

# Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer



Hefkets tittel: Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer

Utgitt: August 2011

Publikasjonsnummer: IS-1810

ISBN-nr. 978-82-8081-233-9

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

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-1810

Grafisk design: [www.aasebie.no](http://www.aasebie.no)  
Forsidefoto: Igor Sokolov  
Trykk: Andvord Grafisk AS, et Staples selskap

# Forord

De fleste mennesker vil mestre krisesituasjoner som oppstår i dagliglivet uten behov for hjelp av lege, psykolog eller andre fagfolk. I ekstraordinære situasjoner kan imidlertid enkelte ha behov for psykososiale støttetjenester i tillegg til støtte fra nærmiljø, venner og arbeidskollegaer. Ivaretagelse av kommunens befolkning med hensyn til psykososial oppfølging i forbindelse med kriser, ulykker og katastrofer, er en viktig del av kommunenes beredskapsansvar.

Helse- og sosialsektoren i kommunene er avhengig av et godt og tett samarbeid med andre nødetater, frivillige organisasjoner og helseforetak for å kunne tilby gode psykososiale støttetjenester ved kriser, ulykker og katastrofer når det er behov for det.

I St.prp. nr. 1 (2006–2007) skrives det at; «Det er behov for å styrke hjelpeapparatets psykososiale oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer. Det utarbeides derfor en veileder om innhold, organisering og kompetanse i psykososiale tjenester ved kriser, ulykker og katastrofer». Denne veilederen er et verktøy for å etablere god praksis med hensyn til psykososial håndtering av kriser, ulykker og katastrofer. Veilederen har til hensikt å stimulere til videreutvikling, forbedring og konsensus av tjenestetilbudene i kommunene ved å gi relevante helsefaglige vurderinger og anbefalinger og synliggjøre viktige administrative og organisatoriske forhold ved beredskaps- og krisehåndtering.

En bredt sammensatt arbeidsgruppe har utarbeidet utkastet til veilederen. Det har vært lagt særlig vekt på involvering av rammede og berørte av kriser, ulykker eller katastrofer. Jeg vil gjerne få rette en stor takk til arbeidsgruppens medlemmer og ikke minst til arbeidsgruppens leder Egil Waldenstrøm, fagdirektør ved Landaasen Rehabiliteringssenter og nestleder Trond Heir, prosjektleder ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress for deres verdifulle bidrag i arbeidet.

*Oslo, august 2011*



Bjørn-Inge Larsen  
helsedirektør

# Innhold

<b>1.</b>	<b>Innledning og sammendrag</b> .....	9
1.1	Bakgrunn og mandat .....	12
1.2	Prosess og metode.....	13
1.2.1	Utarbeiding av faglige retningslinjer og veiledere .....	13
1.2.2	Deltakere i utarbeidingen av veilederen.....	13
1.2.3	Målgruppe .....	15
1.2.4	Kunnskapsgrunnlaget.....	15
1.3	Definisjoner .....	16
1.3.1	Kriser .....	16
1.3.2	Ulykker.....	16
1.3.3	Katastrofer .....	16
1.3.4	Psykososiale tiltak .....	17
1.3.5	Psykososiale kriseteam .....	17
1.3.6	Kommunal beredskapsledelse/kriseledelse.....	17
1.4	Når er de aktuelle tiltakene omfattet av helsepersonelloven?... 17	
1.4.1	Helsepersonellovens virkeområde .....	18
1.4.2	Hvem er helsepersonell i helsepersonellovens forstand?.....	18
1.4.3	Vil personer med autorisasjon alltid være forpliktet etter helsepersonelloven? .....	21
1.4.4	Forvaltningsloven.....	21
1.4.5	Pasientrettighetsloven.....	21
1.5	Særlig om taushetsplikt .....	22
1.6	Dokumentasjon og journalføring.....	23
1.7	Dokumentasjon i journal ved informasjon til pårørende .....	23

## Del A: Administrative og organisatoriske forhold

<b>2.</b>	<b>Sentrale aktører ved kriser, ulykker og katastrofer</b> .....	25
2.1	Innledning.....	25
2.2	Politiet.....	26
2.2.1	Politiets organisering og gjennomføring av kontakt med pårørende .....	26
2.3	Kommunale helsetjenester .....	28

2.3.1	Fastlege.....	29
2.3.2	Helsestasjons- og skolehelsetjeneste .....	30
2.3.3	Psykisk helsetjeneste i kommunen.....	30
2.3.4	Psykologkompetanse i kommunen .....	31
2.4	Kommunale psykososiale kriseteam .....	31
2.5	Spesialisthelsetjenesten .....	31
2.6	Redningstjenesten.....	32
2.7	Sivilforsvaret .....	33
2.8	Kirken og andre tros- og livssynssamfunn.....	33
2.8.1	Å gå med dødsbudskapet.....	34
2.9	Frivillige organisasjoner .....	35
2.9.1	Norges Røde Kors .....	36
2.9.2	Brukerorganisasjoner.....	36
2.9.3	Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp .....	37
2.9.4	Nasjonalt støttegruppenettverk .....	37
2.10	Asylmottak .....	38
2.11	Forsikrings- og erstatningsordninger .....	38
2.12	Bruk av tolk.....	38
2.13	Media.....	39
2.14	Annet .....	40
<b>3.</b>	<b>Organisering av kommunal beredskaps- og krisehåndtering .....</b>	<b>43</b>
3.1	Kommunens ansvar og oppgaver .....	43
3.1.1	Kommunale oppgaver.....	43
3.2.	Kommunal kriseledelse .....	45
3.2.1	Godt lederskap .....	45
3.3	Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) .....	47
3.3.1	ROS-analyse – Hendelser med mange skadde og/eller døde..	47
3.4	Kompetanseutvikling, øvelser og evaluering.....	48
3.4.1	Kompetanseutvikling .....	48
3.4.2	Øvelser .....	49
3.4.3	Evaluering.....	49

<b>4.</b>	<b>Psykososiale kriseteam</b> .....	51
4.1	Psykososiale kriseteam – rolle, funksjon og oppgave .....	51
4.2	Når skal psykososiale kriseteam aktiveres .....	51
4.3	Organisatorisk plassering .....	51
4.4	Krav til deltakere .....	53
4.5	Pårørendesenter og senter for overlevende .....	54
4.6	Utkalling og mobilisering av psykososialt kriseteam .....	56
4.7	Ivaretagelse av innsatspersonell .....	56

## Del B: Helsefaglige vurderinger og anbefalinger

<b>5.</b>	<b>Noen sentrale prinsipper for krisehåndtering</b> .....	59
5.1	Sentrale intervensjonsprinsipper .....	59
5.2	Trygghet .....	60
5.3	Beroligende tiltak .....	61
5.4	Mestring, samhørighet og håp .....	61
<b>6.</b>	<b>Psykososial støtte og hjelp til kriserammede</b> .....	65
6.1	Psykososiale tiltak i akutfasen .....	65
6.2	Psykososial støtte og hjelp etter akutfasen .....	67
6.3	Sorgreaksjoner .....	68
6.4	Henvvisning til spesialisthelsetjenesten .....	71
<b>7.</b>	<b>Grupper med særskilte behov</b> .....	73
7.1	Barn og ungdom .....	73
7.2	Flyktninger, familiegjenforente og innvandrere .....	75
<b>8.</b>	<b>Mestring av risiko og frykt</b> .....	79
8.1	Miljødeleggelse og toksisk eksponering .....	79
8.2	Smittsomme sykdommer, epidemier og pandemier .....	79

<b>9.</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>81</b>
<b>10.</b>	<b>Supplerende litteratur.....</b>	<b>83</b>
<b>11.</b>	<b>Aktuelle lover og forskrifter .....</b>	<b>86</b>
<b>12.</b>	<b>Vedlegg 1</b> Retningslinjer utgitt av the European Network for Traumatic Stress .....	<b>88</b>
<b>13.</b>	<b>Vedlegg 2</b> Mulige reaksjoner hos barn og ungdom som har opplevd kriser, ulykker eller katastrofer.....	<b>93</b>





# 1. Innledning og sammendrag

Denne veilederen har som formål å bidra til utøvelse av god praksis med hensyn til psykososial håndtering av kriser, ulykker og katastrofer. I tillegg til å være en faglig veileder for ledere og innsatspersonell, er veilederen også ment å være et hjelpemiddel for kommunene ved utarbeidelse av plan for psykososial beredskap og psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer.

Veilederen må sees i sammenheng med allerede eksisterende veiledere som *Rettleiar om helse- og sosial beredskap i kommunane* (2008) fra Helse- og sosialdepartementet og *Helhetlig omsorg: veiledning om oppgaver og rollefordeling etter ulykker og katastrofer* (2002) fra Justisdepartementet. Veilederen har lagt til grunn de lover og forskrifter som er aktuelle for krise- og katastrofeberedskap på de ulike forvaltningsnivåene, men er ikke ment som en lærebok. De som ønsker mer inngående kunnskap om kriser, ulykker og katastrofer henvises til litteratur oppgitt i referanselisten.

Kriser, ulykker og katastrofer er ulike typer hendelser som har det til felles at de kan være potensielt traumatiserende for enkeltpersoner, familier og lokalsamfunn. De fleste mennesker vil mestre krisesituasjoner som oppstår i dagliglivet uten behov for hjelp av lege, psykolog eller andre fagfolk. Ved enkelte kriser, ulykker og katastrofer kan det imidlertid være behov for å iverksette psykososiale tiltak som en del kommunens øvrige helsemessige og sosiale beredskapsarbeid.

Veilederen er bygget opp med en innledende del som tar for seg administrative og organisatoriske forhold ved kommunal beredskaps- og krisehåndtering (del A, kap 2–4). Helsefaglige vurderinger og anbefalinger for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer blir omhandlet i andre del av dokumentet (del B, kap 5–8). De helsefaglige rådene som denne veilederen gir, er basert på kunnskapsoppsummeringer av forskning, erfaringsbasert kunnskap og retningslinjer og veiledere fra andre land. Dette kunnskapsgrunnlaget gir ingen entydige konklusjoner vedrørende effekten av ulike psykososiale tiltak ved store ulykker, kriser og katastrofer. Hovedtendensen peker imidlertid i retning av at flere typer tiltak kan hjelpe.

Veilederen skisserer aktuelle tiltak som kan iverksettes ved ulykker, kriser og katastrofer. Disse helsefaglige anbefalingene fremmes i hovedsak på bakgrunn av erfaringsbasert kunnskap. Kapittel 1 skisserer bakgrunn og mandat, prosess og metode for utarbeidelse av veilederen og gir definisjoner på sentrale begreper som benyttes i dokumentet. Særlig aktuelle lover og regelverk omtales innledningsvis.

I Kapittel 2 omtales samhandling mellom sentrale aktører ved kriser, ulykker og katastrofer. I henhold til politiloven er det politiet som har det lovpålagte sektorovergripende operative ansvaret for å iverksette og organisere redningsinnsatsen i akutfasen, hvis ikke en annen myndighet er pålagt ansvaret. Politiet, kommunen, forsvaret, helsetjenesten, brannvesen, sivilforsvaret, kirken og andre tros- og livssynssamfunn og frivillige organisasjoner vil på ulike måter være operative og samhandle under kriser, ulykker og katastrofer. Samarbeidet krever at ulike etaters og kommuners planverk samkjøres. Samhandlingen er basert på samvirkeprinsippet som innebærer å effektivisere og optimalisere de ulike tjenestene. I veilederen understrekes det at helsetjenestens ordinære prinsipper om behandling på lavest mulig effektive omsorgsnivå, vil gjelde også ved en krise, ulykke eller katastrofe.

I henhold til lov om helsemessig og sosial beredskap, skal alle kommuner ha en beredskapsplan knyttet til helsemessig og sosial beredskap. Kommunene er ansvarlige for at det utarbeides helhetlige kommunale eller interkommunale beredskaps- og kriseplaner. Planene bør inneholde beskrivelse av øvelser, evaluering, behovet for profesjonell fagkompetanse og samhandling mellom aktørene internt i kommunene, i forhold til helseforetakene og mellom de ulike forvaltningsnivåene på fylkeskommunalt og nasjonalt nivå. Planer og faglig kompetanse er viktig og grunnleggende i utøvelse av krise- og beredskapsarbeid på alle nivåer, men noe av det mest sentrale i en akutt krise- og katastrofesituasjon er evnen til et fleksibelt, effektivt og målrettet samarbeid mellom de ulike aktørene som deltar i krisehåndteringen. En kompetent ledelse er helt avgjørende. I kapittel 3 finnes råd om organisering av kommunal beredskaps- og krisehåndtering.

Kommunene bør etablere psykososiale kriseteam for å kunne yte tilfredsstillende psykososial omsorg og støtte ved kriser, ulykker og katastrofer.

Psykososiale kriseteam bør forankres i kommunenes beredskapsarbeid og bør medvirke til at enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunnet får tilbud om forsvarlig psykososial oppfølging og støtte fra det ordinære tjenesteapparatet dersom kritiske hendelser inntreffer. Det psykososiale tilbudet bør avstemmes med allerede eksisterende kommunale tilbud og tjenester. Kapittel 4 gir en oversikt over kriseteamenes rolle, funksjon og oppgave.

Sentrale prinsipper for krisehåndtering omtales i kapittel 5 i veilederen. Det finnes få studier om effektive intervensjoner i den første tiden etter kriser, ulykker og katastrofer. De fleste akutte stressreaksjoner hos mennesker som har opplevd en krise, ulykke eller katastrofe er normale og vil avta og forsvinne. Avventende overvåkning er et viktig prinsipp. Der reaksjonene er sterke og vedvarende, vil målrettede tiltak være nødvendig. I akutfasen og den umiddelbare oppfølgingen er således informasjon og omsorg viktig for å favne helheten i den rammedes behov, ikke avanserte terapeutiske tiltak. I krisesituasjoner vil hjelp til selvhjelp og støtte fra nærmiljø, venner og arbeidskolleger kunne være av stor betydning.

Å ha en god oversikt over ulykken/krisen/katastrofen er avgjørende for å kunne planlegge den hjelpen som er nødvendig i akutfasen. Fysisk og psykologisk tilstedeværelse er det viktigste i akutfasen. Det psykososiale kriseteamet kan ha en viktig rolle i å opprettholde, eller så godt som mulig bistå med en normalisering av dagliglivet for den/de kriserammede. Det psykososiale kriseteamet bør så tidlig som mulig kartlegge nettverket til de som er rammet, og vurdere hvordan viktige nærpåsoner kan trekkes inn i omsorgen. Henvisning fra fastlege/primærhelsetjeneste til spesialisthelsetjenesten kan være aktuelt i enkelte tilfeller. Kapittel 6 gir en oversikt over oppgaver for psykososialt personell i akutfasen, etter akutfasen og ved akutte dødsfall, samt generelle anbefalinger om henvisning til spesialisthelsetjenesten.

I kapittel 7 omtales grupper med særskilte behov (barn, ungdom, flyktninger, familiegjenforente og innvandrere). Barn er spesielt sårbare i en krise-, ulykkes-, eller katastrofesituasjon og tett samarbeid mellom skole og barnehage, pårørende og hjelpeapparat er viktig. Barn som har vært sterkt eksponert for en ulykke, krise eller katastrofe, vil kunne få reaksjoner den første tiden etter hendelsen. Tidlig faglig assistanse til rammede familier,

skole og barnehage kan forebygge uheldige ettervirkninger hos barn. Det er ikke terapeutisk hjelp som trengs like etter, men godt faglig funderte råd om hvordan barn kan håndteres. Vedlegg 2 gir en oversikt over mulige reaksjoner hos barn og ungdom.

Asylsøkere, flytninger og familiegjenforente kan i varierende grad ha gjennomgått traumer og tap før de kommer til Norge og kan mangle et fungerende nettverk i Norge. Dette kan gjøre dem særlig sårbare for reaktivering av traumer ved alvorlige hendelser i Norge eller hjemlandet. Asylsøkere bosatt på mottak må følges opp av lokalt støtteapparat/helsetjenester på lik linje med andre bosatte. Samarbeid mellom flyktning- og innvandreretat, mottaksledelsen, ressursmiljøer for innvandrere, helse-tjenesten og skole vektlegges. Tolk skal benyttes ved behov.

Miljødeleggelser og toksisk eksponering som medfører at det naturlige miljøet blir risikofyllt, kan føre til somatisering. Informasjon om mulige stressreaksjoner sammen med konkrete råd om hva den enkelte og familien kan gjøre for å redusere risiko kan være forebyggende for slike reaksjoner. Utbrudd av smittsomme sykdommer, epidemier og pandemier kan føre til langvarig sykdom eller død. Iverksetting av isolasjonstiltak kan være aktuelt. Konkret og riktig informasjon om sykdommen, smitte, tiltak og forholdsregler er viktig for å hindre eller redusere irrasjonelle reaksjonsmønstre hos den syke, pårørende og det øvrige samfunnet. Kapittel 8 omtaler mestring av frykt og risiko ved disse typer hendelser.

## **1.1 Bakgrunn og mandat**

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide en faglig veileder for psykososiale tiltak ved kriser, katastrofer og ulykker. I St. prp. nr. 1 (2006–2007) skrives følgende: «Det er behov for å styrke hjelpeapparatets psykososiale oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer. Det utarbeides derfor en veileder om innhold, organisering og kompetanse i psykososiale tjenester ved kriser, ulykker og katastrofer.»

