



Mestring, samhørighet og håp

Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer



Mestring, samhørighet og håp

Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer

Utgitt: Februar 2016
Publikasjonsnummer: IS-2428
ISBN-nr.: 978-82-8081-428-9

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helse og rus, divisjon primærhelsetjenester
Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Foto: Freja Ulvestad Kärki ©
Design: Itera as

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-2428

Innhold

FORORD	5
KAPITTEL 1: Innledning	7
1.1 Krisehåndtering	8
1.2 Målsettingen med veilederen	8
1.3 Målgrupper for veilederen	9
1.4 Veilederens innhold	9
1.5 Utarbeidelse av veilederen	10
KAPITTEL 2: Begrepsbruk	13
2.1 Potensielt traumatiserende hendelser	14
2.2 Kriser	14
2.3 Ulykker	14
2.4 Katastrofer	14
2.5 Psykososiale tiltak	14
2.6 Proaktiv psykososial oppfølging	14
2.7 Rammede	15
2.8 Overlevende	15
2.9 Pårørende	15
2.10 Etterlatte	15
2.11 Berørte	15
2.12 Innsatspersonell	15
KAPITTEL 3: Rettslige rammer	17
3.1 Kommunens ansvar for et helhetlig og samordnet hjelpetilbud	18
3.2 Kommunens ansvar for psykososiale tiltak	18
3.2.1 Særlig om akuttfasen	20
3.2.2 Særlig om oppfølgingsfasen	20
3.3 Kommunens ansvar for helseberedskap	21
3.3.1 Beredskapsplan	22
3.3.2 Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)	22
3.4 Fylkesmannens oppfølging av beredskapsplikten	23
3.5 Spesialisthelsetjenestens ansvar for psykososiale tiltak	23
3.6 Krav til personell som yter helse- og omsorgstjenester	24
3.6.1 Helsepersonell og annet personell	24
3.6.2 Forsvarlige tjenester	24
3.6.3 Plikt til omsorgsfull hjelp	24
3.6.4 Virksomhetens ansvar for forsvarlige og omsorgsfulle tjenester	25
3.7 Taushetsplikt og opplysningsplikt	25
3.7.1 Taushetsplikt	25
3.7.2 Opplysningsplikt	26
3.8 Dokumentasjon	27
3.8.1 Dokumentasjon av ytelse av helsehjelp	27
3.8.2 Dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester som ikke er helsehjelp	28
3.8.3 Dokumentasjon av kriseteamets virksomhet	28

KAPITTEL 4: Organisering av psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer	31
4.1 Psykososiale kriseteam	32
4.2 Plan for kommunens psykososiale oppfølging	32
4.3 Ledelse	36
4.4 Kriseteamets sammensetning og fagkompetanse	36
4.5 Aktivering av psykososialt kriseteam	37
4.5.1 Rutiner for informasjon og varsling av psykososialt kriseteam	38
4.6 Kompetanseutvikling, opplæring og øvelser	39
4.7 Evaluering	40
4.8 ivaretagelse av kriseteamets medlemmer	40
4.9 Oppfølging og ivaretagelse av frivillige	42
4.10 Samarbeid	42
4.10.1 Samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak	43
4.10.2 Planmessig samarbeid med frivillig personell, frivillige organisasjoner og støtteforeninger	43
4.11 Kommunikasjon og media	44
KAPITTEL 5: Reaksjoner og vurderinger av hjelpebehov	47
5.1 Reaksjoner	48
5.1.1 Umiddelbare reaksjoner	48
5.1.2 Reaksjoner over tid	48
5.1.3 Alvorlige etterreaksjoner	49
5.1.4 Familie- og nettverksrelasjoner etter en krise	51
5.2 Vurdering av hjelpebehov	51
5.2.1 Vurdering av hjelpebehov hos enkeltpersoner og familier	51
5.2.2 Kartlegging av behov for psykososial støtte og oppfølging	52
5.2.3 Vold i nære relasjoner	53
KAPITTEL 6: Iverksetting av tiltak	53
6.1 Intervensjonsprinsipper	56
6.1.1 Skape trygghet og dempe uro	56
6.1.2 Bidra til mestring, samhørighet og håp	58
6.1.3 Ivaretagelse av brukermedvirkning	58
6.1.4 Aktiv bruk av sosiale nettverk, selvhjelpsgrupper og støttegrupper	60
6.2 Tiltak i den psykososiale oppfølgingen	61
6.2.1 Psykososiale tiltak i akuttfasen (Psykologisk førstehjelp)	61
6.2.2 Informasjon og ivaretagelse av etterlatte	62
6.2.3 Psykososial støtte og hjelp etter akuttfasen	65
6.2.4 Henvisning til spesialisthelsetjenesten	66
6.3 Spesielle forhold ved store hendelser og katastrofer	66
6.3.1 Organisering	66
6.3.2 Pårørendetelefon	67
6.3.3 Pårørendekontakter	67
6.3.4 Evakuerte- og pårørendesenter (EPS)	67
6.3.5 Når bedrifter og organisasjoner rammes	69
6.4 Utsatte grupper	70
6.4.1 Barn og ungdom	70
6.4.2 Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente	73
Vedlegg Oversikt over relevante aktører og tjenester i den psykososiale oppfølgingen	76
Referanser	83
Referanser for overordnede prinsipper og anbefalt lesning	88



Forord

I 2011 UTGA HELSEDIREKTORATET den første nasjonale veilederen for kommunene og spesialisthelsetjenesten i deres arbeid med krise- og katastroferammede. Veilederen ble tatt imot som et nyttig verktøy. Den tydeliggjorde kommunenes og spesialisthelsetjenestens forpliktelser, og beskrev hva som var å anse som beste praksis i den psykososiale oppfølgingen. Etter terrorhendelsene 22. juli 2011 har man innhentet mye læring og erfaring om hva som oppleves som god oppfølging fra de som har vært mottakere av hjelpen. Denne reviderte versjonen, komplettert med en rekke nye områder, som utsatthet for vold, ivaretagelse av innsatspersonell mfl., er et resultat av en bred konsensusprosess der mange ulike aktører med bred kompetanse og et stort engasjement har vært involvert.

Det psykososiale arbeidet er en sentral del av kommunenes tilbud for å forebygge og avhjelpe allerede oppståtte traumer. Det er lite som tyder på at behovet for dette arbeidet blir mindre i framtiden, der blant annet mennesker på flukt og trusler om terror påkaller hyppige risikoanalyser. De kommunale psykososiale kriseteamene er selve grunnsteinen i dette arbeidet. Vi vet at det første møtet med tjenestene er med på å avgjøre hvordan tilliten til de øvrige hjelperne blir.

Mye godt arbeid gjøres i de regionale nettverkene som er etablert, i samarbeid med landets fylkesmenn, regionale ressursentre og ikke minst de som står i den direkte oppfølgingen av de rammede. Et viktig bakteppe for alle rådene og anbefalingene er samvirke mellom de ulike aktørene og tjenestene. Uten å kjenne til hverandres roller, kompetanse og ansvarsområder vil vi ikke være i stand til å yte den beste hjelpen til dem som trenger den mest. Tverrfaglighet og samarbeid, på tvers av tjeneste- og sektorgrensene, er nødvendig for at den enkelte skal møte et hjelpeapparat som snakker sammen, og har et våkent blikk på både egen og andres kompetanse og kompetansebehov.

En annen viktig forutsetning for å yte god hjelp er å tilby hjelpen tidlig etter en krise eller katastrofe, og bidra til god kontinuitet i oppfølgingen. Derfor er proaktiv tilnærming og tidlig innsats prinsipper som tillegges stor vekt i den reviderte veilederen. Det er viktig å huske at et offentlig krisearbeid ikke skal overta oppgaver eller støttefunksjoner som et ordinært nettverk, selvhjelpsgrupper eller støttegrupper kan gi. Egenmestring og hjelp og støtte fra eget nettverk erfares av flere som tilstrekkelig og bidrar til opplevelse av kontroll over egen situasjon. Andre vil være i behov av bistand for å gjenoppta mestring.

Det er vesentlig at kunnskapsgrunnlaget i veilederen på best mulig måte reflekterer den internasjonale forskningen uten å miste fokuset på viktige nasjonale erfaringer. Vi har tro på at den reviderte veilederen klarer å vekke de ulike delene av den samlede kunnskapen - forskning, praksis ute i felten og ikke minst brukerkunnskapen - på en balansert måte.

Oslo, februar 2016

Bjørn Guldvog
Helsedirektør





1



Innledning



1.1 KRISEHÅNTERING

Kriser, ulykker og katastrofer stiller store krav til hjelp og omsorg som gis til rammede i den akutte situasjonen og til den psykososiale oppfølgingen i tiden etter hendelsen. Oppdatert kunnskap om psykososial oppfølging og god organisering, tydelig ledelse og avklart forankring, vil sammen med klare innøvede rutiner bidra til å skape forutsigbarhet, redusere mulighetene for feil og legge til rette for gode rammer for krisehåndteringsarbeidet i kommune og spesialisthelsetjeneste.

Helsesektorens krisehåndteringsevne bygger på den daglige tjenesten, risikoanalyser, planlegging og øvelser. Nasjonal helseberedskapsplan klargjør roller, ansvar og fullmaktsstruktur i sektoren. Hovedinnsatsområdene for helseberedskapsarbeidet er blant annet å styrke sektorens krisehåndteringsevne, samt videreføre et godt nasjonalt helseberedskapsarbeid. Helsedirektoratet får som hovedregel delegert fullmakt til å koordinere helsetjenestens innsats ved kriser og er gitt et helhetsansvar for krisehåndtering i helsesektoren (1).¹

1.2 MÅLSETTINGEN MED VEILEDEREN

Målsettingen med veilederen er å bidra til å sikre en enhetlig, likeverdig og forsvarlig psykososial oppfølging i hele landet, med forutsigbare rammer for arbeidet, herunder at

- ✳ den psykososiale oppfølgingen gis en tydelig definert rolle og prioritering, både ved enkelthendelser av begrenset omfang og i en beredskaps-situasjon/katastrofesituasjon
- ✳ kommunen utarbeider en egen plan for psykososial oppfølging og ser denne i sammenheng med overordnet beredskapsplan for helse- og omsorgstjenesten
- ✳ det sikres tidlig proaktiv hjelp i den psykososiale oppfølgingen for å forebygge og redusere krise-/katastroferelaterte psykiske vansker/lidelser
- ✳ rammede personer/familier får en navngitt kontaktperson som bidrar til kontinuitet og trygghet i oppfølgingen
- ✳ aktiv brukermedvirkning ivaretas i den psykososiale oppfølgingen
- ✳ det sikres helhetlig og langvarig oppfølging der behovene tilsier det

¹ Helsedirektoratet, Statens strålevern og fylkesmannen gir veiledning til kommuner, regionale helseforetak og helseforetak og bistår med øvelser og kompetansetiltak. Helsetilsynet, Strålevernet, Mattilsynet, Arbeidstilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, fylkesmannen og Nasjonal sikkerhetsmyndighet fører tilsyn med etterlevelse av lovverket.



- ✿ psykososial oppfølging reguleres i en samarbeidsavtale mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og i samarbeidsavtaler med frivillige
- ✿ det foreligger en plan for kompetanseutvikling og gjennomføring av øvelser

1.3 MÅLGRUPPER FOR VEILEDEREN

Veilederen retter seg mot ledere og helse- og omsorgspersonell i kommunene og spesialisthelsetjenesten som bistår mennesker som har vært utsatt for potensielt psykologisk traumatiserende hendelser, deres pårørende og etterlatte. Den er også relevant for ledere og innsatspersonell i nødetater og frivillige organisasjoner, og andre hjelpere ved kriser, ulykker og katastrofer. Veilederen vil også være nyttig for politisk og administrativ ledelse på ulike forvaltningsnivå.

1.4 VEILEDERENS INNHOLD

Veilederen beskriver og tydeliggjør kommunens ansvar og plikter ved kriser, ulykker og katastrofer. Det gis råd om hvordan kommunen kan planlegge og organisere sin psykososiale oppfølging i samarbeid med andre aktører, bruker- og pårørenderepresentanter, frivillige organisasjoner mfl. Psykososiale kriseteam omtales spesielt.

Anbefalingene i veilederen bygger på nasjonal og internasjonal forskningsbasert kunnskap, inkludert kunnskap fra brukerstudier, kliniske erfaringer og faglig konsensus om beste praksis. Relevante internasjonale veiledere og retningslinjer om tidlig intervensjon og oppfølging etter kriser og katastrofer, og behandling av posttraumatisk stresslidelse og komplisert sorg, er gjennomgått. Erfaringer og læringspunkter etter terroren i 2011, og øvrige hendelser i nyere tid, er med og danner bakgrunn for veilederen. Veilederen vektlegger praksisnær kunnskap og brukernes erfaringer som en viktig del av evidensgrunnlaget (2). Brukerinvolvering er en grunnleggende verdi og en rettesnor for tjenestene.

Veilederen er inndelt i seks kapitler. Kapittel 1 tar for seg innledning og introduksjon til veilederen. Kapittel 2 definerer de ulike begrepene som benyttes i veilederen. Kapittel 3 tar for seg de rettslige rammene for helse- og omsorgstjenestenes psykososiale oppfølging. Kapittel 4 gir en innføring i tilrettelegging av det psykososiale oppfølgingsarbeidet gjennom etablering av kommunale psykososiale kriseteam og deres funksjon, oppgaver, organisering og samarbeid med andre aktører. Kapittel 5 tar for seg helse- og omsorgsfaglige vurderinger. Kapittel 6 gir faglige anbefalinger for psykososiale tiltak



og redegjør for spesielle forhold ved store hendelser og katastrofer. Forhold rundt utsatte grupper som har behov for tilpasset oppfølging blir også omtalt i dette kapitlet.

Det er utarbeidet nettbasert materiell til enkelte kapitler som utdyper veilederens temaområder. Dette materialet er markert med fotnoter i teksten og er tilgjengelig på HelseDirektoratet.no i tilknytning til nettutgaven av veilederen. For mer informasjon om forskning og faglitteratur vises det til nevnte nettsider, som blant annet inneholder en referanseliste over sentral norsk, skandinavisk og internasjonal litteratur innenfor temaområdene kriser, ulykker og katastrofer.²

Veilederen bør sees i sammenheng med andre veiledere utgitt av HelseDirektoratet, særlig «Sammen om mestring» (3), «Rettleiar om helse- og sosial beredskap i kommunane» (4), «Etter selvmordet - veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord» (5) og «Helhetlig omsorg: veiledning om oppgaver og rollefordeling etter ulykker og katastrofer» utgitt av Justisdepartementet (6). Det vises også til Nasjonal helseberedskapsplan utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet (7).

Veilederen erstatter «Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer» IS-1810, som ble utgitt i juli 2011.³

1.5 UTARBEIDELSE AV VEILEDEREN

Veilederen er utarbeidet av HelseDirektoratet i samarbeid med en arbeidsgruppe bestående av regionale og nasjonale kompetansemiljøer. Arbeidsgruppen har bestått av:

Unni Heltne, Senter for Krisepsykologi (SfK) (Leder av arbeidsgruppen)
Atle Dyregrov, Senter for Krisepsykologi (SfK)
Kari Dyregrov, Senter for Krisepsykologi (SfK)
Jakob Inge Kristoffersen, Senter for Krisepsykologi (SfK)
Venke A. Johansen, Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging region Vest (RVTS Vest)
Trond Heir, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

² Utdypende materiell er tilgjengelig på HelseDirektoratet.no i tilknytning til nettutgaven av veilederen.

³ Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. HelseDirektoratet; 2011. IS-1810



Veilederen er et resultat av en bred konsensusprosess med involvering fra mange ulike aktører gjennom en bred høring. Vi setter stor pris på at så mange har sett arbeidet som viktig og har brukt tid på å kommentere innholdet, alt fra kommuner, spesialisthelsetjeneste, familievern og øvrige fagmiljø, til brukerorganisasjoner, støtte- og nettverksgrupper, fylkesmenn, samt regionale og nasjonale kompetansemiljø. Vi vil takke alle for gode og viktige innspill.

Helsedirektoratet står ansvarlig for den endelige utformingen av veilederen. Avdeling psykisk helse og rus i divisjon primærhelsetjenester har koordinert arbeidet med veilederen.





2



Begrepsbruk

God planlegging og organisering av psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer forutsetter en bevisst og avklart begrepsbruk. Dette kapitlet beskriver hvordan sentrale begreper skal forstås i veilederen og kan benyttes som et utgangspunkt for lokal planlegging. Definisjonene og begrepene vil til en viss grad overlape hverandre, og en person kan høre inn under flere kategorier.



2.1 POTENSIELT TRAUMATISERENDE HENDELSER

Med potensielt traumatiserende hendelser menes hendelser som kjennetegnes ved at de truer vår egen eller våre nærståendes liv og helse. De kan, men behøver ikke, resultere i akutte og langsiktige konsekvenser for den eller dem som rammes.

2.2 KRISER

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

2.3 ULYKKER

Ulykker defineres som uventede og potensielt traumatiserende hendelser som kan ramme menneskers liv og helse.

2.4 KATASTROFER

Med katastrofer menes uventede og potensielt traumatiserende hendelser av større omfang der mange personer rammes samtidig, og der antall rammede personer med hjelpebehov i en periode overskrider de tilgjengelige ressursene som finnes i nærområdet til katastrofen (8). Her kan f.eks. transportulykker, naturkatastrofer, terror og massedrap inngå (4).

2.5 PSYKOSOSIALE TILTAK

Psykososial kan benyttes som en fellesbetegnelse på forhold som omhandler psykologiske forhold av sosial betydning, og sosiale forhold av psykologisk betydning.

Med psykososiale tiltak menes målrettede tiltak som settes inn etter potensielt traumatiserende hendelser for å bistå enkeltpersoner og/eller grupper, eller der lokalsamfunnet er berørt. Psykososiale tiltak iverksettes ved kriser, ulykker og katastrofer. Hensikten er å bidra til å normalisere livssituasjonen, mobilisere nettverk og forebygge og redusere psykiske, rusrelaterte, somatiske og sosiale problemer. Psykososiale tiltak er en del av forsvarlig yrkesutøvelse i ulike tjenester og sektorer, herunder i alle redningstjenester, inklusive brann- og redningstjenesten og polititjenesten. Denne veilederen fokuserer primært på den psykososiale oppfølgingen som skjer i helse- og omsorgstjenesten, mens øvrige nødetaters psykososiale oppfølging vil omtales som samarbeidende tjenester.

2.6 PROAKTIV PSYKOSOSIAL OPPFØLGING

Proaktiv psykososial oppfølging innebærer at kommunen aktivt henvender seg direkte til den/de rammede og tilbyr støtte og bistand i en tidlig fase. Proaktiviteten innebærer videre at det etter en tid tas ny kontakt dersom den rammede umiddelbart etter katastrofen ikke ønsker / ikke er i stand til å ta imot hjelp. Som en del av den proaktive oppfølgingen anbefales det at rammede får en fast, navngitt kontaktperson i kommunen som kan bidra til kontinuitet og helhetlig oppfølging.



DET ER den enkeltes individuelle tjenestebehov som avgjør om man har rett til helse- og omsorgstjenester, ikke hvilken kategori vedkommende faller innenfor.

2.7 RAMMEDE

Begrepet rammede brukes om personer som direkte rammes av en krise eller katastrofe, og som eventuelt kan trenge psykososial hjelp. Begrepet vil kunne omfatte både overlevende, pårørende, etterlatte familiemedlemmer og nære venner.

2.8 OVERLEVENDE

Overlevende innbefatter personer som har vært utsatt for en alvorlig og potensielt traumatiserende krise, ulykke eller katastrofehendelse – og har overlevd. I de fleste tilfeller vil situasjonen innebære en opplevd fare for eget liv.

2.9 PÅRØRENDE

Pårørende innbefatter i denne veilederen hele den kretsen av nærstående personer som kan være direkte berørt av en krise, ulykke eller katastrofe, f.eks. ektefeller/samboere/partnere/kjærester, barn, foreldre, søsken og besteforeldre.

Pasient- og brukerrettighetsloven⁴ definerer hvem som er pasientens pårørende i lovens forstand. Den nærmeste pårørende er den pasienten selv oppgir som nærmeste.⁵ Den som oppgis som nærmeste pårørende, har rettigheter og oppgaver etter helselovgivningen og er den som helsepersonell har rettslige plikter overfor. Nærmeste pårørende er tillagt rettigheter og oppgaver med hensyn til informasjon, samtykke og journalinnsyn.⁶ Barn som pårørende har særskilte juridiske rettigheter som skal sikre at de blir forsvarlig ivaretatt når mor, far eller øvrige foresatte er alvorlig syke.⁷

2.10 ETTERLATTE

Etterlatte er personer som har mistet en nærstående ved plutselig og/eller unaturlig død (f.eks. drap, selvmord, uventet barnedød), eller gjennom ulykker og katastrofer. Begrepet etterlatt brukes hovedsakelig om nærmeste familie: barn, foreldre, ektefelle/partner, søsken og besteforeldre. I dag brukes etterlattebegrepet noen ganger på en utvidet måte, der den relasjonelle nærheten vil være med på å avgjøre hvorvidt det er behov for psykososial oppfølging.

2.11 BERØRTE

Begrepet berørte benyttes om venner, helse- og innsatspersonell, frivillige hjelpere⁸, forbipasserende og andre som ikke er like direkte rammet, men som kan ha behov for støtte.

2.12 INNSATSPERSONELL

Med innsatspersonell menes alt personell som yter helsemessig hjelp og/eller redningsinnsats på et hendelsessted (9).

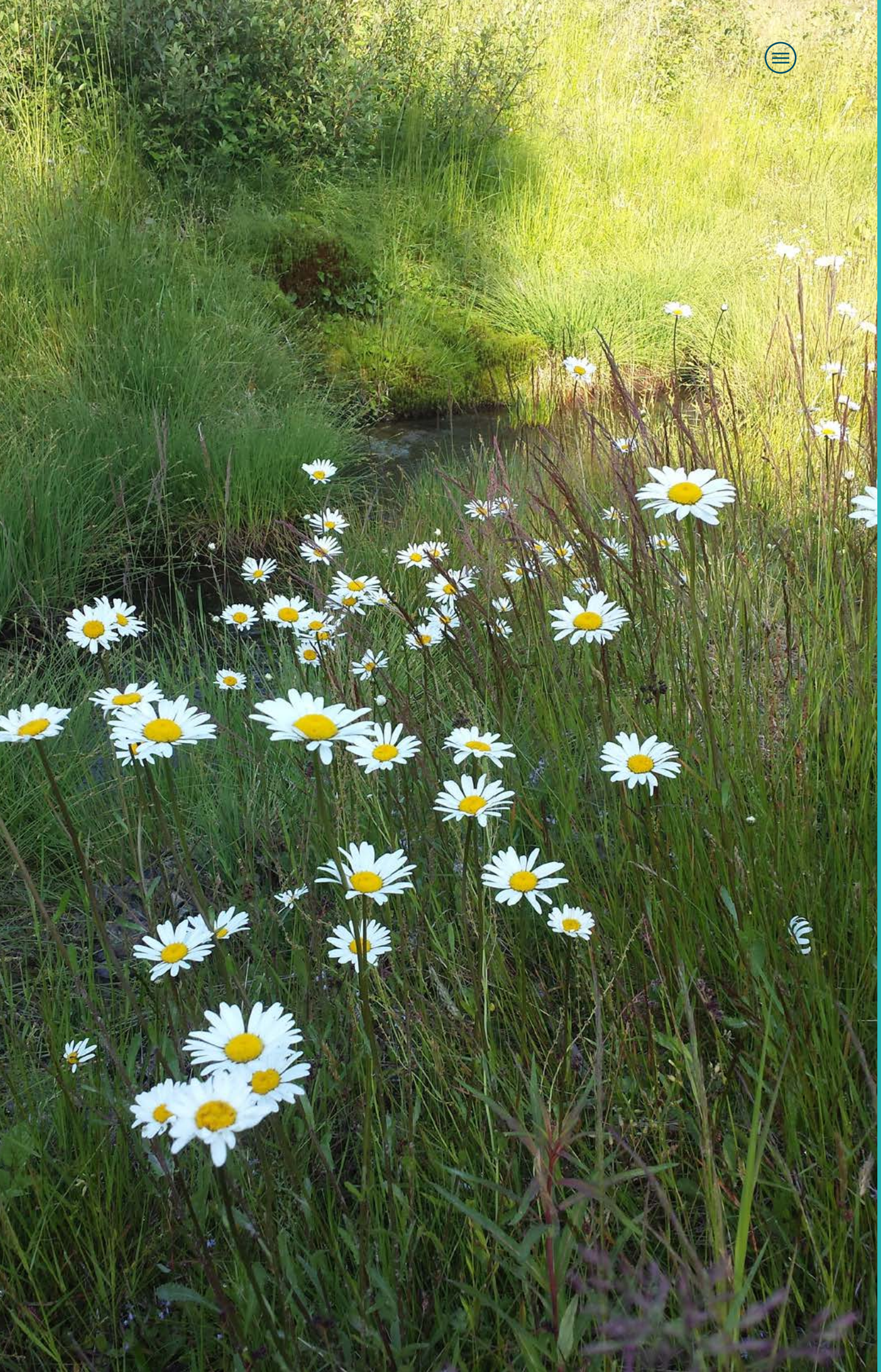
4 Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b

5 Pårørende kan ha eget behov for helse- og omsorgstjenester på grunn av belastningene vedkommende opplever, og skal da vurderes for rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester.

6 Pasient- og brukerrettighetsloven

7 Helsepersonelloven § 10a

8 Frivillige og hjelpere vil i enkelte situasjoner defineres som rammet, avhengig av grad av eksponering.





3



Rettslige rammer

Kapitlet beskriver de rettslige rammene for helse- og omsorgstjenestenes psykososiale oppfølging. Kommunens ansvar for tjenester er hovedfokus, men spesialisthelsetjenestens ansvar blir også kort omtalt.



3.1 KOMMUNENS ANSVAR FOR ET HELHETLIG OG SAMORDNET HJELPETILBUD

Kommunen skal sørge for et helhetlig og samordnet hjelpetilbud til personer i sin kommune. En integrert del av dette ansvaret er å yte et koordinert tilbud av kommunale tjenester og psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Dette vil omfatte både kommunale helse- og omsorgstjenester og andre tjenester/tiltak, avhengig av den enkeltes situasjon og hjelpebehov.

Tydelig forankring av oppgaver og ansvarsområder i de ulike tjenestene er viktig for å forebygge og rette opp feil og lukke avvik. Samtidig står samarbeid mellom ulike kommunale tjenester og andre tjenester sentralt. Lovverket inneholder en rekke generelle samarbeidsplikter på tvers av tjenester og aktører, og disse pliktene gjør seg gjeldende så vel ved psykososial oppfølging som ved annen type oppfølging. Å kjenne til relevante tjenesters lovpålagte ansvar og oppgaver og å avklare samsoner og gråsoner er en del av forsvarlig virksomhet for alle tjenester og aktører.

