



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Omvårdnadsvetenskap
Självständigt arbete 30 hp
Avancerad nivå
2010-2011

**BARNPERSPEKTIV VID UTFORMNING AV
REGIONAL KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP
I SVERIGE**

– EN NATIONELL STUDIE BLAND REGIONALA
BEREDSKAPSSAMORDNARE

**CHILD PERSPECTIVE IN REGIONAL DISASTER
MEDICAL PLANNING IN SWEDEN**

– A NATIONAL SURVEY AMONGST REGIONAL DISASTER
PLANNING OFFICERS

Författare: Mikael Engvall

SAMMANFATTNING

Bakgrund Barn finns ofta bland de drabbade i samband med allvarliga händelser och har utifrån ålder och mognadsgrad behov som skiljer dem från vuxna i dessa situationer. Sjukvårdspersonal anger att det är svårare och mer påfrestande att hantera situationer där flera barn drabbats, men sjukvårdens förmåga kan optimeras om barnaspekter uppmärksammas rutinemässigt vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap. Internationella rapporter anger att barnaspekter ofta förbises vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap, men ämnet är bristfälligt kartlagt i Sverige. **Syfte:** Att undersöka om barnperspektivet uppmärksammas vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå. **Metod:** Enkätstudie där populationen utgjordes av Sveriges 21 beredskapssamordnare på regional nivå. **Resultat:** I studien deltog samtliga beredskapssamordnare på regional nivå i Sverige (n=21). 16 av 20 deltagare angav att katastrofmedicinsk beredskap kan utformas efter barnets särskilda behov i hög grad. 19 av 21 deltagare uppgav dock att katastrofmedicinsk beredskap endast i liten grad är anpassad för barn. Medverkan av barnsjukvården ses som en viktig faktor för att säkerställa sjukvårdens katastrofmedicinska förmåga inför allvarliga händelser som drabbar barn. 20 av 21 deltagare angav dock att barnsjukvården är representerad endast i liten grad vid planering av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå. Vid risk- och sårbarhetsanalyser och systematisk kvalitetssäkring uppgav 18 av 21 respektive 17 av 18 deltagare att barnaspekter uppmärksammas i liten grad. Sex av 21 landsting/regioner synliggör barnaspekter i regional katastrofmedicinsk plan. **Slutsats:** Barnperspektivet uppmärksammas endast i begränsad omfattning vid utformning av regional katastrofmedicinsk beredskap. Studien påvisar nödvändigheten av att uppmärksamma och utveckla sjukvårdens katastrofmedicinska förmåga med fokus på barnets särskilda behov.

Nyckelord: omvårdnad, barn, akutsjukvård, katastrofmedicin, beredskap

ABSTRACT

Introduction: Children are often among the victims in major incidents and have specific needs that separate them from adults in these situations. Healthcare personnel often find events including children more demanding than events only affecting adults. The health care, thus, has to integrate child aspects in all phases of disaster planning. International reports suggest that planning for disaster medical preparedness often fails to consider the special needs of children, but there is a lack of Swedish research in this field. **Objective:** To investigate if the child perspective is considered in regional disaster medical planning in Sweden. **Method:** A questionnaire was sent to the 21 regional disaster planning officers in Sweden. **Results:** All of the regional disaster planning officers in Sweden participated in the study (n=21). 16 of 20 participants claimed that child aspects can be integrated in disaster preparedness to a large extent. However, 19 of 21 planners indicated that disaster preparedness is adjusted to the needs of children only to a small extent. Participation of pediatric personnel in disaster medical planning was seen as an important step to ensure optimal preparedness for events including children. 20 of 21 planners stated that this is the case only to a small extent. Participants claimed that risk and vulnerability analysis (18 of 21) and quality assurance (17 of 18) reflects the needs of children to a small extent. Six of 21 participants claimed that pediatric aspects were integrated in regional disaster medical plans. **Conclusion:** The child perspective is considered only to a small extent in regional disaster medical planning in Sweden. This study indicates the need to highlight and develop the disaster medical capability with focus on the special needs of the pediatric population.

Keywords: caring, children, emergency care, disaster medicine, preparedness

INNEHÅLL

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	2
2.1 Allvarliga händelser och barn	2
2.2 Mötet med barn i akuta situationer.....	3
2.3 Erfarenheter efter allvarliga händelser där barn drabbats	3
2.4 Tidigare studier	5
2.5 Katastrofmedicinsk beredskap	6
2.6 Beredskapssamordnare på regional nivå	7
2.7 Omvårdnad i den katastrofmedicinska organisationen	7
3 PROBLEMFÖRMULERING	8
4 SYFTE	9
4.1 Frågeställningar.....	9
5 METOD	9
5.1 Design.....	9
5.2 Population.....	10
5.3 Datainsamlingsmetod	10
5.4 Dataanalys	13
6 ETISKA ASPEKTER	13
7 RESULTAT	14
7.1 Barnaspekter vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå.....	14
7.2 Är regional katastrofmedicinsk beredskap utformad efter barnets särskilda förutsättningar och behov i den utsträckning det är möjligt?.....	16
7.3 Medverkan av representanter från barnsjukvården	17
7.4 Olyckstyper i samband med allvarliga händelser.....	18
7.5 Sjukvårdens viktigaste insatser för barn vid allvarliga händelser	19
8 DISKUSSION	20
8.1 Metoddiskussion.....	20
8.2 Resultatdiskussion.....	22
8.2.1 Kan katastrofmedicinsk beredskap barnanpassas?.....	22
8.2.2 Katastrofmedicinsk planläggning – hur uppmärksammas barnen?.....	23
8.2.3 Medverkan av representanter från barnsjukvården vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap	24
8.2.4 Krisstöd – med naturligt barnperspektiv	25
8.2.5 Olyckstyper – här är risken störst för barn.....	25
8.2.6 Vikten av att skapa och sprida goda exempel	26
8.3 Slutsatser	27
8.4 Klinisk betydelse	28
8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling.....	28
9 REFERENSER	29
BILAGOR	30

1 INLEDNING

Tisdagen den 24 januari 2012 ledde en trafikolycka utanför Köpenhamn till att sjukvården utfärdade katastroflarm. Det som inledningsvis beskrevs som en singelolycka var i själva verket en stor olycka där en buss, efter kollision med personbil, vält nerför en slänt och hamnat på sidan. I bussen färdades ett 40-tal förskolebarn i åldrarna tre till sex år (TT, 25 januari 2012). I samband med händelserna på Utöya 22 juli 2011 drabbades främst unga vuxna, men bland de drabbade fanns även här flera barn (Helsedirektoratet, 2012).

Sjukvårdens katastrofmedicinska förmåga utsattes även för stora påfrestningar den 25 juli 2009 i samband med en lägenhetsbrand i Rinkeby i Stockholm. Också vid denna händelse var det främst barn som drabbades (Statens Haverikommission, SHK) (2010). Allvarliga händelser där barn drabbas ses ofta som extra svårhanterliga och psykiskt krävande av inblandad sjukvårdspersonal. I ljuset av detta ter det sig naturligt att barnaspekter ges särskild uppmärksamhet vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap. I själva verket tyder mycket på att det är precis tvärtom.

Hur säkerställs att personalen i den katastrofmedicinska organisationen ges bästa möjliga förutsättningar att hantera allvarliga händelser där barn drabbas?

2 BAKGRUND

2.1 Allvarliga händelser och barn

Det första steget för att uppmärksamma barnets särskilda behov vid allvarliga händelser är att se barnaspekter som en viktig del i det dagliga katastrofmedicinska arbetet, en del som kan och bör utvecklas i hög grad (Foerster, 2010).

Med barnaspekter avses i denna studie alla de åtgärder och beslut som rör barn och som har fokus på barnets särskilda förutsättningar och behov. Barnaspekter kan exempelvis integreras i regionala katastrofmedicinska planer (Regionskansliet, 2011). Studier förordar även att barn i rätt ålder, efter lämpliga arrangemang, kan delta vid övningar för att ge sjukvårdspersonalen möjlighet att träna inför allvarliga händelser med barn (Carley, Mackway-Jones & Donnan, 1999).

Rapporter visar att barn utifrån ålder och mognadsnivå har anatomiska, fysiologiska och psykologiska förutsättningar som skiljer dem från vuxna (Fendya, 2006). Att ett spädbarn har särskilda behov i dessa sammanhang ter sig naturligt, men även ungdomar kan ha särskilda behov som måste beaktas, exempelvis vid utformning av krisstöd (Schonfeld & Gurwitch, 2009). Ungdomar är extra utsatta i dessa situationer och behöver till exempel ofta särskilt stöd för att hantera media, något som senast uppmärksammades efter händelserna på Utöya utanför Oslo (Helsedirektoratet, 2012). Med barn åsyftas därför i fortsättningen i denna studie alla personer under 18 år, i enlighet med regeringens på barnkonventionen grundade strategi för att stärka barnets rätt i Sverige (Regeringskansliet, 2010).

En allvarlig händelse definieras av Socialstyrelsen (SOSFS 2005:13) som en händelse *”som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt”*. Vad som ses som en allvarlig händelse beror därmed på hur exempelvis räddningstjänst, polis och sjukvård bedömer situationen (Rüter, 2009). En händelse som ses som en vardagshändelse i en storstad med stora resurser, kan ses som en allvarlig händelse om den inträffar i glesbygd.

Allvarliga händelser kan delas upp i stora olyckor och katastrofer. Skillnaden är att

kvalitetskraven kan upprätthållas vid en stor olycka medan en katastrof definieras som en situation med sänkta kvalitetsmål (SOSFS 2005:13). Ett av få exempel på nutida inträffade katastrofer inom Sveriges gränser är brandkatastrofen i Göteborg 1998 (Socialstyrelsen, 2001). Med allvarliga händelser avses genomgående i denna studie olyckor som kan leda till personskador, och således i princip inte rena hotsituationer eller situationer med enbart höjd beredskap. Ett antal sjukvårdshuvudmän har börjat registrera allvarliga händelser i det egna området men i dagsläget finns det ingen nationell registrering i Sverige (Monica Rådestad, Stockholms Prehospitala Centrum (SPC), personlig kontakt oktober 2011). Allvarliga händelser inträffar med jämna mellanrum i Sverige och innebär då ofta en stor utmaning för sjukvården (Socialstyrelsen, 2010).

2.2 Mötet med barn i akuta situationer

Vid utbildning i prehospital sjukvård vid Försvarsmedicinskt Centrum i Göteborg beskrev barnanestesiologen och helikopterläkaren A. Åvall att barn har särskilda behov som måste speglas i sjukvårdens akuta insatser. Ett litet barn med försämrad andning kan i vissa fall vara bättre hjälpt av att sitta kvar i pappas famn med endast extra syrgas, istället för att få en intravenös infart. Sticket kan göra barnet upprört med ytterligare försämrad andning som följd (Personlig kontakt, oktober 2010). Ett barn som är medgörligt är inte sällan i större behov av akutsjukvård än ett barn som protesterar och kämpar emot vid undersökning (a.a.).

Rapporter visar att sjukvårdspersonal generellt sett har mindre vana av att vårda barn än vuxna (Gausche-Hill, 2009). Att vårda barn i samband med allvarliga händelser ses ofta som extra komplicerat och påfrestande (Jewkes, 2001). Ofta finns det stort tryck från föräldrar, media och allmänhet på sjukvården när barn drabbas i samband med stora olyckor, något som ofta påverkar insatspersonalen med ökad stress som följd (Lemyre et al., 2010). Sammantaget reser detta krav på särskild förberedelse av sjukvårdens organisation och dess personal inför dessa händelser.