På bakgrunn av dette nedsatte Helsedirektoratet en arbeidsgruppe med følgende mandat:

«Arbeidsgruppens mandat er å utarbeide en faglig veileder med den

hensikt å gi anbefalinger til praksisfeltet innen psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Formålet er å stimulere til videreutvikling, forbedring og konsensus av tjenestetilbudet. De anbefalingene som arbeidsgruppen kommer til skal være basert på så vel norsk som internasjonal kunnskap og de skal være tilpasset det norske samfunn. Veilederen skal omtale psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Det skal tas høyde for at de psykososiale tiltakene blir koordinert og satt inn i en helhetlig sammenheng. Det skal legges stor vekt på samarbeid innad i kommunene, over kommunegrensene og med spesialisthelsetjenesten i og utenfor helseforetakene samt andre nødetater, frivillige organisasjoner mv.»

## **1.2 Prosess og metode**

### *1.2.1 Utarbeiding av faglige retningslinjer og veiledere*

Helsedirektoratet legger til grunn at alle nasjonale, faglige retningslinjer og veiledere skal være utarbeidet etter en enhetlig metode med vekt på forskningsbasert kunnskap, brukermedvirkning, tverrfaglighet, tydelig og tilgjengelig dokumentasjon, fokus på praksis, implementering, evaluering og oppdatering (1). De helsefaglige rådene, anbefalingene og forslagene til tiltak gitt i denne veilederen bygger på en systematisk og åpen gjennomgang av nasjonal erfaringskunnskap, internasjonal forskning og tilsvarende veiledere fra en rekke land.

### *1.2.2 Deltagere i utarbeiding av veilederen*

Arbeidet med veilederen har vært organisert på flere nivåer. Helsedirektoratet nedsatte en bredt sammensatt arbeidsgruppe ledet av spesialist i psykiatri og fagdirektør ved Landaasen Rehabiliteringssenter, Egil Waldenstrøm, med prosjektleder, spesialist i psykiatri og forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Trond Heir, som nestleder. I tillegg ble det nedsatt et arbeidsutvalg og en skrivegruppe som har hatt hovedansvaret for redigering og utforming av veilederen. Det ble også opprettet en intern referansegruppe i Helsedirektoratet for å sikre samsvar med lover, forskrifter og andre dokumenter som er relevante for veilederen. Brukerperspektivet er ivaretatt ved Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Nasjonalt støttegruppenettverk.

#### Bidragstere:

- Waldenstrøm, Egil, spesialist i psykiatri, fagdirektør, Landaasen Rehabiliteringssenter
- Heir, Trond, spesialist i psykiatri, dr. med, NKVTS
- Bergan, Tone, seniorrådgiver, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Bjørnløw, Egil, helsesjef, Stavanger kommune
- Braut, Geir Sverre, assisterende direktør, Statens helsetilsyn
- Bugge, Kari E., faglig leder i Seksjon for sorgstøtte, Akershus Universitetssykehus
- Bøen, Britt, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Norsk Sykepleierforbund
- Dyb, Grete, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, dr. med, NKVTS
- Dyregrov, Atle, spesialist i klinisk psykologi, dr. philos, Leder av Senter for Krisepsykologi, Bergen
- Fossum, Anne Cecilie, seniorrådgiver, Norges Røde Kors
- Kalleberg, Trond, styremedlem, Nasjonalt støttegruppenettverk
- Lie, Birgit, lege, dr. med, Regionale resurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Sør
- Midttømme, Ingeborg, biskop, Møre bispedømme
- Nessa, John, kommunelege, fastlege, førsteamanuensis, dr. med, Den norske legeförening
- Oretorp, Per, sosionom, seniorrådgiver, Landsforeningen for trafikkskadde/ Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
- Stangeland, Geir, assisterende fylkeslege, Fylkesmannen i Vest-Agder
- Stuvland, Rune, spesialpsykolog, Norsk psykologforening
- Sønderland, Olav, seniorrådgiver, Politidirektoratet
- Weisæth, Lars, spesialist i psykiatri, professor, dr. med, NKVTS
- Øyen, Erik Andreas, rådgiver, Helse Midt-Norge RHF

#### Helsedirektoratet:

- Kärki, Freja Ulvestad, seniorrådgiver, Avdeling for psykisk helse og rus
- Bie, Hedda, seniorrådgiver, Avdeling grupperettet folkehelsearbeid
- Kvanvig, Anne-Grete, seniorrådgiver, Avdeling for psykisk helsevern og rus
- Silseth, Tove Heidi, seniorrådgiver, Avdeling beredskap
- Skagestad, Hilde, seniorrådgiver, Avdeling Allmenhelsetjenester

### 1.2.3 Målgruppe

Målgruppen for veilederen er i første rekke ledere og helse- og sosialpersonell i kommunene, men også ledere og innsatspersonell i nødetater, frivillige organisasjoner og helseforetak. Målgruppen for de tjenestene som omtales er mennesker som har vært utsatt for hendelser som kan være potensielt psykologisk traumatiserende.

### 1.2.4 Kunnskapsgrunnet

Veilederen er basert på erfaringsbasert kunnskap, gjennomgang av eksisterende litteratur, inkludert nye forskningsresultater, og tilsvarende veiledere eller retningslinjer utgitt i andre land. De helsefaglige anbefalingene i veilederen fremmes i hovedsak på bakgrunn av erfaringsbasert kunnskap.

Veiledere og retningslinjer som er gjennomgått: *Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder* (American Psychiatric Association, 2004), *The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care* (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005), *Early psychosocial interventions after disaster, terrorism and other shocking events* (Dutch knowledge and advice centre for post-disaster psychosocial care, 2007), *Krisstöd vid allvarlig händelse* (Socialstyrelsen i Sverige, 2008), og *Australian Guidelines for the Treatment of Adults with ASD and PTSD* (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2008).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet foretatt en kunnskapsoppsummering med gjennomgang av forskning knyttet til psykososiale tiltak ved store ulykker og katastrofer, og psykososiale tiltak ved kriser og ulykker. Rapportene *Psykososiale tiltak ved store ulykker og katastrofer* (2006) og *Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker* (2007) utgitt av Kunnskapssenteret, konkluderte med:

- Kognitiv atferdsterapi i fire uker eller mer kan forebygge kronifisering av traumerelaterte psykiske lidelser
- Enkeltsamtaler med kriserammede har vist liten dokumentert nytte
- En hovedtendens syntes å være at flere typer tiltak kan hjelpe, men den variable kvaliteten til de inkluderte studiene, det lave antallet studier,

små utvalg og heterogenitet mellom studiene, gjør det umulig å trekke noen spesifikke konklusjoner vedrørende effekten av psykososiale tiltak ved store ulykker og katastrofer.

Retningslinjer utgitt av The European Network for Traumatic Stress (TENTS) i 2008 utgjør også en del av kunnskapsgrunnlaget for veilederen (se vedlegg 1). TENTS har foretatt en systematisk gjennomgang av foreliggende, internasjonale forskningsresultater om psykososiale tiltak i forbindelse med katastrofer og alvorlige hendelser. En gjennomgang av forskningsresultatene og Delphi-prosessen<sup>1</sup> er grunnlaget for retningslinjene.

1. Et strukturert opplegg med spørreskjemaer som besvares anonymt av fagpersoner.

### **1.3 Definisjoner**

I det følgende defineres noen sentrale begreper som benyttes i veilederen.

#### **1.3.1 Kriser**

I denne veilederen forstås kriser, eller krisesituasjoner, som dramatiske og potensielt traumatiserende hendelser som kan true eller svekke viktige funksjoner og verdier hos enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunn, samt svekke deres muligheter til å utføre viktige og sentrale oppgaver på individ- og familienivå, så vel som i et samfunnsperspektiv. Det er store forskjeller på kriser. En krisesituasjons karakter vil være avhengig av:

- Omfanget og potensielle konsekvenser
- Hvor brått krisesituasjonen inntreffer og hvor raskt den utvikler seg
- Varigheten
- Hvor godt enkeltpersoner/familier er forberedt på krisesituasjonen
- Hvor godt samfunnet er forberedt på krisesituasjonen

#### **1.3.2 Ulykker**

Ulykker forstås som uventede og potensielt traumatiserende hendelser som kan ramme menneskers liv og helse, for eksempel transportulykker, brann, industriulykker eller dagliglivets alvorlige enkeltulykker.

#### **1.3.3 Katastrofer**

Med en katastrofe menes en uventet og potensielt traumatiserende hen-



delse der antall rammede personer med behandlingsbehov langt overskrider de tilgjengelige ressursene som finnes i nærområdet av katastrofen.

#### ***1.3.4 Psykososiale tiltak***

Med psykososiale tiltak menes målrettede tiltak som helse- og sosialtjenesten setter inn etter potensielt traumatiserende hendelser for å bistå enkeltpersoner eller grupper i å håndtere akutte, psykologiske stressreaksjoner. Hensikten er å forebygge framtidige helseproblemer. Tiltakene innebærer også konkret informasjon, råd og støtte med hensyn til ulike former for praktisk hjelp til rammede.

#### ***1.3.5 Psykososiale kriseteam***

Kommunene bør etablere psykososiale kriseteam for å kunne yte tilfredsstillende psykososial omsorg og støtte ved kriser, ulykker og katastrofer. Kommunale psykososiale kriseteam bør medvirke til at enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunnet får tilbud om forsvarlig psykososial oppfølging og støtte fra det ordinære tjenesteapparatet dersom kritiske hendelser inntreffer. Det psykososiale kriseteamet bør inngå som en del av kommunens beredskapsplan. Leder for psykososiale kriseteam, eller en av kriseteamets medlemmer, bør være representert i kommunens kriseledelse.

#### ***1.3.6 Kommunal beredskapsledelse/kriseledelse***

En kommunal kriseledelse skal samordne kommunens krisehåndtering. Kriseledelsen kan treffe beslutninger på vegne av virksomheten, forvalte ressurser, samt samvirke med andre aktører, jf. beredskapsforskriften §§ 1, 4 og 5.

### **1.4 Når er de aktuelle tiltakene omfattet av helsepersonelloven?**

Under utøving av den type arbeid som beskrives i veilederen her, vil utøveren i mange tilfeller få kjennskap til personopplysninger av sensitiv karakter. Et sentralt tema vil da være om vedkommende har taushetsplikt. Videre vil man også måtte vurdere om utøveren har plikt til å dokumentere viktige opplysninger, f.eks i en journal. Om det er regelverk som regulerer

dette avhenger av utøverens kvalifikasjoner og handlinger. Videre vil også ansettelsesforhold være av betydning.

Denne veilederen omhandler de psykososiale tiltak som vil være aktuelle ved kriser, ulykker eller katastrofer. I noen sammenhenger vil slike tiltak være å anse for helsehjelp. Et sentralt tema vil derfor være om utøveren av tiltaket vil være omfattet av helsepersonelloven og de krav denne oppstiller. Dette vil ha avgjørende betydning blant annet i vurderingen av om aktøren har taushetsplikt og dokumentasjonsplikt.

#### **1.4.1 Helsepersonellovens virkeområde**

For å kunne ta stilling til om utøveren er omfattet av helsepersonelloven, er det nødvendig å ha kjennskap til lovens virkeområde.

Helsepersonelloven § 2 angir lovens virkeområde, d.v.s. hvem som omfattes av loven og når de er omfattet.

Loven regulerer helsepersonell som yter helsehjelp i Norge. Dette gjelder alle helsepersonellfaglige aktiviteter som utøves av helsepersonell, uavhengig av om det skjer innenfor fast arbeid eller leilighetsvis, i offentlig eller privat regi.

I forarbeidene<sup>2</sup> til helsepersonelloven er det sagt: «Lovens overordnede formål om kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten, tilsier at alt personell som yter helsehjelp i en eller annen form, omfattes av reguleringen.» Videre sies det: «formålet med lovreguleringen forutsetter at enhver som i sitt yrke undersøker, diagnostiserer, behandler eller på annen måte følger opp en pasient, må omfattes av lovens reguleringer.» Dette innebærer at loven også omfatter personell som ikke er autorisert helsepersonell. Det avgjørende er hva slags handlinger som utføres.

#### **1.4.2 Hvem er helsepersonell i helsepersonellovens forstand?**

Helsepersonell er definert i lovens § 3 som sier:

Med helsepersonell menes i denne lov:

1. personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49,
2. personell i helsetjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,

2. Ot.prp.nr.13 (1998–1999) til lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven) pkt 3.4

3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd.

Departementet kan i forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for nærmere angitt personell som ikke omfattes av første ledd, herunder personell som Norge etter folkerettslige regler er forpliktet til å gi rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

### **Nærmere om personell uten autorisasjon**

Den ytre grense for hvem som regnes som helsepersonell, og dermed omfattes av lovens bestemmelser, vil være personell i helsetjenesten eller apotek som yter helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2

I forarbeidene<sup>3</sup> sies det blant annet:

«Hvorvidt personell faller inn under funksjonsbeskrivelsen, må vurderes etter stillingens eller oppgavens karakter. Her som ellers vil et sentralt moment være om det er hensiktsmessig ut fra intensjonen med loven og de enkelte bestemmelser, om vedkommende personell er helsepersonell. Denne utvidelsen av virkeområde tilsier imidlertid at personell i helsetjenesten som har pasientkontakt må innrette sin yrkesutøvelse som helsepersonell; dvs. etter lovens generelle krav til yrkesutøvelse.»

Det avgjørende vil med andre ord være om utøveren er å anse for å være en del av helsetjenesten, og om aktiviteten er å anse for å være helsehjelp.

Dersom man kommer til at aktivitetene er en del av helsetjenesten, vil personellet være å anse som helsepersonell dersom de gir helsehjelp, dette følger av lovens § 3 første ledd nr. 2 hvor det står «som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd»

Det er etter dette to vilkår som må være oppfylt for at personell uten autorisasjon skal omfattes av loven;

1. Aktiviteten er en del av helsetjenesten
2. Aktiviteten er å anse som helsehjelp.

#### **Ad. 1 Når er aktiviteten en del av helsetjenesten?**

De aktiviteter som baseres på avtale med en kommune eller et helseforetak vil være å anse som en del av helsetjenesten. Med dette menes at tiltaket

3. Ot.prp.nr.13 (1998–1999) til lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven) pkt 26 s 215

skal være beskrevet, planlagt og forberedt som en del av kommunens eller foretakets permanente eller midlertidige helsetilbud til befolkningen.

### **Ad.2 Når er aktiviteten å anse som helsehjelp?**

Helsehjelp er definert i helsepersonelloven § 3, tredje ledd som lyder:

«Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.» Begrepet er også definert i pasientrettighetsloven jf. § 1-3 bokstav c) som har samme ordlyd

Hva som faller inn under denne definisjonen må vurderes konkret i det enkelte tilfellet. I en slik vurdering kan pasientrettighetslovens forarbeider<sup>4</sup> gi veiledning.

I de spesielle merknadene til pasientrettighetsloven § 1-3<sup>5</sup> sies blant annet dette om begrepet helsehjelp:

«Definisjonen av helsehjelp i bokstav c har dels et medisinsk element og dels et institusjonelt element. Med det medisinske elementet menes handlingen og formålet med den. Under begrepet «handling» går undersøkelse, behandling, utredning og vurdering, samt pleie- og omsorgstiltak. Med pleie og omsorg menes hjelp til å opprettholde et best mulig liv til tross for sykdom, funksjonssvikt eller alderdom. Også abortinngrep, uttak av organer for transplantasjon og blodgivning omfattes. Formålet med handlingen kan være av ulik karakter. Med forebygging menes tiltak som tar sikte på å forebygge at sykdom, skade, lidelse eller funksjonshemming oppstår. Under dette går bl.a bedriftshelsetjeneste, f.eks slik at ansatte som det tas blodprøver av for å sjekke eventuell smittefare anses som pasienter som mottar helsehjelp etter lovutkastet. Med diagnostisering menes de tiltak som foretas, basert på pasientens sykehistorie og objektive funn, for å fastslå pasientens sykdom.

Helsehjelp med behandlende mål (terapeutisk) tar sikte på hel eller delvis helbreding, og således endring i pasientens helsesituasjon, både somatisk og psykiatrisk. En del helsehjelp har ikke som siktemål å helbrede, men å holde pasienten « så frisk som mulig » og hindre at tilstanden forverrer seg, eller for å lindre tilstander eller smerter, f.eks terminalpleie. Dette vil være omfattet av begrepet helsehjelp i lovens forstand. Også

4. jf Ot.prp.nr.12 (1998–1999) om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

5. Ot.prp.nr.12 (1998–1999) om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven s. 126)

tjenester fra helsevesenet som ikke tar sikte på forandring, f.eks til personer med fysiske eller psykiske varige funksjonshemminger, vil være helsehjelp. Dette vil typisk være tilfelle for personer med kroniske lidelser. For disse personene er det viktig at de sikres helsehjelp som kan bidra til å holde lidelsen i sjakk og til å leve så normalt som mulig. Definisjonen har derfor tatt inn at handlinger som har helsebevarende formål skal anses som helsehjelp. Formålet med handlingen kan videre være rehabilitering eller habilitering, dvs gjenoppretting av tapte funksjoner etter sykdom eller skade og oppbygging av manglende funksjoner hos utviklingshemmede».

### ***1.4.3 Vil personer med autorisasjon alltid være forpliktet etter helsepersonelloven?***

Dette spørsmålet gjelder særlig autorisert helsepersonell<sup>6</sup> som på fritiden deltar i arbeid som beskrevet i veilederen.

Utgangspunktet er at bestemmelsene i loven kommer til anvendelse på helsefaglig aktivitet, uansett om arbeidet er fast eller leilighetsvis, eller om det er i offentlig eller privat regi. At noen «yter helsehjelp» kan også omfatte aktiviteter i fritiden dersom disse står i sammenheng med yrket.

Vurderingen må bero på den konkrete situasjonen, og et vurderingstema vil være om det er hensiktsmessig og rimelig at lovens forpliktelser gjøres gjeldende, da sett ut ifra formålet med loven. Det vil også ha betydning for vurderingen om man gir uttrykk for å være helsepersonell og også opptrer deretter.