Veilederen fokuserer på helse- og omsorgsretten. Sentrale lover er helse- og omsorgstjenesteloven, helseberedskapsloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven. Øvrige lover som er viktige for kommunens samlede psykososiale oppfølging er blant annet sosialtjenesteloven, barneverntjenesteloven, opplæringsloven, barnehageloven og krisesenterloven mfl., men det ville føre for langt å redegjøre utførlig for disse her.

3.2 KOMMUNENS ANSVAR FOR PSYKOSOSIALE TILTAK

Kommunen skal sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.⁹ Den skal yte likeverdige og tilrettelagte tjenester til alle, uavhengig av årsak til hjelpebehov. Dette inkluderer hjelp for somatiske, psykiske og rusrelaterte problemer.

Kommunens lovpålagte ansvar omfatter forebyggende og helsefremmende tjenester, hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, utredning, diagnostisering og behandling, sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering/habilitering og andre helse- og omsorgstjenester.¹⁰ Psykososiale tiltak er en integrert del av dette ansvaret. Det innebærer at kommunen må sørge for et helhetlig og tilrettelagt tilbud av psykososiale tiltak, som en del av nødvendige og forsvarlige tjenester. Akutt hjelp skal ytes til enhver person som oppholder seg i kommunen, inkludert feriegjester og andre som oppholder seg der kortvarig.

Ansvaret for forebyggende innsats gjelder alle deler av kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder forebyggende psykososial innsats i relevante tjenester.¹¹ Fastleggeforskriften presiserer at individrettet forebygging også er en integrert del av fastlegens tjenesteyting.¹² Kommunens ansvar for forebygging etter helse- og omsorgstjenesteloven må ses i tett sammenheng



KOMMUNENS ANSVAR

omfatter plikt til å yte psykososiale tiltak i alle relevante tjenester og på alle stadier i et pasient- og brukerforløp.



FORSVARLIG PSYKOSOSIAL

beredskap og oppfølging er en integrert del av helse- og omsorgstjenestenes sørge-for-ansvar.



KOMMUNEN MÅ planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sin psykososiale oppfølging for å sikre forsvarlige tjenester av god kvalitet. Dette er i første rekke et virksomhets- og lederansvar, men regelverket stiller også krav til den enkelte om forsvarlig yrkesutøvelse.

⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 4-1 og § 1-1

¹⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 flg.

¹¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd, jf. § 3-2 første ledd nr. 1

¹² Fastleggeforskriften § 20



med kommunens ansvar for forebygging etter folkehelseloven.¹³ Sentralt står pliktene til å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen, oppstille mål og foreta forsvarlig planlegging og iverksette nødvendige folkehelseiltak.¹⁴

Organisering og forsvarlighet

Innenfor de relativt vide rammene som lovgivningen oppstiller, har kommunen stor grad av frihet til selv å organisere og utvikle det psykososiale tjenestetilbudet. Dette gir seg utslag i mange lokale variasjoner og tilpasninger hva gjelder organiseringen av hjelpen som gis. En premiss for enhver organisering er at den er innrettet på en faglig forsvarlig måte som sikrer forsvarlige tjenester.

Det må alltid sikres tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Den psykososiale oppfølgingen må inneha både en helsefaglig og en sosiofaglig tilnærming. Aktiv internkontroll, fokus på kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, nødvendig opplæring, helhetlig planverk, tilstrekkelig samarbeid og dekkende samarbeidsavtaler er sentrale momenter for å sikre et forsvarlig psykososialt tjenestetilbud.

Rett til tjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer i første rekke kommunens overordnede ansvar for tjenester/tiltak og inneholder forholdsvis få regler om konkrete hjelpetiltak. Hvilke psykososiale tiltak og andre tjenester/tiltak den enkelte har rett til, vurderes etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven¹⁵, og ikke primært helse- og omsorgstjenestelovens opplisting av deltjenester og oppgaver. Retten til tjenester avhenger av den enkeltes individuelle behov. Kommunen har plikt til å sørge for at den enkelte får dekket sine behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester på forsvarlig måte, og dette kan innebære et bredt spekter av plikter/oppgaver for kommunen for å imøtekomme behovene. Den lovpålagte plikten til å yte hjelp vil imidlertid aldri gå lenger enn det som etter en tolkning faller innenfor ansvaret etter aktuelt regelverk.

Forholdet til sosialtjenesteloven

Begrepet sosiale tjenester er tatt ut fra helse- og omsorgslovgivningen og erstattet med begrepet omsorgstjenester. De sosiale tjenestene som ikke omfattes av omsorgstjenestebegrepet i helse- og omsorgslovgivningen, er regulert i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven). Kommunen har også ansvar for disse tjenestene, men de hører ikke inn under kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Formålet med lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen er delvis sammenfallende med formålene i helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenestene etter lovverkene vil i mange tilfeller måtte utfylle hverandre for å gi et helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud til den enkelte. Også tjenester etter barnevernloven og/eller andre tjenestelover må inngå i vurderingen av hva som samlet sett er et helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud i det enkelte tilfellet.

¹³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 andre ledd

¹⁴ Folkehelseloven §§ 5-7

¹⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven 2-1 a



RETTE TIL tjenester avhenger av den enkeltes individuelle behov.



ARBEIDET I det psykososiale kriseteamet bidrar til å oppfylle kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.



3.2.1 Særlig om akuttfasen

Kommunen skal yte forsvarlig døgkontinuerlig hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner.¹⁶ Plikten til straks å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når hjelpen er påtrengende nødvendig, er særskilt presisert i helse- og omsorgstjenesteloven.¹⁷ Plikten korresponderer med den individuelle retten til øyeblikkelig hjelp.¹⁸ Retten til øyeblikkelig hjelp gjelder også øyeblikkelige omsorgsbehov som oppstår akutt.

Fastlegen skal innrette sin praksis slik at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden.¹⁹

Akuttmedisinske tjenester

Det er gitt egen forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.²⁰ Disse tjenestene omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten. Akuttmedisinske tjenester skal yte kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått / forverring av sykdom eller skade.²¹ Nødvendig psykososial støtte må alltid inngå i akuttmedisinske tjenester som en del av forsvarlig tjenesteutøvelse.²²

Ansvar etter akuttmedisinforskriften vil omfatte blant annet hjelp for akutte psykiske lidelser, rusmiddelproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse.²³ Det gjelder plikt til rasjonell og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og plikt til å være samordnet med øvrige nødetater og hovedredningssentralene.²⁴

Både kommune og regionalt helseforetak kan, som en del av sin akuttmedisinske beredskap, inngå avtale om bistand fra akutthjelpere. Slike akutthjelpere kan være medlemmer av frivillige organisasjoner eller kommunalt brannvesen. Slik bistand kan komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp. Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring, og det er viktig at de følges opp i etterkant av kriser, ulykker og katastrofer.²⁵

3.2.2 Særlig om oppfølgingsfasen

Kommunen må sørge for at den enkelte får dekket sine helhetlige behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester på både kort og lang sikt. Hjelpet behovet må vurderes individuelt og kan ikke standardiseres ut fra hvilken rolle den enkelte har hatt i forbindelse med en traumatiserende hendelse. For eksempel kan pårørende ha stort behov for helsehjelp for egen del, og er da selv å regne som pasient med egne pasientrettigheter når han/hun anmoder om tjenestene til egen helsehjelp, eller blir tilbudt slik hjelp.

ET GODT samarbeid mellom de akuttmedisinske tjenestene og psykososialt kriseteam kan bidra til helhetlig, omsorgsfull og forsvarlig beredskap.

16 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 a-c og § 4-1

17 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5

18 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første ledd

19 Fastlegeforskriften § 22

20 Forskrift av 20.03.2015 nr. 231 (akuttmedisinforskriften)

21 Akuttmedisinforskriften § 1, jf. § 3 a)

22 Psykososialt kriseteam er ikke en del av de akuttmedisinske tjenestene

23 Akuttmedisinforskriften § 3-1 første ledd bokstav a)

24 Akuttmedisinforskriften § 4

25 Akuttmedisinforskriften § 5



PÅRØRENDE KAN ha stort behov for helsehjelp for egen del.

Kommunen skal legge til rette for prosesser som forebygger sykdom og styrker mestringsevnen, egenomsorg, funksjonsevne og tilpasning i lokalsamfunnet. Den skal forebygge sosiale problemer og ved behov sikre at den enkelte kan leve og bo selvstendig og ha en meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.²⁶ Tjenestene må innrettes slik at den enkelte klarer å nyttiggjøre seg av tilbudet. Det innebærer å tilpasse tilbudet til den enkeltes individuelle forutsetninger, situasjon og behov og vil kunne variere mye i art og omfang. Jo mer omfattende tjenestebehovene er hos den enkelte, desto mer kreves av tjenestene for å oppfylle kravet til forsvarlighet. Nødvendig samarbeid internt og med andre aktører må alltid sikres for å ivareta den viktige helheten i tilbudet.²⁷

Krav om enkeltvedtak

Det må fattes enkeltvedtak for de tjenester der dette er et krav.²⁸ Dette vil gjelde en rekke ulike helse- og omsorgstjenester som forventes å vare lenger enn to uker.²⁹ Av og til må hjelpebehovet dekkes umiddelbart og uten at man rekker å fatte et vedtak om tildeling av tjenester. I slike tilfeller må man starte opp med å gi tjenesten først og utforme vedtaket etterpå. Vedtaket om tjenester må evalueres og justeres i tråd med gjeldende behov. Uansett om det er krav til vedtak for en bestemt tjeneste, må det samlede tjenestetilbudet vurderes og utmåles i en sammenheng som sikrer tilstrekkelig koordinering og helhet. Kommunen må sørge for brukermedvirkning i tjenestetildelingen. Tilstrekkelig informasjon og veiledning er avgjørende for reell brukerinnflytelse.

Individuell plan og ansvarsgruppe

Personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til individuell plan (IP) og koordinator. Ansvarsgruppe er ikke en lov-pålagt plikt for kommunen, men vil ofte være et viktig samhandlingsverktøy for forsvarlige tjenester. Kommunen har en nøkkelrolle i arbeidet med IP³⁰ og ansvarsgrupper. Fastlegen plikter å informere om og medvirke til utarbeidelse av individuell plan og etablering av koordinator i kommunen.³¹

3.3 KOMMUNENS ANSVAR FOR HELSEBEREDSKAP

Kommunen må sørge for psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer av ethvert omfang og enhver karakter, enten det dreier seg om hendelser av mindre omfang eller hendelser av et slikt omfang og en slik karakter at det akutte hjelpebehovet er større enn tilgangen på ressurser. Dette innebærer ansvar for å ha en planlagt psykososial akuttberedskap for den daglige beredskapen og beredskap ved større kriser og katastrofer.

Både helse- og omsorgstjenesteloven og helseberedskapsloven hjemler plikter for kommunen til å ha en forberedt helseberedskap. Lovene må ses i tett sammenheng, da de supplerer og utfyller hverandre. Kommunen skal yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre situasjoner dersom forholdene tilsier det.³²

²⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1

²⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4

²⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd

²⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd, jf. helse og omsorgstjenesteloven §§3-2 første ledd bokstav a-d, 3-6 og 3-8

³⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 første og andre ledd

³¹ Fastlegeforskriften § 19 andre ledd

³² Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 andre ledd



Helseberedskapsloven

Formålet med helseberedskapsloven er å verne befolkningens liv og helse, og bidra til at helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.³³ Det er gitt en rekke forskrifter til loven.

Helseberedskapsloven bygger på ansvarsprinsippet. Dette overordnede prinsippet for helseberedskapsloven innebærer at den som har det alminnelige ansvaret for en tjeneste, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.³⁴ Ansvarer flyttes dermed ikke i en krise/katastrofesituasjon, men forblir hos samme myndighet. Loven inneholder krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid, og disse kravene er utdypet i forskrift. I tillegg inneholder loven fullmaktsbestemmelser som gjelder under gitte vilkår.³⁵

3.3.1 Beredskapsplan

Plikt til å utarbeide en beredskapsplan³⁶ for helse- og omsorgstjenesten i samsvar med helseberedskapsloven, er presisert i egen bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven.³⁷ Beredskapsplanen skal dekke alle deler av kommunens helse- og omsorgstjenester, herunder psykososial oppfølging. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. Den må utarbeides og følges opp i tett sammenheng med arbeidet med virksomhetens internkontrollsystem.

3.3.2 Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)

Kommunens beredskaps- og krisehåndteringsforberedelser skal bygge på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser).³⁸ Dette innebærer at man må ta utgangspunkt i ansvarsområde, lokale forutsetninger, ressurser og øvrige behov slik kommunen kjenner og oppfatter dem. Slik blir analysen et lokaltilpasset og godt verktøy for å dimensjonere beredskapsloven og de tjenester som skal og må leveres i en ekstraordinær situasjon.

Det er viktig at ROS-analysene inngår som en integrert del av kommunens plan- og kvalitetsarbeid.³⁹ Kommunen har en plikt til å sikre at beredskapsplanen oppdateres. Grundige ROS-analyser vil være til hjelp for å vurdere hvilke hendelser som mest sannsynlig kan oppstå i kommunen, og hvilke tiltak som bør settes i verk. Læresteder og andre institusjoner bør inngå i analysen. På denne måten kan kommunen planlegge for de særlige kapasitetsutfordringer og koordineringsbehov som kan oppstå både i den akutte fasen og i en videre oppfølgingsfase når flere personer blir berørt samtidig. Både hendelser med potensielt lite og stort omfang må inngå i analysen.

Om en hendelse med mange skadde blir definert som en stor ulykke, er avhengig av hvor alvorlige skadene er, tilgang på ressurser i kommunen og avstand til syke-

EN FORBEREDT helseberedskap ved katastrofer og andre større hendelser må omfatte psykososial støtte og oppfølging. Kommunens ansvar for helseberedskap er en viktig del av kommunenes samlede ansvar for helse- og omsorgstjenester.

³³ Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23.6.2000 nr. 56 (helseberedskapsloven)

³⁴ Helseberedskapsloven § 2-1

³⁵ Det er utgitt egen veileder om helseberedskap (4)

³⁶ Veileder i kriseplanlegging for kommunens kriseledelse fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap gir anbefalinger til innhold i en kriseplan (10).

³⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2

³⁸ Beredskapsforskriften § 3

³⁹ For mer informasjon om dette se Veileder til helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse i kommunen (11).



hus. Hovedpoenget er forholdet mellom behov for tiltak og tilgjengelig kapasitet, dvs. om de normale ressursene til helse- omsorgstjenester og eventuelt velferdstjenester overskrides. Dersom kommunen ligger i nærheten av sykehuset og det er nok ambulanskapasitet, vil de som trenger sykehusbehandling, raskt bli overført til spesialisthelsetjenesten. På steder med lange avstander, begrenset ambulanskapasitet, vanskeligheter med å komme fram etc. bør det vurderes å vie slike forhold i risiko og sårbarhetsanalysen ekstra oppmerksomhet.

3.4 FYLKESMANNENS OPPFØLGING AV BEREDSKAPSPLIKTEN

Praktiske løsninger i oppfølgingen av beredskapsplikten vil variere fra kommune til kommune. Det bør likevel tilstrebes at det ikke er store forskjeller i tilbudet til de rammede. Sentrale myndigheter kan via Fylkesmannen legge føringer for hvordan oppfølgingen bør skje etter en katastrofe, både i en tidlig fase etter hendelsen og over tid (jf. 22. juli 2011). Til grunn for Fylkesmannens arbeid ligger Fylkesmannens samfunnssikkerhetsinstruks⁴⁰ og de oppgaver som embetene skal løse i henhold til lover, forskrifter og politiske prioriteringer som følger av årlige tildelingsbrev og virksomhets- og økonomiinstruks.

Fylkesmannsembetene må være forberedt på å delta i planleggingen og gjennomføringen av øvelser på regionalt og nasjonalt nivå. Videre skal utvalgte embeter delta i spesielt tilrettelagte øvelser.⁴¹ Fylkesmannen skal føre tilsyn med kommunenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap, i henhold til krav om kommunal beredskapsplikt i sivilbeskyttelsesloven §§ 14 og 15, og forskrift om kommunal beredskapsplikt.⁴²

Fylkesmannen skal veilede kommunene i oppfølging av kommunal beredskapsplikt og andre beredskapsplikter, slik at kommunene arbeider målrettet for å redusere risiko og sårbarhet gjennom forebyggende arbeid, styrket beredskap og bedret evne til krisehåndtering.⁴³

Fylkesmannen har ingen direkte rolle i en kommunal krisehåndtering. Fylkesmannen er allikevel ofte involvert der kommunen ønsker bistand, samt der hendelsen berører flere kommuner og utløser et behov for samtidighet mellom kommuner. Fylkesmannen er et bindeledd mellom kommuner, statlige etater og sentrale myndigheter.

3.5 SPESIALISTHELSETJENESTENS ANSVAR FOR PSYKOSOSIALE TILTAK

Kommunen har et helhetlig ansvar for ytelse av helse- og omsorgstjenester, avgrenset mot spesialisthelsetjenestens ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven. Grensen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester følger av hva som til enhver tid defineres som spesialisthelsetjeneste.⁴⁴ Grensen er ikke skarp og entydig og vil endres over tid, blant annet basert på forsvarlighetsvurderinger og teknologisk utvikling. De lovpålagte samarbeidsavtalene

40 Instruks for fylkesmannens og Sysselmannen på Svalbards arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering

41 Tildelingsbrev for 2015, punkt 2.7, Samfunnssikkerhet og beredskap

42 Embetsoppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Justis- og beredskapsdepartementets embetsoppdrag 2015, punkt 53.3

43 Embetsoppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Justis- og beredskapsdepartementets embetsoppdrag 2015, punkt 54.3

44 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 fjerde ledd, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a



mellom kommune og helseforetak er viktige for å avklare grenseflater og ansvarsområder. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunen for å bidra til forsvarlig kompetanse- og oppgaveoverføring.

På tilsvarende måte som kommunen skal spesialisthelsetjenesten yte et likeverdig tjenestetilbud til alle pasient- og brukergrupper.⁴⁵ Ytelse av psykososiale tiltak er en integrert del av ansvaret for nødvendige og forsvarlige tjenester. Å forebygge tilleggslidelser og andre problemer er en del av ansvaret.

Det skal ytes nødvendig oppfølging fra kommunen både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten (jf. 4.10). Spesialisthelsetjenesten må bidra til en helhetlig og samordnet oppfølging av pasienten etter utskrivelse.

På tilsvarende måte som for kommunen foreligger det plikt for de regionale helseforetakene til å ha en forberedt helseberedskap på sitt område, samt bistandsplikt ved ulykker.⁴⁶

3.6 KRAV TIL PERSONELL SOM YTER HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

3.6.1 Helsepersonell og annet personell

Både helsepersonell og annet personell som yter tjenester i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven, er forpliktet til å følge reglene i helsepersonelloven.⁴⁷ Helsepersonell omfatter alt personell i helse- og omsorgstjenesten som yter helsehjelp, inkludert personell uten autorisasjon eller lisens. En prest ansatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste som yter helsehjelp, vil eksempelvis være omfattet av kravene i helsepersonelloven. Når presten derimot arbeider i psykososialt kriseteam basert på avtale mellom virksomheter (kirken og kommunal helse- og omsorgstjeneste) og vedkommende verken er ansatt/engasjert eller har fått delegert oppgaver av kommunal helse- og omsorgstjeneste, vil han/hun ikke yte helse- og omsorgstjenester etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven, og heller ikke være omfattet av reglene i helsepersonelloven.

3.6.2 Forsvarlige tjenester

Et sentralt krav i henhold til helsepersonelloven er plikten til å yte faglig forsvarlige tjenester.⁴⁸ Kravet skal bedømmes ut fra det som kan forventes på bakgrunn av personens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Samtidig må det vurderes om personellet har innrettet yrkesutøvelsen etter sine faglige begrensninger. Det sentrale er hvordan personellet burde ha opptrådt i situasjonen. Tiden personellet har til rådighet er relevant for forsvarlighetsbedømmelsen. I situasjoner hvor man må handle raskt for å hindre alvorlig fare for liv eller helse, skal det mer til for at en feil vil anses som uforsvarlig.

3.6.3 Plikt til omsorgsfull hjelp

Helsepersonelloven pålegger plikt til omsorgsfull hjelp.⁴⁹ Plikten innebærer å gi hjelp på en måte som yter personen omtanke og respekt, og som ikke kren-

45 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd

46 Spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 b og 2-1 c, helseberedskapsloven § 2-2

47 Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1

48 Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helsepersonelloven §§ 4 og 16

49 Helsepersonelloven § 4



I HJELPESITUASJONER etter potensielt traumatiserende hendelser tilsier forsvarlighetskravet en høy grad av respekt og omsorg.



FORSVARLIGE TJENESTER er både et personlig ansvar, et ledelsesansvar og et virksomhetsansvar.

ker vedkommendes personlige integritet. Konkret kommer dette til uttrykk i måten helse- og omsorgspersonellet opptrer overfor og kommuniserer med pasient eller bruker, så vel som med dennes pårørende. Plikten til omsorgsfull hjelp vil kunne sammenfalle med forsvarlighetskravet, da det kan være ufor- svarlig dersom man ikke opptrer omsorgsfullt. Noen tjenester og hjelpesitua- sjoner kan kreve en særlig respekt og omsorg for at behandlingen eller pleien skal kunne anses for å være forsvarlig.

Helse- og omsorgspersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis.⁵⁰ I hvilken grad det er forsvarlig å overlate oppgaven til en annen, skal bedømmes ut fra kvalifikasjonene til den man overlater oppgaven til. Adgangen til å delegere oppgaver gjelder uavhen- gig av organisatoriske grenser. I enkelttilfeller kan helse- og omsorgspersonell overlate oppgaver til personer som ikke er underlagt samme arbeidsgiver. Helsepersonell i utrykning kan for eksempel bruke personer på et ulykkessted som medhjelpere. Medhjelperne er underlagt instruksjoner og annet overopp- syn fra det helsepersonellet som har tildelt oppgaven. Den som har fått tildelt en oppgave som medhjelper, kan ikke gi oppgaven videre til andre. Forbudet skal hindre uklare ansvarsforhold.

3.6.4 Virksomhetens ansvar for forsvarlige og omsorgsfulle tjenester

Virksomheten må vurdere behovet for personell og kompetanse⁵¹, legge pla- ner for rekruttering og kvalitetsutvikling, sikre at tjenestene blir organisert og gjennomført i tråd med kommunens vedtatte planer og evaluere gjennom- føringen av tjenestetilbudet systematisk.⁵² Uforsvarlige og uønskede forhold må korrigeres. Det må iverksettes tiltak dersom evaluering av tjenestetilbudet, tilsyn eller andre forhold viser at tilbudet ikke er tilstrekkelig eller forsvarlig.

3.7 TAUSHETSPLIKT OG OPPLYSNINGSPLIKT

3.7.1 Taushetsplikt

Taushetsplikt i den offentlige helse- og omsorgstjenesten reguleres av et tosporet system. Enhver som er ansatt i den offentlige helse- og omsorgs- tjenesten har forvaltningsmessig/tjenestebasert taushetsplikt.⁵³ I tillegg har helsepersonellet profesjonsbestemt taushetsplikt etter helsepersonelloven når de yter helsehjelp eller omsorgstjenester.⁵⁴ Dette gjelder også for annet personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.⁵⁵ Taus- hetsplikten skal ivareta befolkningens tillit til helse- og omsorgstjenesten.

Taushetsplikten innebærer at personellet skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helse- og omsorgspersonell. Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger om personlige for- hold uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik

⁵⁰ Helsepersonelloven § 5

⁵¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav d, § 3-1 tredje ledd, helsepersonelloven § 16

⁵² Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd

⁵³ Forvaltningsloven §§ 13 flg.

⁵⁴ Helsepersonelloven kapittel 5, se særlig hovedregelen i § 21

⁵⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1



hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.⁵⁶ Pasient og bruker kan på grunnlag av informert samtykke godkjenne at taushetsbelagte opplysninger blir gitt videre.⁵⁷ Opplysninger kan også gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten, med mindre pasienten motsetter seg det.⁵⁸ Helse- og omsorgspersonell skal ikke utlevere mer informasjon enn det som er nødvendig, og dette må skje innenfor den rammen som ble definert da samtykket ble gitt.

Det er gitt ulike unntak fra taushetsplikten som ikke berøres her. Utførlige kommentarer til bestemmelsene om taushetsplikt er gitt i IS-8/2012 (12).

3.7.2 Opplysningsplikt

Opplysninger til nødetater

Helsepersonell og annet personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.⁵⁹ Formålet er å sikre nødvendig informasjonsformidling for å verne om liv og helse, eller for å hindre store materielle skader. Opplysningsplikten omfatter informasjonsformidling for å avverge at en allerede inntrådt skade forverrer seg til en alvorlig skade. Dette kan være aktuelt ved behov for sikring av skadested, eller ved utrykning for å hjelpe en person som er blitt utsatt for vold, uten visshet om hvorvidt gjerningspersonen fortsatt utøver vold.

Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgspersonell skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.⁶⁰ Dersom personellet blir oppmerksomme på slike forhold, skal de på eget initiativ gi nødvendige opplysninger om pasienten/brukeren til den kommunale helse- og omsorgstjenesten for at den skal kunne iverksette tiltak. Det er et vilkår at pasienten, eller noen som kan samtykke på vegne av vedkommende, har gitt sitt samtykke til dette, eller at det foreligger annet rettslig grunnlag for å avvike fra taushetsplikten i § 21.

Opplysninger til barneverntjenesten

Helse- og omsorgspersonell har opplysningsplikt til barneverntjenesten ved mistanke om mishandling, andre former for alvorlig omsorgssvikt eller når barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker.⁶¹ Formålet med regelen er å sikre at barn får nødvendig oppfølging fra barneverntjenesten. For at barnevernet skal kunne ivareta denne oppgaven, er barnevernet avhengig av at andre som kjenner barnets situasjon, melder fra til den kommunale barneverntjenesten.

56 Helsepersonelloven § 21 a

57 Helsepersonelloven § 22 og pasientrettighetsloven § 3-6

58 Helsepersonelloven § 25, jf. helsepersonelloven § 45. Se også helsepersonelloven § 26

59 Helsepersonelloven § 31

60 Helsepersonelloven § 32

61 Helsepersonelloven § 33



3.8 DOKUMENTASJON

3.8.1 Dokumentasjon av ytelse av helsehjelp

Den⁶² som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten⁶³ og helsehjelpen⁶⁴ i en pasientjournal⁶⁵. Relevante og nødvendige opplysninger vil være opplysninger som anses å ha betydning for senere behandling og oppfølging av pasienten.⁶⁶

Dokumentasjonen bør blant annet inneholde bakgrunnen for henvendelsen og en vurdering av den totale situasjonen for den rammede. Det kan innbefatte reaksjoner og psykisk status ved konsultasjon, tilgang på nettverksstøtte og behov for videre oppfølging. Det er viktig at observasjoner om psykiske reaksjoner inngår i journalnotatet ved undersøkelse i akuttfasen og ved behandling i etterkant av ulykker, med henblikk på senere vurdering og diagnostisering av potensielle psykiske ettervirkninger i behandlings- og erstatningsøyemed. Helseopplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner, skal ikke dokumenteres annet sted enn i pasientjournalen.

