

KRISETERAPEUTISK BEREDSKAB

- en vejledning i sundhedsberedskabs-
planlægning

2010

Erstatter kapitel 7 i:
2. udgave af Håndbog om sundhedsberedskab, 2007

Kriseterapeutisk beredskab, Planlægning af sundhedsberedskabet

© Sundhedsstyrelsen, 2010

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Kriseterapi, sundhedsberedskab, psykiatri, krisestøtte

Sprog: Dansk

Kategori: Vejledning

Version: 1,0

Versionsdato: 24.06.2010

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2010.

Indhold

1	Regelgrundlag	3
2	Det kriseterapeutiske/krisestøttende sundhedsberedskab	4
	2.1 Opdeling af kriseterapeutisk/krisestøttende beredskabsplan	4
3	Planlægning	5
	3.1 Ledelse	5
	3.2 Samarbejdspartnere	6
	3.3 Borgere med særlige behov	7
	3.4 Psykosocialt støttecenter	7
	3.4.1 Regionens opgaver ved etablering af et psykosocialt støttecenter	8
	3.4.2 Kommunens opgaver ved etablering af et psykosocialt støttecenter	8
4	Aktivering/Alarmering	8
	4.1 Alarmering af regionen i forbindelse med en uvarslet hændelse	9
	4.2 Alarmering af kommunen i forbindelse med en uvarslet hændelse	10
	4.3 Alarmering af regionen i forbindelse med en varslet hændelse	10
5	Indsats og opgave	11
	5.1 Vurdering og aktuelt behov	11
	5.1.1 Vurdering af det aktuelle behov i regionen	11
	5.1.2 Vurdering af det aktuelle behov i kommunen	12
	5.2 Kommunikation og samarbejde	12
	5.3 Den akutte fase	13
	5.3.1 Regionens indsats i den akutte fase	13
	5.3.2 Kommunens indsats i den akutte fase	14
	5.4 Overgangsfasen	14
	5.4.1 Regionens indsats i overgangsfasen	14
	5.4.2 Kommunens indsats i overgangsfasen	14
	5.5 Den opfølgende indsats	15
	5.5.1 Regionens opfølgende indsats	15
	5.5.2 Kommunens opfølgende indsats	15
6	Eksempler ved scenarier	16
7	Terminologi	21
8	Bilagsfortegnelse	23

1 Regelgrundlag

Kommunerne og regionerne er forpligtede til at planlægge et beredskab på sundhedsområdet, hvilket fremgår af sundhedsloven, beredskabsloven samt bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v.:

Af sundhedslovens § 210 fremgår det, at ”Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at der sikres syge og tilskadekomne nødvendig behandling i tilfælde af ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger.”

Efter beredskabslovens § 12 skal det kommunale redningsberedskab ”kunne yde en forsvarlig indsats mod skader på personer, ejendom og miljøet ved ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger. Redningsberedskabet skal endvidere kunne modtage, indkvartere og forpleje evakuerede og andre nødstedte.”

Af § 2 i bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. fremgår det, at der ”i sundhedsberedskabet indgår et kriseterapeutisk beredskab”. Det påhviler således både regioner og kommuner at have et sundhedsberedskab, herunder et kriseterapeutisk beredskab.

Regionernes *kriseterapeutiske* beredskab består i den akutte fase og i overgangsfasen af krisestøtte, og i den opfølgende fase af egentlig kriseterapi. Psykiatrien i regionen består af både voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Da mange kommuner ikke råder over eksperter i kriseterapi, men derimod råder over medarbejdere, der er i stand til at give krisestøtte i den akutte fase og i overgangsfasen, omtales kommunens beredskab alene som *krisestøttende* beredskab. Det krisestøttende beredskab i kommunen etableres inden for de i kommunen tilstedeværende ressourcer og består af umiddelbar omsorg og praktisk hjælp samt information om krisereaktioner og mulighed for videre hjælp. Fx kan kommunens PPR-medarbejdere (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) indgå i det krisestøttende beredskab.

Det kriseterapeutiske og herunder det krisestøttende beredskab skal være en integreret del af regionens/kommunens sundhedsberedskabsplan og skal være koordineret hermed. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der skabes sammenhæng mellem region og kommunes sundhedsberedskab og, at aftalerne mellem region og kommune indgås fast og på forhånd. Det er vigtigt, at alle parter kender til hvilke ressourcer der er tilgængelige, og kender de aftalte procedurer, når en hændelse indtræffer.

Når regioner og kommuner planlægger det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab, skal Sundhedsstyrelsen anbefale, at man benytter evidensbaserede behandlingsmetoder, og hvor disse ikke forefindes, da ”best practice”.

2 Det kriseterapeutiske/krisestøttende sundhedsberedskab

Det er situationsafhængigt, hvornår der er behov for, at beredskabet træder i kraft, og der vil være en glidende overgang fra, at situationen kan håndteres inden for de almindelige rammer til iværksættelse af beredskabet. Den almindelige krisestøtte, der ydes i forbindelse med mindre ulykker, og hvor beredskabet ikke aktiveres, bør kunne tilbydes via somatisk og/eller psykiatrisk akutmodtagelse/skadestue. Det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab træder i kraft ved større mere komplicerede hændelser, hvor behovet for akut psykisk krisestøtte ikke kan dækkes via sundhedsvæsenets almindelige beredskab.

Når indsatsen igen kan håndteres inden for de almindelige rammer, skal krisesty-
ringsstaben afslutte beredskabsindsatsen. I kommunen koordineres den sundheds-
beredskabsmæssige indsats med det samlede kommunale beredskab, herunder fx
planen for indkvartering og forplejning jf. Beredskabsloven LBK nr. 660 af 10. ju-
ni 2009.

Der er på Psykiatrisk Center København, Region Hovedstaden etableret et præ-
hospitalt og koordinerende kriseterapeutisk beredskab. Repræsentant herfra delta-
ger bl.a. i Udenrigsministeriets Internationale Operative Stab ved krisesituationer i
udlandet hvor staben er aktiveret. Der er endvidere tilknyttet et landsdækkende te-
lefonvagtberedskab, hvor andre regioner kan hente råd og vejledning ved større
hændelser.

2.1 Opdeling af kriseterapeutisk/krisestøttende bered- skabsplan

Beredskabsplanen for det kriseterapeutiske og krisestøttende beredskab kan med
fordel opdeles i følgende:

1. **Planlægning:** Her beskrives bl.a. organisation, ledelse, dimensionering og ressourceanvendelse samt aftaler indgået med samarbejdspartnere. Der skal også i planlægningen tages højde for, at beredskabet skal afsluttes, når situationen igen kan håndteres inden for de almindelige rammer.
2. **Aktivering/Alarmering:** Denne del af planen skal beskrive de arbejdsgange, der vil foregå i relation til aktivering af det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab. Dvs. alarmering af de relevante personer herunder samarbejdspartnere, etablering af krisestyingsstab og evt. etablering af lokalitet for denne. Alle procedurer i denne fase skal kunne foregå uden at den overordnede krisestyingsstab er på plads, dvs. procedurerne skal være planlagt på forhånd, skal kunne foregå på alle tider af døgnet og der kan med fordel være udarbejdet action cards, bl.a. for modtagelse af alarm, alarmeringen af ledelsen, alarmering af kriseteams mv.
3. **Indsats og opgaver:** Denne del af planen skal beskrive arbejdsgange for vurderingen af den konkrete situation og de behov den måtte aflede. Der kan med fordel udarbejdes tjeklister over hvilke forhold der skal vurderes i relation til den aktuelle situation, og situationen på længere sigt. Planen bør også beskrive arbejdsgangene for udsendelse af kriseteams og nedsættelse af krisestyingsstab, hvilket bør ske efter instrukser/action cards. Herefter

tilrettelægger krisestyingsstaben arbejdet og disponerer ressourcerne for håndtering af den pågældende situation. Ledelsen skal sikre samarbejdet til relevante parter, og sammen med øvrige myndigheder sikre kommunikation til borgere mv.

