I tillegg til fysisk sikkerhet, kan også forutsigbarhet og korrekt informasjon bidra til å fremme trygghet. Dette er viktig for å unngå spredning av ukorrekt informasjon som kan skape mer angst, usikkerhet og uro (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003; Heir, Hussain, & Weiseth, 2008).

Høyt stress, sterk aktivering og angst, samt følelsesmessige svingninger er naturlige reaksjoner på hendelser som blir oppfattet som en trussel mot eget eller andres liv. Reaksjonene kan vare opptil flere dager etter en kritisk eller potensielt traumatisk hendelse. Et viktig tiltak i seg selv kan være å gi informasjon til utsatte og deres pårørende om at de har naturlige reaksjoner på unaturlige hendelser (Michel, 2014). I utgangspunktet er det årsaken til katastrofen og skadeomfang som danner grunnlaget for ettervirkninger. Stress reaksjoner etter slike hendelser kan komme til uttrykk i PTSD, depresjonen eller angst forstyrrelser, det

kan også forkomme andre tilstander som forlengede sorg reaksjoner. Oppfølging etter kriser og katastrofer hvor det er et stort antall mennesker som er berørt krever nøye organisering og koordinasjon. Fordi det er flere berørte enn det er kapasitet og ressurser til (Heir, Hussain, & Weiseth, 2008). Selv om det etter krise både er vanlig og naturlig å ha sterke reaksjoner de første dagene, så peker forskningen i retning av at vedvarende reaksjoner etter en krise øker sannsynligheten for utvikling av PTSD (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007).

Grunnleggende prinsipper for akutt behandling og forebygging:

- Skape trygghet
- Skape følelse av kontroll
- Redusere utsattes overdrevne oppfattelse av eget ansvar
- Redusere grubling
- Normalisere reaksjoner
- Motvirke irrasjonell frykt
- Bistå med hjelp til å håndtere ekstrem unngåelse

(Heir, Hussain, & Weiseth, 2008; Irving & Long, 2001)

Om en hendelse fører til traume, er avhengig av personens opplevelse av hendelsen. Videre er det ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom størrelsen på hendelsen og traumets alvorlighetsgrad (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). I likhet med hvordan man tenker seg en sirkulær utvikling av krisen/katastrofen i et samfunnsperspektiv, kan man beskrive katastrofe psykiatrien på samme måte. Hvor det sirkulære perspektivet er at man kommer tilbake i en endret normaltilstand som gjør at man er mer rustet til neste krise. Dette må være målet fordi intervensjoner eller tiltak som gjøres under krise katastrofe.

2.5 Oppsummering av teori kapitlet

I teorikapitlet innledet jeg med å beskrive norske samfunnssikkerhetsprinsipper for så å definere og beskrive krise, beredskapsforståelse sett opp imot norsk samfunnsplanlegging. Jeg har vært innom grunnleggende perspektiver rundt beredskapsplanlegging dette for å belyse utfordringer rundt forankring av psykososial beredskap og begrepsbruk som danner grunnlag

for enhetlig kriseforståelse. Til slutt har jeg belyst perspektiver rundt katastrofepsykiatri og grunnleggende forståelse av hvordan man skal tilrettelegge for å begrense de psykologiske skadene under kriser og katastrofer.

2.6 Sentrale begreper

2.6.1 Beredskap

Beredskap er evnen til å reagere konstruktivt og hensiktsmessig på hendelser vi ikke kan forebygge (Kruke, 2015).

2.6.2 Krise

«En uønsket situasjon med høy grad av usikkerhet og potensielt uakseptable konsekvenser for de enkelt personer, organisasjoner eller stater som rammes» (Regjeringen, 2016).

2.6.3 Forebygging

«Forebygging er alt arbeid som kan redusere muligheten for at en uønsket hendelse inntreffer, eller på forhånd redusere konsekvensene av en mulig hendelse.» (Regjeringen, 2016).

2.6.4 Psykososial

Psykososial brukes som en fellesbetegnelse for å beskrive forhold som berører psykologiske faktorer som kan ha betydning for sosiale sammenhenger (Helsedirektoratet, 2016). Dette kan være forhold i barns oppvekst, hjemmeforhold, forhold på skolen, på arbeidsplassen osv. Noen ganger kan slike forhold være uheldige.

2.6.5 Nivåer av krisehåndtering respons/ledelse

Operativt nivå er feltresponsen av ressurser på bakken som reagerer direkte på hendelsen eller i tilknytning til den. Dette defineres som profesjonelle nødhjelpspersonell, som politi, brannmenn, ambulanse og annet redningspersonell. Imidlertid vil også dette omfatte alle aspekter av personell; frivillige, profesjonelle, militært personell og kommunale kriseteam for å nevne noen. De jobber inn mot redningsarbeid og ivaretagelse av berørte, dette arbeidet vil variere i takt med at krisen utvikler seg (Coppola, 2015).

Taktisk nivå er første ledelses nivå. Taktisk nivå arbeider hovedsakelig med å koordinere ressurser og kartlegge hvilke ressurser man trenger i den videre håndteringen av krisen/hendelsen altså ledelse av det operative nivå. Taktisk nivå har også en viktig kommunikasjons rolle mot strategisk nivå, samt håndtere offentlig informasjons behov (Coppola, 2015).

Strategisk nivå er det nasjonale nivå eller overordnet nivå som har et større bilde over den strategiske rekkevidden av krisen eller hendelsen. Strategisk nivå kombinerer ressurser nasjonalt for å takle katastrofen i et bredere perspektiv. Dette kjennetegnes ved at det fokuseres på en lang rekke implikasjoner av krisen/katastrofen som igjen danner grunnlaget for videre koordinering av operasjonell respons. På strategisk nivå er det imidlertid viktig at en har full situasjonsbevissthet og kunnskap om forholdene på operativt nivå (Coppola, 2015).

2.7 Forskningsspørsmål

Ut ifra det jeg mener er relevant teori og problemstilling ble det utarbeidet tre forskningsspørsmål:

- Hvordan forstå begrepet ”psykososial beredskap” ut ifra beredskaps prinsipper og en forståelse av krise som sirkulær prosess?
- Hvorfor er ikke den psykososiale beredskapen forankret opp mot en enhetlig kriseforståelse – hvilke kriser planlegges det for?
- Er det psykososiale aspektet av beredskapsplanlegging godt nok ivaretatt i lover og forskrifter?

Som et utgangspunkt henviser jeg til teori fra Kruke, Boin, Hart, Olsen. Jeg har brukt Kruke`s prinsipper innen kriseforståelse R. Ursano og L. Weitseh innen katastrofe psykiatrien. Jeg har også støttet meg på andre forskere for å belyse flere kriterier og skape bredere relevans til oppgavens problemstilling.

3. Metode

3.1 Vitenskapelig og metodologisk ståsted

Metode er ulike måter å tilnærme seg og gjennomføre vitenskapelige studier på. Ordet metode kommer fra gresk «veien til målet» (Tanggaard, 2012). Vitenskapelige metoder kan beskrives som systematiske framgangsmåter som innen forskning er ansett som velprøvde og faglig forsvarlige innenfor samfunnsvitenskapelige miljøer (Skog, 2005). Ved hjelp av vitenskapelige metoder kan man sikre at forskningen har et tilstrekkelig faglig nivå, kunnskapen er pålitelig og tilfredsstillende visse kvalitetskrav. Valg av metode avhenger av hvilket tema, problemstillinger og hvilke forskningsspørsmål som skal besvares. I tillegg må det tas hensyn til ressurser, tid til rådighet, forskernes kompetanse på ulike metoder og tilgang til datamateriale (Jacobsen, 2005).

3.1.1 Ulike metodiske tilnærminger

Hovedsakelig skiller vi mellom kvantitative og kvalitative metodiske tilnærminger. Skillet mellom disse tilnærmingene er at de kvalitative metodene søker å gå i dybden av et fenomen og har fokus på analytiske beskrivelser, den kvantitative vektlegger utbredelse, antall og statistiske generaliseringer (Skog, 2005). Med den konsekvens at det er betydelige ulikheter i hvordan forskningen legges opp og hvilke data undersøkelsene er basert på. Grunntrekkene ved en kvalitativ metode er en induktiv tilnærming, med andre ord et utforskende utgangspunkt ved å gå fra empiri til teori, helhetsfokus, nærhet, ord som kan beskrive konteksten (Tanggaard, 2012). Kvantitativ metode er en deduktiv tilnærming, hvor man tar utgangspunktet i teori for å forklare empiri. Tilnærmingen er generalisering, distanse og tall sikrer at dataene kan sammenlignes (Skog, 2005). Når det gjelder tolkningsmuligheter finnes det også forskjeller i disse to metodene. Kvalitative tilnærminger er et fleksibelt design som gir gode muligheter for relevante tolkninger. Kvantitativ forskning er derimot grunnlagt på et strukturert design, avstandspreget og med selektivitet til kildene. Resultatet blir da et avgrenset og enhetlig datasett som gir grunnlag for at tolkningene får en mer presis form (Jacobsen 2005 og Blaikie 2000).

3.2 Forskningsstrategi

Etter at man har valgt forskningsmetode, er det viktig å velge forskningsstrategi. Kunnskap innen samfunnsvitenskapene kan bare utvikles gjennom en eller flere av de fire forskningsstrategiene; den induktive, deduktive, retroduktive eller abduktive (Blaikie, 2010). Den induktive fremgangsmåten er basert på tanken om at teoretiske perspektiver kan utvikles på grunnlag av empiriske studier, altså at teorien utvikles fra data (Blaikie, 2010). Oppgaven min baseres på aktuelle offentlige dokumenter som omhandler helsemessig og sosial beredskap, lover og forskrifter som styrer dette, relevant aktuell forskning og eksempler fra rapporter etter reelle hendelser. Denne framgangsmåten er sammenfallende med det som beskrives som abduksjon, hvor en tar utgangspunkt i den sosiale verden som aktørene oppfatter. En vil med en abduktiv strategi kunne beskrive motiver, meninger til aktørene og forstå disse ut fra vitenskapelig sammenheng (Blaikie, 2010).

3.3 Dokumentstudier som metode

Jeg har valgt dokumentstudier som metode, og med det som utgangspunktet mener jeg å kunne belyse psykososial beredskap på en utfyllende måte. Dokumentanalyse er en systematisk analyse av skrevne, visuelle og audiovisuelle dokumenter som ikke er produsert av forskeren selv. Denne metoden egner seg ved følgende situasjoner (Tanggaard, 2012):

1. Når det ikke er mulig å framskaffe primærdata.
2. Når det er ønskelig å finne ut hvordan andre forskere har fortolket en situasjon eller et problem.
3. Når en vil vite hva som faktisk er sagt og gjort.

Mitt hovedmål var å finne ut hvordan sentrale aktører samt forskning har fortolket hva psykososial beredskap er. Dette kom til uttrykk gjennom veiledere, rapporter og forskning som kunne relateres til psykososial beredskap. Dokumenter som datakilde kan brukes alene, eller sammen med andre kvalitative data. Dokumenter kan identifisere aspekter ved fenomenene, og brukes til å se sammenhenger ved disse (Bratberg, 2014). Beredskap forbindes med beredskapsressurser og beredskapsplaner, disse stiller krav til forståelse, utførelse og forankring derfor var dette sentralt i kriteriene utvalget av dokumenter. Strategien bak dette var å finne svakheter eller styrker som kunne forklare hvorfor psykososial beredskap manglet

en eller flere av disse faktorene. Med disse faktorene som grunnlag kunne jeg belyse disse svakhetene ved bruk av erfaringer dokumentert i rapporter, relevant teori og aktuell lovgivingen for å se hvor sterkt denne beredskapen er forankret faglig og planmessig sammenliknet med annen beredskap. Dokumentene jeg har brukt i denne oppgaven har til hensikt å belyse grunnlaget og forståelsen fylkeskommuner, statlige departement og kommuner har for å jobbe med psykososial beredskap. Jeg har brukt relevant lovverk for å sette med inn i hjemmelsgrunnlaget som danner det juridiske forankringsgrunnlaget for den psykososiale beredskapen. Strategien vil gjøre det mulig å se hva overnevnte instanser må forholde seg til av overordnede rammer bestemt av myndighetene. Ved å studere statlige styringsdokument vil jeg kunne danne et bilde av hvordan aktørene oppfatter et fenomen og hvordan de forholder seg til dette gjennom veiledere og planer (Tanggaard, 2012). Dette kan igjen komme til uttrykk via prioriteringene og organiseringen rundt beredskapsarbeid slik aktørene selv har definert det.

3.4 Datagrunnlag

3.4.1 Utvelgelse av data

Innsamling av relevante dokumenter var relatert opp mot mitt undersøkelsesspørsmål. Jeg hadde til hensikt å belyse en tematikk som spesielt har vokst fram etter 22. juli. I rapporter fra terrorhendelsen og endringer i forhold til psykososial beredskap har vært rettet mot den psykososiale oppfølgingen av berørte og har ikke i like stor grad belyst de erfaringer eller læringsmomentene mot ledelse og planleggingsperspektivet rundt psykososial beredskap. Rapporten etter skredulykken i Longyearbyen 16. desember 2015 gir også et godt grunnlag for analysing av psykososial beredskap i likhet med de erfaringer fra 22. juli. Mitt dokumentgrunnlag dekker en kortere tidsperiode siden utvalget av dokumenter er mer eller mindre definert av undersøkelsesspørsmålet. Ved å bruke framgangsmåten «snøballmetoden» har jeg fulgt referanser mellom dokumenter. Jeg hadde i utgangspunktet pekt ut noen moderdokumenter som dekket en vis tidshorisont av interesse. Veilederne IS-1810 og IS-2428 var grunnlaget for generering av dokumenter.

Ved å foreta en vitenskapelig undersøkelse vil man bare undersøke et utsnitt av virkeligheten, man må velge et utvalg fra populasjonen (Bratberg, 2014; Skog, 2005). Kvalitative

undersøkelser er ofte basert på strategiske utvalg, dvs. at en velger kilder som har de egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen. Jeg har tatt utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål, slik at kildene som jeg falt på var basert på relevans og hvor styrende de var i forhold til planverk. I tillegg har jeg brukt rapporter som gir svar på hvor eventuelt psykososial beredskapen har sviktet eller har vært manglende. utfordringene rundt dette var å se om det som var gjengitt i rapporten samsvarte med de retningslinjer som definerer grunnlaget for organiseringen av den psykososiale beredskapen.