2.3 Erfarenheter efter allvarliga händelser där barn drabbats

Bussolyckor är vanliga och leder i Sverige statistiskt sett årligen till allvarliga olyckor med stort skadeutfall, inte sällan med barn inblandade (Socialstyrelsen, 2010). Bränder är en annan typ av allvarlig händelse där barn drabbas (Socialstyrelsen, 2001, Statens Haverikommission

(SHK), 2010). Publika evenemang samlar ofta många barn. En allvarlig händelse i dessa sammanhang riskerar att drabba många i denna grupp (Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (PKMC), 2008a). Barn är även känsligare än vuxna vid händelser med farliga ämnen och kräver särskilt hänsynstagande i samband med personsanering (Chung & Shannon, 2005).

En av de viktigaste erfarenheterna efter allvarliga händelser som drabbat barn är att varje inträffad händelse utgör en möjlighet att förbättra sjukvårdens insatser i dessa sammanhang. Detta innebär att uppföljning och analys av dessa händelser kan ge sjukvården förutsättningar att inhämta erfarenheter och, i förekommande fall, lära av misstag (Weiner, 2009).

Auf der Heide (2006) visade dock i en studie av ett stort antal rapporter efter inträffade händelser, att problem i dessa sammanhang tenderar att upprepas. Studien antyder således att sjukvården inte drar lärdom av erfarenheter efter inträffade händelser. Studien uppmärksammade även vikten av att sjukvårdens insatser är byggda på evidens (a.a.). En vanlig erfarenhet efter allvarliga händelser är att drabbade transporteras eller tar sig på egen hand till sjukvårdsinrättningar, vanligen det sjukhus som ligger närmast skadeplatsen eller det sjukhus de drabbade känner till bäst. När sjukvården på detta sätt får liten eller obefintlig förvarning innebär det att sjukvårdsledningen har liten möjlighet att styra fördelning av de skadade (Auf der Heide, 2006), exempelvis till enheter med fokus på barnsjukvård. Genom att barn därmed kan komma att transporteras till enheter som normalt inte vårdar barn i större utsträckning, måste alla akutsjukhus ha beredskap för att ta emot och stabilisera skadade barn i samband med allvarliga händelser (Carley et al., 1999).

Om alla akutsjukhus har beredskap för att hantera allvarliga händelser där barn drabbas så kan det också avlasta barnsjukvården. Efter ett bombattentat i ett köpcentrum utanför Helsingfors 2002 framgick att det stora antalet skadade barn innebar att barnsjukhusets förmåga överskreds, trots att stora sjukvårdsresurser för vuxna fanns i närheten. Resurser i form av personal och material överfördes efter hand till barnsjukhuset från andra akutenheter. (Socialstyrelsen, 2005).

Rapporter efter händelserna i New York den 11 september 2001 visade på betydande katastrofmedicinska brister i beredskapen för att möta barn. Slutsatsen blev att alla akutenheter bör ha beredskap för att ge vård till barn i det akuta skedet. Det finns också ett ökat behov av sjukvårdsgrupper med läkare och sjuksköterskor med särskild barnkompetens,

samt av resurser för krisstöd med fokus på barn (Stamell E, Foltin G, Nadler E, 2008).

2.4 Tidigare studier

I en Delphi-studie i Storbritannien samlade Carley et al. (1999) 22 experter för att nå söka nå konsensus kring sjukvårdens insatser vid allvarliga händelser som drabbar barn. I studien nåddes exempelvis konsensus kring; 1) att det är viktigt att beakta barnets särskilda behov i samband med allvarliga händelser, 2) att barnsjukvården relativt sett blir mer belastad av en händelse med drabbade barn än vuxenvården vid jämförbara händelser i storlek och olyckstyp, 3) att planering för barn bör samordnas på regional nivå, 4) att det vid katastrofmedicinsk planering måste säkerställas att alla akutsjukhus har beredskap för att hantera allvarliga händelser som involverar barn, samt 5) att planering för barn bör finnas i alla planer.

I USA genomförde den från staten fristående organisationen Institute of Medicine (IOM) (2006) en omfattande översyn av akutvården inkluderande både akutverksamhet och katastrofmedicinsk beredskap. Skriften "*Emergency Medical Services for Children: Growing Pains*" är flitigt citerad i katastrofmedicinska artiklar med barnfokus. Här framgår att adekvat akutvård för barn under normala omständigheter är en förutsättning för en optimal respons vid allvarliga händelser. Alla akutenheter bör ha beredskap för att ta emot barn i samband med allvarliga händelser. Den katastrofmedicinska beredskapen i USA för att ta emot barn beskrivs här som "ojämn".

National Commission on Children and Disasters (NCCD) (2010) utförde på uppdrag av kongressen i USA en omfattande kartläggning av den nationella katastrofmedicinska beredskapen för barn. Barnaspekter bör uppmärksammas i ökad grad på alla nivåer i den katastrofmedicinska organisationen, före, under och efter allvarliga händelser. Härigenom kan sjukvårdens katastrofmedicinska förmåga optimeras. Sjukvårdspersonalen får därmed bästa möjliga förutsättningar att framgångsrikt hantera allvarliga händelser där barn drabbas (NCCD, 2010)

I en litteraturstudie som publicerades i den akut- och katastrofmedicinskt orienterade tidskriften *Scandinavian Update Magazine* (2009) beskrev Bergman, Forsberg & Josefsson att händelser med barn är en av åtta faktorer som sjuksköterskor i akutvården upplever som mest

stressande. Samtliga stressfaktorer, inklusive händelser med hög arbetsbelastning, svårt sjuka patienter, hot och våld, bristande arbetsmiljö, anhöriga, samt låg grad av kontroll, är relevanta när barn drabbas i samband med stora olyckor. Detta kan leda till negativa konsekvenser för både sjukvårdspersonal och drabbade (a.a.).

Upperman och medarbetare visade vid en studie i samband med katastrofmedicinsk övning vid Childrens Hospital of Los Angeles (CHLA) att misstag som feldoseringar och bristande dokumentation var fyra gånger så vanliga vid katastrofmedicinsk övning som vid ordinarie verksamhet. Risken för misstag är uppenbar inom barnsjukvården där ordinationer baseras på patientens vikt och generella ordinationer utgör undantag. Även om studien utfördes på en enskild enhet och baserades på relativt få journaler (n=64) så antyder den att barn löper större risk att få suboptimal vård i samband med allvarliga händelser. Dessutom anges att det krävs ökad standardisering av vården av barn i dessa sammanhang (Claudius et al, 2008). Ämnesområdet är dock bristfälligt kartlagt i Sverige.

2.5 Katastrofmedicinsk beredskap

Katastrofmedicin som ämnesområde introducerades i Sverige på 1970-talet och är således ett relativt nytt ämnesområde (Rüter 2009). På det nationella planet är Socialstyrelsen den myndighet som utövar tillsyn av den katastrofmedicinska beredskapen och genom sina föreskrifter och allmänna råd om fredstida beredskap (SOSFS 2005:13) utfärdat riktlinjer för hur beredskapen ska utformas. Katastrofmedicinsk beredskap ska grundas på risk- och sårbarhetsanalyser (SFS 2006:544) och centrala delar är planering, utrustning, utbildning, övning, ledning samt uppföljning och utvärdering. Andra viktiga områden är krisstöd, prehospitala sjukvårdsgrupper samt beredskap inför händelser med farliga ämnen (SOSFS 2005:13)

Ansvar för att bedriva sjukvård, inklusive katastrofmedicinska insatser, är uppdelat på 21 sjukvårdshuvudmän i form av landsting eller regioner. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:13) är utgångspunkten för landstingens regionala katastrofmedicinska planer, som i sin tur ligger till grund för utformning av planer på lokal nivå. Innehållet i dessa dokument genomsyrar därmed hela organisationen. Socialstyrelsen anger i sina föreskrifter att vissa grupper i samhället har särskilda behov som måste beaktas vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap, men barn som grupp uppmärksammas inte i dessa föreskrifter.

I en studie av svensk katastrofmedicinsk beredskap skriver Rüter (2009) att ett av de viktigaste styrande dokumenten inom det katastrofmedicinska området är landstingens katastrofmedicinska planer. Dessa planer anger hur organisationen ska agera vid allvarliga händelser (a.a.).

I december 2010 godkände riksdagen regeringens strategi för att stärka barnets rätt i Sverige (prop. 2009/10:232). Här framgår att det krävs ”*tydlig styrning på alla nivåer i samhället för att säkerställa att barnets rättigheter genomsyrar arbets- och beslutsprocesser*” (Regeringskansliet, 2010). Dokumentet anger att beslutsfattare på alla nivåer i samhället vid åtgärder och beslut ska reflektera över om barn berörs som individer eller som grupp, det vill säga att ha ett barnperspektiv. Om slutsatsen är att barn påverkas så ska beslutsfattaren utifrån barnkonventionen beakta vad som är bäst för barnet (barnrättsperspektiv) (a.a.).

2.6 Beredskapssamordnare på regional nivå

De svenska sjukvårdshuvudmännen ska ha en organisation som ansvarar för katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå, och som också övervakar den katastrofmedicinska beredskapen på lokal nivå (SOSFS 2005:13). Verksamheten leds vanligen av en regional beredskapssamordnare eller beredskapschef som har ett stort ansvar för planläggning och utformning av den katastrofmedicinska beredskapen (P-Å Nilsson, Socialstyrelsen, personlig kontakt september 2011). Även om sjukvårdsbakgrund inte är ett krav så är ändå tendensen att beredskapssamordnarna i ökad grad har bakgrund inom sjukvården, och då företrädesvis som sjuksköterskor (a.a.).

2.7 Omvårdnad i den katastrofmedicinska organisationen

Sjuksköterskan har en central roll i den katastrofmedicinska organisationen. International Council of Nurses (ICN) (2009) och världshälsoorganisationen (WHO, 2009) poängterar att sjuksköterskan både kan och bör försäkra sig om, att barn och andra utsatta grupper får bästa möjliga stöd av sjukvården i samband med allvarliga händelser och katastrofer. I Sverige har sjuksköterskor framträdande positioner vid de flesta enheter inom sjukvården som involveras i samband med allvarliga händelser. Sjuksköterskor verkar som larmoperatörer, ambulanssjuksköterskor, specialistsjuksköterskor i sjukvårdsgrupp, tjänstemän i beredskap (TiB), ansvariga på sjukhus och vårdcentraler samt som beredskapssamordnare, utbildare eller

forskare vid enheter som utformar katastrofmedicinsk beredskap. Det finns därmed goda förutsättningar för sjukvården att verka för att omvårdnadsbehoven hos drabbade barn tillgodoses före, under och efter allvarliga händelser. I brist på systematiskt synliggörande av barnaspekter är barnen dock till stor del beroende av att enskilda företrädare tillvaratar deras intressen i katastrofmedicinska sammanhang (Chung, 2009).