Informasjon, råd og oppfølging til pårørende kan være et ledd i helsehjelpen til pasienten. Det skal dokumenteres om det er gitt råd og informasjon til pasient og pårørende, og hovedinnholdet i denne informasjonen.⁶⁷ Hvis rammede har mindreårige barn, gjelder særlige regler om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta barnas behov.⁶⁸ Det skal føres i pasientens journal at vedkommende har barn, og hvilket arbeid som gjøres i den forbindelse. Hvis pårørende selv mottar helsehjelp, skal opplysningene føres i separat pasientjournal for den pårørende. Som hovedregel skal det ikke dokumenteres opplysninger om andre personer i en pasients journal, med mindre dette er informasjon som har betydning for helsehjelpen til pasienten.

I en situasjon hvor det ytes helsehjelp som følge av en alvorlig hendelse, vil det være naturlig at det også nedtegnes informasjon om ulykken og at det var andre involvert. Kriteriet i helsepersonelloven § 40, «nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen», vil være førende for hvor detaljert informasjon som kan/skal dokumenteres i pasientens journal om f.eks. andre involverte i en ulykke.

System for dokumentasjon av helseopplysninger

Kommunen må sørge for at den har et forsvarlig journalsystem⁶⁹ for helsehjelp som ytes i kriseteamet. Kommunen vil være databehandlingsansvarlig⁷⁰, og må blant annet sørge for at journalopplysningene ikke er tilgjengelige for andre enn personell som har tjenstlig behov.⁷¹



HAR RAMMEDE mindreårige barn, gjelder særlige regler om helsepersonells plikt til å ivareta barnas behov.

62 Helsepersonelloven § 39, helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1

63 Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav a

64 Generelt gjelder at hovedvekten av den psykososiale oppfølgingen vil være å anse som helsehjelp etter definisjonen i helsepersonelloven § 3, men ved tvilstilfeller vil det være nødvendig med en konkret vurdering.

65 Helsepersonelloven § 40, jf. § 3 i pasientjournalforskriften

66 Helsepersonelloven kapittel 8, forskrift om pasientjournal og pasientjournalloven

67 Forskrift om pasientjournal § 8 bokstav i

68 Helsepersonelloven § 10a

69 Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10

70 Pasientjournalloven § 2 bokstav e

71 Pasientjournalloven § 19



Kommunen avgjør på hvilken måte opplysninger fra kriseteamets pasientjournal skal gjøres tilgjengelige for andre når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte, som for eksempel fastlege.

3.8.2 Dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester som ikke er helsehjelp

Journalføringsplikten gjelder ikke for tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke anses som helsehjelp. Dette gjelder personlig assistanse, inkludert praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og avlastning. Samtidig er kommunen pålagt plikter som forutsetter at tjenesteytelsen til en viss grad dokumenteres.⁷² Kommunens ansvar for forsvarlig drift nødvendiggjør dermed en viss skriftliggjøring av informasjon knyttet til tjenesteytelsen. Kommunen må avgjøre i hvilken grad det er nødvendig å pålegge personellet som tildeler og yter omsorgstjenester dokumentasjonsplikt, og utarbeide rutiner for og krav til dokumentasjonen. Personellet vil da ha plikt til å dokumentere i samsvar med kommunens instruks.

En skriftliggjøring vil ofte innebære behandling av sensitive personopplysninger. Personopplysningsloven § 9 a og f vil kunne være aktuell hjemmel for slik behandling. Behandling av sensitive personopplysninger krever i tillegg konsesjon.⁷³ Unntak fra konsesjonsplikten er gitt i personopplysningsforskriften⁷⁴ for behandling av pasient-/klientopplysninger hos helse- og sosialpersonell som ikke er underlagt offentlig godkjenning. I disse tilfellene vil det derfor være bestemmelsen om meldeplikt til Datatilsynet som gjelder.

3.8.3 Dokumentasjon av kriseteamets virksomhet

Det er et ledelsesansvar å påse at det foreligger rutiner for dokumentasjon. Kriseteamene bør systematisk dokumentere den administrative delen av virksomheten sin, for eksempel møte- og øvelsesvirksomhet i teamet med hensyn til brukerrettigheter, ettersyn og systematisk kvalitetsarbeid. Denne typen dokumentasjon vil inngå i kommunens arkiv.⁷⁵

I situasjoner der det kommunale kriseteamet blir aktivert, bør det føres logg for hendelsen, der det dokumenteres hvordan den aktuelle hendelsen ble håndtert av kriseteamet. Kommunen må være forsiktig med å registrere detaljerte opplysninger om involverte.

⁷² Herunder helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1, 4-2, 3-1 tredje ledd, internkontrollforskriften og kvalitetsforskriften

⁷³ Personopplysningsloven § 33

⁷⁴ Personopplysningsforskriften § 7-25

⁷⁵ Arkivloven § 6 jf. arkivforskriften § 2-4



VIRKSOMHETEN MÅ SØRGE FOR PSYKOSOSIAL OPPFØLGING AV GOD KVALITET, TIL RETT TID OG OMFANG. FØLGENDE MÅ SIKRES

- reell brukermedvirkning
- tilstrekkelig og tilpasset informasjon og veiledning til pasient, bruker og pårørende
- innhenting av nødvendig samtykke
- omforent forståelse og kunnskap om tjenestens ansvar, oppgaver og plikter
- nødvendig kompetanse for psykososial oppfølging
- organisering som sikrer at personellet kan overholde sine lovpålagte plikter
- nødvendig samarbeid og avtaler med nødetater
- god internkontroll, herunder internkontrollsystem som sikrer et forsvarlig psykososialt tjenestetilbud
- identifisering og lukking av avvik
- journal- og informasjonssystem som ivaretar forsvarlig dokumentasjon av psykososialt tjenestetilbud
- forsvarlig planlegging og koordinering av psykososiale tiltak
- forsvarlig identifisering, kartlegging og utredning av personer med behov for psykososial oppfølging
- forsvarlig oppfølging, kontinuitet og evaluering av tildelte helse- og omsorgstjenester
- forsvarlig samhandling om psykososial oppfølging
- systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og bedring av pasientsikkerhet, herunder nødvendige rutiner og prosedyrer
- at vedtak fattes til rett tid, med rett omfang av tjenester og med en kontinuerlig evaluering og justering av beslutningen
- fokus på likebehandling, god forvaltningsskikk og rutiner for klagehåndtering
- overholdelse av opplysningsplikt
- ivaretagelse av barn som pårørende
- forsvarlig ressursbruk og at bruk av medhjelpere skjer på forsvarlig måte





4



Organisering av psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer

Kommunene har plikt til å yte psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer, men har stor grad av frihet til selv å bestemme hvordan disse tjenestene skal organiseres. De fleste kommunene har etablert psykososiale kriseteam for å kunne følge opp enkeltpersoner, familier og nettverk på en rask og faglig forsvarlig måte. Kapitlet beskriver de psykososiale kriseteamenes formål, rolle og sammensetning, og gir anbefalinger om hvordan de kan organiseres og driftes på en god måte.



4.1 PSYKOSOSIALE KRISETEAM

For å yte forsvarlig psykososial oppfølging må kommunen ta stilling til hvilke tilbud som skal ytes ved kriser, ulykker og katastrofer. Dette innebærer å avgjøre hvordan tilbudene skal organiseres og bemannes, hvilke hendelser som skal utløse aktivering av psykososialt kriseteam, og hvordan de ordinære tjenestetilbudene skal benyttes i krisesituasjoner. Videre innebærer det å avklare hvordan overføring av ansvar for oppfølging mellom tjenestetilbud skal foregå, og hvordan samarbeid med andre involverte aktører skal organiseres.

De aller fleste kommuner har valgt å opprette et psykososialt kriseteam, som primært er sammensatt av ansatte fra det øvrige ordinære tjenesteapparatet i kommunens helse- og omsorgstjeneste og andre relevante tjenester. Teamets medlemmer har andre oppgaver i sin ordinære jobb til daglig. Teamet skal bidra til å oppfylle kommunens ansvar for psykososial oppfølging i samarbeid med de ordinære tjenestene. Teamet trer inn ved kriser, ulykker og katastrofer i stedet for, eller som et supplement til, de øvrige ordinære tjenestene i kommunen.

PSYKOSOSIALT KRISETEAM er en tverrfaglig sammensatt gruppe som har ansvar for tidlig innsats ved psykososial oppfølging. Kriseteamene har i tillegg en oppgave i å medvirke til at rammede og berørte enkeltpersoner, familier og lokalsamfunn får tilbud om forsvarlig psykososial oppfølging og støtte fra det ordinære tjenesteapparatet i etterkant av kritiske hendelser.

Det psykososiale kriseteamet eller deler av teamet, kan aktiveres ved hendelser av mindre omfang, som kan virke traumatiserende for enkeltpersoner, familier og nettverk innen kommunen. Erfaringer viser at det ved enkelte hendelser kun vil være et fåtall av kriseteamets medlemmer som er involvert i oppfølgingen. Eksempel på hendelser av mindre omfang kan være selvmord, brå og uventet død ved ulykker eller drap, voldsutsatthet, plutselig uventet barnedødsfall og andre uventede hendelser med fare for liv og helse.

Psykososialt kriseteam vil i tillegg aktiveres som en del av kommunens helseberedskap ved store hendelser og katastrofer. Eksempler som kan nødvendigjøre aktivering av teamet er naturkatastrofer, store ulykker, storbranner, terrorangrep og massedrap og situasjoner der lokalsamfunn er rammet, f.eks. der én eller flere er savnet eller ved ulykker der omfanget er ukjent.

4.2 PLAN FOR KOMMUNENS PSYKOSOSIALE OPPFØLGING

Det psykososiale kriseteamet, ev. annen organisering av arbeidet ved kriser, ulykker og katastrofer, bør omtales i en egen plan for psykososial oppfølging. Planen må sees i sammenheng med kommunens beredskapsplan for helse- og omsorgstjenestene.⁷⁶ Plan for psykososial oppfølging bør klargjøre sammenhengen mellom kommunens ordinære tjenesteytelse og beredskapsansvaret og omfatte de hendelser der teamet aktiveres, uavhengig av hendelsenes omfang.



DEN PSYKOSOSIALE oppfølgingen har som mål å fremme mestring i en akutt fase, opprettholde sosial fungering og bidra til at reaksjoner og symptomer dempes. Formålet er å forebygge framtidige helseproblemer og/eller sosiale problemer og bidra til god livskvalitet på sikt.

⁷⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2



PLAN FOR KOMMUNENS PSYKOSOSIALE OPPFØLGING BØR ANGI

- det psykososiale kriseteamets administrative tilknytning
- kriseteamets formål, oppgaver og den enkeltes funksjon i teamet
- oversikt over medlemmene i teamet
- hvilken type hendelser planen omhandler
- informasjon om hvem som kan mobilisere det psykososiale kriseteamet
- intern organisering, herunder finansiering av drift, vaktordning og avlønning
- tilgjengelighet og prinsipper for oppgavefordeling ved større og mindre hendelser
- meldingsrutiner og kontaktpunkt for varsling og liste for videre varsling
- spesifikke tiltak og ansvarslinjer for de enkelte fasene i kriser
- rutiner for samarbeid med øvrige kommunale tjenester og nødetater
- rutiner for innhenting av ekstern ekspertise (inkl. tolk)
- rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- rutiner for samarbeid med frivillige organisasjoner
- rutiner for formidling av informasjon og kontakt med media
- rutiner for deltakelse i praktiske øvelser
- rutiner for evaluering og revidering/rullering av planen



PLAN FOR psykososial oppfølging må sees i sammenheng med kommunens beredskapsplan for helse- og omsorgstjenesten.

Planen bør angi hvordan kriseteamet på selvstendig grunnlag og som et supplement til de ordinære tjenestene kan respondere rasjonelt, effektivt og samordnet i en krise- eller katastrofesituasjon. Rutiner nedfelt i planen bør være klare og operasjonaliserte, slik at de gir forutsigbarhet og kan fungere som et verktøy for tjenestene, samarbeidspartnere og andre berørte parter. Det kan være hensiktsmessig at planen spesielt omtaler og klargjør skillet mellom 1) psykososialt kriseteam som er et fagteam, og 2) kommunal kriseledelse, som er en overordnet ledergruppe med ansvar for iverksetting av den kommunale beredskapsplanen, og 3) ordinært tjenesteapparat sitt ansvar.

Plan for psykososial oppfølging må inneholde rutiner for ivaretagelse av teamets medarbeidere og innhenting av ekstra ressurser/støtte (jf. 4.8). Den som har myndighet til å iverksette planen, bør også ha myndighet til å bevilge eller sikre nødvendige ressurser til å gjennomføre planen. Planarbeid er en kontinuerlig prosess som krever jevnlig oppdatering og regelmessige øvelser hvor relevante tjenester og samarbeidspartnere deltar.

Plan og tjenestetilbud må tilpasses lokale forhold. I store byer vil det ofte være formålstjenlig å ha bydelsvise psykososiale kriseteam, mens det i små kommuner kan være hensiktsmessig å etablere interkommunale kriseteam. Ved ulykker og katastrofer som involverer rammede fra flere kommuner, kan det være hensiktsmessig å danne utvidede eller interkommunale kriseteam der flere kommuners kriseteam samarbeider.

Kriseteam i små kommuner kan ha en fordel som følge av oversiktlige forhold. På den annen side kan små forhold bidra til at kriseteamet blir personlig berørt, eller at rammede ikke ønsker kriseteamets involvering på grunn av nært bekjentskap til kriseteamets medlemmer. Dette kan imøtekommes gjennom at nabokommuner utarbeider samarbeidsavtaler om å bistå hverandre med psykososial oppfølging.



Det psykososiale teamets oppgaver må samordnes og avstemmes med kapasiteten i øvrige offentlige tilbud innen kommune- og spesialisthelse-tjeneste. Kriseteamet bør både kunne arbeide selvstendig og i samarbeid med ansatte fra spesialisthelsetjenesten og andre statlige virksomheter og øvrige involverte parter (som frivillige, rammede bedrifter og organisasjoner) for å sikre at de rammede får behovsrelatert og forsvarlig hjelp.

Det bør legges til rette for at de som skal utøve den psykososiale oppfølgingen får tilstrekkelig tid til å skaffe seg en oversikt over situasjonen, og foreta en felles gjennomgang av planlagte tiltak. Dette vil bidra til å skape trygghet for de som skal delta i oppfølgingen, og for de som skal motta bistand.⁷⁷

⁷⁷ Utdypende materiell er tilgjengelig på [Helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no) i tilknytning til nettutgaven av veilederen.



Følgende kan være viktige tiltak gjennom de ulike fasene i oppfølgingsarbeidet:

SJEKKLISTE FOR PSYKOSOSIAL OPPFØLGING

Vær oppmerksom på at tiltak vil variere ut fra hendelsens alvorlighetsgrad og omfang. Prioritering av rekkefølge og gjennomføring må alltid vurderes i forhold til den særskilte hendelsen. Flere tiltak gjennomføres ofte parallelt.

Kartleggings- og planleggingsfasen

- skaffe oversikt over hendelsen; antall rammede, hendelsesforløp, status
- vurdere hendelsen; om det foreligger behov for umiddelbar innsats
- varsle/innkalle kriseteamet iht. vedtatte retningslinjer og vurdere behovet for innkalling av ekstra personell for krisehåndtering
- skaffe oversikt over behovet for tolk
- gi tilbakemelding til initiativtaker om hvordan kriseteamet vil følge opp hendelsen
- etablere løpende kontakt med kommunens kriseledelse, dersom aktuelt
- ta kontakt med kriserammede og vurdere hva som er hensiktsmessig støtte i første fase (proaktiv tilnærming)
- vurdere behov for å kalle inn frivillige organisasjoner
- opprette logg for hendelsen, kontakter og tiltak

Akuttfasen - tiltak og koordinering

- avklare ansvarsfordeling og oppgavefordeling
- vurdere behov for proaktiv oppfølging
- sikre ivaretagelse av barn og unge
- fordele og avklare ansvar for ulike psykososiale tiltak og sette opp vaktlister (ivareta personellens behov for pauser, støtte og avlastning)
- koordinere og kontrollere tiltak
- sikre tydelig merking av personell som synliggjør identitet, rolle/ansvarsområde
- sørge for gode rapporteringsrutiner og samarbeid mellom de ulike aktørene i hjelpearbeidet
- ta kontakt med kriserammede på ny
- kartlegge og ev. mobilisere kriserammedes sosiale nettverk
- gjøre behovsvurderinger av støttebehov
- vurdere behovet for et senter for evakuerte og pårørende (politiets ansvar)
- holde overlevende og etterlatte adskilt når dette er hensiktsmessig
- vurdere behov for opprettelse av pårørendetelefon (politiets og kommunens ansvar)
- informasjon på eget nettsted sammen med politiet og kriseledelsen
- sikre løpende dialog mellom personell for å avdekke nødvendige justeringer
- håndtere ev. presse
- gi informasjon om hendelsen og mediehandteringsråd til rammede og berørte
- regelmessig gjennomgang av logg - status melding

Oppfølgingsfasen - overgang fra akuttfasen til videre oppfølging

- planlegge oppfølging av de kriserammede etter akuttfasen og vurdere behov for videre proaktiv oppfølging
- vurdere behovet for en kontaktperson som følger opp over tid
- overføre de kriserammede til de ordinære hjelpeinstansene i kommunen, ev. vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten ved alvorlig funksjonstap i akuttfasen
- sikre at tiltak, videre henvisning og anbefalinger blir fulgt opp i det ordinære tjenesteapparatet
- avslutte og evaluere det akutte hjelpearbeidet, inkludert gjennomgang av hjelpepersonellens/kriseteamets arbeid
- ivaretagelse av kriseteamets medlemmer
- ivaretagelse av eventuelle frivillige



4.3 LEDELSE

For at brukere og pasienter skal få nødvendige og koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, må det stilles krav til ledelse. Det gjelder ikke bare den enkelte deltjeneste, men også på øverste nivå i kommunen (13). God krisehåndtering på alle nivå forutsetter at lederen framstår som tydelig, tar ansvar for situasjonen, har klare mål for arbeidet og planlegger med respekt for de rammede. Slik skapes en verdig ramme for innsatsen som skal gi de berørte omsorg. God ledelse gjør at medarbeiderne blir tryggere på sin innsats og opplever å bli verdsatt. Leders betydning er like stor etter hendelser av mindre omfang som etter katastrofer.

Når kriser eller katastrofer rammer lokalsamfunn, kommune eller en bedrift, kan ledere være sterkt berørt av hendelsen, slik at det går utover egen fungering. Kommunen bør i sin psykososiale plan ha rutiner for tiltak når en slik situasjon oppstår.

Kommunens kriseledelse, ofte synonymt med kommunens ordinære ledelse, treffer strategiske beslutninger på vegne av virksomheten, forvalter ressurser og samvirker med andre aktører. Administrativ leder for det psykososiale kriseteamet leder arbeidet etter delegert myndighet fra kommunens kriseledelse og koordinerer og fordeler oppgavene i teamet. Noen kommuner finner det hensiktsmessig å skille mellom operativ og administrativ ledelse av det psykososiale kriseteamet.

Ved katastrofer og større hendelser bør leder for det psykososiale kriseteamet være representert i den kommunale kriseledelsen.⁷⁸ Når den kommunale kriseledelsen trer i funksjon, vil lederen av det psykososiale kriseteamet være underordnet denne.

Ved mindre hendelser rapporterer leder av psykososiale kriseteamet til kommunal kriseledelse om status og behov. I kommuner hvor kommunelege(r)/kommuneoverlege (der dette finnes) deltar i både psykososialt kriseteam og kommunal kriseledelse og fungerer som et bindeledd mellom instansene, bør kommunelege(r)/kommuneoverlege sin rolle beskrives særskilt i plan for psykososial oppfølging.⁷⁹

4.4 KRISETEAMETS SAMMENSETNING OG FAGKOMPETANSE

Psykososiale kriseteam må ha en sammensetning og organisatorisk plassering som gir gode rammer for arbeidet. Den konkrete utformingen av teamet avhenger blant annet av størrelse på kommunen, kommunens tilgjengelige ressurser og bosetningsmønster.

Størrelsen og fagkompetansen i de psykososiale kriseteamene varierer mellom kommunene, og det rekrutteres fra ulike faggrupper som sykepleiere, helseøstre, leger, psykologer, sosionomer, barnevernsarbeidere, lærere, politi, prester og andre. Ikke alle har nødvendigvis et ansettelsesforhold i kommunen,



PSYKOSOSIALE KRISETEAM
bør ha barne- og familiekompetanse.

⁷⁸ I hver kommune skal det finnes en strategisk ledelse, kriseledelse, som kan treffe beslutninger på vegne av virksomheten, forvalte ressurser samt samvirke med andre aktører, jf. beredskapsforskriften §§ 1, 4 og 5.

⁷⁹ Utdypende materiell er tilgjengelig på [Helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no) i tilknytning til nettoutgaven av veilederen.



KOMMUNEN HAR frihet til selv å vurdere hvilke lovpålagte oppgaver/tiltak som skal utføres i det psykososiale kriseteamet, og hva som skal utføres av det øvrige tjenesteapparatet, så fram tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesteutførelsen.

men er tilknyttet teamet basert på samarbeidsavtale mellom virksomheter. For eksempel gjelder dette som regel politi og prest.

Teamene bør ha en tverrfaglig sammensetning. Helsefaglig kompetanse må inkluderes, og barnefaglig kompetanse bør inngå. I tillegg er det viktig å ha tilgang til personell med minoritetskompetanse, slik at det kan ytes god og likeverdig psykososial oppfølging til personer med ulik etnisitet.⁸⁰ Tilgang på fagkompetanse er en viktig faktor for de psykososiale kriseteamene. En videre utvikling av kommunens kompetanse i psykisk helse og rusarbeid vil styrke den psykososiale beredskapen (13). Kriseteamet bør så langt som mulig bestå av en stabil faggruppe som ved behov kan involvere og samarbeide med andre relevante aktører og ressurspersoner. Det bør stilles særlige krav til kriseteamleders bakgrunn mht. faglige kvalifikasjoner, relevant erfaring og god evne til koordinering av arbeidet.

God og tilstrekkelig informasjon om kriseteamets faglige sammensetning, ansvar og funksjon må være tilgjengelig for innbyggerne, f.eks. via kommunens nettsider, for å sikre kjennskap til teamet.⁸¹

4.5 AKTIVERING AV PSYKOSOSIALT KRISETEAM

Aktivering av det psykososiale kriseteamet avhenger av den totale situasjonen der behovsvurderinger foretas i samhandling med andre f.eks. innsatspersonell eller ordinære tjenester i kommunen. Situasjonen må vurderes enkeltvis. Aktiveringen av kriseteamet vurderes opp mot hvordan ordinære tjenester i kommunen (fastlege, psykisk helsetjeneste mv.) kan stille opp. For noen kommuner vil det være hensiktsmessig å aktivere teamet når de ordinære tjenestene ikke er tilgjengelige, dvs. etter ordinær arbeidstid, mens det for andre kommuner vil være aktuelt at kriseteamet og de ordinære tjenestene supplerer hverandre, også innenfor ordinær arbeidstid. Kommunen bør sikre rammer som gjør at det psykososiale kriseteamet kan yte psykososial oppfølging også utenom ordinær arbeidstid. Det er i alle tilfeller en plikt for kommunen å yte psykososiale tiltak hele døgnet via relevante tjenester, herunder legevakt.

Ved hendelser som berører hele lokalsamfunn eller skolemiljøer (f.eks. ved seksuelle overgrep eller der barn eller unge forulykker) og ved katastrofer av større omfang, bør teamet mobiliseres så raskt som mulig og innsatsen avpasses etter behovet. I enkelte situasjoner kan det være nødvendig å søke råd eller veiledning fra regionale og nasjonale ressursmiljøer (for eksempel RVTS, NKVTS, Sfk⁸²).

Ved uventede dødsfall som selvmord, drap og ved ulykker er det viktig med rask varsling til en oppfølgingsinstans som tar kontakt med de etterlatte. Den norske kirke eller andre livssynssamfunn kan bistå ved varsling av slike dødsfall. Politiet i hvert distrikt har kontaktinformasjon og oversikt over beredskap.

Politi og psykososialt kriseteam eller annen ansvarlig kommunal instans bør

⁸⁰ Nasjonal kompetansenhet for minoritetshelse (NAKMI) eller Samisk Nasjonalt Kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS) kan kontaktes for råd og veiledning ved behov.

⁸¹ Utdypende materiell er tilgjengelig på Helsedirektoratet.no i tilknytning til nettutgaven av veilederen.

⁸² Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Senter for Krisepsykologi

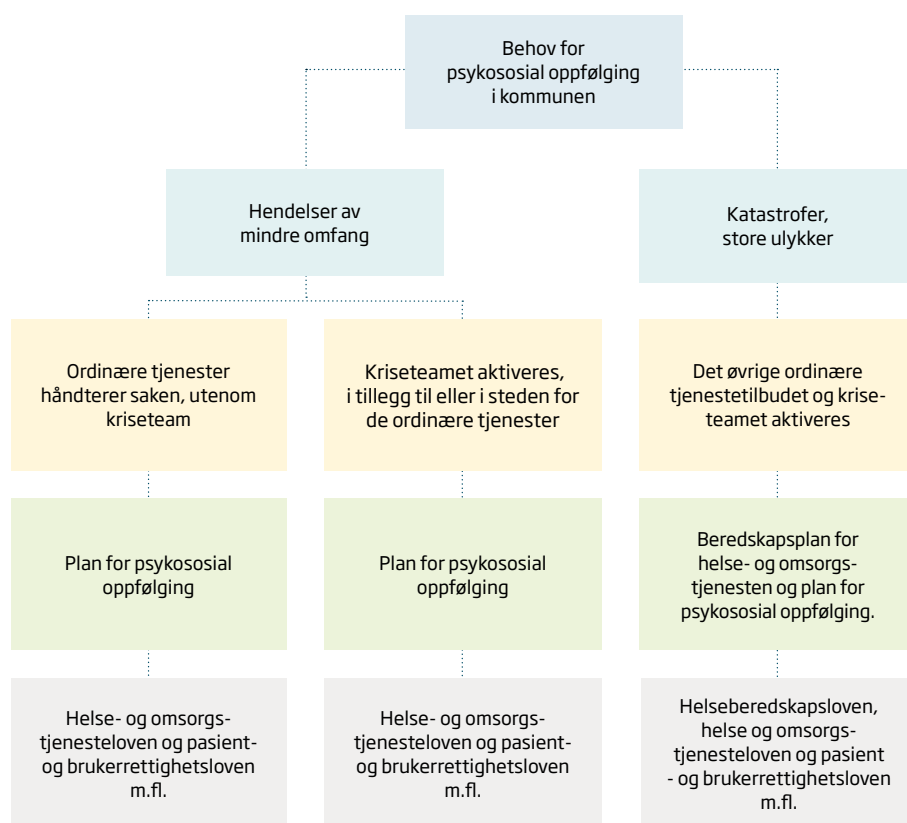


sammen med de etterlatte foreta en vurdering av hvilken støtte som er hensiktsmessig i den første fasen. Oppfølging over tid bør avklares senere ut fra fortløpende dialog med etterlatte. Foruten kommunens kriseledelse kan politiet eller andre ta initiativ overfor kommunen til å aktivere psykososialt kriseteam.