Det ble fort klart at jeg måtte begrense meg ytterligere slik at omfanget ikke ble for stort. En del av dokumentene er definert av undersøkelses spørsmål med hensikt å avdekke og analysere det som ligger bak begrepet/ressursen psykososial beredskap (Tanggaard, 2012). Bakgrunnen for den psykososiale beredskapen ble utydeligere når jeg analyserte lovgivning og de svakheter ved dem og ved å knytte disse opp mot erfaringer kan dette danne grunnlag for utvikling av nye lover. Dette var viktig med bakgrunnen for hvordan jeg skulle overveie og eksemplifisere kriteriene for dokumenter som kunne hjelpe meg i å besvare min problemstilling (Tanggaard, 2012).

3.4.2 Snøballmetoden

Jeg brukte «snøballmetoden» for å genere dokumenter, metoden beskrives som å følge referanser mellom dokumenter. Ved å utpeke et eller noen «moderdokumenter» som dekker en tidshorisont av interesse, følger man referansene fra «moderdokumentene». Disse dokumentene vil knyttes til referanser tilbake til «moderdokumentene». Lover som i oppgaven brukes for å referer til grunnlaget for etablert praksis på området samt og grunnlaget for hvordan planlegging foregår (Tanggaard, 2012). Det vil med andre ord si at dokumentmaterialet som er brukt i dokumentanalysen er knyttet sammen av referanser (Tanggaard, 2012). I prinsippet kan man la denne prosessen fortsette til en har en meget stor datamengde, jeg har avsluttet da det ikke forekom nye dokumenter som ble vurdert som vesentlig for problemstillingen. Imidlertid kunne jeg sikkert hatt med flere men det er også en del rammefaktorer rundt masteroppgave både med tanke på tid og omfang. Derfor bestemte jeg å velge ut dokumentene med mest relevans utfra moderdokumentene og problemstilling.

3.4.3 Presentasjon og analyse av data

Dokumentstudiet var stort og omfattende, og krevde mye bearbeiding før det kunne presenteres i empiri-kapittelet. Dokumentene varierte i forhold til hvor stor del av temaet de berørte, ved å identifisere moderdokument og andre tilleggsdokument var de med på skille sentrale styrende dokumenter fra dokumenter som beskrev hvordan ting faktisk er under reelle hendelser eller beskrevne oppfatninger av temaet. Det var viktig å analysere de juridiske dokumentene nøye siden de er med på å danne forankring og hjemler som denne beredskapen basere seg på. Data fra dokumentstudiet har jeg presentert både ved hjelp av egne ord og sitater. Empirien fra dokumentstudiet er brukt i utstrakt grad i drøftingsdelen hvor jeg forsøker å sette dette i lys av både et samfunnsperspektiv og et katastrofepsykiatrisk perspektiv.

Dokument materiellet er samlet i forhold til relevans for problemstilling, jeg har satt de opp i i tabell 3.1. Hensikten er å skaffe en visuell oversikt over dokumentenes karakter og relevans i forhold til lovgivningen, forankring hos myndigheter men også opp mot teori og forskningsspørsmål (Tanggaard, 2012). Ut ifra innholdet i dokumentene har jeg forsøkt å vurdere de opp mot teori samt opp mot hvilken faglig tilknytning dokumentene har. Noen av dokumenter er i stor grad basert på tolkninger av data eller fenomener uten en faktisk teoretisk retning, disse er markert som erfarings baserte. Dokumentene i tabellen er listet opp etter påvirkningsevne og mengde innhold som direkte beskriver psykosial beredskap. I tillegg har jeg vektlagt i hvilken grad dokumentet påvirker aktørene i å organisere og forholde seg til psykososial beredskap.

Tabell 3.0 DOKUMENT MATRISE					
Dokument referanse	Dokument navn	Organisasjon	Type	Publisert revidert	Tyngde av teoretisk tilknytning
!! IS-2428	IS-2428 Mestring samhörighet og håp	Helsedirektoratet	Veileder	2015	Erfarings basert Helsevitenskap
!! IS-1810	Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer	Helsedirektoratet	Veileder	2011	Katastrofepsykiatri Samfunnssikkerhet
Lv.1	Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)	Helse- og omsorgsdepartementet	Lovverk	2000	Juridisk Samfunnssikkerhet
Lv.2	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)	Helse- og omsorgsdepartementet	Lovverk	2016	Juridisk Grunnlagsdokument
NHBPL	Nasjonal helseberedskapsplan versjon 2.0	Helse og omsorgsdepartementet	Planverk	2014	Samfunnssikkerhet
St.mld10	St. melding 10 Risiko i et trygt samfunn	Regjering	St. melding	2016	Samfunnssikkerhet
Rp.1	Gjørøv kommisjonens rapport etter 22.juli	Regjeringen	Rapport	2011	Samfunnssikkerhet
Rp.2	Rapport etter skredulykken på Svalbard	DSB	Rapport	2016	Samfunnssikkerhet
Rp.3	Læring for bedre beredskap, Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22.juli 2011	Helsedirektoratet	Rapport	2011	Katastrofepsykiatri Helsevitenskap
Rp.4	Evaluering av modellen for den psykososiale oppfølgingen etter 22. juli 2011	Helsedirektoratet	Rapport	2016	
PBS	Politiets beredskapssystem del III Retningslinjer for politiets beredskap	Politidirektoratet	Bok/ retningslinjer	2011	Samfunnssikkerhet
Avtale	Avtale mellom DSB og Helse direktoratet om Sivilforsvarets rolle som forsterkningenes ressurs til helsetjenestens beredskap	Samarbeids avtale	Avtale	2010	
Ns.1	Psykosialberedskap.no	RVTS Øst	Nettside	2016	Katastrofepsykiatri
!! Moder dokument: bakgrunn for ytterligere dokument					

I prestasjon av resultater eller funn i datamaterialet fra en dokumentanalyse, er man ikke bundet fast ved spesifikke normer i hvordan dette legges fram. Imidlertid anbefales det å systematisere dokumentene i en matrise, ut ifra noen anbefalte kriterier. Dato for publisering, forfatter, type dokument og eventuelt faglige eller teoretisk forankring (Tanggaard, 2012). Jeg brukte min matrise og dokumentreferansene for å knytte sammen resultatene i de tabellene som beskriver en del av funnene og sammenhenger mellom ulike teoretiske perspektivene innen krise forståelse. Hensikten var å ha en rød tråd gjennom oppgaven som illustrere

sammenhengen mellom dokumentene og i hvilken grad de bruker forskjellige begreper tilknyttet psykososial beredskap. Det andre aspektet var å tydeliggjøre hvilke aktører som var beskrevet i dokumentene i forhold til aktiv rolle i krise eller katastrofe situasjon.

En dokumentanalyse er tilrettelagt og utført etter mer hypotetisk-deduktive eller analytisk-induktive prinsipper. Det er således hensiktsmessig å skille mellom selve analyseprosessen og presentasjon av analysens resultater (Tanggaard, 2012). Jeg valgte en mer analytisk-induktiv metode til analysen av dokument materialet, eller sagt på en annen måte multi teoretisk. Jeg forsøkte å indentifisere mønstre i materialet eller nærmere bestemt innhold eller koblinger opp mot det psykososiale i et beredskaps perspektiv. Dette kan beskrives som en indikator som befant seg i større eller mindre grad i dokumentene. Hensikten var å bruke disse mønstrene i materialet til å danne en bakgrunn for teoretisk tolkning i en definert teoretisk ramme for å oppdage nye sammenhenger i materialet. Det var på denne måten jeg oppdaget at det var en stor divergens mellom begrepsbruk i rapporter og veilederne. Dette bydde på utfordringer når man skulle finne den egentlige betydningen av psykososial beredskap samtidig som man skulle se dette opp imot kriseforståelse ut ifra et samfunnssikkerhets perspektiv.

3.4.4 Vurdering av dataenes gyldighet og pålitelighet

Innen forskning er det å vurdere om data man samler inn holder god nok kvalitet til å trekke konklusjoner utfra dem en viktig prosess. Ved å måle datakvalitet sjekker vi reliabilitet og validitet (Jacobsen, 2005).

3.4.4.1 Reliabilitet

For å trekke gode analytiske slutninger fra et datamateriale, er det viktig at dataene er pålitelige. Et viktig prinsipp er å måle reliabilitet innenfor kvantitative studier. Dersom en annen forsker gjennomfører det samme eksperimentet under de samme forhold, skal han kunne få de samme resultatene. I kvalitative studier, som case studier, er det ikke mulig å oppnå en slik form for reliabilitet, fordi graden av struktur både i datamaterialet og i selve undersøkelsen er helt annerledes. Grønmo (2004) hevder at reliabilitet ikke er relevant eller fruktbart som kvalitetsvurderingen i kvalitative studier, og at man heller kan bruke begrepet troverdighet i stedet for reliabilitet. Representativitet kan beskrives som overveielser om hvilket omfang dokumenter representerer et fenomen eller kanskje et brudd i forhold til forståelsen av dette. Dokumentmaterialet som brukes i en dokumentanalyse vil ikke være

fullkomment, dette kan være et resultat av nødvendige og fornuftige valg med tanke på avgrensning av størrelse, tidsperiode eller ekskludering av kilder. Denne problematikken kan også være ute av analytikerens kontroll i form av manglende tilgjengelighet til dokumenter. Uavhengig av årsaken er det viktig å foreta bevisste metodiske overveielse ovenfor det brukte materialet slik at det kan være representativt i forhold til problemstillingen (Tanggaard, 2012). Et av mine viktigste kriterier i utvalg av dokumenter var at disse var fra pålitelige kilder som er ansett som troverdige, samtidig som de skal representere virkeligheten i form av styringsdokumenter i forhold til min problemstilling. I dokumentstudier er troverdighet forbundet med usikkerheter knytte til om det finnes skjevheter knyttet til dokumentene. Hvis dette er dokumenterte fakta som er forbundet med usikkerhet kan det ikke umiddelbart konkluderes med at dette ikke kan påvirke analysenes konklusjoner. Dette kan gi rom for at konklusjonen ikke med sikkerhet er forankret i alle relevante dokumenter. Med andre ord kan man si at i dokumenter som er forbundet med skjevhet, vil valg av dokumenter påvirker analysens generelle konklusjoner i en eller annen retning (Tanggaard, 2012). I min oppgave blir dermed reliabiliteten koblet opp mot nøyaktigheten og troverdigheten i selve undersøkelsen. Gjennom utformingen av problemstilling, valg av dokumenter og tolkning av data grunnlaget har jeg vært nøyaktig rundt resultater og funn for å bevare troverdigheten i oppgaven. I tillegg har jeg vektlagt funn i annen relevant forskning på området og bruke relevante eksempler. Bakgrunnen for dette er at jeg innehar erfaringer fra øvelser og veiledninger for kommunale kriseteam og helseforetak innen psykososial beredskap. Imidlertid ønsket jeg å gi en beskrivelse av virkeligheten definert i skrevne dokumenter som er med på løfte troverdigheten til resultatet. Strategien min har vært å eliminere de tingene som kan virke forstyrrende eller forutinntatt på datainnsamlingen. Objektivitet har vært nøkkelen i mitt arbeide, samtidig som jeg har jobbet med å være tro opp mot de begreper og bruk som myndigheten har lagt vekt på, og gjenspeiles i relevant teori.

3.4.4.2 Validitet

Når man tester datamaterialets validitet, tester man om det er gyldig i forhold til den problemstillingen man har formulert, og hvorvidt de data man har funnet er generaliserbare (Jacobsen, 2005). Hensikten med oppgaven er at de analyser og funn jeg gjør skal kunne brukes for å gi en forståelse av et felt innen beredskap som favner om to vitenskapelige retninger. Underveis i prosessen ble det klart for meg at psykososial beredskap ofte ble brukt

ukritisk med tanke på hva egentlig begrepet beredskap betyr. I en del tilfeller blir psykososial beredskap brukt som overskrift eller nøkkelord, når man egentlig snakker om psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer. Denne forståelsen av beredskap har utfordret drøftingen i oppgaven noe, da det blir vanskelig å generalisere alle funn til å gjelde beredskap generelt da forståelsen av begrepet psykososial beredskap er ulikt. Imidlertid er beredskap som begrep sterkt forankret i vår samfunnsplanlegging, derfor vurderer jeg ikke at dette påvirket oppgavens validitet i negativ retning. Distinksjonen autentisitet, troverdighet, representativt og vurdering av dokumentmaterialets kvalitet er selvfølgelig overlappende. Med forskjellige vektlegginger og konsekvenser kan disse distinksjonen anvendes som en guide for metodistiske overveielser uansett det fortrukne teoriapparatet og hvilken vitenskaps teoretiske paradigme dokumentanalysen måtte skrive seg inn i (Tanggaard, 2012)

3.5 Forskningsetikk

Et grunnleggende prinsipp innen forskning er at man skal ha en bevissthet rundt det etiske aspektet ved forskningen. Det stilles krav blant annet til objektivitet og uavhengighet i forhold til det tema man skal undersøke. Det vil si at man skal ikke ha noen forutinntatt oppfatning under selve prosessen. En ting som drev meg til å være mer objektiv var hvordan forskningsspørsmålet ledet meg inn på et spor og ved hjelp av teori ga meg et resultat som jeg i utgangspunktet ikke hadde sett for meg. I denne prosessen lot jeg teorien lede vei samtidig som jeg fokuserte på å analysere materialet på en ryddig måte. Jeg hadde heller ikke noe agenda i mitt arbeid, men en nysgjerrighet om at psykososial beredskap må henge i tråd med samfunnsikkerhets perspektiver. Dette gjorde det mulig å presenter mine funn på en ryddig og objektiv måte.

4. Presentasjon av empiri og funn fra dokumentanalysen av datamaterialet og diskusjon.

Gjennom dokumentanalysene har jeg oppdaget flere funn og sammenhenger i analysematerialet som belyser og besvarer min problemstilling. Først vil jeg presentere det juridiske grunnlaget som danner bakgrunnen for nasjonal helseberedskapsplan som den psykososial beredskap baseres på. Deretter presenteres de forskjellige aktørene som har en rolle knyttet til de oppgaver som kan defineres som psykososiale beredskap slik som det er beskrevet i grunnlagsdokumentene. Ved å definere aktørene og deres oppgaver i kriser/katastrofer er det lettere for videre å sette dette i sammenheng som kan beskrive hvordan psykosialberedskap er organisert. For å belyse hvorfor psykosial beredskap ikke har den samme forankring til beredskap sammenliknet med annen beredskap har jeg brukt to eksempler; Terrorhendelsen 22. juli 2011 med fokus på de aspektene som kan relateres til evakuerte og pårørende tjenester. Og snøskredet på Svalbard 19. desember 2015 som rammet totalt 11 hus med 25 mennesker i husene. Hensikten er å knytte erfaringene fra hendelsene opp mot de anbefalinger som veiledere beskriver, samt relevant teori for å beskrive hvilken grad av forankringen psykososial beredskap har. Videre vil jeg bruke eksemplene for å utdype eller understøtte funn i dokumentanalysen. Dette omfatter varierende kriseforståelse, forankring og samarbeidsgrunnlag i det skrevende materialet som danner det grunnlag psykosial beredskap er planlagt ut ifra.