3 PROBLEMFÖRMULERING

Barn finns ofta bland de drabbade i samband med allvarliga händelser och har utifrån ålder och mognadsnivå anatomiska, fysiologiska, och psykologiska förutsättningar som skiljer dem från vuxna. Rapporter visar att sjukvårdspersonal generellt sett har mindre vana av att vårda barn än vuxna, vilket gör att händelser där barn drabbas kräver särskild beredskap och handläggning av sjukvården.

Studier visar att det råder konsensus kring; 1) att det är viktigt att beakta barnets särskilda behov i samband med allvarliga händelser, 2) att barnsjukvården relativt sett blir mer belastad av en händelse med drabbade barn än vuxenvården vid jämförbara händelser i storlek och olyckstyp, 3) att planering för barn bör samordnas på regional nivå, 4) att det vid katastrofmedicinsk planering måste säkerställas att alla akutsjukhus har beredskap för att hantera allvarliga händelser som involverar barn, samt 5) att planering för barn bör finnas i alla planer.

Stressfaktorer, inklusive händelser med hög arbetsbelastning, svårt sjuka patienter, hot och våld, bristande arbetsmiljö, anhöriga, samt låg grad av kontroll, är relevanta när barn drabbas i samband med stora olyckor. Studier visar att detta kan leda till negativa konsekvenser för både sjukvårdspersonal och drabbade.

Upperman och medarbetare visade vid en undersökning i samband med katastrofmedicinsk övning vid Childrens Hospital of Los Angeles (CHLA) att misstag som bristande dokumentation och feldoseringar är fyra gånger så vanliga vid katastrofmedicinsk övning som vid ordinarie verksamhet.

Barnaspekter bör uppmärksammas i ökad grad på alla nivåer i den katastrofmedicinska

organisationen, före, under och efter allvarliga händelser. Härigenom kan sjukvårdens katastrofmedicinska förmåga optimeras. Sjukvårdspersonalen får därmed bästa möjliga förutsättningar att framgångsrikt hantera allvarliga händelser där barn drabbas.

Ämnesområdet är dock bristfälligt kartlagt i Sverige.

4 SYFTE

Syftet med studien är att undersöka om barnperspektivet uppmärksammas vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå i Sverige.

4.1 Frågeställningar

1. Beaktas barnaspekter vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå?
2. Utformas regional katastrofmedicinsk beredskap efter barnets särskilda förutsättningar och behov i den utsträckning det är möjligt?
3. I vilken grad medverkar representanter för barnsjukvården vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå?
4. Vid vilka allvarliga händelser (olyckstyper) bedömer de regionala beredskapssamordnarna att det är mest sannolikt att skadefallet består av flera barn?
5. Vilka åtgärder är viktigast att genomföra och utveckla på regional nivå för att möta de allvarliga händelser (olyckstyper) där det är mest sannolikt att skadefallet består av flera barn?

5 METOD

5.1 Design

Detta är en studie med kvantitativ ansats där datainsamling utförts med enkäter och resultatet redovisas med hjälp av deskriptiv statistik.

5.2 Population

Populationen bestod av Sveriges 21 regionala beredskapssamordnare. Valet av deltagare var en följd av att beredskapssamordnarna och deras verksamheter utgör en central länk mellan den nationella och den lokala nivån i den katastrofmedicinska organisationen, och även påverkar dessa i hög grad. Genom att det var en populationsstudie fanns förutsättningar för att kunna göra generaliseringar över resultatet i det fall tillräckligt hög svarsfrekvens kunde uppnås (Polit & Beck, 2008). Populationen bestod av ett relativt litet antal personer med en tydligt definierad funktion som regionala beredskapssamordnare. Detta gav förutsättningar för tillfredsställande svarsfrekvens (Trost & Hultåker, 2007).

5.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamling utfördes via enkäter som sändes ut med post i mitten av maj 2011. Enkäterna bestod av 24 frågor där merparten (fråga 5-20) bestod av rangordningsfrågor med följande sex svarsalternativ; alltid - i mycket hög grad - i rätt hög grad - i rätt låg grad - i mycket låg grad – aldrig. Inkonsekvens i utformningen av vissa svarsalternativ i enkäten, det vill säga alternativen; ”i rätt *liten* grad” och ”i mycket *liten* grad” korrigeras härmed och skrivs fortsättningsvis i enlighet med de sex svarsalternativ som beskrivits ovan. Merparten av frågorna (18 av 24) utformades direkt utifrån föreskrifter och lagar som reglerar utformning av katastrofmedicinsk beredskap. Övriga frågor (6 av 24) ansågs även de relevanta för att skapa en bild av hur barnperspektivet uppmärksammas vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå. Instrumentet utvecklades i samarbete med forskare och utbildare i katastrofmedicin vid Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (PKMC) i Västra Götalandsregionen (VGR), så att enkätfrågorna skulle vara begripliga och relevanta (Kylén, 2004). Beredskapschefen på PKMC deltog i studien och var informerad om att arbete med en studie rörande barnaspekter och katastrofmedicin pågick, men var i övrigt inte involverad eller informerad kring utformningen av studien. Deltagarnas kontaktuppgifter inhämtades den 18 maj 2011 från Socialstyrelsens hemsida. Deltagarnas funktion och kontaktuppgifter bekräftades genom kontakt med respektive sjukvårdshuvudmans växel. I försändelsen ingick förutom enkät (bilaga 1) och informationsbrev till deltagarna (bilaga 2) även en mini-PM (bilaga 3). Utskicket innehöll även ett frankerat kuvert för att underlätta returnering av ifylld enkät. Ifyllda enkäter sändes av deltagarna till författarens arbetsplats. För att åskådliggöra

såväl metod som resultat för läsaren så redovisas enkätfrågorna och deltagarnas svar ordnade utifrån den frågeställning som de relaterar till. Resultatet redovisas således inte efter frågornas placering i enkäten, utan så att de frågeställningar som ses som mest centrala i studien redovisas först (Polit & Beck, 2008). I tabell 1 visas vilka enkätfrågor som relaterar till respektive frågeställning.

Tabell 1. Översikt över frågeställningar och till dem relaterade enkätfrågor.

Frågeställningar	Ämne	Enkätfrågor
1	Beaktas barnaspekter vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå?	1,4,8-16 18-19, 22
2	Utformas regional katastrofmedicinsk beredskap efter barnets särskilda förutsättningar och behov i den utsträckning det är möjligt?	20, 21
3	I vilken grad medverkar representanter för barnsjukvården vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå?	5-7, 17
4	Vid vilka allvarliga händelser (olyckstyper) bedömer de regionala beredskapssamordnarna att det är mest sannolikt att skadefallet består av flera barn?	2
5	Vilka åtgärder är viktigast att genomföra och utveckla på regional nivå för att möta de allvarliga händelser (olyckstyper) där det är mest sannolikt att skadefallet består av flera barn?	3,23

Exempel: Frågeställning 3 avser i vilken grad regionala beredskapssamordnare anser att representanter för barnsjukvården medverkar vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå. Frågeställningen besvaras genom fråga 5-7 och fråga 17 i enkäten. Svaren på fråga 24 bifogas i bilaga 4.

Frågeställning 1 rör barnaspekter vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap. Fråga 1, 4, 8-13 samt fråga 18-20 baseras på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:13). Dessa föreskrifter anger hur katastrofmedicinsk beredskap ska utformas i Sverige och utgör ett av styrdokumenterna vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå. Fråga 22

baseras på lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531). Fråga 14-16 bidrar till att visa i vilken grad deltagarna anser att barnaspekter uppmärksammas på regional nivå i förhållande till lokal respektive nationell nivå. Frågorna är motiverade av att studier pekar på att sjukvårdens katastrofmedicinska förmåga kan stärkas om barnaspekter uppmärksammas i ökad grad på alla nivåer i den katastrofmedicinska organisationen (NCCD, 2010). Frågorna har även stöd i regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232).

Frågeställning 2 relaterar till fråga 20 och fråga 21 med de sex svarsalternativ som tidigare beskrivits. Tillsammans ger svaren på de båda frågorna en bild av om katastrofmedicinsk beredskap är anpassad efter barnets särskilda behov i den grad det är möjligt. Studier visar att det ofta anses svårt att anpassa katastrofmedicinsk beredskap efter barnets särskilda behov (Woolsey & Bracy, 2010).

Frågeställning 3 berörde fråga 5-7 och fråga 17. Frågorna rörde i vilken grad representanter från barnsjukvården medverkar vid risk- och sårbarhetsanalys, utbildning, övning, samt övergripande ledning och samordning. Dessa områden är hämtade från Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:13). Frågorna motiveras även av att rapporter anger att medverkan av representanter från barnsjukvården kan leda till stärkt katastrofmedicinsk beredskap (Fendya, 2006).

Frågeställning 4 (enkätfråga 2) uppmanade deltagarna att rangordna tre olika typer av allvarliga händelser (olyckstyper), där de bedömde det mest sannolikt att skadefallet skulle bestå av flera barn. Möjlighet att lämna och rangordna flera svarsalternativ gav förutsättningar för att inhämta ökad information i ämnet, då det fanns anledning att tro att kommunikationsolyckor skulle utgöra huvuddelen av de olyckstyper som sågs som mest sannolika (Socialstyrelsen, 2010). Frågeställningen är central vid risk- och sårbarhetsanalys.

Frågeställning 5, som rör fråga 3 och fråga 23, utformades med öppna svarsalternativ för att underlätta för deltagarna att ge fördjupad information (Polit & Beck, 2008). Vid fråga 3 angav deltagarna de åtgärder som ansågs viktigast inför allvarliga händelser där skadefallet består av flera barn. Fråga 23 rörde de områden som ansågs viktigast att utveckla inför dessa händelser. Fendya (2006) betonar i en rapport vikten av att sprida goda exempel inom detta ämnesområde.

En avslutande fråga (fråga 24) gav deltagarna möjlighet att fritt lämna synpunkter och kommentarer i ämnet. Deltagarnas svar bifogas i sin helhet i bilaga 4.

5.4 Dataanalys

Analysmetoder redovisas även här ordnade efter respektive frågeställning. Följande frågor rör frågeställning 1. Svaren på fråga 1, 4 och 22 redovisas, inklusive öppna följdfrågor vid fråga 4 och fråga 22, i löpande text. Svaren på fråga 8-16 och fråga 18-19 bearbetades med hjälp av Microsoft Excel 2007 (Redmond, WA, USA) och presenteras i tabell 2. Resultatet presenteras med frekvens och fördelning. Medianvärdet baseras på de sex svarsalternativen som poängsattes med 6-1 poäng, där alternativet ”alltid” och alternativet ”aldrig” poängsattes med 6 respektive 1 poäng. För att förtydliga resultatet sammanfördes sedan svarsalternativen ”i mycket hög grad” och ”i rätt hög grad” och visas som ”i hög grad”. På samma sätt inryms svarsalternativen ”i rätt låg grad” och ”i mycket låg grad” under benämningen ”i låg grad” (Trost & Hultåker, 2007). Svar angående frågeställning 2 redovisas i tabell 4 och beskrivs med frekvens och fördelning. Medianvärdet baseras även här på sex svarsalternativ men resultatet redovisas endast i två kategorier, ”i hög grad” och ”i låg grad”. Frågeställning 3 hanterades på samma sätt som frågeställning 1. Resultatet visas i tabell 5. Frågeställning 4 analyserades genom att den typ av allvarlig händelse (olyckstyp) som ansågs mest sannolik poängsattes med tre poäng medan resterande svar fick två respektive en poäng. Högre poängtal anger således högre sannolikhetsgrad. För att underlätta redovisning sammanfördes alla svar som angav olika typer av kommunikationsolyckor, exempelvis olyckor med buss och tåg, till en kategori. Resultatet visas i figur 1. Frågeställning 5 relaterade till öppna frågor där svaren redovisas i löpande text.

