

Uppföljning av svenska resenärer efter tsunamin 2004

Kerstin Bergh Johannesson, Per-Olof Michel, Filip Arnberg och Tom Lundin, alla vid Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala; Abbe Schulman, Enheten för kris- och katastrofpsykologi, Stockholms läns landsting; Christina Hultman, Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutet

Projektkoordinator för datainsamlingen: Lennart Martinsson, Karolinska Institutet

Statistisk bearbetning och sammanställning: Anna Lindam, Karolinska Institutet

Förord

Detta är en beskrivande första rapport som syftar till att ge en översiktlig bild av hur den grupp svenskar som befann sig i Sydostasien vid tiden för flodvågskatastrofen har drabbats, vilka reaktioner detta har medfört, hur det har påverkat hälsa och förmåga till återhämtning, vilka hjälp- och stödinsatser drabbade har kunnat använda sig av, samt deras värdering av dessa.

Enkätmaterialet kommer att ligga till grund för fördjupade studier avseende samband mellan bakgrundsfaktorer, exponeringsvariabler, senare omhändertagande och tecken på posttraumatiska stresstörningar. Det pågår också studier som beskriver lokala och regionala förhållanden med syfte att närmare undersöka om stödåtgärder kan ha sett olika ut i storstadsområden respektive i glesbygdsområden.

Innehåll

Förord	2
Innehåll	3
Sammanfattning	4
Slutsatser.....	4
Bakgrund	5
Inledning	7
Metod	8
Bortfall	8
Resultat	9
Bakgrundsfaktorer	9
Exponering.....	10
Överlevnad.....	11
Separation, ovisshet och exponering i efterförloppet	11
Akuta hjälpinsatser före hemresan.....	11
Mottagandet vid hemkomsten.....	12
Reaktioner.....	12
Hälsa, vård och stödinsatser	13
Förlustdrabbade	15
Sjukskrivning och medicinering	15
Synen på livet efter tsunamin	15
Att klara av påfrestningen.....	16
Diskussion	17
Litteratur	21

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att kartlägga förekomst och grad samt typ av traumatisering, erhållna hjälpinsatser, aktuellt hälsoläge och förekomst av psykosocial problematik drygt ett år senare hos de svenskar som befann sig i Sydostasien under tsunamikatastrofen. Med denna rapport önskar vi ge en översiktlig första bild av 4 910 svar på en enkät som utsändes till drygt 10 000 individer som återvänt från Sydostasien efter tsunamikatastrofen. En stor andel av dem som deltagit i denna studie befann sig på en plats som drabbades av tsunamin och knappt hälften av dessa personer uppfattade situationen som livshotande för egen del. Av samtliga svarande anger cirka en fjärdedel att de vid tidpunkten för enkäten, fjorton månader efter tsunamin, har ett minskat psykiskt välbefinnande, och tio procent rapporterar specifika posttraumatiska stressreaktioner mätt med en internationellt validerad skala. Sjukskrivningstalen är relativt låga genomsnittligt sett. Dock visar kvinnor, individer som befunnit sig i katastrofdrabbat område, som själva varit utsatta för livshot och kroppsliga skador och/eller som har drabbats av förlust av någon närstående i högre grad tecken på posttraumatiska stressreaktioner. Nästan samtliga anger att de haft rädsla för att en ny tsunami skulle slå in. När det gäller den hjälp man fick före hemresan rapporteras att man var mest nöjd med stödet från lokalbefolkningen, närstående, andra katastrofdrabbade och lokal sjukvårdspersonal. Lägre grad av tillfredsställelse rapporteras gälla andra svenska myndigheter, svenska ambassaden/konsulatet och svenska räddningsverket. Det rapporteras att närstående, anhöriga och vänner stått för den viktigaste hjälpen efter hemkomsten. Har man sökt hjälp har det främst varit hos krisgrupper och husläkare samt kuratorer och psykologer på vårdcentraler. Endast en mindre del har sökt hjälp i psykiatrin. Privat psykoterapi och stöd från präster uppskattades särskilt, liksom stödet på Arlanda flygplats samt mottagandet på Ärna flygplats för förlustdrabbade. Många var också nöjda med försäkringsbolagen. En del tycker att synen på livet förändrats och blivit mer negativ medan några andra upplever sig gå mer stärkta ur erfarenheten från tsunamin.

Resultaten som presenteras i denna rapport gäller för personer som kommer från olika delar av landet. Regionala skillnader kan föreligga och studier pågår för att undersöka detta.

Slutsatser

- Knappt hälften av de svarande har uppfattat att de under tsunamin befann sig i en livshotande situationen.
- En fjärdedel uppger att de fjorton månader efteråt har ett nedsatt psykiskt välbefinnande.
- Mer uttalade reaktioner av posttraumatisk stress rapporteras av kvinnor och de som drabbats av förlust av någon närstående eller de som själva varit utsatta för livshot och kroppsliga skador. Denna grupp kommer att behöva studeras mer ingående.
- Professionell hjälp har företrädesvis sökts hos krisgrupper och husläkare samt kuratorer och psykologer på vårdcentraler. Endast en mindre del har sökt hjälp i psykiatrin.
- Den viktigaste hjälpen efter hemkomsten har man fått hos närstående, anhöriga och vänner.
- En del tycker att synen på livet förändrats och blivit mer negativ medan några andra upplever sig gå mer stärkta ur erfarenheten från tsunamin.