4.1 Grunnlag for tolkning av psykososial beredskap

Hendelsene den 22. juli er en del av grunnlaget for hvorfor psykososial beredskap har fått større oppmerksomhet og blitt et sentralt tema i beredskapsplanlegging. I oppgaven har jeg tatt for meg noen av de relevante erfaringer fra terrorhendelsene innen det som kan defineres som den psykososiale delen av beredskaps håndtering. En av de største utfordringene i forbindelse med den psykososiale ivaretagelsen på Utøya var håndteringene av evakuerte- og pårørendesenter. Hendelsen i seg selv var kompleks, erfaringene tydet på at det i større grad var rom for forbedringer og det dannet grunnlaget for den videre satsningen rundt psykosial beredskap.

For å forstå psykososial beredskap må vi først ha en gjennomgang av det juridiske grunnlaget som den generelle helseberedskapen er basert på. Grunnlaget for psykososiale beredskapen er gjengitt i lov om kommunal helse og omsorgstjenesteloven:

Departementet kan innenfor formålene etter § 1, gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder bestemmelser om innemiljø, luftkvalitet, vann og vannforsyning, støy, omgivelseshygiene, forebygging av ulykker og skader mv. Det kan også gis forskrifter om plikt til å ha internkontrollsystemer og til å føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av dette kapittel overholdes.

§ 9. Kommunens oppgaver og delegering av myndighet

Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 8. Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen, kan i tillegg til å delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven delegeres til et interkommunalt selskap.

Kommunens myndighet kan utøves av kommunelegen dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter dette kapittel skal kunne utføres (Helse- og omsorgsdepartementet, LOV-2000-06-23-56 sist endret LOV-2017-03-03-8).

Formålet med helseberedskap beskrives i helseberedskapsloven.

«Formålet med norsk helseberedskap er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig, kriser og katastrofer i fredstid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Loven er basert på ansvarsprinsippet og inneholder krav til beredskap for aktører innen helse- og sosialtjenesters normale ansvarsområder. Loven inneholder krav til beredskapsplaner og ressursoversikter for å kunne ivareta befolkningens liv og helse i kriser. Loven beskriver også hvilken myndighet helsesektoren har i slike situasjoner. Her er det underliggende at liv og helse har en mental komponent i seg. I rammeverket fra helseberedskapsloven §8. virkeområde og forskrifter lyder det:

«Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og

sosiale miljøfaktorer» (Helse- og omsorgsdepartementet, LOV-2000-06-23-56 sist endret LOV-2017-03-03-8).

Dette er utgangspunktet som ligger til grunn for nasjonal helseberedskapsplan, samt grunnlaget for veiledere og evaluering av hendelser. Sammen med de nasjonale retningslinjer for beredskapsmessige tilnærming og nasjonal helseberedskapsplan danner de grunnlaget for å analysere psykososial beredskap. All beredskap i Norge skal være basert på ROS analyse dette gjengis også i nasjonal helseberedskapsplan. Den beskriver kommunens plikt etter loven å gjennomføre ROS i tillegg til en overordnet beredskapsplan, som skal være koordinert og samkjørt med øvrige planer i kommunen, herunder helseberedskapsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 5-2 «*Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse og omsorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven. Planen skal samordnes med kommunen øvrige beredskapsplaner* (Helse- og omsorgsdepartementet, LOV-2000-06-23-56 sist endret LOV-2017-03-03-8)».

I disse utdragene beskrives ikke det psykososiale eller psykologiske eksplisitt, men det er underliggende i begrepet helse, miljø og sosiale faktorer. Som nevnt i teori kapitlet er det psykososiale beskrevet som en felles betegnelse for det som omfatter psykologiske faktorer som påvirker en sosialkontekst (Helsedirektoratet, 2016). Imidlertid kan vi også beskrive det som det psykososiale aspektet av kriser eller katastrofer som påvirker det sosiale aspektet til individ eller samfunn (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007).

4.2 Psykososial beredskap som samlebegrep for alt som omhandler det psykiske aspektet av sikkerhetsarbeid, katastrofer, kriser og krig.

Begrepet psykososial beredskap dukket først opp i rapporter fra 22/7 for å beskrive delene av beredskapsplanene som tar for seg evakuerte- og pårørendesenter og psykososiale tiltak, støtte og oppfølging (Gjørsvik kommisjonen, 2012). Gjennom mine analyser fant jeg forskjellige forståelser for krise, beredskap og variasjoner i teoretiske forutsetninger i de publiserte veilederne, både innenfor samfunnssikkerhet men også innen katastrofepsykiatri. Felles forståelse av betydningen av begreper og hva de uttrykker er grunnlaget for godt samarbeid på tvers av organisasjoner og etater under krise og katastrofer eller i andre beredskaps

sammenhenger (Regjeringen, 2016). Dette er et viktig prinsipp innen beredskapsplanlegging, men også en viktig komponent i hvordan man håndtere krisen/katastrofen (Olson, 2000; Kruke, 2015; Perry & Lindell, 2003; Olson, 2000; Dynes, 1994). Felles forståelse er viktig i kommunikasjonen på tvers av involverte aktører for å motvirke forvirring og misforståelser rundt avgjørelser som skal fattes (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). I materialet var det en manglende felles bergerepsforståelse på tvers av fagfelt. Det første som jeg oppdaget var sammenblandingen av forebygging og beredskap. Forbygning er et preventivt tiltak, mens beredskap er en aktiv prosess i å begrense og løse de utfordringer en krise bringer.

Beredskapsplanlegging er et redskap som gjør oss i stand til å nå et mål og et redskap for finne de nødvendige ressurser for å nå det målet (Terje Aven, 6. opplag 2014). Spesielt i IS-2428 var dette utydelig på lik linje med «psykososialberedskap.no». Videre var det en forskjell i forståelsen av krisebegrepet fra en aggregert og samfunnsvitenskapelig tilnærming i IS-1810 til en individbasert hendelsesstyrt definisjon i IS-2428. Dette kommer jeg tilbake under drøftingen min.

4.3 Inndeling av den psykososiale beredskapen:

Etter gjennomgang og analyse av dokumentene var det naturlig å skille mellom aktører innenfor psykososial beredskap og oppgaver. Hensikten er å danne et ryddig bilde, som gjør det enklere å tenke psykososial beredskap opp mot beredskapsplanlegging, men også i håndtering av beredskapssituasjoner.

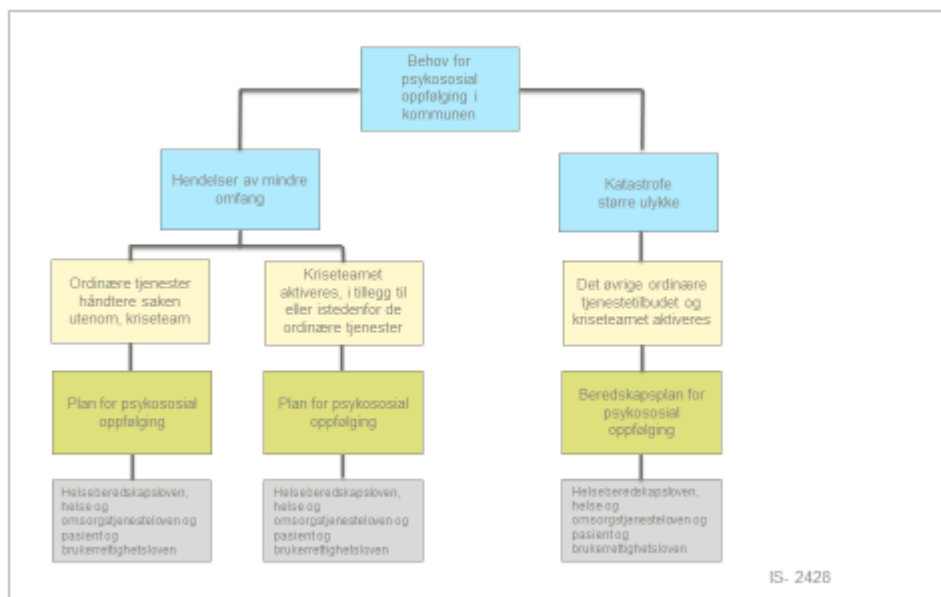
4.3.1 Aktører

I dette avsnittet vil jeg presentere beredskapsressursene/aktørene som i datamaterialet har en beredskapshåndterings funksjon og en sentral rolle innenfor psykososial beredskap. Kriteriene for utvalget er; nevnt spesifikt i helseberedskap planen eller i PBS, IS-1810 eller IS-2428 som viktig aktør og referert til i erfaringsrapporter. Det finnes også andre aktører, men de har ikke en klar definert rolle gjengitt i styrende dokumenter som de undergitte. Aktørene blir enten presentert med utdrag fra dokumenter, eller skrevet med egne ord. De er også rangert ut ifra hvor stor rolle de har og kategorisert i henhold til ansvars oppgaver under en krise/katastrofe basert på Kruke fase inndeling tabell: 4.1. Jeg har valgt å fokusere på de som er beskrevet som aktive bidragsyter på operativt nivå. Oppgavene vil bli ytterligere beskrevet senere i kapitlet.

Tabell: 4.1 Teoretisk retning:	KRISEFASER			Dok. ref	
	FØR	UNDER	ETTER		
Helse og redningsarbeid	Alarmering	Response to golden hour			
Robert J Ursano Katastrofepsykiatri	Steady state	Crisis	Disaster impact	Afterperiods	
Kruke 2012	Før krisefase	Akutfase		Etter krisefase	
Funksjon/oppgave ► Ressurs/aktør ▼	Forberedelser	Evakuerte senter Pårørende senter Tiltak Intervensjoner		Tiltak Oppfølging	
Politi	••	•••	•••	•	PBS IS-1810 IS-2428
Kriseteam			••	•••	IS-1810 IS-2428 NHBL PBS
Kirken			••	•••	IS-1810 PBS
Sivilforsvaret DSB	•		••		NHBPL IS-1810
Røde Kors				•	NHBPL IS-1810
NKVTS			•		NHBPL
RVTS	••				NHBPL

4.3.1.1 Kriseteam:

Psykososiale kriseteam er en tverrfaglig gruppe som skal bidra til å oppfylle kommunes ansvar for psykososial oppfølging i samarbeid med de ordinære kommunale helsetjenestene. Teamet trer inne ved kriser, ulykker og katastrofer i stedet for eller i tillegg til den ordinære helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016). I henhold til helseberedskapsplanen har kommunene en plikt til å yte forsvarlig psykososiale oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer. Det er opp til kommunene hvordan denne beredskapen organiseres, driftes og aktiveres (Helsedirektoratet, 2016) Se tabell for anbefalt aktiveringsbeskrivelse fra veileder IS-2428.



(Helsedirektoratet, 2016)

Foruten ansvar for opprettelse, drift av evakuerte- og pårørendesenter skal kommunen sørge for nødvendig helsetjeneste, psykososial omsorg og støtte, samt forpleining til de evakuerte og pårørende. Psykososiale kriseteam anses av helsemyndigheten som nødvendige for å kunne yte tilfredsstillende psykososial omsorg og støtte (Helsedirektoratet, 2011). Politiet som er en sentral aktør innen alt beredskapsarbeid i Norge, beskriver kriseteamene på en mer konkret måte. Kriseteamene er forankret i kommunen og har det faglige ansvaret for psykososiale tiltak og oppfølging av enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunnet ved uønskede hendelser og kriser (Politidirektoratet, 2011). Det stilles forventinger til kriseteam og organiseringen av denne fra sentrale aktører. Imidlertid er dette ingen lovpålagt organisering som kommunene har, men det er en anbefaling fra helse myndighetene at det "bør" organiseres som kriseteam (Helsedirektoratet, 2016). Forskjellene mellom politiets forventinger i PBS og helse direktoratas anbefalinger gjengitt i IS-2428 er to forståelser av virkeligheten som ikke nødvendigvis stemmer overens. Dette skaper rom for misforståelser og kanskje et enda større behov for en inkluderende beredskapsplanlegging mellom aktørene for å få til samarbeid og koordinert innsats, dette understøttes av flere forskere på området Olsen, Boin, Hart,.Hier, Weisth m.fl.

4.3.1.2 Den Norske Kirke og andre trossamfunn

Den norske kirke i samarbeid med andre trossamfunn har ansvar for å legge til rette for beredskapsplaner på tvers av tro og livssyn. Den norske kirke har en strek plass innen beredskapsplanlegging i Norge. Det er kirkerådet som har koordineringsansvaret for

katastrofeberedskapsplanen. I de psykososiale kriseteamene er det anbefalt at det skal være en prest med. Prester har også sentrale roller i samarbeid med politi i forbindelse med å overbringe dødsbudskap. Det er også prester tilknyttet Hovedredningsentral og lokalredningsentral/ledelse (Helsedirektoratet, 2011).

4.3.1.3 Røde Kors.

«Helsedirektoratet er kontaktpunkt for frivillige organisasjoner. Røde Kors skal gjennom avtale med helsedirektorat tilrettelegge for opprettelse og drift av nye støttegrupper for overlevende og pårørende ved katastrofer. Formålet er å sikre rask etablering av støttegrupper ved kriser der kompetansen og erfaring blir videreført» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

4.3.1.4 Sivilforsvaret

”På regionalt/lokalt nivå utarbeides det avtaler etter egen mal for Sivilforsvaret forsterkning/bistand til primær og spesialist helsetjenesten. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Helsedirektoratet er enige om at følgende oppgaver:

- *Bistand ved etablering og drift av mottakssentret for evakuerte, pårørende og/eller skadde*
- *Bistand i forbindelse med planlegging gjennomføring og evaluering av beredskapsøvelser, samvirke seminar og eller møter der samvirke med sivilforsvaret er et sentralt øvingsmoment” - (DSB og HDIR, 2010).*

4.3.1.5 RVTS og NKVTS

RVTS

«Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal bidra til bedre og mer helhetlig tjenester gjennom kompetanseoverføring til

samarbeidspartnere i regionen. Senterne skal bistå det utøvende tjeneste apparatet (barnevern, helsetjenester familievern, politi, mv.) med informasjon veiledning og kompetansebygging» (Helsedirektoratet, 2016).