6 ETISKA ASPEKTER

Studien var utformad i linje med de riktlinjer och grundprinciper som 1978 beskrevs i det dokument som är känt som Belmont-rapporten (Polit & Beck, 2008). En avsikt med studien är att den ska utgöra ett stöd för beredskapssamordnarna i det dagliga arbetet och således vara till direkt nytta för deltagarna i studien och, framför allt, i förlängningen även för de barn som drabbas i samband med framtida allvarliga händelser. Deltagarna fick information om

förutsättningar för deltagande i studien i ett informationsbrev (bilaga 2) och ett mini-PM som introduktion i ämnet (bilaga 3). På detta sätt fick deltagarna information om studiens syfte och om möjligheten att välja att avstå från, eller att avsluta, deltagande i studien på frivillig bas och utan vidare motivering (Polit & Beck, 2008). Deltagarna svar behandlades konfidentiellt så att deras svar inte skulle kunna härledas till person eller specifikt landsting och inte heller komma obehöriga till del.

7 RESULTAT

Deltagarnas svar redovisas här utifrån vilken frågeställning de relaterar till på samma sätt som tidigare. Svaren visas med hjälp av tabeller och figurer eller i löpande text. Sveriges samtliga regionala beredskapssamordnare (n=21) besvarade enkäten. Sju enkäter inkom efter enkätutskicket, 13 enkäter inkom efter påminnelse som sändes ut via e-post 14 dagar efter enkätutskicket. En enkät inkom efter påminnelse via telefon en månad efter enkätutskicket.

7.1 Barnaspekter vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå

Deltagarna tillfrågades om särskild riskanalys utförs inom ramen för den katastrofmedicinska planeringen, för att identifiera de typer av allvarliga händelser där barn löper störst risk att drabbas. Samtliga deltagare (n=21) svarade nej på frågan.

När beredskapssamordnarna tillfrågades om barnaspekter synliggjorts i den egna regionala katastrofmedicinska planen svarade sex deltagare ja, medan en majoritet (15 av 21) uppgav att de inte inkluderat barnaspekter i planerna. Två av de landsting som uppgav att de integrerat barnaspekter i sin regionala katastrofmedicinska plan angav att de gjort det genom åtgärdskalendrar och larmrutiner. Två landsting skrev att det fanns ett särskilt avsnitt om barn i den regionala planen och ett landsting lämnade också sidhänvisningar till denna typ av avsnitt. Ett annat landsting uppgav att det fanns planer för lokal- och personalfrågor och poängterade även vikten av att barn och närstående får hålla ihop. En deltagare angav att den nationella stödstyrkan sågs som en resurs i detta avseende. Sex av de landsting som inte inkluderat barnaspekter i den regionala planen uppgav att orsaken till detta var att planen var av övergripande karaktär och inte särskiljer enskilda grupper i samhället. En deltagare angav

att det inte görs skillnad på vård av barn och vuxna i denna del.

Deltagarna i studien tillfrågades i vilken grad barnaspekter synliggörs vid katastrofmedicinsk risk- och sårbarhetsanalys, utbildning, övning, rapportering, kvalitetssäkring samt utformning av krisstöd, regionala sjukvårdsgrupper och beredskap inför händelser med farliga ämnen, i respektive landsting. (Tabell 2) En majoritet av deltagarna svarade att barnaspekter uppmärksammas i låg grad inom dessa katastrofmedicinska områden. Krisstöd utgör dock ett tydligt undantag då 17 av 21 deltagare svarade att barnaspekter synliggörs i hög grad i dessa sammanhang.

Tabell 2. Deltagarnas svar på frågan:

I vilken utsträckning synliggörs barnaspekter vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap?

Värdet avser svarsantal, bortfall och medianvärde.

	Alltid	I hög grad	I låg grad	Aldrig	Bortfall	Median
Risk- & sårbarhetsanalys (n=21)		2	16	3		2
Utbildning (n=21)		2	18	1		3
Övning (n=21)		1	18	2		3
Utformning av sjukvårdsgrupper (n=20)			20		1*	2
Utformning av beredskap inför händelser med farliga ämnen (n=21)		1	20			2
Utformning av krisstöd (n=21)		17	4			4
Rapporter (n=18)		3	15		3**	3
Systematisk kvalitetssäkring (n=18)		2	16		3**	2

* En deltagare uppgav att landstinget avskaffat regionala sjukvårdsgrupper.

** Antal deltagare som utelämnade svar på frågan.

I kolumnerna anges deltagarnas bedömning av i vilken grad barnaspekter synliggörs vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap. I raderna anges vilka delar av den katastrofmedicinska beredskapen som avses.

Exempel: Av de 18 deltagare som besvarade frågan ansåg 16 att barnaspekter uppmärksammades i låg grad vid systematisk kvalitetssäkring, medan två deltagare angav värdet ”i hög grad”. Tre deltagare avstod att svara. Medianvärdet är 2 vilket motsvarar svarsalternativet ”i mycket liten grad” i enkäten.

Majoriteten av deltagarna (20 av 21) svarade att de inte bedriver forskning på regional nivå med fokus på insatser för barn i samband med allvarliga händelser. En deltagare svarade att denna typ av forskning bedrivs men angav inte vilket område forskningen berör. Vidare undersöktes hur deltagarna i studien bedömde att barnaspekter synliggjordes på olika nivåer i den katastrofmedicinska organisationen. Resultatet visar att deltagarna i studien anser att barnaspekter synliggörs mest på lokal nivå och minst på nationell nivå i den katastrofmedicinska organisationen. (Tabell 3)

Tabell 3. Deltagarnas svar på frågan:

I vilken utsträckning synliggörs barnaspekter vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på olika nivåer i den katastrofmedicinska organisationen?

Värdet avser svarsantal, bortfall och medianvärde.

	Alltid	I hög grad	I låg grad	Aldrig	Bortfall	Median
På nationell nivå			16	3	2*	2
På regional nivå		4	14	2	1*	3
På lokal nivå		7	12	1	1*	3

* Antal deltagare som utelämnade svar på denna fråga.

7.2 Är regional katastrofmedicinsk beredskap utformad efter barnets särskilda förutsättningar och behov i den utsträckning det är möjligt?

Katastrofmedicinsk beredskap är möjlig att anpassa efter barnets särskilda förutsättningar och behov i hög grad enligt en majoritet (16 av 20) av deltagarna i studien. (Tabell 4) Fyra deltagare angav att barnanpassning är möjligt i låg grad medan en deltagare valde att utelägna svar på denna fråga. På frågan om den katastrofmedicinska beredskapen är barnanpassad svarade en majoritet av beredskapssamordnarna (20 av 21) att beredskapen är barnanpassad i låg grad. Sammantaget antyder fynden att deltagarna bedömer att katastrofmedicinsk beredskap i ökad grad kan utformas efter barnets särskilda förutsättningar och behov.

Tabell 4. Deltagarnas svar på frågan:

Är regional katastrofmedicinsk beredskap utformad efter barnets särskilda förutsättningar och behov i den utsträckning det är möjligt?

	I hög grad	I låg grad	Bortfall	Median
Utsträckning i vilken det är möjligt att utforma katastrofmedicinsk beredskap efter barnets förutsättningar och behov. (n=20)	16	4	1*	4
Utsträckning i vilken den katastrofmedicinska beredskapen är barnanpassad. (n=21)	1	20		2

*Antal deltagare som utelämnade svar på denna fråga.

7.3 Medverkan av representanter från barnsjukvården

En majoritet av deltagarna angav att representanter från barnsjukvården medverkar i låg grad vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå (andel deltagare inom parentes). Vid katastrofmedicinsk risk- och sårbarhetsanalys (15 av 20), utbildning (20 av 20), övning (18 av 20) samt planering och samordning (16 av 21). (Tabell 4) Fyra av beredskapssamordnarna angav att representanter från barnsjukvården aldrig deltar i samband med katastrofmedicinska risk- och sårbarhetsanalyser och vid planering och samordning av den katastrofmedicinska beredskapen. En deltagare angav att representanter för barnsjukvården medverkar i hög grad vid risk- och sårbarhetsanalys, övning samt planering och samordning.

Tabell 5. Deltagarnas svar på frågan:

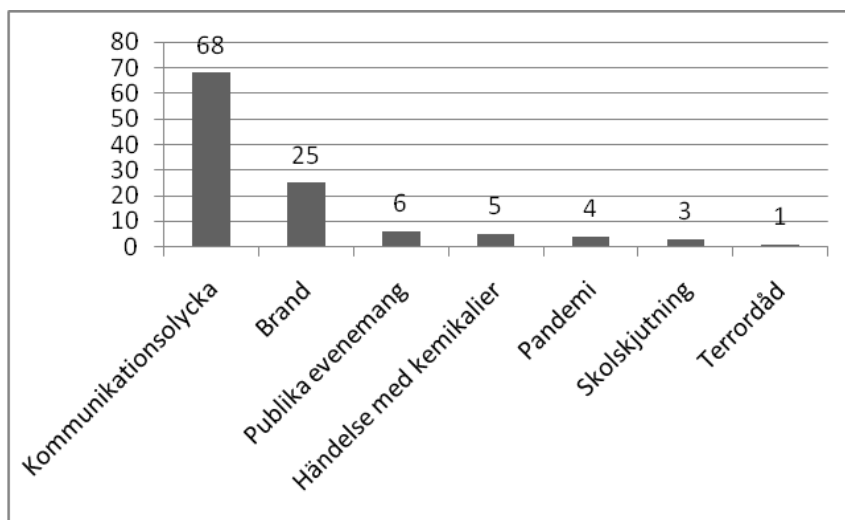
I vilken grad medverkar representanter från barnsjukvården vid utformning av regional katastrofmedicinsk beredskap? (n=21)

	Alltid	I hög grad	I låg grad	Aldrig	Bortfall	Median
Risk- & sårbarhetsanalys		1	16	4		2
Utbildning			21			2.5
Övning		1	19	1		2
Planering & samordning		1	16	4		2

Exempel: 20 av deltagarna angav att representanter från barnsjukvården medverkar vid katastrofmedicinsk planering och samordning i låg grad, medan en deltagare anger svarsalternativet ”i hög grad”. Medianvärdet är två vilket motsvarar svarsalternativet ”i mycket liten grad” i enkäten.

7.4 Olyckstyper i samband med allvarliga händelser

De regionala beredskapssamordnarna angav att olika typer av kommunikationsolyckor var de typer av allvarliga händelser där det var mest sannolikt att skadeutfallet skulle inkludera flera barn. (Figur 1) Begreppet kommunikationsolyckor innefattar här ett antal olika kommunikationsmedel som exempelvis bil, buss och tåg. Av kommunikationsolyckorna fick bussolyckor 40 poäng (varav skolbuss 21 poäng) och var således den olyckstyp där det bedömdes som mest sannolikt att skadeutfallet skulle bestå av flera barn. Brand som olycksorsak sågs som den näst mest sannolika olyckstypen där skadeutfallet kan utgöras av flera barn. Publika evenemang, händelser med kemikalier, pandemier, våldsdåd med skjutvapen på skolor samt terrorattacker, ansågs mer osannolika. Ett landsting angav att skidliftsolyckor var den mest sannolika typen av allvarliga händelser i det egna området, näst efter kommunikationsolyckor.