I enkelte situasjoner, dersom rammede og berørte ikke ønsker eller trenger oppfølging samme dag, kan kontakt med hjelpeapparatet vente til neste dag. Innsatspersonell og kommunen må lage rutiner for hvordan innsatspersonell formidler informasjonen videre i disse tilfellene, slik at rammede blir kontaktet neste dag, enten av det ordinære hjelpeapparatet eller det psykososiale kriseteamet.

I flere kommuner samarbeider AMK/legevakt og kriseteamets leder om nødvendige avgjørelser. Ved katastrofer vil aktivering av psykososialt kriseteam være forankret i kommunens beredskapsplan. Figuren under viser situasjoner som kan kreve psykososial oppfølging og aktivering av psykososialt kriseteam.

Figur 1: Aktivering av psykososiale kriseteam



4.5.1 Rutiner for informasjon og varsling av psykososialt kriseteam

Det må etableres klare ansvarslinjer for å sikre at viktig informasjon når fram til dem som til enhver tid har det operative ansvaret i kriseteamet. Oppfølgingsarbeidet må samordnes og utføres rasjonelt og effektivt. Kriseteamets ansvars-, rolle- og oppgavefordeling bør være avklart i plan for psykososial oppfølging. Fagpersonellet må i tillegg til å hjelpe rammede og bistå i operative oppgaver gi kriseledelsen i kommunen informasjon, slik at den får tilstrekkelig oversikt over situasjonen og gode råd som sikrer en planmessig og god oppfølging.



VARSLINGSLISTER MED navn på ansatte i kriseteamet bør ikke være offentlig tilgjengelige, men være forbeholdt de instanser som har varslingsrett.

Ved kriser og katastrofer er det nødvendig med innarbeidede rutiner for at kriseledelsen og leder av kriseteam kan komme sammen på kort varsel. Tidsfaktoren er vesentlig i håndtering av en krise. Rutiner for varsling bør beskrive intern og ekstern varsling og må være godt kjent i organisasjonen.

Framgangsmåte for varsling av kriseteamet vil variere, avhengig av kommune-størrelse, og organiseringen av det ordinære tjenestetilbudet. Noen psykososiale kriseteam har en avklart vaktordning og telefonvakt døgnet rundt med kort responstid og tilhørende avlønning. Dette bidrar til en kvalitetssikring av tilbudet gjennom økt forutsigbarhet for innsatspersonell som skal etablere kontakt med kriseteamet, og for dem som er medlemmer av teamet.

Det kan ta tid å avklare om kommunens innbyggere er rammet, f.eks. ved internasjonale hendelser. I tiden før dette er endelig avklart anbefales det at kommunens ledelse/kriseledelse informerer kriseteamets leder, slik at nødvendig forberedelse kan igangsettes. Ved katastrofer må leder av det psykososiale kriseteamet iverksette og koordinere teamet i overenstemmelse med overordnet kommunal kriseledelse. Dette gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjeneste og øvrige tjenester og aktører, inkludert frivillige.

Leder av kriseteamet skal på bakgrunn av tilgjengelige opplysninger vurdere behovet for varsling av teamet, og i hvilken grad kriseteamet bør settes i beredskap for å sikre hurtig respons. Det kan være hensiktsmessig å etablere en samarbeidsrutine som utpeker et teammedlem som teamets leder kan konferere med ved vurdering av varsling av teamet.

Rutiner for varsling av kriseteam må være oppdatert og praktisk tilrettelagt, og kontaktinformasjon må være tilgjengelig for alle relevante instanser. Oppsettet bør inkludere alternative løsninger som kan benyttes ved spesielt omfattende hendelser, eller ved behov under ferieavvikling og hendelser utenom ordinær arbeidstid. Rutinene/prosedyrene og kontaktinformasjonen bør være godt planlagt, avtalesfestet, skriftliggjort og til enhver tid oppdatert.

Når det psykososiale kriseteamet aktiveres, bør medlemmene av teamet ta kontakt med de rammede og følge dem opp aktivt i akuttfasen (proaktiv tilnærming) dersom de ønsker det. De som har behov for oppfølging, må gis nødvendige helse- og omsorgstjenester. I noen kommuner ivaretar kriseteamet oppfølgingen over lengre tid etter både mindre hendelser og større katastrofer, mens det raskere skjer overføring til det ordinære tjenesteapparatet i andre kommuner.

4.6 KOMPETANSEUTVIKLING, OPPLÆRING OG ØVELSER

Personell som skal arbeide med kriser, ulykker og katastrofer, må ha nødvendige teoretiske og praktiske ferdigheter i tillegg til personlig egnethet for denne type arbeid.⁸³ Opplæring, kontinuerlig faglig oppdatering⁸⁴ og jevnlig



KOMMUNEN BØR i tilknytning til sin årlige kompetanseplanlegging kartlegge behovet for kompetansehevede tiltak innen psykososial oppfølging og legge til rette for kompetanseutvikling i lederskap.

⁸³ Helsepersonelloven §§ 4 og 16, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav d og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

⁸⁴ E-læringskurset «Når krisen rammer. Å arbeide i psykososiale kriseteam» gir kompetanse i oppfølging av berørte og etterlatte etter kriser, ulykker og katastrofer. Kurset er gratis og åpent for alle. (<http://helsekompetanse.no/kriseteam>.)



samlinger og øvelser er nødvendig for å utvikle og vedlikeholde kompetanse. Det er nyttig å avholde møter ut fra en fast møteplan, i tillegg til møter som er tilknyttet konkrete oppdrag. Man vil da utvikle trygghet i forhold til hverandre og egen rolle i en konkret situasjon.

Noen psykososiale kriseteam er hyppig involvert i dramatiske kriser, mens andre er mer sjeldent i aksjon. Det er en klar sammenheng mellom et etablert planverk for akutt beredskap, jevnlig øvelser og omfanget av og kvaliteten på tilbudet som ytes innbyggere ved en krise, ulykke eller katastrofe.

Øvelser bedrer evnen til å mestre stresspåkjenninger under innsats, og reduserer risikoen for at personell får psykiske reaksjoner etter store belastninger. Felles trening øker samhandlingskompetansen og gjensidig forståelse for ulike innsatsgruppers kultur og arbeidsmåte. Jevnlige øvelser bør inkludere alle som forventes å ha en rolle, også frivillige organisasjoner som deltar i oppfølgingsarbeidet.⁸⁵

4.7 EVALUERING

Kommunen har plikt til å sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomheten evalueres og korrigeres.⁸⁶ For å høste erfaring underveis er det viktig å samle personalet på daglig basis når arbeidet pågår (14). Det anbefales en mer formell evaluering av teamets innsats i etterkant, for å lære av erfaringene. Erfaring fra faktiske kriser, ulykker og katastrofer bør, sammen med relevante erfaringer fra brukere og andre, alltid oppsummeres. En slik evaluering vil legge grunnlaget for oppdatering av planer, rutiner og prosedyrer, samt øvrig utviklingsarbeid.

Evalueringen bør ikke gjennomføres i en periode hvor det foregår aktiv psykososial oppfølging. Det vil ofte være behov for å ha en tidsmessig avstand til hendelsen man har vært involvert i, for å kunne foreta en reflektert evaluering.

4.8 IVARETAKELSE AV KRISETEAMETS MEDLEMMER

Arbeid med kriserammede er krevende og forutsetter at også kriseteamets egne medlemmer blir godt ivaretatt. Teamets medlemmer bør opptre parvis, spesielt i den akutte fasen. Ved spesielt emosjonelt belastende oppgaver må man sikre at medlemmer med mindre erfaring får støtte av dem med mer erfaring. Det bør vurderes om noen av teammedlemmene har behov for å skjermes i perioder, enten i forhold til total belastning eller etter eget ønske. Samling av personalet på daglig basis kan bidra til bedre intern kommunikasjon og ivaretagelse av teamets medlemmer. Leder bør være oppmerksom på mulig slitasje hos teammedlemmene og gjennomføre tiltak og omdisponeringer i forhold til dette.

Krise- og katastrofearbeid er krevende og kan medføre slitasje og reaksjoner hos hjelperen. Trygghet i arbeidsteam, kompetanse og erfaring gjør at de fleste mestrer slike reaksjoner og symptomer på en hensiktsmessig måte – enten alene eller i fellesskap. Noen få hjelpere utvikler posttraumatiske stressplager. Erfaring viser at det kan være hensiktsmessig å etablere rutiner som



DET ER viktig at kriseteamet og andre med ansvar for psykososial oppfølging inkluderes i katastrofe- og beredskapsøvelser og deltar i storskalaøvelser med en aktiv rolle. I tillegg er det viktig at teamet øver i henhold til egne planer.

⁸⁵ Utdypende materiell er tilgjengelig på [Helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no) i tilknytning til nettutgaven av veilederen.

⁸⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd



sikrer at det gjennomføres en kort avlastningssamtale, hvor en snakker om den aktuelle hendelsen og kriseteamets arbeidsinnsats, før en forlater hverandre.

AVLASTNINGSSAMTALER

- SAMTALER I PERIODEN DEN PSYKOSOSIALE OPPFØLGINGEN PÅGÅR

En avlastningssamtale kan omfatte både tekniske og stressrelaterte temaer. Målet er å bidra til at de involverte får oversikt og ser sammenheng i sin innsats.

Akuttfasen:

- snakk om forløpet og arbeidsinnsats, med hovedfokus på fakta
- avvent noe med å ta opp sterke emosjonelle tema, da det kan opprettholde den umiddelbare, og oftest forbigående, fysiske og psykiske aktiveringen
- ved belastende hendelser bør det gis tilbud om individuell oppfølging og gjennomgang i gruppe
- lederskap og gjensidig støtte innen gruppen (kollega og likemannsstøtte) vil bidra til økt mestring og forebygging

Ved endt innsats:

- det bør avtales tidspunkt for en gjennomgang av hendelsen i henhold til plan for psykososial oppfølging og beredskapsplanen, herunder evaluering av innsatsen og fokus på læringsmomenter

Hjelpere som opplever seg spesielt berørt, bør ikke bli sendt hjem dersom de er alene, men oppfordres til å være sammen med andre. Personell som opplever uventet sterke reaksjoner, bør ikke sendes på nye oppdrag før de har hatt anledning til en gjennomgang av innsatsen og nødvendig restitusjon. Reaksjonene kan også innebære at det er behov for nødvendig helsehjelp fra kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten.

Ved endt innsats og med tidsmessig avstand til den aktive oppfølgingsfasen bør det avtales tidspunkt for en mer grundig gjennomgang av hendelsen i henhold til beredskapsplanen og plan for psykososial oppfølging, inkludert evaluering av innsatsen og fokus på læringsmomenter. Spesielt belastende situasjoner bør følges opp, både i form av mulighet til å samles for gjennomgang i gruppe, og gjennom rutiner som sikrer individuell oppfølging av dem som trenger det.



ERFARINGSMØTE - GJENNOMGANG ETTER ENDT INNSATS

Viktige elementer i et erfaringsmøte vil være

- å vurdere det som fungerte bra, hva som evt. opplevdes frustrerende, og hva som kan forbedres
- å fange opp ansatte som trenger individuell oppfølging
- å formidle psykoedukative teknikker og gi råd til mestring
- å tilrettelegge for gjensidig sosial støtte i gruppen og formidle anerkjennelse av innsatsen og støtte fra ledelsen

4.9 OPPFØLGING OG IVARETAKELSE AV FRIVILLIGE

Frivillige bør inviteres, evt. oppfordres, til å delta i samlinger som kommunen gjennomfører for ulike kategorier av personell som har bidratt i oppfølgingen. Frivillige organisasjoner som deltar i hjelpearbeid, bør også ha egne planer for ivaretagelse av eget personell. Planen for psykososial oppfølging bør beskrive rutiner for oppfølging av frivillige som etter avtale vil kunne være involvert i håndtering av en hendelse (herunder ansvar for oppfølging). Planen bør inneholde informasjon om når og etter hvilke situasjoner oppfølging skal iverksettes og hvor det kan hentes støtte til oppfølgingen ved behov.

4.10 SAMARBEID

Den ordinære kriseberedskapen i samfunnet i fredstid er i stor grad bygd opp rundt politi, brannvesen og helsetjenester.⁸⁷ Når kriser oppstår, vil det være politiet⁸⁸ som leder innsatsen. Dette er situasjoner som ofte oppstår hurtig, berører viktige samfunnsfunksjoner og truer liv, helse og livsgrunnlag på en måte som krever iverksettelse av umiddelbare tiltak. God lokalkunnskap og et koordinert øvelsesmønster med disse aktørene er viktige faktorer for at akutte hendelser kan takles på en tilfredsstillende måte. Politiloven og Alminnelig tjenesteinstruks for politiet (politiinstruksen) danner sentrale rammer for politiets ansvar for å fremme borgernes rettssikkerhet, trygghet og velferd for øvrig.

Et tverrfaglig og koordinert samarbeid

En rekke kommunale og statlige tjenester og aktører, som kommunens helse- og omsorgstjeneste, familievernkontoret, NAV, spesialisthelsetjenesten, Forsvaret og Sivilforsvaret, er sammen med frivillige organisasjoner, Kirken og andre livssynssamfunn på ulike måter aktive og samhandler under kriser, ulykker og katastrofer. For en beskrivelse av de ulike aktørenes rolle og oppgaver i en krise eller katastrofesituasjon, se vedlegg.

Samarbeid under kriser, ulykker og katastrofer krever et tverrfaglig og koordinert planverk mellom ulike tjenester, etater, kommuner, helseforetak og aktører.



ETATENES ANSVARS-OMRÅDER

og beslutninger griper inn i hverandre. Eksempelvis kan kommunens beslutninger få følger for politiets arbeid, og politiets prioriteringer kan få konsekvenser for kommunens innbyggere. Det er derfor viktig at man kjenner til hverandres ståsted og gir informasjon på tvers av etatene. Bare på denne måten kan det lages planer som henger sammen med hverandre og finner løsninger på felles utfordringer. Dette krever gode rutiner for kommunikasjon og samhandling.⁸⁹

⁸⁷ Ansvar og organisering av redningstjenesten i Norge er fastsatt ved Kgl. Res. av 4. juli 1980. Politiets ansvar er nærmere regulert i politiloven § 27.

⁸⁸ Politiet plikter å yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under deres tjenesteutøvelse når dette følger av lov eller sedvane, jf. politiloven § 2 nr. 5, samt politiinstruksens § 2-2 nr. 5 og kapittel 13.

⁸⁹ Politiet i lokalsamfunnet. Veileder om politiets kommunikasjon og samhandling med kommuner og andre aktører på lokalt og regionalt nivå.



rer. Samarbeid er viktig fordi tjenestene hver for seg kan mangle tilstrekkelige ressurser, herunder psykososiale tjenester, til å håndtere ulike hendelser. En båt-/fergeulykke eller en flyulykke vil eksempelvis involvere flere kommuner i det de evakuerte, skadde og omkomne vil kunne blir ført i land til, eller tilhøre, ulike kommuner. Hjelpemannskap vil da måtte komme fra flere kommuner. Hendelser som skjer utenfor Norges grenser, men hvor norske borgere / personer bosatt i Norge er involvert, vil også kunne føre til at ulike politidistrikt og kommuner må samarbeide om å etablere et støtteapparat for å ta hånd om rammede. Planer for interkommunale/utvidede kriseteam er nyttige i slike situasjoner. Etter kriser, ulykker og katastrofer er det viktig å sikre oppfølging av ulike familiemedlemmer når disse er bosatt rundt i landet. I andre situasjoner må langtidsoppfølging samordnes mellom kommune- og spesialisthelse-tjenesten over tid.

Kommunen har som hovedregel ikke myndighet til å rekvirere ressurser utover egen organisasjon i en katastrofesituasjon, med mindre den har inngått samarbeidsavtaler, f.eks. med andre kommuner. Kommunen kan imidlertid anmode om bistand ved behov. Behovet for samordning vil øke ut fra antall kommuner, etater og nivåer som er berørt og deltar i krise- eller katastrofehåndteringen.

Fastlegen er en sentral aktør ved både enkeltstående kriser av begrenset omfang og ved store ulykker og katastrofer. Kommunen bør i sin avtale med fastlegene beskrive vedkommendes plikter overfor kommunen før/under/etter kriser. Det bør være rutiner som sikrer at fastlegen varsles tidlig og trekkes raskt inn i samarbeidet.

4.10.1 Samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak

Samarbeidsavtalene⁹⁰ mellom kommunen og helseforetak er et lovpålagt verktøy for å sikre enighet om oppgavefordeling og avklare overlappende grenseflater og ansvarsområder.

Det er sentralt at avtalen(e) i nødvendig utstrekning adresserer psykososiale tiltak og tjenester.⁹¹ Et eksempel på innhold i en samarbeidsavtale er tydeliggjøring av roller og ansvar ved kriser, ulykker og katastrofer som berører utenlandske statsborgere under ferieopphold i Norge, der det er behov for å opprette senter for evakuerte og pårørende. Avtalen må omfatte omforrente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.⁹² Det vil i tillegg være vesentlig at en i en slik avtale adresserer hvem som skal ha koordineringsansvaret når kommunen og helseforetaket sammen skal bistå ved kriser, ulykker og katastrofer.

4.10.2 Planmessig samarbeid med frivillig personell, frivillige organisasjoner og støtteforeninger

I en krise- eller katastrofesituasjon er det aktuelt for kommunen å etablere samarbeid med frivillig personell, frivillige organisasjoner og støtteforeninger (f.eks. støttegrupper). Det bør være nedfelt i kommunens beredskapsplan for helse- og omsorgstjenesten og i planen for psykososial oppfølging hvilken rolle de frivillige aktører skal spille, hvilke oppgaver som kan delegeres, samt hvem

90 Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2

91 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

92 Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nr. 11



som har det overordnede ansvaret for de frivilliges innsats i krisehåndteringen. Det bør videre framgå hvem som har ansvar for å varsle aktuelle frivillige organisasjoner, og på hvilket tidspunkt dette skal skje. Samarbeidsrutiner mellom kommunens personell og frivillige må tydeliggjøres, og kommunene bør inngå intensjonsavtaler med de frivillige organisasjonene og sikre gjennomføring av felles øvelser.

Det er viktig at kommunen er klar over og tar i bruk potensialet for psykososial støtte, utover den profesjonelle hjelpen fra det offentlige. De rammede uttrykker klart at støtten fra den/de berørtes skole, arbeidsplass, sosiale nettverk og andre som har opplevd lignende hendelser, er uvurderlig. Kommunen og de ansvarlige for den psykososiale oppfølgingen har mulighet til å utøve en avgjørende koordineringsrolle ved kriser, og mobilisere og samarbeide med frivillig personell, organisasjoner og støtteforeninger. Dette må beskrives i beredskapsplanen og i plan for psykososial oppfølging.

4.11 KOMMUNIKASJON OG MEDIA

Ved katastrofer og dramatiske hendelser av mindre omfang har befolkningen stort behov for informasjon. Media er en sentral aktør i denne informasjonsformidlingen. Det er viktig at virksomheter/etater har avklart på forhånd hvem som skal uttale seg til media og bidra til at budskapet fra involverte aktører er korrekt. Det er leder i virksomheten som har det overordnede ansvaret for at informasjon som gis, er korrekt. Samordning og koordinering av informasjonstiltakene er viktig, ikke minst mellom politiet, kommunal ledelse, fylkesmannen og ev. sentrale myndigheter. Mens redningsaksjoner pågår, bør alle henvendelser fra media kanaliseres til politi og ansvarlig redningssentral. Det overordnede og helhetlige informasjonsansvaret vil ofte ligge hos, og ivaretas av politi, lokal redningssentral (LRS) eller hovedredningssentralen (HRS), mens kommunal kriseledelse vil uttale seg om hva som gjøres fra deres side.

Kommunen må inneha kompetanse og rutiner for sin kommunikasjon med media. Mediepress og publikums forventningsbilde av aktivitetsnivå kan komme til å prege informasjonshåndteringen etter hendelser som utløser behov for psykososial oppfølging. Det er viktig med tydelig kommunikasjon, slik at det er kommunen som styrer situasjonen, ikke forventningene. Det bør på forhånd drøftes hvilke informasjonsarenaer og informasjonskanaler man skal ta i bruk for å sikre at man når ut på rett tidspunkt med tydelig og kvalitets-sikret informasjon, f.eks. kommunens nettsider, etablerte møtearenaer osv.

Viktig informasjon bør først deles med de rammede familier, f.eks. på et pårørendesenter, før den gjøres allment tilgjengelig. I forbindelse med katastrofer, men også etter hendelser som involverer få personer, som et drap på en skoleelev eller en lærer, kan det oppstå et til dels ekstremt mediepress som kommunens ledere må håndtere. En godt forberedt mediestrategi hvor en hurtig imøtekommer medias behov for informasjon i samarbeid med politiet, kan avdempe presset.

Kommunens kriseledelse må avklare hvem som uttaler seg til media. I krisekommunikasjon er det nødvendig med tydelig, korrekt informasjon og hyppige oppdateringer, gitt med empati. Talspersoner bør ha høy tilgjengelighet



for media. Kriseledelsen bør, som ledd i beredskapsplanlegging, vurdere behov for rådgivning om hvordan forventningspress fra kommunens innbyggere og mediepress mv. kan håndteres. Dette for at de i en aktuell situasjon kan ivareta balansen mellom å agere ut ifra henholdsvis mediepress og egen faglig vurdering av situasjonen (16;17).

Rammede etter kriser og katastrofer vil ofte oppleve pågående henvendelser fra media med et klart fokus på person. De rammede bør derfor tidlig orienteres om at de kan bli utsatt for nettopp dette, og at det blir understreket at verken offentligheten eller media har rett til eller krav på slik personlig informasjon, jf. pressens «Vær varsom plakat». Når rammede stiller seg til disposisjon for media, bør de først ha rådført seg med familien eller ressurspersoner. Det kan ofte være behov for å skjerme rammede for pågående medier. Særlig gjelder dette barn og unge.⁹³

KONTAKT MED MEDIA - NOEN RÅD:

- media håndterer kriser i faser, og spekulasjoner forekommer
- involverte bør forsøke å forholde seg til verifiserte fakta
- berørte som er i sjokk eller ubalanse, kan trenge hjelp til å skjermes fra media. Et alternativ kan være at de direkte berørte utpeker en medietalsperson som blir kontaktpunkt for henvendelser og formidling av synspunkter⁹⁴
- det er lov å skjerme seg. Gjør man navnet sitt kjent, vil flere ta kontakt, journalister kan argumentere med at «noen bør si noe pent om ...»
- det er lov å si nei til forespørsler om intervju. Ingen må stille opp til intervju på grunn av press. Det er også lov å si nei selv om man har gitt intervjuer før⁹⁴
- media kan være en effektiv kanal for å få fram et budskap. Hjelp de som skal intervjues, med å sortere hva de ønsker å få fram⁹⁴
- vis respekt for at andre i samme situasjon kan ha andre oppfatninger. Selv om man er berørt av samme krise eller katastrofe, kan man likevel oppleve situasjonen ulikt og ha ulike reaksjoner. Dette kan bli tolket som uenighet⁹⁴
- det er mulig å be om sitatsjekk for det man selv har uttalt.⁹⁴ Historier og sitater brukes gjerne videre. Avtal dette før intervjuet
- i et intervju er det lov å la være å svare på spørsmål man ikke føler seg klar til å svare på⁹⁴
- man kan reservere seg mot at bilder blir benyttet ved senere presseoppslag
- redaksjonene gjør sine egne vurderinger. Det kan være lurt å be om å få vite i hvilken kontekst intervjuet skal stå, hvem andre som er intervjuet osv. Brytes premissene for et intervju, kan man trekke seg⁹⁴
- innlegg på sosiale medier er offentlig informasjon⁹⁴

⁹³ På www.kriser.no finnes flere konkrete råd til overlevende, pårørende og etterlatte om håndtering av media (se under «Ressursbank»). Her finnes også råd til kriseteam i forhold til kontakt med media.

⁹⁴ Hentet fra Eide (18)





5



Reaksjoner og vurderinger av hjelpebehov

Kapitlet beskriver ulike reaksjoner som mennesker kan få etter kriser, ulykker og katastrofer. Det omhandler den kriserammede, familien og det sosiale nettverket.



5.1 REAKSJONER

5.1.1 Umiddelbare reaksjoner

Reaksjoner ved ulike kriser, ulykker og katastrofer er ofte av generell karakter og kan ha visse likhetstrekk. Trussel mot eget eller andres liv, trussel mot egen eller andres integritet, groteske vitneopplevelser, eller tap av nærstående, medfører aktivering av individets psykiske og fysiske beredskap. Dette resulterer i stressreaksjoner som kan variere fra individ til individ, i både styrke og uttrykksform.

Vanlige umiddelbare reaksjoner:

- sjokk, forvirring, uvirkelighetsfølelse, sterke emosjonelle reaksjoner eller fravær av følelser
- tristhet, frykt, sinne, maktesløshet, selvbebreidelse, benektelse
- kroppslige reaksjoner som hjertebank, hyperventilering, svetting, frost-anfall, skjelving, kvalme og svimmelhet
- tilbaketrekning, hyperaktivitet, amnesi (hukommelsessvikt), og/eller total utmelding fra situasjonen kan forekomme

Den umiddelbare sjokkreaksjonen⁹⁵ består for mange av uvirkelighet og nummenhet. Dette beskytter mot den nye og brutale virkeligheten. For noen kan reaksjonene være av en karakter og styrke som gjør at de har vanskelig for å ta fornuftige valg eller ivareta seg selv. Apati og ukontrollert sinne kan forekomme. Reaksjonene vil kunne dempe seg raskt etter at krisen er avklart eller over, men vil for noen vedvare over tid. Det er vanlig at reaksjonene dempes av informasjon og ivaretagende omsorg fra sosialt nettverk og hjelpeapparat.

Enkelte ganger kan det ta lang tid å avklare om det er overlevende, døde og etterlatte etter en ulykke eller katastrofe. Følgelig vil mange kunne oppleve en kaotisk periode med stor grad av uvisshet. De berørte må ofte forholde seg til mange mennesker, og ofte medfører større hendelser en betydelig grad av medieoppmerksomhet. Etter store ulykker og katastrofer vil de rammede kunne oppleve støtte fra storsamfunnet og fra andre som er rammet. Denne kollektive støtten vil ofte ikke være til stede i samme grad etter hendelser med færre rammede (19).

5.1.2 Reaksjoner over tid

Flertallet av dem som rammes av kriser, ulykker eller katastrofer, vil oppleve at stressreaksjonene avtar, og at man kommer ut av krisen uten varig svekket funksjonsnivå. For etterlatte kan reaksjoner vare over lengre tid. Hos et mindretall vil reaksjoner kunne bli sterkere over tid. I slike tilfeller har det gjerne vært betydelige stressreaksjoner helt fra starten av. I møte med dem som rammes, er det viktig å være klar over variasjonene i reaksjoner, selv innenfor samme familie (20).