NKVTS

«Nasjonalt kompetansene om vold, traumatisk stress er en tverrdepartemental satsning for å stryke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Sentret samarbeider med regionale ressursmiljøer samt relevante kliniske miljøer, forskningsinstitusjoner og faginstanser og gir helsemyndighetene råd samt kan bistå i katastrofesituasjon etter oppdrag fra Helsedirektoratet, eventuelt samarbeid med utenriksdepartementet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Som det fremgår av nasjonal helseberedskapsplan har begge disse sentrene ansvar for kompetansebygging på område, men som direkte involvert i beredskapsarbeid inn i katastrofe er trer NKVTS inn på anmodning fra HDIR.

4.3.2 Oppgaver:

Gjennom analysen av dokumentene er det i utgangspunktet to hovedoppgaver innen den psykososiale beredskap norske myndigheter har definert. Dette kommer fram i hvordan beredskapen beskrives i veilederne, men også hvordan dette fremstilles og evalueres i rapportene brukt under analysen.

1. Evakuerte - og pårørende senter
2. Psykososiale tiltak og oppfølging

4.3.2.1 Evakuerte - og pårørende senter (EPS),

Først vil jeg beskrive hvordan de forskjellige dokumentene i mitt materiale omtaler EPS. Deretter å knytte erfaringer fra 22/7 og skredulykken på Svalbard og hvordan erfaringene fra disse hendelsene beskriver den psykososiale beredskapshåndtering og forankring i planverk. For å beskrive denne oppgaven kommer jeg til å bruke forkortelsen EPS. Imidlertid vil ikke

dette betyr at jeg referer til dette som et senter eller enhet, men en funksjon som kan organiseres forskjellig.

1) Evakuerte senter:

Et oppholdssted for fysisk uskadde personer som har vært involvert i en hendelse, og som har behov for hjelp, som gjenforening med pårørende, samtale tjenester og omsorg (Politidirektoratet, 2011).

2) Pårørendesenter

Et oppholdssted for pårørende som har behov for informasjon, gjenforening, hjelp, omsorg og samtale tjenester. Politiet har egne oppgaver knyttet til dette pårørendesenteret i form av informasjonsinnhenting, avhør av sentrale vitner. I tillegg er dette en arena for å sikre at riktig og relevant informasjon blir spredd fra i redningsledelse/politi. Politiet har også et medansvar i koordinering av mediehåndtering. Kirken har sin naturlige rolle å overbringe dødsbudskap, og oppmerksomhet mot de som har mistet noen (Politidirektoratet, 2011).

I veilederen IS 2428 fremstilles evakuerte og pårørende som et senter. I politiets beredskapsplan er dette to adskilte sentere men som kan samlokaliseres, siden det dreier seg om to forskjellige berørte grupper som nødvendigvis ikke passer sammen. *«Evakuerte- og pårørendesenter og ved behov et senter for lettere skadde, overlevende og deres nærmeste pårørende, vil i en tidlig fase være sted for fysisk oppmøte hvor pårørende kan få informasjon, hjelp, omsorg og samtale. Dette vil også være et sted for det psykososiale kriseteamet og andre kommunale tjenester kan etablere kontakt og utøve psykososiale støttetiltak for rammede»* (Helsedirektoratet, 2016).

I IS-1810 beskrives dette som pårørendesenter og senter for overlevende. Det understrekes at dette er Politiets ansvar i likhet med retningslinjene i PBS, og hvor de kommunale kriseteamene kan bidra inn i dette ved anmodning fra Politiet. I IS-1810 understrekes det også med to separate sentere *«som hovedregel bør senter for pårørende/etterlatte og senter for overlevende være fysisk atskilt da de har ulike behov for psykososiale støtte og omsorg»* (Helsedirektoratet, 2011). Dette samsvarer også med anbefalinger fra teorier rundt

intervensjoner under katastrofer (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). EPS beskrives forskjellig og gjengitt ulikt i sentrale dokumenter og dette kan danne grunnlag for misforståelser og dårlig håndtering av hendelser. EPS omfatter flere aktører og tiltak som er av psykososiale art, tillegg har pårørendesenter en sentral rolle i forbindelse med informasjonsinnhenting (Politidirektoratet, 2011). Funksjonene til EPS kan beskrives som viktig både under akutfasen og etter krisefasen. Organiseringen av EPS vil naturlig ha forskjellige størrelser i forhold til omfang og type hendelse (Helsedirektoratet, 2011; Helsedirektoratet, 2016). Under terrorhendelsen på Utøya ble det opprettet et felles senter for både evakuerte og pårørende på Sundvollen, tilstanden ble beskrevet som kaotisk og organiseringen var uoversiktlig. En av årsakene til dette var en vilkårlig miks av evakuerte og pårørende som skapte vanskelige arbeidsforhold for å skille direkte berørte, indirekteberørte og etterlatte. Dette påvirket driften både av pårørendetelefon og mottaket (Gjørvt kommisjonen, 2012). Under disse omstendighetene opplevde svært mange situasjonen som akutt og dramatisk. I tillegg var det en stor tilstrømming av overlevede, lettere skadde, pårørende og etterlatte (Gjørvt kommisjonen, 2012). Med tanke på prinsippet rundt å skape ro og trygghet, virker en slik organisering mot sin hensikt (Michel, 2014). Erfaringen her illustrerer viktigheten med at EPS bør være to separate senter, derfor er det uklart for meg hvorfor IS-2428 betegner dette som et senter, når IS-1810 understreker viktigheten med å dele dem i likhet med politiets retningslinjer i PBS. Med bakgrunn i disse erfaringene finner jeg at det er lite fokus på denne delen av beredskapen på strategisk og taktisk nivå i veilederen IS-2428 interessant, og særlig med tanke på at veilederen har tatt høyde for erfaringer fra 22. juli. Det virker som planleggingsoppgaver og krisehåndtering på strategisk og taktisk nivå ikke har like stort fokus i IS-2428 som i IS-1810.

Under skredulykken på Svalbard var det psykososiale beredskapsplanverket ikke godt nok noe som bidro til å skape utfordringer rundt etablering og drift av EPS. En av årsakene til dette er at Svalbard har en annen samfunnsstruktur og er organisert på en annen måte enn kommunale helse- og omsorgstjenester på fastlandet (DSB, 2016). Derfor gjelder ikke kommunens plikt for å sørge for psykososial beredskap (DSB, 2016). Imidlertid ble lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) gjort gjeldende for Svalbard 1. oktober 2015 som en del av forskrift om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen. I Nasjonal helseberedskapsplan er ansvaret gitt til Longyearbyen lokalstyre for opprettelse og drift av evakuerte og pårørendesenter (EPS) i Longyearbyen (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2014). Lokalstyret opprettet et psykososialt kriseteam som ble ledet og bemannet av Longyearbyen sykehus og prestetjenesten, under skredet hadde ikke sykehusets kapasitet til denne oppgaven i tillegg til livreddende beredskaps oppgaver. Derfor ble den psykososiale beredskapen og etablering av EPS i første fasen ivaretatt av Svalbard kirke og ansatte fra Lokalstyrets pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) inntil sykehuset kunne frigi ressurser (DSB, 2016). Ivaretakelse av evakuerte, pårørende, etterlatte og berørte var i de første timene etter skredet preget av løsninger som ikke nødvendigvis fulgte beredskapsplanene, og det var kapasitetsutfordringer rundt psykososiale kriseteamet. Løsningsorienterte ansatte i Lokalstyret og en omfattende innsats fra kirken, Sysselmannen, sykehuset og andre ressurspersoner i Longyearbyen medførte likevel at evakuerte, pårørende, etterlatte og berørte i all hovedsak ble ivaretatt på en profesjonell og verdig måte. Håndteringen var preget av at Longyearbyen er et samfunn der alle bidrar, offentlige, frivillige og private. De ansatte i Lokalstyret som bemannet EPS viste stor omstillingsevne, betydelig initiativ og løste oppgavene med EPS på en god måte (DSB, 2016). Flere ansatte i Lokalstyret som var tiltenkt roller i EPS, var direkte berørt av hendelsen og noen roller ble derfor bemannet av andre ansatte. Den ekstreme innsatsen av alle på Svalbard er noe som beskrives i forbindelse med sivilbefolkningens innsats under krise og katastrofe (Alexander, 2002; Dynes, 1994; Kruke, 2015). Det illustreres godt på grunn av samfunnets størrelse og spesielle sammensetning (DSB, 2016). Alle har en viss kjennskap til de ressursene som finnes, noe som bidrar til en løsningsorientert framgangsmåte som baseres på samarbeid og koordinasjon (Dynes, 1994).

Erfaringene fra disse store nasjonal hendelsene viser samsvar med europeisk og nasjonal forskning, viktigheten av tidlig koordinering og planlegging. Et viktig prinsipp innen intervensjoner etter katastrofer er å skape ro og trygghet rundt de som er rammet (Heir, Hussain, & Weiseth, Managing the after-effects of disaster trauma- the essentials of early intervention, 2008; Dyb, Jensen, Glad, Nygaard, & Thoresen, 2014). EPS slik som det beskrives i PBS, IS-2428, IS-1810 understøtter dette. I likhet med all type krisehåndtering kreves det god ledelse for å oppnå ønsket effekten (Flin, 1999). På grunn av god krisehåndteringsledelse fra Sysselmannen og Lokalstyret på Svalbard på tross av ufullstendig planverk ble disse funksjonene ivaretatt ved at ressurser ble omfordelt. Imidlertid var dette en del av beredskapen som burde vært endret på bakgrunn av erfaringen fra «Øvelse Svalbard» i 2014. Øvelsen konkluderte med at sykehuset ikke har kapasitet til å ivareta psykososial beredskaps oppgaver ved større hendelser noe som igjen ble bekreftet under snøskredet (DSB,

2016). Begge disse hendelsen understreker min problemstilling, om at den psykososiale beredskapen ikke har den forankring og prioritet som andre beredskapsplaner.

Felles forståelse for hva psykososial beredskap innebærer er en forutsetning for at kriseledelsen kan reagere konstruktivt på de mentale aspektene ved kriser og katastrofer har. Intervensjoner under katastrofer og kriser har et utgangspunkt i at man skal få trøst, trygghet og hensiktsmessig informasjon (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007; Heir, Hussain, & Weiseth, Managing the after-effects of disaster trauma- the essentials of early intervention, 2008; Gjørvi kommisjonen, 2012; DSB, 2016). Dette er viktige aspekter som har konsekvenser for beredskapsplanlegging, men også hvordan krisehåndteringsledelsen på taktisk og strategisk nivå forvalter sine ressurser. Disse hendelsene gjenspeiler forskjellene mellom i beskrivelsene av EPS i veileder og PBS. Ut ifra dette vil jeg si at IS-2428 gjenspeiler ikke den fellesforståelsen slikt det foreligger i IS-1810 og PBS. Samtidig som erfaringene viser viktigheten med struktur, fellesforståelse og koordinasjon og ledelse for å ivareta oppgavene rundt EPS.

4.3.2.2 Psykososiale tiltak og oppfølging i et beredskaps planleggingsperspektiv

Psykososiale tiltak, oppfølging og støtte er beskrevet i veilederne IS-1810 og IS-2428. Rapportene som er skrevet er basert på veilederen IS-1810. «Med psykososiale tiltak menes med målrettet tiltak som helse- sosialtjenesten setter inn etter potensielt traumatiserende hendelse for å bistå enkeltpersoner eller grupper i å håndtere akutte, psykologiske stressreaksjoner. Hensikten er å forbygge framtidige helseproblemer. Tiltakene innebærer også konkret informasjon, råd og støtte med hensyn til ulike former for praktisk hjelp til rammende» (Helsedirektoratet, 2011). IS-1810 beskriver et forbyggende skadebegrensende perspektiv innen å begrense de psykologiske ettervirkningene enn et langvarig oppfølgingstilbud. Behandling av langvarige reaksjoner hos overlevde etter kriser og katastrofer er oppgaver for ordinære behandlingsapparat (Helsedirektoratet, 2011).

Den siste veilederen IS-2428 beskrives psykososial oppfølging «proaktiv psykososial oppfølging innebære at kommunen aktivt henvender seg til den /de rammende og tilbyr støtte og bistand i en tidlig fase. Proaktiviteten innebærer videre at det etter en tid tas ny kontakt dersom den rammende umiddelbart etter katastrofen ikke ønsker eller ikke er i stand til å ta imot hjelp. Som en del av den proaktive oppfølgingen anbefales at den rammende får en fast, navn gitt

kontaktperson i kommunen som kan bidra til kontinuitet og helhetlig oppfølging»

(Helsedirektoratet, 2016).

Det er et vesentlig skille i disse utdragene med tanke på utdyping rundt framgangsmåte, IS-2428 påpeker viktigheten ved den proaktive oppfølgingen mens IS-1810 ikke fremhever dette på samme måte, bakgrunnen for dette er hendelsen 22.juli (Helsedirektoratet, 2016). Dette kan tyde på at det foreligger ny forskning eller en positiv erfaring i forbindelse med oppfølgingen etter 22.juli. Dette beskrives også i forordet;” etter *terrorhendelsene 22.juli 2011 har man innhentet mye læring og erfaring om hva som oppleves som god oppfølging fra de som har vært mottakere av hjelpen* (Helsedirektoratet, 2016)”. Proaktiviteten som beskrives her i IS-1810 er ikke i samsvar med det som fremstilles i IS-2428. Der er det tydelig lagt vekt på oppsøkende virksomhet. I avsnittet over vil jeg heller si at proaktiviteten ligger i at man er tilgjengelig. I tillegg er IS-2428 opptatt av langvarig oppfølging av de berørte, noe som samsvarer med det som ble gjort med ungdommene som var på Utøya (Helsedirektoratet, 2016). I katastrofe psykologien er spesielt to framgangsmåter diskutert, avventende metode og en proaktiv metode. Den avvente er observerende og man forsøker å kartlegge hvem som har behov for hjelp samtidig som man basere seg på berørte tar kontakt (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). Mens den proaktive metoden basere seg på en oppsøkende metode, denne var både brukt under Tsunamien 2004 samt anbefalt metode ovenfor for berørte av Utøya (Dyb, Jensen, Glad, Nygaard, & Thoresen, 2014). Metodene påvirker planlegging i forhold til ressursbruk og hvilken type hendelse. En proaktiv metode er i stor grad mer ressurskrevende enn en avventende og observerende metode. Ressursene som kreves for å gjennomføre den ene eller andre metoden må sees i sammenhengen med hvor mange som er berørt versus hvilken behandling kapasitet man har.

