



Myndigheten för
samhällsskydd
och beredskap

Individens förmåga att ta ansvar för sin egen säkerhet

Särskilt utsatta grupper

FORSKNING

MSB:s kontaktpersoner:
Marit von Rosen, 010-240 54 65
Publikationsnummer MSB836 - April 2015
ISBN 978-91-7383-559-6

Förord

Denna studie är genomförd på uppdrag av MSB, enheten för den enskildes säkerhet, under perioden 2014-10-01 – 2015-03-31. Uppdraget omfattade en litteraturöversikt, intervjuer samt denna rapport. Därtill två seminarier internt på MSB, ett i inledningen av uppdraget och ett i samband med slutrapportering. Till grunduppdraget tillkom under perioden ett tillägg med intervjuer med personer som befann sig nära skogsbranden i Västmanland 2014. Där inget annat anges integreras detta tillägg med den övriga analysen.

I arbetet med studien har jag under kortare perioder haft assistenter anställda: Lisa Lenell som genomförde databassökningarna för litteraturöversikten och Robin Karlsson som genomförde intervjuerna i Västmanland. Stort tack för er värdefulla hjälp! Jag vill också rikta ett stort tack till alla intervjupersoner som generöst delade med sig av sina kunskaper.

Östersund 2015-04-20

Jörgen Sparf
Fil.dr i sociologi

Mittuniversitetet
Risk and Crisis Research Centre

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	6
1.1 Syfte	7
1.2 Avgränsningar och begrepp	7
2. Metod	10
2.1 Litteratursökning	10
2.1.1 Forskningsdatabaser	10
2.1.2 Internetsökning	11
2.2 Intervjuer.....	11
3. Resultat.....	13
3.1 Litteraturöversikt.....	13
3.1.1 Forskningslitteratur.....	13
3.1.2 Handböcker etc.....	16
3.2 Modeller	18
3.2.1 C-MIST.....	18
3.2.2 NEOBEHR	19
3.2.3 Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa	20
3.2.4 Salutogenes	21
3.2.5 Biopsykosocialt ramverk	23
3.3 Intervjuer.....	25
3.3.1 Psykologiska aspekter.....	25
3.3.2 Sociala aspekter	28
4. Avslutande diskussion	33

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka vilka typer av kroppsliga och sociala orsaker som kan orsaka reduktion i förmåga och möjlighet att ta eget ansvar för sin säkerhet. Särskilt fokuserade studien på grupper som kan antas ha begränsad sådan förmåga. En litteraturöversikt har genomförts på forskningslitteratur och praktisk litteratur samt intervjuer med såväl deltagare från några utsatta grupper som forskare och yrkesprofessionella på olika verksamhetsnivåer.

Litteraturen visar att de samlade resurserna inom områdena privatekonomi, hälsa och sociala kontakter utgör de mest påverkande faktorerna för den enskildes förmåga att ta ansvar för sin egen säkerhet. Andra aspekter som bör tas hänsyn till i arbetet i området är riskutsatthet, boendeplats och social respons, därtill att arbeta med olika tidshorisonter. Två exempel på funktionalistiska modeller presenteras samt tre kompletterande modeller som anlägger ett bredare perspektiv på flera livsområden.

Intervjuerna visar att de psykologiska aspekterna uppmärksamhetsriktning och låg stresströskel spelar stor roll för hur individer klarar olika situationer samt att ta ansvar för sin säkerhet. De sociala aspekterna handlar om stabil välfärd, anhörighet, privatekonomi, boende, informations- och kommunikationsteknik samt social stress.

En central konklusion från studien är att ett holistiskt angreppssätt, som kompletterar det rådande funktionella, behövs för att kunna förstå och stärka förmågan att ta ansvar för sin egen säkerhet. Modellerna och kunskapen från studien kan bidra till en sådan inriktning.

1. Bakgrund

Under flera års tid har den enskildes säkerhet kommit att styras in mot ett ökat individuellt ansvarstagande. Såväl internationellt som i Sverige fokuserar myndigheter på att uppmana befolkningen att ta eget ansvar för sin säkerhet. Möjligheten och förmågan att ta ett sådant ansvar kan dock antas variera stort mellan olika individer och grupper. Det finns sannolikt en ansevärd mängd människor i Sverige som till följd av personliga eller sociala orsaker har begränsad möjlighet eller förmåga att ta ett sådant ansvar. Vissa personer kan till exempel ha begränsad förmåga att såväl nås av som att tillgodogöra sig risk- och säkerhetsbudskap som myndigheter, kommuner, Polisen med flera förmedlar. Andra personer kan sakna kroppsliga, ekonomiska, eller sociala resurser för att kunna minska risker i sin vardag eller sätta in säkerhetsåtgärder. Kunskapen inom detta område är mycket begränsad och det är oklart hur sambanden mellan bakomliggande orsaker och möjlighet att ta ansvar ser ut. Det är också oklart vad som egentligen menas med begreppet "eget ansvar", vad det omfattar och vilka avgränsningar som är rimliga att göra. Var går till exempel gränsen för vad individen kontra det offentliga kan ta ansvar för?

För att förbättra säkerheten för människor med begränsad förmåga att ta eget ansvar för sin säkerhet behövs därför kunskap i framför allt två grundläggande frågor. För det första krävs en begreppslig problematisering och innehållslig utredning av området den enskildes ansvar. För det andra behöver frågan om vilka bakomliggande orsaker som orsakar begränsningar i den egna förmågan att ta ansvar utredas.

Vi talar här om människor som till följd av mycket disparata orsaker inte kan ta ansvar fullt ut för sin egen säkerhet. En orsakskategori kan säga utgöras av kognitiva eller psykologiska problem. Det handlar till exempel om personer med omfattande och komplex psykiatrisk problematik eller kognitiva skador, personer med demens, samt personer som vid enstaka tillfällen eller återkommande lider av depression eller annan psykisk ohälsa. Hit kan även personer med olika utvecklingsstörningar räknas.

En andra orsakskategori kan definieras som kraftig brist på ekonomiska, sociala, eller kroppsliga resurser. Här finns framför allt personer som varken kan svenska eller engelska, eller som är socialt isolerade, eller befinner sig i socialt utsatta miljöer, alternativt tillhör stigmatiserade grupper. På en aggregerad nivå är dessa grupper dessutom mer riskutsatta och drabbade av olyckor och skador i högre utsträckning än andra. Några exempel på grupper är vissa etniska minoriteter, vissa immigranter, socialt utslagna personer, alkohol- och narkotikamissbrukare och liknande. Det ska dock betonas att det inte handlar om hela dessa grupper utan om delar av dem. Det är av stor vikt att inte peka ut och stigmatisera redan utsatta grupper. Istället bör de bakomliggande orsakerna till bristande förmåga till eget ansvar sökas.

Kunskapen om vilka orsaker som skapar bristande förmåga att ta ansvar för sin egen säkerhet och av vilka orsaker, är mycket bristfällig. Området är därför viktigt att studera av åtminstone tre skäl. För det första är den enskilde individen en viktig aktör i krishanteringssystemet. Därför måste vi få kunskap om vilka faktorer som riskerar leda till att människor inte kan ta ett sådant ansvar. Sådan kunskap kan framför allt användas av myndigheter och andra aktörer att utveckla metoder och sätta in åtgärder där så behövs.

För det andra kan några av orsakerna vara såväl varaktiga som tillfälliga för olika individer. Exempelvis kan depression eller kognitiva skador hända i stort sett vem som helst, liksom demens när vi åldras. Det gör att vi måste nyansera förståelsen för föränderligheten i förmågan att ta ansvar för sin egen säkerhet. För det tredje är det välbelagt att såväl den psykologiska ohälsan som andelen resurssvaga i samhället ökar. Det gör att frågan om möjligheten att ta eget ansvar för sin säkerhet aktualiseras alltmer.

1.1 Syfte

Syftet med studien är att undersöka vilka typer av kroppsliga och sociala orsaker som kan orsaka reduktion i förmåga och möjlighet att ta eget ansvar för sin säkerhet.

1.2 Avgränsningar och begrepp

Den säkerhet som ansvarsfrågan i studien refererar till är sådant som påverkas av extern påfrestning, det vill säga något som inte kommer från individens egen kropp eller privatliv. Säkerheten relaterar inte heller till personliga eller individuella kriser utan istället frågor som ligger inom ramen för MSBs verksamhetsområde. Det ska dock sägas att vissa gränsdragningar mellan krisberedskapssystemet och olika myndigheter och offentliga verksamheter är svåra när det gäller säkerhet. När vi studerar individer som lever under utsatta förhållanden kan exempelvis gränserna mellan MSB, Socialstyrelsen, Landsting och kommun vara otydlig. Det kan för övrigt vara en orsak i sig till varför dessa individer många gånger provas hårdare under krissituationer.