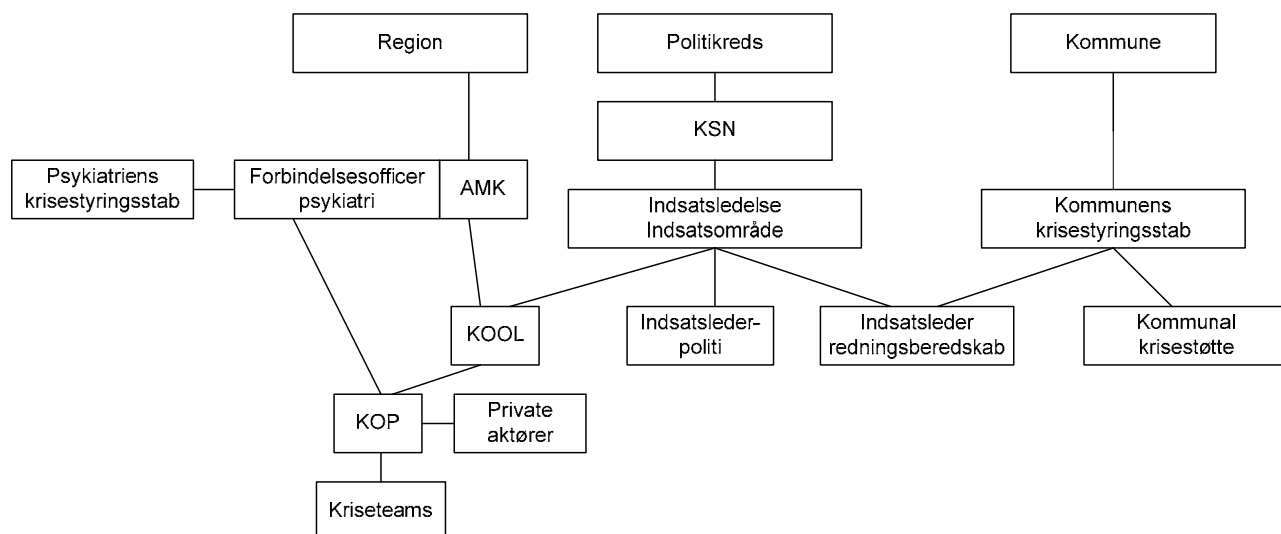
3 Planlægning

3.1 Ledelse

Der bør i den enkelte organisation være udpeget ledere med kendskab til og ansvar for den ressourcemæssige og faglige tilrettelæggelse af sundhedsberedskabet, herunder det kriseterapeutiske og krisestøttende beredskab. Det er den pågældende ledelses ansvar, at der udarbejdes alarmeringslister og planer for indkaldelse af relevante medarbejdere. Ledelsen har desuden ansvaret for, at det involverede personale uddannes, at der gennemføres øvelser, at der udarbejdes evalueringer samt at planerne opdateres. Ledelsen skal desuden sikre, at involverede medarbejdere er bekendt med kompetencer og kommandoveje, ligesom ledelsen bør planlægge for, hvordan krisestøttemateriel tilvejebringes.

Ved større ulykker og beredskabsmæssige hændelser er det AMK, der koordinerer den overordnede sundhedsfaglige indsats. I et indsatsområde udgøres grundstammen i indsatsledelsen af indsatsleder politi, indsatsleder redningsberedskab og koordinerende læge (KOOL). KOOL har det overordnede ansvar for den præhospitale indsats og leder således regionens sundhedsvæsens samlede indsats i indsatsområdet.

Ved hændelser, hvor det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab aktiveres, kan der også være behov for udsendelse af en koordinerende psykiatrisk kontaktperson (KOP). KOP er ikke en del af indsatsledelsen, men fungerer som ressourceperson for indsatsledelsen. I indsatsområder refererer KOP ledelsesmæssigt til KOOL. KOP bør i øvrigt have mulighed for at kontakte psykiatriens krisestyingsstab fx gennem en forbindelsesofficer i AMK, i forbindelse med fx afklaring af faglige og andre ressourcemæssige spørgsmål (se figur 1).



Figur 1: Kommunikation, ledelse og aktører i en beredskabssituation

3.2 Samarbejdspartnere

Regionen og kommunen skal tage stilling til hvilke eksterne samarbejdspartnere, der hensigtsmæssigt kan inddrages i planlægningen og udførelsen af det kriseterapeutiske og krisestøttende beredskab. Alle tilkaldte eksterne samarbejdspartnere er underlagt indsatsledelsen i indsatsområdet og rekvirenten (fx regionens krisestyingsstab, AMK eller kommunens krisestyingsstab). Samarbejdspartnere som ikke er indsat i indsatsområdet refererer til den nedsatte krisestyingsstab i hhv. region og kommune.

De eksterne samarbejdspartnere kan fx være:

- *De somatiske afdelinger*
- *Praktiserende læger* der ofte vil være den primære kontakt for personer, som har været udsat for potentielt traumatiserende situationer
- *Politiet* som indgår i forbindelse med oprettelse og drift af psykosociale støttecentre, registrering af ofre, kontakt til pressen, afspærring samt evakuering
- *Socialsektoren* i kommunerne
- *Lærere og pædagoger* der har det daglige kendskab til børn, der kan være direkte eller indirekte berørt af hændelsen
- *Præster eller lign. aktører fra øvrige trossamfund*, som har et særligt beredskab, der kan indgå i regionens og evt. kommunens kriseberedskab og alarmes via dette
- *Tolke* til brug for tolkebistand i forbindelse med både kriseterapi og krisestøtte. Det er en god idé at indgå aftale med tolke som er vant til at arbejde med psykiatrien.
- *Private virksomheder* med tilbud om psykologisk krisehjælp

Inden for et indsatsområde vurderer indsatsledelsen om eventuelle private aktører kan bidrage, og hvordan de i så fald bedst indgår i indsatsen så kompetenceforvirring undgås. Såfremt private aktører indgår i det krisestøttende beredskab i indsats-

området, bør det ske på baggrund af en aftale imellem rekvirenten (fx AMK, regionens krisestyringsstab eller kommunens krisestyringsstab) og indsatsledelsen, og det skal være klart, at aktørerne er til stede med baggrund i rekvirentens aftale med dem og er underlagt indsatsledelsen. Såfremt der er tale om private aktører inden for det sundhedsfaglige område, skal AMK involveres i beslutningen om at inddrage de private aktører i indsatsen.

Hvis regionen/kommunen har indgået aftale med private aktører, der tilbyder krisehjælp til borgerne i regionen/kommunen, vil det være hensigtsmæssigt, at aftalen er indgået i forvejen og i øvrigt omhandler procedurer for ledelse og koordination. Det bør altid fremgå af aftalen, at private aktører, der tilbyder krisehjælp og som rekvireres til et indsatsområde, er underlagt indsatsledelsen.

3.3 Borgere med særlige behov

Ved planlægningen skal både kommunen og regionen desuden være opmærksomme på borgere med særlige behov, fx fremmedsprogede, børn og unge, ældre, handikappede mv. Der bør planlægges for behovet for tolkebistand, ligesom det vil være hensigtsmæssigt at råde over en bærbar computer, så kommunikation med fx hørehæmmede kan foregå på skrift.