### ***1.4.4 Forvaltningsloven***

Dersom man ikke regnes som helsepersonell etter helsepersonelloven, vil man likevel kunne ha taushetsplikt etter andre lover. Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan vil ha taushetsplikt etter forvaltningsloven<sup>7</sup>. Som forvaltningsorgan regnes et hvert organ for stat eller kommune<sup>8</sup>.

### ***1.4.5 Pasientrettighetsloven***

Dersom de tiltak som iverksettes er å anse som helsehjelp vil mottakeren være pasient<sup>9</sup>. Lov om pasientrettigheter av 2. juli nr 63 1999 vil da komme

6. Jf helsepersonelloven § 48

7. Jf forvaltningsloven av 10. februar 1967 § 13

8. Jf forvaltningsloven av 10. februar 1967 § 1

9. Jf pasientrettighetsloven § 1-3 a

til anvendelse. Loven oppstiller de rettigheter en person har i egenskap av å være pasient.

Viktige bestemmelser i forbindelse med tiltak som beskrevet i denne veilederen vil være retten til medvirkning og informasjon i lovens kapittel 3 og kapittel 4 om krav til samtykke.

## **1.5 Særlig om taushetsplikt**

Som en hovedregel har helsepersonell taushetsplikt om pasientforhold. Pasienten kan imidlertid samtykke til at taushetsbelagte opplysninger blir gitt videre (helsepersonelloven kapittel 5 og pasientrettighetsloven § 3-6). Foreldre kan samtykke til at opplysninger gis videre når barnet er under 16 år. For personer som er over 16 år, og som ikke er i stand til å samtykke til helsehjelp, kan nærmeste pårørende samtykke til at helseopplysninger gjøres kjent for andre. Et representert samtykke forutsetter at opphevelsen av taushetsplikten anses å være i pasientens interesse. Det vil si at det kan antas at pasienten selv ville ha ønsket taushetsplikten opphevet.

I der pasienten blir bedt om å samtykke til at opplysninger gis videre til for eksempel en frivillig organisasjon som tar del i redningstjenester eller i styrkingen av helse- og sosialtjenestene ved kriser, ulykker og katastrofer, stilles det krav til informasjonen som gis til pasienten forut for samtykket. Det må gjøres klart for pasienten hvem som skal motta informasjonen, hvilken informasjon som skal gis og hva informasjonen skal brukes til. Helsepersonell skal ikke utlevere mer informasjon enn det som er nødvendig og innenfor den rammen som ble definert da samtykke ble gitt. Jo mer sensitive opplysninger det er tale om, dess strengere blir kravet til å sikre informert samtykke.

Helsedirektoratet har utgitt rundskriv IS- 6/2010 som omhandler helsepersonells taushetsplikt.

## 1.6 Dokumentasjon og journalføring

Den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en journal. Relevante og nødvendige opplysninger vil være opplysninger som anses å ha betydning for senere behandling og oppfølging av pasienten. Regler om dette er oppstilt i helsepersonelloven kap 8 og i pasientjournalforskriften<sup>10</sup>. Forskriften gir nærmere regler om dokumentasjonsplikten, kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar i forhold til opprettelse og organisering av journalsystem og regler om pasientens rett til innsyn i journal.

10. Forskrift  
21. desember  
2000 nr 1385 om  
pasientjournal

Erfaringsmessig utelates ofte betraktninger om psykiske reaksjoner i medisinske journalnotater ved undersøkelse i akuttfasen og behandling i etterkant av ulykker. Dette kan ha uheldige følger ved senere vurdering og diagnostisering av potensielle psykiske ettervirkninger i behandlings- og erstatningsøyemed. Journalføring av ulykkestilfeller bør inneholde angivelse av skadetidspunkt, vurdering av alvorlighetsgraden av den traumatiske hendelsen, akutte reaksjoner og psykisk status ved undersøkelsen.

## 1.7 Dokumentasjon i journal ved informasjon til pårørende

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 dette (journalforskriften § 8 bokstav i).

Hvis pårørende selv mottar helsehjelp, eksempelvis som følge av påkjenninger i forbindelse med en krise, ulykke eller katastrofe, skal det føres separat journal for den pårørende som pasient. Det er viktig å være oppmerksom på at taushetsbelagt informasjon om pasienters pårørende ikke skal føres i pasientens journal.

Hvis rammede av en krise, ulykke eller katastrofe selv har mindreårige barn, gjelder særlige regler om helsepersonells plikt til bidra til å ivareta barnas behov (helsepersonelloven § 10a). Det skal føres i pasientens journal at vedkommende har barn, og hvilket arbeid som gjøres i den forbindelse.





## 2. Sentrale aktører ved kriser, ulykker og katastrofer

### 2.1 Innledning

En rekke aktører, herunder politi, kommunen, forsvaret, helsetjenesten, brannvesen, sivilforsvaret, kirken og andre tros- og livssynssamfunn og frivillige organisasjoner er på ulike måter operative og samhandler under kriser, ulykker og katastrofer.

Samhandlingen mellom de ulike aktørene er basert på samvirkeprinsippet som innebærer å effektivisere og optimalisere de ulike tjenestene. Målet er å yte best mulig bistand og hjelp i en krisesituasjon.

Samarbeid under kriser, ulykker og katastrofer krever at ulike etaters og ulike kommuners planverk samkjøres. Dette er særlig viktig når kommuner kan mangle tilstrekkelige ressurser, herunder psykososiale tjenester, for å håndtere ulike hendelser. Samarbeid på tvers av kom-

mune- og etatsgrenser er spesielt viktig ved større kriser, ulykker og katastrofer. Tilsvarende vil en ulykke til sjøs ofte involvere flere kommuner enn ved liknende hendelse på land, idet evakuerte, skadde og omkomne vil kunne blir ført i land i flere kommuner. Hjelpemannskap vil også kunne 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 flere politidistrikter/kommuner må samarbeide om å etablere et støtteapparat for å ta hånd om rammede.

Med mindre kommunen har inngått samarbeidsavtaler, for eksempel med andre kommuner har den som hovedregel ikke myndighet til å rekvirere ressurser utover egen organisasjon i en katastrofesituasjon, men den kan anmode fylkesmannen om bistand til å rekvirere ressurser ved behov. Be-

Samarbeid på tvers av kommune- og etatsgrenser er spesielt viktig ved større kriser, ulykker og katastrofer.

hovet for samordning av krisehåndteringen kan oppstå når et organ på fylkesnivå eller kommune(ne) anmoder om det eller ikke makter å håndtere situasjonen alene. Behovet for samordning vil øke jo flere kommuner, etater og nivåer som deltar i krisehåndteringen.

## **2.2 Politiet**

I akuttfasen er det politiet som har det lovpålagte sektorovergripende operative ansvaret for å iverksette og organisere redningsinnsatsen, hvis ikke en annen myndighet er pålagt ansvaret, jf politiloven § 27 første ledd. § 27 andre ledd gir hjemmel for å gi nærmere regler om organisering av redningstjenesten. Etter § 27 tredje ledd tilligger det politiet å iverksette de tiltak som er nødvendig for å avverge fare og begrense skade i ulykkes- og katastrofesituasjoner. Inntil ansvaret blir overtatt av annen myndighet, skal politiet organisere og koordinere hjelpeinnsatsen.

Andre nødetater som helse og brann vil regelmessig være involvert i akuttfasen for å ivareta livreddende førstehjelp og bringe personer videre ved behov. Sivilforsvaret, Forsvaret og frivillige organisasjoner vil bistå etter behov ved store hendelser. Politiet leder også arbeidet i forbindelse med leteaksjoner, der det regelmessig gis bistand fra frivillige organisasjoner.

Det er politiet som leder den lokale redningssentralen (LRS). LRS er en funksjonell organisering for å løse en oppgave når en redningsinnsats skal organiseres og koordineres, enten det er ved en større eller mer avgrenset hendelse. Kommunen er en av flere aktører som medvirker i dette arbeidet. Politiet er således en viktig premissleverandør i den kommunale krisehåndteringen. Det er således viktig at politiets og kommunens beredskapsplanverk samkjøres. Politiet har også ansvaret for å iverksette og gjennomføre etterforskning i forbindelse med ulykker og katastrofer.

### ***2.2.1 Politiets organisering og gjennomføring av kontakt med pårørende***

Relasjonen mellom politi og de berørte/pårørende er viktig i usikre faser av en hendelse. Oppfølgingen medfører at politiet i sitt arbeid ofte må samvirke med andre myndigheter og kirken, tros- og livssynssamfunn og

over tid forholde seg til pårørende til skadde og omkomne/savnede. Det forutsettes derfor at politiet kan iverksette ordninger med egne bindeledd mellom pårørende og politi i konkrete saker, telefonmottak og egen kontaktkoordinator for pårørende ved større hendelser.

Fra hendelser med en enkelt involvert og til større hendelser med mange involverte, er det både detaljer og systemrutiner som må ivaretas for å løse politioppgavene overfor pårørende. Det innebærer at politiet både ved mindre enkelthendelser og større hendelser må etablere et utstrakt samarbeid med mange samvirkeaktører, som eksempelvis kommunens beredskapsledelse, kommunale psykososiale kriseteam, helseforetak, arbeidsgivere, skoler etc. Kontakten mellom pårørende og politi vil ofte ha et akutt perspektiv, og det samme gjelder overfor nære omgivelser som venner og kolleger.

Ved større hendelser, med en stor og kanskje geografisk spredt gruppe av pårørende, er det viktig at politiet etablerer en fungerende kontakt-enhet i den akutte fasen, i samarbeid med helse- og sosialtjenesten. Et pårørendesenter, og ved behov et senter for uskadde/lettere skadede og overlevende, vil i en tidlig fase være et sted for fysisk oppmøte som kan bidra med informasjon, hjelp, omsorg og samtaltjenester. Dette vil også være et sted hvor omsorgstjenester kan etablere kontakt, samt gjennomføre psykososiale tiltak. Det bør være flere enn politiet som bemanner et slikt senter, jf. kapittel 4, 4.5.

Ved kriser, ulykker og katastrofer er pårørendetelefon en funksjon som snarest skal opprettes av det berørte politidistrikt eller hovedrednings-sentral for å ivareta informasjonsbehovet mellom politi og pårørende. Det er opprettet et nasjonalt kontaktnummer for pårørende – 815 02 800. I Politidirektoratets rundskriv 2010/008 – Nasjonalt kontaktnummer for pårørende, redegjøres det for prosedyrer for opprettelse av et slikt nummer. I en akutfase vil betjening av slike telefoner kunne være svært krevende, og det er derfor viktig med trent personell. I den akutte fasen, men funksjonelt også i et videre tids- og oppgaveperspektiv, skal politidistriktene etablere pårørendekontakt for å ta vare på oppfølgingen. Dette bør skje i samarbeid med helse- og sosialtjenesten i den/de berørte kommunene.

## 2.3 Kommunale helsetjenester

Beredskapsarbeidet i Norge er basert på ansvars-, nærhets- og likhetsprinsippet. Dette gjelder også håndtering av kriser, ulykker og katastrofer, jf. lov om helsemessig og sosial beredskap, § 2-1.

- ANSVAR – den virksomhet som har et daglig ansvar har også ansvar for beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste
- NÆRHET – kriser, ulykker og katastrofer skal håndteres på lavest mulig nivå (LEON-prinsippet)
- LIKHET – det skal være størst mulig likhet mellom daglig organisering og organisering ved kriser, ulykker og katastrofer.

I tråd med helsetjenestens prinsipp om behandling på lavest mulig effektive omsorgsnivå, LEON-prinsippet, vil de kommunale helsetjenestene være sentrale aktører i forbindelse med kriser, ulykker og katastrofer.

Alle kommuner skal ha ansatt en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgavene kommunelegen er tillagt i lov eller instruks, jf. lov om helse-tjeneste i kommunene, § 3-5. Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for helsetjenesten i kommunen og bør inngå i kommunens kriseledelse.

Kommunehelsetjenestelovens § 3-6 omhandler tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner<sup>11</sup>. Det innebærer at ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunens kriseledelse pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen, inkludert fastleger som de har avtale med, å utføre ekstraordinært og tilvist arbeid for å bistå i en krisesituasjon.

I juni 2001 ble fastlegeordningen (FLO) innført. Denne er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene, § 2-1a. Ved kriser, ulykker og katastrofer vil fastlegen være en sentral aktør og fastlegen bør derfor varsles tidlig. Det gjelder både ved større ulykker og ved dagliglivets traumatiske kriser som kan medføre potensielt traumatiserende stressreaksjoner.

I de fleste kommuner er det bygd opp lokale lavterskel helsetiltak, herunder helsestasjon- og skolehelsetjenesten, hjemmebaserte tjenester og kommunalt psykisk helsearbeid, som ofte vil bli engasjert i akutfasen og i den

11. Kommunehelse-loven vil bli erstattet av en ny kommunal helse- og omsorgslov den 1.1.2012, med tilhørende forskrifter. Den nye loven vil sammen med forslaget til ny folkehelselov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

mer langsiktige oppfølgingen ved alvorlige kriser, ulykker og katastrofer på kommunalt nivå. Dette skal beskrives i kommunens helse- og beredskapsplan. Den hjemmebaserte tjenesten vil i mange tilfeller også være den som følger opp de enkelte i hjemmet, eksempelvis eldre som har vært utsatt for en potensielt traumatiserende hendelse.

For å løse de oppgavene som beskrives i § 1-3 i kommunehelsetjenesteloven skal kommunen opprette deltjenester, herunder legevaktordning. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester (FOR 2005-03-18 nr 252) regulerer dette nærmere. Kommunen har ansvar for drifting av fast legevaktsnummer og legevaktssentral, mens det regionale helseforetaket har ansvaret for medisinsk nødnummer og AMK-sentraler. Legevakten er organisert på ulike måter avhengig av kommunenes innbyggertall og arealstørrelse, geografi og avstand til nærmeste sykehus (helseforetak) med akuttfunksjon. Tall fra 2011 viser at det er 217 legevaktdistrikter i Norge hvorav 118 er interkommunale, og tallene bekrefter at mange mindre kommuner har opprettet interkommunale legevaktordninger. Det er svært få legevakter som er knyttet til sine respektive lokalsykehus.

Ved kriser, ulykker og katastrofer vil fastlegen være en sentral aktør og fastlegen bør derfor varsles tidlig.

### **2.3.1 Fastlege**

Fastlegen har etter fastlegeforskriften ansvar for at innbyggerne på sin liste får utført nødvendige allmennlegetjenester og får henvisning til andre helsetjenester ved behov. Fastlegen har en sentral rolle i oppfølgingen av personer som har vært utsatt for en krise, ulykke eller katastrofe. Pårørende og etterlatte har også ofte kontakt med sin fastlege. God tilgjengelighet og kontinuitet i lege-pasientforholdet, i tillegg til en helhetlig tilnærming, gjør at fastlegen er i en unik posisjon til å følge opp denne pasientgruppen over tid. Pasientens tillit til sin fastlege, legens kjennskap til pasientens sykehistorie, sosiale forhold og mestringsevne vil være faktorer som virker positivt ved oppfølging av pasienter som har vært utsatt for en krise og dermed bedre pasientens evne til å gjenoppta sitt funksjonsnivå på sikt. Fastlegen har dessuten god oversikt over andre tjenestetilbud som pasienten kan ha nytte av.

Somatiske symptomer og somatiserende reaksjoner som søvnevansker og fysiske smerter følger ofte belastende livshendelser. Fastlegens rolle blir da å utrede, veilede og gi medisinsk hjelp i tråd med gjeldende anbefalinger. Ved utvikling av unormale og langvarige reaksjoner hos pasienter som har vært utsatt for en krise, ulykke eller katastrofe bør fastlegen vurdere henvisning til det psykiske helsevernet i samråd med pasienten. Se for øvrig kapittel 6 for ytterligere omtale av psykososial støtte og hjelp til kriserammede.

### ***2.3.2 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste***

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tilbud til alle barn, unge og deres foreldre. En god psykisk helse er viktig fra første leveår og tjenesten har en sentral rolle i forebyggende psykososialt arbeid for målgruppen. Tjenestens tilbud, arbeidsmetoder og organisering gir et godt utgangspunkt for tidlig identifisering og oppfølging av barn, ungdom og familier med psykososiale problemer.

Helsesøsters bakgrunn og kjennskap til familien gjør helsesøster til en sentral kontaktperson for barn og unge som sliter. Helsesøster kan vurdere hva slags type hjelp som trengs, gi støttesamtaler og eventuelt aktivere sosialt nettverk. Helsesøstre kan også ha en sentral rolle i veiledning og bistand av barnehagepersonell og lærere i krise og sorgarbeid, for å kunne ivareta berørte parter. De generelle kriseplanene, som alle skoler er pålagt å utarbeide, bør inneholde klare råd for håndtering av kriser, ulykker og katastrofer.

### ***2.3.3 Psykisk helsetjeneste i kommunen***

Kommunens psykiske helsetjeneste kan vurdere behov for tjenester fra kommunen, ofte skjer dette i samarbeid med fastlege. Etterlatte vil kunne ha behov for helsehjelp i form av støttesamtaler med for eksempel psykiatrisk sykepleier i kommunen, tilbud om deltakelse i sorggruppe eller annen type helse- og sosialfaglig oppfølging fra kommunen. Det er viktig å ha oppmerksomhet på om det er barn og unge blant de etterlatte og da ta hensyn til deres behov for oppfølging. Det er den enkeltes behov for bistand som bestemmer hva slags tjenester som ytes. Noen kan for eksempel ha behov for praktisk hjelp og støtte i hjemmet for en periode, for å mestre hverdagen etter kriser, ulykker og katastrofer.