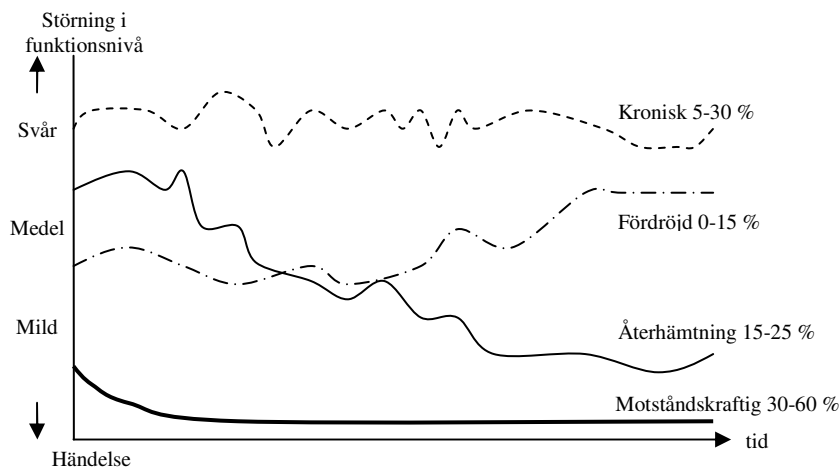
Bakgrund

Sjukvårdens kris- och katastrofberedskap idag syftar i första hand till att minska och lindra lidandet efter svåra traumatiska händelser. Aktiva insatser kan också i en del fall förebygga uppkomsten av psykisk ohälsa över tiden. Fram till slutet av 1970-talet var den svenska psykosociala katastrofberedskapen inte särskilt välutvecklad. Under 1980- och -90-talen har emellertid utvecklingen gått framåt baserat på erfarenheter från svenska och internationella katastrofer och allmänhetens krav på en utvecklad katastrofberedskap. Svenska studier som gjorts av drabbade grupper har möjligen också bidragit till utvecklingen: branden på Borås stadshotell 1978, bussolyckan i Måbödalen 1988, nödlandningen av ett trafikflygplan i Gottröra 1991, Estoniaolyckan 1994, diskoteksbranden i Göteborg 1996 och Linateolyckan 2001. Vid huvuddelen av dessa studier har händelsen inträffat i Sverige. Inga möjligheter har tidigare funnits att på ett systematiskt sätt följa upp svenskar som drabbats i utlandet och långt ifrån den egna hemorten. Ju längre bort en händelse inträffar desto mer uttalade blir faktorer som otrygghet, osäkerhet, kommunikationssvårigheter. Det kan ibland förekomma orealistiska förväntningar på att snabb informationsspridning, omhändertagande och hjälp skall kunna ske på samma sätt som om händelsen inträffat inom Sveriges gränser eller i närheten av landet. Tidigare nationella studier kan endast i begränsad omfattning ligga till grund för en svensk psykosocial katastrofberedskap, men vara en utgångspunkt för genomförande av aktuella uppföljningsstudier. För att utveckla en god katastrofberedskap inom den svenska sjukvården är det av största vikt att förbättra vårt kunskapsunderlag. Detta kan bäst göras genom att undersöka grupper av drabbade människor i samband med stora olyckor och katastrofer. Man bör då studera effekterna av eventuella insatser i form av psykologisk första hjälp, stöd och senare behandling. Uppföljningar av denna typ görs i hela västvärlden, såväl i samband med krigs- och flyktingsituationer som efter större olyckor och terrorangrepp. På grund av historiska skäl (att leva i krigsdrabbat land alternativt frånvaro av krig under mycket lång tid) och demografiska skillnader är inte erfarenheter från andra västerländska kulturkretsar direkt applicerbara när det gäller att reducera effekterna av kollektiva traumata i Sverige. En snabbt förändrad befolkningsstruktur med en förändring från det traditionella svenska samhället till ett multikulturellt, multietniskt och mångreligiöst samhälle har skett under de senaste 30 åren. Detta innebär att till exempel prevalensstudier av psykisk sjuklighet som genomförts före 1970 sannolikt inte kan tillämpas på situationen i dagens Sverige. Det är därför av största vikt, när genomgripande och omfattande händelser inträffar, att man i så stor utsträckning som möjligt samlar kunskap om dess effekter.

Allt fler inom den psykotraumatologiska forskningen har tagit utgångspunkt i det faktum att huvuddelen av de individer som drabbas av en stor olycka eller en katastrof inte utvecklar några posttraumatiska reaktioner. En del kan till och med känna att de stärkts som individer efter svåra upplevelser (eng. "posttraumatic growth"). Det som utmärker de individer som inte allvarligt påverkas av potentiellt traumatiska händelser är vad som på engelska benämns för "resilience", vilket närmast motsvaras av det svenska ordet "motståndskraft". Vad som påverkar utfallet av en katastrofhändelse hos den enskilde drabbade består sannolikt av ett flertal olika faktorer. Förutom

personlig motståndskraft har bakgrundsfaktorer som god fysisk hälsa, stabil socioekonomisk situation och ett stabilt socialt nätverk nämnts som sannolika faktorer som bidrar till att motverka effekterna av en traumatisering. Enligt Bonnano kan konsekvenserna efter en potentiellt traumatisk händelse (Bonnano 2006, se bild 1) bli att en del individer drabbas av posttraumatiska reaktioner, andra återhämtar sig, ytterligare en grupp kan utveckla sena besvär samt att kanske huvuddelen inte drabbas av svårigheter överhuvudtaget.

Bild 1. Motståndskraft och störning i funktionsnivå, efter Bonnano 2006.



Under en katastrofhändelse är det framför allt två uttalade stressorer som kan leda till såväl akuta svåra reaktioner som psykiatrisk hälsoproblematik på längre sikt, nämligen

- plötslig och oväntad förlust av nära anhörig under traumatiska omständigheter
- exponering för överhängande kraftigt hot mot den egna existensen

Vid katastrofsituationer finner man inte sällan en kombination av dessa två faktorer, men det kan också röra sig om situationer när man blivit vittne till svåra händelser som drabbat såväl närstående som andra. Egna tillkortakommanden när det gäller försöken att hjälpa till att rädda andra människor är också en komplicerande faktor i ett längre tidsperspektiv. Möjligheten till stöd och hjälp efter en traumatisk upplevelse anses likaså påverka det fortsatta utfallet. När man ska möta människor efter potentiellt traumatiska händelser måste man ta hänsyn till att människor reagerar olika och primärt försöka utröna vilka som egentligen har störst behov av stöd och hjälp. Grundat på tidigare svenska studier och erfarenheter har frekvensen av posttraumatiskt stressyndrom – PTSD, ett av få psykiatriska tillstånd som är helt traumarelaterade, angetts vara mellan 21 och 25 % av den drabbade gruppen (Michel et al. 2006). Mot denna bakgrund har det bedömts som väsentligt att tillvarata så många erfarenheter som möjligt efter tsunamikatastrofen i Sydostasien i december 2004, som av många bedöms som en av de svåraste katastroferna i modern tid där omkring 250 000 människor uppskattas ha omkommit. Situationen har också medfört en möjlighet till utvärdering av det dåvarande svenska systemet för omhändertagande, såväl på skadeplats som under hemtransport och omedelbart efter hemkomsten.

Inledning

Vid tidpunkten för den stora tsunamikatastrofen befann sig sannolikt mer än 20 000 svenskar i Sydostasien. Tsunamin slog in över Thailands kuster strax efter klockan tio lokal tid, först ön Phuket och strax därefter Phi Phi-öarna. Dessa områden är etablerade turistmål sedan många år. Femton minuter senare nådde vågen Khao Lak, som ligger norr om Phuket och som hör till de senaste utbyggda turistområdena i Phang Nga-provinsen, med hotell och bungalows längs stranden på en räkka av två mil. Vid den tidpunkt flodvågen kom hade många turister gått ner till stränderna. Troligtvis förstod man i allmänhet inte vad det betydde att vattnet drog sig tillbaka. Vågen som egentligen bestod av flera vågor, drog i vissa fall med sig människor upp till en kilometer. Andra fastnade i palmer och trädkronor, medan en del räddade sig genom att ta sig upp på de övre våningarna i hotellen.