Det finnes både sårbarhetsfaktorer og beskyttende faktorer som kan øke/dempe reaksjoner og påvirke varighet. Det er viktig å kartlegge de beskyttende faktorene som kan bidra til mestring, i tillegg til å fokusere på sårbarhet. F.eks. vil god sosial støtte være beskyttende, mens fravær av et velfungerende sosialt nettverk utgjør en sårbarhet. Andre faktorer som påvirker sårbarheten, er opplevd livsfare, plutselig tap av nærstående, vold i nær relasjon (jf. 5.2.3), fysisk skade og tidligere traumer og tap. Det er viktig å gjøre en samlet vurdering av

⁹⁵ Med umiddelbare reaksjoner menes her reaksjoner samme dag som en hendelse skjer.



både sårbarhets- og beskyttelsesfaktorer som kan bidra til mestring og gjenoprettelse av opplevelsen av kontroll hos den enkelte.

Reaksjoner som kan vedvare eller utvikle seg over tid

- angst, bekymring
- skyldfølelse, selvbebreidelse og bebreidelse av andre
- irritasjon og sinne
- søvnvansker
- vansker med konsentrasjon og hukommelse, læringsvansker
- sosial tilbaketrekking, vansker i kontakten med nære venner og familie
- endret oppfattelse av seg selv og andre, endret selvfølelse
- tristhet, savn, lengsel (spesielt etter dødsfall), håpløshet og depresjon
- påtrengende minner og tanker om det som har skjedd
- grubling
- unngåelse av alt som minner om det som har hendt, med redusert livsutfoldelse
- kroppslige reaksjoner som for eksempel å bli mer skvetten, vaksom, urolig og vedvarende aktiv, bli trett eller få vondt i kroppen

Reaksjonene etter livstruende hendelser er preget av engstelse og påtrengende minner. Sorgreaksjonene etter tap er mer preget av savn og lengsel. Tap av nærstående og det å være utsatt for vold i nære relasjoner over tid vil kunne gi lignende posttraumatiske reaksjoner. Intensiteten og varigheten av stressreaksjonene kan avhenge av graden av opplevd hjelpeløshet under og etter hendelsen, tidligere psykiske problemer eller sårbarhet, og forekomsten av tidligere traumer eller tap. I tiden etter en ulykke, krise eller katastrofe kan rammede oppleve at sanseintrykk (syn, hørsel, lukt) kan vekke til liv tanker, følelser eller kroppslige reaksjoner som om hendelsen skjedde på nytt.

Omfattende medieomtale, lange rettsprosesser, granskninger, identifiseringsarbeid og politiske prosesser kan forlenge og vanskeliggjøre situasjonen for de rammede og føre til at reaksjoner utsettes eller intensiveres. Dette er høyst aktuelt etter katastrofer, men gjelder også etter andre alvorlige hendelser, særlig der det foreligger uavklarte ansvarsforhold og høy grad av opplevd krenkelse.

Potensielt traumatiserende hendelser med få involverte, slik som bilulykker, ran, ulike former for vold og voldtekt, som vold i nære relasjoner, kan medføre posttraumatiske stressreaksjoner med langvarige konsekvenser hos noen rammede. Vold som er utført med overlegg, gir økt risiko for sterke psykiske ettervirkninger, ofte i form av posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst eller depresjon (21).

Vold som utøves av en ukjent gjerningsperson, kan medføre alvorlige symptomer og nedsatt livskvalitet over mange år (22). Fysiske skader og følgetilstander etter skader som forårsaker smerter og immobilitet, bidrar ofte til å forsterke reaksjonene (23). Sterke reaksjoner og redusert livskvalitet kan ha negative konsekvenser for kommunikasjon og samspill med nær familie.

5.1.3 Alvorlige etterreaksjoner

Noen ganger vil psykiske reaksjoner i kjølvannet av en krise, ulykke eller katastrofe være av en slik art at tilstanden kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose. Diagnostikk og behandling av langvarige reaksjoner og lidelser er vanligvis oppgaver for den ordinære helsetjenesten, men det psykososiale kriseteamet



kan ha en viktig rolle i å fange opp dem som trenger hjelp, og sikre at de blir henvist videre.

Et vidt spekter av psykiske lidelser og atferdsproblemer kan forekomme etter kriser, ulykker og katastrofer. Litteraturen har til nå vært mest opptatt av posttraumatisk stresslidelse (PTSD), men norsk forskning har vist at depresjon og angstlidelser kan være minst like vanlig (24). Noen etterlatte kan også utvikle en komplisert sorglidelse.

Alvorlige problemer og lidelser som kan oppstå etter kriser, ulykker og katastrofer:

- akutt stressreaksjon
- depresjon
- angst og fobier
- posttraumatisk stresslidelse (PTSD)
- komplisert sorg
- vedvarende skyld og sinne
- rusavhengighet, selvskading m.m.

Når de umiddelbare reaksjonene er så sterke at de lammer normal funksjon, kan diagnosen akutt stressreaksjon være aktuell og kreve umiddelbare hjelpetiltak. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kjennetegnes av påtrengende minner, unngåelse av tanker eller situasjoner som kan minne om hendelsen, emosjonell avflatning, søvnproblemer, konsentrasjonsproblemer og økt årvåkenhet. Mennesker som har opplevd langvarig stressbelastning i form av seksuelle eller fysiske/psykiske overgrep, kan utvikle komplekse posttraumatiske reaksjoner. Dersom kriser, ulykker eller katastrofer rammer mennesker som har opplevd overgrep i sin fortid, kan dette forverre plager og vanskeliggjøre hjelpen. Det kan være situasjoner der den som rammes av en krise har et etablert rusproblem. Dette må legges til grunn for den helhetlige oppfølgingen.

Posttraumatiske stressreaksjoner kan gi seg utslag i ulike angstlidelser som agorafobi (25), panikk lidelse, sosial angst, generalisert angstlidelse eller spesifikk fobi. F.eks. kan transportulykker medføre fobi mot bruk av et transportmiddel. Tilsvarende kan de som har sett noen drukne, eller selv vært nær ved å drukne, utvikle vannfobi.

Det finnes ulike former for komplisert sorg, der den vanligste er forlenget sorgforstyrrelse. Her fortsetter sorgen med sterk daglig lengsel etter den døde utover et halvt år etter dødsfallet og gir vansker med å fungere på viktige livsområder. Andre mindre vanlige kompliserte sorgreaksjoner er utsatt sorg og sorg som manifesterer seg som somatiske reaksjoner (26).

Depressive lidelser er ikke uvanlig etter kriser, ulykker og katastrofer. Vanlige posttraumatiske reaksjoner som søvnløshet, irritabilitet og konsentrasjonsproblemer øker sannsynligheten for utvikling av depresjon, samtidig som de i seg selv kan være del av en depressiv lidelse. For etterlatte etter kriser, ulykker eller katastrofer kan grenseoppgangen mellom depresjon og komplisert sorgreaksjon være vanskelig. Nyere forskning har vist at komplisert sorg og depresjon kan være preget av både overlappende og tilstandsspesifikke reaksjoner som krever ulike behandlingstilnærminger (27). Slik er det også mht. PTSD, angst og depresjon (28).

Rammede kan være plaget på flere måter samtidig og innen ulike livsområder.



NÅR PLAGER over tid gjør at rammede ikke fungerer i arbeid, skole eller fritid, må henvisning til spesialisthelsetjenesten vurderes.

Ved svikt i dagliglivets funksjoner kan denne kompleksiteten nødvendiggjøre et nært samspill mellom ulike tjenester. Spesielt for dem som lever med vedvarende stressbelastning, slik som vold i nære relasjoner (jf. 5.2.3), blir plagene ofte sammensatte. Det er viktig å vurdere funksjonsevnen mer enn de enkelte symptomene. Når plager over tid gjør at rammede ikke fungerer i arbeid, skole eller fritid, må henvisning til spesialisthelsetjenesten vurderes.

Helsepersonell har både rett og plikt til å henvise pasienten videre (29). Av helsepersonelloven framgår det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. De skal innhente bistand eller henvise pasienter videre når dette er nødvendig og mulig. Henvisningsplikten inntreffer når pasientens sykdomssituasjon er av en slik karakter at helsepersonellet ikke kan anses å ha de nødvendige kvalifikasjoner til selv å diagnostisere eller behandle pasienten. I praksis er det vanligvis lege eller psykolog som henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell vil likevel også kunne henvise. Det er først og fremst forsvarlighetskravet som sier noe om hvor langt kompetansen rekker. For at spesialisthelsetjenesten skal kunne kreve trygderefusjon for poliklinisk helsehjelp, stilles det krav til hvor henvisningene kommer fra (30).

5.1.4 Familie- og nettverksrelasjoner etter en krise

Kriser, ulykker og katastrofer kan medføre problemer i kommunikasjonen og samholdet i familien. Barn kan være utsatt fordi foreldrenes og andre omsorgspersoners evne til å gi omsorg, nærhet og beskyttelse kan reduseres som følge av det de opplever.

Familiemedlemmene reagerer ofte forskjellig, og man kan derfor gå i utakt innen samme familie. Når foreldre mister et barn, settes parforholdet på prøve, noe som er vist å kunne gi økning i antall skilsmisser (31). Spesielt dødsfall krever en omstilling av roller og relasjoner innen familien. Der foreldre som mister et barn ikke bor sammen, bør oppfølgingen tilrettelegges slik at man ivaretar begge foreldres individuelle behov for informasjon og støtte. Tidlig hjelp fra familievern eller annet tjenestetilbud kan være hensiktsmessig tjenestetilbud i denne sammenheng for å bidra til godt samspill i familien. Det er ikke uvanlig at oppmerksomheten fra øvrig familie og sosiale nettverk avtar, samtidig som rammede fortsatt kan ha behov for støtte. Dette gjør at behovet for profesjonell støtte kan oppstå etter en tid. Etter dramatiske hendelser med sterke reaksjoner hos de rammede, opplever ofte nettverket usikkerhet i forhold til hvordan de bør forholde seg. Det kan oppstå flere barrierer i det komplekse samspillet mellom rammede og deres sosiale nettverk (15). Slike barrierer kan være antagelsen om at andre blir trette av å høre om hendelsen, at de har nok med sitt eller at man må ha opplevd samme hendelse for å kunne forstå (32). Samspillproblemene kan bli så alvorlige at det ender med tap av nettverk eller sosial isolasjon. Dersom samspillet mellom rammede og nettverket utvikler seg negativt, kan rådgivning være hensiktsmessig.

5.2 VURDERING AV HJELPEBEHOV

5.2.1 Vurdering av hjelpebehov hos enkeltpersoner og familier

Gjennom støttende samtaler vil behov for videre psykososial oppfølging kunne avdekkes. Den rammedes opplevelser av problemer i hverdagen og kvaliteten



på søvn, hvile og sosial fungering innen familie, skole og arbeidsliv vil være av betydning.

5.2.2 Kartlegging av behov for psykososial støtte og oppfølging

Som et tillegg til samtaler med de rammede, kan korte standardiserte spørreskjema benyttes som hjelpemiddel for å identifisere dem som trenger ekstra støtte eller hjelp. Dette er spesielt aktuelt når vi snakker om flere rammede. Slike kartleggingsprosedyrer kan også gi informasjon om behovet for helse- og omsorgsressurser i den videre oppfølgingen. En systematisk kartlegging eller screening av de rammede bør gjennomføres tidligst fire til fem uker etter hendelsen og kan godt gjentas på senere tidspunkt (jf. kartlegging anbefalt av Helsedirektoratet etter terrorangrepet på Utøya i 2011). Ved en repetisjon av kartleggingen vil det være mulig å få et bilde av utvikling over tid.⁹⁶ Personer som har sterke symptomer eller funksjonssvikt, skal henvises for mer spesi- fikk vurdering med tanke på ytterligere behandling. Spesialisthelsetjenesten kan kontaktes for å bidra i diagnostikken (jf. Sammen om mestring pkt. 4.2.2.).

Det er viktig å ha kunnskap om hvordan kartleggings skjema skal benyttes ved siden av samtale, slik at en alltid gjennomfører kartlegging med respekt og god ivaretagelse av de rammede. Vurdering av behovet for medisinsk eller psyko- logisk behandling (inkludert diagnostisering) skal foretas av fagpersoner med nødvendig kompetanse (lege eller psykolog). Ved behov for å kartlegge kompli- serte sorgreaksjoner hos etterlatte ved brå død anbefales det at man venter med kartleggingen til det har gått seks måneder (33).

Svar på følgende spørsmål kan danne grunnlag for å utarbeide en videre oppfølgingsplan sammen med den/de kriserammede

- opplevde den rammede fare for eget liv, ekstreme påkjenninger eller sterke sanseintrykk?
- har den rammede opplevd tap av familiemedlemmer / nære venner?
- har den rammede så høyt angst- og spenningsnivå at det er uforenlig med normal fungering eller fordreier realitetssansen?
- foreligger det risiko for selvmord?
- er det noen reaksjoner (påtrengende minner, sinne, engstelse, søvn- problemer, konsentrasjons -og hukommelsesproblemer etc.) som er spesi- elt sterke, og som gjør det vanskelig å vende tilbake til normale aktiviteter?
- har den rammede en sterk grad av skyldfølelse eller overlevelsesskyld?
- klarer rammede å opprettholde dagliglivets funksjoner (skole, studier, arbeid)?
- er det noe rammede eller familien trenger hjelp til, f.eks. praktisk, i kon- takt med barnehage, skole, helse- eller velferdstjenesten?
- mangler rammede et fungerende sosialt nettverk?
- har rammede tidligere opplevd tap, traumer eller hatt psykiske helse- problemer?
- hvordan har rammede eller familien mestret alvorlige livshendelser tidligere?
- hvordan er foreldres eller andre omsorgspersoners kapasitet til å ivareta barn i barnefamilier?
- er det et midlertidig behov for å mobilisere andre voksne for å ivareta omsorgen for barna?
- ønsker den rammede kontakt med likemenn (støttegruppe, forening)?

⁹⁶ Utdypende materiell er tilgjengelig på Helsedirektoratet.no i tilknytning til nettutgaven av veilederen.

5.2.3 Vold i nære relasjoner

På lik linje med andre kriser, ulykker og katastrofer vil vold i familien kunne oppleves som truende mot eget eller andres liv eller integritet, og medføre betydelige posttraumatiske reaksjoner. Når vold tematiseres i denne veilederen, er det ikke for å endre allerede etablerte ansvarslinjer vedrørende vold i nære relasjoner, men for å presisere at voldsepisoder i en familie alltid innebærer en krise for de som rammes. Behov for oppfølging over tid må alltid vurderes nøye, særlig gjelder dette barn og unge.

Vold i nære relasjoner, slik som partnervold og vold mot barn, begås av personer som man skal kunne stole på og få hjelp og beskyttelse fra. Spesielt barn opplever dette som truende. I dag vet vi at det å være vitne til vold mellom foreldre eller mot søsken gir tilsvarende alvorlige konsekvenser som det å være direkte utsatt for vold. De involverte vil kunne ha behov for hjelp både ved akutte stressreaksjoner og ved langsiktige reaksjoner.

Ved en akutt krise av andre årsaker, f.eks. ulykke, selvmord eller andre brå dødsfall, kan familien ha medlemmer som utøver eller er utsatt for vold. Kontakt med hjelpere etter en krise kan føre til at slik vold avdekkes. Medlemmer av psykososiale kriseteam og andre hjelpere må derfor kunne forholde seg adekvat til denne problematikken og sørge for at familien får hjelp.

Hjelpepersonell som kommer i kontakt med en familie etter en akutt voldsepisode, må⁹⁷ skaffe seg informasjon om det er barn i familien og sikre at alle involverte, både barn og voksne, får tilbud om nødvendig oppfølging. Foreldre undervurderer ofte hvor mye barna har fått med seg av det som har skjedd i situasjoner der det har vært vold mellom foreldre. Undersøkelser viser at barna i familien vet om voldsepisodene mellom de voksne i de aller fleste tilfellene, også når de ikke har vært direkte til stede under hendelsen (34). De som kommer i kontakt med familien, bør derfor informere foreldrene og understreke betydningen av å snakke med barna om det som har skjedd. Vold som enten berører barn direkte, eller som barn har vært vitne til utløser opplysningsplikt (jf. 3.7.2).

Kriseteamets rolle i saker med vold i nære relasjoner bør avklares. Det bør vurderes å utarbeide rutiner for samarbeidet mellom henholdsvis psykososialt kriseteam og barnevern, barnevernsvakt, lokalt krisesenter og politi (ved familievoldskoordinator). Man bør vurdere om disse planene bør inngå i både kommunens planer og rutiner for psykososial oppfølging ved kriser og katastrofer og i kommunens handlingsplan mot vold i nære relasjoner (35). Ved utrykning med politi og barnevernsvakt til en familie bør det vurderes om det er behov for å koble inn kommunens eller bydelens psykososiale kriseteam.

Mange kommuner har utarbeidet egne handlingsplaner mot vold i nære relasjoner, der innsatsbehov og samordning i kommunen beskrives. Det foreligger også nasjonale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner⁹⁸ og en strategiplan mot vold og seksuelle overgrep mot barn og unge (36).



HJELPEPERSONELL SOM

kommer i kontakt med en familie etter en akutt voldsepisode, må sikre seg informasjon mht. om det er barn i familien, og sikre at alle involverte får tilbud om nødvendig oppfølging.

97 Helsepersonelloven § 10 a andre ledd bokstav a)

98 Siste utgave ble utgitt i 2013 for periode 2014-2017.





6.1 INTERVENSJONSPRINSIPPER

Overordnede prinsipper for intervensjon ved potensielt traumatiserende hendelser kan deles inn i fire delområder:

- skape trygghet og dempe uro
- bidra til mestring, samhörighet og håp
- ivareta brukermedvirkning
- aktiv bruk av sosiale nettverk

6.1.1 Skape trygghet og dempe uro

Viktige prinsipper for all krisehjelp er å bidra til å skape trygghet og dempe uro (37). De akutte sorg- og stressreaksjonene som typisk aktiveres ved ekstreme stressbelastninger (kamp, flukt og frysreaksjoner), er sentrale for menneskelig overlevelse i faresituasjoner. Disse er dypt forankret i sentralnervesystemet og kan således ikke bare «skrus av». Den kroppslige aktiveringen er forbundet med sterkere dannelse av minner. Nyere forskning viser at tidlig demping av uro og aktivering gir færre posttraumatiske plager (38). I tidlig kriseintervensjon anses det som viktig å bidra til at mental og kroppslig uro dempes raskest mulig.

Korrekt og oppdatert informasjon, god omsorg og sikring av trygghet, bidrar til demping av uro. En enkel legeundersøkelse og pedagogisk informasjon som vektlegger det normale og hensiktsmessige ved stressreaksjonene anbefales. Slik informasjon må presenteres med varsomhet, for at det ikke skal oppleves som et press om å ha spesifikke reaksjoner for å framstå som normal. Tidlige råd om å gjenoppta vanlige rutiner, og enkle stressmestringsråd, kan være nyttige og bidra til naturlig tilheling. Der barn er involvert, kan familien trenge tidlig rådgivning fra personer med kompetanse i å sikre trygghet og berolige barna.

Mennesker som overlever dramatiske situasjoner, bør få informasjon om vanlige reaksjoner og selvhjelpsmetoder, samt motta omsorg og støtte umiddelbart. Enkle selvhjelpsmetoder kan presenteres muntlig eller skriftlig i løpet av den første uken.

Sjokk, uvirkelighetsfølelse og opplevelse av sterk energiløshet kan bidra til manglende evne til å be om hjelp for seg selv eller familien, og er en viktig begrunnelse for at hjelpeapparatet bør ha en proaktiv tilnærming overfor kriserammede. Når det psykososiale kriseteamet aktiveres, bør de rammede derfor følges opp på en proaktiv måte, både i den akutte fasen og over tid. Proaktiv psykososial oppfølging gjennomføres ved at en fra kriseteamet/kommunen aktivt henvender seg til den/de rammede og tilbyr støtte og bistand. Noen rammede kan tidlig takke nei til tilbud om støtte. I en slik situasjon kan hjelperen formidle at ny kontakt vil bli tatt etter en tid for å høre om situasjonen har endret seg, og om nye behov har oppstått. Erfaring viser at flere ønsker hjelp og støtte ved neste henvendelse. Erfaring viser også at kriserammede setter pris på å bli kontaktet på en høflig og konkret måte, og at det som oftest ikke oppleves påtrengende, selv om en kanskje ikke ønsker eller har behov for oppfølging. Rammede som takker nei til støtte- eller behandlingstilbud, bør



RAMMEDE ETTER en krise, ulykke eller katastrofe bør følges opp på en proaktiv måte.



DET ANBEFALES at rammede får en fast navngitt kontaktperson, ved kriser, ulykker og katastrofer som kan bidra til kontinuitet og helhetlig oppfølging.

informeres om at de kan ta kontakt med det profesjonelle hjelpeapparatet (kontaktperson) på et senere tidspunkt, dersom de opplever å ha behov for hjelp, støtte eller annen oppfølging.

Kriserammede har behov for å vite hva som finnes av tilbud. Det psykososiale kriseteamet / kommunen bør sammen med de berørte vurdere hvordan tjenestebehovet framover kan se ut. Både ved kriser, ulykker og katastrofer anbefales det at rammede får en fast navngitt kontaktperson. Kontaktpersonen vil bidra til kontinuitet og trygghet i oppfølgingen, samt kunne sørge for en god overføring ved behov for oppfølging i det ordinære tjenestetilbudet.

En bør være avventende med direkte, aktive psykoterapeutiske intervensjoner i en tidlig periode, såkalt avventende overvåking (watchful waiting), men dette må også vurderes i lys av hva som er forsvarlig i det enkelte tilfellet. Mange opplever naturlig bedring i tiden etter hendelsen, og tidlige terapeutiske tiltak bør bare settes i gang der det er nødvendig (f.eks. ved sterke, akutte eller vedvarende stressreaksjoner). Noen dramatiske situasjoner, slik som barnedødsfall og drap, kan gi foreldre og andre etterlatte reaksjoner som forsterkes over tid, etter hvert som de rammede tar mer innover seg det som har skjedd. Det å overleve livstruende situasjoner kan medføre at naturlig tilheling tar lengre tid. Noen sliter med vedvarende aktivering over lange perioder (måneder/år), noe som kan gi både psykisk og fysisk slitasje. For beskrivelser av konkrete tiltak i akutfasen og behov for henvisning til videre behandling se 6.2. 1 og 6.2.4.

Bruken av beroligende medikamenter (benzodiazepiner) tidlig etter en krisehendelse og i behandlingen av akutte stressreaksjoner er kontroversiell, og det anbefales derfor varsomhet ved slik forskrivelse. Medikamentene har innledningsvis en beroligende effekt, men i de få studiene som er gjort, har de ikke hatt påvisbar effekt på senere utvikling av posttraumatisk stresslidelse. Mangel på søvn den første natten etter en opprørende hendelse kan være av det gode, fordi tidlig søvn kan bidra til å forsterke minnet (39). Derimot vil det å sikre søvn over tid være viktig, ettersom søvnmangel reduserer stress-toleranse og evnen til selvhjelp.

I situasjoner med vedvarende fare, f.eks. i krigssoner, ved visse former for vold og ved noen naturkatastrofer er det bare mulig å sikre relativ trygghet. Selv en relativ trygghet kan redusere risikoen for å utvikle langtidsproblemer. Fortsatt utrygghetsfølelse kan også skyldes fysiske skader eller uvisshet om hvordan det har gått med nærstående. Når mennesker er savnet, fører det til en langvarig og energikrevende belastning med behov for vedvarende støtte. Gjenforening av splittede familier og pålitelig informasjon om savnede må prioriteres, ettersom vissheten om at nære familiemedlemmer er trygge ofte er viktigere enn at de selv er trygge. Pålitelig informasjon fra autoritativt hold er viktig. Visshet, eller en bekreftelse på uvisshet, er som regel bedre enn fantasi og rykteflom. Media kan noen ganger forsterke engstelse dersom informasjon formidles på en unødvendig dramatisk måte. Det kan derfor være hensiktsmessig å beskytte rammede mot gjentatt medieeksponering, særlig gjelder dette barn.



6.1.2 Bidra til mestring, samhörighet og håp

Mennesker som har vært utsatt for ekstreme taps- og/eller stressbelastninger, er ofte overfølsomme for situasjoner der de selv ikke har kontroll. Det bør tilstrebes en følelse av reell og/eller opplevd kontroll og styring. I møtet med kriserammede er det viktig å etablere positive reaksjonsforventninger, dvs. styrke deres overbevisning om at de gjennom sine handlinger kan påvirke sin situasjon, og gi dem troen på at handlingene vil gi et godt resultat. Dette kan oppnås gjennom støtte fra en kompetent hjelper eller noen i eget nettverk. Selvhjelpsmetoder og råd som hjelper til med å takle eller regulere egne tanker, følelser, atferd og/eller aktivering er nyttig, eksempelvis gjennom avspenningsteknikker, distraksjon eller demping av plagsomme tanker.

Det må være forståelse og aksept for at noen ikke ønsker profesjonell støtte eller hjelp. Tro på egen mestring og at hjelp og støtte fra eget nettverk er godt nok, kan for noen bidra til opplevelse av større kontroll over egen situasjon. Det kan også bidra til at hendelsen oppleves som mindre sentral og mindre betydningsfull i den enkeltes liv, noe som kan redusere risikoen for psykiske plager.

Aktivitet, retur til arbeid eller deltakelse i opprydning og gjenreising av ødelagte materielle ting kan hjelpe mennesker til å se framover og reetablere håp. Dette kan motvirke negative tanker og bidra til positive forventninger om framtiden. Lange sykmeldinger kan føre til det motsatte, med hjelpeløshet og inaktivitet som resultat. For andre kan lengre sykmeldinger være det eneste mulige, spesielt dersom reaksjonene er uforenlige med å utføre spesielle arbeidsoppgaver.

Det er viktig å mobilisere samhörighet og håp. Det skjer best gjennom aktiviteter der mennesker kjenner fellesskap og samhold. Gode ledere kan gjennom handling og ord gi tillit til at verden kan gjenopprettes som forutsigbar og trygg. Ritualer tjener ofte viktige funksjoner mht. samhörighet og håp, de styrker samhold og fellesskap etter en krise eller katastrofe. Ritualer gir mulighet til å uttrykke dype følelser uten å gå veien om ord og markerer symbolsk viktige overganger i våre liv. Dette gjelder bl.a. rituelle handlinger som åpen kirke, lystening, markering på ulykkesstedet, minnestund og offentlige minnemarkeringer. Det er viktig at barns involvering i ritualer planlegges, og at de får tilstrekkelig med forklaring før deltakelse ut fra alder, samt god støtte under og i etterkant av gjennomførte ritualer.

6.1.3 Ivaretagelse av brukervedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og bidrar til bedre og mer målrettet oppfølging, fordi erfaringskunnskap og fagkunnskap sees i sammenheng. Brukere og brukerorganisasjoner skal benyttes som en sentral rådgivende part i alt kvalitetsarbeid som berører utformingen av brukernes tjenester.⁹⁹ Brukerne, i denne sammenheng berørte av kriser, ulykker og katastrofer, tilfører sentrale perspektiver for kvalitetsforbedring av den psykososiale oppfølgingen. Utvikling og forbedring av tjenestene i tråd med målsettingen om å gi et forsvarlig og verdig tjenestetilbud av god kvalitet fordrer lydhørhet og respekt for berørtes erfaringer og tilbakemeldinger.