De grupper som studien inritar sig på är sådana som lever under särskilt utsatta förhållanden. Med utsatta förhållanden avses sådana som gör att individen i olika avseenden och/eller situationer har svårt att klara sig på egen hand. Som nämndes i inledningen kan det röra sig om exempelvis fysiska, sociala, privatekonomiska eller patologiska förhållanden. Dessa förhållanden är i många fall dynamiska, det vill säga att de kan förändras över tid, och kan vara överlappande. Detta bör tas i beaktande när vi talar om möjligheten att ta ansvar. Till exempel, en person som av medicinska skäl har mycket låg arbetsförmåga kan därmed få små ekonomiska marginaler. I det avseendet skulle hen antas vara sårbar och ha dålig förmåga att ta ansvar för sin egen säkerhet. Men samma person kan mycket väl ha ett stort och starkt socialt nätverk som gör att hens välmående är mycket bra, vilket antyder att hen kan ta ett större ansvar. Det sociala nätverket kan också leda till ökade möjligheter att få en arbetsinkomst om det upprätthålls. Med ett sådant resonemang ska förstås (a) att en individ inte kan räknas till enbart ett specifikt förhållande, (b)

att förhållanden inte kan ”summeras” på ett enkelt sätt och (c) att förhållanden kan förändras över tid.¹

Det mest centrala begreppet i denna studie är *förmåga att ta ansvar för sin egen säkerhet*. Det finns en rad problem med detta begrepp som bör lyftas upp här. För det första är det inte definierat vad *förmåga* handlar om, det vill säga om det är fysisk, social, ekonomisk, mental eller någon annan förmåga som avses. Eller för den delen flera olika förmågor. Det är också oklart vilka som kan sägas ha *bristande* förmåga och varför de i så fall har det (även om denna studie försöker ta reda på något om just detta). Eftersom vi inte vet vilka förmågor som avses är det svårt att identifiera faktorer som påverkar desamma. Det är också oklart om förmåga går att mäta eller bedöma, och i så fall vad resultaten ska användas till. Samtidigt har denna oklarhet lämnat en viss öppenhet för en explorativ hållning i studien, det vill säga att vilka förmågor och faktorer som helst som uppkommit i undersökningen har kunnat identifieras och lyftas in i studien.

För det andra är det oklart vad ordet *ta* betyder i detta sammanhang. Om det finns förväntningar från exempelvis myndigheter på att individer ska ha en viss beredskap att hantera osäkerhet handlar det om ett påfört ansvar snarare än ett taget ansvar. Å andra sidan kan det att ta ansvar handla om att individen faktiskt agerar och nyttjar de förmågor hen kan om behovet skulle uppstå – tagandet som agerande alltså – även om det också avser i ett förberedande skede. Oavsett detta är det en öppen fråga *vilka* som kan respektive inte kan ta ansvar och varför?

För det tredje är ordet *ansvar* mycket oklart. Här uppstår en rad frågor: Vad betyder egentligen ansvar i detta sammanhang och *vad* är det individen mer specifikt förväntas ta ansvar för gällande den egna säkerheten? Hur ska vi se på ansvar i olika miljöer – hemmet, arbetet, okända miljöer? Gäller säkerhetsansvaret i alla situationer i vardagen och i livet? Gäller ansvaret enbart som respons på händelser eller mer allmänt i vardagen? Detta är frågor som troligtvis bör debatteras och förhandlas mellan olika parter och aktörer snarare än att försöka besvaras i en sådan här studie. Vad studien kan ge däremot är en del kunskapsunderlag för en sådan debatt.

Etymologiskt kan ansvar härledas till att svara an på något, det vill säga att faktiska göra något eller förhålla sig till något på ett aktivt sätt. Samma betydelse ligger för övrigt i engelskans *responsibility*, förmågan att respondera. Det finns också ett inslag av konsekvens i ordet alltså att något kommer att hända om en inte tar ansvar.

¹ Funktionshinder utgör till exempel en återkommande bevekelsegrund för sårbarhet. Att personer med olika funktionsnedsättningar många gånger drabbas hårdare än andra vid katastrofer är väl belagt. Däremot betyder inte funktionsnedsättningar i sig att personen är sårbar eller utsatt. För en ingående diskussion av funktionsnedsättning, funktionshinder med mera i relation till risker och kriser se Sparf, Jörgen, (2014). *Tillit i samhällsskyddets organisation. Om det sociala gränssnittet i risk- och krishantering mellan kommunen och funktionshindrade*. Mittuniversitetet, doktorsavhandling 202.

Eftersom frågan om ansvar är så pass otydlig, inte bara i studien utan även i beskrivningar från myndigheter är det också oklart vilka slags konsekvenser ett frånvarande ansvar kan ge. Det omöjliggör egentligen också eventuella rättsliga aspekter på ansvarsfrågan: om ingen vet vad man ska ansvar för och på vilket sätt är det en omöjlighet att utkräva ett juridiskt ansvar av individen. Det är nog rimligare att se på ansvarsfrågan i det här sammanhanget som en praktisk omsättning av moralfilosofi eller kultur. Ett sådant betraktelsesätt låter ansvar vara en fråga mer öppen för diskussion snarare än en måttstock för sanktioner.

För det fjärde är avgränsningen till den *egna* säkerheten också oklar. Vad inryms egentligen i det egna och var går gränsen gentemot den andres eller det andras säkerhet? Det är sannolikt mycket svårt att dra några sådana gränser. Snarare handlar det nog dels om en upplevd "egen-het", det vill säga att individen själv måste avgöra vad som kan sägas tillhöra det egna och vad som inte gör det, dels om värderingar om det privata det gemensamma. På sätt och vis kan betoningen av den egna säkerheten antyda att det som är eget är viktigare än det gemensamma. Om uttrycket istället skulle säga att individen har ett ansvar för det gemensammas säkerhet, eller att individer har ett ansvar för varandras säkerhet, framträder en mer solidarisk och kollektiv värdering.

För det femte, slutligen, är ordet *säkerhet* mycket vagt. Vad säkerhet inkluderar är både en subjektiv fråga och en social konstruktion. Att säkerheten är subjektiv innebär att var och en har olika uppfattning om vad som är en säker tillvaro, vad som krävs för att jag ska känna mig säker och så vidare. Här vet vi från forskning om riskuppfattning att såväl psykologiska som socio-kulturella faktorer liksom erfarenheter och socialt kapital påverkar upplevelsen av risk och säkerhet. Säkerhetsbegreppet är också en social konstruktion och omvandlas därför ständigt i både privatlivet och den allmänna debatten. Om vi till exempel får veta i nyhetsrapporteringen att antalet våldsbrott på offentliga platser har ökat kan det påverka hur vi talar om säkerheten på stan, vilka politiska röster som höjs i frågan, eller hur massmedia rapporterar om händelser.

Förmåga att ta ansvar för sin egen säkerhet är alltså som redan denna mycket ytliga genomgång visat ett uttryck som är långt ifrån oproblematiskt. Inte minst om vi kopplar samman det med individer och delar av befolkningen som lever under utsatta förhållanden. Därför bör vi nog använda det med viss försiktighet och framför allt en förståelse och stor ödmjukhet för variationer och nyanser.

2. Metod

Denna studie är explorativ i betydelsen att den inom uppdragets praktiska ramar ska fånga in så bred och omfattande kunskap som möjligt för att ge en beskrivande bild av studieområdet. Kartläggningen genomfördes genom en litteraturöversikt och genom intervjuer med såväl deltagare från några utsatta grupper som forskare och yrkesprofessionella på olika verksamhetsnivåer.

2.1 Litteratursökning

Syftet med litteratursökningen var att hitta forskning och praktisk kunskap och information om särskilt utsatta individers förmåga att ta ansvar för sin säkerhet. I fokus för litteraturöversikten står forskningsartiklar i vetenskapliga tidskrifter. Annan litteratur som har studerats är böcker och bokkapitel, rapporter och myndighetsdokument, presentationer och konferenspublikationer samt praktiska vägledningar, instruktioner och liknande. Sökningarna har begränsats till engelska och svenska.

2.1.1 Forskningsdatabaser

Via Mittuniversitetets bibliotek gjordes sökningar i databaserna:

- Academic search elite
- Science direct
- Scopus
- Sociological abstracts
- Web of Science

Sökorden har tagits fram i samråd med personal på universitetets bibliotek genom en tesaurus med standardiserade söktermer. Sökord sattes samman i söksträngar där varje söksträng innehöll de alternativa grundorden *hazard*, *disaster* och *emergency*. Dessa kombinerades med ytterligare tre alternativa sökord åt gången av följande:

*Vulnerability, capacity, capability, responsibility, individual responsibility, household responsibility, preparedness, safety, emergency management, support, individual resilience, disaster resilience, needs, medical needs och functional needs.*²

Därtill användes söktermer som beskriver olika studiepopulationer. Då antalet träffar blev ohanterligt stort vid kombinationer av populationer har de avsökts en i taget i kombination med de tre grundorden.

² Varje sökning gav således nio ordkombinationer, exempelvis: (Hazard OR Disaster OR Emergency) AND (vulnerability OR capacity OR capability).

Seniors, elderly, disabled, disability, marginaliz, obesity, special needs, pregnant och postpartum.*³

Samma söksträngar användes i varje databas. Resultaten från respektive sökning i varje databas gav 5-450 träffar. Dessa filtrerades i tre steg genom läsning av titel, abstrakt respektive hela artikeln. Slutresultatet blev 99 vetenskapliga artiklar som ansågs ha relevans för studien. Artiklarna har sedan analyserats genom kategoriseringar, mönsteravsökning och syntetisering.

2.1.2 Internetsökning

För att få fram annat material än vetenskapliga artiklar gjordes några sökningar på internet med Google. Syftet var att hitta några exempel på hur checklistor, manualer, handböcker och riktlinjer kan se ut.

Sökningen gjordes den 17 december 2014. Kombinationer av orden *checklists, manuals, handbooks, guidelines* och *methods* med *disaster, emergency preparedness* och *disability* eller *vulnerable people* gav ett stort antal träffar. Träffarna såg dock ungefär likadana ut trots att sökkombinationerna ändrades. 14 dokument av olika slag samt länkar till några olika webbplatser med relevans för studien sparades. Dokumenten som sparades var utformade som artiklar, Powerpoint-presentationer, workshop-dokumentation, direktiv och checklistor.