Under den tid som följde fram till den 15 januari 2005 registrerade polismyndigheten i Sverige cirka 19 000 hemvändande personer. En del av dessa hade begivit sig till katastrofområdet efter den inträffade händelsen för att leta efter anhöriga, andra var personer från andra resmål som mellanlandat i Sydostasien, och som alltså måhända inte i egentlig mening var berörda av katastrofen. De stora resebyråorganisationerna uppskattade antalet svenskar i katastrofområdena i Thailand till 6 – 8 000 personer. En mycket stor grupp svenskar utsattes med andra ord för omfattande traumatiska upplevelser långt ifrån hemlandet. Händelsen utmärktes av plötslighet och avsaknad av förberedsetid. För de flesta drabbade var det en helt okänd typ av händelse som innebar mycket stora påfrestningar. Många skadades och 543 svenska medborgare omkom, varav 140 var barn under 18 år. 60 barn förlorade någon förälder. Genom händelsens karaktär kom många att bli separerade från sina familjer med en åtföljande lång period av ovisshet om vad som hänt närstående på plats. Situationen har av många beskrivits som kaotisk under de första dygnet. Stora krav kom att ställas på såväl resebyråorganisationerna som svenska myndigheter när det gällde stöd och omhändertagande på platsen, hemtransporten, stöd under hemresan samt i Sverige efter hemkomsten. Det har därför bedömts angeläget att genomföra en systematisk uppföljning av de hemvändande svenskarna med syfte att kartlägga:

- Förekomst och grad samt typ av traumatisering
- Erhållna hjälpinsatser
- Aktuellt hälsoläge och psykosocial problematik drygt ett år efter katastrofen

I samverkan med de tre stora sjukvårdsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö samt sju mindre landstingsområden, som var intresserade att ansluta sig till undersökningen, beslöts att genomföra en omfattande enkätstudie fjorton månader efter flodvågskatastrofen. I såväl Norge som Danmark hade man under sommaren och hösten 2005 genomfört motsvarande uppföljningsstudier. Ansvariga för studien är Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala, i samarbete med Enheten för kris- och katastrofpsykologi, Stockholms läns landsting och Institutionen för medicinsk epidemiologi och statistik vid Karolinska Institutet. Medel har tilldelats studien från Socialstyrelsen och Krisberedskapsmyndigheten.

Metod

De som kom att ingå i studien var personer som fanns med på Rikskriminalpolisens lista över dem som anlände till Sverige från 26 december 2004 och till 15 januari 2005 och som var hemmahörande i någon av deltagande landsting. Innan enkäten utsändes fick de personer som hade hemvist i något av dessa landsting ett informationsbrev. Man kunde avböja om man inte ville ingå i studien eller inte ville få någon enkät. I början av mars 2006 utsändes 10 116 enkäter till personer 16 år och äldre i den ovan beskrivna gruppen. Ungdomar mellan 16 och 18 år behövde målsmans skriftliga medgivande för att ingå i studien. Enkäten omfattade 29 sidor med bland annat frågor om bakgrundsfaktorer, frågor om upplevelser under själva tsunamin, reaktioner efteråt och hälsotillstånd, förlust av närstående samt frågor om stöd och omhändertagande. Enkäten var en omarbetad och för svenska förhållanden anpassad version av den ursprungsenkät som hade använts i juli 2005 i Norge. Etisk kommitté har granskat och godkänt studiens genomförande. Flera internationellt validerade skattningsskalor ingick i enkäten. General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) användes för att värdera psykiskt hälsotillstånd, där en snittpunkt på tre eller fler symtom användes för tecken på sviktande psykisk välbefinnande. För att värdera posttraumatiska reaktioner användes Impact of Event Scale - Revised (IES-R). En totalpoäng på 33 poäng eller mer på IES-R sattes som gränsvärde för uttalade symtom på posttraumatiska stressreaktioner.

Bortfall

Antal personer som avböjde att delta i studien initialt var 385. Av dessa var 195 kvinnor och 189 män. Huvuddelen av dessa angav att skälet till att inte delta var att de inte befann sig i det drabbade området. Andelen som varken avböjde eller skickade in enkäten var 51 %, och var större för män (55 %) än för kvinnor (48 %). Fördelningen av män och kvinnor i denna grupp var jämn över ålder och län. Det framkom att yngre människor i betydligt högre grad än äldre valde att inte delta i studien. Geografiskt är Blekinge och Östergötlands län de län där bortfallet var minst.

Resultat

Det inkom 4 932 svar, vilket ger en svarsfrekvens på 49 % av de 10 116 som fick enkäten. Av inkomna svar ingår 4 910 i studien. Övriga 22 svar inkom för sent för att komma med i bearbetningen i denna rapport. Den högsta svarsfrekvensen noterades i ett av de mindre landstingsområdena, nämligen Blekinge. Den lägsta frekvensen noterades från invånare i Stockholms län medan de andra storstadsområdena Västra Götalands och Skåne låg något högre. Se Tabell 1.

Tabell 1. Svarsfrekvens

Landsting, region	Antal svar	Andel svar (%)
Landstinget i Blekinge	58	65
Landstinget i Östergötland	225	55
Landstinget i Jönköpings län	189	54
Region Skåne	582	54
Landstinget i Västernorrland	94	53
Landstinget i Västmanland	108	51
Norrbottnens läns landsting	114	50
Landstinget i Uppsala län	257	50
Västra Götalandsregionen	1315	48
Stockholms läns Landsting	1939	45
Okänd länsstillhörighet	29	1
Totalt	4910	49

Bakgrundsfaktorer

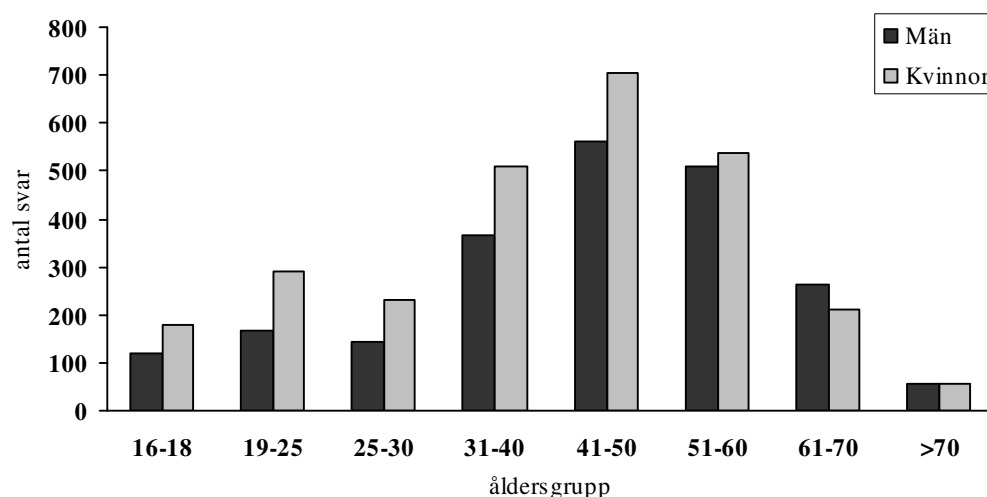
Bland de 4 910 databearbetade enkäterna befanns andelen män vara 45 % (2 191 män) och kvinnor 55 % (2 719 kvinnor). De flesta svarande (95 %) hade vuxit upp i Sverige. Närmare hälften hade en utbildning motsvarande universitet/högskola. Se Tabell 2.

Tabell 2. Utbildningsnivå

	Högsta fullföljda utbildning (%)		
	Grundskola	Gymnasium/realskola	Universitet/högskola
Män	19	43	37
Kvinnor	14	39	46
Totalt	17	41	42

Åldern hos de svarande varierade från 16 till 90 år. Flest svar inkom från åldersgruppen 41 – 50 år (26 %) och 51 – 60 år (21 %). Se Figur 1. Av de svarande angav 70 % (3451) att de var gifta eller sambo.