DET ER viktig at hjelpen er fleksibel, tilpasset de rammedes behov og har et familieperspektiv.

99 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10



BRUKERINNFLYTELSE MÅ

sikres i alle deler av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

BRUKERMEDVIRKNING ER

en rettighet i alle stadier av et forløp, fra den akutte situasjonen oppstår og gjennom hele oppfølgingen.



EN DEL av medvirkningsretten er å la pasient eller bruker få mulighet til å gi sin vurdering av hjelpen i ettertid.

ET HOVEDPREMISS for reell brukermedvirkning er at det gis tilstrekkelig informasjon på alle stadier i forløpet. Ved behov må det ytes tolkebistand.

Det er i Norge samlet betydelig erfaring fra psykososial oppfølging i form av forskning og klinisk praksis som samstemmer med kriserammedes formidlede ønsker. Fra rammedes side ønskes tidlig og koordinert hjelp, et bredspektret hjelpetilbud som strekker seg ut mot dem og som gjentas, hjelp som er til stede over tid, kontakt med andre i samme situasjon og kontinuitet blant hjelperne. Det er vesentlig at dette legges til grunn som faglig bakgrunn for tilrettelegging av psykososial oppfølging. Selvhjelpsgrupper og støttegrupper utgjør et fellesskap av mennesker som har gjennomlevd samme eller tilsvarende krise eller katastrofe. Slike grupper verdsettes høyt av mange rammede.

I tiden rett etter en alvorlig hendelse kan det være utfordrende for den rammede å foreta rasjonelle valg. I denne perioden kan det være et ønske og et behov for at andre enn den rammede selv står for valg og beslutninger. Det er likevel viktig at de fagpersonene som bistår i psykososial oppfølging, ivaretar den enkeltes rett til brukermedvirkning. Dette betyr i praksis at lydhørhet for berørtes oppfatninger, erfaringer og behov legges til grunn for beslutninger og utforming av tjenestetilbud, så langt det er forsvarlig og innenfor det som kan forventes av kommunen sett i lys av rammebetingelsene. Brukermedvirkning har en egenverdi i at mennesker som tilbys eller selv søker hjelp, vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert. Dette vil kunne bidra positivt i den enkeltes bedringsprosess. Brukermedvirkning skal ikke oppleves som en merbelastning for den berørte, men skal oppleves som noe positivt som gir rammede innflytelse over den hjelpen som gis. Retten til å medvirke fritar aldri helse- og omsorgspersonell fra å treffe faglig forsvarlige avgjørelser.

Brukermedvirkning forutsetter at den rammede sikres rett til tilstrekkelig informasjon som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger i situasjonen.¹⁰⁰ For personer som er i krise, kan det være utfordrende å ta til seg og huske informasjon som blir gitt. Informasjon bør gis i en dialogsituasjon hvor den rammede får mulighet til å stille avklarende spørsmål og oppleve forståelse og respekt. God kommunikasjon må sikres. Helse- og omsorgspersonell skal så langt som mulig sikre at vedkommende har forstått innholdet og betydningen av de opplysningene som gis.¹⁰¹ Muntlig informasjon bør understøttes av skriftlig materiale eller gjentas på et senere tidspunkt. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens eller brukers journal.¹⁰² Informasjon kan unnlates i en nødrettssituasjon for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade på pasienten. Begrunnelsen for å unnlate å gi informasjon er journalpliktig informasjon.¹⁰³

Helse- og omsorgspersonell bør i hvert enkelt tilfelle vurdere hvordan det skal legges til rette for at berørte skal oppleve reell mulighet til å medvirke. Dette er individuelt. Den rammedes interesser kan i tillegg ivaretas av pasientens pårørende. Pårørende bør få tilbud om medvirkning i både planlegging og gjennomføring av tiltakene.¹⁰⁴ Pårørendes adgang til medvirkning vil som hovedregel være avhengig av samtykke fra pasienten. Dersom pasienten ikke har

100 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 første ledd

101 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 andre ledd

102 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 tredje ledd

103 Helsepersonelloven § 40

104 Medvirkning fra pårørende, se pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 tredje ledd, 3-1 fjerde ledd, 3-3, 3-4, se også §§ 4-3 flg.



samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.¹⁰⁵

Evaluering av tjenestetilbudet er en naturlig del av oppfølgingen, og rammede kan selv gi nyttig informasjon om hva som har fungert, og hva som bør forbedres. I tillegg til å innhente erfaringer fra de rammede, er det viktig å innhente erfaringsbasert kunnskap gjennom aktiv dialog med støttegrupper og foreninger i utforming av gode tjenester.¹⁰⁶

6.1.4 Aktiv bruk av sosiale nettverk, selvhjelpsgrupper og støttegrupper

Det er vesentlig at det offentlige krisearbeidet ikke overtar oppgaver eller støttefunksjoner som det ordinære sosiale nettverket, selvhjelpsgrupper og støttegrupper bør ha. Det kan føre til at nettverket trekker seg tilbake. Nettverksstøtte har stor betydning og kan fylle andre behov enn det offentlige krisearbeidet. Kriserammedes åpenhet og tydelighet mot egne sosiale nettverk er viktig for å optimalisere støtten som ligger i nettverkene. Menneskene i nettverkene blir bedre støttepersoner når de gis informasjon og trygges på sin støtte til de rammede (15).

Nettverket vil bestå langt utover det offentliges assistanse og er en viktig faktor som kan påvirke helsen positivt. Antallet splittede familier og større mobilitet gjør at en bør være spesielt oppmerksom på familier/personer med liten sosial nettverksstøtte, inkludert eldre. For personer som ikke har et godt sosialt nettverk rundt seg, er den offentlige støtten svært viktig. Uavhengig av type hendelse bør det tidlig sjekkes ut om den rammede har et nettverk som kan aktiveres. Her er det viktig å være oppmerksom på ulike typer relasjoner innen familien og spesifikke familiære forhold, som f.eks. splittede familier og kulturelle utfordringer.

Sentrale intervensjonsprinsipper er

- å skape mulighet for mestring gjennom
 - egenaktivitet som motvirker hjelpeløshet og bidrar til økt selvhjelp
 - positiv feedback på gode handlingsvalg og bruk av selvhjelpsmetoder
- å bidra til god sosial støtte og samhørighet ved
 - å legge forholdene til rette for støtte fra venner og familie
 - å la lokal- og storsamfunn få uttrykke sin støtte
- å stimulere håp gjennom
 - informasjon om hvordan andre har kommet videre i livet
 - vektlegging av positive forventninger til at ting vil bli bedre
- å tilrettelegge for tidlig gjenopptagelse av aktiviteter som ellers kan bli gjenstand for unngåelse ved
 - tidlig reeksponering for å motvirke fobidannelse, f.eks. reise med bil/buss etter en trafikkulykke
 - aktiviteter som utfordrer frykt og unngåelse, f.eks. retur til et hendelsessted

105 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd

106 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10



6.2 TILTAK I DEN PSYKOSOSIALE OPPFØLGINGEN

6.2.1 Psykososiale tiltak i akuttfasen (Psykologisk førstehjelp)

Støtten i akuttfasen, også kalt psykologisk førstehjelp, tar utgangspunkt i at fysisk og psykisk tilstedeværelse av helse- og omsorgspersonell og andre støttepersoner er viktig for opplevelsen av omsorg hos de kriserammede (40).

Psykologisk førstehjelp tar sikte på å redusere den første angsten som de traumatiske hendelsene har skapt, og legge til rette for fungering og mestring på kort sikt. Psykologisk førstehjelp legger ikke til grunn at alle overlevende vil utvikle alvorlige psykiske helseproblemer eller få langvarige problemer med å komme tilbake til et normalt liv. Tilnærmingen er derimot basert på en forståelse av at overlevende etter kriser, ulykker og katastrofer og andre som er rammet av slike hendelser, vil oppleve et bredt spekter av umiddelbare reaksjoner, for eksempel fysiske, psykologiske, atferdsmessige og åndelige. Noen av disse reaksjonene vil skape så store plager at de vil ha negativ innvirkning på den adaptive mestringen, og bedringsprosessen kan fremmes gjennom medfølelse og omsorgsfull oppfølging. Målsettingen er å opprettholde eller så godt som mulig understøtte, en normalisering av dagliglivet for den/de kriserammede.¹⁰⁷

OPPGAVER FOR PSYKOSOSIALT PERSONELL I AKUTTFASEN (DEN FØRSTE UKEN)

- bringe rammede til et sted hvor det ikke er risiko for tap av liv og helse eller for vonde vitneopplevelser
- formidle informasjon om hva som har hendt, og årsaken til dette
- formidling av dødsbudskap er politiets ansvar, men kan delegeres
- etablere en omsorgsfull ramme rundt rammede og skape struktur dersom situasjonen er kaotisk
- forsikre den kriserammede om at hans/hennes reaksjoner er normale reaksjoner på en unormal situasjon, og ikke uttrykk for sykdom eller at vedkommende er i ferd med å bli gal
- gi enkel informasjon om vanlige reaksjoner som kan forekomme etter en opplevd krise
- bidra med tidlige selvhjelpsråd
- støtte den kriserammedes egen mestringsevne ved å signalisere at vedkommende vil klare å mestre hendelsen
- gi informasjon om hva som videre vil skje og skape realistiske forventninger i forhold til arbeid og/eller skole
- beskytte mot ytterligere stress (f.eks. media)
- bistå ved minnemarkeringer og andre ritualer
- yte praktisk bistand og hjelp til den kriserammede ved behov

107 Utdypende materiell er tilgjengelig på Helsedirektoratet.no i tilknytning til nettutgaven av veilederen.



Kunnskap om spesielle behov blant rammede, f.eks. manglende norskkunnskaper eller funksjonsnedsettelse, vil være relevant for å planlegge den hjelpen som er nødvendig i akuttfasen, og hvilke og hvor mye ressurser det er behov for i det videre arbeidet.¹⁰⁸ Diagnostikk og behandling av alvorlige eller langvarige reaksjoner vil være en del av den ordinære helsetjenestens ansvar.

OPPGAVER SOM YTES AV AMBULANSELEGE, LEGE OG SPESIALISTHELSETJENESTEN I AKUTTFASEN (FØRSTE UKEN):

- undersøke personer med sterke sjokkreaksjoner for å utelukke legemlig skade, f.eks. indre blødning som årsak til apati (ambulanspersonell, lege)
- foreta en medisinsk undersøkelse der akutte stressreaksjoner er langt sterkere enn forventet, eller der rammede har vært utsatt for eventuelle fysiske skader (lege)
- vurdere tiltak ved psykotiske reaksjoner. Dette er ikke vanlig ved kriser og katastrofer. Hvis de opptrer, bør pasienten behandles hjemme, forutsatt at det er tilstrekkelig hjelp hele døgnet og lett tilgang på rådgivende helsepersonell. Innleggelse på psykiatrisk akuttavdeling vurderes dersom den psykotiske reaksjonen er sterk (lege, spesialisthelsetjeneste)
- vurdere bruk av legemidler ved sterk uro. Vanligvis er dette ikke indisert ved akutte stressreaksjoner. Bruk av sovemidler bør vurderes etter flere netters fravær av søvn (lege)

6.2.2 Informasjon og ivaretagelse av etterlatte

Melding til etterlatte om dødsfall utenfor hjem eller helseinstitusjon er et politiansvar. Det er det enkelte politidistrikt, ved politimesteren, som er ansvarlig for å utarbeide lokalt tilpassede rutiner for samarbeidet mellom politiet og ulike ledd i helsetjenesten, Kirken og andre aktuelle tros- og livssynsamfunn (41).

Det er en innarbeidet praksis at politiet delegerer til kirke, eventuelt andre tros- og livssynsamfunn, å formidle dødsbudskap. Imidlertid vil mange etterlatte i dag få kjennskap til plutselige dødsfall via mobiltelefon, Internett eller TV/radio. Det betyr at prestens besøk ofte blir en bekreftelse av det familien allerede vet. Ved katastrofer kan prest tilknyttet lokal redningssentral (LRS) inngå i en gruppe sammen med polititjenestemenn for å fremme en god og korrekt varsling til pårørende. Når dødsbudskap formidles, bør en tilstrebe å skape en rolig og omsorgsfull ramme. Dette innebærer respektfull formidling av informasjon, tid for pårørende til å ta innover seg og begynne å forstå den informasjon de får, samt anledning til å stille spørsmål i etterkant.

I mange sammenhenger vil lege eller annet helsepersonell være de som overbringer dødsbudskapet til pårørende/etterlatte. Et tett samarbeid med politiet om dette er derfor viktig.

¹⁰⁸ Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov og forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Det skal arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.



Det må vurderes om budskap skal formidles på telefon for å unngå at etterlatte får dette på en ikke-planlagt måte fra andre som har vært vitne til, eller har fått vite om, hva som har skjedd. Selv om slik varsling ikke er ideell, tvinger det moderne kommunikasjonssamfunnet fram endringer i formidling av dødsbudskap. Den som kontakter hjemmet, må være forberedt på hvordan budskapet skal overbringes dersom pårørende ikke snakker norsk, og evt. avklare behov for tolk på forhånd. Foreldre kan ha behov for råd om hvordan budskap skal overbringes til barn i familien.

Kontakten med pårørende/etterlatte med informasjon om dødsfallet og nødvendig oppfølging vil normalt fortsette etter at selve akuttfasen er over, og er ofte et samarbeid mellom politi og andre fagpersoner som fastlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste, hjemmebaserte tjenester, psykisk helsetjeneste i kommunen med flere. Bistand fra Kirken eller aktuelle tros- og livssynssamfunn inngår i dette tverrfaglige arbeidet.

Formidler av dødsbudskapet bør være sikker på at den som mottar budskapet, ikke blir alene i etterkant av at budskapet er formidlet, og at noen vil være til stede for vedkommende. Fokus i situasjonen vil være på omsorg, støtte og veien videre.¹⁰⁹

109 Utdypende materiell er tilgjengelig på [Helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no) i tilknytning til nettutgaven av veilederen.



RÅD FOR UMIDDELBAR OG TIDLIG STØTTE TIL ETTERLATTE VED DØDSFALL

- inviter til en åpen og direkte samtale med hele familien samlet om det som har hendt
- sikre barna tilgang til fakta og mulighet til å fortelle hva de har opplevd
- gi barna hjelp til å utrykke seg gjennom tegning og lek
- gi kunnskap om sorg, sorgprosess og mestring. Fokuser på det akutte og de store variasjonene i sorgreaksjoner og forløp over tid
- skap rammer for de første dagene. Råd familien til å følge hverdagslivets rutiner
- skap forståelse i nettverket, slik at andre blir sikre på hvordan de kan støtte og snakke med de sørgende. Det er best om de sørgende selv setter agendaen for hvordan de ønsker støtte akutt og på lang sikt. Noen har nok støtte i sitt nettverk, andre trenger ytterligere psykososial støtte
- sørg for informasjon til barnehage og skole før barna igjen skal tilbake til hverdagsrutinene¹¹⁰
- stimuler til deltakelse i ritualer, f.eks. syning, bisettelse, begravelse og eventuelle minnegudstjenester. Barn bør forberedes og ha følge som kan støtte og forklare underveis og i etterkant
- der avdød er sterkt skadet, bør det gjøres en grundig vurdering om det bør være syning, særlig gjelder dette i forhold til barn
- ved katastrofer der mange døde skal synes, bør fortrinnsvis personell som har erfaring med å ha deltatt på syning, være de som bistår etterlatte i situasjonen
- vær forberedt på å bistå skoler, barnehager og arbeidsplasser ved plutselige dødsfall
- vektlegg enkeltpersoners og familiers mestringsevne i den aktuelle situasjonen, samt aktuelle ressurser og styrker. Dette bør om mulig skje i samspill med familiens nettverk
- der foreldre ikke bor sammen er det viktig å ivareta begge foreldres individuelle behov for informasjon og støtte
- vurder behov for bistand til omsorgspersoner for å håndtere barns reaksjoner. Dette er særlig viktig i de tilfellene der omsorgspersonene ikke er i stand til å ivareta sine omsorgsfunksjoner (voksnes støtte over tid gir en god ramme for barns langsiktige mestring)
- vurder etterlattes behov for et møte med det innsats- og helsepersonell som først kom til ulykkesstedet. I noen tilfeller bør det skapes et møtepunkt med frivillige som hjelp til
- undersøk interessen for likemannsstøtte, og hjelp evt. etterlatte til å komme i kontakt med likemenn (f.eks. kontakt med organisasjonen LEVE for etterlatte ved selvmord)

For mer detaljert informasjon omkring formidling av budskap, se www.kriser.no



ALL PSYKOSOSIAL oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer bør ha som målsetting å hjelpe kriserammede tilbake til normal funksjon i arbeids-, familie- og samfunnsliv.

6.2.3 Psykososial støtte og hjelp etter akutfasen

Et flertall vil mestre kriser, ulykker og katastrofer uten behov for hjelp av lege, psykolog eller andre fagfolk. I krisesituasjoner vil hjelp til selvhjelp og støtte fra nærmiljø, venner og arbeidskolleger være viktig. Hvordan den rammede best kan hjelpes, er avhengig av personlighet, tidligere erfaringer og hva vedkommende har opplevd under og etter hendelsen. Hjelpen må i første rekke konsentrere seg om situasjonen her og nå, hva som skjedde, og de umiddelbare konsekvensene krisen kan ha, eller har hatt, for personen selv, familien og de nærmeste omgivelsene. Det mobiliseres ofte betydelige ressurser innledningsvis etter kriser og katastrofer, men mange kriserammede erfarer at oppfølgingen fra tjenestene over tid er mer mangelfull.

Tjenestene må sørge for at det gis nødvendig informasjon også under langtidsoppfølgingen, ikke bare i den første fasen.¹¹¹ All psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer bør ha som målsetting å hjelpe kriserammede tilbake til normal funksjon i arbeids-, familie- og samfunnsliv.¹¹² Samspillet mellom nettverket og de rammede stilles overfor mange nye utfordringer dersom tidligere former for samhandling ikke fungerer som før, spesielt i starten (15). Enkelte opplever at deler av nettverket blir en belastning fordi det ikke er samsvar mellom forventet og mottatt støtte. Kriserammede opplever ofte at nettverket forventer at man er tilbake til normalen langt tidligere enn det de selv erfarer, og at støtten opphører tidligere enn det som er det opplevde behovet. Dette gjelder spesielt etter tap av nærstående personer, eller andre dramatiske hendelser som krever en lengre bearbejdsperiode.

Rammede som har begynt å unngå aktiviteter som de deltok i før hendelsen, enten det er samvær med andre eller spesifikke ting de har begynt å frykte (som de assosierer med det som hendte), bør oppmuntres av familie, nettverk og hjelpetjeneste¹¹³ til å motvirke dette. I all behandling av posttraumatiske stressreaksjoner og fobiske reaksjoner inngår elementer av eksponering i tanke eller i handling. Man bør søke å unngå at frykt får begrense livsutfoldelse, og den/de kriserammede bør tidlig oppmuntres til å gjenoppta sine hverdagsaktiviteter. For dem som er plaget av traumatiske etterreaksjoner i uker og måneder, vil mer individrettet behandling være nødvendig.

De best dokumenterte behandlingsmetodene for personer som trenger traumespesifikk behandling, er kognitiv atferdsterapi, eksponeringsterapi, og EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).¹¹⁴ Dette er behandlingsmetoder som utøves i spesialisthelsetjenesten. Erfaring tilsier at et alvorlig traume ofte kan aktivere tidligere problemer. Om sorgreaksjoner utvikler seg til å bli kompliserte sorgreaksjoner, har spesifikke hjelpemetoder, bl.a. basert på kognitiv atferdsterapi, vist seg mest effektive (43). Når sorgen vedvarer, f.eks. hos foreldre i familien, kan hjelp til å sette ord på savn og sorg, og til å reorganisere livet gjennom å omdefinere roller og funksjoner i familien inngå som sentrale tiltak. Familievernkontorene kan også være til god hjelp.

Det understrekes at det er de individuelle behovene hos den som trenger hjelp,

111 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og forvaltningslovens alminnelige veiledningsplikt i § 11

112 Ulike støttetiltak er beskrevet av Berkowitz og medarbeidere (42).

113 Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre funksjonshemmede og andre som har behov for det, jf. hol. § 3-3 tredje ledd.

114 Utdypende materiell er tilgjengelig på [Helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no) i tilknytning til nettutgaven av veilederen.



som bør være avgjørende ved valg av behandlingstilnærming. For beskrivelse av behandlingsformer for dem som trenger videre behandling, vises det til supplerende litteratur.

6.2.4 Henvisning til spesialisthelsetjenesten

En beslutning om å henvise til spesialisthelsetjenesten må foretas ut fra en individuell vurdering av pasientens behov i hvert enkelt tilfelle. Etter prinsippet om Lavest Effektive Omsorgsnivå (LEON-prinsippet) skal vedkommende ikke henvises til spesialisthelsetjenesten hvis den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp som står i forhold til de behov vedkommende har for tjenester. Hvis kommunen ikke besitter den nødvendige faglige kompetanse og kapasitet i forhold til den enkeltes behov for hjelp, skal personen alltid henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Vurdering av henvisning skal gjøres i samråd med rammede selv. Spesialisthelsetjenesten og kommunen må samarbeide om oppfølging og gjensidig kunnskapsoverføring i forbindelse med langtidsoppfølging av berørte etter kriser, ulykker og katastrofer.

TEGN PÅ BEHOV FOR HENVISNING TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN KAN VÆRE

- når det foreligger sterke og akutte stressreaksjoner med symptomer på realitetsbrist
- når de psykologiske ettervirkningene øker eller de forblir sterke og vedvarende utover de første tre-fem ukene. Naturlig savn og lengsel etter et dødsfall har ofte lengre varighet uten at det nødvendiggjør henvisning
- dersom en etterlatt, overlevende eller pårørende endrer atferd, isolerer seg fra andre, får økende angst, depressive symptomer, økt søvnløshet, plages av invaderende minner eller fortsetter å ha sterke kroppslige symptomer utover de første tre-fire ukene etter hendelsen
- alvorlige selvmordstanker¹¹⁵
- når man ønsker å være alene, trekker seg tilbake i forhold til venner, får vansker på skolen, eller får ubestemmelige kroppslige symptomer
- dersom berørte har en latent eller manifestert psykisk lidelse
- dersom barn lever i vanskelige familiesituasjoner med omsorgssvikt og dårlig sosialt nettverk
- dersom berørte tidligere har vært utsatt for alvorlige traumer eller risikosituasjoner med etterreaksjoner
- dersom det oppstår nye eller forsterkede rusmiddelproblemer knyttet til hendelsen
- når en etterlatt, overlevende eller pårørende ikke er i stand til å fungere i sitt daglige liv (sosialt, skole- eller yrkesmessig)

6.3 SPESIELLE FORHOLD VED STORE HENDELSER OG KATASTROFER

6.3.1 Organisering

All redningstjeneste koordineres og styres gjennom to hovedredningssentraler (HRS) i Norge (Stavanger og Bodø). Hvert politidistrikt oppretter en lokal redningsentral (LRS) ved behov, med politimesteren som leder. Avhengig av

115 Se Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, IS-1511



hendelsen inngår ulike representanter i LRS. Fylkesmannen har samordningsansvar for sin region.

6.3.2 Pårørendetelefon

Ved katastrofer er pårørendetelefon en funksjon som snarest skal opprettes av det berørte politidistrikt eller hovedredningssentral for å ivareta informasjonsbehovet mellom politi og pårørende. Det nasjonale kontaktnummeret for pårørende er: 815 02 800. I en akutfase vil betjening av slike telefoner kunne være meget krevende. Det er derfor viktig med trent personell og at sentralen har tilstrekkelig kapasitet og bemanning.

6.3.3 Pårørendekontakter

I den akutte fasen skal politidistriktene etablere pårørendekontakter for å sikre oppfølgingen for overlevende og etterlatte på kort og lang sikt. Dette bør skje i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten/kriseledelsen i den/de berørte kommunene. Om større bedrifter er rammet, må kommunene koordinere sitt arbeid med HMS-tjenesten i bedriftene, da større bedrifter ofte har sine egne oppfølgingsplaner og pårørendekontakter. Slik kan de rammede tilbys koordinert bistand. Det kan være formålstjenlig at det opprettes en pårørendekontakt i det kommunale hjelpeapparat¹¹⁶, på tilsvarende måte som store bedrifter ofte velger å gjøre.

6.3.4 Evakuerte- og pårørendesenter (EPS)¹¹⁷

Etterlatte og overlevende (inkludert pårørende) med små eller ingen skader vil ofte ha behov for å samles for å få informasjon, støtte hverandre, få oversikt over hva som skjedde, og dele sine opplevelser. Et pårørendesenter, ofte kalt Evakuerte- og pårørendesenter (EPS)¹¹⁸, og ved behov et senter for uskadde/lettere skadde, overlevende og deres nære pårørende, vil i en tidlig fase være et sted for fysisk oppmøte hvor pårørende kan få informasjon, hjelp, omsorg og samtale. Dette vil også være et sted hvor det psykososiale kriseteamet og andre kommunale tjenester kan etablere kontakt og utøve psykososiale støtte-tiltak for rammede.¹¹⁹ Pressen skal ikke ha tilgang til senteret, og politiet kan ha en viktig funksjon når det gjelder vakthold. Flere kommuner har gjort forhåndsavtaler med bestemte hotell som har nødvendige fasiliteter for å fungere som et slikt senter.

Opprettelse av pårørendetelefon og et Evakuerte- og pårørendesenter er politiets ansvar, men kommuner kan ved behov etablere dette på eget initiativ. Dette kan med fordel spesifiseres gjennom en samarbeidsavtale som ivaretar en forutsigbar ansvars- og oppgavefordeling.

Det er viktig å ha riktig og tilstrekkelig bemanning. I en tidlig fase er det bedre med for mange tilgjengelige personellressurser enn å erfare at man har for få ansatte til å bistå i oppfølgingen. Organisering og rolleavklaring er avgjørende. Dette bør fremgå av relevant planverk og være øvet. Øvelser, forutsigbarhet, kompetanse, evaluering og avklarte roller er viktig for å hindre misforståelser vedrørende ansvar, rolle og funksjon blant dem som deltar i oppfølgingsarbeidet.

116 Jf. anbefalingene fra Helsedirektoratet etter terrorangrepene 22. juli 2011.

117 Omtales av enkelte som Informasjons- og støttesenter.

118 Jf. kapittel 1 - pårørende omfatter ulike nære relasjoner.

119 Det psykososiale arbeidet ved et slikt senter er mer utførlig beskrevet i Straume og Heltne (44).



PRESSEN SKAL ikke ha tilgang til Evakuerte- og pårørendesenteret (EPS).



I arbeidet med å ivareta pårørende som venter på informasjon om nærstående og mer avklaring om situasjonen, bør det legges opp til hyppige oppdateringer. I en tidlig fase kan annonserte oppdateringer, f.eks. hver time, ha en viktig omsorgsfunksjon som demper uro blant de som venter. Etatens ledere på alle nivåer i politiet har et ansvar for at informasjonen fra politiet er profesjonell og i samsvar med overordnet regelverk, overordnede instruksjoner og mål.¹²⁰ I tillegg vil det ved et Evakuerte- og pårørendesenter kunne bli gitt informasjon fra lokale myndigheter, det psykososiale kriseteamet m. fl. Driften av senteret kan være en sentral oppgave for det psykososiale kriseteamet. Det bør sikres god informasjon på kommunens nettsider om at det er opprettet et Evakuerte - og pårørendesenter.