2.2 Intervjuer

Intervjuer valdes som metod för att samla in kunskap och levd erfarenhet från de personer och grupper som studien är inriktad mot. För att fånga så bred och omfattande kunskap som möjligt inom studiens ramar intervjuades personer med olika slags kunskap inom området:

- Forskare inom psykologi, sociologi och socialt arbete (5 st.)
- Missbrukare på ett rehabiliteringsboende (2 x 10 st.)
- Fältarbetare inom socialtjänstens uppsökande verksamhet (4 st.)
- Handläggare, chefer och utredare inom socialtjänsten (6 st.)

I tilläggsstudien om skogsbranden intervjuades:

- Kulturförening för invandrare (4 st.)
- Hemtjänstpersonal (5 st.)
- Röda Korset, språkundervisningsgrupp, (8 st.)
- Informatör på länsstyrelsen (1 st.)

Forskarna och informatören intervjuades individuellt medan övriga respondenter intervjuades i grupp.

³ (Hazard OR Disaster OR Emergency) AND (seniors OR elderly OR disabled OR disability OR marginaliz* OR obesity OR special needs OR pregnant OR postpartum)

De huvudteman som togs upp i intervjuerna var *trygghet, otrygghet, händelser* och *förmågor*. Intervjuerna tog mellan 40 och 100 minuter.

Efter transkribering raderades ljudupptagningarna och transkriberingarna har använts som analysmaterial. Analysen har följt studiens explorativa ansats och huvudfokus har varit att hitta teman och mönster som är antingen specifika för den enskilda intervjun eller generella för flera olika intervjuer.

3. Resultat

För att göra resultaten överskådliga är de uppdelade mellan litteraturstudien och intervjuerna.

3.1 Litteraturöversikt

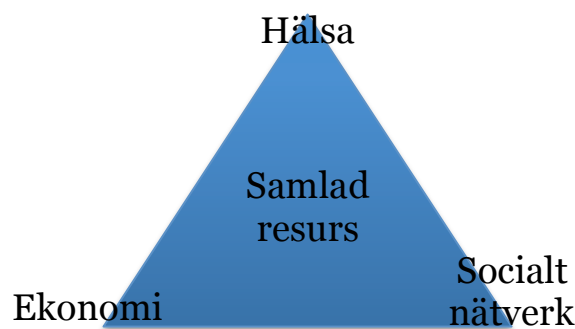
Litteraturanalysen visar tydligt att det saknas en samlad forskningsbaserad kunskap om faktorer som påverkar förmåga och möjlighet att ta ansvar för sin egen säkerhet. Däremot finns det en hel del praktisk litteratur med riktlinjer för att stärka vissa grupper. Mycket av dessa råd bygger snarare på praktiska erfarenheter snarare än på välgrundad forskning. Det ena behöver inte vara bättre än det andra men medan den forskningsbaserade kunskaper framför allt tar sikte på sårbarhet och faktorer som påverkar den så är den praktiska litteraturen mer lösningsinriktad men funktionell.

3.1.1 Forskningslitteratur

I analysen av forskningslitteraturen har jag framför allt sökt efter återkommande teman snarare än att ge en redovisande beskrivning om vad eller hur mycket som har skrivits om olika frågor. För studiens vidkommande är det snarare en generisk kunskap om området som kan vara mer värdefull än att veta hur mycket forskning som har gjorts.

Mycket av litteraturen handlar om sårbarhet och särskilda behov. Individer med särskilda behov är spridda över befolkningen och deras särskilda behov kan inte alltid planeras för eftersom personer inte alltid identifierar sig själva som särskilt behövande eller kan uttrycka sina behov även om de skulle vilja. Inom litteraturen förekommer många definitioner och beskrivningar av sårbara grupper eller grupper med särskilda behov. Det bakomliggande antagandet är att personer kan ha en rad olika karaktäristik – medicinsk, kulturell, kognitiv, fysisk, eller kombinationer av dessa – som gör att de i något avseende avviker från majoritetsbefolkningen när det gäller behov. Ett återkommande problem med detta är att definitionerna ofta är mycket vaga, samtidigt kan vi konstatera att en exakt definition inte alltid är den bästa vägen framåt: människor och deras komplexitet kräver en levande diskussion om vad som ska tillgodoses och vilka behov som finns när det gäller säkerhet.

Det är särskilt tre komponenter identifierad i forskningen som kan ses som centrala när det gäller individens säkerhet och att ta ansvar för den: *privatekonomi*, *hälsa* och *socialt nätverk*. Dessa tre områden handlar om olika former av resurser och är nära sammanknutna med och påverkar varandra.



Figur 1 Individens samlade resurskomponenter.

Litteraturen visar tämligen entydigt hur dessa tre komponenter samlat avgör vilken grad av säkerhet som individer har. Det kan till exempel gälla hur man klarar sig vid katastrofer, hur de påverkar representationen i brotts- och olycksstatistik eller relationen till livslängd. Det är sannolikt också inom dessa områden som vi hittar möjligheten och förmågan att ta ansvar för sin säkerhet.

När det gäller individers ansvar och förmåga att ta det behövs kunskap om sociala och psykologiska faktorer som kan komplettera kunskap och idéer om den mer funktionella beredskapen. Problemet är ofta hur vi ska få den kunskapen. I litteraturen lyfts så kallade *outreach programs* fram som exempel på en framgångsrik metod. Metoden går ut på att myndigheter och andra organisationer tar en samlad och långsiktig kontakt med en målgrupp eller med ett bostadsområde för att utbyta kunskap och därigenom träna professionella inom exempelvis hälsa och socialt arbete, utveckla webbsidor för säkerhet för målgruppen eller sprida information till allmänheten. Med denna informationskomponent till allmänheten bidrar dessa program även till att stärka demokratiska värden och jämställdhet. Att enbart använda kunskap från specifika grupper och försöka anpassa räddnings- och säkerhetsinsatser efter denna gör dock inte ojämlikheten mindre, men kan vara en del i en sådan strävan.

Det finns även mer specifika exempel på utformning av målgruppsanpassad säkerhetsinformation. Det handlar om sådant som en särskild kontaktfunktion på myndigheter på olika nivåer och för olika målgrupper, att olycksinformation ska finnas tillgänglig i olika format och språk, samlad information om klienter och patienters dagliga behov av mat och medicin, gemensamma övningar och utbildningar för räddningspersonal och omsorgspersonal samt tillgänglighetsdesignade byggnader och teknik integreras med säkerhetsfrågor.

I litteraturen förs det en diskussion om vilka "målobjekt" som insatser och information ska riktas till. Framför allt skiljer man på individer och grupper där individer är sårbara och grupper är socialt sårbara. Denna fråga har relevans för ansvarsförmåga eftersom bedömningen av förmågan kan ske på antingen individnivå eller gruppnivå. Ett problem dock är att en gruppansats inte når de individer som är socialt isolerade oavsett om det självvalt eller inte. Många av dessa individer väljer att inte, eller kan inte, ha kontakt med sociala

myndigheter, organisationer och samhällssystem, till exempel polisen eller sjukvården, vilket gör att det inte alltid finns en etablerad kontakt att utgå ifrån.

För att öka förmågan till ansvar kan det vara rimligt att se till om sårbarheten ligger i riskutsatthet, plats eller social respons. Många av de grupper som studeras här har en hög riskutsatthet i sina vardagsliv. Samtidigt utsätts de kanske inte för större risk än någon annan när det gäller samhällets säkerhet. Forskningen visar också att individens beredskap och respons påverkas lika mycket av riskutsatthet som av sårbarheter.

Platsbegreppet handlar framför allt om boplatsen. Här kan vi nog säga att de studerade grupperna har precis lika stort beroende av sitt boende som befolkningen i övrigt. Det som skiljer kan vara vilka resurser som hör ihop med boplatsen, exempelvis i termer av transportmöjligheter, värdet av ägodelar et cetera.

Den sociala responsen däremot är avsevärt svagare för dessa grupper. Med social respons menas både personens egna nätverk och det offentliga samhällets insatser gruppen i fråga. Här räknas även de privatekonomiska marginalerna in och hälsofrågor. Mot en sådan här indelning vore den mest rimliga ansatsen för att öka förmåga att ta ansvar ligga i att stärka den sociala responsen. Exempelvis lever ekonomiskt utsatta personer "ur hand till mun" och har bokstavligen inga ekonomiska marginaler alls; en del personer med kroniska sjukdomstillstånd har ingen hälsobuffert och så vidare. Detta är områden att stärka för att öka förmågan till ansvar.

Det finns en viktig skillnad mellan sättet att mäta social sårbarhet och det att studera förmåga. I sårbarhetsstudier mäter man nämligen faktorer som inte går eller är mycket svåra att påverka. Vi kan inte påverka en persons ålder, kön, eller etniska tillhörighet, likväl har vi svårt att påverka boendemiljö, utbildningsnivå och politiskt inflytande. Men dessa faktorer är återkommande inom sårbarhetsforskningen.

Med en sådan ansats blir vi dock fast i att personerna är sårbara för att det inte finns något att göra åt saken. Samtidigt finns det studier som visar vilka faktorer som påverkar utkomsten av händelser och som är mer påverkbara, exempelvis ensamt boende, social isolering, ruralt/urbant boende, medicinska problem, sjukdom, transport och sociala kontakter. Sådana faktorer kan därför vara rimligare att arbeta med när det gäller ansvar för den egna säkerheten.