En av de tidlige proaktive intervensjonene på EPS senteret på Sundvollen er beskrevet under.

«Psykososial støtte til de berørte ble tilbudt av kommunens kriseteam, som ganske raskt fikk bistand av blant annet psykologer, psykiatere og psykiatriske sykepleiere som strømmet til for å hjelpe. Kommuneoverlegen fikk sjekket referanser på dem som meldte seg. Tilbudet om psykososial støtte kunne oppsøkes ved et fast sted på hotellet. I tillegg gikk helsepersonellet rundt blant de forskjellige grupperingene og drev oppsøkende virksomhet. Det var også prester og imam tilgjengelig» (Gjørvi kommisjonen, 2012).

Veilederen IS-1810 og IS-2428 skiller seg fra hverandre på dette feltet. IS-1810 er generell opp mot krise, store ulykker og katastrofer, samt legger mye vekt på prinsipper innen

katastrofepsykiatrien. Mens IS-2428 er tydelig påvirket av erfaringene rundt oppfølging av berørte etter 22 juli, dette gjør at veilederen fokusere i stor grad på hvordan kriseteamene skal drive psykososial oppfølging. Og en generell beskrivelse av ansvaret til kommunen til å legge til rette for øvelse og trening spesielt opp mot krise teamene. Imidlertid er det ikke lagt like stort fokus opp mot selve beredskapsplanlegging og håndteringen av det det psykososiale under større hendelser (Helsedirektoratet, 2016). Veilederen legger seg på et operativt nivå og ikke taktisk eller strategisk slik som IS-1810 gjør. På dette grunnlaget kan vi si at IS-1810 er mer rettet opp mot plan- og katastrofeperspektiv, mens IS-2428 er mer rettet mot de psykososiale kriseteamene som har utførende oppgaver mot berørte, med bakgrunn i erfaringen fra terrorhendelsene. Dette kan være problematisk siden kriser sjeldent er like, og planleggingen bør fokusere på kommende kriser samtidig og generelle erfaringer fra forgående krise som er mer åvnen til bedre krisehåndtering (Kruke, 2015). Imidlertid er ikke IS-2428 primært rettet mot en forståelse av krise slik man definerer det innen samfunnsikkerhet. IS-2428 har et betydelig individ fokus noe som gjør at den ikke legger samme fokus på katastrofe som i IS-1810. Dette er en av årsakene til at begrepsbruk knytte til tiltak og oppfølging blir påvirket. Denne forskjellen kommer også fram i de ulike rapportene fra 22.juli. Oslo kommune hadde brukt psykososiale tiltak i sine beredskapsplaner, som fra helsedirektoratet var vurdert som oppdaterte og gode. Imidlertid var det utfordringer rundt varslingsrutiner og ansvarsforhold i systemet. Det ble indentifisert svakheter som sårbarhet i ressurstilgang, dette gjelder både sammensetning av «*Psykososiale beredskapsteam*» samt arverekkefølgen ved frafall (Helsedirektoratet, 2011). Et vesentlig poeng her er måten begrepene som beskriver «psykososialt» brukes om hverandre uten et bevisst forhold til hvilket tidsperspektiv man har med tanke på «krise faser». Ulikheter rundt begrepsbruk kan være med på å forklare hvorfor de psykososiale planene ikke har den samme kvalitet som andre beredskapsplaner. Et annet eksempel hentet fra Gjørsv-kommisjonens rapport beskriver også planverk men bruker psykososial beredskap.

”Hole og Ringerike kommune har beredskapsplaner som beskriver psykososial beredskap (D8). Hole kommune, den kommunen der hendelsene på Utøya fant sted, har en egen plan for kommunal kriseledelse, som ble vedtatt av Hole kommunestyre 14.06.99 (Beredskapsplan for Helse- og sosial tjenesten i Hole kommune 2002, revidert 2004, 2006, 2009) (Gjørsv-kommisjonen, 2012). ”

”Vi vurderer det slik at det psykososiale arbeidet overfor pasienter og pårørende var meget bra organisert og koordinert i akuttfasen. I en så krevende situasjon vil det alltid kunne være noen svakheter og mangler, men hovedinntrykket er positivt. Helse Sør-Øst delegerte ansvaret for koordineringen til Oslo universitetssykehus i henhold til plan. Det ble opprettet et pårørendesenter ved alle sykehus i samarbeid med politiet (Helsedirektoratet, 2011)”

De psykososiale planene blir beskrevet som mindre systematiske og uklare jamfør andre helseberedskap planer (Gjørsvik kommisjonen, 2012) . Dette samsvarer også med de erfaringene som er gjort i forbindelse med skredet i Longyearbyen (DSB, 2016). Det interessante her er at det gjøres mange av de samme erfaringene 5 år etter, noe som kan forklares med at implementeringen av erfaringene rundt psykososial beredskap ikke har hatt den nødvendige prioriteringen.

I tabell 4.3 beskrives de forskjellige begrepene som kan knyttes opp mot psykososial beredskap, samt beskrivelse om hvordan de i hovedsak er gjengitt i dokumentene og hva de beskriver. Denne oversikten kan sees i sammenheng med hvilke betegnelser som brukes for å beskrive arbeidsoppgaver i ulike krisefaser. Jeg har satt inn begrepene i forhold til hvilken arbeidsoppgave inne beredskapsarbeid de beskriver. Innen psykiatrifeltet kan en akuttfase også være i en etter-krisefase slik som man tolker det i innen samfunnssikkerheten. I veileder IS-2428 beskrives akuttfasen som den første uke etter hendelsen eller traumet har oppstått (Helsedirektoratet, 2016). Det er viktig å ha et klart skille i hva man betegner som akuttfasen vurdert opp mot beredskaps planlegging.

Tab: 4.1		KRISEFASER				Dok. ref
		FØR	UNDER		ETTER	
Teoretisk retning:						
Helse og redningsarbeid		Alarmering	Livreddende innsats			
Robert J Ursano Katastrofepsykiatri		Steady state	Crisis	Disaster impact	Afterperiods	
Kruke 2012 Samfunnssikkerhet		Før krisefase		Akutfase	Etter krise fase	
Betegnelse:	Betydning:					
Psykososial tiltak:	Måltrettede handlinger i å forbygge psykiske reaksjoner, eller intervensjoner.			●●	●●●	IS-1810 IS-2428 Rp.1
Psykososial oppfølging:	Støtte over tid og ved behov.				●●●	Rp.1-4 IS-2428
Psykososial støtte:	Generelt kan beskrive både tiltak og oppfølging men også på et ikke faglig nivå ikke en intervensjon	●	●●	●●●	●●●	PBS IS-1810
Psykososial beredskap:	Betegnelse for å samle alle intervensjoner tiltak rundt psykososiale skadevirkninger i kriser og katastrofer	●	●●	●●●	●●	Rp 1-4 IS-1810 IS-2428 NHBPL

Oppfølging under kriser og katastrofer varierer på bakgrunn av type hendelsen, hvor godt forberedt kommunene er og hvilke ressurser som er tilgjengelig (Helsedirektoratet, 2011) (Helsedirektoratet, 2016). Oppfølgingen som ble gitt etter 22. juli har blitt grundig evaluert over lengre tid, det er naturlig nok ikke hendelsen på Svalbard. Imidlertid er det indentifisert et stort oppfølgingsbehov siden svært mange av Longyearbyens innbyggere var direkte eller indirekte berørt av skredet, konkluderer rapporten fra DSB med (DSB, 2016). Det er behov for et system som kartlegger, fanger opp og følger opp de som har behov for oppfølging også i lengre tid etter en hendelse. Dette gjelder også de som har vært involvert i hjelpearbeidet og de som ikke er direkte berørt av en hendelse.

I Gjörv kommisjonen rapport påpekes det, ved framtidig beredskaps planlegging er det viktig at helsesektoren fortsetter å oppdatere beredskapsplanene jevnlig, øver og koordinerer

planene, fortsetter å utarbeide gode rutiner for og varsle hendelser. Det er viktig å fokusere kontinuerlig på nødvendigheten av effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser (Gjørsvik kommisjonen, 2012). Beredskapsplanene for tjenestene må bli mer omfattende på det psykososiale feltet, det må øves jevnlig og inkludere alle som forventes å ha en rolle. Planene må beskrive kontaktpunkt for varsling, spesifikke tiltak og ansvarslinjer for de enkelte fasene i kriser og retningslinjer for innhenting av ekstern ekspertise. Kompetansemiljøenes rolle i forhold til beredskap må avklares og det må utarbeides planer for koordinering av informasjon mellom kommuner (Gjørsvik kommisjonen, 2012; Helsedirektoratet, 2016; Helsedirektoratet, 2011).

Ut ifra rapportene er det flere fellestrekk ved hendelsene som beskriver planer og gjennomføring av det psykososiale beredskapsarbeidet. På tross av at 22. juli er en terrorhendelse og Svalbard en natur katastrofe, kommer mange av de samme poengene fram i rapporten fra Svalbard. I det fremtidige beredskapsarbeidet bør Lokalstyret i større grad systematisere og klargjøre roller og ansvar i ivaretagelsen av det psykososiale arbeidet. Rutiner for etablering av psykososialt kriseteam bør gjennomgås og øves. Alle relevante fagpersoner i Longyearbyen bør inngå i et felles psykososialt kriseteam med tydelig eierskap. Dette bør være endel av arbeidet som ivaretas av personell som inngår i det psykososiale kriseteamet (DSB, 2016). Skredulykken fokuser på større systematikk og rollefordeling. Gjørsvik kommisjonen kommer med en lignende erfaring.

«Det påpekes imidlertid av flere at det er lokale kommunale forskjeller på den etterfølgende psykososiale oppfølgingen, og at kriseberedskapen for psykososial oppfølging oppleves som noe mangelfull» (Helsedirektoratet, 2016).

Disse erfaringene understreker at planverk ikke har den forankring som skal til for å danne grunnlag for en organisering som er i samsvar med de respektive aktørenes rolleforståelse innenfor psykososiale beredskap. Dette er med på å danne et bilde som er uklart i forhold til ansvaret for denne delen av beredskapen, og kan skape usikkerhet rundt forståelse og koordinering for ansvarlig kriseledelse. En kompliserende faktor rundt dette er at psykiatri i utgangspunktet er et fagfelt som er forbundet med god tid og en til en behandling. Når i tillegg behandlingsformene og kartleggingsmetodene er lagt opp til dette blir dette meget komplekst under tidspress og har ansvar for kartlegging av flere grupper mennesker samtidig noe som er forskjellig fra en vanlig en til en konsultasjon (Heir, Hussain, & Weiseth, Managing the after-effects of disaster trauma- the essentials of early intervention, 2008). Som

nevnt tidligere er planlegging rundt beredskap en vesentlig faktor for hvordan vi reagerer på kriser og katastrofer. Både EPS, kommunes psykososiale beredskapsplaner innen tiltak og videre oppfølging er i liten grad forankret, vilkårlig organisert eller regulert godt nok av gjeldene lovverk. I tillegg ser man en trend i IS-2428 som bekrefter Quarantelli`s poeng om at ofte planlegges for spesifikke scenarioer, og det fokuseres for lite på den generelle planleggingen som kan anvendes på flere ulike kriser (Dynes, 1994). IS-2428 fremstiller det som at det alltid vil være behov for massiv individuell proaktiv psykososial oppfølging etter en katastrofe (Helsedirektoratet, 2016).

5. Drøfting

Begrepet samfunnssikkerhet dekker en rekke områder som tilsammen skal sørge for et trygt samfunn. Innenfor samfunnssikkerhet er det flere aspekter av forebygging og tiltak som sammen bidrar til sikkerhet og trygghet. Det utarbeides en rekke planer av forskjellige etater, samtidig finnes en rekke statlig organisasjoner som har som oppgave å spre og informere om disse planene (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014). Nye satsningsområder blir til eller svakheter i eksisterende planer innenfor sikkerhet og risiko blir endret, anses dette som en del av læringsprosessen som skjer etter kriser/katastrofer (Kruke, 2015). Politikerne og styresmaktene bruker denne læringsprosessen for å avdekke huller i beredskapen. I tillegg er forventingene fra innbyggere/samfunnet/nasjonen med på å påvirke satsningsområde fremover, opinionens mening blir sterkt påvirket hva hvilken type katastrofe/krise som de rammes av (Olson, 2000).

Etter 22. juli ble det stilt massive forventinger om hvordan ungdommene rammet av terrorhandlingene skulle ivaretas. Politisk sett er symbolikken rundt ivaretagelse og evnen til å vise medmenneskelighet for de som har blitt utsatt for ekstreme påkjenninger og tap viktig. Det å ikke delta i slike handlinger som er med på å skape kollektive følelse eller anerkjenne de som er berørt i en krise, kan få store konsekvenser for myndigheter og politikker i styrende posisjoner (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). Ivaretagelsen og oppfølgingen av ofrene etter hendelsen 22.juli hadde høy prioritet hos sittende regjering under og etter hendelsen (Gjørsv kommisjonen, 2012). En av årsaken til dette var det ekstremt høye tapet av unge menneskeliv under særdeles tragiske omstendigheter. Hvorfor terror påvirker befolkningen i større grad enn andre kriser ligger i terrorhandlingens natur. Terror har til hensikt i å skape frykt og påvirker vårt daglige liv i større grad enn ved andre typer katastrofer (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). Et terrorangrep har vidtrekkende konsekvenser for innbyggernes opplevelse av egen trygghet (Gundel, 2005). Vold og overgrep som rettes mot menneskemengder eller utvalgte grupper kan få store psykososiale konsekvenser for mennesker som rammes direkte så vel som indirekte av hendelsen. Erfaringer som er gjort i mange europeiske land, inklusiv vårt eget, tilsier at vi må i større grad må fokusere på planlegging og håndtering av slike hendelser. En av utfordringene knyttet til dette er hvordan risiko for slike hendelser og mulige konsekvenser av dem kommuniseres til befolkningen (Nissen & Hier, 2016; Ruitenbergh & Helsloot, 2004; Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael,

2007). Dette førte igjen til en massiv satsning på det psykososiale aspektet av kriser og katastrofer. I den forbindelse ble den første «Veilederen rundt psykososiale tiltak i ved kriser, ulykker og katastrofer» IS-1810 ble utgitt august 2011 etterfulgt av «Mestring, samhørighet og håp» IS-2428 februar 2016 som tok høyde for de erfaringer som var gjort i oppfølgingen etter 22 juli og erstattet den tidligere veilederen. I dag er også psykosialberedskap satsingsområde for flere aktører.