Figur 1. Ålder och könsfördelning



Majoriteten av de svarande uppgav att de var heltidsarbetande (60 %). Andelen som angav att de var studerande var 16 % och deltidsarbetande 11 %. Gruppen ålderspensionärer utgjordes av 5 %. Andelen sjukskrivna eller sjukpensionerade var 3 %. Antalet personer som uppgav sig vara arbetslösa var 85 (2 %). För gruppen som helhet är siffrorna i princip desamma såväl för tiden före som efter tsunamin

Exponering

Majoriteten av dem som besvarat enkäten befann sig i Thailand (86 %) vid tidpunkten för tsunamin. Av dessa befann sig 488 personer (12 %) i Bangkok eller östra Thailand.

Tabell 3. Uppehållsplats vid tidpunkten för flodvågen.

	Thailand	Sri Lanka	Malaysia	Indonesien	Indien	Annat land
	3914	347	137	24	54	129
Phuket strand	1496					
Krabiprovin sen	899					
Khao Lak	549					
Östra Thailand	364					
Phi Phi Island	244					
Annat område	163					
Bangkok	124					
Phuket stad	75					

Antalet individer som uppgav att de befann sig på en plats som drabbades av tsunamin (exponerade) var 3 781 (78 %). Nästan hälften av dessa befann sig i båt långt från land, i vattnet nära stranden eller på stranden. En tredjedel märkte av skakningarna samt att vattnet försvann. Av de 1 546 som befann sig på en plats där vattnet försvann uppgav 16 % att de rörde sig bort från stranden, medan 60 % stannade där de uppehöll sig. Andelen som rörde sig utåt för att se fenomenet var 18 %. Av de exponerade uppfattade 41 % situationen som livshotande, 27 % rapporterade att de hamnade i vattnet medan 38 % bevittnade att andra drogs med av vågen. Andelen som rapporterade att de fått kroppsskador med behandlingsbehov var cirka 11 %. När det gäller olika former av påfrestningar uppgav nästan hälften att det

fanns ett livshot mot närstående. Knappt 40 % av de exponerade hade ansvar för barn, ensamt ansvar eller tillsammans med andra vuxna.

Överlevnad

Den vanligaste förklaringen bland de exponerade till att man överlevt anges vara tillfälligheter (cirka 75 %) och att man haft tur (62 %). Drygt hälften trodde att förmågan att bedöma faran i situationen har varit viktig samt att man kunnat värdera olika handlingsmöjligheter. Andra faktorer som värderas är den egna styrkan och uthålligheten, varningar från andra, att man hittat en trygg plats som gav skydd och att man samarbetade med andra i närheten.

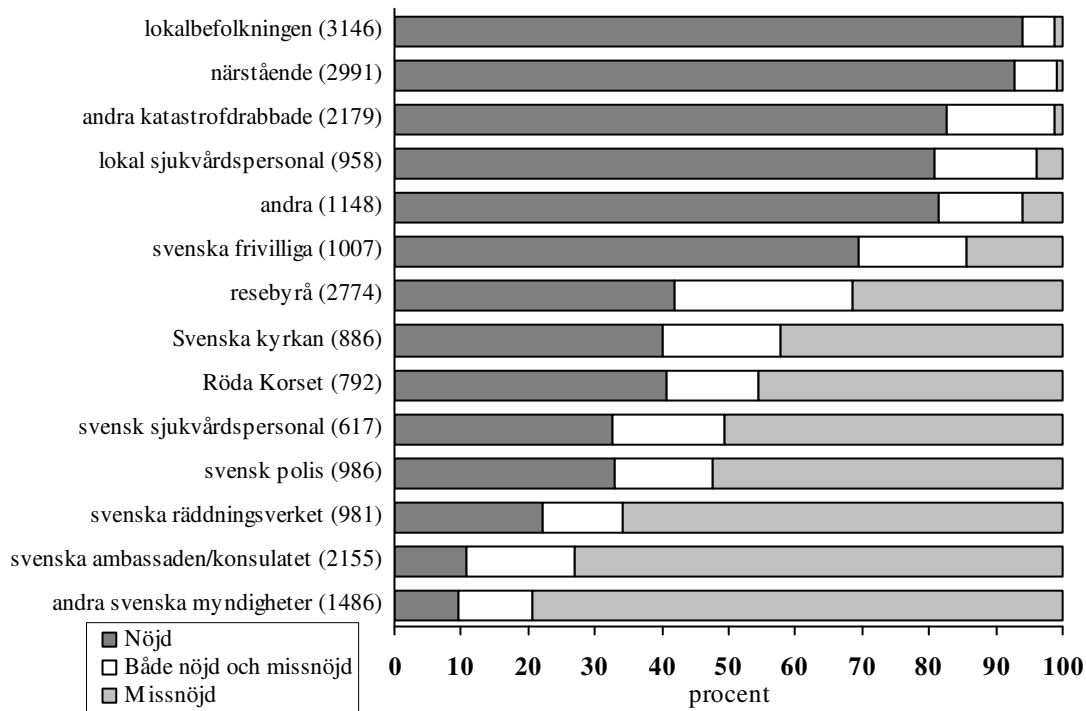
Separation, ovisshet och exponering i efterförloppet

En femtedel av de exponerade, 756 personer, har angivit att de blev skilda från sitt sällskap med påföljande ovisshet om vad som hänt deras närmaste. Bland de svarande hade 71 % varit vittne till människor som letade efter sina närmaste anhöriga, något färre (62 %) hade kommit i nära kontakt med överlevande med allvarliga kroppsliga skador. Knappt 15 % hade exponerats för många döda kroppar medan 35 % hade sett övergivna barn. En tredjedel av dem som drabbats av vattenmassorna uppgav att de under det första dygnet var osäkra på vad som hänt deras närmaste. De flesta (95 %) var rädda för att nya vattenmassor skulle välla in över området. Man angav bristande information (84 %) som en osäkerhetsfaktor. Andra osäkerhetsfaktorer var om man skulle förflytta sig eller stanna på den plats man befann sig. Andelen exponerade som angav att de hade anhöriga som behövde hjälp med sina kroppsliga skador var 18 %. Andra påfrestningar som rapporterades var avsaknad av kläder, ansvar för barn samt problem med evakuering och transport. Många angav att de hade möjlighet att meddela sig med anhöriga i hemlandet (63 %).

Akuta hjälpinsatser före hemresan

Nedan, i Figur 2, anges procentuellt hur man värderat olika typer av stöd före hemresan. Frågan var: "Hur nöjd/missnöjd är du med hjälpen från följande personer och instanser före hemresan?" Siffrorna inom parentes anger för hur många det varit aktuellt. Svaren kunde anges i missnöjd, både nöjd och missnöjd respektive nöjd. Mest nöjd rapporteras att man var med den hjälp man fått från lokalbefolkningen, närstående, andra katastrofdrabbade och lokal sjukvårdspersonal. Mest missnöje rapporteras gälla andra svenska myndigheter, svenska ambassaden/konsulatet och svenska räddningsverket. Dessa svar måste ställas i relation till hur många som värderat de olika insatserna. Man kan notera att det i vissa fall bara är en mindre andel av de svarande som värderat olika stödinsatser, till exempel har 981 personer, endast 20 % av alla svarande, värderat Räddningsverkets insats.