3.4 Psykosocialt støttecenter

Beslutning om etablering af et psykosocialt støttecenter (PSSC) træffes af indsatsledelsen i samråd med Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK). I PSSC kan der ydes praktisk og social støtte samt omsorg for borgere, der er påvirket af en større hændelse. Både ulykkesofrene fra et opsamlingssted og pårørende kan samles på dette sted. Politiet har ansvar for registrering af de personer der har været direkte involveret i ulykken, og har den koordinerende ledelse i PSSC.

Politiet skal desuden sikre tryghed, sikkerhed, fred og ro og har desuden ansvar for kontakten til pressen.

Et PSSC kan, afhængig af den konkrete hændelse og det konkrete behov, etableres i en lokalitet i nærheden af indsatsområdet eller i en separat lokalitet som ikke er i nærheden af indsatsområdet.

Der bør i hver kommune i samråd med regionen og politiet være udpeget 1–2 passende lokaliteter til et PSSC, fx en skole. Nødvendige aftaler med de relevante parter bør være indgået i forvejen. I regionen bør der 1-2 steder, fx på en kaserne eller lignende, ligeledes være planlagt for at kunne modtage ekstra mange mennesker til krisestøtte som følge af meget store hændelser.

Lokaliteten bør indeholde et større lokale hvor der kan afholdes generel briefing. Derudover bør der være en del mindre lokaler, hvori der kan ydes forskellige former for aktivitet og støtte (registrering, kriseteams, social/kommunal hjælp, fortæring m.m.) Der bør være mulighed for forplejning samt toilet- og bade faciliteter.

Et PSSC kan hensigtsmæssigt koordineres med redningsberedskabets opgaver relateret til indkvartering og forplejning af evakuerede og andre nødstedte jf. Beredskabsloven LBK nr. 660 af 10. juni 2009.

3.4.1 Regionens opgaver ved etablering af et psykosocialt støttecenter

Regionen har ansvaret for, via AMK, at aktivere det kriseterapeutiske beredskab. Psykiatriens krisestyringsstab udsender en KOP til PSSC. KOP kan være den samme, som har været udsendt til indsatsområdet, såfremt indsatsen i indsatsområdet er afsluttet. I PSSC refererer KOP til psykiatriens krisestyringsstab og til indsatsledelsen jf. figur 1, og har det overordnede ansvar for den krisestøttende indsats i PSSC. Psykiatriens krisestyringsstab stiller efter aftale med KOP og AMK kriseteams til rådighed til opgaven – og aktiverer eventuelt det gejstlige beredskab (fx præster og repræsentanter fra andre trosretninger). Det er væsentligt, at overveje om børne- og ungdomspsykiatrien skal inddrages i indsatsen.

Hvis andre, herunder kommunen, stiller et krisestøttende beredskab til rådighed, koordineres det samlede krisestøttende beredskab i PSSC af KOP.

3.4.2 Kommunens opgaver ved etablering af et psykosocialt støttecenter

Kommunen stiller lokalitet til rådighed og har ansvar for forplejning og eventuel indkvartering jf. forpligtigelserne i beredskabsloven LBK nr. 660 af 10. juni 2009. Hvis kommunen stiller et krisestøttende beredskab til rådighed, bør det koordineres med regionen via AMK.

4 Aktivering/Alarmering

Der skal være én entydig døgnbemandet kontaktindgang til regionen og det vil være hensigtsmæssigt, at der også er det til kommunens sundhedsberedskab. Det bør sikres, at relevante samarbejdsparter er bekendte med denne kontaktindgang. Relevante action cards bør udarbejdes for de enkelte funktioner, der indgår i regionens kriseterapeutiske beredskab og kommunens krisestøttende beredskab.

Beredskabshændelser, der involverer behovet for at aktivere det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab, kan være både varslede og uvarslede. En varslet hændelse vil fx være, når regionens kriseterapeutiske beredskab alarmeres som følge af en hændelse i udlandet, hvor danskere er involveret.

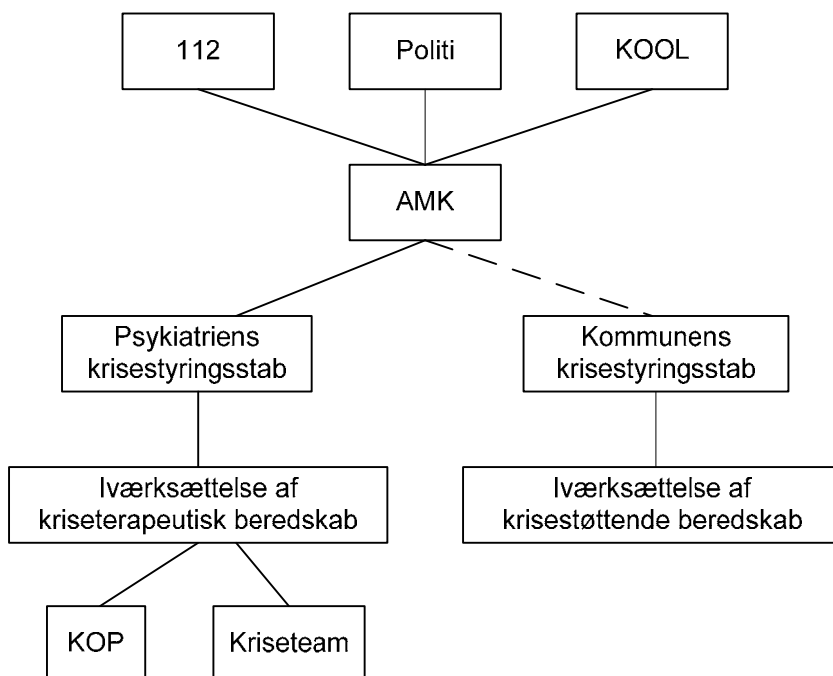
4.1 Alarmering af regionen i forbindelse med en uvarslet hændelse

Det kriseterapeutiske beredskab, som psykiatrien i regionen er ansvarlig for, skal kunne alarmeres på samme måde som regionens øvrige sundhedsberedskab, men bør også kunne alarmeres selvstændigt, uden at det øvrige beredskab i regionen er aktiveret. Det bør altid være AMK, der alarmerer det kriseterapeutiske beredskab ved en *uvarslet hændelse*. Såfremt det er indsatsledelsen eller somatisk/psykiatrisk akutmodtagelse der vurderer behovet for at aktivere det kriseterapeutiske beredskab, skal AMK inddrages i beslutningen (se figur 2).

Hvis aktiveringen/alarmeringen ikke går fra politiet (fx via alarmcentralen) til AMK, skal AMK underrette politiet om aktiveringen af det kriseterapeutiske beredskab.

Det skal fremgå, hvordan AMK skal alarmerer psykiatrien, og hvorfra koordinerende psykiatrisk kontaktperson (KOP) udgår.

Det er vigtigt, at planen indeholder et flowchart for hvordan alarmeringen fra AMK videreføres til de rette funktioner i psykiatrien (fx for vagthavende læge og ansvarshavende sygeplejerske) og til relevante kommuner (fx sundhedsforvaltning eller ansvarshavende hjemmesygeplejerske) med tilhørende action cards. Kommunen kan være aktiveret af indsatsledelsen forud for alarmeringen fra AMK. Planen bør indeholde action card for den person, der modtager alarmeringen fra AMK, og en plan for hvordan ekstra personale indkaldes.