Figur 1. (n=20). De enskilda typer av allvarliga händelser där deltagarna bedömde det mest sannolikt att skadeutfallet kunde bestå av flera barn.

Värdet anger antal poäng. Ett högt värde indikerar högre sannolikhetsgrad än ett lågt värde.

7.5 Sjukvårdens viktigaste insatser för barn vid allvarliga händelser

Här återges de åtgärder som deltagarna (n=16) angav som de viktigaste för sjukvården inför allvarliga händelser med flera barn i skadefallet. Flera deltagare (n=8) betonar vikten av samarbete med barnsjukvården, en av dessa anger att dessa resurser ska aktiveras tidigt. En deltagare anger att det är viktigt att specialister, från såväl somatisk vård som psykiatri, finns i ledningsgrupper och på alla nivåer i den katastrofmedicinska organisationen. Här poängteras även vikten av att optimera styrningen av transporter med drabbade barn till enheter med adekvat kompetens. En deltagare förordar genomförande av risk- och sårbarhetsanalys tillsammans med barnsjukvården för att identifiera barnspecifika behov, samt för att underlätta kunskapsspridning. Deltagarna beskriver även att barnspecialister finns i katastrofkommittéer, på larmlistor eller adjungeras till ledningsgrupper vid behov. En deltagare anger att det är viktigt att tidigt identifiera om barn finns bland de drabbade. Samverkan med andra aktörer som kommun och polis är av vikt enligt två deltagare, där en även poängterar att detta är viktigt för riskminimering i samband med risk- och sårbarhetsanalyser. Adekvat kompetens hos prehospital personal och effektiv prehospital vård är viktigt liksom god akutsjukvård i stort enligt två deltagare. Vikten av utbildning påtalas av två deltagare som anger ett standardiserat utbildningskoncept som Advanced Pediatric Life Support (APLS) som ett bra exempel. Att integrera barnaspekter i beredskapsplaner nämns som en viktig åtgärd av en deltagare, medan en annan deltagare anger att barn vanligen ges hög prioritet vid triage till följd av fysiologiska parametrar. En deltagare anger att inga särskilda åtgärder har vidtagits hittills, men att frågan ska lyftas och prioriteras i samband med pågående revidering av planverk.

Deltagarna angav även vilka områden som anses viktigast att utveckla (n=18). En av deltagarna anger att planverket bör bli mer detaljerat, och en annan deltagare att lokaler, material och personal ska anpassas till barnets behov. Utbildning kring barnsjukvård på olycksplats och i ambulans bör prioriteras anser åtta av deltagarna, varav två även förordar övning inför stora olyckor med många barn inblandade. En deltagare nämner triage som ett utvecklingsområde. Två deltagare förordar samverkan med kommun och polis i dessa frågor. Flera deltagare (n=3) anger att det är viktigt att involvera barnsjukvården i planeringen. En av dessa betonar även vikten av samverkan med barnsjukvården i ett planeringsskede, för att i olika planer hjälpas åt att ta hänsyn till barnen. En annan deltagare efterlyser tydligare barnperspektiv, och vill ha med representanter från barnsjukvården tidigt i planeringen. Ett

flertal deltagare (n=5) anger att krisstöd är ett område som bör prioriteras, även om två av dessa deltagare anger att dagens krisstöd fungerar väl idag.

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

En styrka med denna populationsstudie är att det finns goda möjligheter att generalisera över resultatet då hela målgruppen genomförde studien (Polit & Beck, 2008). Tänkbara anledningar till den höga svarsfrekvensen kan vara betydande intresse för ämnet bland deltagarna, samt ett måttligt antal frågor i enkäten varav många flervalfrågor (Trost & Hultåker, 2007). Teoretisk fördjupning i ämnet i form av bifogad mini-PM kan ha bidragit till intresset då det gav en bild av pågående arbete i ämnet, framför allt internationellt.

Utformning av enkäten utifrån katastrofmedicinska föreskrifter (SOSFS 2005:13) stärker validiteten då dessa föreskrifter visar kärnpunkterna vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap. Validitet innebär att ett instrument verkligen mäter det som avsetts (Polit & Beck, 2008). En svaghet med studien är dock att ett validerat mätinstrument inte kunde identifieras. Ett nytt instrument behövde därför utformas, något som normalt inte ses som ett förstahandsval (Polit & Beck, 2008). En annan svaghet med studien är att den inte föregicks av en pilotstudie. Hade instrumentet testats på ett större antal människor hade det kunna ge ökad kunskap om hur enkätfrågorna uppfattades och hur de eventuellt kunde förtydligas, samt om någon för syftet relevant frågeställning saknades. Detta hade stärkt studiens reliabilitet (Polit & Beck, 2008). Reliabilitet är ett mått på hur trovärdig och pålitlig en studie är samt i vilken grad resultatet är stabilt vid upprepade mätningar (Polit & Beck, 2008). Stabiliteten i studiens metod är avhängig den revidering av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:13) som pågår, och som skulle kunna innebära ändrade förutsättningarna vid en upprepade studie (P-Å Nilsson på Socialstyrelsens enhet för beredskap (personlig kontakt, september 2011).

Internt bortfall sågs framför allt vid frågor med öppna svarsalternativ, något som är vanligt vid enkätstudier enligt Polit & Beck (2008). Internt bortfall på mer än ett svar sågs vid fråga 2, 3, 4, 14, 18-19 samt 23-24. Fråga två och tre var möjligen otydligt utformade och här hade fastlagda svarsalternativ varit lämpliga att använda för att minska internt bortfall och för att underlätta dataanalys (a.a.). Vid följdfrågan till fråga 4 utelämnade nio deltagare svar,

samtliga var deltagare från landsting där regional katastrofmedicinsk plan inte innefattade specifika barnaspekter. En förklaring kan vara att dessa deltagare hade mindre motivation att kommentera sina svar än de som inkluderat barnaspekter i sina planer. Att två deltagare utlämnade svar på fråga 14 kan bero på att frågan rörde nationell nivå, men att det inte tydliggjordes att det var Socialstyrelsen som avsågs. Fråga 18 och 19 rörde i vilken grad barnaspekter uppmärksammas vid katastrofmedicinsk rapportering respektive kvalitetssäkring. Tre deltagare utlämnade svar på respektive fråga. Detta tolkas av författaren som att riktlinjer för rapportering efter allvarliga händelser och för systematisk kvalitetssäkring kan bli tydligare. Fråga 23 var en fråga med öppna svarsalternativ där tre deltagare utlämnade svar. En tänkbar faktor är här att fråga 3 och fråga 23 var utformade så att svaren blev relativt lika. Deltagarna kan här ha varit tveksamma till att skriva liknande svar flera gånger. Den avslutande frågan (fråga 24) besvarades av 13 deltagare som fritt fick lämna kommentarer. Ett visst bortfall var att förvänta på denna typ av fråga.

Efter enkätutskick och påminnelse via e-post två veckor senare, hade 20 av 21 beredskapssamordnare insänt ifyllda enkäter en månad efter det initiala utskicket. För att inhämta den återstående enkäten genomfördes en andra påminnelseomgång via telefon en månad efter enkätutskicket. Kodning av enkäterna hade underlättat denna process och minskat det antal deltagare som nu behövde kontaktas. För att påverka deltagaren så lite som möjligt så antogs ett förhållningssätt där samtalen skulle hållas korta och i god ton, där deltagaren fick information om vikten av att delta i studien, info om möjligheten att avstå samt erbjöds att tillsändas en ny enkät vid behov (Polit & Beck, 2008). Telefonkontakt etablerades med sju deltagare som visade sig redan ha sänt in sina enkäter, medan den åttonde visade sig vara den som deltagare som inte sänt in sin enkät (vilket innebar att ytterligare deltagare inte behövde kontaktas). Det är svårt att bedöma hur deltagarens medverkan i studien påverkades av det faktum att påminnelsen kom via telefon istället för via e-post.

Ett större antal enkätfrågor, varav fler med öppna svarsalternativ, kunde möjligen ha lett till att mer information samlats in. Det kunde dock även ha prövat deltagarnas tålamod och medfört lägre svarsfrekvens (externt bortfall) och fler utlämnade svar (internt bortfall) (Polit & Beck, 2008). Att intervjua deltagarna via telefon kunde ha varit ett alternativ. Detta hade gett författaren större möjlighet att inhämta fördjupad data i ämnet. Denna metod hade även gett deltagarna tillfälle att fråga författaren om eventuella oklarheter kring enkätfrågorna, vilket kunnat stärka reliabiliteten (Polit & Beck, 2008). Att populationen var relativt liten och

enkäten inte krävde lång tid att fylla i kan tala för att detta är ett lämpligt tillvägagångssätt om studien ska upprepas (Kylén, 2004).

8.2 Resultatdiskussion

8.2.1 Kan katastrofmedicinsk beredskap barnanpassas?

Studien visar att 16 av 20 deltagare anser att katastrofmedicinsk beredskap kan anpassas efter barnets behov i hög grad. Detta är intressant då internationella rapporter tidigare angett att det ofta anses svårt att utforma katastrofmedicinsk beredskap efter barnets särskilda behov.

Majoriteten av deltagarna (19 av 21) i föreliggande studie anger att den regionala katastrofmedicinska beredskapen i Sverige endast i liten grad är anpassad efter barnets särskilda behov. Fynden överensstämmer med internationella rapporter som visar att barnaspekter ofta förbises vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap (Burke, Iverson, Goodhue, Neches, & Upperman (2010). Det intensifierade arbetet med katastrofmedicinsk beredskap i USA har sedan händelserna i New York den 11 september 2001 till stor del fokuserats på insatser för vuxna, medan barnaspekter ofta förbisetts (NCCD, 2009). Den oberoende organisationen Institute of Medicine (IOM) (2006) pekade på betydande brister vid en omfattande översyn av den barnspecifika akutvårds- och katastrofberedskapen i USA.

Flera faktorer som anses hämma integrering av barnaspekter nämns av deltagarna i studien (se bilaga 4), och är i linje med tidigare internationella fynd. Barn anses inte sällan ha samma behov som vuxna i dessa sammanhang (Ginter et al. 2006). Skillnader i förutsättningar mellan barn i olika åldrar kan komplicera planläggning (Woolsey & Bracy, 2010). Att allvarliga skadefall bland barn är relativt ovanliga i Sverige (Sluys, Lannge & Iselius, 2009) kan leda till svårigheter för sjukvårdspersonal att behålla kunskap och färdigheter (Jewkes, 2001), men kan även bidra till att särskilt fokus på barnaspekter anses överflödigt.

Barnaspekter har dock fått ökad uppmärksamhet internationellt, främst i USA, där betydande arbete läggs ned för att utveckla dessa frågor. Amerikansk expertis på området har exempelvis nått konsensus kring att det är avgörande att barnaspekter integreras i katastrofmedicinsk

beredskap på samtliga nivåer i den katastrofmedicinska organisationen (NCDP, 2009). Både Federal Emergency Management Agency (FEMA) och Department of Health and Human Services (HHS) har skapat arbetsgrupper inom respektive organisation med målet att uppmärksamma barnets särskilda behov i dessa sammanhang (NCCD, 2010).