Figur 2. Värdering av hjälp före hemresa



(Antal av svarande för vilka hjälpen var aktuell anges inom parentes.)

Mottagandet vid hemkomsten

Inför hemkomsten av de tsunamidrabbade hade förberedelser gjorts för medicinskt, psykologiskt såväl som socialt omhändertagande vid ankomstflygplatserna Arlanda, Landvetter, Sturup och Kallax. De svarande har värderat betydelsen av sådana insatser utifrån kriteriet ”viss betydelse” eller ”hade stor betydelse”. I Tabell 4 redovisas värderingen av omhändertagandet på Arlanda flygplats.

Tabell 4. Omhändertagande på Arlanda

Omhändertagande	Aktuella svar	Värdering av omhändertagande, % av antal aktuella	
		Viss betydelse	Stor betydelse
Medicinskt	830	28	51
Psykologiskt	1843	35	48
Praktiskt, socialt stöd	2210	33	54

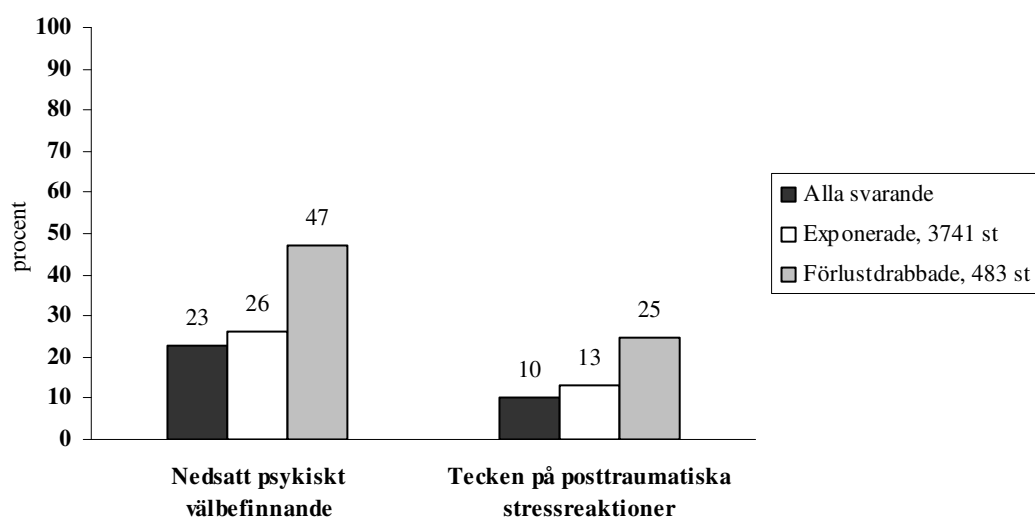
Drygt 2 200 svarande värderade hur man såg på det praktiska och sociala stödet vid ankomsten till Arlanda. Nästan 90 % ansåg att denna hjälp haft viss till stor betydelse. Liknande resultat finner man beträffande psykologiskt stöd, där 83 % ansåg att det hade viss, till stor betydelse. Skriftlig information om psykiska reaktioner efter katastrofer delades ut på flygplatsen och hade nåtts av 944 av de svarande. Av dessa ansåg drygt hälften (534 personer) att informationen hade varit till hjälp. Även det mottagande som skedde på övriga flygplatser värderades positivt av tre fjärdedelar av de svarande.

Reaktioner

Av de svarande i den totala gruppen självrapporterade 247 personer (5 %) att de fått besvär med sin fysiska hälsa och ytterligare 479 (10 %) angav fysiska besvär ”i viss mån” på grund av tsunamin. Motsvarande påverkan på

psykisk hälsa angavs av 464 personer (10 %) respektive ”i viss mån” 1 034 (21 %), sammanlagt 1 498 personer (31 %). Antalet individer som på GHQ-12 uppvisat tecken på nedsatt psykiskt välbefinnande var 1086 (23 %). Hög grad av posttraumatiska stressreaktioner rapporterades av 474 personer (10 %). Dock hade de som befunnit sig i tsunamidrabbat område, själva varit utsatta för livshot, de som blivit kroppsligt skadade, eller som drabbats av förlust en större påverkan avseende nedsatt psykiskt välbefinnande och posttraumatiska stressreaktioner 14 månader efter katastrofen. (Se Figur 3.) Kvinnor hade högre poäng på dessa skalor. Exempel på posttraumatiska stressreaktioner är påträngande minnesbilder, mardrömmar, upplevelse av värdelöshet, undvikande av sådant som påminner om katastrofen samt koncentrationsproblem och sömnstörningar.

Figur 3. Nedsatt psykiskt välbefinnande och tecken på posttraumatiska stressstörningar i hela gruppen, exponerade (befann sig på en plats som drabbades av tsunamin) och förlustdrabbade.



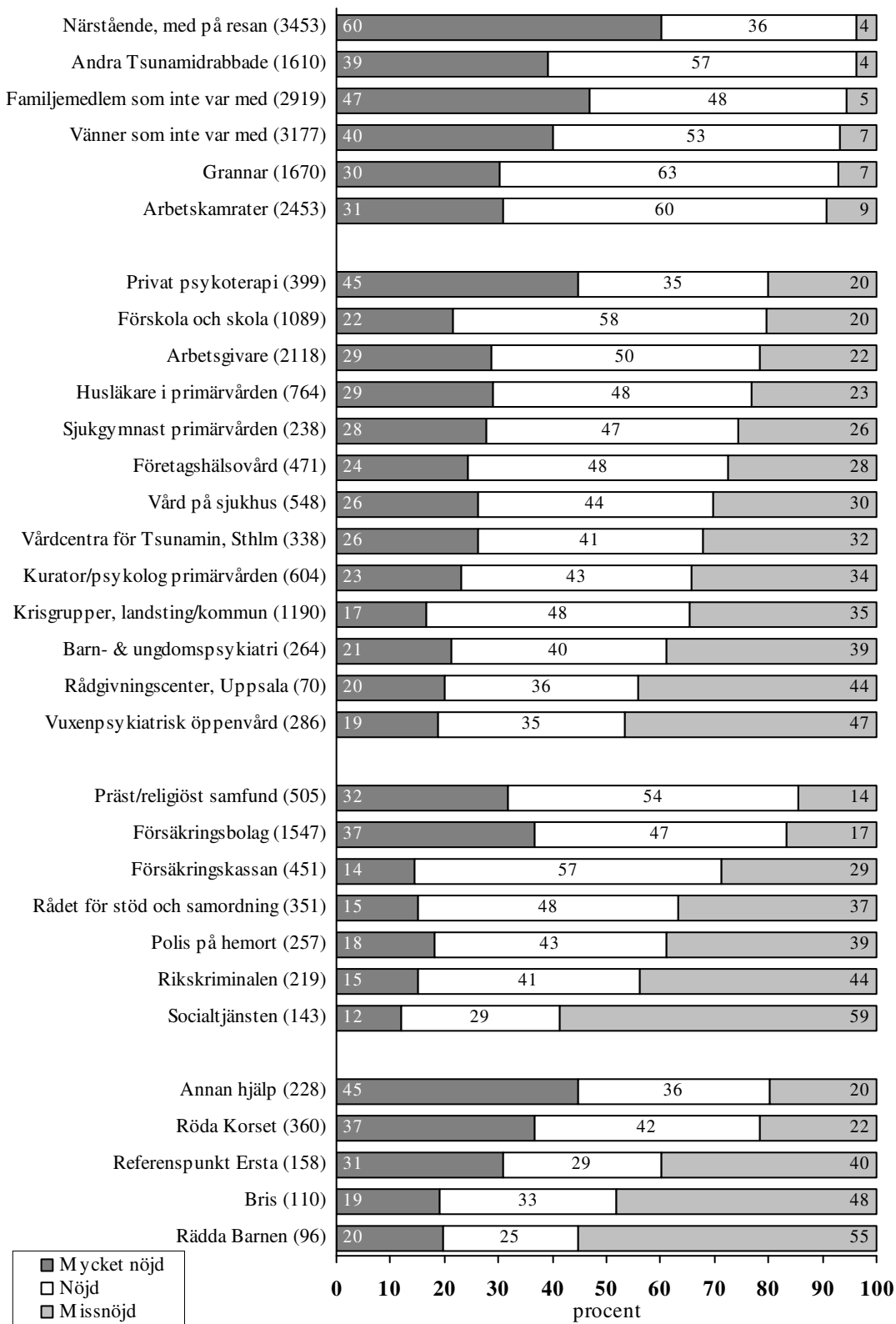
(Nedsatt psykiskt välbefinnande: GHQ 12, ≥ 3 poäng.
Tecken på posttraumatiska stressreaktioner: IES-R, ≥ 33 poäng.)