### **2.3.4 Psykologkompetanse i kommunen**

I kommuner som har psykologer ansatt, er det naturlig at disse har et særskilt ansvar og en sentral rolle i forhold til kriser, ulykker og katastrofer og oppfølging av etterlatte. Psykologene kan vurdere behov for tiltak og følge opp med terapeutiske intervensjoner eller veiledning. Kommunepsykologer kan være knyttet til psykososiale kriseteam i kommunene. Tilbudet kan blant annet være knyttet til helsestasjons-/skolehelsetjenesten, fastlegekontor eller som egen psykologtjeneste. Satsingen på psykologer i kommunen, har bidratt til en betydelig økning i antall kommunepsykologer. Psykologkompetanse kan brukes i forebyggende arbeid og tidlig intervensjon overfor etterlatte etter kriser, ulykker og katastrofer som sliter med psykiske og eksistensielle problemer av en karakter som i hovedsak ikke faller inn under spesialisthelsetjenestens ansvarsområde (psykiske lidelser). En kommunal psykologtjeneste kan redusere ventetid til behandling og gi god vurdering med hensyn til henvisning til psykisk helsevern. Kommunepsykologer kan også brukes til å formidle psykologisk kunnskap til beslutningstakere og veilede og undervise andre tjenesteytere i kommunetjenestene.

## **2.4 Kommunale psykososiale kriseteam**

Alle kommuner skal etter lov om helsemessig og sosial beredskap, med tilhørende forskrift, ha kommunale beredskapsplaner som også bør omhandle kommunale psykososiale kriseteam – eventuelt interkommunale kriseteam. For nærmere beskrivelse av de kommunale psykososiale kriseteamenes rolle og funksjon vises det til kapittel 4.

## **2.5 Spesialisthelsetjenesten**

I henhold til lov om spesialisthelsetjenesten m.m. plikter spesialisthelsetjenesten ved de regionale helseforetakene å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen, jf. § 2-1 a tredje ledd. De regionale helseforetakene er ansvarlig for å utpeke tilstrekkelig antall institusjoner som skal ha ansvaret. De fleste distriktpspsykiatriske sentra (DPS) og poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge (BUP)

har dette ansvaret på dagtid. Det er også mulig å kontakte dem for konsultasjon og drøfting.

I utgangspunktet bør rammede av kriser, ulykker og katastrofer som har behov for hjelp bli utredet og behandlet på kommunalt nivå. Det vil imidlertid være situasjoner der både enkeltpersoner og familier bør henvises videre til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. For voksne etterlatte kan det være aktuelt med henvisning fra fastlege til et lokalt DPS og for barn og unge til en BUP. Dersom det dreier seg om øyeblikkelig hjelp situasjoner stilles det ikke krav om henvisning, dette følger av pasientrettighetsloven § 2-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Akutte stressreaksjoner, inkludert sorgreaksjoner, vil for de fleste medføre relativt begrensede funksjonsforstyrrelser utover akutfasen. Personer med akutte stressreaksjoner, forutsatt at det ikke foreligger symptomer på realitetsbrist/psykose, bør derfor ikke henvises til spesialisthelsetjenesten med mindre det foreligger klare indikasjoner for dette. Se kap. 6, punkt 6.4 for ytterligere omtale av henvisning til spesialisthelsetjenesten.

I noen tilfeller kan imidlertid posttraumatiske følgetilstander kunne gi betydelige psykiske symptomer med funksjonsnedsettelse og forringet livskvalitet. For å forebygge utvikling av alvorlige posttraumatiske tilstander er det nødvendig med tidlig og adekvat behandling, bl.a. i nært samarbeid mellom psykisk helsetjeneste i kommunen, og det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten.

## 2.6 Redningstjenesten

Redningstjenesten i Norge er et samvirke mellom en rekke offentlige etater, private og frivillige organisasjoner, og som har ressurser egnet for akuttinnsats for å redde liv. Operativt ledes tjenesten av hovedredningscentralen, HRS (Sola og Bodø), som er overordnet lokale redningssentraler, LRS (politidistriktene og Sysselmannen på Svalbard). Funksjonelt har HRS-ene hovedsakelig sjørednings- og luftredningsaksjoner, mens LRS-ene i hovedsak ivaretar landredningsaksjoner. Som nevnt under punkt 2.2 har politiet ansvaret for den koordinerende og samvirkende innsatsledelse på skadested og ved søksaksjoner på land.



Redningstjenesten, både ved HRS og LRS, skal gi informasjon til pårørende under og etter redningsaksjoner, enten ved egne tiltak eller i samarbeid med politi, helsepersonell, prester/representanter for tros- og livssynsamfunn eller arbeidsgiver. HRS-ene får ved behov bistand av henholdsvis Rogaland og Salten politidistrikt til pårørendekontakt. Både HRS og LRS har tilknyttet faglig og administrativ støtte av prest, og lege inngår i ledelsen ved både HRS og LRS.

## **2.7 Siviltforsvaret**

Siviltforsvaret er statens forsterkningsressurs som bistår nød- og redningsetatene ved større ulykker og hendelser. Etaten er også tillagt viktige oppgaver med hensyn til ivaretagelsen av befolkningens behov i tilfelle krig. Tidligere var Siviltforsvarets viktigste oppgave å beskytte sivilbefolkningen mot krigsfarer. I dag er aktiviteten særlig rettet mot større branner, flom, ras, oljeutslipp og søk etter savnede personer.

Siviltforsvaret driver opplæringsvirksomhet innen redningstjeneste og sivil beredskap, måler radioaktivt nedfall, forvalter regelverk for tilfluktsrom og har ansvar for varsling av befolkningen ved overhengende fare, både i fred og krig. Etaten er også ressursleverandør til internasjonale, humanitære operasjoner.

## **2.8 Kirken og andre tros- og livssynssamfunn**

Den norske kirke har gjennom flere år arbeidet planmessig med sin rolle ved kriser, ulykker og katastrofer. Alle bispedømmene har egne planer som beskriver hvordan dette er organisert. Kirkerådet har det koordinerende ansvaret for katastrofeberedskapen i den norske kirke. Norges Kristne Råd og Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL) legger til rette for beredskap i andre tro- og livssynssamfunn.

Kriser, ulykker og katastrofer kan utløse bistand fra kommunalt psykososialt kriseteam der kirkelig personell vanligvis er representert, og der representant for annet tros- eller livssynssamfunn kan tilkalles. På hjemmesiden til STL<sup>12</sup> kan en finne aktuelle representanter for ulike tros- og

12. Se [www.trooglivssyn.no](http://www.trooglivssyn.no)

livssynssamfunn. Disse vil være behjelpelige med å finne fram til eventuelle lokale kontakter. Ved videre oppfølging fungerer presten ofte som bindeledd til representanten for vedkommendes eget trossamfunn og samhandler om ønskelig med disse.

### **2.8.1 Å gå med dødsbudskapet**

Melding til etterlatte om dødsfall utenfor hjem eller helseinstitusjon er et politiansvar. I Politidirektoratets rundskriv 2007/003 understrekes det at 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 livssynssamfunn. Det er imidlertid en innarbeidet praksis at politiet ber Den norske kirke om å ta kontakt med pårørende på deres hjemsted, eller på annet kjent oppholdssted, med anmodning om å gi slik melding. I rundskrivet står det blant annet: «Prest tilknyttet HRS er rådgiver ved hovedredningssentralene. Hovedoppgaven til presten er å være bindeledd mellom HRS, Den norske kirke og andre tros- og livssynssamfunn. Prest tilknyttet HRS kan inngå i en gruppe sammen med polititjenestemenn for å få en god og korrekt varsling til pårørende. Presten må på et tidlig tidspunkt få oversikt over hvor den/de savnede eller døde kommer fra, slik at han/hun kan forhåndsvarsle lokale prester og/eller andre tros- og livssynssamfunn om den meldingen som vil komme fra politiet».

Det skal tilføyes at i mange sammenhenger vil også lege eller annet helsepersonell være den som overbringer dødsbudskapet til de pårørende. Dette vil være situasjonsavhengig. Den som kontakter hjemmet må imidlertid være forberet på hvordan budskapet skal overbringes dersom pårørende ikke snakker norsk, og eventuelt avklare behov for tolk på forhånd.

Større ulykker, kriser og katastrofer får ofte stor medieoppmerksomhet umiddelbart, og den informasjonen som framkommer i media vil ofte kunne indikere hvem som kan være rammet før et omfattende varslings- og informasjonsapparat har kunnet tre i funksjon. Det er viktig at relevante aktører, herunder prest eller representanter fra aktuelle tros- og livssynssamfunn, selv begynner forberedelser basert på den informasjon man får

gjennom mediene. Det er fornuftig at den som er LRS-prest, dersom han/hun er kjent med ulykken, selv tar kontakt med politivakta for nærmere avtale om oppfølging. Ved sterkt tidspress kan det oppstå behov for å utveksle opplysninger pr. telefon eller på annen måte, se for øvrig Politidirektoratets rundskriv 2007/003 for ytterligere informasjon. Kontakten med pårørende for informasjon og oppfølging vil normalt fortsette etter at selve redningsarbeidet er avsluttet, og er ofte et samarbeid mellom politi og andre fagpersoner som fastlegen, helsestasjon- og skolehelse-tjenesten, hjemmebaserte tjenester, psykisk helsetjenester i kommunen og lignende. Bistand fra kirken eller aktuelle tros- og livssynssamfunn inngår i dette tverrfaglige arbeidet.

## 2.9 Frivillige organisasjoner

I Norge er det en rekke frivillige organisasjoner som kan ta del i rednings-tjenester, samt styrke helse- og sosialtjenestene ved kriser, ulykker og katastrofer, jf. lov om sosiale tjenester § 3-3 og lov om helsetjenesten i kommunene § 1-4 tredje ledd. Frivillige organisasjoner er organisert i Frivillige Organisasjoners Redningsfaglige Forum og er representert i de fleste norske kommuner.<sup>13</sup>

På bakgrunn av direkte kontakt med lokale organisasjoner kan kommunene planlegge ulike tiltak med bistand fra en eller flere frivillige organisasjoner<sup>14</sup>. Eksempel på slike tiltak kan være:

- redningsaksjoner – alltid etter avtale med politiet
- hjelp ved evakuering
- etablering og drift av ulike type sentre for overlevende og pårørende ved større ulykker/hendelser – alltid etter avtale med politiet
- søk og tilbud om hjelp til personer i forbindelse med naturkatastrofer eller andre alvorlige hendelser

Kommunen og aktuelle organisasjoner bør inngå samarbeidsavtaler med hensyn til hvilke oppgaver organisasjonen kan bistå med når det er behov for det. De fleste organisasjonene kan stille mange personer til disposisjon i forbindelse med redningsarbeid som pågår over lengre tid, og mange vil kunne bidra med hjelp til nærliggende kommuner om nødvendig.

13. Se [www.forf.no](http://www.forf.no)

14. Eksempler på frivillige organisasjoner kan være; Norges Røde Kors Hjelpkorps, Norsk Folkehjelp Sanitet, Norsk Grotteforbund, Norsk Radio Relæ Liga, Norske Redningshunder, Rednings-selskapets sjøredningskorps, Rovernes beredskapsgruppe, Norske alpine redningsgrupper og NAKs Fly-tjeneste.

I flere norske kommuner utgjør minoritetsbefolkningen en betydelig andel av innbyggertallet. For å sikre god ivaretagelse av et mangfoldsperspektiv i håndtering av kriser, ulykker og katastrofer, bør kommunen søke samarbeid med aktuelle minoritetsorganisasjoner både i det strategiske og operative psykososiale beredskapsarbeidet. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) har oversikt over hvor ulike grupper og personer med flyktningebakgrunn er bosatt, samt lokale innvandrersorganisasjoner.

### **2.9.1 Norges Røde Kors**

Det er inngått en avtale mellom Norges Røde Kors og Helsedirektoratet som blant annet regulerer støttegruppeberedskap. Dette innebærer at Norges Røde Kors vil kunne gi praktisk bistand til pårørende og overlevende i forbindelse med oppstart og drift av støttegrupper i etterkant av kriser, ulykker og katastrofer.

Norges Røde Kors er representert i 402 av landets kommuner. Hovedaktivitetene er definert innen to fagområder; redning og omsorg. Fagområdene er representert ved medlemmer og frivillige med kompetanse og utstyr/materiell som kan benyttes ved kriser, ulykker og katastrofer. De frivillige innehar grunnkunnskaper innen førstehjelp og om hvordan man møter mennesker i sårbare livssituasjoner. De lokale Røde Kors-foreningene bør inkluderes i de kommunale krise- og beredskapsplanene og ikke bare operasjonelt. Dette vil bidra til at det offentlige og de frivillige er kjent med hverandres rolle i det kommunale beredskapsarbeidet.

### **2.9.2 Brukerorganisasjoner**

De fleste brukerorganisasjoner er organisert under en av to store paraplyorganisasjoner, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner. En sentral del av virksomheten til brukerorganisasjonene er råd og veiledning innen ulike rettighetsområder som trygderett, pasientrett og erstatningsrett. Brukerorganisasjonene kan ofte tilby likemannsstøtte. Likemenn er ikke fagpersoner, men personer som også selv har opplevd en krise, ulykke eller katastrofe.

Landsforeningen for trafikkskadede tilbyr råd og veiledning i forbindelse med trafikkskade, personskade, yrkesskade og fritidsskade. Foreningen tilbyr medlemmer, helseinstitusjoner og kommuner kurs i blant annet erstatningsrett tilpasset definerte målgrupper.

### ***2.9.3 Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp***

Selvhjelp er styrkingsarbeid som bidrar til at mennesker tar i bruk og gjen-erobrer egne krefter på en måte som gjør at mestring og livskvalitet øker og endringer blir varige. Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp har etablert en rekke distriktskontorer for selvhjelp. Distriktskontorene skal blant annet ha i oppgave å:

- være en pådriver for utvikling av selvhjelpsarbeidet i samarbeid med lokale aktører og gjennom dette å bygge nettverk
- være et informasjonspunkt og faglig ressurs for selvhjelp i sitt deknings-område
- drive lokal igangsettertrening og etablere nettverk for igangsettere.
- igangsette grupper i samarbeid med lokale aktører i det området/lokal-samfunnet kontoret er etablert

Kommuner, regionale helseforetak, arbeidsgiver- og arbeidstakerorgani-sasjoner, NAV- kontor, frivillige organisasjoner og andre interesserte kan ta kontakt med distriktskontorene for videre informasjon og samarbeid.

### ***2.9.4 Nasjonalt støttegruppenettverk***

Som en følge av erfaringer gjort i forbindelse med håndteringen av flod-bølgekatastrofen i Sørøst-Asia i 2004, ble Nasjonalt Støttegruppenettverk stiftet i samarbeid med Norges Røde Kors og Helse- og omsorgsdeparte-mentet i 2007.

Organisasjonen er en frittstående, ideell medlemsorganisasjon som ar-beider for å fremme interessene til pårørende, overlevende og berørte etter kriser, ulykker og katastrofer gjennom dialog og samarbeid. Nasjon-alt Støttegruppenettverk bidrar med kompetanse- og kunnskapsover-føring og er et talerør for og mellom de som er rammet og støtteapparatet.

## 2.10 Asylmottak

Samarbeid med ledelsen på asylmottak i kommunen vil kunne være aktuelt ved kriser, ulykker og katastrofer i Norge eller i asylsøkernes hjemland. Et slikt samarbeid mellom psykososiale kriseteam og ledelsen ved mottakene bør innledes allerede ved etableringen av asylmottaket. Det psykososiale kriseteamet bør avklare med mottaksledelsen hvordan samarbeidet ved kriser, ulykker og katastrofer som angår beboerne ved mottaket direkte eller som finner sted i hjemlandet, best kan ivaretas og hvilke ressurser mottaket kan stille til rådighet.

## 2.11 Forsikrings- og erstatningsordninger

Som hovedregel ved transportulykker og arbeidsulykker er skadde forsikret med hjemmel i bilansvarsloven og/eller yrkesskadeforsikringsloven. Nødvendige og rimelige utgifter som oppstår som følge av ulykken eller skaden, og som ikke dekkes av offentlige ytelser, skal dekkes av forsikrings-selskapet. Hva som anses for å være nødvendig og rimelig vurderes individuelt fra sak til sak. I denne sammenheng kan for eksempel transportkostnader for henting av sentrale tilknytningspersoner omfattes. Dette er særlig gjeldende i forbindelse med å sikre ivaretagelse av barn og unge når foreldre blir skadd.

Dersom det av helsemessige grunner er nødvendig å kjøpe spesialiserte tjenester som ikke dekkes av det offentlige, og/eller som ikke på annen måte kan mobiliseres innenfor forsvarlig tidsramme, dekkes dette ofte av forsikringsordninger. Hva som dekkes av forsikringen varierer imidlertid og det finnes ingen detaljerte retningslinjer på dette området. Hovedprinsippet er likevel at den skadelidte skal få sine samlede økonomiske tap dekket fullt ut. For ytterligere informasjon kan Landsforeningen for trafikkskadde (LTN) kontaktes.

## 2.12 Bruk av tolk

Kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten skal i møte med kriseramede med fremmespråklig bakgrunn, innkalle kvalifisert tolk ved behov.

Det er viktig å forsikre seg om at tolken har nødvendige kvalifikasjoner. Barn skal aldri benyttes som tolk. Tolking medfører et stort ansvar som krever modenhet, bred kunnskap og spesifikke ferdigheter. I en tolkesituasjon vil barnet dessuten kunne bli utsatt for store påkjenninger og innsyn i saker som barn skal skånes for.