Kommunen bør sikre at det finnes personer med mangfoldskompetanse i bemanningen av et Evakuerte- og pårørendesenter dersom sammensetningen av de rammede tilsier dette.

Selv om det opprettes et felles senter, bør som en hovedregel etterlatte samt overlevende og deres pårørende være fysisk atskilt (rom for begge grupper må være tilgjengelige), da de har ulike behov for psykososial støtte og omsorg. Mens glede og lettelse kan prege overlevende og deres familier, kan etterlatte og familiene til savnede være i en helt annen psykisk situasjon. Dette må vurderes avhengig av situasjonens karakter og omfang.

Dersom overlevende har mistet nære familiemedlemmer eller nære venner, må en vurdere i hvilken grad de bør oppholde seg sammen med andre etterlatte. Dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle i samarbeid med den/de kriserammede. Det må sikres gode forhold rundt de rammede. Hvordan man sikrer dette, bør framgå av de kommunale beredskapsplanene og øvrige planer.

I SITUASJONER MED LANG VENTETID BØR FØLGENDE FORHOLD VEKTLLEGGES

- informasjon hver time - selv når det ikke foreligger ny informasjon
- råd om kontakt med media/journalister
- råd om eksponering mot nyheter og medieomtale om hendelsen (stort forbruk er forbundet med mer vansker i ettertid)
- råd om bruk av sosiale medier (Facebook, Twitter etc.)
 - vise forsiktighet mht. bruk, informasjon som legges ut etc.
- gi råd til familiene om å økonomisere med sine mentale ressurser
 - råd angående søvn
 - råd om aktiviteter (distraksjon) som kan redusere ventetiden og avlede fra konstant bekymring
- etterhvert som situasjonen avklares, dele de overlevende og deres pårørende, de etterlatte, og pårørende til savnede personer inn i separate grupper, der dette er mulig
- la ledere og offentlige personer komme for å markere sin støtte til familiene, men unngå overstimulering

¹²⁰ Politiet i lokalsamfunnet. Veileder om politiets kommunikasjon og samhandling med kommuner og andre aktører på lokalt og regionalt nivå, punkt 6.1.



TILKNYTNING TIL arbeidslivet er en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling.

6.3.5 Når bedrifter og organisasjoner rammes

Når arbeidstakere i en bedrift eller organisasjon rammes av en krise, ulykke eller katastrofe, kan psykososial oppfølging ivaretas av organisasjonen. En slik modell ble utviklet og benyttet systematisk for oppfølging av de ansatte etter eksplosjonen i Jotun malingfabrikk, Sandefjord i 1976 (45). Erfaringen var at dette syntes å redusere risikoen for langvarige sykmeldinger og uførhet. Samme modell har senere vært benyttet ved en rekke kriser, ulykker og katastrofer som har rammet bedrifter eller organisasjoner, og har i mange sammenhenger blitt omtalt som HMS-modellen eller bedriftsmodellen (46).

Det er mange fordeler med at arbeidsgiver tar ansvar for sine ansatte også i den psykososiale oppfølgingen etter alvorlige hendelser.¹²¹ Organisasjonens samlede ressurser kan utnyttes ved at både ledelsen og de tillitsvalgte involveres. Bedriftshelsetjenesten har nærhet til de ansatte, lav terskel for tilbud om hjelp og en høy troverdighet i arbeidsmedisinske spørsmål. Den har kompetanse på organisasjonen og de ansattes arbeidssituasjon, og den har myndighet til å foreslå eller iverksette tiltak. Lederopplæring og tilrettelegging av ansattes arbeidssituasjon må vurderes. For mange med psykiske helseutfordringer er tilknytningen til arbeidslivet en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling. Helsetjenestene må i større grad se arbeid og aktivitet som både et ledd i og et mål for behandlingen. Lengre tids sykefravær kan gi dårligere helse for den enkelte og øker risikoen for varig utstøting fra arbeidslivet.

Bedriftshelsetjenesten¹²² har mulighet for å innkalle til helseundersøkelse, den har prosedyrer for screening av de ansatte og rutiner for videre henvisning til helse- og omsorgstjenesten. Et arbeidsmedisinsk perspektiv sikrer langt på vei en bred psykososial og medisinsk tilnærming. Et nært samarbeid mellom bedriftshelsetjenesten, ledelsen, tillitsmannsordning og verneombud øker legitimiteten til tiltakene som iverksettes. En rask og fortløpende tilbakemelding til ledelsen er viktig.

Forskning har vist at ledelse med engasjement, forutsigbarhet og anerkjennelse, samt tydelige rolleforventninger, var nært forbundet med mindre psykiske stressreaksjoner for de rammede i regjeringskvartalet etter bombeeksplosjonen 22. juli 2011 (47). Forskningen gir holdepunkter for at et positivt sosialt samspill og støtte fra kolleger og ledere er fordelaktig. Spesielt ser det ut til at ledere har en viktig rolle i å støtte og legge til rette for at ansatte kan oppleve best mulig helse og trivsel i tiden etter en alvorlig hendelse.

HMS-modellen er særlig aktuell i organisasjoner som har en egen bedriftshelsetjeneste, men kan også benyttes av organisasjoner som velger å leie inn eksterne aktører i en krisesituasjon. En både-og-løsning er mulig i tilfeller der egen bedriftshelsetjeneste ikke har tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre hele arbeidet, men er avhengig av å leie inn forsterkninger.

Det er viktig å inkludere familien til den rammede i oppfølgingen dersom denne modellen velges, og knytte kontakter med det øvrige hjelpeapparatet der det

121 Arbeidsmiljøloven kapittel 3 og 4 som stiller krav til helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

122 Arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet når risikoforholdene i virksomheten tilsier det, jf. arbeidsmiljøloven § 3-3.



er behov for det. Noen krisehendelser krever et nært samspill mellom kommunale tjenester og HMS-tjenesten, og gode kontaktpunkter og felles øvelser kan bidra til god samhandling.



KOMMUNEN MÅ sikre at kvaliteten av omsorg er den samme for ulike kulturelle grupper.

6.4 UTSATTE GRUPPER

Tjenestene må planlegges og utøves slik at de ivaretar den enkeltes behov for tilrettelegging av hjelp. Kommunen/det psykososiale kriseteamet må sikre seg kunnskap og kompetanse om innbyggerne i lokalsamfunnet for å kunne forstå, samhandle og samarbeide godt med mennesker av forskjellige kulturer. Dette for å sikre at kvaliteten av omsorg er den samme for ulike kulturelle grupper. Det er i tillegg vesentlig å ha kunnskap om ev. spesielle helseutfordringer, dette for at det skal ytes god, likeverdig og tilpasset psykososial oppfølging.

6.4.1 Barn og ungdom

Barns reaksjoner påvirkes av foreldrenes og omgivelsenes reaksjoner. Deres reaksjoner er vanligvis ikke kvalitativt forskjellige fra voksnes, men barn kan ofte gå mer inn og ut av følelsetilstander og kan i perioder virke helt uberørte av det som har skjedd (48). Reaksjoner hos barn kan bære preg av forvirring og misforståelse omkring fakta dersom de ikke er tilstrekkelig informert. I tillegg ser man at de ofte ikke vil sove alene, kan bli klengete, få raserianfall, vise tegn til separasjonsangst og hyperaktivitet. Barn kan også oppleve tilbakefall i til lærte ferdigheter og selvstendighet, f.eks. at de begynner med sengevæting eller ikke får til å sovne på egen hånd (49). Sorgreaksjoner og posttraumatiske stressreaksjoner som konsentrasjonsvansker og søvnproblemer hos barn og unge kan påvirke yteevnen og skoleresultater, og dermed få langvarige konsekvenser. Barn som mister foreldre eller søsken, klarer seg ofte bedre dersom de har en voksenperson som oppleves som en trygg base (50;51). Små barn er grunnleggende avhengige av sine omsorgsgivere, og er derfor spesielt sårbare.

Det er vanlig at ungdomsalderen er preget av usikkerhet og grubling rundt hvem man er. Ungdom som er utsatt for traumatiske livshendelser, opplever flere depressive plager og selvmordstanker enn dem som er yngre. Et godt barometer på unges mestring er hvordan de fungerer i forhold til søvn, sosialt liv og skole. Enkelte unge vil stå i fare for å ty til rusmidler for å hanskkes med en livssituasjon som overgår deres mestringsevne, med eventuelle rusproblemer som konsekvens.

Ungdom kan oppleve sterk intensitet i sine emosjonelle reaksjoner og skyver ofte reaksjonene unna fordi de er for vanskelige å håndtere. Ungdom søker mer ut av hjemmet og opplever ofte nærere relasjoner til venner enn til foreldrene. De vil søke sosial støtte på arenaer der de møter jevnaldrende, også gjennom sosiale medier.

Trygge voksne som ivaretar barnet eller ungdommen, er viktig. I likhet med voksne har barn en betydelig evne til spontan tilheling. Tidlig faglig assistanse til rammede familier, barnehage og skole kan forebygge uheldige ettervirkninger hos barn og unge. Det er ikke terapeutiske tiltak som trengs i første fase, men gode faglig funderte råd om hvordan barn kan følges opp i hverdagen, særlig med hensyn til barnehage og skole (52).



BARN HJELPES ofte best gjennom god omsorg og støtte til barnets omsorgsgivere.

RÅD MED HENSYN TIL BARN OG UNGDOM

- sørg for at barn og unge har foreldre eller andre nære voksne rundt seg. Unngå atskillelse i så stor grad som mulig. Barn som har mistet foreldre, må føres sammen med en trygg og omsorgsfull voksen som kan ivareta dem
- barns og unges trygghet fremmes gjennom daglige rutiner og aktiviteter. Tidlig retur til barnehage og skole bidrar til kontinuitet i deres tilværelse
- barn kan inkluderes i rituelle handlinger (minnesamlinger, begravelser o.l.), men trenger forberedelse og støtte underveis, og mulighet for å samtale og stille spørsmål i etterkant
- barn trenger gode forklaringer på det som skjer, og de trenger informasjon som gjør både egne og andres reaksjoner forståelige. Trygge voksne gir trygge barn

Barn hjelpes ofte best gjennom god omsorg og støtte til barnets omsorgsgivere. Støtte til omsorgspersoner vil derfor fungere som støtte til barn. Voksne trenger å forstå barnas følelser og tanker omkring hendelsen, dens årsak, mulige feiloppfattelser av situasjonen eller forklaringer og hvordan barna opplevde de voksnes reaksjoner. I familier som er blitt utsatt for potensielt traumatiske hendelser, påvirker medlemmer i familien i stor grad hverandre. Behovet for avlastning for foreldre bør vurderes.

Tidligere traumer eller tap som barnet eller familien har opplevd, samt sosiale eller psykiske vansker, kan i tillegg ha stor betydning for barns reaksjoner og mestring, og for tilhelingsprosessen. Familievernkontoret¹²³ er en ressurs når familier trenger bistand og støtte gjennom kriser. Sammen med tilbud som f.eks. Familiens hus er dette viktige lavterskeltilbud i slike situasjoner.

Det er viktig å være spesielt oppmerksom på barn som har blitt overlatt til seg selv under og etter hendelsen, enten fordi foreldrene ikke var i stand til å følge dem opp, eller fordi foreldre og barn har blitt adskilt fra hverandre. Det er også viktig å være oppmerksom på barn som har vært utsatt for sterke inntrykk, og barn i familier som er i en vanskelig livssituasjon, f.eks. på grunn av skilsmisse, alvorlig sykdom, økonomi eller andre forhold.

Stille barn, spesielt de som trekker seg inn i seg selv og unngår sosial kontakt, kan trenge at voksne gir ekstra oppmerksomhet. Råd til foreldre og aktivisering av barnefaglig assistanse kan være aktuelle tiltak.

I en kartleggingsprosess bør man være oppmerksom på at foreldre ikke alltid er klar over hva barna har opplevd, og hva de kan plages av i etterkant av en krise/katastrofe. Det er derfor viktig å gi råd til foreldre om å lytte til barnets egen historie og forklaring.

Barn kan ha behov for å snakke om det de har opplevd, hvordan andre ble rammet, hva som skjedde, og hvorfor det skjedde, for å få oversikt over og sammenheng i hendelsen. Foreldre må være tydelige og åpne i slike samtaler, og ikke bagatellisere eller avvise barns spørsmål. Om barn f.eks. har opplevd



DET ER viktig å gi råd til foreldre om å lytte til barnets egen historie og forklaring.

123 Familievernkontorloven av 19. juni 1997 nr. 62



selvmord i nær familie, kan de trenge god informasjon og forklaring på det som har skjedd. Slik informasjon må også gjentas for barnet med økende alder, modning og mulighet for forståelse.¹²⁴

I tiden etter en dramatisk hendelse er det viktig å balansere mellom barnets behov for å forholde seg til hendelsen og behovet for å komme i gang med hverdagsaktiviteter. Barn må på en hensynsfull måte utfordres til gradvis å gjenoppta sitt vanlige liv med fritidsaktiviteter og venner, i tillegg til skole eller barnehage. Barnas oppmerksomhet vendes etter hvert mot vanlige rutiner og aktiviteter.¹²⁵

Ved alvorlige hendelser som rammer skoleelever eller barnehagebarn, er det viktig å iverksette tiltak som skaper trygghet og samhørighet i den aktuelle krisesituasjonen.¹²⁶ Tidlig igangsettelse av vanlige aktiviteter bør prioriteres, fordi det bidrar til kontinuitet i hverdagen. Ved alvorlige hendelser bør ansvarlige ledere i skole og barnehage ha nær kontakt og samarbeide med de pårørende og hjelpeapparatet i kommunen.¹²⁷ Noen situasjoner krever umiddelbare tiltak. Tiltak som iverksettes i skole og barnehage, bør på forhånd være drøftet med nærmeste pårørende.¹²⁸ Foreldre bør få nødvendig informasjon og anledning til å uttale seg om rutiner og oppfølgingsplaner som foreligger. Dette gjelder både før og etter at situasjoner oppstår og må tilpasses den enkelte situasjon, slik at foreldre kjenner trygghet for sine barn. Mediedekning som stadig repeterer hendelsen på nytt, kan oppleves sterkt belastende, og barns eksponering for slike reportasjer bør begrenses. Samtaler mellom voksne kan også skremme barn unødig.

Unge mennesker kan spontant samle seg på en skole eller et samfunnshus i etterkant av en alvorlig hendelse i lokalsamfunnet. Det er viktig at de som skal bistå i oppfølgingen er forberedt på og planlegger oppfølgingen utfra dette. Mulighet til samvær og samhold gir trygghet, men sterke følelser sprer seg lett i en ungdomsgruppe. Voksne bør være til stede og ta ledelsen ved slike samlinger. God informasjon fra trygge og tydelige voksne kan forebygge ryktespredning og roe ned situasjonen.

Det er vanlig at unge mennesker ikke snakker så mye om følelser i etterkant av store påkjenninger. Den unges fungering hjemme, på skolen og i fritiden bør følges nøye for å kunne skille mellom de som trenger hjelp, og de som klarer seg bra.

Det er normalt at barn som har vært sterkt eksponert for en krise eller katastrofe, vil få reaksjoner den første tiden etter hendelsen.¹²⁹ Det forventes at reaksjonene gradvis vil avta over de første ukene. Sorg og savn etter å ha mistet et nært familiemedlem kan vare over lang tid, mens andre krisereak-

124 Helsepersonellovens § 10 a pålegger helsepersonell å bidra til at barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging ivaretas når foreldre/omsorgspersoner er rammet av alvorlig fysisk eller psykisk sykdom.

125 For mer informasjon, se blant annet www.krisepsyk.no (Senter for Krisepsykologi) og www.lub.no (Landsforeningen for uventet barnedød).

126 Utdanningsdirektoratet har ulike veiledere i krisepedagogikk (53).

127 Kommunen plikter å sørge for nødvendig samarbeid med andre tjenester og aktører, og tilsvarende har andre tjenester også korresponderende samarbeidsplikter, for eksempel samarbeidsplikt i barnevernloven.

128 Utdanningsdirektoratet har utarbeidet materiell for håndtering av kriser og sorg i barnehagen (54).

129 Utdypende materiell er tilgjengelig på Helsedirektoratet.no i tilknytning til nettutgaven av veilederen.



sjoner forventes å avta hurtigere. Ved betydelige tap, som tap av foreldre eller søsken, er barn i en særskilt utsatt situasjon og vil kunne trenge spesiell oppfølging. Komplisert sorg hos barn kan vise seg på andre måter enn hos voksne (55). Opplevelse av livsfare eller andre alvorlige forhold under hendelsen kan medføre behov for profesjonell hjelp. Fastlege, helsesøster, psykolog eller annet hjelpepersonell i kommunen bør kontaktes i første rekke. Det er viktig å legge til rette for at barn og unge får stabile kontaktpersoner ved tjenestene, slik at de slipper å forholde seg til mange ulike personer. Dette for å øke mulighet for stabilitet og etablering av tillit.

6.4.2 Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

For å sikre god og likeverdig oppfølging av mennesker med innvandrer- eller flyktningbakgrunn må kulturelle forskjeller ivaretas. Tro- og livssyn, samt uttrykk for og håndtering av sorg, varierer. Hjelperne må være kultursensitive og ta rede på den enkeltes forståelse. Personer med innvandrerbakgrunn med kort botid i Norge kan ha liten kunnskap om helse- og omsorgstjenester og øvrig hjelpeapparat. De kan ha behov for tilpasset informasjon. Flyktninger kan slite med traumerelaterte plager fra tidligere påkjenninger, både fra hjemland og fra flukt. Flere kan ha begrensede nettverk i Norge. Begrensede norskkunnskaper og lite kjennskap til det norske samfunnet gjør innvandrere, flyktninger og andre nyankomne ekstra sårbare ved kriser og katastrofer.

Undersøkelser har vist at mange synes det er særlig vanskelig å være langt borte og ute av stand til å bidra og støtte sine nærmeste i hjemlandet dersom kriser, katastrofer eller konflikter finner sted der. Mange kan streve med at de selv befinner seg i trygge og relativt forutsigbare omgivelser, mens familien sliter med overlevelse. Behovet for informasjon og kunnskap om forholdene i hjemlandet vil derfor være stort.

For å sikre god informasjon og kommunikasjon må det benyttes tolk ved språklige barrierer. Helsepersonell har ansvar for å vurdere behovet for å bestille tolk i møte med personer med begrensede norskkunnskaper, samiskspråklige, døve, hørselshemmede og døvblinde. For å sikre god kvalitet på tolketjenester bør tolkens kvalifikasjoner sjekkes i Nasjonalt tolkeregister på www.tolkeportalen.no. Barn eller familiemedlemmer skal ikke brukes som tolk.¹³⁰ Rutiner for sikring av kommunikasjon, vurdering av tolkebehov og bestilling av kvalifisert tolk skal inngå i kommunens beredskapsplan for helse- og sosialberedskap. Det finnes en egen tolketjeneste for døve, hørselshemmede og døvblinde. Tjenesten er organisert i NAV-Hjelpemiddelsentral i alle fylker.

Asylsøkere bosatt på asylmottak må følges opp av lokalt støtteapparat og lokal helse- og omsorgstjeneste på lik linje med andre innbyggere. Det vil være behov for aktivitetstiltak for å unngå passivisering under opphold i mottak. Dette gjelder både for barn og voksne, men spesielt vil det være viktig for enslige mindreårige asylsøkere. Sosial støtte og aktivisering er viktig for å skape struktur og forebygge psykososiale problemer.



ASYLSØKERE BOSATT på asylmottak må følges opp av lokalt støtteapparat og lokal helse- og omsorgstjeneste på lik linje med andre innbyggere.

¹³⁰ For mer informasjon om tolkebruk, se «Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene» (56).



Reaktivering av gamle traumer vil kunne forekomme i situasjoner hvor man er vitne til kriser, ulykker eller katastrofer i Norge og i hjemlandet. Uvisshet om fremtiden og utrygghet knyttet til egen livssituasjon kan gjøre enkelte ekstra sårbare. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) kan kontaktes for råd og veiledning ved behov.

For mer informasjon, se blant annet Veileder - Helsetjenestetilbud til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (57).

VIKTIGE TILTAK I KOMMUNEN OVERFOR ASYLSØKERE, FLYKTNINGER OG FAMILIEGJENFORENTE

- få oversikt over hvilke personer på et asylmottak som kommer fra et område som er rammet av en katastrofe
- samarbeid med tjenester til flyktninger og innvandrere, helsetjeneste, asylmottakenes ledelse og skole/barnehage
- ta kontakt med egne ressursmiljøer for innvandrere/flyktninger (støttesentre, foreninger) for eventuell bistand til å etablere et åpent møte-
sted
- gi informasjon til støttepersoner om de ulike hjelpetiltakene
- vurdere behov for telefonordninger og tilgang til Internett
- mobilisere ressurspersoner, f.eks. mennesker med helsefaglig bakgrunn, som kontaktpersoner i eget minoritetsmiljø
- sørge for støtte og veiledning fra det øvrige fagmiljøet
- gjøre informasjon om det eksisterende hjelpeapparatet i kommunen tilgjengelig for minoritetsmiljøene
- vurdere kompetanseoverføring til foreldre vedrørende barnas behov i en krisesituasjon
- tilby veiledning på helsestasjon for barn som er engstelige, tilbud om foreldregrupper bør drøftes
- vurdere behovet for avlastning for foreldrene
- være oppmerksom på mulige tilbakefall hos mennesker som har vært utsatt for store belastninger før ankomst til Norge. Ta evt. kontakt med fastlege og/eller tidligere behandlingsapparat
- undersøke interessen for likemannsstøtte og ev. å hjelpe etterlatte med å komme i kontakt med likemenn (f.eks. etterlatteforeninger)



Vedlegg og referanser



Vedlegg

Oversikt over relevante aktører og tjenester i den psykososiale oppfølgingen¹

Dette er ikke en uttømmende liste over relevante aktører og deres oppgaver, men nevner mange av de sentrale aktørene som samvirker under en krise, ulykke eller katastrofe.

Tjeneste/aktør	Innretning/målgruppe	Ansvar og oppgaver
Tjenester og aktører i kommunen		
Ambulansepersonell (bil-, båt-, luftambulanse)	Et tilbud til hele befolkning	<ul style="list-style-type: none">• utrykning ved ulykker og sykdom• transport av pasienter• sette i gang akuttmedisinske behandlingstiltak
Barnevern	Barn og unge og deres foreldre	<ul style="list-style-type: none">• støttekontakt• avlastningstiltak i hjemmet• foreldrestøttende tiltak• rådgivning og veiledning• hjelpetiltak med og uten samtykke
Barnehage	Barn	<ul style="list-style-type: none">• psykososiale støtte for barnet og dets familie etter en ulykke, krise eller katastrofe
Enhet psykisk helse- og rusarbeid	Personer med psykiske vansker/lidelser Personer med rusmiddelproblemer/avhengighet Personer med samtidige psykiske- og rusmiddelproblemer (ROP-lidelser)	<ul style="list-style-type: none">• råd og veiledning• vurdering, kartlegging, utredning og diagnostisering• helsefremmende og forebyggende tjenester• behandling• henvisning• nettverks- og familiearbeid• psykososial beredskap og oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer, inkl. proaktiv psykososial oppfølging
Fastlegen	Et tilbud til hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• øyeblikkelig hjelp - tilbud dagtid• allmennhelsetjenester; dagtid iht. egen pasientliste• individrettet forbyggende arbeid, undersøkelse og behandling• henvisning• medvirke i IP• medisinskfaglig koordinering• psykososial støtte og tiltak• oppsøkende plikt overfor enkelte pasientgrupper

¹ Tjenestene står i alfabetisk rekkefølge innenfor sine tjenestenivå.