Över huvud taget saknas det forskning om individers egen förmåga. Det är många träffar i sökningarna som handlar om post-disaster och betydligt mindre om pre-disaster. De som handlar om exempelvis personlig beredskap har dessutom ett uppifrån-perspektiv som handlar om att "de sårbara ska tas om hand" samt att de klumpas ihop till väldigt stora grupper, t.ex. kvinnor, barn, äldre, funktionshindrade. Att "alla ska tas om hand" innebär att man missar kapaciteter och förmåga vilket gör att relevanta förebyggande åtgärder inte heller kan identifieras.

I relation till det bör nämnas den viktiga diskussionen som förs i litteraturen om balansen, eller fördelningen, mellan individens och myndigheters ansvar.

Här finns aspekter av samhällets ansvar för grupper och för individer; grupper och individers ansvar för det gemensamma; grupper och individers ansvar för sig själva. När det gäller ansvar för den egna säkerheten kan en rimlig ansats vara att arbeta på alla tre dessa nivåer där någon nivå kan fungera bättre för vissa grupper än för andra. Individens eget ansvar kan sannolikt vara större för grupper utan särskilda behov medan individer och grupper med särskilda behov kan behöva ett lättare ansvar. Samtidigt kan båda grupptyperna vara delaktiga i ansvaret för det gemensamma.

Här återkommer vi till frågan om vad individen egentligen ska ta ansvar för. I forskningen nämner människor sällan plötsliga kriser eller katastrofer när de frågas om vilka risker de står inför. Vanligtvis prioriterar de sjukdom, tillgång till vatten och mat, säkerhet, arbetslöshet och trafikolyckor före större händelser eller samhällsliga störningar. Vi vet också att människors beteende i krissituationer är kulturellt format vilket gör att rationella räddningsaktiviteter inte alltid stämmer med hur människor agerar. Dessa aspekter kan också vara av värde i planering för det egna ansvaret.

Det framkommer avslutningsvis en viktig tidsfaktor som kan vara avgörande för kapaciteter och förmågor. I akuta risksituationer är det viktigare att möta funktionella behov än att försöka åtgärda sårbarheter. Men ur ett mer långsiktigt perspektiv är det precis tvärtom. Och det är sannolikt ur ett längre tidsperspektiv och i djupare rotade frågor som ansvarsfrågan behöver angripas. I en av de mest utvecklade teorierna beskrivs sårbarhetsprogression i tre steg, vilket skulle kunna översättas till förmågor att ta ansvar.⁴

Det tidsperspektiv som ligger närmst en händelse är *osäkra förhållanden*. Här hittar vi funktionella områden fysisk miljö, lokal ekonomi, sociala relationer och offentliga insatser. I ett något längre tidsperspektiv återfinns *dynamiska tryck* som omfattar brist på lokala institutioner, övning, etisk standard och liknande samt makrofaktorer såsom snabb befolkningsförändring, snabb urbanisering och förändringar i den naturliga miljön. I det tredje och sista tidsperspektivet, *orsaksrötter*, finns begränsad tillgång till makt, strukturer och resurser samt ideologiska frågor kring politiska och ekonomiska system.

En sådan modell är förvisso mer abstrakt men visar på betydelsen av långsiktiga åtgärder för att komma till rätta med eventuella sociala problem som påverkar möjligheten för individer att ta ansvar för sin egen säkerhet. I studien har vi mest hållit oss till osäkra förhållanden, det tidsperspektiv som ligger närmst risker, man troligtvis skulle större framgång nås om insatser gjordes på både kort och lång sikt.

3.1.2 Handböcker etc.

I de dokument som undersöktes fanns exempelvis information om hur man definierar, lokaliserar och når sårbara människor och personer med speciella behov i en katastrof, hur man förbereder och bygger upp kapaciteten för organisationer eller för planerare inom krishantering, resursguide för utbildare

⁴ Wisner, Ben (2004). *At Risk : Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*. Routledge.

inom folkhälsa och beteenderespons, hur man formar budskap och rekommenderar informationskanaler för olika grupper, manualer för beslutsfattande och guider till att assistera människor som arbetar med krisberedskap för att kunna möta behov hos människor med en funktionsnedsättning och så vidare. I de flesta dokument är målgruppen organisationer eller professioner som på något vis arbetar med krishantering gentemot en population med speciella behov.

Vid analysen framkommer tydligt att dessa skrifter är kulturellt och geografiskt formade och därför ganska svåra att dra några generella slutsatser ifrån. Det var också en brist i studieupplägget att inte inkludera resiliensbegreppet i den här litteraturen. Med den praktiska litteraturen från det området skulle eventuellt flera överförbara slutsatser kunnat dras.

Det är framför allt ett tema som kan ha bäring i svenska förhållanden. Det handlar om att människor som bor i samhällen präglade av *community empowerment*, det vill säga lokalsamhällen med stark sammanhållning och starka sociala nätverk har större sannolikhet att klara sig bättre än motsatsen. De råd som ges här är framför allt att stimulera olika utbildnings- och utvecklingsinsatser på lokal nivå samt att förbättra den fysiska miljön. Även om en sådan ansats är överförbar har den starka politiska undertoner som inte tar hänsyn till individers olikheter och som till del går emot den forskningsinriktade litteraturen, till exempel att en individ eller ett hushåll kan vara sårbart på ett sätt (till exempel i geografiskt läge) men hållbart på ett annat (till exempel högt socialt kapital).

Vi kan se tre övergripande problem med den praktiskt inriktade litteraturen. För det första är den praktiska litteraturen mycket normativ och pekar ut väldigt stora grupper som sårbara. Att använda begreppen *sårbar* och *personer med särskilda behov* framstår i handböckerna som en genväg för att beskriva de vars behov inte tillgodoses tillräckligt av den gängse servicen. På det sättet blir en stor andel av befolkningen en slags residual till majoritetsbefolkningen.

För det andra tar litteraturen sällan upp kapaciteter hos de grupper den är inriktad på. Snarare beskrivs tämligen ensidigt hur grupper kan räddas, bistås eller hjälpas i kriser. Viss litteratur är förebyggande men är då mer inriktad på underlättande snarare än kapacitetsstärkande åtgärder.

För det tredje är en majoritet av litteraturen inriktad på *disasters*. På svenska motsvaras *disasters* närmast av samhällskatastrof, vilket gör mycket av litteraturen irrelevant. Även om en del råd är överförbara till en svensk kontext kan det vara vanskligt att ta delar av hela ramverk eftersom de grundläggande frågorna då riskeras tappas bort.

3.2 Modeller

I litteraturen, både forskningslitteraturen och den mer praktiskt orienterade litteraturen, förekommer några modeller som potentiellt kan användas för att conceptualisera individers förmåga att ta ansvar. Studien hade inte i syfte att ta fram en färdig modell men erfarenheten från litteraturstudien är att befintliga modeller kan vara användbara men behöver kompletteras. Därför presenteras här två befintliga modeller över behov, förberedelse och kapacitet på individnivå, C-MIST och NEOBEHR. Ingen av dem upp ansvarsförmågan explicit, men de beskriver de mest grundläggande behoven som människor står inför i katastrofer. Därefter beskrivs tre modeller som bredare täcker in individers person och sammanhang och därmed kan komplettera och vidga perspektivet för säkerhetsområdet. Dessa modeller kommer inte ifrån litteraturgenomgången utan är hämtade från hälsoområdet och socialt arbete.

3.2.1 C-MIST

Denna modell kommer från handikappforskning och är en kritik mot användningen av begreppet *special needs populations* inom räddningstjänst och katastrofplanering.⁵ Grundproblemet är att de grupper som brukar definieras ha särskilda behov utgör långt över 50 % av den totala befolkningen, vilket gör begreppet urvattnat och oanvändbart. Exempel på grupper är funktionshindrade, personer med psykiska störningar, minoritetsgrupper, personer som inte talar ett lands språk, barn, äldre, ensamstående föräldrar, personer utan fordon, personer med särskilda kostbehov, gravida, interner och hemlösa. Utöver den stora andelen som dessa grupper utgör kan behoven inom respektive grupp se mycket olika ut – alla är individer och bär på olika funktionella begränsningar, har olika livserfarenheter, resurser och attityder.

Istället betonar författarna några grundläggande behov som de menar är gemensamma för alla individer. Behoven är kommunikation (*Communication-C*), medicinska (*Medical-M*), upprätthållande av funktionellt oberoende (*maintaining functional Independence-I*), tillsyn (*Supervision-S*) och transport (*Transportation-T*). Även om vi alla har funktionella behov kan konsekvenserna av att inte ha tillgång till C-MIST antas vara allvarigare för vissa människor. Genom att utgå ifrån behov snarare än individers grupp tillhörighet kommer man åt problemet med variationer och rättigheter samtidigt som man undviker stigmatiserande tillskrivanden och missriktade insatser. Det ska dock sägas att modellen tar sikte på större (natur)katastrofer snarare än samhällsstörningar eller mer lokala händelser. Därför blir kanske inte alla delar tillämpliga i detta sammanhang.

Människor med begränsad förmåga att ta till sig information och att förstå och respondera på den behöver få information till sig på ett sätt som de kan förstå och använda. Därför behöver metoder för informationsöverföring användas

⁵ Isaacson Kailees, June & Enders, Alexandra. (2007). Moving Beyond "Special Needs". A Function-Based framework for Emergency Management and Planning. *Journal of Disability Policy Studies*, 17:4 (230-237).

som möjliggör för personer med begränsad hörsel, syn eller intellektuell förmåga att tillgodogöra sig informationen. Dessa metoder behöver också tillämpas på olika språk för de invånare som inte förstår svenska.