Nasjonalt tolkeregister er tilgjengelig på [www.tolkeportalen.no](http://www.tolkeportalen.no) og gir en oversikt over personer med dokumenterte kvalifikasjoner i tolking. Registeret er ikke et bestillingsregister, men gir kontaktinformasjon til de oppførte tolkene. Ved bestilling av tolk gjennom byrå, bør man forsikre seg om at tolken er oppført i Nasjonalt tolkeregister. I krevende terapeutiske samtaler kan det være nødvendig å sette av tid til et formøte med tolken for å avtale samarbeidsform.

Behov for tolk vil også kunne gjelde for kriserammede med funksjonsnedsettelse som i seg selv innebærer kommunikasjonsvansker. På [www.nav.no](http://www.nav.no) finnes informasjon om tolketjenester for personer med funksjonsnedsettelser.

## 2.13 Media

Ved kriser, ulykker og katastrofer i det offentlige rom har befolkningen både krav på og behov for informasjon. Mediene er en sentral aktør i denne informasjonsformidlingen. Ved kriser, ulykker og katastrofer ligger informasjonsansvaret hos lederne innenfor egne ansvarsområder. Det kan være hensiktsmessig å presisere egen instans sin rolle og ansvarsområde når informasjon gis til mediene. Vurderinger ut over eget ansvars- og arbeidsområde bør unngås.

Det er viktig at aktuelle virksomheter i forkant har klargjort hvem som skal uttale seg til media og at budskapene fra involverte aktører samsvarer. Samordning og koordinering av informasjonstiltakene er svært viktig, ikke minst mellom politiet, fylkesmannen og eventuelt sentrale styresmakter. Mens redningsaksjoner pågår bør alle henvendelser fra mediene kanaliseres til politi og redningssentral. Det overordnede og helhetlige informasjonsansvaret vil ofte ligge hos og ivaretas av politi/lokal redningssentral eller hovedredningssentral.

Rammede etter kriser, ulykker og katastrofer vil ofte oppleve personfokuserende og pågående henvendelser fra media. De bør derfor tidlig orienteres om at de kan bli utsatt for nettopp dette. Det er i denne sammenheng grunn til å understreke overfor de rammede at verken offentligheten eller mediene har rett til eller krav på informasjon om deres privatliv eller personlige reaksjoner, jf pressens «vær varsom plakat». Når rammede stiller seg til disposisjon for mediene, bør de ha rådført seg med familie eller ressurspersoner. Det kan være nødvendig å aktivt skjerme barn og unge i skoler og barnehager.

## **2.14 Annet**

Større bedrifter og organisasjoner har ofte egne beredskapsordninger som det kan være aktuelt å samarbeide med. Den enkelte kommune bør skaffe seg oversikt over hvilke ressurser og beredskapsordninger som finnes.







# 3. Organisering av kommunal beredskaps- og krisehåndtering

## 3.1 Kommunens ansvar og oppgaver

Kommunene er forpliktet til å ha en forberedt beredskap for sine helse- og sosialtjenester i samsvar med lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven) og lov om helsemessig og sosial beredskap. Helsemessig og sosial beredskap skal være samordnet med kommunens øvrige beredskapsplanverk, jf. § 14–15 i sivilbeskyttelsesloven, § 1-5 i lov om helsetjenesten i kommunene og § 2-2 i lov om helsemessig og sosial beredskap.

### **Kommunale oppgaver i krisesituasjoner:**

- opprettholde kommunale funksjoner og tjenester
- kontinuerlig vurdere om kommunen har behov for støtte fra andre kommuner eller råd og veiledning fra sentrale instanser
- informere publikum og media
- skaffe til veie materielle ressurser og kompetanse
- hjelpe politiet med evakuering og innkvartering av skadde personer
- tilby psykososiale støttetiltak
- varsle og rapportere

### *3.1.1 Kommunale oppgaver*

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr 66 er utgangspunktet for kommunenes ansvar for psykososial oppfølging til kriserammede innbyggere. § 2-1: «Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg». Bestemmelsen gir de som oppholder seg i kommunen rett til de tjenester kommunen har ansvar for etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Dette innebærer imidlertid ikke at man har rett til selv å bestemme innhold på tjenesten. Psykososiale tjenester kan således ytes av kompetent helsepersonell i ulike og relevante kommunale tjenester som del av

15. jf pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c

nødvendig helsehjelp til kriserammede personer. Nødvendig helsehjelp i denne forbindelse er ikke entydig definert, men det er krav om at helsehjelpen<sup>15</sup> som ytes skal være forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

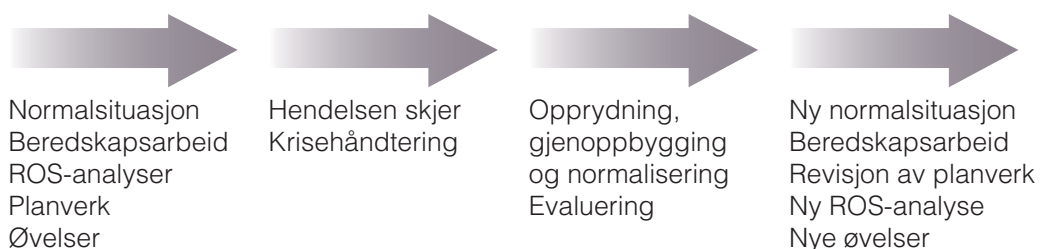
### Plan for helsemessig og sosial beredskap i kommunen bør inneholde:

- plan for etablering av kriseledelse i kommunen
- plan for informasjon til publikum og media
- plan for evakuering og innkvartering
- plan for etablering av støttegruppe for mennesker i krise
- handlingsplaner for de mest sannsynlige hendelsene
- ulike ressursoversikter
- varslingsliste

Kommunene har også anledning til å beskrive beredskapsforberedelser i annet planverk, for eksempel i internkontrollsystemet. Slik blir beredskapsforberedelsene innarbeidet som en naturlig del av kommunenes planer, og ikke som et tillegg.

Figur 1 belyser viktigheten av beredskapsarbeidet som en kontinuerlig prosess med oppdatering av planverk og øvelser i alle ledd i kommunene. I figuren refererer ROS-analyser til risiko og sårbarhetsanalyser, se forøvrig punkt 3.3 for ytterligere omtale.

**Figur 1.**  
Faser i beredskaps- og krisehåndteringsarbeidet



I en krisesituasjon kan det være aktuelt å etablere samarbeid med frivillig personell og frivillige organisasjoner. I den forbindelse kan helsepersonell i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellet kvalifikasjoner og den opp-

følgning som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn, jf. helsepersonelloven § 5.

### 3.2 Kommunal kriseledelse

Ved kriser, ulykker og katastrofer er det nødvendig med en entydig og klar ledelse og innarbeidede rutiner for at ledelsen kan komme sammen på kort varsel. Tidsfaktoren er vesentlig i håndtering av en krise. Rutiner for varsling bør beskrive intern og ekstern varsling og skal være kjent i organisasjonen. Rutinene bør i tillegg være en del av beredskapsplanen og gjenstand for øvelser.

Eksisterende planverk bør følges, men fleksibilitet må utvises dersom situasjonen krever det. Ledelsen bør ofte fatte raske beslutninger. Mangel på beslutningstaking vil være en tilleggsbelastning både for innsatspersonellet, de rammede, og deres pårørende.

Ved større katastrofer er det viktig med klare kommandolinjer slik at viktig informasjon når frem til dem som har det operative ansvaret. Dette er nødvendig for å samordne hjelpearbeidet slik at det kan utføres så rasjonelt og effektivt som mulig. I en katastrofesituasjon er det viktig at fagpersonell, i tillegg til å være operative, gir kriseledelsen i kommunen nøyaktig og god informasjon slik at den får tilstrekkelig oversikt over situasjonen.

#### 3.2.1 Godt lederskap

Ved kriser, ulykker og katastrofer er det å stå frem som en klar og tydelig leder som tar ansvar for situasjonen og viser omtanke for de som er berørt, avgjørende for god krisehåndtering. En godt forberedt kriseberedskap gjør at medarbeiderne opplever å bli verdsatt, gir nødvendig støtte til ledere og sikrer organisasjonens omdømme.

Tilstedeværelse og oppmerksomhet fra en leder kan lette bearbeidingen av en krise, ulykke eller katastrofe for de rammede og deres pårørende. Dette gjelder også i tiden etter akutfasen. I oppfølgingen av rammede og deres berørte, bør lederen på forhånd gjøre seg kjent med og kvalitets-

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.

sikre identiteten til de overlevende, døde og/eller savnede. Ofte vil dette skje i forbindelse med en minnehøytidelighet.

Den viktigste første oppgaven til lederen er å få oversikt over situasjonen. Sentrale spørsmål er;

- Hva har skjedd?
- Hva er problemet?
- Hvordan kan hendelsen utvikle seg?
- Hvilken tid har ledelsen til rådighet?
- Hvordan kan leder bidra til å løse situasjonen?
- Hvilke tiltak skal leder iverksette nå?
- Hvilke tiltak skal iverksettes om en stund?
- Hvem kan hjelpe utover egen stab?
- Hvilke fullmakter har vi?

Lederen bør så sørge for at den staben som skal hjelpe henne eller han vet hva de skal gjøre. Det å avklare ansvar og oppgavefordeling for de som skal bidra til å løse krisen er avgjørende for god håndtering.

#### **Viktige lederegenskaper ved krisehåndtering:**

- være i forkant, å kunne tenke «Hva er det verste som kan skje?» – både kort- og langsiktige konsekvenser
- kunne ta raske beslutninger, samtidig som leder lytter til andre og bidrar til å redusere «sneversyn» og bare se en side av saken
- ta beslutninger og iverksette tiltak
- sørge for at tiltak blir kvalitetssikret slik at de virker etter hensikten
- få lukket sløyfer, dette innebærer å sørge for at en sak følges til den er behandlet ferdig og lukket
- være tydelig i kommunikasjonen, å kommunisere medfølelse med de som berøres av krisen, viser at lederen har gjennomtenkte planer og at en får gjennomført det en beslutter

### 3.3 Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser)

Kommunens beredskaps- og krisehåndteringsforberedelser skal bygge på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser), jf. § 3 i forskrift 23. juli 2001 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. 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 beredskapen og de tjenester som skal og må leveres i en ekstraordinær situasjon.

Beredskapsplanene skal være et hjelpemiddel for å kunne reagere rasjonelt, effektivt og samordnet i en krisesituasjon. Det er viktig at ROS-analysene inngår som en integrert del av kommunens plan- og kvalitetsarbeid. Kommunen har plikt til å oppdatere beredskapsplanen, jf. forskriften § 2.

#### 3.3.1 ROS-analyse – Hendelser med mange skadde og/eller døde

ROS-analyser bør også omfatte hendelser med mange skadde og/eller døde. Man må nøye vurdere tilgang på ressurser i kommunen, kommunikasjoner og avstand til sykehus. Viktigst er forholdet mellom behov for tiltak og tilgjengelig kapasitet, dvs. hvorvidt de normale ressursene til helse-tjenesten og eventuelt sosialtjenesten i kommunen er tilstrekkelige.

Dersom kommunen ligger i nærheten av sykehus og det er nok ambulanskapasitet, vil de som trenger sykehusbehandling raskt kunne overføres til spesialisthelsetjenesten. På steder med lange avstander, begrenset ambulanskapasitet, vanskeligheter med å komme frem etc., kan det være nødvendig å være ekstra oppmerksom på slike lokale forhold i risiko- og sårbarhetsanalysen.

#### **Krav til personell og materiell:**

- egnede steder til etablering av hjelpeplasser innendørs, der mer behandling kan gis før videre transport til neste ledd i behandlingkjeden
- vurdere lokalhjelp til lettere skadde
- vurdere behov for psykososiale- og sosiale tjenester også for gruppen som ikke har fått fysiske skader

Grundige ROS-analyser vil være til stor hjelp for å vurdere hvilke hendelser som mest sannsynlig kan oppstå i kommunen. Det er også viktig å vurdere om det er grunnlag for å iverksette forebyggende tiltak basert på ROS-analyser.

### 3.4 Kompetanseutvikling, øvelser og evaluering

Personell som skal arbeide med kriser, ulykker og katastrofer må ha nødvendig teoretisk og praktisk kompetanse. For å støtte andre i en krise må en selv være i psykisk balanse, klare å forholde seg rolig i kaotiske situasjoner, være tydelig på egen rolle, kunne arbeide i team, samt støtte seg til andres kompetanse.

#### **Anbefalinger om opplæring:**

- krise- og sorgreaksjoner for ulike aldersgrupper og kulturer
- ulike type kriser og deres utfordringer (selvmord, overgrep, trafikkulykke etc.)
- psykisk førstehjelp gjennom støtte og omsorg
- lokal ansvarsfordeling og kontaktlinjer i en krisesituasjon
- utarbeidelse av konkrete planer for hjelpearbeidet i samarbeid med den/de kriserammede
- mestringsorientert arbeid med styrking av den kriserammedes egne ressurser og mobilisering av vedkommendes sosiale nettverk
- teambygging og samarbeid mellom ulike aktører i hjelpearbeidet
- taushetsplikt – skjerming av ofre og innsatspersonell fra medier
- ivaretagelse av innsatspersonell etter belastende hendelser gjennom fellessamtaler
- journalføring og dokumentasjon av psykiske reaksjoner ved undersøkelse i akutfasen og behandling i etterkant av en krise, ulykke og katastrofe

#### **3.4.1 Kompetanseutvikling**

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) kan på forespørsel bidra med kompetanseoppbygging



for kommunene. I tillegg kan Sivilforsvaret og Nasjonalt utdanningscenter for samfunnssikkerhet og beredskap, samt en rekke private tilbydere arrangere kurs. I små kommuner kan det være gunstig med interkommunalt samarbeid i forbindelse med tilrettelegging for kompetanseheving.

### **3.4.2 Øvelser**

For at det psykososiale kriseteamets medlemmer skal kunne yte et godt arbeid, både på kort og lang sikt, trenger de opplæring, kontinuerlig oppdatering innen fagfeltet og jevnlige samlinger og øvelser. Øvelser bedrer evnen til å mestre stresspåkjenninger under innsats og reduserer risikoen for at innsatspersonell får psykiske reaksjoner etter store belastninger.

Det finnes ulike former for øvelser der det psykososiale kriseteamet kan utvikle sin kompetanse:

- gruppeoppgaver hvor deltakerne diskuterer gjennomføring av tiltak (table-top)
- øvelser på gjennomføring av tiltak, samlinger, informasjonsmøter og støttesamtaler, individuelt og i gruppe (input-respons)
- praktiske øvelser hvor kriseteamet inngår og deltar sammen med annet beredskapspersonell (fullskalaøvelser)

### **3.4.3 Evaluering**

Erfaring fra øvelser bør alltid oppsummeres og evalueres med tanke på læringspunkter. Hva fungerte godt og hva fungerte mindre godt? Hva kan gjøres for å bedre kommunikasjonsarbeidet? Svaret på disse og andre spørsmål i forbindelse med krise- og katastrofeøvelser bør systematisk gjennomgås og legges til grunn for gjennomgang og jevnlig oppdatering. Det samme gjelder for arbeidet under en reell krise/ulykke/katastrofe. Arbeidet bør alltid oppsummeres, læringspunkter nedtegnes og planer revideres. Selv om en krise/ulykke/katastrofe ofte medfører uventede og uforutsette situasjoner og hendelser som må løses omgående, bør en ikke starte diskusjoner om beredskapsrutiner i en krisesituasjon. Dette bør gjennomgås i etterkant som grunnlag for ny læring og eventuell revisjon av eksisterende beredskapsplaner.



## 4. Psykososiale kriseteam

### 4.1 Psykososiale kriseteam – rolle, funksjon og oppgave

Kommunen har et overordnet ansvar for ivaretagelse av kommunens befolkning med hensyn til psykososial oppfølging i forbindelse med kriser, ulykker og katastrofer. Kommunene bør etablere psykososiale kriseteam for å kunne yte tilfredsstillende psykososial omsorg og støtte ved kriser, ulykker og katastrofer. Kommunale psykososiale kriseteam bør medvirke til at enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunnet får tilbud om forsvarlig psykososial oppfølging og støtte fra det ordinære tjenesteapparatet dersom kritiske hendelser inntreffer. Det psykososiale tilbudet bør avstemmes med allerede eksisterende kommunale tilbud og tjenester. Det psykososiale kriseteamet bør etablere kontakt og samarbeid med det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten og andre aktører slik det står beskrevet i kapittel 2.

### 4.2 Når skal psykososiale kriseteam aktiveres

Før aktivisering av det kommunale psykososiale kriseteamet må det vurderes hvorvidt situasjonen skal håndteres av en annen instans i kommunen eller mer nærstående nettverk. Diagnostikk og behandling av unormale eller langvarige reaksjoner hos overlevende eller etterlatte etter en krise, ulykke eller katastrofe er oppgaver for den ordinære helse-tjenesten. Man bør planlegge hvilke oppgaver det psykososiale kriseteamet eventuelt skal påta seg. Dette vil variere fra kommune til kommune, blant annet avhengig av tilgjengelig fagkompetanse.