Figur 2: Alarmering af region og kommune i forbindelse med en uvarslet hændelse

4.2 Alarmering af kommunen i forbindelse med en uvarslet hændelse

På linje med det somatiske beredskab bør det fremgå af kommunens sundhedsberedskabsplan, hvordan kommunens krisestøttende beredskab aktiveres. Der bør være mulighed for at få kontakt med og etablere det krisestøttende beredskab hele døgnet, fx ved at kontaktnummeret er en døgnbemandet telefon inden for det kommunale sundhedsvæsen (fx hjemmeplejen) og/eller redningsberedskabet.

Det er vigtigt, at planen indeholder et flowchart for hvordan alarmeringen fra den døgnbemandede indgang i kommunen videreformidles til de rette funktioner i kommunen. Ligeledes bør planen indeholde et action card for den person, der modtager alarmeringen.

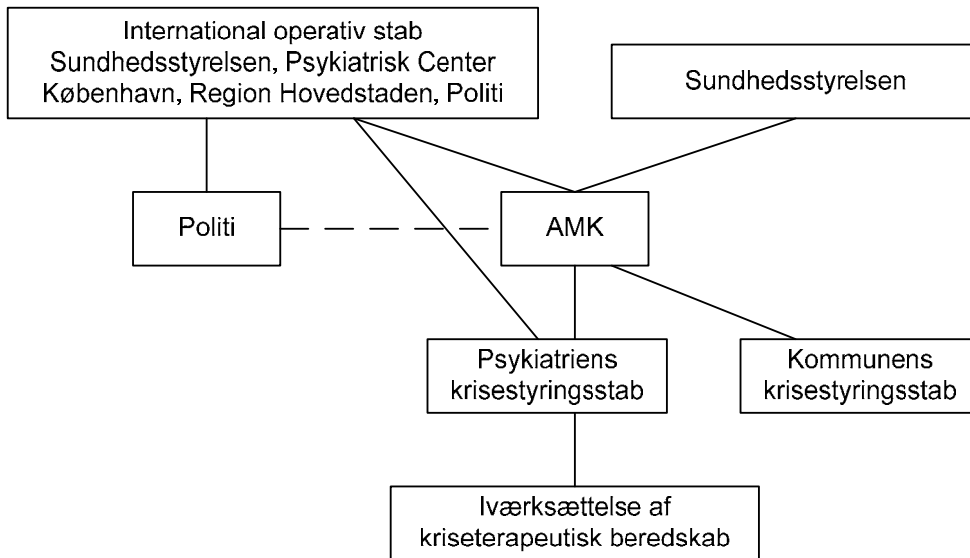
4.3 Alarmering af regionen i forbindelse med en varslet hændelse

En *varslet* hændelse vil oftest være når det kriseterapeutiske beredskab alarmeres som følge af en hændelse i udlandet, hvor danskere er involveret og hvor den Internationale Operative Stab er aktiveret. Psykiatrisk Center København, Region Hovedstaden vil sammen med Sundhedsstyrelsen indgå i den Internationale Operative Stab (se figur 3).

Ved en varslet hændelse bør alarmeringen til regionens kriseterapeutiske beredskab gå via regionens AMK. Såfremt alarmeringen sker direkte fra psykiatriens repræsentant i IOS til psykiatriens krisestyringsstab, skal AMK underrettes. Såfremt alarmeringen sker udenom politiet, skal AMK underrette politiet. AMK bør også alarmere den relevante kommune.

Der kan ved en varslet hændelse være behov for at sende kriseteams fra regionen til et modtagelsessted for hjemvendte berørte danskere, som fx en lufthavn. I disse tilfælde betragtes lufthavnen som et opsamlingssted, og er således underlagt politiets koordinerende ledelse.

Derudover vil der kunne opstå et behov for at udsende kriseteams til udlandet, som del af Sundhedsstyrelsens udsendelse af frivilligt sundhedspersonale. Disse vil være under ledelse af en DK-international KOOL.



Figur 3: Alarmering af region (og politi) i forbindelse med en varslet hændelse

5 Indsats og opgave

5.1 Vurdering og aktuelt behov

I en beredskabssituation er det nødvendigt, at krisestyingsstaben i region og kommune har kompetence til at træffe beslutninger og sikre relevant ressourceudnyttelse. Afhængig af den konkrete situation kan krisestyingsstaben bestå af forskellige personer med kendskab til og ansvar for det kriseterapeutiske/krisestøttende område. Krisestyingsstaben bør tillige sikre, at hændelsesforløbet og koordinationen kan dokumenteres, fx ved at føre log.

Det vil være den samlede indsatsledelse i et indsatsområde der vurderer, om der er behov for at oprette et psykosocialt støttecenter.

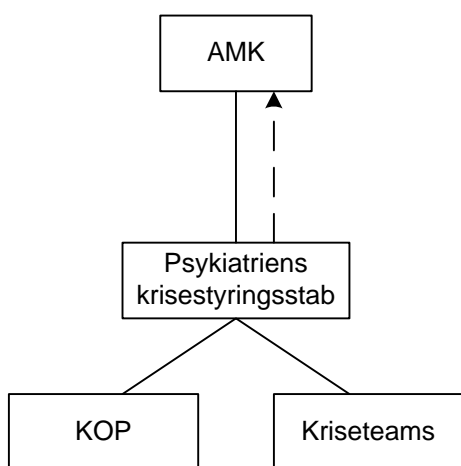
5.1.1 Vurdering af det aktuelle behov i regionen

Den på forhånd udpegede psykiatriske krisestyingsstab etableres, når psykiatrien anmodes om at aktivere den kriseterapeutiske beredskabsplan. Psykiatriens krisestyingsstabs opgaver er at foretage vurdering af det aktuelle behov for ressourcer efter samråd med indsatsledelsen i indsatsområdet, og herefter iværksætte, gennemføre og afslutte det kriseterapeutiske beredskab.

I et indsatsområde er det KOOL der vurderer behovet for krisestøtte, herunder vurderer om det kriseterapeutiske beredskab skal aktiveres. Organiseringen kan drøftes med den øvrige indsatsledelse. I den somatiske akutmodtagelse er det den somatiske beredskabsleder på sygehuset, der vurderer og anmoder om, at det krisetera-

peutiske beredskab aktiveres. Ved aktivering af det kriseterapeutiske beredskab går alarmeringen via AMK som herefter alarmerer det kriseterapeutiske beredskab.

AMK kommunikerer om situationen med KOOL, som koordinerer med KOP vedr. krisestøtteindsatsen. I store komplekse beredskabssituationer kan det være hensigtsmæssigt at tilknytte en forbindelsesofficer fra psykiatriens krisestyingsstab til AMK (se figur 4). I indsatsområdet vil KOP fungere som psykiatriens forbindelsesofficer til KOOL og den øvrige indsatsledelse.



Figur 4: Udsendelse af KOP, kriseteams og forbindelsesofficer fra psykiatrien

5.1.2 Vurdering af det aktuelle behov i kommunen

Den på forhånd udpegede kommunale krisestyingsstab bør etableres, når kommunen anmodes om at aktivere sit krisestøttende beredskab. Kommunens krisestøtteberedskab kan bestå af forskellige medarbejdere, som har kendskab til organiseringen af krisestøtte og evt. til de normale krisereaktioner. Den kommunale krisestyingsstabs opgaver er at foretage vurdering af det aktuelle behov for ressourcer, og herefter iværksætte, gennemføre og afslutte det krisestøttende beredskab i kommunen. Indsatsen koordineres med regionen.