Personer med olika funktionshinder tenderar många gånger felaktigt hänföras till kategorin med särskilda medicinska behov. Därför menar författarna till modellartikeln att en mer specifikt funktionsinriktad bestämning av medicinska behov bör införas i exempelvis träning och utbildning av räddningspersonal. Med särskilda medicinska behov avses inte i första hand att en person har behov av mediciner utan snarare personer som befinner sig i instabila sjukdomstillstånd, bär på smittsamma sjukdomar och som kräver tillsyn, behöver intravenös medicinering, sondmatning, dialys, syretillgång eller sugning av luftvägar. Men det kan också handla om personer med allvarliga sår, kateter, stomi, eller som är kopplade till elberoende livsuppehållande apparater.

Poängen med att ha en medicinsk bestämning är att man undviker biverkningar eller sekundära tillstånd för redan sjuka människor men också att dyra och begränsade medicinska resurser kan användas effektivt.

Det funktionella oberoendet handlar om att förse personer som behöver det med ersättningsmediciner, att ersätta hjälpmedel såsom rullstol, kryckor och så vidare, att backa upp med omsorgspersonal för de som har förlorat det ordinarie stödet från familj och vänner. Det sistnämnda gäller även tillsyn, som särskilt tar sikte på personer med psykiska störningar men även personer som råkar ut för posttraumatiskt stressyndrom.

Transportbehovet kan särskilt uppkomma vid evakueringar av olika slag. Många människor som inte har tillgång till ett fordon har inte det på grund av oförmåga att köra. Däremot, betonar författarna, är det många icke-körande personer som klarar sig utmärkt om de bara får transport under själva evakueringen.

3.2.2 NEOBEHR

Denna modell har tagits fram med flyktingar, invandrare och asylsökande som målgrupp.⁶ Motivet är att denna grupp inte bara står inför samma problem och har behov som vem som helst annan i krissituationer, de har många gånger också särskilda behov vad gäller kunskap, språk etc.

Modellen består av sex pelare som tillsammans bär upp den personliga kris- och katastrofberedskapen för målgruppen. Nätverk (*Network-N*), Bemyndigande/personstärkande (*Empowering-E*), Organisation (*Organizing-O*), Grundläggande risker (*Basic risks*), Räddningstjänst och hälsa (*Emergency and Health-EH*) och Regionala risker (*Regional risks-R*). Även om en sådan

⁶ Geenen, Elke M. & Strangmeier, Reinhard, (2014). *Analyse und Entwicklung der Selbstschutz- und Selbsthilfefähigkeit von Personen mit Beeinträchtigung*. Kurzstudie und Leitfaden für Gemeinden, Ottendorf bei Kiel.

här modell inte tillämpas mot samma målgrupp i Sverige kan kunskap och perspektiv från den överföras till andra sammanhang.

Den första kolumnen handlar om nätverk på tre nivåer: en individuell nivå, en nivå som omfattar ett personligt stödteam och en *community*-nivå, det vill säga en nivå där människor som hör samman av en eller annan anledning bildar nätverket. På denna sista nivå beskriver författarna hur en så kallad *community of practice* kan utvecklas för ömsesidig kunskapsöverföring och deltagande lärande. I dessa träffas invånare i lokalsamhället tillsammans med räddningsorganisationer, lokala myndigheter och så vidare för att lära av varandra om säkerhet och krisberedskap.

Den andra kolumnen handlar om att utveckla individen att klara sig själv. Ett exempel för målgrupper är att lära sig det nya landets språk. Den tredje kolumnen avser att den nyanlända personen behöver lära sig om hur samhället är organiserat, vilka viktiga telefonnummer och kontaktmöjligheter som finns till myndigheter, räddningstjänst, apotek och andra viktiga organisationer och funktioner. Men den handlar också om vilka produkter som kan vara bra att bunkra om det skulle inträffa en allvarlig samhällsstörning.

Den fjärde kolumnen innebär att personer bör ha kunskap om några grundläggande risker såsom bränder, allvarligt väder, elavbrott, vattenavbrott och så vidare. Den femte kolumnen handlar om kunskap om och utrustning för första hjälpen, förband med mera, samt hur man kontaktar läkare. Den sista kolumnen avser att nyanlända bör lära sig något om vilka regionala risker som finns på den nya platsen. Det är till exempel inte säkert att översvämningar, extremt väder med mera drabbar likadant som i ursprungslandet eller påverkar personerna på samma sätt. Det kan också finnas andra risker i det nya landet som personerna inte känner till, exempelvis snöoväder och halka.

3.2.3 Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Världshälsoorganisationen har tagit fram en internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Verktøget *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) är ett av de viktigaste internationellt erkända verktygen för diagnos av kroppsfunktioner och hälsa.⁷ Utöver den kroppsliga diagnostiken ingår två avsnitt som handlar om individens omgivning och samspelet med denna. Det första handlar om *omgivningsfaktorer* vilka omfattar den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken personer lever sina liv.

Omgivningsfaktorerna delas in i (a) *Individnivå* – personens omedelbara omgivning, som innefattar t.ex. hem, arbetsplats och skola. På den här nivån innefattas såväl de fysiska och materiella dragen i omgivningen som en person möter öga mot öga som direkt kontakt med andra såsom familj, vänner och okända människor. (b) *Service, tjänster och system* – formella och informella sociala strukturer och tjänster som påverkar personer. Denna nivå innefattar

⁷ Klassificeringen finns fritt tillgänglig på <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

organisationer och tjänster som hänger samman med arbetsmiljö, kommunala verksamheter, statliga organ, kommunikations- och transportservice samt informella sociala nätverk liksom även lagar, bestämmelser, formella och informella regler, attityder och ideologier.

Mer precist är klassificeringen uppdelad i:

- Produkter och teknologi
- Naturlig miljö och mänsklig förändring av miljön
- Stöd och relationer
- Attityder
- Service, system och policy

Det andra avsnittet handlar om *aktivitet och delaktighet* och begränsningar i dessa. Med aktivitet avses en persons genomförande av en uppgift eller handling medan delaktighet avser en persons engagemang i en livssituation.

Avsnittet omfattar nio så kallade domäner:

- Lärande och att tillämpa kunskap
- Allmänna uppgifter och krav
- Kommunikation
- Förflyttning
- Personlig vård
- Hemliv
- Mellanmänskliga relationer
- Större livsområden
- Samhälle, socialt och medborgerligt liv

De olika domänerna avser sammantaget att täcka in en människas vardagsliv och syftar till att analysera problem i olika områden som därmed möjliggör interventioner. I en diagnostisk bedömning skiljer klassifikationen på genomförande och kapacitet i respektive domän. En sådan metodik skulle förmodligen även kunna vara användbar i utvecklingen av stöd för den egna säkerheten och att ta ansvar för den.

3.2.4 Salutogenes

Salutogenes, hälsans ursprung, är ett processinriktat koncept från hälsoområdet med fokus på resurser som bibehåller och förbättrar utvecklingen mot hälsa. Till skillnad mot det patogena konceptet, som fokuserar på hinder och underskott, strävar det salutogena konceptet mot att svara på varför människor trots påfrestande situationer och prövningar mår

bra.⁸ I stället för att fråga vad som orsakar att någon drabbas av en viss sjukdom, frågar man därför vilka faktorer som bidrar till att vara frisk och ha hälsa. Det faktum att perspektivet har fått vida acceptans inom socialt arbete samt att fokus ligger på möjligheter och kapaciteter indikerar att det även kan passa för den här studiens syften.

En bild som upphovsmannen Aaron Antonovsky gav var att ”det räcker inte med att laga broläggningen över livsfloden så att folk inte ramlar (eller hoppar) i vattnet. Man måste därutöver lära dem att simma”⁹ Det ligger alltså en slags empowerment-ansats i bakgrunden där varje individs kapacitet ska stimuleras och stärkas. En sådan ansats tar hänsyn både till vad organisationer och myndigheter kan bidra med för den enskilde individen och vad den enskilde individen själv kan utveckla.

Antonovsky studerade faktorer som bidrar till att behålla hälsan, trots alla motgångar, krav, konflikter och olika slags problem som måste lösas. Hans svar blev att känsla av sammanhang (KASAM), det vill säga i den utsträckning i vilken vi människor upplever tillvaron som meningsfull, begriplig och hanterbar, kan ha hälsofrämjande effekter.

KASAM består av tre komponenter, *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Dessa resurser kan vara egna, eller andras som personen får från sin omgivning. *Begriplighet* är den kognitiva komponenten i KASAM men som utvecklas i relationen mellan människor. *Hanterbarhet* beskriver den subjektiva upplevelsen av att ha tillräckliga resurser för att kunna möta olika situationer i livet. En hög känsla av hanterbarhet kan innebära att man som person inte upplever sig som ett offer för omständigheterna. *Meningsfullhet* är den emotionella och motivationsskapande komponenten i KASAM. Det är den komponent som visar på betydelsen av att vara delaktig. Meningsfullhet uppstår när människan får känna delaktighet och medbestämmande i sociala situationer.

Komponenten hanterbarhet är beroende av begriplighet, man behöver förstå det inträffade för att kunna agera. Vid hög nivå av begriplighet och låg nivå av hanterbarhet är det meningsfullheten som avgör om riktningen blir positiv eller negativ. Även om nivåerna på både begriplighet och hanterbarhet är låga, men känslan av meningsfullhet är hög kan positiva förändringar åstadkommas genom att aktivt söka efter kunskap och resurser.

Även i det salutogena perspektivet delas människans livsvärld in i olika nivåer. Här är det dock tydligt att individfaktorer är de som betonas och ges största utrymme.

⁸ Antonovsky, Aaron (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass; Gassne, Jan (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Doktorsavhandling i socialt arbete. Lunds Universitet.

⁹ Antonovsky, Aaron (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur. Sid. 7.