"In order to achieve a more knowledgeable and integrated consideration of children in disaster planning and management across our nation, a significant shift in philosophy, culture and attitude must occur, one which elevates the needs of children to an immediate priority"

(National Commission on Children and Disasters, 2009)

Det kan tyckas fruktlöst att jämföra utformning av beredskap inför orkaner och jordbävningar i USA, och en brand i en svensk stad eller busskrasch i svensk glesbygd. Faktum är dock att utveckling och kvalitetssäkring underlättas i alla dessa fall om verksamheterna på ett systematiskt sätt uppmärksammar barnperspektivet (NCCD, 2010). Studien visar att det bland regionala beredskapssamordnare finns betydande intresse av att utveckla sjukvårdens förmåga inom detta viktiga område (se bilaga 4), där just intresse är en förutsättning för framgångsrikt förbättringsarbete.

8.2.2 Katastrofmedicinsk planläggning – hur uppmärksammas barnen?

Studien visar att de regionala beredskapssamordnarna anser att barnaspekter synliggörs mest på lokal nivå och minst på nationell nivå. En anledning till detta kan vara att barn inte är en av de grupper med särskilda behov som synliggörs i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:13). Enligt Rüter (2009) är de regionala katastrofplanerna ett av de viktigaste katastrofmedicinska dokumenten, och denna studie visar att sex av 21 landsting använder det katastrofmedicinska planverket som styrmedel i frågor som rör barn. Bakgrunden till att dessa landsting beslutat att inkludera barnaspekter i planerna framgick dock inte av deltagarnas svar. Författarens tolkning är att barnaspekter infogades i planerna för att öka medvetenheten om barnets särskilda behov, och därmed öka beredskapen inför allvarliga händelser där barn är inblandade. En orsak till att barnaspekter inte uppmärksammas i planer på regional nivå är enligt sex av 21 deltagare att barn är en av flera grupper i samhället med särskilda behov. Om barn uppmärksammas så måste även andra grupper beaktas. Detta tolkar författaren med stöd av denna studie som att ansvaret för att synliggöra barnens behov systematiskt delegeras till

det lokala planet. I ett internationellt perspektiv integreras ofta barn vid katastrofmedicinsk planering med andra grupper med särskilda behov (vulnerable populations). Detta leder ofta till minskat fokus på barnaspekter (NCCD, 2010).

Av beslut i Sveriges riksdag och regering framgår att tydlig styrning är en förutsättning för att barnaspekter rutinmässigt ska uppmärksammas. Här framgår även att myndigheter, landsting och kommuner vid alla åtgärder och beslut som rör barn (inklusive föreskrifter, allmänna råd och andra styrmedel), bör ta hänsyn till vad som är bäst för barnet (Regeringskansliet, 2010). Genom att integrera barnaspekter i regional katastrofmedicinsk plan, utifrån vilken lokal motsvarighet måste utformas (SOSFS 2005:13), torde förutsättningarna vara goda för att barnaspekter ska synliggöras och operationaliseras i ökad grad på både regional och lokal nivå.

8.2.3 Medverkan av representanter från barnsjukvården vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap

Att involvera personal från barnsjukvården vid planering av katastrofberedskap är enligt de regionala beredskapssamordnarna en av de viktigaste åtgärderna för att säkerställa sjukvårdens förmåga inför allvarliga händelser där barn drabbas. Studien visar dock att representanter för barnsjukvården endast till liten del medverkar vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap. Ett tydligt exempel är att 20 av 21 deltagande beredskapssamordnare uppgav att barnspecialister sällan eller aldrig deltar vid övergripande ledning och samordning på regional nivå i den katastrofmedicinska organisationen. Lika många deltagare (20 av 21) angav att representanter från barnsjukvården i liten utsträckning medverkar vid katastrofmedicinska utbildningar. 18 av 20 beredskapssamordnare anser att barnaspekter uppmärksammas i liten grad i dessa sammanhang. Detta kan tyda på ett samband mellan låg grad av medverkan av barnspecialister och fynd som visar att barnaspekter uppmärksammas i låg grad. Fagbuyi & Upperman (2009), den senare drivande vid Pediatric Disaster Resource and Training Center (PDRTC) i Los Angeles (www.chladisastercenter.org), anger att medverkan av barnexpertis vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap borgar för att ofta förbisedda barnspecifika brister i beredskapen kan upptäckas och åtgärdas.

Denna studie visar vidare att inget av Sveriges landsting på regional nivå utför särskilda analyser för att undersöka vilka typer av allvarliga händelser där barn löper störst risk att drabbas. Då risk- och sårbarhetsanalyser ska ligga till grund för den katastrofmedicinska planeringen (SOSFS 2005:13) innebär detta att barnaspekter måste synliggöras vid ordinarie risk- och sårbarhetsanalyser (eller förmågeanalyser). 20 av 21 beredskapssamordnare anser dock att representanter från barnsjukvården endast i liten grad medverkar vid risk- och sårbarhetsanalyser på regional nivå. Fyra av dessa uppger att personal från barnsjukvården aldrig deltar i dessa sammanhang. Barnaspekter kan förvisso uppmärksammas även om personal från barnsjukvården inte deltar, men mot det talar att 19 av 21 beredskapssamordnare angav att barnaspekter beaktas i låg grad vid risk- och sårbarhetsanalyser. Tre deltagare angav att barnaspekter aldrig uppmärksammas i dessa sammanhang. Fynden antyder ett samband mellan liten medverkan av representanter från barnsjukvården och bristande barnfokus i dessa sammanhang, enligt författarens tolkning.

8.2.4 Krisstöd – med naturligt barnperspektiv

Krisstöd framstod i studien som den del av den katastrofmedicinska beredskapen där barnaspekter synliggörs mest. En klar majoritet av deltagarna ansåg att barnaspekter synliggjordes i hög grad vid utformning av krisstöd. En förklaring till dessa fynd kan vara att det vid utformning av krisstöd ofta finns ett uttalat barn- och familjefokus (Västra Götalandsregionen (VGR), 2008b). Det naturliga barnperspektivet kan vara en följd av att krisstöd i Sverige till stor del har sin grund i erfarenheterna efter Måbödalsolyckan utanför Bergen 1988. Vid olyckan körde en skolbuss med barn från Kista utanför Stockholm in i en bergvägg och ett stort antal barn omkom eller skadades. Detta ledde till ett omfattande behov av krisstöd såväl i anslutning till olyckan som i efterförloppet (Socialstyrelsen, 2010).

8.2.5 Olyckstyper – här är risken störst för barn

I studien anger nästan 8 av 10 regionala beredskapssamordnare att kommunikationsolyckor och då särskilt bussolyckor (skolbussar) är den olyckstyp där det är störst risk för att flera barn skadas fysiskt vid ett och samma tillfälle. Härefter nämns bränder, publika evenemang, olyckor med kemiska ämnen, våldsdåd med skjutvapen i skolor samt terrorattentat. Att bussolyckor är en sannolik olyckstyp i samband med allvarliga händelser har tidigare visats i

Kamedo-rapport nr: 94 (Socialstyrelsen, 2010). Kunskapscentrum för Katastrofpsykiatri (KcKP) har i en tidigare studie exemplifierat möjliga allvarliga händelser i Sverige med bussolyckor, bränder, våldsdåd med skjutvapen i skolor, samt terroraktioner som händelsen med en självmordsbombare i Stockholm 2010 (Michel, Bergh Johannesson, Arnberg, & Lundin, 2011). Händelserna på Utöya i juli 2011 aktualiserade det faktum att även barn kan vara primära mål vid antagonistiska händelser (Helsedirektoratet, 2012).

8.2.6 Vikten av att skapa och sprida goda exempel

Katastrofmedicin är ett relativt nytt ämne ur forskningssynpunkt och ämnets oförutsägbara och ofta dramatiska natur innebär att katastrofmedicinsk forskning i sig är en stor utmaning (Auf der Heide 2006, Rüter 2009). Föreliggande studie visar att det på regional nivå i de svenska landstingen generellt inte bedrivs forskning specifikt inriktad på barnaspekter i samband med allvarliga händelser.

Resultatet visar även att 14 av 18 deltagare ansåg att rapporteringen efter allvarliga händelser sällan eller aldrig uppmärksammar barnaspekter på rutinmässig basis. Detta riskerar, enligt författaren, få till följd att barnaspekter riskerar att uppmärksammas endast i liten grad och analyseras endast vid händelser där en större del av skadefallet utgörs av barn eller där rapportförfattaren har ett särskilt intresse för barnaspekter. Ett exempel är branden i Rinkeby sommaren 2009 där majoriteten av de drabbade var barn och där rapporteringen innehöll en rad rekommendationer till sjukvården, men där ingen av rekommendationerna uppmärksammade barnaspekter (SHK, 2011).

Denna studie visar vidare att 14 av 19 beredskapssamordnare anser att barnaspekter sällan eller aldrig uppmärksammas i samband med systematisk kvalitetssäkring av den katastrofmedicinska beredskapen. Brister i kvalitetssäkring av katastrofmedicinsk beredskap har tidigare beskrivits av Lennquist (red, 2009).

All sjukvårdspersonal i den katastrofmedicinska organisationen, inklusive sjuksköterskor (Fendya, 2006) och läkare (American Academy of Pediatrics (AAP), 2006), har ansvar för att utveckla, sammanställa och sprida goda exempel som kan optimera vårdkvalitet och patientsäkerhet vid allvarliga händelser. Det torde således finnas betydande vinster i att systematiskt uppmärksamma barnaspekter vid uppföljning så att utvärdering och

kunskapsspridning blir möjlig i ökad grad i enlighet med regeringens barnrättsstrategi (Regeringskansliet, 2010).

Av denna studie att döma finns utrymme för att integrera barnaspekter i ökad grad i många organisationer. Det enklaste och det mest effektiva sättet att åstadkomma detta är att systematiskt integrera barnperspektivet i den ordinarie verksamheten (Regeringskansliet, 2010). Vid revidering av såväl SOSFS 2005:13 som regionala planer kan barn läggas till de grupper vars särskilda behov bör ges extra fokus. Detta skulle kunna skapa goda förutsättningar för utveckling av ökad förmåga på alla nivåer, inklusive den lokala, inför allvarliga händelser med barn. Den nyligen reviderade regionala katastrofmedicinska planen i Västra Götalandsregionen (VGR) är ett exempel på hur barnaspekter kan uppmärksammas på regional nivå (VGR, 2011). Ytterligare exempel är användning av barnmarkörer vid övning inför bussolyckor, att i planer poängtera att barn så långt möjligt ska få hålla samman med familjer och närstående (Carley et al, 1999), att ha ett barnperspektiv vid inspektioner eller översyn av saneringsanläggningar (Chung & Shannon, 2005), att säkerställa adekvat barnberedskap vid samtliga akutmottagningar (Gausche-Hill, 2009), samt att öka engagemang av barnsjukvården vid planering och utformning av katastrofmedicinsk beredskap inklusive risk- och sårbarhetsanalyser och förmågeanalyser (Fagbuyi & Upperman (2009).