Kommunen bør sammen med AMK i planlægningsfasen vurdere, hvordan kommunens ressourcer bedst kan udnyttes i en situation med behov for det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab. I den aktuelle situation bør den konkrete resourceudnyttelse aftales mellem AMK og kommunen.

5.2 Kommunikation og samarbejde

Krisestyingsstaben i regionen og kommunen har ansvaret for at sikre rådgivning og information af de øvrige aktører i beredskabet, herunder region/kommune, virksomheder i området, pressen i samarbejde med politiet, samt borgere i region/kommune, med henblik på hvad der er sket og hvortil der kan rettes henvendelse mv.

Det er vigtigt, at indsatsledelsen orienterer kommunen om hændelsen, idet kommunen er ansvarlig for at videreformidle informationen til daginstitutioner og skoler, som derved kan være opmærksomme på børn og unge, der kan være berørt af hændelsen.

Organisering af indsatsen for det kriseterapeutiske og krisestøttende beredskab kan inddeles i tre faser: Den akutte fase, overgangsfasen, og den opfølgende indsats.

5.3 Den akutte fase

Hovedparten af de berørte i et indsatsområde vil oftest ikke have behov for særlig krisestøtte. Situationen kan håndteres ved, at indsatsledelsen og de indsatte beredskabsaktører informerer om normale krisereaktioner, muligheder for afhjælpning samt henvendelsesmuligheder ved mere omfattende eller længerevarende reaktioner. KOOL kan også efter faglig vurdering anmode politiet og redningsberedskabet om at uddele relevant informationsmateriale om forventede reaktioner (se skabelon for informationsmateriale i bilag 2).

Den samlede indsatsledelse vurderer, hvornår den akutte indsatsfase er overstået, og der kan således ikke angives en tidsramme for den akutte indsats. Indsatsledelsen har ansvaret for, at eventuelle fortsatte opgaver bliver overgivet til andre. Indsatsledelsen bør ligeledes sikre, at involveret indsatspersonale deltager i en debriefing.

5.3.1 Regionens indsats i den akutte fase

Når regionens kriseterapeutiske beredskab alarmeres, skal der kunne ydes akut krisestøtte i og uden for de psykiatriske afdelinger (i indsatsområdet, opsamlingssted, behandlingsplads og/eller i et psykosocialt støttecenter).

Regionen ved psykiatriens krisestyingsstab bør i den akutte indsatsfase kunne udsende en KOP med henblik på koordinering af den krisestøttende del af indsatsen sammen med KOOL og den øvrige indsatsledelse. KOP og KOOL vil i nogle situationer befinde sig på forskellige lokaliteter, men KOP vil referere til KOOL og til psykiatriens krisestyingsstab. Såfremt det vurderes nødvendigt, bør regionen kunne udsende kriseteams (se afsnittet om terminologi). Regionen skal vurdere sammensætning og antal medarbejdere i kriseteamet. Hvis der oprettes et psykosocialt støttecenter, bør regionen kunne udsende en KOP hertil med henblik på bl.a. at varetage visitation.

AMK skal i samarbejde med krisestyingsstaben i somatikken og i psykiatrien overveje, om der er behov for en lokalitet, hvor de pårørende til de fysisk skadede kan samles. Da der kan være indbragt patienter til flere lokaliteter, skal det endvidere overvejes hvordan information sikres på tværs af lokaliteterne.

5.3.2 Kommunens indsats i den akutte fase

Kommunen bør i den akutte fase sørge for umiddelbar støtte til de involverede borgere. Den praktiske hjælp kan bestå af, at kommunen sikrer indkvartering og forplejning jf. Beredskabsloven LBK nr. 660 af 10. juni 2009. Den praktiske hjælp kan i øvrigt bestå i, at kommunen eventuelt stiller krisestøttmateriel til rådighed i passende antal. Krisestøttmateriel kan bl.a. være tæpper, tøj, telte, legetøj, bleer etc. Endvidere kan kommunen eventuelt være behjælpelig med at fremskaffe medicin og skabe kontakt til fx forsikringsselskaber.

Den samlede indsatsledelse drøfter organiseringen af *psykosocialt støttecenter*, såfremt der er vurderet at være behov herfor. Der bør i hver kommune på forhånd være udpeget lokaliteter, som er egnede til formålet.

Kommunens krisestøttende beredskab kan bistå regionens udsendte KOP og kriseteams med at give de involverede krisestøtte.

5.4 Overgangsfasen

I overgangsfasen forberedes den opfølgende indsats, dvs. fokus skal være på de psykologiske og sociale konsekvenser hos de berørte, hvor det også kan være nødvendigt med en aktiv opsøgende indsats. Der er behov for grundig information til både de ramte og familien samt det øvrige sociale netværk.

Varigheden af denne fase kan være op til få uger.

5.4.1 Regionens indsats i overgangsfasen

Regionen bør sikre krisestøtte med et visiterende fokus til såvel somatisk skadede (både indlagte og ambulante) som fysisk uskadte og andre involverede og sørge for at personer der udviser tegn på akut belastningsreaktion og personer med særligt behov herfor, får den rette støtte og omsorg, fx krisesamtaler ved psykolog. Tilbuddet bør omfatte inddragelse af de berørtes sociale netværk og muligheden for dannelse af professionelt styrede grupper og kriseterapi. Der kan være behov for, at regionen stiller telefonrådgivning til rådighed for de berørte.

5.4.2 Kommunens indsats i overgangsfasen

Der kan i denne fase være behov for, at borgerne i en periode kan komme i kontakt med kommunen vedrørende hændelsen. Det kan derfor være en god idé at oprettholde en telefonlinje for borgere berørte af hændelsen samt at informere på kommunens hjemmeside. Indholdet på hjemmesiden kan med fordel koordineres med regionen. Kommunen bør sikre, at de almindelige rammer for børn og unge i skoler og daginstitutioner etableres hurtigst muligt. Lærere og pædagoger m.fl. har en central rolle i krisestøtten for børn og unge.

5.5 Den opfølgende indsats

Hovedformålet med den opfølgende indsats er at forebygge og behandle posttraumatisk belastningsreaktion og andre følgetilstande.

5.5.1 Regionens opfølgende indsats

Regionens opgave er at sørge for, at borgere der viser tegn på posttraumatisk belastningsreaktion eller andre psykiske lidelser som følge af hændelsen, henvises til relevant udredning og behandling.

5.5.2 Kommunens opfølgende indsats

Kommunen bør i denne fase understøtte, at borgere der viser tegn på posttraumatisk belastningsreaktion eller andre psykiske lidelser som følge af hændelsen og som kommunen måtte blive opmærksom på, henvises til regionen. Kommunens ansatte (fx medarbejdere i forvaltningen, PPR samt pædagoger, lærere og sundhedspersonale) bør derfor kende symptomerne på posttraumatisk belastningsreaktion og være rustet til at håndtere mennesker i krise. Det er væsentligt at fastholde opmærksomheden på børn og unge, da de ofte reagerer senere i forløbet end voksne.

6 Eksempler ved scenarier

Scenarierne er tænkt som inspiration til planlægning af det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab i regioner og kommuner. Dimensioneringen af det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab i regioner og kommuner skal tage udgangspunkt i lokale forhold og risiko- og sårbarhedsvurderinger samt nationale trusselvurderinger, og ikke i scenarierne.

Scenarie: Flyhavari i lufthavn

En Boeing 747 med over 400 passagerer om bord nødlander på vandet tæt på en lufthavn. Der er både svært og lettere tilskadekomne passagerer. Næsten alle er våde og afkølede.