Tabell 1 Det salutogena perspektivets skyddande faktorer¹⁰

Individfaktorer	Familj- och omgivningsfaktorer
God social kapacitet	Att hjälpa andra
Positivt självförtroende	Betydelsefull annan person
Självständighet	Tydliga regler och gränser
Framgångsrik coping ¹¹	
Intelligens och kreativitet	
Utveckling av speciella intressen och hobbies	
Inre kontroll	
God impuls kontroll	
Hög aktivitet och energi	
Optimism och framtidstro	

3.2.5 Biopsykosocialt ramverk

Denna avslutande modell påminner om salutogenes-perspektivet men är mer utarbetad som analytiskt ramverk. Författarna¹² delar här in individen och hens sammanhang i tre områden med olika faktorer i vart och ett.

¹⁰ Cederblad, M. & Hansson, K. (1996). Känslan av sammanhang – ett centralt begrepp i hälsoforskningen. *Socialmedicinsk tidskrift*. Vol 4, s 152-158.

¹¹ Sättet att handskas med och lösa kriser eller problem.

¹² Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-36. ; Graça Pereira, M., & Smith, Thomas Edward. (2006). Evolution of the biopsychosocial model in the practice of Family Therapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 455-467.

Tabell 2 Faktorer, biopsykosocialt ramverk.

Biologiska faktorer	Psykologiska faktorer	Sociala faktorer
Genetisk predisposition	Lärande	Socialt stöd
Neurokemi	Emotioner	Familjebakgrund
Medicinska effekter	Tänkande	Personliga relationer
Immunsystemsrespons	Attityder	Kulturella traditioner
Stressrespons	Minne	Medicinsk vård
Psykologiska responser	Perception	Socio-ekonomisk status
Fysiologiska responser	Övertygelser	Fattigdom
	Stresshanteringsstrategier	Fysisk träning
	Biologisk återkoppling	

Områdena är överlappande och modellen betonar att interaktionen mellan faktorerna i de olika områdena påverkar individens fysiska och mentala hälsa. Samtidigt är inte ramverket ett diagnostiskt instrument där vi kan utläsa vilka interaktioner som finns eller hur de sker. Poängen är snarare att bryta ner hälsa i delområden som i sin tur möjliggör analyser och interventioner. Ett par fördelar med denna modell är att den tar upp individens biologiska förutsättningar och responser vilka kan spela en viktig roll vid katastrofer och kriser och att den är tillräckligt konkret för att möjliggöra en översättning till strategier eller åtgärder. Jag vill dock betona att varje ruta i sig i tabellen ovan är eller kan vara väldigt innehållsrik och därmed komplex i sig att analysera.

Eftersom det här ramverket tar ett helhetsgrepp går det att sätta in andra modeller i den som en tillämpning. Exempelvis är Världshälsoorganisationens klassificering av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa en sådan möjlig modell.

3.3 Intervjuer

De teman och argument som framträder i intervjuerna har jag valt att dela in i psykologiska eller individuella aspekter respektive sociala eller relationella. Dessa redovisas i nämnd ordning nedan.

3.3.1 Psykologiska aspekter

Eftersom variationen av psykologiska tillstånd är mycket stor liksom de specifika behov och nivåer av ansvarsförmåga som de medför vill jag innan genomgången av de psykologiska aspekterna nämna att det är tveksamt vilka generella slutsatser vi kan dra från intervjuerna. För att få mer nyanserad och ingående kunskap skulle det krävas en mycket större kartläggning av olika tillstånd. Icke desto mindre presenteras här de centrala resultaten från intervjuerna.

Förmågan att ta ansvar för sin egen säkerhet handlar till del om individens förmodade respons på framtida händelser. En människas agerande på en yttre händelser uppstår i psykologisk bemärkelse genom antingen en *affektiv respons* eller en *kognitiv respons* på de signaler hen uppfattar genom sina sinnen, det vi vanligtvis kallar perception. Skillnaden mellan dessa två reaktionstyper är att den affektiva är oförberedd och ofreflekterad medan den kognitiva har genomgått någon form av intellektuell bearbetning. Den affektiva responsen kan enklast sammanfattas i det som kallas "fight, flight or freeze" – det vill säga en instinktiv reaktion. Den kognitiva responsen kan visserligen gå lika snabbt som den affektiva, men vilka åtgärder personen vidtar är ändå relaterat till någonting utöver rena nervreaktioner.

Ohälsa i psyket betyder i allmänhet störningar i *emotionerna*, *personligheten* eller *kognitionen*. Även om psykiska störningar i diagnostiska syften kan hänföras till ett av dessa områden är störningar i regel en blandning av dem. Ohälsan kan uppkomma under hjärnans utveckling, av våld eller andra trauman eller som en effekt av missbruk eller kroppsliga sjukdomar. Det är viktigt att komma ihåg att störningsgraden liksom dess varaktighet kan variera stort i många diagnoser.

Som en illustration över det stora spektrum av psykiska störningar som finns kan vi ge några exempel på störningar. Exemplet är å ena sidan vitt skilda då de har olika karaktär och symptom men kan samtidigt leda till likartade problem när det gäller att ta ansvar för den egna säkerheten.

Det första exemplet är *affektiva störningar*, det vill säga det vill säga att en person blir oförklarligt nedstämd eller euforisk. Depression, utbrändhet och anpassningsstörning är olika tillstånd av affektiva störningar. Problemet med dessa tillstånd är att starkt emotionellt belastande komponenter tar över tillvaron. Känslor av hopplöshet, uppgivenhet, meningslöshet och så vidare tar över de kognitiva funktionerna.

Ett andra tillstånd är olika former av *ångesttillstånd* där individen kan utveckla panikartad rädsla för i stort sett vad som helst. Ett exempel är fobier där reaktionen vid en konfrontation med fobiobjektet är okontrollerbar. Personer med sådana störningar kan ha ett stort behov av att livsmiljön är så väl ordnad som möjligt för att kunna hantera oro.

Personlighetsstörning är ett tredje exempel där problem finns i utvecklingen av personligheten. Personlighetsstörningar yttrar sig genom problem inom exempelvis känsloliv, sociala relationer och impuls kontroll. Särskilt påtagliga är jag-funktionerna såsom kontrollfunktioner (av kroppen, känslorna, impulser), medvetandefunktioner, omdöme och känslofunktioner samt försvarsmekanismer. En central jag-funktion är individens verklighetsuppfattning, det vill säga förmågan att skilja mellan fantasi och verklighet, mellan oro och fara, vilken är satt ur spel vid psykoser. Andra jag-funktioner är personlig autonomi, självständighet, integritet, anknytning, självkänsla, tankeförmåga, kreativitet och känsloliv.

Även om det finns ett stort spektrum av psykiska störningar som sannolikt medför olika slags problematik för möjligheten att ta ansvar är det ändå två huvudproblem som återkommer i intervjuerna: dels en *ensidig uppmärksamhetsriktning*, dels en *låg stresströskel*. Detta tycks alltså vara de psykologiska faktorer som tydligast och i störst utsträckning påverkar individernas förmåga att kunna ta ansvar för den egna säkerheten. Det gäller inte uteslutande individer med psykiska störningar hos dem blir problematiken mycket tydlig.

Uppmärksamhetsriktning

När en person befinner sig i ett tillstånd av psykisk ohälsa upptar det egna tillståndet i sig en stor del av individens uppmärksamhet; ju allvarigare diagnos eller tillstånd desto högre fokus på det egna tillståndet. Denna ensidighet i uppmärksamhetsfokus försämrar möjligheten att tillgodogöra sig information från omvärlden. Särskilt begränsas den kognitiva förmågan, det vill säga förmågan att minnas, dra slutsatser, använda språk, göra matematiska beräkningar, se relationer, upptäcka likheter och skillnader och så vidare.

Det spelar ingen roll om tillståndet är tillfälligt eller permanent, ensidighet i uppmärksamhet leder sannolikt till att ansvaret för den egna säkerheten ges låg prioritet eller upplevs som helt irrelevant. Om ett tillstånd är mycket allvarligt kan agerandet till och med övergå i självskadebeteende eller självmord.

Just bristen på uppmärksamhet mot omgivningen utgör även ett problem när det gäller kommunikation. Om en persons kognitiva förmåga är överbelastad eller helt inriktad på diagnosen blir det svårt att "nä" den personen med riskbudskap och liknande. Dessutom är det vanligt att psykiskt instabila personer har en stor orosbenägenhet, exempelvis från insikten om det egna tillståndet. Känslan av att den egna diagnosen ger färre handlingsalternativ leder i sig till en ökad oro och till en minskad kreativitet. Personen blir så att säga ockuperad av sina begränsade valmöjligheter. Denna själv-ockupation kan därför också bidra till problem med att tillgodogöra sig information och kommunikation.

På samma sätt kan det vara för personer i socialt utsatta situationer. Missbrukarna som intervjuades talade exempelvis om hur jakten på droger kan uppta hela ens koncentration – drogerna är i vissa fall det enda som räknas. Även här tycks graden av problematik korrelera med graden av självriktad uppmärksamhet. Ju starkare drogberoende och ju starkare droger man använder desto viktigare är det att man får tag i dem. Därmed har man så att säga nog med det egna och kan därför inte ta in vad som händer i den miljön runtomkring. Flera av intervjupersonerna pratar också om den ständiga jakten på pengar, mat och boende: ”vi lever ur hand i mun” är ett av uttrycken som används.