### 4.3 Organisatorisk plassering

De psykososiale kriseteamene bør ha en organisatorisk forankring basert på beredskapsplanen for den enkelte kommune. Dette kan variere fra kommune til kommune, men beredskapsplaner, inkludert psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer bør alltid være forankret i kommu-

## Eksempel på vurdering av saker til et psykososialt kriseteam (Stavanger kommune)

SAKER TIL KRISETEAMET	IKKE SAKER TIL KRISETEAMET	SAKER TIL VURDERING
Naturkatastrofer (flom, ras, etc.)	Vurdering av suicidale	Alvorlige og uventede hendelser, især de som rammer eller involverer barn og unge
Store ulykker, transportulykker	Plutselig spedbarnsdød	
Storbranner	Alvorlige sykdommer/ diagnoser	Selvpåført død eller død som kunne vært unngått, især blant barn og unge
Massedrap	Aktuell psykiatrisk sykdom	Persongrupper som har vært eksponert for traumatiserende sanseinntrykk eller opplevd å være truet på livet (drap, ulykker, gisseldrama, o.l.)
	Berusede personer	
	Rusmisbruk	
	Pårørende av psykisk syke eller rusmisbrukere dersom familiære belastninger i forbindelse med psykisk sykdom og/eller rus er årsak til oppfølgingsbehovet	Savnede eller pårørende til savnede

nenes beredskapsledelse/kriseledelse. Der det er etablert kommunale psykososiale kriseteam bør leder, eller en annen av kriseteamets medlemmer, delta i kommunens beredskapsledelse/kriseledelse.

#### 4.4 Krav til deltakere

Kommunalt psykososialt kriseteam bør om mulig ha faste medlemmer som innkalles etter behov. Det psykososiale kriseteamet bør ha god kontakt med relevante instanser som blant annet legevakt/lege, politi, kirken og andre tros- og livssynssamfunn, avhengig av hendelsens art. For å sikre god ivaretagelse av innbyggere med innvandrerbakgrunn, bør mangfoldskompetanse sikres i psykososiale kriseteam. Det er viktig at lederen av teamet er erfaren i forhold til å organisere arbeidet, vurdere behovet for hjelp, antall nødvendig innsatspersonell, hva som skal gjøres, hvor lenge de skal følge opp og eventuelt hvem de skal henvise til<sup>16</sup>. God planlegging og forberedelse er viktig for å sikre god gjennomføring av det psykososiale kriseteamets oppgaver.

For å støtte andre i en krise må man selv være i psykisk balanse, eller ha mulighet til å sette sitt eget til side, klare å forholde seg rolig i kaotiske situasjoner, være tydelig på egen rolle, grenser og kompetanse, kunne arbeide i team, samt støtte seg til andres kompetanse. Utover de som deltar i det psykososiale kriseteamet finnes det i tillegg ofte ressurspersoner i kommunens ulike virksomheter som har psykososial kompetanse i forhold til håndtering av kriser. I kommunenes beredskapsplan bør det foreligge en oversikt med navn, telefonnummer og eventuelt e-postadresser over ressurspersonell som kan kontaktes og bidra i krisesituasjoner.

#### Mest sentrale personellgrupper i et kriseteam:

- lege/kommunelege
- politi/lensmann
- prest/diakon
- psykiatrisk sykepleier/hjemmesykepleien
- psykolog/psykiater
- helsesøster
- sosionom
- barnevern/ PP-tjenesten
- representant fra skoleverket

16. Senter for Krisepsykologi AS har utviklet egne nettsider med informasjon til fagfolk i håndtering av krisesituasjoner, se [www.kriser.no](http://www.kriser.no)

## 4.5 Pårørendesenter og senter for overlevende

Opprettelse av pårørendesenter og telefon for pårørende er politiets oppgave, men hjelp til driften av et slikt senter vil kunne være en sentral oppgave for det kommunale psykososiale kriseteamet ved store kriser, ulykker og katastrofer (se for øvrig kap 2, punkt 2.2.1) . Ved større kriser, ulykker og katastrofer vil det være nødvendig at det psykososiale kriseteamet samarbeider med de ordinære hjelpeinstansene i kommunen og spesialisthelsetjenesten med hensyn til fordeling av oppgaver i akuttfasen.

Særlig asylsøkere og andre nyankomne innvandrere kan ha ekstra utbytte av å oppsøke et pårørendesenter for å få informasjon og assistanse, da de kan være isolert på grunn av manglende språkkunnskaper og nettverk. Kommunen bør sikre at det finnes personer med mangfoldskompetanse i bemanningen av et pårørendesenter.

Overlevende med ingen eller kun mindre skader vil ofte ha behov for å samles for å få informasjon, samt gjennomgå sine opplevelser. Dersom overlevende har mistet nære familiemedlemmer eller nære venner må en vurdere hvorvidt de skal delta i samling for etterlatte eller i samling og psykososiale tilbud for overlevende. Dette må overveies i hvert enkelt tilfelle i samarbeid med den/de kriserammede.

Som en hovedregel bør senter for pårørende/etterlatte og senter for overlevende være fysisk atskilt da de har ulike behov for psykososial støtte og omsorg. Dette må imidlertid vurderes avhengig av krisens/ulykkens/katastrofens karakter og omfang.

Ved enkeltulykker/storulykker som rammer et lokalsamfunn bør en også ha plan for hvordan en skal ivareta skoleelever og barn i barnehager, i tillegg til foreldre og ansatte.

**Anbefalte rutiner ved en kritisk hendelse som medfører behov for bistand fra det psykososiale kriseteamet:**

- varsle og gi informasjon til leder av kriseteamet om hendelsen
- innkalle kriseteamet. Loggføre deltagerne og tidspunkt for frammøte
- etablere kontakt med politiet og kommunens kriseledelse
- skaffe oversikt over den kritiske hendelsen, antall berørte (eventuelt antall skadde eller døde) og den aktuelle situasjonen mht. hjelpe- og redningsarbeidet
- skaffe oversikt over om det er involverte med utilstrekkelige norskkunnskaper, slik at det innkalles kvalifisert tolk ved behov
- vurdere behovet for innkalling av ekstra personell for krisehåndtering. Varsle etter varslingslister dersom det er behov for mer personell
- fordele oppgaver og ansvar for ulike psykososiale tiltak
- iverksette tiltak i akutfasen. Mobilisere kriserammedes sosiale nettverk og direkte kontakt med kriserammede
- koordinere og kontrollere tiltak i akutfasen som bør loggføres. Hvem har gjort hva i den akutte fasen av krisen?
- vurdere behovet for pårørendesenter, opprettelse av krisetelefon og eventuelt informasjon på egnet nettside, sammen med politiet/kriseledelsen
- sørge for gode rapporteringsrutiner og samarbeid mellom de ulike aktørene i hjelpearbeidet
- legge plan for oppfølging av de kriserammede etter akutfasen
- samarbeide og overføre de kriserammede til de ordinære hjelpeinstansene i kommunen, eventuelt vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten. Sikre at tiltak, viderehenvisning og anbefalinger blir fulgt opp i det ordinære tjenesteapparatet.
- avslutte og evaluere det akutte hjelpearbeidet, inkludert gjennomgang av hjelpepersonellets/kriseteamets arbeid

## 4.6 Utkalling og mobilisering av psykososialt kriseteam

De psykososiale kriseteamene i kommunene er ulikt organisert. Noen steder er de knyttet til legevakten eller Akuttmedisinsk kommunikasjons-sentral (AMK), andre steder er de knyttet til kommunens kriseledelse eller direkte opp mot kommunelegen. Uansett organisatorisk tilknytning bør ansvarslinjen for de kommunale psykososiale kriseteamene være beskrevet på en klar og entydig måte, samt fremkomme i *kommunens beredskapsplan*.

## 4.7 Ivaretagelse av innsatspersonell

Krise- og katastrofearbeid kan være svært energikrevende og kan medføre at personellet blir slitne og noen få kan utvikle posttraumatiske stressplager. Det bør derfor tilrettelegges for god ivaretagelse av innsatspersonell. Det bør gjennomføres en kort avlastningssamtale<sup>17</sup> før innsatspersonellet går fra hverandre. Denne gjennomgangen kan omfatte både tekniske og stressrelaterte temaer. Det er viktig at innsatspersonell som opplever seg spesielt traumatisert ikke blir sendt hjem alene, men har noen hos seg. Før alle reiser hjem, bør det avtales tidspunkt for å møtes igjen for en mer grundig gjennomgang av hendelsen.

17. Avlastnings-samtale eller defusing referer til samtaler som skjer samme dag som hendelsen har funnet sted. De-briefing er en term som benyttes for samtaler som gjennomføres når det har gått mer enn 24 timer etter hendelsen.



### Elementer i debriefing:

- gjennomgå vanlige reaksjoner etter slik innsats
- gjennomgå innsatsen med diskusjon om kritiske punkter.  
Leder av innsatspersonellet bør eventuelt gjøre dette sammen med en veileder. Dette er særlig gjeldende dersom lederen har vært direkte involvert i hjelpearbeidet
- understreke at ved akutt innsats er mye uforutsigbart, og man kjenner de rammedes bakgrunn dårlig i starten. I ettertid ser man ofte ting som kunne vært gjort annerledes, men det betyr ikke at man har gjort en dårlig jobb.
- kommunisere rundt emosjonelle påkjenninger og hvordan mestre dette
- kommunisere rundt ulik mestringsstil hos innsatspersonellet.  
Vise respekt og støtte
- kommunisere rundt uheldige mestringsmåter (isolere/avverge).  
Bruk av ulike stimulantia
- gi anerkjennelse for godt arbeid  
– ved større katastrofer og/eller langvarig innsats er oppmerksomhet fra ledelsen ekstra viktig.



## 5. Noen sentrale prinsipper for krisehåndtering

### 5.1 Sentrale intervensjonsprinsipper

Det finnes få studier om effektive intervensjoner i den første tiden etter kriser, ulykker og katastrofer (3). Akutt stressdebriefing har vært anbefalt. Selv om få studier har vist positiv forebyggende effekt av enkeltstående samtaler med mennesker som har vært utsatt for potensielt traumatiserende hendelser (4;5), kommer det nye studier som viser mer positive resultater, blant annet i forhold til barn (17).

Utgangspunkt er at de fleste akutte stressreaksjoner er normale og noen ganger hensiktsmessige i tidlige faser. De fleste reaksjonene vil avta og gradvis forsvinne. Foreldre som mister barn og etterlatte etter mord og andre dramatiske dødsfall kan imidlertid utvise reaksjoner som forsterkes over tid, etter hvert som de tar mer inn over seg det som har skjedd. I akuttfasen og den umiddelbare oppfølgingen er informasjon og omsorg viktig for å favne helheten i den rammedes behov, ikke avanserte terapeutiske tiltak. Det er liten grunn til å igangsette psykoterapeutiske tiltak innen den første uken dersom ikke rammede utviser svært sterke og akutte stressreaksjoner, såkalt akutt stresslidelse. Der barn er involvert kan familien trenge tidlig rådgivning fra personer med nødvendig kompetanse.

Utover de tiltakene som skisseres senere i denne veilederen kan en nyttig strategi være *avventende overvåking* (watchful waiting), som er anbefalt av britiske National Institute for Health and Clinical Excellence (8). Der reaksjonene er sterke og vedvarende, vil målrettede tiltak være nød-

#### Sentrale intervensjonsprinsipper (6;7)

- sikre trygghet
- berolige
- skape mulighet for mestring
- bidra til samhørighet
- stimulere håp
- tilrettelegge for kontrollert reeksponering

vendig. Mens diagnostisering og behandling av fysiske skader bør skje umiddelbart, vil screening for psykiske følgetilstander kunne utføres over et lengre tidsperspektiv. Den beste praksis for utvelgelse av de som trenger ekstra oppfølging er støttende samtaler hvor behov for videre hjelp vurderes på bakgrunn av kvaliteten på søvn og hvile, sosial fungering, og funksjonsnivå i familie, skole og arbeidsliv.

Det er vesentlig at kriseteamets intervensjoner ikke tar over rollen eller rydder bort, det ordinære sosiale nettverket som ofte stiller opp i krisesituasjoner. Nettverket vil bestå langt utover det offentliges innblanding og er en viktig helsefaktor.

## 5.2 Trygghet

Belastende stressreaksjoner har en tendens til å vedvare så lenge eksponering eller risiko for eksponering er til stede. I enkelte tilfeller ved vedvarende fare, for eksempel i krigssoner, visse former for vold og naturkatastrofer, er det bare mulig å sikre relativ trygghet. Selv en relativ trygghet reduserer risikoen for å utvikle langtidsproblemer. Fortsatt utrygghetsfølelse kan også skyldes fysiske skader, uvisshet om nærståendes skjebne, eller ansvarsfølelse for søk eller redning av andre rammede. Gjenforening av splittede familier og pålitelig informasjon om savnede må prioriteres ettersom nære familiemedlemmers trygghet ofte er enda viktigere enn egen trygghet.

Spesielt for barn vil trygghet være avhengig av en forsikring om stabil kontakt med foreldre eller andre kjente omsorgspersoner. Også for voksne er det av betydning å være nær noen de kan stole på. Trygghet kan fremmes eller undergraves av gruppeprosesser.

Pålitelig informasjon er viktig, helst fra autoritativt hold. Visshet eller en bekreftelse på uvisshet er som regel bedre enn fantasi og rykteflom. Medier kan noen ganger forsterke angst ved å formidle informasjon på en unødvendig dramatisk måte. I noen tilfeller kan det derfor være hensiktsmessig å beskytte mot medieeksponering, særlig med hensyn til barn.

### 5.3 Beroligende tiltak

De akutte stressreaksjonene som aktiveres ved ekstreme stressbelastninger – kamp, flukt og fryssereaksjoner – er dypt forankret i sentralnervesystemet og kan således ikke bare skrus av. Mange rammede er likevel i stand til å utrette hjelp eller selvhjelp både under og umiddelbart etter ulykkes-, krise eller katastrofepåkjenningen. Mytene om den overlevendes hjelpeløshet sammen med helperens omnipotens har bidratt til å underverdne de rammedes evne til målrettet og relevant innsats. At den rammede selv kan være aktiv vil styrke den rammedes opplevelse av myndighet og mestring under og etter den kritiske situasjonen.

Beroligende teknikker kan anvendes for å forebygge panikk og behandle sterk frykt. En enkel legeundersøkelse vil ofte kunne fungere utmerket som psykisk førstehjelp. Pedagogisk informasjon som vektlegger det normale og hensiktsmessige ved stressreaksjonene anbefales.

Medisinering har ofte blitt brukt for å oppnå symptomlette i den akutte fasen etter en ulykke eller katastrofe. Mangel på søvn den første natten etter en opprørende hendelse kan faktisk være av det gode, fordi tidlig søvn kan bidra til å konsolidere minnet. Derimot vil det å sikre søvn over tid være viktig ettersom søvndeprivasjon reduserer stresstoleranse og evnen til selvhjelp. Bruken av benzodiazepiner i behandlingen av akutte stressreaksjoner er kontroversiell. De har innledningsvis en beroligende effekt, men i de få studiene som er gjort har de ikke hatt påvisbar effekt på risiko for senere utvikling av posttraumatisk stresslidelse (9;10)<sup>18</sup>.

### 5.4 Mestring, samhörighet og håp

Opplevelsen av å kunne mestre faresituasjoner kan trenes opp. En teknikk som ofte benyttes i yrkessammenheng er «stressinokulering»: En person utsettes for mindre og tolererbare doser av stressbelastninger samtidig som vedkommende lærer hensiktsmessige mestringsstrategier. Dette bygger opp en forventning om å mestre, ofte betegnet som positive forventningsreaksjoner og positive resultatforventninger. Positive forventninger styrker beredskapsholdning og håndteringsevne.

18. Posttraumatisk stresslidelse oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste (ICD 10). Se [www.helfo.no](http://www.helfo.no)

Individer som har vært utsatt for ekstreme stressbelastninger er ofte overfølsomme for situasjoner der de ikke har personlig kontroll. Det er viktig å skape en følelse av reell eller opplevd kontroll og styring. I klinisk arbeid er det viktig å etablere positive reaksjonsforventninger, dvs. en tro på evnen til å handle, helst med en overbevisning om at handlingen vil gi et godt resultat. Dette kan oppnås gjennom oppmuntrende støtte fra en kompetent hjelper, likeså gjennom terapeutiske tiltak eller selvregulering av tanker, følelse og atferd, som for eksempel gjennom mentale og fysiske avspenningsteknikker. I den forbindelse er det viktig å være klar over at kognitive terapeutiske tiltak omfatter flere ting enn kognitiv atferdsterapi. Virkningen av kognitive teknikker i forebyggelsen av langvarig posttraumatisk stresslidelse er godt dokumentert (11;8). Kognitive terapeutiske tiltak fremmer aktiv handling, individuelle ferdigheter og selvhjelp. Dette er elementer som er viktige for gjenvinning eller opprettholdelse av mestrings.

En påkjenning som aktiverer hjelpeløshet, tro på at verden er ond eller urettferdig, eller forestillinger om det å være offer eller en spesielt sårbar eller uheldig person, vil øke risikoen for langvarige stressreaksjoner og annen sykdom. Troen på at man selv, eller sammen som gruppe kan oppnå et positivt resultat, er gunstig. Mennesker finner ofte styrke i å være flere som kan dele felles opplevelser og erfaringer.

Tilhelingsprosessen fremmes ved tilknytning til andre mennesker (opplevelse av gruppetilhørighet, følelsesmessig kontakt, muligheten til å motta praktisk hjelp, informasjon og sosial kontroll). Sosial støtte tjener som en «buffer» mot stress og fremmer psykisk velvære og tilheling. Sosial støtte kan være lettere å mobilisere i den konfliktfrie perioden som ofte inntreffer etter en kritisk hendelse.

Ved relasjonsorienterte tiltak vil det være en utfordring å skulle balansere mellom den enkeltes behov for kontakt med andre og behovet for skjerming og unnvikelse som ofte er en del av symptom bildet etter belastende hendelser.

Kriser, ulykker og katastrofer medfører ofte opplevelsen av hjelpeløshet og maktesløshet hos de rammede så vel som hos innsatspersonell. Det er

avgjørende at hjelpeløsheten ikke får gå over til håpløshet. Kunnskap om den spontane og naturlige tilhelingen av stressreaksjoner kan brukes til å fostre håp. Raskt og effektivt redningsarbeid, hjelp og rekonstruksjon motvirker pessimisme og fremmer håp. Gjenreise og beskjefligelse hjelper mennesker til å se framover og reetablere håp, motvirke negative tanker og bidra til positive, handlingsorienterte forventninger om fremtiden.