De svært tilskadekomne bringes til to forskellige akutsygehuse, og lettere tilskadekomne bringes enten til andre sygehuse eller til opsamlingssted i lufthavnen ved indsatsområdet. Uskadte passagerer samt pårørende til passagerer bringes til lokaler i lufthavnen. Pårørende indfinder sig desuden på både akutsygehusene samt de andre sygehuse.

Der anmodes om krisestøtte til:

- Uskadte passagerer og pårørende i lufthavnen
- Pårørende, der indfinder sig på akutsygehuse
- Lettere tilskadekomne og pårørende der er bragt til/indfinder sig på andre sygehuse end akutsygehusene

Endvidere er der behov for at:

- Skaffe tøj til ca. 450 passagerer

Aktivering

1. Alarmering af beredskabet via 1-1-2 (somatisk beredskab)
2. Alarmcentral/politiet eller indsatsledelsen kontakter AMK
3. AMK alarmerer det kriseterapeutiske beredskab ved at ringe til:
 - a) Regionens kriseterapeutiske beredskab efter gældende retningslinjer.
 - b) Kommunen via den ansvarshavende sygeplejerske i hjemmeplejen.
4. Region og kommune alarmerer videre i eget system (via de på forhånd aftalte kanaler), og tager stilling til, om der er behov for at involvere eksterne parter.

Indsats og opgaver

5. Indsatsledelsen tager kontakt til kommunen med henblik på hjælp til at skaffe tørt tøj til passagererne (både børn og voksne)
6. Indsatsledelsen vurderer, at der er behov for at aktivere det kriseterapeutiske/ krisestøttende beredskab.
7. Der udsendes en KOP fra psykiatrien, som løbende vurderer, om der er de nødvendige ressourcer til rådighed, eller om der er behov for andre

ressourcer.

8. KOP og KOOL vurderer, at der er behov for, at der bliver udsendt fire kriseteams. KOP tager kontakt til psykiatriens krisestyingsstab med henblik på udsendelse af kriseteams inkl. børne- og ungdomspsykiatrisk personale, AMK orienteres herom.
9. Medarbejderne på kriseteamet er uddannet til opgaven og bekendt med organisationen i et indsatsområde. Kriseteams ankommer til indsatsområdet og afsættende køretøj kører straks, så der ikke er unødvendige køretøjer, der blokerer vejen.
10. Kriseteams i indsatsområdet:
 - a. refererer til KOP og til eget bagland herunder til egen krisestyingsstab.
 - b. sikrer sig, at dispositioner aftales med KOP som koordinerer med KOOL og resten af indsatsledelsen. Akutte dispositioner foretages ud fra den af indsatsledelsen planlagte strategi og operationsplan.
11. I indsatsområdet vurderer indsatsledelsen om evt. private aktører kan være til stede. De private aktører (inkl. psykologtjenester og kriseteams) er underlagt indsatsledelsen.
12. Akutmodtagelserne på sygehusene vurderer, hvorvidt sundhedspersonalet selv kan yde den fornødne krisestøtte, eller om der er behov for at anmode AMK om at få krisestøtte-assistance fra psykiatrien. Der udsendes yderligere ét kriseteam til ét af de øvrige sygehuse.
13. Indsatsledelsen tager kontakt til lufthavnen og flyselskabets krisestyingsstab med henblik på at inddrage disse i indsatsledelsens arbejde, fx vedr. krisestøtte, pårørendekontakt, registrering, indkvartering, forplejning, forberedte lokaliteter mv.
14. Indsatsledelsen vurderer, at der ikke er behov for at oprette et eksternt psykosocialt støttecenter, idet man vil benytte sig af de lokaliteter i lufthavnen, som i forvejen er udpeget til dette formål. Her vil man kunne bringe passagerer og pårørende sammen, og visitere passagererne samt give dem den fornødne omsorg og sociale bistand mv. Andre passagerer og pårørende vil ligeledes kunne få oplysninger og informationer om hændelsen.
15. Kommunen har skaffet tøj til de ca. 450 passagerer.
16. De fleste passagerer vil inden for kort tid kunne overdrages til de pårørendes omsorg. Øvrige passagerer vil kunne blive indkvarteret af flyselskabet i samarbejde med kommunen.
17. KOP sikrer, at der tilbydes den nødvendige opfølgende indsats overfor de passagerer, som måtte have brug for dette. Det sker via uddeling af informationsfolder til passagererne. KOP orienterer via psykiatriens krisestyingsstab passagerernes hjemmeregion om, at passagererne kan have et efterbehandlingsbehov.
18. Indsatsledelsen afslutter i enighed indsatsen.

Scenarie: Bydel nedbrænder efter brand i stor kemisk virksomhed

Der er ingen umiddelbart fysisk tilskadekomne. Enkelte personer bringes dog til akutsygehuse til observation for røgforgiftning.

Der anmodes om krisehjælp til:

- Uskadede borgere ved indsatsområdet
- Bemanning til oprettelse af psykosocialt støttecenter

Aktivering

1. Alarmering af beredskabet via 1-1-2
2. Indsatsledelsen beslutter i samråd med embedslægen at evakuere beboelsesområdet pga. brand i en kemisk virksomhed.
3. Indsatsledelsen kontakter kommunen med henblik på at få udpeget lokalitet, hvortil beboerne kan evakueres. Kommunen udpeger en skole til formålet.
4. Indsatsledelsen erklærer området for indsatsområde, og ingen må vende hjem eller hente ting i deres huse.
5. Indsatsledelsen beslutter, at der er behov for at aktivere det kriseterapeutiske beredskab via AMK.
6. AMK alarmerer det kriseterapeutiske beredskab ved at ringe til:
 - a) Regionens kriseterapeutiske beredskab efter gældende retningslinjer.
 - b) Kommunen via den ansvarshavende sygeplejerske i hjemmeplejen.
7. Region og kommune alarmerer videre i eget system (via de på forhånd aftalte kanaler), og tager stilling til, om der er behov for at involvere eksterne parter.

Indsats og opgave

8. Indsatsledelsen beslutter i samarbejde med kommunen, at skolen skal fungere som psykosocialt støttecenter.
9. Kommunen stiller krisestøttmateriel til rådighed i passende antal, er behjælpelig ved genhusning samt giver borgere adgang til telefon og internet. Endvidere er kommunen behjælpelig med at fremskaffe medicin og skabe kontakt til bl.a. forsikringsselskaber. Forsikringsselskaberne yder hjælp til bl.a. hotel, tøj og transport.
10. Psykiatrisk afdeling udsender hurtigst muligt en KOP til det psykosociale støttecenter samt ét kriseteam, som er uddannet til opgaven. KOP og kriseteam orienterer om risiko for samt symptomer på krisereaktioner.
11. KOP vurderer i samråd med indsatsledelsen, at den private psykologtjeneste, som kommunen har en aftale med, kan være behjælpelig. De private psykologer orienteres ved ankomsten om, at de er der som led i deres aftale med kommunen, og at de ledelsesmæssigt refererer til indsatsledelsen og KOP. Kommunen afholder udgifterne til den private psykologtjeneste.
12. Kommunen er med til at sikre, at hverdagen så hurtigt som muligt kan normaliseres, dvs. at skole, daginstitution og arbejde genoptages. Der kan være behov for praktisk hjælp i form af transport fra midlertidig bopæl til skole og arbejde samt fremskaffelse af tøj, skolebøger m.m.
13. Der vil være behov for psykologisk støtte i en længere periode efter

ulykken, hvorfor der fra regionen fast etableres et kriseteam, som møder op i det psykosociale støttecenter to timer dagligt og tilbyder samtaler efter behov. Pædagogerne og lærerne har en central rolle i en evt. opsporing af og støtte til børn og unge i krise.