5.1 Hvordan forstå begrepet ”psykososial beredskap” ut ifra beredskaps prinsipper og en forståelse av krise som sirkulær prosess?

Beredskap er evnen til å reagere konstruktivt på hendelser som svekker samfunnet og enkeltpersoner som vi ikke har kunnet forebygge (Perry & Lindell, 2003; Kruke, 2015). Ut i fra en forståelse om at kriser er sirkulære prosesser, vil læringsaspekt kunne måle i hvilken grad beredskapsarbeid tar høyde for erfaringer fra virkelige hendelser samt øvelser (Kruke, 2015). Ved å dele kriser inn i faser kan man lettere analysere hendelser samt sette riktig arbeidsoppgaver inn i en tidshorisont som følger krisens utvikling. Som vist i tabellene i kapitel 4 at ved å dele kriser i en tidsramme før, under og etter kan vi plassere de psykososiale beredskapsoppgaver der de hører hjemme i de ulike krisefasene. Ved å definere psykososial beredskap som reaksjoner og intervensjoner på psykososiale konsekvensene av kriser og katastrofer kan vi enklere danne oss et bilde over hva hensikten med den psykososiale beredskapen er og hva det innebærer av ressurser. I hovedsak har vi tiltak eller intervensjoner som er direkte handlinger eller legger til rette for å begrense f.eks. umiddelbare traumereaksjoner under selve krisen, dette kan skje enkeltstående eller i sammenheng med f.eks. EPS. Oppfølging er noe som naturlig plasseres i en fase etter krisen, dette kan være på kortere eller lengre sikt i en normaliseringsfase men også en del av en gjenoppretningsfase/ gjenoppbyggingsfase. Med en slik framstilling er det lettere å drøfte hva som legges i begrepet psykososial beredskap når innholdet fra dokumentene er definert og illustrert fra en forståelse av hvordan kriser og katastrofer betraktes. Psykososial beredskap har en naturlig faglig forankring til katastrofe psykiatrien som på mange måter er noe som må ligge i bunnen for å kunne gi dette en fornuftig faglig substans. De siste ti årene har det vært en utvikling innenfor feltet, mye av forskningen viser at intervensjoner/tiltak må være evidensbasert skal det ha effekt. Det er oppfatninger og forskning som har konkludert med at tidlig intervensjoner som psykologisk debrifing ikke har effekt på utvikling av kroniske plager i

etterkant (Michel, 2014). Imidlertid er det ingen bred enighet i fagmiljøet, det er flere behandlere som bruker denne metoden på personer som har tydelige plager, fordi det også tyder på at personer har effekt av denne typen intervensjon (Irving & Long, 2001). I tillegg har vi to typer tilnærminger til håndtering av berørte etter krise og katastrofe, den avventende eller proaktiv, i Norge har man lagt seg etter den proaktive som hovedregel. Imidlertid sier det seg selv at det ikke vil være mulig i alle katastrofesammenhenger av nasjonale størrelse å drive proaktivt i en tidlig fase grunnet ressurskapasitet. Planleggingen bør altså ikke låse seg til en metode, men man må kunne bruke den metode som også av hensyn til logistikk og ressurser kan gjennomføres i en første fase. Dette mener jeg at IS-2428 ikke har tatt spesielt høyde for. Et viktig aspekt i psykosial beredskap som er viktig i håndtering og planlegging, er at de personene som rammes av katastrofer eller kriser kommer normalt fra det uten vedvarende kroniske plager (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). Målet med tiltak etter alvorlig hendelser er å støtte tilfriskingsprosessen og identifisere individer som kan ha behov for videre oppfølging (Heir, Hussain, & Weiseth, Managing the after-effects of disaster trauma- the essentials of early intervention, 2008). Intervensjoner under kriser og katastrofer handler om hvilke forberedelser som ligger til grunn for å håndtere krisen når den er her. I denne forbindelse er det viktig at nødvendige ressurser til planprosesser som ivaretar opplæring, informasjonsdeling, og øvelser blir prioritert (Olson, 2000; Perry & Lindell, 2003). Tidligere var det bred enighet i det norske samfunnet om å ha et forholdsvis lavt ambisjonsnivå med hensyn til beredskap. Noe som gjenspeilte hvor trygt det norske samfunn ble oppfattet (Kruke, 2012). Oppfattingen ble endret etter terrorhandlingene mot regjeringkvartalet og Utøya den 22. juli. Gjennom Gjørsv-kommisjonens rapport ble det avdekket mange svakheter ved beredskapen som forsterket en mistillit til beredskapen i Norge (Gjørsv kommisjonen, 2012). I sum har dette bidratt til at vi har mer fokus på beredskap, men også mot deler av beredskap som ikke tidligere har vært like høyt prioritert. Med bakgrunn i de psykologiske konsekvensene etter kriser og katastrofer har man hatt et økt fokus på psykosial beredskap etter 22. juli. I en naturlig kombinasjon av psykososialt og beredskap kan vi definere psykosial beredskap som; **evnen til å reagere effektivt og håndtere de psykologiske påkjenninger under og etter en krise eller katastrofe som påvirker eller har påvirket det sosiale aspektet til individ eller samfunn.**

Med bakgrunn i læring etter kriser danner dette grunnlaget for hvordan vi håndterer den neste krise (Kruke, 2015). En viktig erfaring er at den neste krise blir aldri den samme, imidlertid er det lett å overfokusere på det kjente, når man skal prøve å mestre det ukjente (Olson, 2000).

Dette er med på å påvirke hvordan politikerne forvalter sine ressurser (Schnider, 1995). Disse argumentene tenker jeg er relevant i forhold til hvordan fokuset ble rettet mot de psykiske konsekvensene av terrorhandlingene. I boka ” *Public Leaders hip in time of crises; Mission Impossible* ” av Boin med kollegaer beskriver de hvordan krisens konsekvenser er med på å sette fokus på ting som gir mening samtidig som det kanskje trekker oppmerksomheten fra hva som virkelig er problemet (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). Det er ikke metodene eller i utgangspunktet intervensjoner rundt oppfølgingen som har vært de største utfordringene beskrevet i rapportene (Helsedirektoratet, 2016; Gjørsv kommisjonen, 2012; DSB, 2016). Derimot mangel på koordinering, samarbeid og rolleforståelse er de virkelige utfordringene innen psykososial beredskap slik jeg tolker det ut i fra dokumentgrunnlaget. Ved å heller styrke forståelsen av det psykososiale aspektet inn i planlegging og felles kriseforståelse hos beslutningsmyndigheter og aktuelle beredskapsaktører, kan det bidra til mer helhetlig forståelse for psykososial beredskap. Dette kan bidra til at planlegging tar høyde for hvordan kriser/katastrofer utgjør en risiko for mental helse og den psykososiale dynamikken i samfunnet (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). Hvordan dagens hendelser/kriser er med på å sette fokus på denne typen beredskap er tydelig i dokumenter som er utgitt, men i liten grad konkretisert innenfor realistiske rammer. Mesteparten av arbeidet rundt psykososial beredskap stammer fra 22. juli og Gjørsv kommisjonens betraktninger brukes mye som hjemmel for videre arbeid. Fokuset på den psykososial oppfølging har vel etter min mening kanskje fått litt for stor plass versus forankring og koordinering av den psykososiale beredskapen. I rapporten vises det blant annet til dårlig organisering av EPS. Kommunen har en plikt å ha psykososial beredskap, men har ingen føringer på hvordan dette skal organiseres. Olsen poengterte i sin artikkel «*Toward a Politics of Disaster*» at fokuset på det medmenneskelige aspekt av kriser kan være viktigere fordi samfunnet krever det. Derfor skifter fokuset mot det som er populasjonen krever og de virkelige utfordringene adresseres ikke (Olson, 2000). Imidlertid tar man høyde for de erfaringene som er gjort sett opp mot relevant teori og forskning bekrefter det at de største utfordringene rundt mental ivaretagelse under og rett etter kriser/katastrofer er at det kreves større grad av planlegging og en helhetlig koordinering av de psykososiale beredskapsressursene. En direkte årsak til dette er at beredskapsaktørene som utfører dette samarbeider enda mindre til det daglige på grunn av at mye av beredskapen er satt sammen av ulike yrkes grupper fra ulike tjenester i kommunen som ikke jobber sammen i det daglige (Heir, Blix, & Knatten, 2016; Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). Dette reiser også spørsmål rundt ansvar og likhetsprinsippet, og

om det ikke er hensiktsmessig å organisere denne typen beredskap etter disse prinsippene. Imidlertid er det ikke rammer for å ta problemstillingen opp i oppgaven, men det er et interessant perspektiv.

Det helhetlige katastrofeperspektivet ligger er grunnlaget for IS-1810 imidlertid vil jeg påstå at det ikke er representativt i IS-2824 dette bekreftes i de erfaringene som er gjort under terrorhendelsen 22. juli og skredulykken på Svalbard, belyses som mangelfullt. Dette bør i fremtidige veiledere eller lovverk vektlegges i større grad for å få en sterkere forankring og beredskaps håndtering av det psykososiale aspektet ved kriser/katastrofer. IS-2428 fokuserer i større grad på individ og de faktiske behandlingsformene som brukes av de psykososiale kriseteamene i møte med berørte. Dette er også en viktig del av psykososial beredskap, imidlertid må det ikke gå på bekostning av den generelle beredskapsplanlegging som danner grunnlaget for hvordan vi skal gjennomføre beredskapsoppgaver i tråd med de retningslinjer myndighetene har fastsatt.

5.2 Hvorfor er ikke den psykososiale beredskapen forankret opp mot en enhetlig kriseforståelse – hvilke kriser planlegges det for?

For å forstå kriser må man også forstå betydningen av begrepet på tvers av teoretisk tilnærming. I den siste stortingsmeldingen nr. 10 Risiko i et trygt samfunn, blir det understreket viktigheten av felles begrepsforståelse, eller kunnskap om hverandres begrepsbruk. Dette er en forutsetning for å kunne samhandle og forstå hverandre under hendelser eller andre beredskaps sammenhenger (Regjeringen, 2016). Dette er en viktig faktor i å kunne samarbeide på tvers av etater, direktorater, departementer, fylker og kommuner. Gjennom mine analyser fant jeg en inkonsekvent begrepsbruk som viser en tydelig mangel på felles forståelse for betydning av begreper og oppgaver. Dette gjenspeiles i rapporter fra 22. juli. Rapporten beskriver ulike oppfatninger hos flere av aktørene vedrørende de psykososiale beredskaps oppgaver i en krise/ katastrofe situasjon. Som beskrevet i tabell 4.3 var ordene psykososial-tiltak, oppfølging og støtte var spesielt brukt i mange sammenhenger uten å beskrive hva de innebærer under selve krisen og etter. I faglitteratur brukes intervensjoner som gir en mer beskrivende betegnelse i forhold det som faktisk skal gjøres av behandlingstiltak i krise og katastrofe sammenheng (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). For å oppnå en enhetlig forståelse av kriser bør det være en felles forståelse om når man bruker begreper som tiltak, oppfølging og hva innebærer f.eks. psykososial støtte

som var brukt mye før 22.juli. Det som tydelig kommer fram er at psykososial beredskap er et overordnet begrep som beskriver dette i helhet og kanskje erstattet psykososial støtte som et samlebegrep.

Et ord som går igjen i materialet er krise, som tidligere nevnt er det også en vesentlig forskjell på kriseforståelse mellom IS-2428 og IS-1810. Forståelse for hva en krise er og hvordan ulike aktører innen helse og beredskap definerer dette, er viktig for å etablere en enhetlig kriseforståelse på tvers av samarbeidspartnere (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). I den første veilederen IS-1810, var innholdet tilpasset en rolleforståelse som aktører innen beredskapsarbeid med forståelse fra samfunnssikkerhet i stor grad kunne kjenne seg igjen i. Veilederen hadde også tatt for seg alle tre samfunnssikkerhets prinsipper ansvar, likhet og nærhet som er et grunnlag for å forstå helheten (Helsedirektoratet, 2016). Mens IS-2428 kun baserer seg på ansvarsprinsippet (Helsedirektoratet, 2016).

IS-1810 har definert krise som:

«I denne veilederen forstås kriser, eller krisesituasjoner, som dramatiske og potensielt traumatiserende hendelser som kan true eller svekke viktige funksjoner og verdier hos enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunn, samt svekke deres muligheter til å utføre viktige og sentrale oppgaver på individ- og familienivå, så vel som i et samfunnsperspektiv. Det er store forskjeller på kriser. En krisesituasjons karakter vil være avhengig av:

- *Omfanget og potensielle konsekvenser*
- *Hvor brått krisesituasjonen inntreffer*
- *Varigheten*
- *Hvor godt enkeltpersoner/familier er forberedt på krisesituasjonen*
- *Hvor godt samfunnet er forberedt på krisesituasjonen»* (Helsedirektoratet, 2011)

Basert på teorigrunnet er denne beskrivelse av krise noe som inkluderer et vidt spekter og viser helheten ikke bare som en personlig opplevelse, men et fenomen som så vel kan dreie seg om effekter etter katastrofer (Kruke, 2015).

«Med en katastrofe menes en uventete og potensielt traumatiserende hendelse der antall rammende personer med behandlingsbehov langt overskrider de tilgjengelige ressursene som finnes i nærområdet av katastrofen» (Helsedirektoratet, 2011).

Imidlertid velger veilederen også å spesifisere at katastrofe tolkes opp mot en manglende ressurskapasitet, i likhet med Quarantelli som definerer katastrofer etter ressursbehov (Quarantelli, 1986). I IS-2428 er det et distinkt skille mellom krise og katastrofe som er to separate beskrivelser av en gruppe hendelser. Som referert i teori kapitlet er krise i stor grad en subjektiv oppfattelse av virkeligheten, dette gjør det også vanskelig å diskutere om det er en svakhet i IS-2428. Imidlertid skiller veilederne seg fra hverandre i sine definisjoner.

«Kriser eller krisesituasjoner forstås som dramatiske og potensielt traumatiserende hendelser som kan true eller svekke viktige funksjoner og verdier hos enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunn. Dette kan f.eks. være plutselig barnedødsfall, selvmord ulike typer ulykker og andre akutte situasjoner med eller uten dødsfall, voldtekt eller ran mv» (Helsedirektoratet, 2016).