Uttrycket ”- Barnen först!” ska inte ses som att det räcker att hjälpa barnen först på olycksplatsen. Snarare är det så att rutinmässig integrering av barnaspekter i det dagliga katastrofmedicinska arbetet kan ge positiva effekter för vuxna som drabbas, för sjukvården, och för den femtedel av befolkningen som utgörs av barn.

8.3 Slutsatser

En majoritet av de regionala beredskapssamordnarna angav att den katastrofmedicinska beredskapen i ökad grad kan och bör utformas efter barnets förutsättningar och behov. Studien visar dock att barnaspekter sällan uppmärksammas vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå. Resultatet visar vidare att medverkan av representanter för barnsjukvården ses som centralt för att säkerställa sjukvårdens förmåga i samband med allvarliga händelser. Samtidigt visar studien att barnsjukvården sällan är representerad i katastrofmedicinska sammanhang på regional nivå. Deltagarnas svar antyder även att det saknas konsensus kring vilka åtgärder som är viktigast att genomföra och

utveckla i dessa frågor. Det finns således behov av att uppmärksamma och utveckla sjukvårdens katastrofmedicinska förmåga med barnet i fokus.

8.4 Klinisk betydelse

Av allt att döma är studien den första av sitt slag i Sverige. Deltagarnas positiva respons i ämnet talar för att studien kan bidra till att barnaspekter uppmärksammas i ökad grad i den katastrofmedicinska organisationen. Författarens förhoppning är att arbetet ska bidra till att ge ökat katastrofmedicinskt fokus på barnaspekter på alla nivåer i den katastrofmedicinska organisationen, och dessutom öka intresse och engagemang inom barnsjukvården för katastrofmedicinska frågeställningar. För att sjukvårdens förmåga i dessa delar ska säkerställas och utvecklas, krävs att frågor som rör barn uppmärksammas och analyseras.

8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling

Då katastrofmedicin är ett relativt nytt ämnesområde (Rüter, 2009) vore det av stor betydelse om barnperspektivet integrerades vid all typ av forskning som bedrivs inom det katastrofmedicinska området i Sverige, och som berör barn. En studie av Delphi-typ likt den som utfördes i Storbritannien av Carley et al. (1999) är ett sätt att skapa konsensus i dessa frågor. Föreliggande studie kan följas upp av liknande studier på lokal nivå, då resultatet visar att beslut om att integrera barnaspekter ofta fattas på denna nivå i den katastrofmedicinska organisationen. Resultatet av denna studie kan även följas av studier av reell katastrofmedicinsk beredskap inför händelser som drabbar ett flertal barn. Med tanke på fynden av brister i kvalitetssäkringen kan en nationell översyn av ämnesområdet vara berättigad, förslagsvis under samordning av Socialstyrelsen.

9 REFERENSER

American Academy of Pediatrics (AAP) (2006). Committee on Pediatric Emergency Medicine. Committee on Medical Liability. Taskforce on Terrorism. The Pediatrician and Disaster Preparedness. *Pediatrics*. 117: 560-566.

Auf der Heide, E (2006). The Importance of Evidence-Based Disaster Planning. *Annals of Emergency Medicine*. 47 (1) 34-49.

Bergman, M, Forsberg, L, Josefsson, K (2009) Stressigt för sjuksköterskan i akutsjukvården? *Scandinavian Update Magazine*. (4) 14-17.

Hämtad från <http://www.scandinavian-update.org/home/>

Burke,RV, Iverson E, Goodhue CJ, Neches R, Upperman JS. Disaster and mass casualty events in the pediatric population. *Semin Pediatr Surg*. 2010 Nov; 19(4):265-70

Carley, S, Mackway-Jones, K, Donnan, J. (1999). Delphi study into planning for care of children in major incidents. *Archives of Disease in Childhood*. 80, 406-409.

Chung, S (2009). Pediatric Disaster Readiness: How Far Have We Come? *Pediatric Disaster Readiness*. 10 (3), 123-125.

Chung, S & Shannon, M (2005). Hospital planning for acts of terrorism and other public health emergencies involving children. *Archives of Disease in Childhood*. 90, 1300-1307.

Claudius I, Behar S, Ballow S, Wood R, Stevenson K, Blake N, Upperman J (2008). Disaster Drill Exercise Documentation and Management: Are We Drilling To Standard? *Journal of Emergency Nursing*. 34(6) 504-508.

Drott, P. (2007). Skador hos barn. I B. Lennquist, S. (Red.). (2007). *Traumatologi*. Stockholm: Liber.

Fagbuyi, D. B. & Upperman, J. (2009). The Role of Pediatric Health Care Providers. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 10 (3) 156-158.

Fendya, D.G. (2006). When Disaster Strikes – Care Considerations for Pediatric Patients. *Journal of Trauma Nursing* 13(4).

Foerster, C. (2010). Navigating the Pediatric Disaster Preparedness Literature: A Starting Point for Local Emergency Manager. *The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine*. 2010. 9 (1).

Gausche-Hill, M. (2009). Pediatric Disaster Preparedness: Are we really prepared? *The Journal of Trauma*. 67(2) 73-76.

Ginter, PM, Wingate, MS, Rucks, AC, Vasconez, RD, McCormick, LC, Baldwin, S & Fargason, CA (2006). Creating a Regional Pediatric Medical Disaster Preparedness Network: Imperative and issues. *Maternal and Child Health Journal* (10) 391-396.

Helsedirektoratet (2012). Læring for bedre beredskap. Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. ISBN-nr. 978-82-8081-256-8. Oslo.

Institute of Medicine (IOM) (2006). Committee of the Future of the Emergency Care in the U.S. Health System. *Emergency Care for Children: Growing Pains*. Washington, DC. National Academy Press.

Jewkes. F. (2001). Prehospital emergency care for children. *Arch of Disease in Childhood*. 84.

Michel, PO, Bergh Johannesson, K, Arnberg, F, Lundin, T. (2011). *Omvärldsbevakning - Maj 2011*. Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri (KcKP). Uppsala.

Kylén, J A. (2004). *Att få svar – intervju, enkät, observation*. Stockholm. Bonnier.

Lemyre, L, Corneil, W, Johnson, C, Boutette, P. (2010). Psychosocial considerations about children and radiologic events. *Radiation Protection Dosimetry*. 142 (1) 70-76.

Lenquist, S (red) (2009). *Katastrofmedicin*. Liber. S 429-442.

MIMMS – på svenska. Major Incident Medical Management and Support (2004). Studentlitteratur.

National Center for Disaster Preparedness (NCDP) (2009). Pediatric Emergency Preparedness for Natural Disasters, Terrorism and Public Health Emergencies. National Consensus Conference. Update. Columbia University, USA.

National Commission on Children and Disasters (2009). Interim Report - Oct 14, 2009. *Publication No.10-M037. Rockville, MD: AHRQ.*

National Commission on Children and Disasters (2010). 2010 Report to the President and Congress. *Publication No. 10-M037. Rockville, MD: AHRQ.*

Polit, D. F & Beck, C T. (2008). *Nursing Research – Generating and Assessing Evidence for Nursing practice*. Eighth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (PKMC) (2008a). Lisebergsolyckan ”Rainbow” den 15 juli 2008. Rapport från regional katastrofmedicinsk ledning. Regionkansliet. Västra Götalandsregionen (VGR).

Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (PKMC) (2008b). Krisstöd vid allvarlig händelse. Regionkansliet. Västra Götalandsregionen (VGR).

Regeringskansliet (2010). Proposition 2009/10:232. Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Socialdepartementet. Stockholm.

Regionkansliet (2011). Regional Katastrofmedicinsk Plan. Västra Götalandsregionen (VGR).

Rüter, A. (2009). Kunskapsöversikt, katastrofmedicin - ur ett nationellt och internationellt perspektiv. Katastrofmedicinskt Centrum. Universitetssjukhuset i Linköping.

Schonfeld, D.J. & Gurwitch, R.H. (2009). Addressing Disaster Mental Health Needs of Children: Practical Guidance for Pediatric Emergency Health Care Providers. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 10(3), 208-215.

SFS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2006:544. *Lagen om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap*. Stockholm: Riksdagen.

Sluys, K., Lannge, M., Iselius, L. (2009). Outcome in Pediatric Trauma Care in the Stockholm Region. *European J of Trauma and Emergency Surgery*. 36 (4):308-317.

Socialstyrelsen (2001). Brandkatastrofen i Göteborg natten 29–30 oktober 1998. Kamedorapport nr: 75. Stockholm. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005). Bombattentatet i köpcentrumet i Finland 2002 - KAMEDO-rapport nr. 87. Stockholm. Socialstyrelsen.

SOSFS 2005:13. Föreskrifter och allmänna råd. *Fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning inför höjd beredskap*. Stockholm. Socialstyrelsen.

Stamell E. F, Foltin G. L, Nadler E P. (2008). Lessons learned for Pediatric Disaster Preparedness From September 11, 2001: New York City Trauma Centers. *The Journal of TRAUMA – Injury, Infection, and Critical Care*. 2(67), 84-87.

Statens Haverikommission (SHK) (2010). Rapport RO 2010:01 *Lägenhetsbrand, Kuddbygränd 12, Rinkeby, Stockholms län, den 25 juli 2009* Dnr O-08/09. Stockholm. SHK.

Trost, J. & Hultåker, O. (2007). *Enkätboken* (3. rev. och utök. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

TT (2012, 24 januari). Bilbälten räddade barnen. *Sydsvenskan*. Hämtad från <http://sydsvenskan.se/>

Weiner, D. L. (2009). Lessons learned from disasters affecting children. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 10(3), 149-152.

World Health Organization (WHO) and International Council of Nurses (ICN) (2009). ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. WHO & ICN. Geneve.

Enkät

**ALLVARLIGA HÄNDELSER OCH BARN
– EN STUDIE AV LANDSTINGENS
KATASTROFMEDICINSKA BEREDSKAP I SVERIGE**

Enkäten är utformad med utgångspunkten att förutsättningar och behov generellt skiljer sig mellan barn i olika åldrar och mellan barn och vuxna i sjukvården, och därmed också i samband med allvarliga händelser.

Frågorna avser Ert landsting, Er region eller Er kommun, om inte annat anges.

Stort tack för Din medverkan!

Författare
Mikael Engvall
Drottning Silvias barn – och ungdomssjukhus
Avd 328 Intensivvård
416 85 Göteborg
Tel mobil 0733 64 36 72
E-post: mikael.engvall@vgregion.se

Handledare
Kerstin Sluys
Röda Korsets Högskola
Box 55676
102 15 Stockholm
E-post: sluk@rkh.se

Fråga 1. Har särskild riskanalys utförts inom ramen för den katastrofmedicinska planeringen, för att identifiera de typer av allvarliga händelser där barn löper störst risk att drabbas?

Ja

Nej

Fråga 2. Enligt Er bedömning, vilka är de tre (3) mest sannolika enskilda typer av allvarliga händelser som kan innebära flera fysiskt skadade barn idag? Rangordna de tre alternativen efter sannolikheten för att de inträffar.

1 _____ 2 _____ 3 _____

Fråga 3. Vilka är Era viktigaste åtgärder för att optimera sjukvårdens insats för barn vid dessa typer av allvarliga händelser?

Fråga 4. Har barnaspekter synliggjorts i landstingets katastrofmedicinska plan?

Ja

Nej

Om Ja, hur?

Om Nej, varför inte?