Tjeneste/aktør	Innretning/målgruppe	Ansvar og oppgaver
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	Foreldre, barn og unge	<ul style="list-style-type: none">• foreldreveiledningsprogram• individuell oppfølging av mor og barn• rådgivning og veiledning
Svangerskaps- og barselomsorg	Gravide, barnet og familien	<ul style="list-style-type: none">• helsefremmende og forebyggende arbeid
Helsestasjon for ungdom	Unge opp til 20 år	<ul style="list-style-type: none">• avdekke risikofaktorer og helseproblemer på et tidlig tidspunkt• lavterskeltilbud for skoleelever• tidlig livsstilsamtale• informasjon om skadelig aktivitet
Kommunal legevaktordning og legevaktssentral	Et tilbud til hele befolkning	<ul style="list-style-type: none">• sikre befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp• råd og veiledning• utrykning• døgnbemannet 8-sifret direktenummer til legevaktssentralen
Koordinerende enhet i kommunen Koordinator	Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester	<ul style="list-style-type: none">• overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan• opplæring av koordinator• legge til rette for god samhandling• koordinere tjenester• sørge for fremdrift
Kommunalt psykososialt kriseteam	Personer som opplever/ har opplevd alvorlige kriser, ulykker og katastrofer	<ul style="list-style-type: none">• psykososial beredskap• proaktiv psykososial støtte og oppfølging• sikre overføring til øvrig tjenestetilbud• henvisning
Krisesentertilbud	Voldsutsatte kvinner, menn og barn/unge	<ul style="list-style-type: none">• sikkerhet og vern• støtte, rådgivning og hjelp til å ta kontakt med andre deler av tjenesteapparatet
NAV- kontor (felleskontor for stat og kommune)	Et tilbud til hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• råd og veiledning, inkl. økonomisk rådgivning• inntektssikring• medvirke til å skaffe bolig• midlertidig botilbud
Overgrepsmottak	Kvinner, menn og barn/ unge utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner	<ul style="list-style-type: none">• undersøkelse• behandling• oppfølging
Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)	Elever, herunder både barn, unge og voksne, med behov for tilpassing i opplæringstilbud eller spesialundervisning	<ul style="list-style-type: none">• pedagogisk-psykologisk rådgivning• vurdere rett til spesialundervisning• gi sakkyndig uttalelse til opptak i videregående skole på særskilt grunnlag og voksenopplæring



Tjeneste/aktør	Innretning/målgruppe	Ansvar og oppgaver
Psykologer i kommunens helse- og omsorgstjenester	Personer med lette og moderate psykiske vansker/ lidelser og personer med rusmiddelproblemer og deres familier	<ul style="list-style-type: none">• helsefremmede og forebyggende arbeid• folkehelsearbeid og systemrettet arbeid• grupperettede tiltak• tidlig intervensjon• utredning og behandling• veiledning av personellgrupper i kommunen• psykososial beredskap og tiltak og oppfølging
Rask psykisk helsehjelp	Et lavterskeltilbud for personer med ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt søvnproblemer i tillegg	<ul style="list-style-type: none">• kognitiv terapi• veiledning• telefonkonsultasjon• gruppetilbud /mestringskurs• samtaleterapi
Skole	Barn og unge og deres familie	<ul style="list-style-type: none">• psykososial støtte etter kriser, ulykker og katastrofer
Fylkeskommunen		
Videregående skole	Unge og deres familie	<ul style="list-style-type: none">• psykososial støtte etter kriser, ulykker og katastrofer
Tjenester og aktører i staten		
Spesialisthelsetjenesten		
Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)	Et tilbud til hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• henvendelser om akuttmedisinsk bistand
Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	Personer med psykiske og/eller rusrelaterte problemer	<ul style="list-style-type: none">• akutt- og krisetjenester• vurdering av henvisninger• poliklinisk behandling/• ambulant behandling• dag - og døgnbehandling• veiledning til kommunen• opplæring av pasienter og pårørende
Medisinsk nødmeldingstjeneste	Medisinsk nødmeldingstjeneste er en del av helsetjenestens akuttberedskap og beredskap for kriser og katastrofer og består av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og legevaktssentralene (LV-sentraler).	
Psykisk helsevern for barn og unge	Barn og unge 0 - 18 år (23) med psykiske problemer og deres familier	<ul style="list-style-type: none">• utrede og behandle• forebygging• undervisning og veiledning• psykososial beredskap og oppfølging
Andre statlige aktører		
Brann	Et tilbud til hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• skal beskytte liv og eiendom mot brann
Familievernkontor (Bufetat)	Personer som opplever vansker, konflikter eller kriser i familien	<ul style="list-style-type: none">• familierelaterte problemer• behandling og rådgivning



Tjeneste/aktør	Innretning/målgruppe	Ansvar og oppgaver
Forsvaret	Forsvaret skal bidra til å oppfylle Norges sikkerhets- og forsvarspolitiske mål	<ul style="list-style-type: none">• ivareta samfunnsikkerhet• redde liv og begrense konsekvenser av ulykker, katastrofer og angrep• har tilbud om oppfølging av veteraner som returnerer fra internasjonale operasjoner
Forsvarets sanitet	Sanitet er all virksomhet som skal sikre eller gjenopprette helsemessige forhold, slik at stridsevnene ivaretas	<ul style="list-style-type: none">• tett samarbeid med helsevesen og sanitetsmiljøene
Hovedredningssentralene (HRS)	Et tilbud til hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• HRS har det overordnede operative ansvar ved søk- og redningsaksjoner.
Kirken og andre tros- og livssynssamfunn	Et tilbud til hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• kirkerådet har det koordinerende ansvaret for katastrofeberedskapen i den norske kirke• Norges Kristne råd og Samarbeidsråd for tros- og livssynssamfunn (SLT) legger til rette for beredskap i andre tros- og livssynssamfunn• ved psykososial oppfølging kan prest eller representanter fra andre tros- og livssynssamfunn være et bindeledd til representanter for vedkommendes eget trossamfunn, delta i psykososialt kriseteam m.v.
Lokale redningssentraler (LRS)	Et tilbud til hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• LRS er en funksjonell organisering for å løse en oppgave når en redningsinnsats skal organiseres og koordineres, både ved en større eller avgrenset hendelse
Norsk redningstjeneste	Et tilbud til hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• redningstjeneste omfatter akuttinnsats for å redde mennesker fra død eller skade Norsk redningstjeneste utøves gjennom et samvirke mellom offentlige etater, frivillige hjelpeorganisasjoner og private selskaper som har egnede ressurser for hjelpetjenesteformål
Politiet	Et tilbud til hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• yte borgerne hjelp og tjenester i faresituasjoner• skadestedsledelse• iverksette og organisere redningsinnsats hvis ikke en annen myndighet er pålagt ansvaret• lede den lokale redningssentralen (LRS)• etterforskning av ulykker og katastrofer• sikre og gjenopprette offentlig ro og orden
Sivilforsvaret	Et tilbud til hele befolkningen	<ul style="list-style-type: none">• en forsterknings-ressurs for nød- og beredskapsstatene ved håndtering av uønskede hendelser



Tjeneste/aktør	Innretning/målgruppe	Ansvar og oppgaver
Tolketjenesten	Personer med fremmedspråk eller hørselshemmede	<ul style="list-style-type: none">• sikre rett formidling av språk• oppfatte nyansene i informasjon som formidles
Frivillig sektor og andre aktører		
Bedriftshelsetjeneste	Noen bransjer har et risikofylt arbeidsmiljø, med større sjanser for sykdommer, skader og psykiske belastninger. Disse har ofte en bedriftshelsetjeneste	<ul style="list-style-type: none">• rådgivende innen forebyggende helse, miljø og sikkerhetsarbeid• tiltak som kan forebygge helseskader• individuell oppfølging og behandling
Bruker- og pårørende-organisasjoner	Avhengig av organisasjonens formål	<ul style="list-style-type: none">• rådgivning og veiledning• likemannsstøtte• hjelpetelefon• interessepolitisk virksomhet
Nasjonalt støttegruppenettverk	En frittstående, ideell medlemsorganisasjon som arbeider for å fremme interessene til pårørende, overlevende og berørte etter kriser, ulykker og katastrofer gjennom dialog og samarbeid	<ul style="list-style-type: none">• erfaringskompetanse - og kunnskaps-overføring• talerør for og mellom de som er rammet og hjelpe-/ støtteapparatet.
Norges Røde Kors	Det foreligger en avtale mellom Norges Røde kors og Helsedirektoratet som blant annet regulerer støttegruppeberedskap	<ul style="list-style-type: none">• praktisk bistand til overlevende og pårørende i forbindelse med oppstart og drift av støttegruppe i etterkant av kriser, ulykker og katastrofer• har utstyr/materiell som kan benyttes ved kriser, ulykker og katastrofer• kunnskap om førstehjelp, og hvordan en møter mennesker i sårbare livssituasjoner
Norske kvinners sanitetsforening Omsorgsberedskapsgruppene	Yter omsorg til trengende ved kriser, ulykker og katastrofer	<ul style="list-style-type: none">• omsorgsberedskap
Kompetansesentre som kan være relevante med hensyn til psykososial oppfølging		
Akershus Universitetssykehus, Seksjon for sorgstøtte, http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/sorgstotte_	Tilbud til etterlatte; barn, unge og voksne som er henvist av lege til Seksjon for sorgstøtte	<ul style="list-style-type: none">• seksjonen gir tilbud om familiesamtaler, individuelle samtaler og sorggrupper• ansvar for veiledning overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom publisering, kurs, fagdager og undervisning
Kompetansesenter rus (KORUS) http://www.kompetansesenterrus.no/	KoRus, består av syv kompetansesentre som har til oppgave å sikre ivaretagelse, oppbygning og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. Retter seg mot kommunale og statlige tjenester, og har et særlig ansvar for innsatser i kommunene	<ul style="list-style-type: none">• kompetanseutvikling• styrke kunnskapen og kompetansen på rusfeltet• implementeringsstøtte• kvalitetsutvikling• legge til rette for systematisk brukermedvirkning• synlig- og gyldiggjøre erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap



Tjeneste/aktør	Innretning/målgruppe	Ansvar og oppgaver
Modum bad http://www.modum-bad.no/	Modum Bad er en landsdekkende institusjon for behandling av mennesker med psykiske lidelser, inkludert traumelidelser	<ul style="list-style-type: none">• døgntilbud for tidlige relasjons-traumer• behandler PTSD etter traumer i voksen alder• poliklinisk tilbud for pasienter rammet av alvorlige traume- og dissosiasjonsplager• utvikle og spre kunnskap og kompetanse om behandlingsmetoder for traumer og dissosiasjonsplager
Nasjonalt kompetansecentrum for minoritetshelse (NAKMI) http://nakmi.no/	Arbeider for å fremme kunnskap om helse og omsorg for innvandrere og deres etterkommere i Norge. NAKMI tar sikte på å være et samlingspunkt for landets kompetanse på både psykisk og somatisk innvandrerhelse NAKMI sine primære målgrupper er beslutningstakere, helseledere, helsepersonell, forskere og studenter	<ul style="list-style-type: none">• skape og formidle forskningsbasert kunnskap for å fremme god helse og likeverdige helsetjenester for personer med innvandrerbakgrunn• forsknings-, utviklings- og formidlingsarbeid, herunder opplæring, veiledning og rådgivning.• pådriver for produksjon og formidling av kunnskap om innvandreres helse-situasjon• tilstreber praksisnærhet og samarbeid med klinikere, men har ingen egen klinisk virksomhet
Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) http://naku.no/	NAKU sin hovedoppgave er å utvikle det faglige grunnlaget for å skape gode levekår for utviklingshemmede. Hovedmålgruppen er kommunalt ansatte	<ul style="list-style-type: none">• bidra til at kommunalt ansatte kan dra nytte av erfaringer i andre kommuner• bidra til tilgang på forskning og fagutvikling• formidle relevante fagressurser i en kunnskapsbank, som kommunale tjenesteytere kan bruke som støtte og veiledning i sitt daglige arbeid• knytte etater, forskningsinstitusjoner og kliniske miljøer sammen, slik at fagkompetansen kommer utviklingshemmede til gode
Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) http://www.napha.no/	NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. NAPHA jobber for at mennesker med psykiske og sosialt relaterte lidelser og problemer over hele landet skal få hjelp og behandling fra kunnskapsbaserte og samhandlende tjenester der de bor	<ul style="list-style-type: none">• samle, spre og legge til rette for deling av kunnskap med utgangspunkt i forskning, praksiserfaring og brukerkunnskap• bidra i utviklingen av det kommunale helse- og omsorgstilbudet til voksne med psykiske vansker og lidelser



Tjeneste/aktør	Innretning/målgruppe	Ansvar og oppgaver
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) http://www.nkvts.no/Pages/Index.aspx	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Inkludert flyktningehelse og tvungen migrasjon. Senteret har et tverrfaglig perspektiv. Formålet er å bidra til å forebygge og redusere de helsemessige og sosiale konsekvensene som vold og traumatisk stress kan medføre	<ul style="list-style-type: none">• forskning• utviklingsarbeid• formidling• utdanning• veiledning• rådgivning• samarbeid med internasjonale, nasjonale og regionale miljø• systematisk arbeid med tilbakemeldinger fra praksisfeltet, og bruker- og pårørendeperspektiver
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/om/index.html	Formålet med NSSF er å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd	<ul style="list-style-type: none">• forskning• kunnskapsutvikling og formidling• undervisning/ kompetanseoppbygging• veiledning/rådgivning• nettverksbygging• samarbeid med nasjonale og regionale miljøer
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge. Psykisk helse og barnevern (RKBU/RBUP) http://rbup.no/	RKBU Nord, RKBU Midt-Norge, RKBU Vest og RBUP Øst og Sør, er fire regionale kunnskapssentre som arbeider for barn og unges psykisk helse og barnevern. Senterne retter seg mot de som arbeider med barn og unge i kommune, spesialisthelsetjeneste og statlig barnevern	<ul style="list-style-type: none">• praksisnær forskning• utvikle, kvalitetssikre og forvalte kunnskap om barn og unges psykiske helse og barnevern• synliggjøre erfarings basert og forskningsbasert kunnskap• kompetanseheving• fagutvikling• undervisning• implementeringsstøtte• veiledning /rådgivning• informasjonsarbeid
Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) http://www.rvts.no/	RVTSene består av 5 regionale sentre som skal styrke den regionale kompetansen innen volds-, traume og selvmordsfeltet ved å bidra til kvalitativt bedre og mer sammenhengende tjenester. Sentrene er en ressurs for de som i sitt arbeid møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk	<ul style="list-style-type: none">• kompetanseheving• fagutvikling• undervisning• implementeringsstøtte• veiledning• konsultasjon• nettverksarbeid med fokus på tverrfaglighet og tverretattlig samarbeid og samordning• systematisk arbeid med tilbakemeldinger fra praksisfeltet, og bruker og pårørendes perspektiver
Senter for Krisepsykologi (SfK) https://www.krisepsyk.no/	SfK bistår mennesker som opplever kriser og traumer, spesielt tap av nære. Gjennom forskning bidrar SfK til kunnskapsutvikling på krise- og sorgområdet, i forbindelse med norske og internasjonale katastrofer bistår SfK kommuner, statlige myndigheter og private bedrifter med planlegging og gjennomføring av oppfølgingstiltak for ulike grupper	<ul style="list-style-type: none">• klinikk• gruppetilbud• planlegging og gjennomføring av kollektive tiltak etter kriser og katastrofer• kompetansebygging• forskning spesielt om sorg• undervisning nasjonalt og internasjonalt• konsulenttjenester



Referanser

- 1. Helse- og omsorgsdepartementet.** Prop. 1 S (2015–2016) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2016 Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9dca368594614ba79ac-971b3608048ea/no/pdfs/prp201520160001hodddpdfs.pdf>
- 2. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid.** Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015. Notat om kvalitetsutvikling nr. 1 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid>
- 3. Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.** Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2076. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf>
- 4. Rettleiar om helse- og sosialberedskap i kommunane.** Oslo. Helsedirektoratet; 2009. IS-1700. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/retteiar-om-helse-og-sosialberedskap-i-kommunane>
- 5. Etter selvmordet. Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord.** Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1898. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/602/Etter-selvmordet-veileder-om-ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord-IS-1898.pdf>
- 6. Helhetlig omsorg. Veiledning om oppgave og rollefordeling etter ulykker og katastrofer.** Oslo: Justis- og politidepartementet; 2002. G-0302 B. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/jd/bro/2002/0001/ddd/pdfv/146969-helhetlig_omsorg_norsk_v.pdf
- 7. Nasjonal helseberedskapsplan.** Versjon 2.0 fastsatt 2. juni 2014. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Nasjonal-helseberedskapsplan/id761213/>
- 8. Dyregrov A. Katastrofepsykologi.** 2. utg. Bergen: Fagbokforl.; 2002.
- 9. Innsatspersonell.** Volven [database]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 2015; lest 03.11.2015]. Tilgjengelig fra: <https://volven.helsedirektoratet.no/begrep.asp?id=1367&catID=12>
- 10. Veileder i kriseplanlegging for kommunens kriseledelse.** Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap; 2003. Tilgjengelig fra: <http://www.dsb.no/Global/Publikasjoner/2003/Tema/veilederkriseplan.pdf>



- 11. Veileder til helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse i kommunen.** Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap; 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.dsb.no/no/toppmeny/Publikasjoner/2014/Tema/Veileder-for-kommunale-risiko--og-sarbarhetsanalyser/>
- 12. Helsepersonelloven med kommentarer: lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.** Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Rundskriv IS-8/2012. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/207/Helsepersonelloven-med-kommentarer-IS-8-2012.pdf>
- 13. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet.** Meld. St. 26 (2014-2015) Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- 14. Villado AJ, Arthur W, Jr. The comparative effect of subjective and objective after-action reviews on team performance on a complex task.** J Appl Psychol 2013;98(3):514-28.
- 15. Dyregrov K, Dyregrov A. Sosial nettverksstøtte ved brå død : hvordan kan vi hjelpe?** Bergen: Fagbokforl.; 2007.
- 16. Veiledning til forskrift om kommunal beredskapsplikt.** Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap; 2012. Tilgjengelig fra: http://www.dsb.no/Global/Publikasjoner/2012/Veiledning/veiledning_forskrift_kommunal_beredskapsplikt.pdf
- 17. Gode råd for informasjons- og mediehåndtering ved kriser.** Oslo: Utdanningsdirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://www.udir.no/Upload/Laringsmiljo/Beredskap/Gode%20r%C3%A5d%20for%20medieh%C3%A5ndtering%20ved%20krise.pdf?epslanguage=no>
- 18. Eide K, tidligere styremedlem i Nasjonal støttegruppe etter 22 juli og kommunikasjonssjef i Shell. Kommunikasjon og mediehåndtering.** E-post til: Freja Ulvestad Kärki, 26. juni 2015.
- 19. Grimm A, Hulse L, Preiss M, Schmidt S. Behavioural, emotional, and cognitive responses in European disasters: results of survivor interviews.** Disasters 2014;38(1):62-83.
- 20. Bonanno GA, Brewin CR, Kaniasty K, Greca AM. Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities.** Psychol Sci Public Interest 2010;11(1):1-49.
- 21. Kilpatrick DG, Acierno R. Mental health needs of crime victims: epidemiology and outcomes.** J Trauma Stress 2003;16(2):119-32.
- 22. Johansen VA, Eilertsen DE, Nordanger D, Weisaeth L. Prevalence, comorbidity and stability of post-traumatic stress disorder and anxiety and depression symptoms after exposure to physical assault: an 8-year prospective longitudinal study.** Nordic journal of psychiatry 2013;67(1):69-80.



23. O'Donnell ML, Elliott P, Lau W, Creamer M. PTSD symptom trajectories: from early to chronic response. Behav Res Ther 2007;45(3):601-6.

24. Hussain A, Weisaeth L, Heir T. Psychiatric disorders and functional impairment among disaster victims after exposure to a natural disaster: a population based study. J Affect Disord 2011;128(1-2):135-41.

25. F40.1 Agorafobi. I: ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 10 revisjon. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|2613470|flow>

26. Rando TA. On achieving clarity regarding complicated grief: lessons from clinical practice. I: Stroebe MS, Schut H, Van den Bout J, red. Complicated grief : scientific foundations for health care professionals. London: Routledge; 2013. s. 40-54.

27. Simon NM. Treating complicated grief. JAMA 2013;310(4):416-23.

28. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2013;12(3):198-206.

29. Henvisningsveileder. Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/henvisningsveileder>

30. Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. FOR-2007-12-19-1761.

31. Lyngstad TH. Four essays on marital dissolution. Oslo: Department of Economics, Faculty of Social Sciences, University of Oslo; 2007. Series of dissertations submitted to the Faculty of Social Sciences no. 65.

32. Thoresen S, Jensen TK, Wentzel-Larsen T, Dyb G. Social support barriers and mental health in terrorist attack survivors. J Affect Disord 2014;156:187-93.

33. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Med 2009;6(8):e1000121.

34. Christensen E. Børnekår : en undersøgelse af omsorgssvigt i relation til børn og unge i familier med hustrumishandling. Nord Psykol 1990;42(3):163-232.

35. Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf



- 36. Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017).** Oslo: Barne- like- stillings- og inkluderingsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/BLD/Strategi_Overgrep_m.bokmerker_revidert.pdf
- 37. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence.** *Psychiatry* 2007;70(4):283-315; discussion 6-69.
- 38. Dyregrov A. Akut kriseintervention.** *Månedsskrift Almen Praksis* 2011;89(10):783-92.
- 39. Hu P, Stylos-Allan M, Walker MP. Sleep facilitates consolidation of emotional declarative memory.** *Psychol Sci* 2006;17(10):891-8.
- 40. National Child Traumatic Stress Network, National Center for PTSD. Psykologisk førstehjelp.** Felthåndbok 2. utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Psykologisk-forstehjelp-norsk.pdf>
- 41. Formidling av informasjon til pårørende ved brå død, ulykker, katastrofer og kriminelle handlinger.** Oslo: Politidirektoratet. Rundskriv 2007/003.
- 42. Berkowitz S, Bryant R, Brymer M, Hamblen J, Jacobs A, Layne C, et al. Skills for psychological recovery: field operations guide.** [s.l.]: National Center for PTSD, National Child Traumatic Stress Network; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/manual-pdf/SPR_Manual.pdf
- 43. Stroebe MS, Schut H, Van den Bout J. Conclusions - Complicated grief: assessment of scientific knowledge & implications for research and practice.** I: Stroebe MS, Schut H, Van den Bout J, red. *Complicated grief : scientific foundations for health care professionals.* London: Routledge; 2013. s. 295-311.
- 44. Straume MV, Heltne UM. Lar opphold i pårørendesenter seg kombinere med prinsipper for psykososial støtte etter en kritisk hendelse? Noen erfaringer fra pårørende etter terroraksjonen i In Amenas.** *Omsorg: nordisk tidsskrift for palliativ medisin* 2014;31(1):35-9.
- 45. Weisæth L, Knudsen Ø. Bedriftshelsetjenesten ved ulykker og i krisesituasjoner.** *Ramazzini* 2000;7(2):13-5.
- 46. Weisæth L, Hummeren OJ. Arbeidsgiverens arbeid med traumerammede.** I: Weisæth L, Kärki FU, red. *Fra sjokk til mestring : Norges respons på et nasjonalt traume.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2014. s. 42-61.
- 47. Birkeland MS, Nielsen MB, Knardahl S, Heir T. Associations between work environment and psychological distress after a workplace terror attack: the importance of role expectations, predictability and leader support.** *PLoS One* 2015;10(3):e0119492.



48. Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ, Larrieu JA. Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34(2):191-200.

49. Norris FH, Stevens SP. Community Resilience and the Principles of Mass Trauma Intervention. Psychiatry 2007;70(4):320-8.

50. Dyregrov A. Sorg hos barn : en håndbok for voksne. 2. utg. Bergen: Fagbokforl.; 2006.

51. Masten AS, Osofsky JD. Disasters and their impact on child development: introduction to the special section. Child Dev 2010;81(4):1029-39.

52. Håndtering av kriser og sorg i barnehagen. Veiledningshefte for personalet i barnehager. Oslo: Utdanningsdirektoratet; 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.udir.no/Barnehage/Stotterressurser/Kriser-og-sorg/Handtering-av-kriser-og-sorg-i-barnehagen/>

53. Veiledere i krisepedagogikk. Oslo: Utdanningsdirektoratet [oppdatert 17.12.2012; lest 03.11.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.udir.no/Laringsmiljo/Beredskap-og-krisehandtering/Veiledere-i-krisepedagogikk/>

54. Kriser og sorg. Oslo: Utdanningsdirektoratet [oppdatert 23.01.2015; lest 03.11.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.udir.no/Barnehage/Stotterressurser/Kriser-og-sorg/>

55. Dyregrov A, Dyregrov K. Complicated grief in children. I: Stroebe MS, Schut H, Van den Bout J, red. Complicated grief : scientific foundations for health care professionals. London: Routledge; 2013. s. 68-81.

56. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1924. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>

57. Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjengerente. Oppdatert utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-1022. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/52/IS-1022-Helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger.pdf>



Referanser for overordnede prinsipper og anbefalt lesning

Alvorlige hendelser i barnehager og utdanningsinstitusjoner. Veiledning i beredskapsplanlegging. Oslo: Utdanningsdirektoratet [oppdatert 11.10.2013; lest 04.11.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.udir.no/Larings-miljo/Beredskap-og-krisehandtering/kriseberedskap/>

Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Rundskriv IS-5/2010. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS-5-2010.pdf>

Berkowitz S, Bryant R, Brymer M, Hamblen J, Jacobs A, Layne C, et al. Skills for psychological recovery: field operations guide. [s.l.]: National Center for PTSD, National Child Traumatic Stress Network; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/manual-pdf/SPR_Manual.pdf

Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, Ajdukovic D, Jehel L, Johansen VJ, et al. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. Br J Psychiatry 2010;196(1):69-74.

Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. Annu Rev Clin Psychol 2011;7:511-35.

Bonanno GA, Diminich ED. Annual Research Review: Positive adjustment to adversity-trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. J Child Psychol Psychiatry 2013;54(4):378-401.

Brewin CR, Andrew B, Valentine JD. Meta-Analysis of Risk Factors for Post-traumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. J Consult Clin Psychol 2000;68(5):748-766.

Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, et al. Psychological First Aid: field Operations Guide. 2. utg. [s.l.]: National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD; 2006. Tilgjengelig fra: <http://dmh.mo.gov/docs/diroffice/disaster/pfafiieldoperationsguide2ndedition.pdf>

Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen J, red. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. 2. utg. New York: Guilford Press; 2008.

Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1742. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/339/Fra-bekymring-til-handling-IS-1742.pdf>

Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, red. Handbook of PTSD: science and practice. 2. utg. New York: The Guilford Press; 2014.

Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: World Health Organization; 2013. Tilgjengelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf



Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS- 2182. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet - trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>

Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009.html?id=567201>

Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Veileder. Rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1971. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel>

Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid. Oslo: Politidirektoratet og Helsedirektoratet; 2012. Rundskriv 2012/007, IS-5/2012. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/211/Helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke-oppgaver-og-samarbeid-IS-5-2012.pdf>

Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry 2007;70(4):283-315; discussion 6-69.

Justis- og beredskapsdepartement. Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner: det handler om å leve. Meld. St.15 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/?ch=1&q=>

Likeverdige helse- og omsorgstjenester - gode tjenester for alle. Nasjonal strategi om innvandrers helse 2013-2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf

Læring for bedre beredskap. Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1984. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/364/Lering-for-bedre-beredskap-helseinnsatsen-etter-terrorhendelsene-22-juli-2011-IS-1984.pdf>

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1511. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf>



... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS-1162. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

Om ordningen med Pasient- og brukerombud. Oslo: helsenorge.no [oppdatert 09. 09.2014; lest 04.11.2015]. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/om-ordningen>

Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. IS-1457. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/637/Overgrepsmottak-veileder-for-helsetjenesten-IS-1457.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer: lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Rundskriv IS-8/2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Sider/Pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer.aspx>

Politiet i lokalsamfunnet. Veileder om politiets kommunikasjon og samhandling med kommuner og andre aktører på lokalt og regionalt nivå. Oslo: Politidirektoratet; 2005. POD publikasjon 12/2005. Tilgjengelig fra: https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/politidirektoratet/Vedlegg_265.pdf

Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005. National Clinical Practice Guideline Number 26. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>

Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Veileder IS-1502. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/645/Hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-IS-1502.pdf>

Psychological first aid: guide for field workers. Geneva: World Health Organization; 2011. Tilgjengelig fra: http://www.searo.who.int/srilanka/documents/psychological_first_aid_guide_for_field_workers.pdf

PåFyll: kriseteam [manual for kompetanseprogram]. Tønsberg: RVT Sør; [2013]. Tilgjengelig fra: http://traumebevisst.no/filer/paafyll_kriseteam.pdf

Pårørende - en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1512. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/338/Parorende-en-ressurs-konvertert-IS-1512.pdf>

Risiko- og krisekommunikasjon. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap; 2014. Tilgjengelig fra: http://www.dsb.no/Global/Publikasjoner/2014/Tema/risiko_og_krisekommunikasjon.pdf



Samhandlingsreformen. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Rundskriv I-3/2013. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer_KTA/Dokumenter/rundskriv_I-3_2013.pdf

Southwick SM, Litz BT, Charney D, Friedman MJ, red. Resilience and mental health: challenges across the lifespan. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. Tilgjengelig fra: http://assets.cambridge.org/97805218/98393/frontmatter/9780521898393_frontmatter.pdf

Stroebe MS, Hansson SO, Schut H, Stroebe W, red. Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association; 2008.

Stroebe M, Schut H, van den Bout J red. Complicated grief: scientific foundations for health care professionals. London: Routledge; 2012.

Tillit, tid, tilgjengelighet. Tett individuell oppfølging av mennesker med behov for sammensatte tjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1918. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/169/Tillit-tid-tilgjengelighet-tett-individuell-oppfolging-av-mennesker-med-behov-for-sammensatte-tjenester-IS-1918.pdf>

Veiledere for krisehåndtering i skolen. Oslo: Utdanningsdirektoratet [oppdatert 11.10.2013; lest 04.11.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.udir.no/Laringsmiljo/Beredskap-og-krisehandtering/Veiledere-for-beredskap-og-krisehandtering-i-skolen/>

Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1810. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/253/Veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer-IS-1810.pdf>

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

www.helsenorge.no