Hälsa, vård och stödinsatser

Ungefär 17 % hade vänt sig till sjukvården för rådfrågning efter hemkomsten. Omkring en tredjedel av dem som hade sällskap av närstående vuxna på resan angav att de var bekymrade för dessa närstående personer. Cirka 45 % av dem som hade barn med på resan var bekymrade över barnets/barnens fysiska eller psykiska hälsa 14 månader efter katastrofen. Knappt 60 procent av dessa barn rapporterades ha fått professionell hjälp, medan 13 % hade hjälp vid tidpunkten för enkäten. Här bör man notera att flera svarande kan referera till samma barn. Av de svarande hade 32 procent kontaktat sin husläkare för hälsokontroll efter hemkomsten. Vanligaste svaret på frågan varifrån man fått hjälp, var från närstående som var med på resan (60 %). Andra familjemedlemmar (44 %), vänner (55 %), arbetskamrater (38 %) och arbetsgivare (29 %) var därefter de vanligaste svaren. Krisgrupper hade angivits av 23 %, husläkare (14 %) och kuratorer och psykologer inom primärvården (12 %). Präst eller motsvarande (10 %) var därefter vanligast av offentliga hjälpinstanser. Andelen som vårdats på sjukhus var 8 % och ungefär lika många hade fått hjälp från privat psykoterapi respektive från företagshälsovård. Enbart 4 % hade sökt

vuxenpsykiatri medan 2 % hade fått hjälp av socialtjänsten.
Försäkringsbolagen hade funnits till hjälp för 33 %.

Figur 4. Hjälp och stöd efter hemkomsten



Mest nöjda verkar de svarande vara med den hjälp man fått från närstående som var med på resan, från andra familjemedlemmar och från vänner. Även andra tsunamidrabbade hade kunnat erbjuda en hjälp som många var nöjda med liksom arbetskamrater och grannar. Stödet från skola och arbetsgivare

värderas också högt. En samhällsinriktning som en stor andel var nöjda med var försäkringsbolagen. Av behandlingsinsatserna verkar en stor andel vara nöjda med privat psykoterapi och primärvården. Bland övriga hjälp- och stödinstitutioner förefaller också en stor andel nöjda med stödet från gruppen präster/religiösa samfund och Röda Korset. Lägre grad av tillfredsställelse rapporteras avseende stödet från socialtjänsten, Rädda Barnen, BRIS och vuxenpsykiatriska öppenvården. Man bör dock notera att andelen som rapporterade att de sökt hjälp hos de senare instanserna var relativt låg. Se Figur 4.

Förlustdrabbade

Totalt 483 personer eller 10 % av de 4 910 svarande hade förlorat närstående varav 156 personer hade förlorat nära familjemedlem. Av de förlustdrabbade angav 187 personer att deras avlidna närstående förts tillbaka till Sverige via den tidigare flygflottiljen i Uppsala, nuvarande Ärna flygplats. 126 personer angav att de hade deltagit i mottagandet där. Av dessa var de flesta (94 %) nöjda eller mycket nöjda med mottagandet.

Sjukskrivning och medicinering

Var fjärde av de svarande hade varit sjukskriven efter hemkomsten. Av dessa angav 880 personer, 18 % av samtliga svarande, att sjukskrivningen hade ett samband med tsunamikatastrofen. Det rörde sig i de flesta fall om korta sjukskrivningar, men 147 personer varit sjukskrivna mer än ett år. Under fyra veckor innan enkätens ifyllande hade 335 personer angivit att de varit sjukskrivna. Användningen av läkemedel i form av sömnmedel, lugnande och antidepressiva läkemedel var på en låg nivå efter tsunamin och sjönk ytterligare efter fjorton månader. Se Tabell 5. Kvinnor rapporterade i genomsnitt högre konsumtion av läkemedel än männen. Exempel på det är sömnmedel där 6,7 % kvinnor tog sådana medel dagligen jämfört med 3,7 % män månaden efter tsunamin.

Tabell 5. Användning av läkemedel efter tsunamin

Läkemedel	Första månaden efter			Senaste månaden		
	Aldrig/ enstaka	Någon/ vecka	Dagligen	Aldrig/ enstaka	Någon/ vecka	Dagligen
Sömnmedel	91.2	3.8	5.0	95.0	2.7	2.3
Lugnande	96.4	1.8	1.8	98.2	0.9	0.9
Antidepressiva	95.8	0.4	3.9	95.5	0.3	4.2

Beträffande alkoholkonsumtion angav 81 % att den är oförändrad efter tsunamin. Nio procent uppgav att de dricker mer alkohol medan ungefär lika många anger att de dricker mindre.

Synen på livet efter tsunamin

Upplevelsen av att det kommer att gå bra i livet, att världen är rättvis, förutsägbar, går att styra och att den är god och välvillig, verkar ha försvagats för en andel av de svarande. Tydligast framträder denna förändrade syn hos kvinnor. Däremot är det tvärtom med upplevelsen av att livet är meningsfullt och känslan av att man är en värdefull människa. Dessa upplevelser verkar istället ha stärkts hos en del och då företrädesvis hos kvinnor.

Att klara av påfrestningen

Sammantaget har 1 681 personer (34 %) av de svarande angivit att de inte upplevt någon påfrestning av tsunamin. Av dem som upplevt påfrestningar anges sammanfattningsvis egen kraft och hjälpen från familj, vänner och arbetskamrater ha varit viktigast. Resan tillbaka till Thailand rapporterades av 74 % som viktig för att klara påfrestningarna. När det gäller professionellt stöd angav 49 % att det var viktigt. Se Tabell 6.