14. Efterfølgende er der behov for social støtte og involvering af skolerne.
15. Kommunen orienterer i samarbejde med regionen borgerne om hændelsen på kommunens hjemmeside, herunder om de normale krisereaktioner og kontaktmuligheder.

Scenarie: Brand på skole

Brandskadede bringes til traumecenter. Ti tilskadekomne elever bringes til akutsygehus, de fleste til observation for røgforgiftning.

Der anmodes om krisehjælp til:

- Uskadede børn og unge på skolen
- Chokerede forældre til børn og unge på skolen
- Pårørende til sygehusindbragte patienter

Aktivering

1. Skolen alarmerer via 1-1-2.
2. Indsatsledelsen beslutter, at der er behov for at aktivere det kriseterapeutiske beredskab, og de kontakter derfor AMK.
3. AMK alarmerer det kriseterapeutiske beredskab ved at ringe til:
 - a) Regionens kriseterapeutiske beredskab efter gældende retningslinjer.
 - b) Kommunen via den ansvarshavende sygeplejerske i hjemmeplejen.
4. Region og kommune alarmerer videre i eget system (via de på forhånd aftalte kanaler) og tager stilling til, om der er behov for at involvere eksterne parter.

Indsats og opgaver

5. Regionen udsender en KOP til skolen. KOP vurderer i samråd med KOOL, at der er behov for udsendelse af ét kriseteam, som har særlig ekspertise i børn og unges krisereaktioner.
6. Akutmodtagelsen på sygehuset, hvortil eleverne samt deres pårørende er ankommet, vurderer, at der er behov for at anmode AMK om kriseterapeutisk assistance, og der udsendes yderligere et kriseteam med ekspertise i børn og unges krisereaktioner til sygehuset.
7. Indsatsledelsen informerer børn og unge, lærere og forældre om hændelsen i skolens gymnastiksal.
8. Regionens udsendte kriseteams giver krisestøtte til børn og unge, lærere og forældre i skolens gymnastiksal, herunder orientering om normale krisereaktioner og uddeler informationsfolder om krisereaktioner og kontaktinformation.
9. Skolens psykologer i PPR giver psykologisk støtte til børnene i den berørte klasse og deres forældre i en længere periode efter hændelsen. Psykologerne giver desuden supervision til lærerne for at kvalitetssikre krisestøtte til børnene og de unge.
10. Kommunen orienterer borgerne om hændelsen på kommunens hjemmeside.
11. Regionen og kommunen koordinerer den opfølgende indsats og sørger for at de enkelte personer, der efter hændelsen har udviklet unormale krisereaktioner som følge af hændelsen, får den nødvendige behandling.

7 Terminologi

Akut belastningsreaktion: Er første stadie i krisereaktionen (F 43.0) og er en akut forbigående tilstand, som udvikler sig hos en person uden forudgående psykisk lidelse eller forstyrrelse, som reaktion på exceptionel fysisk eller psykisk belastning. Tilstanden fortager sig hurtigt i løbet af få timer eller få dage. Individuel sårbarhed og tilpasningsevne spiller en rolle for reaktionens opståen og sværhedsgrad.

Kommunens (krisestøttende) krisestyingsstab: Den ledelse, der indkaldes i kommunen, når den krisestøttende del af sundhedsberedskabsplanen iværksættes. Krisestyingsstaben skal tage beslutning om, hvordan indsatsen skal tilrettelægges, og hvordan ressourcerne skal disponeres i den pågældende beredskabssituation. Krisestyingsstaben er ansvarlig for at igangsætte og afslutte indsatsen.

Koordinerende læge (KOOL): Den somatiske speciallæge i indsatsområdet, der har det sundhedsfaglige ansvar og ledelsen af den præhospitale indsats i indsatsområdet, og som prioriterer og efter aftale med AMK visiterer de tilskadekomne/syge samt kommunikerer med AMK.

Koordinerende psykiatrisk kontaktperson (KOP): Har ansvaret for og varetager koordineringen, herunder visitationen af krisestøtteindsatsen i indsatsområdet. KOP har det overordnede ansvar for den krisestøttende indsats i psykosocialt støttecenter (i PSSC kan KOP evt. benævnes KOP2 eller KOP PSSC) bl.a. i forbindelse med indsættelse af kriseteams, samt varetager kontakten mellem kriseteam og psykiatriens krisestyingsstab. KOP kontakter altid KOOL ved ankomst til indsatsområdet. KOP samarbejder med KOOL og har via KOOL kontakt til resten af indsatsledelsen i indsatsområdet. KOP kan også udsendes til somatisk akutmodtagelse. Her vil KOP arbejde under ledelse af den somatiske beredskabsleder. KOP bør have ledelseserfaring.

Krisestøtte: Består først og fremmest af praktisk og social støtte samt omsorg, aflastning og ro i den første tid efter en hændelse. Herudover er det vigtigt at lade den berørte fortælle om sine oplevelser i en medmenneskelig og lyttende atmosfære. Formålet med krisestøtten er at sikre at de berørte kommer godt igennem hændelsen, og dermed hindre at den berørte får alvorlige psykiske mén (som fx PTSD) som følge af hændelsen. Man skal ikke have en speciel uddannelse for at kunne give krisestøtte, men krisestøtten skal gives med en vedkommende og faglig forsvarlig tilgang. Det er væsentligt, at personen, der yder krisestøtte, bevarer overblik og kommunikerer klart og tydeligt.

Kriseteams: Team af medarbejdere, der udsendes fra psykiatriens krisestyingsstab til et indsatsområde/opsamlingssted eller til et psykosocialt støttecenter. Hvis der er børn og unge blandt de berørte, bør der i det udsendte kriseteam være inddraget personale fra børne- og ungdomspsykiatrien. Det er KOP, der i samarbejde med KOOL vurderer behovet for udsendelse af kriseteams til et indsatsområde/opsamlingssted, ligesom KOP i samarbejde med KOOL og indsatsleder-politi vurderer behovet for udsendelse af kriseteams til psykosocialt støttecenter. Det er den psykiatriske krisestyingsstab der disponerer ressourcerne i samarbejde med AMK. Antal medarbejdere i et kriseteam vil afhænge af situationen, og består af fx sundheds- og plejepersonale, læger, psykologer og sekretærer. Der udpeges en leder af det enkelte kriseteam, lederen referer til KOP. Kriseteams medbringer relevant udstyr, fx informationsfoldere om krisereaktioner.

Regionens (kriseterapeutiske) krisestyringsstab: Den ledelse, der indkaldes i regionen, når den kriseterapeutiske del af sundhedsberedskabsplanen iværksættes. Krisestyringsstaben skal tage beslutning om, hvordan indsatsen skal tilrettelægges, og hvordan ressourcerne skal disponeres i den pågældende beredskabssituation. KOP refererer til denne krisestyringsstab. Krisestyringsstaben er ansvarlig for at igangsætte og afslutte indsatsen.

Post traumatisk belastningsreaktion (PTSD): Er en tilstand, der opstår som forsinket reaktion på en traumatisk begivenhed eller situation af en exceptionelt truende eller katastrofeagtig natur, og som vil medføre kraftig påvirkning hos praktisk talt enhver. Tilstanden opstår typisk fra få uger til nogle måneder efter traumet. Typisk ses tilbagevendende episoder med genoplevelse af traumet i form af påtrængende erindringer (flash-backs), drømme eller mareridt samt undgåelse af alt der minder om traumet.