Alle effektive psykososiale behandlingsformer for posttraumatisk stresslidelse inneholder elementer av eksponering i tanke eller i handling. Det er viktig på et tidlig tidspunkt å forsøke å gjenvinne kontrollen over livssituasjonen. Kriserammede må oppmuntres til å gjenoppta sine hverdagsaktiviteter. For dem som er plaget av traumatiske stresssymptomer i uker og måneder vil mer systematisk eksponeringsterapi være nyttig. Eksponering betyr å ta aktiv kontroll og utfordrer unnvikelsesbehov. Retur til hendelsessted kan gi bedre oversikt, forståelse og struktur til egen erfaring, samtidig som rituelle handlinger kan ha en emosjonell betydning (12).

Ritualisering innebærer noe allmennmenneskelig og finnes i alle samfunn. Ritualer er kommunikative handlinger og virker styrkende på fellesskapet. Noen eksempler på slike ritualer er:

- åpen kirke
- lystenning
- markering på ulykkesstedet
- minnestund





# 6. Psykososial støtte og hjelp til kriserammede

## 6.1 Psykososiale tiltak i akutfasen

For å gi psykososial støtte og hjelp i akutfasen er det viktig at hjelperne er så godt forberedt og orientert om ulykken/krisen/katastrofen som mulig. Det innebærer at man må skaffe seg oversikt over ulykken/krisen/katastrofen, hvordan den skjedde, antall personer som var involvert, antall som er kommet til skade, og eventuelt antall døde. Kunnskap om de involvertes norskkunnskaper vil være relevant for vurdering av behovet for tolk (jf kap. 2, punkt 2.12). Slik informasjon er viktig for å planlegge den hjelpen som er nødvendig i akutfasen, og hvilke og hvor mye ressurser det er behov for i det videre arbeidet.

Den psykologiske støtten i akutfasen skal ta utgangspunkt i at fysisk og psykologisk tilstedeværelse er det viktigste. Målsettingen er å opprettholde, eller så godt som mulig å bistå til en normalisering av dagliglivet for den/de kriserammede.

### **Oppgaver for psykososialt personell i akutfasen:**

- raskest mulig mobilisere den/de kriserammedes familie og det øvrige sosiale nettverket og samtidig vurdere om disse kan være til hjelp, eller om de er rammet på en slik måte at de selv har behov for hjelp
- 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
- informere den kriserammede om de ulike psykiske reaksjonene som kan forekomme etter en traumatisk hendelse
- fokusere på den kriserammedes egen mestringsevne og signalisere at vedkommende vil klare å mestre den traumatiske hendelsen

- bringe rammede til et sted hvor det ikke er risiko for tap av liv og helse eller for groteske vitneopplevelser
- yte praktisk bistand og hjelp til den kriserammede ved behov, i samarbeid med andre instanser i kommunen

Diagnostikk og behandling av unormale eller langvarige reaksjoner er en del av helsetjenestens ordinære virkeområde under en krise, ulykke og katastrofe og ligger således utenfor det psykososiale kriseteamets ansvarsområde. Aktuelle oppgaver for helsetjenesten i akutfasen er:

- Undersøke personer med sterke sjokkreaksjoner for å utelukke legemlig skade, for eksempel indre blødning som årsak til apati. I all behandling av akutte stressreaksjoner som er sterkere enn normalt forventet, inngår derfor medisinsk undersøkelse.
- Behandle pasienter med akutt psykotisk reaksjon hjemme forutsatt at det er tilstrekkelig hjelp hele døgnet og lett tilgang på rådgivende helsepersonell. Vurdere innleggelse på psykiatrisk akuttavdeling i tilfeller der den psykotiske reaksjonen er svært uttalt.
- Vurdere bruk av legemidler ved voldsom uro. Vanligvis er dette ikke indisert ved akutte stressreaksjoner.

For videre vurdering av behovet for oppfølgende psykososial behandling og intervensjon kan følgende sjekklister benyttes.

**Svar på disse spørsmålene kan danne grunnlag for å utarbeide en behandlingsplan sammen med den/de kriserammede:**

- I hvilken grad har krisen forstyrret vedkommendes normale livsmønster?
- Har vedkommende så høyt angst- og spenningsnivå at det fordreier realitetssansen?
- Hvor sterke er reaksjonene når det gjelder inntrykk/opplevelsen av krisen?
- Klarer vedkommende å opprettholde dagliglivets funksjoner?

- Er han/hun i stand til å gå på skolen eller klare arbeidet sitt?
- Har den kriserammede opplevd tap av familiemedlemmer/nære venner?
- Er den kriserammede suicidal?
- Hvordan er omsorgsnivået i familier med barn?
- Har den kriserammede sterk grad av skyldfølelse eller overlevelsesskyld?
- Har krise-/katastrofesituasjonen forstyrret andres liv (pårørende, nære venner)?

Når det gjelder traumespesifikk psykologisk behandling er kognitiv atferdsterapi (CBT og EMDR), det som er best dokumentert i behandling av kriserammede. Det understrekes for øvrig at de individuelle behovene hos den hjelpetrengende vil være bestemmende ved valg av behandlingstilnærming. For beskrivelse av behandlingsformer for de som oppfyller indikasjon på mer inngående behandling i helsevesenet, vises det for øvrig til supplerende litteratur.

## 6.2 Psykososial støtte og hjelp etter akutfasen

De fleste mennesker vil mestre krisesituasjoner som oppstår i dagliglivet 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 skal hjelpes er avhengig av personlighet, tidligere erfaringer og den katastrofespesifikke opplevelsen. Hjelpen må i første rekke konsentrere seg om her og nå situasjonen, hva som skjedde og de umiddelbare konsekvensene krisen kan ha, eller har hatt for personen selv, familien og de nærmeste omgivelsene (13).

Det mobiliseres ofte betydelige ressurser innledningsvis etter kriser, ulykker og katastrofer, men mange kriserammede erfarer at oppfølgingen mangler. Dette er en utfordring for hjelpeapparatet. All psykologisk trau-

mebehandling etter kriser, ulykker og katastrofer bør ha som målsetting å resosialisere den/de kriserammede til et normalt arbeids-, familie- og samfunnsliv. Klinisk erfaring viser at mange opplever at nettverket svikter og ikke makter å tilby den støtten de rammede har behov for over tid. Enkelte opplever nettverket som en ekstra belastning. Dette gjelder spesielt etter tap eller andre dramatiske hendelser som krever lengre tilpasningsperioder. Mange bebreider seg selv for dette, spesielt dersom en forutsetter at nettverk skal være tilstrekkelig støtte.

### 6.3 Sorgreaksjoner

Sorgreaksjoner oppleves etter tap av nærstående, men også dersom en ulykke medfører permanente funksjonstap. Hos personer som utvikler langvarige og sterke sorgreaksjoner (Prolonged Grief Disorder) er det påvist en klart forhøyet helserisiko og svekket funksjonsevne (14). Endringer skjer i kommunikasjon, samhold og dagligliv. Barn kan være spesielt i faresonen fordi foreldrenes evne til å gi omsorg, nærhet og beskyttelse påvirkes. Deres foreldrekapasitet kan midlertidig svekkes. Det er en risiko for at foreldre undervurderer eller benekter den følelsesmessige virkning traumatiske hendelser har på barn, og det er heller ikke uvanlig at foreldre i beste mening forsøker å skjerme barna fra informasjon.

Ulike familiemedlemmer reagerer forskjellig. Sorg kan derfor gå i takt og utakt innen samme familie. I utgangspunktet er det viktig å ikke sykeliggjøre sorg. Sorguttrykkene påvirkes blant annet av kultur, personlighet, kjønn, tidligere erfaringer og det omsorgsklima sørgende opplever (15).

Rundt 1/5 av alle etterlatte har ikke sterke reaksjoner i den første perioden etter dødsfallet eller senere (16). De som utviser sterke reaksjoner ut over i den første uken har større sannsynlighet for å reagere sterkt over tid. Foreldre som mister et barn har forhøyet helserisiko og bør følges spesielt godt opp.

Barns reaksjoner er ikke kvalitativt forskjellig fra voksnes, men de er vanligvis triste kortere tid av gangen. Barns reaksjoner kan påvirkes av foreldres eller omsorgsgiveres reaksjoner og kan ha elementer av forvirring og

misforståelse omkring fakta dersom de ikke er tilstrekkelig informert. Barn som mister foreldre eller søsken klarer seg som oftest bra dersom de har en voksen person som trygg base.

Ungdommer kan oppleve stor intensitet i sine emosjonelle reaksjoner, ofte en veksling mellom intense følelser og uvirkelighet, eller de skyver reaksjonene helt unna fordi de er for vanskelige å håndtere. De kan være svært påvirkbare av sine venner og venners reaksjoner og kan i grupper utvise særdeles sterke reaksjoner dersom dødsfall rammer vennegruppen.

### **Oppgaver for psykososialt personell ved akutte dødsfall:**

- Skap en rolig og omsorgsfull ramme rundt formidling av dødsbudskap. Rask, men respektfull formidling av informasjon, gi tid for medlemmene til å fordøye den informasjon de får, samt anledning til å stille spørsmål i etterkant.
- Før 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 små barn hjelp til å uttrykke 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 hvordan de kan snakke med de sørgende. Det er best om de sørgende selv setter agendaen for hvordan de ønsker støtte akutt og på lang sikt.
- Gi beskjed til barnehage og skole før barna igjen skal tilbake til skole og barnehage.
- Stimuler til deltagelse i ritualer, for eksempel syning, bisettelse, begravelse, og eventuelle minnegudstjenester. Barn bør forberedes og ha følge som kan støtte og forklare underveis og i etterkant.
- Vurder om det skal være syning av sterkt skadet person, særlig i forhold til barn.

- Vær forberedt på å bistå skoler, barnehager og arbeidsplasser ved plutselige dødsfall.
- Vektlegg den aktuelle situasjonen, personers og familiers mestringsevne, samt aktuelle ressurser og styrke. Ettersom de etterlatte ofte befinner seg i sjokk og kan være handlingslammet, er det viktig at hjelpeapparatet sikrer og koordinerer hjelpen til etterlatte i den første tiden etter dødsfallet.
- Vurder behov for bistand til omsorgspersoner vedrørende barnets reaksjoner. Dette er særlig viktig i de tilfellene de omsorgspersonene ikke er i stand til å ivareta sine omsorgsfunksjoner. Voksnes støtte over tid gir en god ramme for barns langsiktige mestring.
- Vurder behov hos de etterlatte om møte med det hjelpepersonell som først kom til ulykkesstedet.

## 6.4 Henvisning til spesialisthelsetjenesten

Behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

### **Følgende kan være av betydning for henvisning til spesialisthelsetjenesten:**

- når det foreligger sterke og akutte stressreaksjoner med symptomer på realitetsbrist
- når de psykologiske ettervirkninger etter at det har gått ca fire uker, øker i stedet for å avta, eller de fortsatt er sterke og vedvarende
- dersom en overlevende/pårørende endrer atferd med sosial tilbaketrekning, økende angst, depressive symptomer, økt søvnløshet, diverse kroppslige symptomer etter to–fire uker
- dersom barn endrer betydelig atferd, får økende søvnvansker og mareritt, ikke tør være alene, trekker seg tilbake i forhold til venner, får vansker på skolen eller får ubestemmelige kroppslige symptomer
- dersom berørte har en latent eller manifest 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
- dersom det oppstår nye eller forsterkede rusproblemer knyttet til hendelsen
- når en overlevende/pårørende ikke er i stand til å fungere i sitt daglige liv (sosialt, skole- eller yrkesmessig), bør den berørte tidlig settes i kontakt med spesialisthelsetjenesten





# 7. Grupper med særskilte behov

## 7.1 Barn og ungdom

Barn er grunnleggende avhengige av sine omsorgsgivere og er derfor spesielt sårbare. Trygge voksne som ivaretar barnet er viktig. I likhet med voksne har barn en betydelig evne til spontan tilhelingsprosess. Tidlig faglig assistanse til rammede familier, skole og barnehage kan forebygge uheldige ettervirkninger hos barn. Det er ikke terapeutiske tiltak som trengs like etter, men godt faglig funderte råd om hvordan barn kan håndteres. For å sikre god oppfølging av barn og ungdom med innvandrer- og flyktningebakgrunn, må omsorgspersonene ha et minimum av kompetanse i flerkulturell forståelse og tverrkulturell kommunikasjon.

God foreldreomsorg innbefatter det å få tak i barnas tanker omkring hendelsen, eventuelle årsaksforklaringer, og hvordan barna opplevde de voksnes reaksjoner. Man bør også avklare hvem som var sammen med barnet under katastrofen og i tiden etterpå, og hvordan barnet har blitt ivaretatt. Barn som har blitt svært oppskaket og skremt fordi de opplevde faren som overveldende vil ofte streve med mange posttraumatiske reaksjoner i etterkant. I familier som sammen er blitt utsatt for traumatiske hendelser, kan medlemmer i familien i stor grad påvirke hverandre. Tidligere tap som barnet eller familien har opplevd, samt sosiale eller psykiske vansker, kan i tillegg ha stor betydning for barns reaksjoner og for tilhelingsprosessen.

Forhold å ta hensyn til:

- om barna har vært alene uten foreldre
- om andre voksne tok vare på dem
- om foreldre var ute av stand til å ta vare på dem (av psykiske årsaker eller annet)
- om de har sett foreldre eller søsken forsvinne, bli skadet eller omkomme.

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 etter-

kant av en krise. Det er derfor viktig å gi råd til foreldre om å få frem barnets egen historie og forklaring.

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 vil ha behov for å snakke om det de har opplevd, hvordan andre ble rammet, hva som skjedde, og hvorfor det skjedde. Foreldre må være tydelige og åpne i slike samtaler og ikke bagatellisere eller avvise barns spørsmål.

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.

Ved alvorlige hendelser som rammer elever på skoler eller barn i barnehager er det viktig å iverksette tiltak som skaper trygghet og samhørighet i den aktuelle krisesituasjonen. Ved alvorlige hendelser må ansvarlige ledere i skole og barnehage ha nær kontakt og samarbeid med de pårørende og hjelpeapparatet i kommunen. Skolen og barnehagen bør aldri iverksette tiltak som ikke på forhånd er drøftet med de nærmeste pårørende.<sup>19</sup>

Mediedekning som repeterer katastrofen eller ulykken på nytt kan oppleves svært belastende, og barns eksponering for slike reportasjer bør begrenses. Samtaler mellom voksne kan også skremme barn unødig.

Det må forventes at barn som har vært sterkt eksponert for en ulykke eller katastrofe, vil få reaksjoner den første tiden etter hendelsen (se vedlegg 2 for oversikt over eventuelle reaksjoner hos barn og ungdom som har opplevd kriser, ulykker eller katastrofer). Videre forventes det at reaksjonene avtar gradvis etter noen uker. Ved betydelige tap, som tap av foreldre eller søsken, er barn i en særskilt utsatt situasjon og vil kunne trenge spesiell oppfølging. Opplevelse av livsfare eller andre alvorlige forhold under ulykken/katastrofen, kan også medføre behov for hjelp. Fastlegen, helse-søster, psykolog eller annet hjelpepersonell i kommunen er de som i første rekke bør kontaktes.

19. For mer informasjon se blant annet [www.krisepsyk.no](http://www.krisepsyk.no) (Senter for Krisepsykologi AS) og [www.lub.no](http://www.lub.no) (Landsforeningen for uventet barnedød).

## 7.2 Flyktninger, familiegjenforente og innvandrere

Det vil alltid være personer i befolkningen som har utilstrekkelige kunnskaper i norsk i forhold til kommunikasjon med tjenesteapparatet. Flyktninger kan fortsatt slite med traumerelaterte plager fra sine påkjenninger i hjemlandet, og ennå ikke ha etablert et fungerende nettverk i Norge. I tillegg kan manglende norskkunnskaper og kjennskap til det norske samfunn, gjøre asylsøkere og andre nyankomne immigranter ekstra sårbare ved kriser, ulykker og katastrofer. I ekstreme situasjoner kan det språket man har lært seg sist forringes, slik at tolking kan være nødvendig for å gjøre seg forstått overfor personer som ellers kommuniserer tilfredsstillende på norsk.

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 hvis katastrofer eller konflikter finner sted. Skyldfølelse både i tilknytning til fraværet fra selve katastrofeområdet/konflikten, vanskeligheter med å nå familiemedlemmer, samt en opplevelse av at man skulle ha gjort mer for sine vil være å forvente. 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 særlig stort.

Asylsøkere bosatt på asylmottak må følges opp av lokalt støtteapparat/helsetjeneste på lik linje med andre bosatte. Reaktivering av gamle traumer vil kunne forekomme i situasjoner hvor man er vitne til katastrofer og større kriser både i Norge og i hjemlandet. Tiltak, behandling og oppfølging som nevnt i veilederen vil være av relevans for flyktninger og innvandrere ved manifeste problemer. Tolk skal benyttes der det er behov for det<sup>20</sup>. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) kan kontaktes for råd og veiledning ved behov<sup>21</sup>.