Tabell 6. Värdering av störst hjälp för att klara av påfrestningen

Störst hjälp från	Aktuella svar	Värdering av hjälpfaktorer, % av antal aktuella		
		Viktigt	Varken eller	Inte viktigt
Egen kraft	3180	93	6	1
Familj, vänner, arbetskamrater	3195	93	6	1
Stödgrupper för tsunamidrabbade	1200	32	33	35
Professionellt stöd (psykolog, läkare, kurator etc.)	1587	49	27	24
Hjälp från myndigheter	1201	18	38	43
Resa tillbaka till platsen	1371	74	12	14
Annat	350	63	12	25

Diskussion

En stor andel av dem som deltagit i denna studie befann sig på en plats som drabbades av tsunamin. Knappt hälften av dessa personer uppfattade situationen som livshotande för egen del. En fjärdedel som svarat på enkäten uppger att de fjorton månader efteråt har ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Närstående, vänner, arbetskamrater och grannar har utgjort det vanligaste stödet efter hemkomsten.

Människors motståndskraft att klara av traumatiska upplevelser beror på en rad faktorer. Upplevelse av hjälplöshet och avsaknad av kontroll kan bidra till svårigheterna och oklarhet är en viktig faktor som kan påverka traumatiseringsgraden. Att drabbade upplevde att de hade liten kontroll över situationen förstår man då 75 % anger att det var tillfälligheter och tur som gjorde att man klarade sig. Det kontrasterar dock mot att ändå drygt hälften, 54 %, bedömer att det var förmågan att bedöma situationens farlighet som var viktig för överlevnaden, vilket anger att det samtidigt hos vissa fanns en viss känsla av kontroll.

En katastrof utmärks av en kaotisk situation. Ur ett svenskt turistperspektiv var en tsunami för det flesta ett okänt begrepp och situationen komplicerades av att man befann sig långt hemifrån. Efter svåra olyckor uppstår ofta spontant ett hjälparbete av människor i närområdet innan en mer organiserad hjälpverksamhet kan komma tillstånd. En viktig faktor för fortsatt utveckling av de psykologiska konsekvenserna av en traumatisk upplevelse är hur man uppskattade det primära omhändertagandet. I enkäten efterfrågades hur drabbade såg på olika typer av hjälp eller stöd de fick före hemresan. Inte helt oväntat är det hjälpen från lokalbefolkningen, från närstående och från andra katastrofdrabbade som röner mest uppskattning i det initiala skedet. En fjärdedel anger också att de uppskattat hjälpen från resebyråerna. Mest missnöje före hemkomsten rapporteras gälla stöd från svenska ambassaden/konsulatet, svenska räddningsverket och andra svenska myndigheter, vilket stämmer överens med katastrofkommissionens kritik av svenska myndigheter. I den underökning som gjordes av Rådet för stöd och samordning nästan 5 månader senare var man mer positiv till stödet man upplevt efter hemkomsten (SOU 2005:60, s. 67). Inför hemkomsten av de tsunmidrabbade hade stora förberedelser gjorts för medicinskt, psykologisk såväl som socialt omhändertagande vid de stora flygplatserna i Sverige. Skriftlig information om reaktioner som utdelades uppskattades av många vilket bekräftar tidigare erfarenheter.

Det självrapporterade allmänna hälsotillståndet 14 månader efter tsunamin var påverkat hos cirka en tredjedel. Bra jämförelsetal saknas. Skalor som används internationellt för att med definierade gränser mäta effekter av påverkan visade en något lägre nivå (24 %). I en svensk genomsnittsbefolkning ligger den senare siffran, mätt med samma instrument som i den aktuella studien, på mellan 15-21 % (Boström, 2006). Åldersmässigt ser dock den studerade kohorten något annorlunda ut med större andel i medelåldern varför en jämförelse med 14-19 % vore rimligare. Vi kan då konstatera en förhöjning i den svarande gruppen på 5-10 % som följd av tsunamin.

Specifika posttraumatiska stressreaktioner rapporteras av 10 procent av den totala gruppen. Dock består denna grupp både av personer som inte erfarit några påfrestningar överhuvudtaget (34 %) medan övriga i varierande grad haft påfrestningar. I en nationell studie från USA har Kessler (Kessler et al 1995) konstaterat att andelen som utvecklar posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) efter att ha varit vittne till trauma ligger på omkring 15 % medan om man utsatts för livshot ökar sannolikheten till 25 %. I uppföljningen av ett slumpmässigt urval av personer efter terrorattacken den 11 september i New York rapporteras att 6 % av den totalt undersökta gruppen utvecklade posttraumatiskt stressyndrom medan denna andel ökade till 12 % om man själv varit vittne till attacken. Det finns en stor osäkerhet om frekvensen av specifika posttraumatiska reaktioner efter naturkatastrofer i svenska befolkningen. Senaste undersökta stora katastrofen i Sverige var diskoteksbranden i Göteborg, där man efter en uppföljningstid på 1,5-2 år fann en frekvens av posttraumatisk stress på 25 % (Broberg et al. 2005). Norris et al. (2004) fann att 19 % uppfyllde kriterierna för posttraumatisk stress 2 år efter en översvämning i Mexico. Tidigare kända riskfaktorer slår däremot igenom även i denna tsunamistudie på så sätt att kvinnor och förlustdrabbade och de som själva varit utsatta för livshot och kroppsliga skador hade mer uttalade reaktioner. Undergrupper såsom de som utsatts för direkt livshot och som skadats fysiskt kommer sannolikt att ligga högre när det gäller påverkan av tsunamin vilket senare analyser får klarlägga. En särskild grupp som också kommer att studeras närmare längre fram är de 10 % som förlorat någon familjemedlem eller närstående under tsunamin. En knapp femtedel hade varit sjukskrivna efter hemkomsten, oftast under kort tid. Vid uppföljningen, efter 14 månader var cirka 180 individer (4 %) sjukskrivna där de själv bedömde att sjukskrivningen hade samband med tsunamin. Resultaten antyder att bara för att man befann sig i ett katastrofdrabbat område, betyder inte att det psykiska välbefinnandet påverkades. En förutsättning är istället att man framförallt varit exponerad för de traumatiska delarna i händelsen och/eller drabbats av förluster.