Markera med ett kryss de svar som speglar din åsikt.	Alltid	I mycket hög grad	I rätt hög grad	I rätt liten grad	I mycket liten grad	Aldrig
I vilken utsträckning medverkar representanter från barnsjukvården vid katastrofmedicinska;						
Fråga 5						
Fråga 6						
Fråga 7						
I vilken grad synliggörs barnaspekter vid katastrofmedicinska;						
Fråga 8						
Fråga 9						
Fråga 10						

I vilken utsträckning beaktas barnaspekter när;						
Fråga 11	regionala sjukvårdsgrupper sätts samman?					
Fråga 12	katastrofmedicinsk beredskap utformas inför händelser med farliga ämnen?					
Fråga 13	landstingets krisstöd (psykiatriskt och psykosocialt omhändertagande) utformas?					

	Alltid	I mycket hög grad	I rätt hög grad	I rätt liten grad	I mycket liten grad	Aldrig
I vilken utsträckning synliggörs barnaspekter vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap						
Fråga 14 på nationell nivå?						
Fråga 15 på regional nivå?						
Fråga 16 på lokal nivå?						

Fråga 17. I vilken utsträckning medverkar representanter från barnsjukvården vid övergripande planering och samordning på regional nivå i den katastrofmedicinska organisationen?						
Fråga 18. I vilken utsträckning lyfts barnaspekter rutinmässigt fram i de rapporter som sätts samman när allvarliga händelser inträffat?						
Fråga 19. I vilken utsträckning beaktas barnaspekter vid systematisk kvalitetssäkring av sjukvårdens insatser vid allvarliga händelser?						

Fråga 20. I vilken utsträckning är det möjligt att utforma katastrofmedicinsk beredskap efter barnets förutsättningar och behov?						
Fråga 21. I vilken utsträckning är den katastrofmedicinska beredskapen barnanpassad ?						

Fråga 22.

Bedriver Ni katastrofmedicinsk forskning som fokuserar på insatser för barn i samband med allvarliga händelser?

Ja

Nej

Om Ja, inom vilket/vilka områden?

Fråga 23.

Sett i ett barnperspektiv, vilka delar av den katastrofmedicinska beredskapen ser Ni som viktigast att utveckla?

Fråga 24.

Är det något Du vill lyfta fram kring barnaspekter och katastrofmedicinsk beredskap?

Tack för Din medverkan!

Sänd in formuläret i det frankerade kuvert som medföljer enkäten.

Bilaga 2



RÖDA KORSETS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Till beredskapssamordnare

Göteborg 2011-05-19

.....

Förfrågan om medverkan i enkätundersökning om landstingens utformning av katastrofmedicinsk beredskap riktad till barn.

Härmed ombeds Ni att medverka i en enkätstudie där urvalet består av Sveriges samtliga 21 beredskapssamordnare som ansvarar för katastrofmedicinsk beredskap på landstingsnivå.

Datainsamlingen sker genom en enkät som tar några minuter att slutföra.

Studien genomförs av författaren inom ramen för en uppsatskurs på magisternivå vid Röda Korsets Högskola i Stockholm.

Deltagarnas svar kommer att behandlas konfidentiellt och presentation av studiens resultat kommer att ske så att inhämtad data inte kan härledas till enskild person eller enskilt landsting.

Deltagandet är frivilligt och Du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Resultatet av undersökningen kommer att återrapporteras till deltagarna.

Ditt deltagande i studien är av stor vikt och bidrar till kunskapsspridning mellan de katastrofmedicinska organisationerna i ett ämne som behöver studeras närmare. Studiens resultat kan skapa en grund för vidare studier av sjukvårdens insatser för barn i samband med allvarliga händelser.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till;

Författare
Mikael Engvall
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus
Avd 328 Intensivvård
416 85 Göteborg
E-post: mikael.engvall@vgregion.se

Handledare
Kerstin Sluys
Röda Korsets Högskola
Box 55676
102 15 Stockholm
E-post: sluk@rkh.se

ALLVARLIGA HÄNDELSER OCH BARN

– EN STUDIE AV LANDSTINGENS KATASTROFMEDICINSKA BEREDSKAP I SVERIGE

1. Bakgrund och syfte

Då barn finns bland de drabbade i samband med många allvarliga händelser, och ibland till och med utgör huvuddelen av skadeutfallet, måste barnens särskilda behov tillgodoses vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap (Major Incident Medical Management and Support (MIMMS) - på svenska 2004). Situationer där barn drabbas av stort trauma är liksom barnsjukvård i allmänhet resurskrävande och kräver ett genomtänkt förhållningssätt gentemot de drabbade (Lennquist, 2007). En bidragande faktor till detta är att allvarliga händelser där barn drabbas ofta leder till ökad belastning och stress hos sjukvårdspersonalen jämfört med händelser där skadeutfallet enbart utgörs av vuxna (Jewkes, 2001). Barn är inte små vuxna utan har utifrån sin ålder anatomiska, fysiologiska och psykologiska förutsättningar som skiljer dem från vuxna (Lennquist, 2007, Fendya 2006). Genom ett medvetet synliggörande av dessa sårbara individer och deras särskilda förutsättningar ges möjlighet till utveckling och kvalitetssäkring av den katastrofmedicinska beredskapen (National Commission on Children and Disasters (NCCD) 2010, Gausche-Hill 2009, Weiner 2009, Lennquist 2009, 2007, Fendya 2006).

Katastrofmedicin är ett förhållandevis ungt ämnesområde och det finns ett stort behov av forskning och metodutveckling inom flera av de ämnesdiscipliner som innefattas i begreppet, däribland barnsjukvård i samband med allvarliga händelser (Lennquist 2009). Medan studier från Storbritannien och USA visar att barnets särskilda behov ofta förbises vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap (Burke et al 2010, NCCD 2010, Gausche-Hill 2009, Jewkes 2001) har författaren inte lyckats finna studier som beskriver svenska förhållanden i ämnet.

Sjukvårdshuvudmännen har i Sverige en central roll i utformningen av katastrofmedicinsk beredskap och de regionala katastrofplaner som styr de lokala riktlinjerna utgör kanske de viktigaste styrande dokumenten inom den katastrofmedicinska beredskapen (Rüter 2009). I ljuset av detta är det motiverat att undersöka hur barn synliggörs i dessa processer.

Studiens syfte är att undersöka hur de svenska landstingen arbetar med barnaspekter vid utformning av katastrofmedicinsk beredskap.

2. Deltagare och genomförande

Ni ombeds härmed att delta i en deskriptiv enkätstudie där urvalet består av beredskapssamordnare från Sveriges samtliga landsting med ansvar för katastrofmedicinsk beredskap på regional nivå. Bakgrunden till detta är att de regionala beredskapssamordnarna

utgör en central länk mellan myndigheter på det nationella planet och sjukhus och andra enheter på det lokala planet.

Uppgifter om deltagarnas person och funktion har hämtats från Socialstyrelsens hemsida, www.socialstyrelsen.se (maj 2011).

Studien utförs med frågeformulär som sänds till deltagarna med konventionell post. Ifyllda formulär återsänds till författaren i de förberedda frankerade kuvert som medföljer utskicket.

Deltagarnas svar kommer att behandlas konfidentiellt och presentation av studiens resultat kommer att ske så att inhämtad data inte kan härledas till enskild person eller enskilt landsting.

Deltagande i studien är frivilligt och deltagarna i studien har rätt att när som helst, och utan motivering, avbryta sitt deltagande i studien.

Tack på förhand!

Författare

Mikael Engvall, leg. specialistsjuksköterska
magisterstudent Röda Korsets Högskola
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus (DSBUS)
Avd 328 Barnintensivvård
416 85 Göteborg
Tel 0733 64 36 72
E-post: mikael.engvall@vgregion.se

Handledare

Kerstin Sluys, leg. specialistsjuksköterska
doktorand, högskoleadjunkt
Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel 08-58 75 1653
Mobil 070-219 88 05
E-post: kerstin.sluys@rkh.se

3. REFERENSER

MIMMS – på svenska. Major Incident Medical Management and Support (2004). Studentlitteratur.

Lenquist, S (red) (2007). Traumatologi. Liber. S 449-466.

Jewkes, F (2001). Prehospital Emergency Care for Children. Arch Dis Child 2001;84:103-105.

Fendya, D.G. (2006). When Disaster Strikes – Care Considerations for Pediatric Patients. Journal of Trauma Nursing 13(4).

National Commission on Children and Disasters, 2009. Interim Report. Agency for Healthcare Research and Quality. Oktober 2009.
http://cybercemetery.unt.edu/archive/nccd/20110426214349/http://www.childrenanddisasters.acf.hhs.gov/20091014_508IR_partII.pdf

National Commission on Children and Disasters. 2010 Report to the President and Congress. Agency for Healthcare Research and Quality. Oktober 2010.
<http://www.ahrq.gov/prep/nccdreport/nccdreport.pdf>

Gausche-Hill, M 2009. Pediatric disaster preparedness: are we really prepared? Journal of trauma. 2009 Aug;67(2):S73-6.

Lenquist, S (2009). Katastrofmedicin. Liber. S 429-442.

Weiner, D. L. (2009). Lessons learned from disasters affecting children. Clinical Pediatric Emergency Medicine, 10(3), 149-152.

Burke RV, Iverson E, Goodhue CJ, Neches R, Upperman JS. Disaster and mass casualty events in the pediatric population. Semin Pediatr Surg. 2010 Nov;19 (4):265-70.

Rüter, A (2009). Kunskapsöversikt, katastrofmedicin ur ett nationellt och internationellt perspektiv.
www.msb.se/Upload/Om%20MSB/.../Katastrofmedicin.pdf

Bilaga 4

De regionala beredskapssamordnarnas allmänna synpunkter kring barnaspekter och katastrofmedicinsk beredskap.

Beredskapssamordnarnas svar på enkätfråga 24 redovisas här i sin helhet (n=13).

- ”Behov av goda exempel på redan genomförda åtgärder i planering ut barnperspektiv”*
- ”Bra att området lyfts fram inom ramen för detta arbete”*
- ”Svårare mentalt för personal att hantera en sådan situation vid resursbrist”*
- ”Vi har inga särskilda planer för barn vid allvarlig händelse – de är en del av den lokala beredskapen och följer den ordinarie organisationen”*
- ”Det är viktigt att detta synliggörs. Tack, ska tänka mer på detta”.*
- ”Vi har inskrivet att individers olika förutsättningar ska beaktas”*
- ”Skadade barn leder alltid till starkare känslor. Är dock svårt att särskilja barn vid en katastrofmedicinsk planering”*
- ”Skulle behöva beaktas mer”*
- ”Frågorna lyfts sällan och behöver förankras på nationell nivå”*
- ”Jag tror ju ändå att oavsett att vi i våra planer inte direkt pekar på barnen så är det så att alla vi som arbetar inom hälso- och sjukvården med jämna mellanrum träffar på barn i många olika situationer”*
- ”Jag anser att ”barnaspekterna” måste naturligtvis beaktas, men finns med som ett specialområde likaväl som andra områden (brännskadevård, thorax, neuro)”*
- ”Saknas! Redan idag svårt att upprätthålla kompetens i sjukvårdsgrupperna, Vad krävs? Ser problem med barn under tre år. Stora skillnader fysiologiskt”*
- ”Samordning inom ramen för risk- och sårbarhetsanalyser skulle kunna ha en större inriktning mot barn”*