Her fokuserer man på individer, familier og lokalsamfunn, samt det legges vekt på spesifikke hendelser versus det generelle som nevnes i IS-1810. Utfra en tolking basert på et aggregert samfunnsvitenskapelig grunnlag er denne beskrivelsen snevrere og tar ikke høyde for de fellestrekk i kriser som i IS-1810 eller i andre definisjoner som Perry, Lindell, Boin, Hart, Ursano for å nevne noen her. Krise defineres her som noe som angår enkeltpersoner opptil lokalsamfunn, og hendelser som er mindre i omfang. I tillegg er det lagt lite grad på usikkerhetsfaktor som er vektlagt i andre definisjoner som f.eks. Stortingsmelding nr. 10 Risiko i et trygt samfunn.

«Med katastrofer menes uventede og potensielt traumatiserende hendelser av større omfang der mange personer rammes samtidig, og der antall rammede personer med hjelpebehov i en periode overskrider de tilgjengelige ressursene som finnes i nærområdet til katastrofen. Her kan f.eks. transportulykker, terror og massedrap inngå» (Helsedirektoratet, 2016).

Også IS-2428 baserer seg på en ressurs-spesifikk definisjon rundt katastrofe. Samtidig som den har definert forskjellige typer katastrofer som eksempler (Helsedirektoratet, 2016). En tolkning er at veilederen forsøker å skille mellom katastrofe og krise som to separate hendelser og ikke nødvendigvis at det er en sammenheng mellom de to. Dette skiller seg fra beskrivelsen slik som man kjenner fra samfunnssikkerheten hvor for eksempel katastrofen er

en årsak til en nasjonal krise som 22. juli var. Det som jeg stiller meg mest spørrende til er, hvorfor det har vært en så stor endring når dokumentene er basert på stort sett på samme hjemmel- og teorigrunnlag?

IS-2428 legger også opp til viktigheten av lik begrepsbruk «*god planlegging og organisering av psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer forutsetter en beviset og avklart begrepsbruk*» (Helsedirektoratet, 2016). Det interessante er at det fremstilles forskjeller rundt hvordan dette er definert med utgangspunkt for krisepsykologi og samfunnssikkerhet.

Forskjellen kan ligge i det erfaringsbaserte versus evidensbaserte. En av årsakene til dette som igjen er grunnlaget for mitt poeng er at IS-1810 er skrevet på et generelt grunnlag med fokus på flere typer scenario, mens IS-2428 er sterkt preget av erfaringer fra 22. juli. Dette mener jeg er tydelig i forhold til veiledernes definering siden den tar høyde for mange av de elementene som kjennetegner terror, samtidig som den har et økt individ fokus, men IS-1810 beskriver krise som et subjektivt fenomen og uavhengig til hva som er årsaken til krisen. Utfordringen i dette at man kan ha lagt for mye fokus på den siste hendelsen og blitt for spesifikk i planleggingen (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003; Perry & Lindell, 2003). Samtidig som de tar høyde for de hendelser som er mest vanlig at kriseteamene rykker ut på.

De psykologiske konsekvenser av katastrofer er komplekse interaksjoner mellom konsekvensen av selve hendelsen, beredskap og hvordan samfunnet reagerer på hendelsen. Derfor må strategier for hvordan vi skal planlegge respons til det psykososiale baseres ut ifra hvilken type krise/katastrofe vi kan rammes av. Krisens eller katastrofens natur har ulike psykologisk effekt på befolkningen både direkte og indirekte som illustrert i tabell 2.1 i teori kapitlet (Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). I utgangspunktet har disse dimisjonene konsekvenser for hvordan vi planlegger beredskapen rundt krisens psykologiske påvirkning og konsekvens før, under og etter. Hvordan man skal ta høyde for dette i planlegging er en utfordring med tanke på at man ikke vet hva neste krise er (Kruke, 2015). Derfor må vi kjenne til de generelle psykologiske effektene av krise typene, ut ifra dette kan vi planlegge for neste krise. I den grad IS-2428 gir uttrykk for hvordan neste krise blir, har den høy psykologisk påvirkning på lik linje med Utøya, selv om neste krise ikke er definert som terror ligger det mellom linjene. Det er et stort fokus på voldsutøvelse fra andre mennesker i innholdet. Dette til tross for at de senere ROS analyser resultat har et stort fokus på klimaendringer og mer ekstremvær. Dilemmaet om man skal forberede seg på det verst tenkelig eller om skal legge seg på et lavere og nøkternt ambisjonsnivå er med å påvirke

hvordan ressurser man skal ha (Kruke, 2015). I forhold til om man skal planlegge for oppfølging av ofre av katastrofe i detalj er imidlertid vanskelig å svare på. I utgangspunktet er det fornuftig å legge seg på et generelt nivå hvor man tar høyde for erfaringer som bidrar til en styrket krisehåndterings evne når man skal planlegge for neste krise. Imidlertid er nøkkelen i planlegging at man har en felles begrepsforståelse og kan skille mellom aktiv beredskapshåndtering og forebygging. Hvorfor er det så viktig å skille mellom forebygging og beredskap? En forutsetning for samarbeid i krise og katastrofesituasjoner er at man kan kommunisere med en tilnærmet lik begrepsforståelse. Derfor er det viktig at man har en klar forståelse av hvilke begreper hører hjemme i hvilken fase av krisen. Det å forebygge handler stort sett om hva som er gjort i forkant av krisen, samt hvordan man er forberedt til å møte krisen når den oppstår. Det er avgjørende å få sentrale beslutningstakere interessert i forebygging, slik at nødvendige ressurser til planleggingsprosesser som ivaretar opplæring, informasjonsdeling, og øvelser blir prioritert (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003; Olson, 2000; Kruke, 2015). Det som er spesielt i forhold til det psykologiske aspektet innen krisehåndtering og beredskapsarbeid er at de som er rammet kan ha en potensiell fare for utvikling av psykiske ettervirkninger. Derfor handler det på mange måter å tenke forebygging av de psykiske ettervirkninger under selve krisen/ katastrofen og hvordan man på best mulig måte inkludere dette perspektivet inn i beredskapsplanlegging (Michel, 2014; Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). Det er dette jeg legger til grunn for hvorfor det kan være komplisert og skille mellom forebygging og beredskap når vi tenker psykososial beredskap. Imidlertid må dette i større grad tydeliggjøres i veiledende dokumenter slik at man er samkjørt og har i beste fall forståelse hvorfor begrepene kan ha forskjellig betydning mellom beredskapsaktører (Regjeringen, 2016).

5.3 Er det psykososiale aspektet av beredskapsplanlegging godt nok ivaretatt i lover, forskrifter og nasjonalt planverk?

ROS analysen er et viktig verktøy for også å identifisere psykososiale konsekvenser av potensielle hendelser. Informasjon basert på analysen og nasjonal helseberedskapsplanen danner grunnlaget for hvilke psykososiale beredskapsressurser man trenger for håndtering av hendelser. Kommunenes ledelse har ansvar for krisehåndtering som er forankret i nasjonal helseberedskapsplan. Kommunen har også ansvar for at berørte må sikres behandling, oppfølging og informasjon fra helsetjenester på kort og lang sikt (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2014). Den juridiske forankringen til psykososial beredskap i forhold til organisering og koordinering har ikke en tydelig plassering av ansvar. På grunn av at dette ikke er en lovfestet oppgave bidrar det til stor variasjon i psykososiale beredskapen fra kommune til kommune (Helsedirektoratet, 2016; Helsedirektoratet, 2011). Dette er uheldig med tanke på samvirke og koordinering med andre beredskapsaktører. Denne uklare spesifiseringen kan være med å forklare hvorfor forankringen av «psykososial beredskap» ikke er like sterkt knyttet til beredskapsplanlegging. Siden det ikke er en tydelig plassering av ansvar og forankring skaper dette en usikkerhet rundt koordinering, organisering og disponering av ressurser, som komplisere beredskapshåndteringen. Dette eksemplifiseres i erfaringene i håndteringen av EPS under 22.juli og snøskredet på Svalbard. I nyere forskning er det framhevet at ryddige beredskapsstrukturer og avklart beredskapsansvar er spesielt viktige faktorer innen psykososial beredskap. Fordi intervensjoner av psykologisk art opp mot utsatte av kriser/ katastrofer krever en enda mer organisert og koordinert innsats (Heir, Hussain, & Weiseth, 2008; Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). Dette samsvarer også med at i grunnlaget for en god håndtering av kriser må det foreligge tydelig ansvarsfordeling av beredskapsoppgaver (Olson, 2000; Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). Ut ifra det juridiske grunnlaget og de uklare rammevilkårene som kommunene har, mener jeg at psykososial beredskap ikke har den forankring hos ansvarlige beslutningstakere. Derfor kan man heller ikke forvente at det skal bli prioritert når oppgaven kommer i tillegg til andre mer pressende beredskapsoppgaver. På den andre siden gir veiledere kommuner, organisasjoner og samfunnet generelle instruksjoner inn i beredskaps planleggingsarbeid, samt hvilke oppgaver det bør fokuseres på. Men så lenge det er en mangel på juridiske forankring vil dette kunne føre til uheldige ulikheter i beredskapen (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014). Dette gjenspeiles blant annet i at det ikke er noe juridisk krav til kommunene om å etablere kriseteam, men en anbefaling. Imidlertid er det forventinger til kommunene fra andre beredskapsaktører som Politiet og befolkning om at dette aspektet er ivaretatt. Politiet har en forventning om hvordan denne ressursen organiseres og brukes i krise /katastrofe, som er implementert i deres beredskapsplaner som er gjengitt i PBS (Politidirektoratet, 2011). Jeg tar høyde for at det finnes variasjoner fra kommune til kommune som ikke gjør at man kan generalisere, imidlertid gjenspeiler dokumentene en virkelighet som beredskapsplaner baseres på. Det er slike uklare rammer som skaper uklare samarbeidsarenaer og behov for ytterligere koordinering under kriser som kunne vært unngått hvis grunnlaget for helhetlig beredskaps hadde ligget til grunn (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). I erfaringsrapporten fra

Svalbard illustreres dette i form at de ikke gjort en skikkelig ressursanalyse i forbindelse med sykehusets beredskapskapasitet. Sykehuset hadde ansvaret for å ivareta det psykiske aspektet av beredskap, men hadde ikke kapasitet til ytterligere beredskapsoppgaver utover akuttberedskap (DSB, 2016). Hvordan dette ble håndtert på Svalbard illustrere også at mye kan løses under selve hendelsen, og det er ikke alt man kan ta høyde for ved planlegging. Ved håndtering av kriser og katastrofer må krisehåndteringsledelsen kunne improviser og ta beslutninger under krevende forhold (Kruke, 2015; Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003). På den andre siden understreker forskning viktigheten av at spesielt helsesektoren er godt koordinert og samkjørt innen det psykologiske aspekt fordi denne har store konsekvenser for hele samfunnet så vel de som er indirekte berørt (Heir, Blix, & Knatten, 2016). Det er komplisert og krevende i forhold til ressurser men også på grunn av usikkerheten som kjennetegner kriser. Dette må tas høyde for i den akutte fasen som påvirker den videre utviklingen av psykologiske risikofaktorer (Heir, Hussain, & Weiseth, 2008; Michel, 2014). Derfor er det viktig at slike faktorer også er del av en planleggingsprosess slik at man legger til rette for god forebygging av de psykologiske effektene som er målsettingen for denne delen av beredskapen. Det å skape trygghet i uoversiktlige og kaotiske situasjoner er en viktig del av planlegging. Hvordan man møter rammede og skaper rom for å bidra inn i for eksempel redningsarbeid eller andre meningsfull aktivitet er med på å redusere utvikling av reaksjoner i etterkant (Ruitenbergh & Helsloot, 2004; Heide, 2004; Heir, Blix, & Knatten, 2016; Michel, 2014; Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007). Mye av dette blir ikke tatt høyde i dag fordi det er ikke en sterkt nok forankring i lover og forskrifter som beskriver hvordan og hvilke ressurser vi må ha for å løse disse oppgavene i krise og krig.

Et annet aspekt er økonomiske prioritering i forhold til beredskap og hvilke tiltak som blir kontrollert i henhold til internkontrollforskriften, internkontroll er med å påvirke hva som er viktig for en kommune å prioritere (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014). I dette ligger det en stor utfordring med å få oppmerksomhet hos beslutningstaker som har drift, effektivitet og økonomi som viktigste fokus. Beredskapsarbeid generelt er usynlig dersom ulykker ikke skjer (Olson, 2000). Når utgangspunktet for at skadene vi potensielt snakker om, er usynlige i ordenes rette forstand, kan man spørre seg om den psykososiale beredskapen er enda vanskeligere å prioritere og planlegge siden effekten vises først etter krisen er avsluttet. Spesielt når samfunnsoppgaven med høyeste prioritet i en krise eller katastrofe er å redde menneske liv, og vil ha en prioritering deretter (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014). Imidlertid har også samfunnet et ansvar rundt at vi som innbyggere skal føle trygghet,

med dette ligger et ansvar i å hjelpe individer til å komme til sin «normaltilstand». Dette er kanskje den største forskjellen mellom det vi oppfatter som tradisjonell beredskap som ofte er utførende ledd i den akutt livreddende fasen versus de som må håndtere de som mentalt ikke klare å komme etter en slik hendelse. Hvordan dette skal planlegges og gjennomføres, består av logistikk, tilgjengelighet av relevante beredskapsressurser men også et psykologisk faglig dilemma. Når det også mangler juridisk forankring, kan man heller ikke forvente at i en presset kommuneøkonomi prioritere dette. Et annet perspektiv i dette er at det har vært og er i helsevesenet en oppfatning at mye av beredskapsarbeid baseres på frivillighet (Helsedirektoratet, 2011; Helsedirektoratet, 2016). Det er varierende økonomisk kompensasjon og det er særdeles lite midler til nødvendig trening, utdanning og utrusting, denne trenden er særdeles utbredt blant de psykososiale kriseteamene (Helsedirektoratet, 2016). For at beredskapsarbeid skal være vellykket må det være forankret hos sentrale beslutningstakere samtidig som de har økonomi i å opprettholde en beredskap. Hvis ikke beredskapen har aksept, vilje eller økonomiske ressurser vil det komplisere evnen til å ivareta de forpliktelser de ansvarshavende” Kommunene” har i en krise/katastrofesituasjon (Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2003; Olson, 2000). Det økonomiske aspektet som beskrives i boken til T. Arven med kollegaer er et kjent fenomen i en presset kommuneøkonomi (Aven, Boysen, Njå, Olsen, Sandve, & Kjell, 2014). Imidlertid er det betenkelig at selv med manglende økonomi til psykososiale beredskapsressursene, legges det opp til kriseteam basert på frivillighet. Hvis man samlinger dette f.eks. med et frivillig deltidsmannskap innenfor kommunale brannvesenet har man en viss økonomisk kompensasjon for å stå på beredskap samt et minimum av opplæring for å utføre oppgavene som er forventet. Imidlertid er dette ikke en selvfølge når det gjelder psykososiale kriseteam. Oppsummert er dette faktorer som er konsekvenser av at den psykososiale beredskapen ikke har den nødvendige forankring juridisk men også at det mangler styrende strukturer for hvordan denne beredskapen skal koordinere og organiseres.