Undersökningen visar att drabbade har använt många vägar att söka hjälp på. Som i andra studier framkommer det att hjälpen från anhöriga är viktigast, följt av vänner och arbetskamrater. Även stödet från skola och arbetsgivare tycks ha varit markant. Av de offentliga insatserna som utnyttjats var det främst krisgrupper och husläkare samt kuratorer eller psykologer på vårdcentraler som angetts. En mindre andel hade sökt hjälp i psykiatrin. Professionell hjälp har uppenbarligen varit viktig för många, vilket kan peka på betydelsen av att det finns adekvat kunskap om effekter av traumatisering hos vårdgivare inom landsting och kommuner, hos krisgrupper och inom primärvården och i förekommande fall hos privata vårdgivare. När det gäller angiven nöjdhet med stöd framhölls särskilt privat psykoterapi, präster och religiösa samfund samt försäkringsbolag. I katastrofhändelser väcks existentiella frågor, och resultatet av undersökningen i dessa avseenden antyder att de religiösa samfunden kunnat ta hand om dessa behov på ett för många tillfredsställande sätt. Numer ingår möjlighet till krisbehandling inom ramen för olycksfallsförsäkringen hos många försäkringsbolag, vilket måhända delvis reflekteras av ovanstående resultat. För en tredjedel av de svarande hade återresan till Thailand efteråt varit till hjälp, vilket bland annat skulle kunna bekräfta betydelsen av att kunna möta det som har förknippats med

traumatiska upplevelser och starkt obehag under andra, mer normala omständigheter. Mottagningsceremonierna på Ärna flygplats i samband med att kistorna med de omkomna fördes hem organiserades av Länskriminalpolisen i Stockholm i samarbete med försvarsmakten och kyrkliga samfälligheten i Uppsala. Mottagandet på Arlanda upplevdes som positivt och väsentligt och en stor andel av resenärerna som ankom till Arlanda var nöjda med mottagandet där. De flesta av de svarande som deltog i mottagandet av de omkomna på Ärna flygplats var nöjda eller mycket nöjda. Mindre grad av tillfredsställelse efter hemkomsten rapporteras gälla stödet från bland annat socialtjänsten, Rädda Barnen, BRIS och vuxenpsykiatriska öppenvården. Andelen som rapporterade att de sökt hjälp hos de senare instanserna var dock relativt låg och man bör notera att graden av missnöje respektive nöjdhet också måste ställas i relation till antalet som har svarat. Är det få som har svarat behövs det ett färre antal missnöjda eller nöjda för att procenttalen ska bli höga. Bidragande orsaker till låg värdering av vårdinstanser skulle kunna vara att de inte motsvarade rimliga förväntningar. En alternativ tolkning är att det är de mest drabbade som utnyttjat vissa av dessa inrättningar och att förväntningarna möjligen var högt ställda. Senare undersökningar bör utvärdera detta mer ingående. I gruppen annan hjälp antyds att detta varit till hjälp för många. Inom ramen för denna rapport har det inte kunnat analyseras närmare vad ”annan hjälp” står för. Det skulle dock kunna handla om självhjälpsgrupper, så kallade ”chatt-sidor” på Internet och liknande.

Konsumtion av sömnmedel, lugnande och antidepressiva läkemedel är relativt låg i den undersökta gruppen. Den högre användningen av läkemedel bland kvinnor ska tolkas försiktigt då det rörde sig om relativt få personer och männens svarsfrekvens var lägre bland de svarande.

En stor grupp svenskar har i varierande grad varit med om ”potentiellt traumatiska händelser”. Många drabbades svårt medan andra kom lindrigare undan. Vidden och omfattningen antyds bakom de siffror som framkommer i denna rapport. Slutsatser som kan göras begränsas naturligtvis av att bortfallet är relativt stort. Vidare drabbades många barnfamiljer och många barn hårt av tsunamin. Denna grupp har inte kunnat följas upp speciellt inom ramen för denna studie vilket måhända hade varit önskvärt.

Gruppen svarande utgörs av mestadels medelålders personer, välutbildade och väsentligen friska där en majoritet var gifta och arbetade heltid. En del anger som konsekvens av katastrofen att synen på livet förändrats på så sätt att värden inte längre uppfattas som god, rättvis, förutsägbar eller styrbar. Samtidigt anger mer än en tredjedel att de inte upplevt någon påfrestning av tsunamin. Det kan naturligtvis bero på att just dessa personer inte var direkt utsatta och inte förlorat någon nära anhörig. Man vet sedan tidigare också att vissa individer kan gå stärkta ur svåra påfrestningar om de inte blir allvarligt traumatiserade (s.k. ”posttraumatic growth”). Det visar sig också genom att en del anger att de ser livet som mer meningsfullt och att de upplever ett starkare värde som människa efter tsunamin.

Bortfallet var relativt stort vilket inte är ovanligt i traumaforskning. Man kan konstatera att av de 4 910 som svarat var kvinnorna i majoritet. Förhållandet var det omvända när det gäller till vilka enkäten skickades ut. Det var ingen avgörande skillnad i bortfallet mellan länen. Det var

framförallt yngre män som avstod från att svara på enkäten. Motiven till det kan man spekulera kring och bör undersökas närmare. Bortfallet reducerar självfallet generaliserbarheten och manar till försiktighet när man drar slutsatser av resultaten. Svarsfrekvensen på 49 % får anses som godtagbar i ett internationellt perspektiv. Motsvarande frekvens i norska och danska tsunamistudier ligger på 32 % respektive 46 %.

Litteratur

Bonnano GA, Galea S, Bucchiarelli A, Vlahov D. Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychol.Sci.* 2006 Mar; 17(3): 181 -6.

Bonnano G. Towards a taxonomy of resilience-promoting factors. Paper presented at the conference Citizens and Resilience in Den Haag. November 22 - 24. 2006.

Boström G. Hälsa på lika villkor. Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2005. Rapport nr A 2006:02, Statens Folkhälsoinstitut. 2006.

Broberg AG, Dyregrov A, Lilled L. The Göteborg discothèque fire: posttraumatic stress, and school adjustment as reported by the primary victims 18 months later. *J Child Psychol and Psychiatry.* 2005;46(12):1279-86.

Försvarets Forskningsanstalt. Katastrofmedicinska studier i Borås. Hotellbranden, 10 juni 1978. Kamedorapport 34, 1979.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-months DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:617-27.

Michel PO, Bergh Johannesson K, Abdoulbaghi A, Lundin T. Posttraumatiskt stressyndrom alltmer i fokus. *Läkartidningen* 2006;103:3369-72.

Socialstyrelsen. Branden i tunnelbanestationen King's Cross, den 18 november 1987. Kamedorapport, 1990:30.

Socialstyrelsen. Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star, den 7 april 1990. Kamedorapport 60, 1993:3.

Socialstyrelsen. Flyghaveriet vid Gottröra, den 27 december 1991. Kamedorapport 63, 1994:15.

Socialstyrelsen. Estoniakatastrofen, M/s Estonias förlisning i Östersjön, den 28 september 1994. Kamedorapport 68, 1997:15.

Socialstyrelsen. Brandkatastrofen i Göteborg, natten 29-30 oktober 1998. Kamedorapport 75.

Socialstyrelsen. Rapport från Rådet för stöd och samordning efter flodvågskatastrofen. SOU 2005:60.

Socialstyrelsen. Lärdomar efter flodvågen och andra allvarliga händelser. Slutrapport – November 2006.

Sverige och tsunamin – granskning och förslag. Huvudrapport från 2005 års katastrofkommission. SOU 2005: 104.

Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996;9:455-471.

Goldberg DP & Hillier VF. A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979: 9, 139-145.

Horowitz MJ, Wilner N & Alvarez W. Impact of Event Scale: A study of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*. 1979:41, 209 – 218.

Weiss DS. The Impact of Event Scale – Revised. In *Assessing psychological Trauma and PTSD*. Wilson, JP & Keane, TM (ed). 2004, Guilford Press, 2nd edition, sid 168 – 189.

Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL. Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *J Traumatic Stress*. 2004;17(4):283-92.