Samtidigt ska det sägas att för många som lever i socialt utsatta situationer har en bra kapacitet att klara vardagens praktiska problem. Att ta sig någonstans, att hitta någonstans att sova och så vidare är sådant som flera brottas med dagligen. Därmed blir de något av ”överlevare”, som de själva benämner sig. Och även om livsvillkoren är hårda i många socialt utsatta miljöer tycks det finnas en mycket stark gemenskap och ömsesidig förståelse för varandras situation. Sannolikt har det att göra med de gemensamma erfarenheterna kombinerat med små resursmarginaler.

Låg stresströskel

Det andra psykologiskt relaterade problemet, låg stresströskel, har med flera faktorer att göra. Flera psykiska störningar innebär i sig att en person har svårt att hantera stress. Vissa typer av störningar hänger ofta samman med substansmissbruk (alkohol, droger) och brist på socialt stöd. Sådana faktorer spelar därför också in i individens förmåga att hantera stress, oro och osäkra situationer. Därför kan det vara svårt att göra en skarp distinktion mellan psykologiska och sociala aspekter som relaterar till ansvarsförmåga.

Särskilt tycks känslan av lugn och trygghet vara central för förmågan att ta ansvar. De intervjuade missbrukarna talade mycket om hur de lätt blir stressade och hur drogerna hjälper dem att bli lugna. Denna psykiska stress kan exempelvis bero på de psykologiska diagnoser, t.ex. ADHD som är vanligare hos missbrukare än hos icke-missbrukare, på det ständiga behovet av att ha tillgång till droger, i vissa fall bristen på pengar, eller en mer allmän oro över ”stämningen i samhället” och hur människor är mot varandra. En annan central faktor för känslan av trygghet är rutiner i vardagen. För missbrukare är ofta droganvändningen mycket strikt rutinerat och närmast schematisk. Om då regelbundenheten med vilken man tar droger bryts blir det lätt kaotiskt. En liknande schematisk trygghet finns inom omsorgen där exempelvis måltider eller hemtjänstbesök blir ett sätt för patienten eller brukaren att hålla en rutinerad och därmed trygg vardag. Ur ett ansvarsperspektiv kan vi alltså förstå sådana rutiner som viktiga för att individen ska känna trygghet och därmed kunna ta ett ansvar. Under skogsbranden uppstod dock problem eftersom hemtjänstpersonalen blev stoppad av polisen vid vägspärrar men hade brukare innanför det avspärrade området som de då inte kunde komma in till. I ett fall lyckades anhöriga ta sig in och evakuera den boende, medan i ett annat fall hade en person hastigt lämnat sitt hem och som hemtjänsten fick ge sig ut och leta efter. Han återfanns senare hos sin bror på en annan ort.

Stressfrågan återkommer också i intervjuerna med invandrargrupper. Här är det också oro och därmed implicit stress som lyfts fram, exempelvis på frågan om vad de tänker på när de hör ordet risk. När de ska beskriva var de känner sig trygga är det dels Sverige i allmänhet som de betonar, dels tryggheten som större på en mindre ort jämfört med Stockholm. På en mindre ort, menar de, står människor närmare varandra och känner varandra mer. Det tycks alltså finnas en relationell faktor som påverkar stressnivån och därmed förmågan att ta ansvar för sin säkerhet.

För denna grupp ökade också stressnivån under och efter skogsbranden till följd av brist på information. Några försökte läsa lokaltidningar och titta på nyhetsprogram på TV men upplevde det svårt att få en tydlig bild av händelsen eftersom de bara kunde förstå 20-30 % av innehållet. Därför pratade de mycket sinsemellan för att skapa sig en bättre bild. De kontaktade också släkt och vänner på andra orter för att be om information och hjälp. Det var dock flera som sade sig vara trygga i branden just för tilliten till det svenska samhället, att staten skulle släcka branden som de uttrycker det.

Informationsfrågan kommer också upp i intervjuerna med hemtjänstpersonalen där de menar att radio, TV och sociala medier i sig innebär en trygghet. Här är också det egna hemmet som plats viktigt för tryggheten. Under skogsbranden var det till exempel svårt att motivera flera brukare att lämna sina hem när områden skulle evakueras. En man, framkommer det i intervjun, vägrade helt att lämna hemmet och blev kvar när områden spärrades av. De här ovanliga och osäkra situationerna verkar även leda till att hemtjänstpersonalen blev stressad, särskilt när de fick order om att inte tala om för någon att de evakuerade ett äldreboende eftersom cheferna ansåg att det skulle kunna sprida panik. En sådan situation visar på betydelsen av att personal av olika slag kan behöva särskild information eller hjälp.

Som vi kan se är det ett sammanvävt komplex av faktorer som påverkar individernas stressnivå men nära sociala relationer, tillgång till förstäligen information samt vardagsrutiner tycks vara centrala för att upprätthålla en känsla av trygghet och hålla ner känslor av stress.

3.3.2 Sociala aspekter

I så gott som alla intervjuer har betydelsen av nära sociala relationer kommit upp som en avgörande faktor för känslan av trygghet. Det ligger något intuitivt med det eftersom människan i sig är en social varelse. Samtidigt är det slående hur tydliga de sociala aspekterna blir när det gäller olika former av hot, osäkerhet, risk och liknande. I det här avsnittet lyfter jag fram de aspekter som tydligast framträder i relation till möjligheten att ta ansvar för den egna säkerheten.

Stabil välfärd

På den mest övergripande nivån diskuteras i flera intervjuer förändringar i samhället och av den svenska välfärdsstaten och hur det påverkar de grupper vi diskuterar här. Även om det är många trådar som tas upp i intervjuerna kan de sammanfattas i en slags otakt mellan å ena sidan en ökad individualisering i samhället och å andra sidan en ökad andel människor som lever utsatta och

osäkra liv. Denna otakt kan sägas leda till att fler människor lever utan tillräckligt socialt stöd och/eller resursmarginaler. Det bör betonas att detta är här inte underbyggt med något faktaunderlag utan är den bild som målas upp i intervjuerna.

En återkommande kommentar i samband med denna rundmålning av samhället är det provocerande i att tala om den enskilde individens ansvar för de som lever under särskilt utsatta förhållanden. För den som bara har små marginaler eller inga alls, oavsett om det gäller ekonomiska, kroppsliga eller sociala, kan det ses som djupt kränkande att avkrävas ett ansvar för den egna säkerheten – särskilt om den relaterar till händelser eller förhållanden som ligger utanför individens påverkansmöjligheter.

Det stöd som välfärden kan ge, till exempel i form av ekonomiska bidrag, blir därför mycket viktiga att upprätthålla under samhällsstörningar. Det är i många fall de enda marginaler den enskilde har och kan vara avgörande för möjligheten att kunna ta ett ansvar i en situation.

I välfärdsdiskussionerna kommer också frågan om helhetssyn upp, antingen hur individen måste sättas in i sitt livssammanhang eller att individens samlade resurser ska beaktas, när vi talar om möjligheten att ta ansvar för den egna säkerheten.¹³

Anhörigskap

Frågan om välfärd leder osökt över till de stora grupper som har behov av olika former av stöd och hjälp i vardagen av fysiska, psykiska eller sociala skäl. Här vill jag särskilt ta upp frågan om anhörigskap. *Anhörigskap* framstår nämligen i intervjuerna med personal och ledning inom socialtjänsten som en central faktor för säkerhet och möjligheten att ta ansvar. Med anhörigskap menas att en person ger vård, omsorg, stöd eller gör särskilda insatser för en närstående, vanligtvis en familjemedlem. Anhörigskapet kan antingen ske i det egna hemmet eller vara en del i verksamheten på gemensamt boende. I anhörigskapet ryms allt ifrån konkret hjälp i vardagen till mentalt stöd i form av motivation och emotionellt stöd.

Anhörigskapet har också en annan och många gånger svårare sida nämligen den som rör gränssnittet mot omvärlden. Den anhörige förväntas till exempel kunna ta ställning för sin närståendes rättigheter gentemot olika krävande aktörer såsom myndigheter och företag och kanske strida mot dessa om så behövs. Den anhörige förväntas också "vara stark" och kunna stödja den behövande i situationer som kräver extraordinära insatser. Det kan till exempel vara vid olyckor och dödsfall eller andra svåra händelser.

Just anhörigskapet fyller därmed en viktig funktion när det gäller ansvar för säkerhet. Om en omsorgsbehövande person inte kan ta det egna ansvaret fullt ut, men bara har begränsad vård/omsorg från det offentliga, blir det sannolikt de anhöriga som får "täcka upp" om så behövs. Här kan det förstås finnas problem om de anhöriga är få eller inte har möjlighet att hjälpa till i någon större utsträckning.

¹³ Se vidare under Salutogenes i kapitel 4.

Privatekonomi

En persons privatekonomi är sannolikt viktig för känslan av trygghet och säkerhet. Goda ekonomiska marginaler ger bra förutsättningar att på flera sätt klara sig bättre i krävande situationer eftersom de ökar möjligheten att köpa produkter och tjänster som kan behövas för att klara sig. Med en god ekonomi ökar därför också möjligheten att ta ansvar för sin egen säkerhet – att bygga upp en ekonomisk buffert är i sig ett sätt att ta ansvar för sin egen säkerhet.

Stora delar av de utsatta grupper som studien inriktas mot är ekonomiskt svaga i betydelsen låg inkomst och inget eller mycket litet kapital. Det ligger så att säga i utsatthetens natur för många att pengar saknas som grundförutsättning i vardagen. Det gör att många här saknar möjligheten att ta ansvar för sin egen säkerhet genom att bygga upp ekonomiska marginaler.