6. Konklusjon:

Psykososial beredskap er ikke godt nok forankret innenfor den helhetlige beredskapen som skal til for å bli en likeverdig del av planlegging, organisering og koordinering innen beredskapen på strategisk og taktisk nivå. Dette kan forklares gjennom ulikheter mellom skrevende dokumenter fra flere av aktørene, basert på tolkinger fra et mangelfullt lovverk, og ikke generaliserbare erfaringer utfra forskjellige vitenskapelige retninger. Konsekvensen av dette ser man blant annet i rapporter fra 22.juli og skredet på Svalbard som beskriver utfordringer rundt samarbeid, generell forståelse over hva psykosial beredskap er og hva det innebærer. For å få en helhetlig forståelse av begrepet psykososial beredskap må vi også definere hvilke oppgaver beredskapen skal ha og innenfor en ramme som inkluderer en aggregert forståelse av kriser som en sirkulær prosess både innenfor samfunnssikkerhet og katastrofe psykiatrien. Utfra en slik tolking kan psykososial beredskap defineres som:

Psykosialberedskap er evnen til å reagere effektivt og håndtere de psykologiske påkjenninger under og etter en krise eller katastrofe som påvirker eller har påvirket det sosiale aspektet til individ eller samfunn.

Gjennom felles forståelse av begreper legger man grunnlag for å kunne samarbeide og en enhetligkriseforståelse på tvers av organisasjoner og strukturer i samfunnet. Denne felles forståelsen er fundamentalt for å kunne samvirke i krise og katastrofe (Kruke, 2015; Ursano, Fullerton, Weisaeth, & Raphael, 2007; Olson, 2000). Dokumentene som aktørene skal forholde seg til har forskjellige oppfatninger og forståelse av begrepene, uavhengig av det som er definert av myndighetene. Dette resulterer i ulik forståelse som igjen er et dårlig grunnlag for samarbeid.

Psykososial beredskap beskriver de planer som beredskapsansvarlig har til å følge opp det psykososiale aspektet av store hendelser kriser og katastrofer med. Kommunene har plikt jfr. Helseberedskapsloven å opprettholde en psykososial beredskap, imidlertid er det ingen hjemmel som definerer hva som er tilfredsstillende beredskap. Anbefalingen fra helsedirektoratet er at kommuner bør etablere psykososiale kriseteamene, dette er en hovedårsakene til at psykososiale beredskap er organisert ulikt og har varierende grad av forankring i kommunens øvrige beredskapsplanverk. Konsekvensen er uforholdsmessige

variasjoner i beredskapen mellom kommunene som gjør det vanskelig for andre kommuner og statlige aktører å samarbeide i beredskapssituasjoner av en viss størrelse.

Viktigheten av å prioritere akutt beredskap rundt livreddende innsatts må ha første prioritet, som en konsekvens vil de tjenester som ikke har en rolle opp mot dette naturlig nok få en lavere prioritet når det ikke er tydelig definert i lovverket. Imidlertid vil psykososial beredskap kunne spille en viktig rolle opp mot normalisering og ivaretagelse av berørte etter katastrofer eller potensielt traumatiserende hendelser. Som en del av et samfunnsansvar er det viktig både for individ og samfunn å forstå behovet til overlevende og berørte for å forstå hva som har skjedd og sammen kunne gjenvinne kontroll (Long, 2001). Dette bør allerede tilrettelegges tidlig derfor bør den psykososial beredskapen den vektlegges i større grad i den generelle beredskapen. Dette vil også kunne ha en forbyggende effekt rundt hvordan man vil reagere i kriser og katastrofer.

Psykososial beredskap har ikke den samme prioritet og det mangles kjennskap til denne delen av beredskapen og er en direkte årsak til at psykososial beredskap ikke har hatt den samme forankring i beredskapsplanlegging som annen beredskap. Fordi dette omfatter skadevirkninger som ikke er like synlig som fysiske skader. Beredskapsplanlegging bør sees helhetlig i forhold til å begrense de negative konsekvenser mot fysisk og psykisk helse på individ og lokalsamfunn. Slik er ikke tilfelle i dag, psykososialberedskap er tilfeldig organiser, koordinert og det er uklare roller rundt hvem som har tilsynsansvaret rundt dette. Helseberedskapsloven er klar på at kommuner skal ha en psykososialberedskap, men legger ikke et lovmessig ansvar på hvordan den skal utformes, det eneste som legges til grunn er ansvarsprinsippet som plasserer dette under helsesektoren.

I retrospekt hadde det vært interessant å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse hos kommunene og fylkesmenn for så se hvordan psykososial beredskap er organisert samt hvilke økonomiske rammer og hvordan den juridiske forankringen oppfattes. Imidlertid har dette prosjektet gitt meg en mye dypere innsikt i denne delen av beredskap.

7. Referanseliste

- Alexander, David. (2002, Number 3.). From civil defence to civil protection - and back again. *Disaster Prevention and Management*, s. 209-213.
- Blaikie, Norman. (2010). *Designing social Research. The Logic of Anticipation, Second Edition*. Cambridge: Polity Press. s. 56-230
- Bratberg, Øyvind. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen damm AS, s. 9-149.
- Boin Arjen & Hart, Paul` t &. (2003). public Leadership in time of Crisis: Mission Impossible? *Public Administration Review*, s. 544-553.
- Boin Arjen, Hart, Paul` t, Stern Eric & Sundelius Bengt (2005). The Politics of Crisis Management. Public Leadership under Pressure. *Cambridge university press*.s. 1-134.
- Direktoratet for Samfunnsikkerhet og Beredskap. (2016). *Skredulykken i Longyearbyen 19.desember 2015*. Tønsberg: Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap.
- Direktoratet for Samfunnsikkerhet og Beredskap & Helsedirektoratet. (12 mars 2010). *Samarbeidsavtale*. Oslo.
- Dynes, Russel. R. (1994, august). Community Emergency Planning: False Assumptions and Inappropriate Analogies. *International Journal of mass emergencies and disasters*, s. 141-158.
- Erik David Wistrøm, Lise Eilin. & Grete Dyp (2016). Following the Utøya attack-who received early assistance? *Tidsskrift Norsk Legeforening*, s. 1-4.
- Flin Rhona & Paton Douglas. (1999). Disaster stress: an emergency management perspective. *Disaster Prevention and Management Volume 8*, s. 261-267 .
- Gjørvi kommisjonen . (2012). *NOU 2012: 14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Kapittel 9, Helse og redningRegjeringen. Oslo: Regjeringen. s.171-216
- Grete Dyb, T. J. (2014, July 2). Early outreach to survivors of the shootings in Norway on the 22nd of July 2011. *Psychotraumatology*, s. 9.
- Gundel, Stephan. (2005, september). Towards a New Typology of Crisis. *Journal of contingencies and crisis management*, s. 106-115.
- Gundersen, Lance. H. (2000). Ecological Resilience- in theory and application. *Annual Reviews Ecological systems, Department of Environmental Studies, Emory University, Atlanta, Georgia*. s. 425-438.
- O`Leary Margaret. (2004). Common Misconceptions about Disaster: Panic, the "Disaster Syndrome", and Looting. I O. M, *The first 72 hours: A Community Approach to Disaster Preparedness* (ss. 340-368). Lincoln (Nebraska): iUniverse Publishing.
- Heir, Trond, Hussein Ajmal & Weistæh Lars. (2008). Managing the after-effects of disaster trauma- the essentials of early Intervention. Oslo: Norwegian Center for Violence and Traumatic Stress Studies, University of Oslo. s.66-69.
- Heir Trond, Blix Ines & Knatten Charlotte K. (2016). *Thinking that one`s life was in danger: perceived life threat in individuals directly or indirectly exposed to terror*. The British Journal of Psychiatry, s. 306-310.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Nasjonal helseberedskapsplan versjon 2.0*. Regjeringen: Helse- og omsorgsdepartementet. s. 1-41.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (LOV-2000-06-23-56 sist endret LOV-2017-03-03-8). *Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>
- Helsedirektoratet. (2011). *Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22.juli 2011 Læring for bedre beredskap 22.juli*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Veilder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Evaluering av modellen for den psykososiale oppfløgingen etter 22. juli 2011*. Oslo: Helsedirektoratet (Agenda Kaupang).
- Helsedirektoratet. (Februar 2016). *Mestrinig, samhörighet og håp, Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer IS-2428*. Helsedirektoratet: IS-2428 Helsedirektoratet.
- Justis og Berdskapsdepartementet. (2012). *Regjeringen. (2012). Meld. St. 29 Samfunnsikkerhet (2011–2012)*. Oslo: Justis og Berdskapsdepartementet.
- Kathleen Sherrieb, F. H. (2010). Measuring Capacites for Community Resilience. *Springer Sciencee Business Medis*, ss. 227-247.
- Kruke, Bjørn Ivar. (2012). *Notat: 7 /12 Samfunnsikkerhet og krisehåndtering: Relevans for 22. juli 2011*. s.1-17.
- Kruke, Bjørn. Ivar. (2015). Planning for crisis response: The case of the population contribution. *Safety and Reliability of Complex Engineered Systems*, s. 1-10.
- Long, A & Irving. P. (2001). Critical incident stress debriefing following traumatic life experiences. *Journal of Psychiatrtic and Mental Health Nursing*, s. 307-314.
- Michel Per-Olov. (2014). *Moderne krisestøtte, Oppsummering basert på internasjonal littratur*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Universitet I Oslo.s.1-22
- Nissen Alexander & Heir, Trond (2016).Perceived Safety at Work in the Wake of Terror: The Importance of Security Measures and Emergency Preparedness. Oslo: Norwegian Center for Violence and Traumatic Stress Studies, University of Oslo. S.1-7
- Olson, Richard Stuiart. S. (2000, August). Toward a Politics of Disaster: Losses, Values, Agendas, and Blame. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, s.265-287.
- Perry Ronald W. & Lindell, Michael K. (2003, April 27). Preparedness for Emergency Response: Guide-lines for the Emergency Planning Process. *Disasters*, ss. 226-350.
- Politidirektoratet. (2011/04). *PBS I Polititest beredskapssystem del I Retningslinjer for politiets beredskap*. I Politidirektoratet, *PBS I*. Oslo, Norge: Politidirektoratet.
- Qurantelli, Enrico L. (1986). *What sholud we study? Questions and sugestions for resarchers about the concept of disasters*. Delaware USA: Disaster Research Center University of Delaware. s.1-21.
- Regjeringen. (2016). *Risiko i et trygt samfunn. Meld.St 10 2016-2017*. Oslo: Regjeringen. s.19-27

- Regjeringen. (2016-2017). *Meld. ST. 10 Risiko i et trygt samfunn*. Oslo: Regjeringen.
- Regionsenter for vold traume og selvmordsforebygging RVTS-Nord. (2016, 10 12). *RTVS Nord*. Hentet fra rvtsnord.no: <http://rvtsnord.no/traumer-og-psykososial-beredskap/>
- Regionsenter for vold traume og selvmordsforebygging RVTS-Øst. (2016, 10 12). *Psykososialberedskap*. Hentet fra Psykososialberedskap.no/: <https://psykososialberedskap.no/>
- Rosenthal Uriel, Charles M, T & Hart Paul 't (1989) A compulsive crisis: The inauguration of Queen Beatrix. *Coping with crises: The management of disasters, riots and terrorism*. Springfield, IL: (1989): s. 225–253.
- Rosenthal Uriel, Hart Paul 't & Kouzmin Alexander (1993) Thesis Revisited Crisis Decision Making: The Centralization Source: *Administration & Society*, 25(1) (1993): 12–44.
- Ridely Diana (2012). *The Literature Review. A Step-by-Step Guide for Students, Second Edition*. SAGE Publications. S.41-200
- Ruitenbergh Arnout & Helsloot Ira. (2004 Volume 12, September). Citizen Response to Disasters: a Survey of Literature and Some Practical Implications. *Journal of contingencies and crisis management*, s.98-111.
- Sakdapolrak Patrick & Keck Marcus. (2013, March 20). What is social resilience? Lessons learned and ways forward. *Erdkunde*, 67(No.1), ss. 5-19.
- Schnider, K, Sandra. (1995). *Flirting with Disaster, Public mangament in crisis Situations*. New York: M.E. Sharpe. S.40-61.
- Skog, Ole Jørgen. (2005). *Å forklare sosiale fenomener*. Oslo, Norge: Gyldendal Akademiske. s.22-115.
- Susan L. Cutter, L. B. (2008, July 22). A place-based model for understanding community resielnce to natruual disaters. *Global Enviromental Change*, s. 8.
- Sussana M. Hoffman, A. O.-S.-A. (2002). *Catastrophe & Culture The Anthropology of Disaster*. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press.
- Sårbarhetsutvalget. (4 Juli 2000). *Et sårbart samfunn Utfordringer for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i samfunnet NOU: 24:2000*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Tanggaard, S. B. (2012). *Kvalitative metoder*. Oslo, Norge: Gyldendal Akademiske.
- Aven Terje, Boyesen Marit, Njå Ove, Olsen Kjell Harald & Sandve Kjell. (2014) 6. opplag. *Samfunnsikkerhet*. Oslo: Univeristetsforlaget. s.15-166
- Tierney, Kathleen. (2003). Conceptualizing and Measuring Organizational and community Resilience: Lessons from Emergency Response Following the September 11, 2001 Attack on the World Trade Center. University of Delaware Disaster Research Center s.1-8.
- Ursano Robert J. Fullerton, Carol S, Weisaeth Lars & Raphael Beverley (u.d.). *Textbook of Disaster Psychiatry* (Vol. 2007). UK: Cambrige University Press. s.3-47 s.121-246
- Ursano Robert J. Fullerton, Carol S, & Norwood Ann E. (u.d.). Terrorism and Disaster, Individual and Community Mental Health Interventions, *Trauma, terrorisme, and disaster* (2003). UK: Cambrige University Press. s.3-47 s.1-24.

Walsh, Froma. (2007). Traumatic Loss and Major Disaster's: Strengthen Family and Community Resilience. *Family Process*, s. 207-227.