Psykosocialt støttecenter (PSSC): Et særligt etableret midlertidigt opholdssted for ulykkesofre og pårørende i forbindelse med en større hændelse. Bemandes med sundhedsfagligt og administrativt personale. Der kan ydes praktisk og social støtte og omsorg for borgere der på den ene eller anden måde er påvirket. PSSC kan indgå som en del af et større evakueringscenter. Politiet har den koordinerende ledelse i PSSC, mens KOP har det overordnede ansvar for den krisestøttende indsats i PSSC. Opgaverne i PSSC skal i øvrigt ses i sammenhæng til redningsberedskabets opgaver jf. Beredskabsloven LBK nr. 660 af 10. juni 2009.

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** **Arbejdsgruppen vedr. revision af kriseterapeutisk kapitel i Hånd-
bog om sundhedsberedskab**
- Bilag 2:** **Skabelon til informationsfolder om krisereaktioner**

Bilag 1

Arbejdsgruppen vedr. revision af kriseterapeutisk kapitel i Håndbog om sundhedsberedskab

Repræsentant	Organisation
Tove Kjeldsen, fuldmægtig, Center for sygehuspolitik	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Kirsten Jørgensen, chefrådgiver, Sundheds- og Socialpolitisk Kontor	Danske Regioner
Henrik Steen Andersen, overlæge, Psykiatrisk Center Rigshospitalet	Region Hovedstaden
Niels Bonde, beredskabskonsulent	Region Sjælland
Hanna Strandvig, oversygeplejerske, Aalborg Psykiatriske Sygehus	Region Nordjylland
Ulla Bartels, overlæge, leder af psykiatrisk skadestue, psykiatrisk hospital Risskov	Region Midtjylland
Torsten Lang-Jensen, præhospital leder	Region Syddanmark
Kari Vieth, seniorkonsulent, Kontoret for Social- og Sundhedspolitik	Kommunernes Landsforening
Lars Røbetje, viceberedskabschef, Roskilde Brandvæsen	Roskilde Kommune
Maibritt Eghave, Miljø og teknik, beredskab, Svendborg Kommune	Svendborg Kommune
Jørgen Pedersen, beredskabschef, Aalborg Kommune	Aalborg Kommune
Jesper Djurhus, beredskabschef, Rudersdal Hørsholm Brandvæsen	Rudersdal Kommune
Jakob Andersen, beredskabschef, Århus brandvæsen	Århus Kommune

Jack Pedersen, vicepolitikommisær, Nationalt Operationscenter (NOBC)	Rigspolitiet
Ole Pagh, vicepolitikommisær, Nationalt Operationscenter (NOBC)	Rigspolitiet
Birgit Kijne, overlæge, Psykiatrien Roskilde	Dansk Psykiatrisk Selskab
Mette Kabel, overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Bispebjerg	Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab
Torben Anbert, cand. psych., specialist og supervisor i psykotraumatologi og psykoterapi	Dansk Krise- og Katastrofepsykologisk Selskab
Peter Clemmesen, overlæge, Psykiatrisk Center, Ballerup	Psykotraumatologisk Interessegruppe
Ask Elklit, professor, cand. psych.	Psykologisk Institut
Anne Lindhardt, centerchef, sagkyndig rådgiver	Sundhedsstyrelsen
Sille Arildsen, specialkonsulent, Sundhedsplanlægning (formand)	Sundhedsstyrelsen
Dorthe Goldschmidt, assisterende læge, ph.d., Sundhedsplanlægning	Sundhedsstyrelsen

Bilag 2

Skabelon til informationsfolder om krisereaktioner

Foldet i 3 spalter.

Den ene side til kontaktoplysninger – som kan udfyldes i de enkelte regioner/kommuner

<p>Hvor kan du søge hjælp:</p> <p>Du kan søge hjælp hos egen læge fx hvis du eller dit barn gennem flere nætter i træk har svært ved at sove, eller plages af voldsomt belastende reaktioner som ikke bedres over nogle dage til uger. Denne kan, hvis relevant, henvise til psykolog eller praktiserende psykiater eller sygehuspsykiatrien.</p> <p>Det vil også være muligt at søge akut hjælp på en psykiatrisk skadestue eller akutmodtagelse.</p> <p>Kontaktoplysninger:</p> <p>Psykiatriske akutmodtagelser / kommunale akutte foranstaltninger</p> <ul style="list-style-type: none">● Tilgængelighed (åben eller krav om henvisning)● Adresser og telefonnumre	<p>Ansvarlig for udarbejdelse:</p>	<p>Enhedens navn:</p> <p><i>Region XX / kommune YY</i></p> <p>Værd at vide om krisereaktioner hos børn og voksne</p> <p><i>Normale reaktioner efter unormale hændelser</i></p>
---	------------------------------------	--

Den anden side til oplysninger om reaktioner:

<p>Når mennesker udsættes for meget belastende begivenheder vil der i tiden efter hos alle komme en række reaktioner af psykologisk og fysisk art.</p> <p>Voksne</p> <p>Almindelige reaktioner er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uro og rastløshed • Angst ledsaget af rysten, svedeture, hjertebanken • Søvnbesvær – såvel svært at falde i søvn som ved at sove igenem. • Mareridt • Gentagne erindringer om det skete • Svært ved at huske og ved at koncentrere sig om andet end det skete • Følelse af uvirkelighed • Irritabilitet og vrede • Skift i stemning mellem opstemthed og initiativløshed • Hovedpine og muskelspændinger • Træthed og uoverkommelighedsfølelse • Appetitløshed – glemmer at spise • Skyldfølelse og selvbebrejdelser <p>Disse reaktioner vil oftest aftage over nogle uger til få måneder.</p>	<p>Børn</p> <p>Børn reagerer med en række psykologiske og kropslige symptomer lige som voksne. Men det er ikke altid let at se hvad de tænker og føler og de kan ikke altid fortælle om det.</p> <p>Almindelige reaktioner er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angst i anfald • Humørskift • Vrede eller indesluttethed • Ændrer opførsel • Svært ved at sove • Mareridt • Svært ved at koncentrere sig • Uro og rastløshed • Mavepine og hovedpine 	<p>Hvad kan man selv gøre?</p> <p>Voksne De fleste har behov for at fortælle om det der er sket igen og igen. Det er vigtigt at kunne bruge familie og venner i denne situation og de fleste vil være glade for at kunne hjælpe.</p> <p>Erfaringen er, at reaktionerne aftager efterhånden som man får fortalt om dem og dermed bearbejdet dem.</p> <p>Samværet med andre der har været i den samme eller lignende situationer kan ligeledes være til stor hjælp, fordi man her kan dele erfaringer og reaktioner.</p> <p>Børn Børn har behov for at få klar besked om hvad der er sket og skal ske. Børn er tilbøjelige til at "tage hensyn" til voksne, og undlade at stille spørgsmål hvis de voksne er kedede af det. De er tilbøjelige til at danne deres egne fortolkninger, hvis de ikke kan spørge eller få klar besked. Det er vigtigt, at der er kendte voksne sammen med barnet, som de kan føle sig trykkes ved. Vis gerne barnet, at man selv er ked af det og tal gerne om det og sørg for at blive sammen med barnet sammen med andre voksne der kan støtte.</p> <p>Vær opmærksom på:</p> <p>At reaktionstid og opmærksomhed er forstyrret, så man ikke reagerer som man plejer i trafik og daglige gøremål.</p> <p>Undgå at medicinere dig selv med rusmidler. Søg egen læge hvis du har brug for noget midlertidigt søvndyssende eller beroligende.</p>
---	---	--