Boende

En social aspekt som påverkar möjligheten att ta ansvar är det egna boendet. Å ena sidan är det egna boendet en mycket viktig faktor för trygghet och därmed stärkande för möjligheten att ta ansvar för sin säkerhet. Å andra sidan är ett eget boende en tillgång som kan utsättas för hot; ett hus kan till exempel förstöras i en brand eller vara föremål för inbrott. Det egna boendet är därför både en tillgång och en belastning när det gäller ansvarsfrågan. Men det som framför allt kommer upp i intervjuerna är betydelsen av hemmet som en avgörande faktor för trygghet.

För personer som bor mycket torftigt, i enkla kojor eller husvagnar är vädret en viktig påverkansfaktor för säkerheten. Framför allt utgör kraftig kyla en stor risk eftersom sådana boenden inte har tillräcklig isolering eller uppvärmningssystem. Men det är inte bara kylan i sig som är ett hot utan även åtgärderna mot den, exempelvis att de boende eldar inne i bostaden eller använder dåliga gasolvärmare eller liknande. Både brandrisken och förgiftningsrisken blir då lika påtaglig som kylan i sig.

Även i gemensamma boenden finns det risker, exempelvis sådana som handlar om bristande hygien, risken att smittas av sjukdomar och så vidare.

Informations- och kommunikationsteknologi

Den här aspekten är den som tydligast handlar om både de som lever utsatt och den personal som har intervjuats. Vid sidan av boendet är nog telefon det som bidrar mest till trygghetskänslan i vardagen för person som lever utsatt. I intervjuerna återkommer betydelsen av telefonen som det verktyg i vardagen vilket har störst betydelse för möjligheten att ta ansvar för sin egen säkerhet. Framför allt handlar det om möjligheten att ringa efter hjälp, att få information från vänner och släkt, eller bara att få prata med någon annan människa om man känner sig orolig. När det gäller frågan om att ta ansvar för sin egen säkerhet kan vi med viss försiktighet anta att telefonen utgör det viktigaste redskapet för detta för många personer. Det gäller sannolikt för vem som helst men kan vara extra viktigt för personer som lever under utsatta förhållanden.

När det gäller personal betonas särskilt vikten av fungerande datasystem. Om medicinska journaler eller handlägningsjournaler blir oåtkomliga över antingen stora geografiska områden eller lång tid blir det kaotiskt, som

intervjupersonerna beskriver det. Men även telefoner är mycket viktiga för exempelvis socialarbetare och hemtjänstpersonal.

Social stress

Under psykologiska aspekter ovan beskrevs hur en låg stresströskel försvårar möjligheten att ta ansvar för sin säkerhet. Stressfrågan har också ett par tydliga sociala aspekter som vi ska ta upp här.

Den första sociala stressfaktorn handlar om *bristen på existentiell kontroll*. Med det avses att individen blir stressad av antingen sin livssituation i stort eller av "samhällsklimatet". Stressen kan alltså komma antingen från individen själv eller från omgivningen. För missbrukarna som intervjuades handlar det exempelvis om att folk behandlar varandra illa, att det råder ett kallt socialt klimat, att oron för barnen äter upp dem, att jakten på mat, droger och boende är stressig och så vidare. Den ständiga jakten på lösningar för att klara de många gånger hårda livsvillkoren blir alltså i sig en mycket stark stressfaktor.

Andra grupper som inte har lika akuta problem kan ändå den egna livssituationen bidra till stress. Äldre människor och vårdbehövande kan till exempel oro sig för om anhöriga ska komma och hälsa på, flyktingar kan vara stressade över att familj och vänner finns kvar i konfliktområden och att man själv har svårt att göra något för att hjälpa dem. Detta är förstas bara exempel på situationer som kommer upp i intervjuerna men de visar ändå att den existentiella stressen inte bara behöver finnas hos de som har de allra hårdaste livsvillkoren.

Den andra sociala stressfaktorn handlar om *kontakter med det offentliga*. De personer som lever under utsatta förhållanden står vanligtvis i mer eller mindre regelbunden kontakt med det offentliga samhället, exempelvis med vården eller socialtjänsten. Att ha dessa kontakter behöver inte i sig påverka stressnivån varken positivt eller negativt men det som kommer fram i intervjuerna är betydelsen av att de kontakter en person har med det offentliga tjänstemän är pålitliga och varaktiga. Personen behöver alltså veta att när hen ringer, låt säga sin kontaktperson på socialtjänsten, måste denna svara eller ringa tillbaka inom kort annars sker ett mycket starkt och omgående stresspåslag. Är det en annan person som svarar behöver denna ha kännedom om eller snabb tillgång till information om klienten/brukaren så att eventuella frågor snabbt kan klaras av. Här finns alltså ett behov av omedelbarhet som bör beaktas även då det gäller säkerhetsfrågor.

För människor som lever under stark utsatthet, exempelvis hemlösa, vilka många gånger har en psykisk instabilitet har också socialtjänstens fältarbetare en viktig funktion. De kan till exempel berätta för behovande vart de kan vända sig för att få hjälp och kanske bistå i att ta den första kontakten med myndigheten, vanligtvis socialtjänsten. Men framför allt kan fältarbetarna fungera som en översättande eller tolkande länk mellan klienten och myndigheter. De kan till exempel hjälpa klienten att formulera sina problem och behov för en handläggare och förklara för klienten hur socialtjänsten fungerar. Men de kan också hjälpa myndighetspersonen att förstå klientens situation och kanske vara ett pedagogiskt stöd så att myndighetspersonen kan möta klienten på "rätt nivå". Här spelar också klientens verbala förmåga in,

vilken självinsikt om sina problem personen har, klientens rädsla eller avogaställning till myndigheter, vilken förmåga hen har att beskriva sin situation för en främmande människa på socialtjänsten och så vidare. Här finns alltså en rad sociala stressfaktorer som fältarbetaren kan mildra vilket kan vara värt att ta tillvara även i krissituationer.

4. Avslutande diskussion

De samlade resultaten från litteraturoversikten och intervjuerna visar att ett holistiskt angreppssätt behövs för att kunna förstå och stärka förmågan att ta ansvar för sin egen säkerhet. Det är framför allt de tre områdena privatekonomi, hälsa och sociala kontakter som påverkar förmågan att ta ansvar.

Litteraturen och modellerna har ofta en uppdelning i antingen funktioner eller i olika nivåer, från individen till samhället. Modellerna är dock egentligen bara en uppdelning av aktiviteter, funktionella behov, livsområden och så vidare. De ger inte i sig några förklaringar eller någon förståelse av den problematik som kan uppstå för individer i problemsituationer. De möjliggör dock analyser av motsvarande situationer och kan fungera som underlag till hur ansvarsfrågan kan begreppsliggöras. Snarare än att specificera ansvar i praktiska termer eller för konkreta saker som i C-MIST och NEOBEHR kan det vara rimligare att dela upp ansvaret i olika kategorier på samma sätt som de kompletterande modellerna. En risk med det är att ansvarsfrågan fortsätter att vara så löst definierad att den blir svår att konkretisera men ett sådant angreppssätt vore ändå ett steg mot vad individens ansvar för den egna säkerheten kan inrymma.

Ett perspektiv liknande salutogenes skulle kunna anläggas på den enskilda personens ansvar för sin egen säkerhet där man dels fokuserar inte bara på funktionella behov utan även på förståelseprocessen, dels utvecklar metoder för att ta vara på individers kapaciteter.

I mycket av den offentliga säkerhetens planering behöver vi ta i beaktande unika behov som kan finnas bland olika grupper och som de själva inte kan tillgodose. Dessa behov indikerar nämligen vilka förmågor som individen saknar för att kunna ta ansvar för sin egen säkerhet. Vi bör också uppmuntra både enskilda individer och omsorgsaktörer att tänka i termer av säkerhet och därmed försöka täcka upp för något av de sårbarheter och oförmågor som individen har samt stödja samverkan mellan det offentliga systemet för säkerhet och å ena sidan de organisationer som sköter vård och omsorg för människor och å andra sidan intressebaserade organisationer och sammanslutningar. De sistnämnda kan vara av särskilt intresse då just sådana karaktäristika som vanligtvis användas som sårbarhetsbeskrivande är grunden till sammanslutningen. Några exempel är handikapporganisationer, etniska kulturföreningar och pensionärsföreningar, men också mer generella välgörenhetsorganisationer och religiösa församlingar eftersom dessa ofta möter människor i utsatta situationer och tillstånd.

I genomförandet av studien har ett återkommande problem varit distinktionen mellan olika myndigheter i säkerhetsfrågor. Många individer i de grupper som studeras här har en tät och regelbunden kontakt med olika myndigheter. I vardagen är det därför ofta socialtjänsten och omsorgen som står för en slags säkerhet eller som kan ta upp säkerhetsfrågor med individer. Den säkerhet som MSB kan sägas jobba med har en delvis annan utsträckning och gäller då

särskilt samhället eller mer akuta händelser som olyckor och katastrofer. Det är därför oklart hur mycket MSB ska intervensera i vardagslivets säkerhet för de grupper som inte har några stora resurser. Det framstår rimligare att MSB arbetar indirekt med grupperna genom de kanaler där individerna har en kontakt med myndigheter, omsorg och vård.

På samma sätt kan dels räddningsorganisationer göra en viktig insats genom att ha en tätare och närmare kontakt med ett brett spann av människovårdande organisationer för att kunna anpassa sin verksamhet efter de reella behov som finns där, dels omsorgs- och socialorganisationer bidra med viktig kunskap till räddningsorganisationer. Just denna typ av professionellt kunskapsutbyte kan vara den enskilt mest resurseffektiva insatsen eftersom man angriper frågan om den enskildes ansvar från två håll: vardagen och i kriser.