20. For mer informasjon se blant annet Veileder – helsetilbud til flyktninger og asylsøkere, [www.helsedir.no](http://www.helsedir.no)

21. Se [www.rvts.no](http://www.rvts.no)

### **Viktige tiltak i kommunen:**

- få oversikt over personer fra et katastroferammet område
- samarbeide med flyktning- og innvandreretat, helsetjenesten, asylmottakenes ledelse og skole
- ta kontakt med egne ressursmiljøer for innvandrere/flyktninger (støttesentra, foreninger) for:
  - eventuell bistand til å etablere et åpent møtested. Informasjon til støttepersonene om de ulike hjelpetiltakene
  - å vurdere behov for telefonordninger og tilgang til internett
  - å mobilisere ressurspersoner for eksempel mennesker med helsefaglig bakgrunn for å være kontaktpersoner i eget minoritetsmiljø
- sikre støtte og veiledning fra det øvrige fagmiljøet
- tilgjengeliggjøre informasjon om det eksisterende hjelpeapparatet i kommunen for minoritetsmiljøene
- vurdere kompetanseoverføring til foreldre vedrørende barnas behov i en krisesituasjon
- tilby veiledning på helsestasjon vedrørende 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. Eventuell kontakt med fastlege og/eller tidligere behandlingsapparat





# 8. Mestring av risiko og frykt

## 8.1 Miljødeleggelser og toksisk eksponering

Ikke alle fareopplevelser gir typiske posttraumatiske stressreaksjoner. Ulykker, kriser og katastrofer som medfører at det naturlige miljøet blir risikofyllt, kan gi et særegent syndrom, *somatisering*. Somatisering er helseopptatthet med senket terskel for sykdoms- og pasientrolle, og tenderer mot hypokondri. Særlig tydelig er dette der faren ikke kan oppdages av den enkelte, som ved radioaktiv stråling. I likhet med enkelte andre miljøgifter kan ikke radioaktiv stråling sees, høres, luktes eller føles.

Avgjørende for befolkningens reaksjoner vil være kunnskapsnivået om den spesielle risikoen, hensiktsmessigheten av de informasjonen som befolkningen får, samt tilliten til disse informasjonskildene. Der den enkelte ikke selv kan oppfatte og vurdere faren, men tror man er blitt eksponert, vil oppmerksomheten naturlig nok bli rettet mot egne kroppslige reaksjoner.

Trusselopplevelsen kan utløse sterk frykt, og de kroppslige fryktfenomene kan komme til å bli feiltolket som uttrykk for mulig forgiftning. Denne typen kriser har vist seg å kunne skape umiddelbare behov for legeundersøkelser hos de rammede, noe som lett kan bli en stor belastning på helsevesenets kapasitet. I slike situasjoner er det nødvendig å avgrense tre grupper: De reelt syke/forgiftede, de som har behandlingstrengende psykologiske reaksjoner og de bekymrede friske. Sistnevnte andel kan bli meget stor.

Informasjon om hvordan mennesker reagerer på stress og fare kan være forebyggende. Konkrete råd om hva den enkelte og familien kan gjøre for å redusere risiko er nyttig.

## 8.2 Smittsomme sykdommer, epidemier og pandemier

Norske kommuner og helseinstitusjoner plikter å ha planer for håndtering av smittsomme sykdommer, jf. *Smittevernloven, Forskrift om smittevern i*

22. Se  
www.pandemi.no

*helseinstitusjoner og Forskrift om helsemessig og sosial beredskap.* Likeledes plikter kommunene å ha beredskapsplaner for pandemi.<sup>22</sup>

Smittsomme sykdommer, som pandemisk influensa, tuberkulose, multi-resistente bakterier etc., kan ramme både enkeltindivider og store befolkningsgrupper. Utbrudd kan føre til langvarig sykdom eller død. Iverksetting av isolasjonstiltak kan være aktuelt. Frykten og angsten for disse forholdene, både hos den/de som er rammet og personer i familie, vennekrets eller det øvrige samfunnet kan bli stor og overveldende. Isolat medfører at den sosiale støtten svekkes, noe som reduserer mestringsevnen og øker stressbelastningen hos den/de rammede. Til dels kan man oppleve irrasjonelle reaksjonsmønstre som øker problemene både psykisk, psykologisk og sosialt. Betydningen av konkret og riktig informasjon om sykdommen, smitte, tiltak og forholdsregler er viktig for å hindre eller redusere uheldige virkninger i befolkningen. Dette gjelder ikke minst for de deler av befolkningen som har svake norskferdigheter og begrensede kunnskaper om norske forhold. Det kreves særskilt tilrettelegging av informasjon for å nå slike målgrupper.



## 9. Referanser

1. Retningslinjer for retningslinjer: veileder: prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. Oslo: Statens helsetilsyn; 2002. IK-2653.
2. Weisæth L, Kjeserud R. Ledelse ved kriser: en praktisk veileder. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
3. Gersons BP, Olff M. Coping with the aftermath of trauma. *BMJ* 2005;330:1038–9.
4. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD000560.
5. van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PMG. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*. 2002;360:766–71.
6. 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;70:283–315.
7. Heir T, Hussain A, Weisæth L. Managing the after-effects of disaster trauma: the essentials of early intervention. *European Psychiatric Review* 2008;1:66–9.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. Posttraumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guidelines Number 26. London: Cromwell Press; 2005.
9. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry* 1996;57:390–4.
10. Mellman TA, Bustamante V, David D, Fins AI. Hypnotic medication in the aftermath of trauma, *J Clin Psychiatry* 2002;63:1183–4.
11. Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker: rapport fra Kunnskaps-senteret nr 14 – 2007: kunnskapsoppsummering. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2007.

12. Heir T, Weisaeth L. Back to where it happened: self-reported improvement of Tsunami survivors who returned to the disaster area, *Prehosp Disaster Med* 2006;21:59–63.
13. Waldenstrøm E, red. Utredning og behandling etter alvorlige ulykker og katastrofer: veileder for spesialisthelsetjenesten i det psykiske helsevernet. Skien: Helse Sør RHF; 2005.
14. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W, eds. *Handbook of bereavement research and practice*. Washington: American Psychological Association; 2008.
15. Bugge KE, Eriksen H, Sandvik O. *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
16. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss revisited. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research*. Baltimore: United Book Press; 2001. s. 405–29.
17. Zehnder D, Meuli m, Landolt M A. Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: a randomised controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2010;4:1–31.

# 10. Supplerende litteratur

- Akershus universitetssykehus. Beredskapsplan: generell del. 2008–2009. Nordbyhagen 1/10-08
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2004.
- Arendt M, Lind L. Kognitiv terapi ved posttraumatisk belastningsreaktion. I: Mørch ME, Rosenberg NK, red. Kognitiv terapi: modeller og metoder. København: Hans Reizel; 2005.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian guidelines for the treatment of adults with ASD and PTSD. Melbourne: ACPMH; 2008.
- Bugge KE. Hvordan bli og forbli en god hjelper for sørgende? I: Bugge KE, Eriksen H, Sandvik O. Sorg. Bergen: Fagbokforlaget; 2003. s. 188–97.
- Bugge KE, Grelland E, Schrader L. Skolebarn og sorg [nettdokument]. Oslo: Landsforeningen uventet barnedød; 2007. [Lest 14. des. 2009] Tilgjengelig fra: [www.lub.no/oslo/lub.nsf/id/0CD42D46E727911DC12572FF003CA6E4?OpenDocument](http://www.lub.no/oslo/lub.nsf/id/0CD42D46E727911DC12572FF003CA6E4?OpenDocument)
- Dutch knowledge and advice centre for post-disaster psychosocial care (Impact). Early psychosocial interventions after disaster, terrorism and other shocking events: multidisciplinary guideline. Amsterdam: Impact; 2007.
- Dyregrov A. Katastrofepsykologi. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2002
- Dyregrov A. Sorg hos barn: en håndbok for voksne. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2006.
- Dyregrov A. Beredskapsplan for skolen. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
- Dyregrov A. Å gi dødsbudskap: rammer og fremgangsmåte. I: Dyregrov K, Dyregrov A, red. Krisepsykologi i praksis. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
- Dyregrov A., Dyregrov K. Når sorgen rammer en av dine ansatte. Oslo: Landsforeningen uventet barnedød; 2008.
- Dyregrov A. Barn og traumer. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2010

- Dyregrov K, Dyregrov A. Sosial nettverksstøtte ved brå død. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
- Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død: evaluering av behov, tilbud og tiltak. Bergen: Senter for Krisepsykologi; 2000.
- Heir T, Weisæth L. Acute disaster exposure and mental health complaints of Norwegian tsunami survivors 6 months post disaster. *Psychiatry* 2008; 71:266–76.
- Helsedirektoratet. Rettleiar om helse- og sosial beredskap i kommunane. Oslo: 2008
- Iversen T. Kognitiv terapi: stress og traumer. København: Hans Reitzel; 2007.
- Justis- og politidepartementet. Helhetlig omsorg: veiledning om oppgaver og rollefordeling etter ulykker og katastrofer. Oslo: Departementet; 2002. G 0302-B. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/Veiledninger\\_brosjyrer/2002/roller-og-oppgaver-etter-ulykker-og-kata.html?id=87873](http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/Veiledninger_brosjyrer/2002/roller-og-oppgaver-etter-ulykker-og-kata.html?id=87873)
- Krisstöd vid allvarlig händelse. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- LeBlanc VR, Regehr C, Jelly RB, Barath I. The relationship between coping styles, performance, and responses to stressful scenarios in police recruits. *Int J Stress Manage* 2008;15(1):76–93.
- Lie, Birgit. Flyktninger og innvandrere: pårørende til familier i katastrofeområder. I: Waldenstrøm E, red. Utredning og behandling etter alvorlige ulykker og katastrofer: veileder for spesialisthelsetjenesten i det psykiske helsevernet. Skien: Helse Sør RHF; 2005.
- Nannestad kommune, Kriseteam. Psykososial kriseberedskap i Nannestad kommune, 2005.
- Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001 *Psychiatry* 2002;65:207–39.
- Plesner I T, Døving C A. Livsfaseriter – religions- og livssynspolitiske utfordringer i Norge, [www.trooglivssyn.no](http://www.trooglivssyn.no)
- Politidirektoratets rundskriv 2007/003 Formidling av informasjon til pårørende ved brå død, ulykker, katastrofer og kriminelle handlinger
- Politidirektoratets rundskriv 2010/008 – Nasjonalt kontaktnummer for pårørende

- Psykososiale tiltak ved store ulykker og katastrofer: rapport fra Kunnskaps-senteret nr 08 – 2006: kunnskapsoppsummering. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006.
- Riolli L, Savicki V. Impact of fairness, leadership, and coping on strain, burnout, and turnover in organizational change. *Int J Stress Manage* 2006;13(3):351–77.
- Roness A, Matthiesen SB. *Utbrent: krevende jobber-gode liv?* Bergen: Fagbokforlaget; 2002.
- Rælingen kommune. *Kriseperm for Rælingen kommune i forbindelse med ulykker eller død.* Rælingen; 2002.
- Shakespeare-Finch J, Gow K, Smith S. Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology* 2005;11(4):325–34.
- Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of complicated grief. *JAMA* 2005;293:2601–8.
- Stenmark H. Posttraumatisk stressforstyrrelse. I: Berge T, Repål A, red. *Håndbok i kognitiv terapi.* Oslo: Gyldendal; 2008.
- Thingnæs G. *Mestringsbok ved posttraumatisk stresslidelse.* Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning; 2005.
- Thoresen S. *Mestring og stress hos innsatspersonell og journalister mobilisert til Tsunamikatastrofen.* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2007. Rapport nr 2/2007.
- Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L, Raphael B, eds. *Textbook of Disaster Psychiatry.* Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
- Waldenstrøm E. *Men livet må gå videre: om kriser, ulykker og katastrofer.* Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning; 2005.
- Waldenstrøm E. *Psykisk førstehjelp ved katastrofer, ulykker og kriser.* Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning; 2007.
- Wilson JT, Boden JM. The effects of personality, social support and religiosity on posttraumatic growth. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma studies* 2008;1:3–17.
- World Health Organization. *Mental health and psychosocial support in emergencies: general information related to most emergencies* [nett-dokument; med oversettelse på flere språk]. Geneva: WHO [lest 14. des. 2009] . Tilgjengelig fra: [www.who.int/mental\\_health/emergencies/en/](http://www.who.int/mental_health/emergencies/en/)

# 11. Aktuelle lover og forskrifter

## Lovgrunnlag for veilederen

Lovene og forskriftene er sortert etter årstall, dato og nummer.

Se [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

- Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene
- Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner
- Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer
- Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap
- Forskrift 22. juni 2001 nr. 700 om overgangsbestemmelser til Lov om helsemessig og sosial beredskap
- Forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap
- Forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helsetjenesten
- Lov 15. desember 1950 nr. 7 om særlige rådgjerder under krig, krigsfare og liknende forhold
- Lov 17. juli 1953 nr. 9 om sivilforsvaret
- Lov 14. desember 1956 nr. 7 om forsynings – og beredskapstiltak
- Lov 3. februar 1961 Lov om ansvar for skade som motorvogner gjer
- Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten
- Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Plan – og bygningslov 14. juni 1985 nr. 77
- Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester
- Lov 5. august 1994 nr. 55 Lov om vern mot smittsomme sykdommer
- Lov 20. mars 1998 nr. 10 om forebyggende sikkerhetstjeneste
- Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
- Lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling
- Lov 2. juni 2000 nr. 39 om apotek

- Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m.
- Lov 14. juni 2002 nr. 20 om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver
- Lov 19. desember 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet m.v.
- Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v.
- Lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids – og velferdsforvaltningen
- Lov 5. juni 2009 nr. 34 Endringslov til bilansvarslova. Lov om endringer i bilansvarslova (obligatorisk forsikringsdekning av skadevolderens oppreisningsansvar)
- Forskrift 17. januar 1986 nr. 3047 om reglement for forberedelse av rekvirering av bygninger til Totalforsvaret ved beredskap og i krig
- Forskrift 17. januar 1986 nr. 3081 om reglement for rekvisisjoner til sivile formål ved beredskap og i krig
- Forskrift 3. mars 1998 nr. 327 om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd
- Forskrift 20. desember 2000 nr. 1556 om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap
- Forskrift 31. januar 2001 nr. 1016 om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten
- Forskrift 4. desember 2001 nr. 1372 om vannforsyning og drikkevann
- Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om intern kontroll i sosial – og helsetjenesten
- Forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern
- Forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
- Forskrift 1. april 2005 nr. 276 om konsekvensutredninger

## 12. Vedlegg 1

23. Tents Project Partners. The Tents guidelines for psychosocial care following disasters and major incidents. The European Network for Traumatic Stress (TENTS); 2008. Kan lastes ned fra [www.tentsproject.eu](http://www.tentsproject.eu)

### Retningslinjer utgitt av the European Network for Traumatic Stress<sup>23</sup>

Disse retningslinjene er utviklet på grunnlag av en systematisk gjennomgang av de forskningsbevis som finnes om psykososial omsorg etter katastrofer og alvorlige hendelser, samt en Delphi-prosess med 106 fagpersoner og eksperter fra 25 forskjellige land. Vi er klar over at innholdet i og organiseringen av tjenester varierer fra land til land. TENTS retningslinjer er derfor ikke obligatoriske, men en anbefalt modell for omsorgsyttelse i alle europeiske land. Retningslinjene er beregnet på ytere av psykososial omsorg i områder med mellom 250 000 og 500 000 innbyggere, men kan tilpasses større eller mindre områder. De er delt i seks grupper og dekker følgende: planlegging, forberedelse og ledelse; generelle elementer og spesifikke elementer som skal inkluderes i bestemte faser av tiltakene. Flere av elementene fokuserer på enkeltpersoner, men ved ethvert aspekt av psykososial omsorg bør alltid det bredere sosiale miljøet tas i betraktning, spesielt personens familie og det samfunnet hun eller han lever i.

#### **TENTS 1. Planlegging, forberedelse og ledelse**

- 1.1 Ethvert område bør ha en felles planleggingsgruppe for psykososial omsorg. Psykisk helsepersonell som er spesialister innen traumatisk stress, bør inngå i gruppen og ha et eget ansvar for psykososial omsorg etter katastrofer og alvorlige hendelser. Personer som selv har vært rammet av katastrofer eller alvorlige hendelser, bør også være representert.
- 1.2 Alle områder bør ha retningslinjer for ytelsen av psykososial omsorg i krisesituasjoner (en psykososial omsorgsplan), og denne bør inngå i den øvrige handlingsplanen for katastrofer og alvorlige hendelser og oppdateres regelmessig.
- 1.3 Felles planlegging og koordinering på tvers av ulike virksomheter er viktig for at den psykososiale omsorgsplanen skal bli mest mulig effektiv.



- 1.4 Eksisterende psykososiale tjenester bør kartlegges grundig og innlemmes i den psykososiale omsorgsplanen.
- 1.5 Det bør arrangeres øvelser for å teste den psykososiale omsorgsplanen.
- 1.6 Politikere og offentlige tjenestepersoner bør delta på opplæringen og øvelsene for ledere.
- 1.7 Hvert område bør ha et opplæringsprogram som sørger for at ytere av psykososial omsorg forberedes på rollen sin og ansvaret den medfører.
- 1.8 Alle omsorgsytere bør delta på en formell opplæring i tillegg til at de bør få jevnlig opplæring, støtte og oppfølging.
- 1.9 Innholdet i og nivået på opplæringen bør skreddersys nøye til de rollene og ansvarsområdene som de psykososiale omsorgsyterne har.
- 1.10 Omsorgsytere (profesjonelle og frivillige) bør om mulig rekrutteres på forhånd, og det bør vurderes hvorvidt de er egnet for oppgaven, før de godtas.
- 1.11 Medlemmene i planleggingsgruppen bør være oppmerksomme på tegn på sekundær traumatisering og utbrenthet blant både profesjonelle og frivillige omsorgsytere.
- 1.12 Regjeringen/myndighetene bør sette av tilstrekkelige midler til å opprettholde en fullgod psykososial omsorgsplan som kan iverksettes effektivt dersom en katastrofe skulle inntreffe.

## **TENTS 2. Generelle elementer ved tiltaket.**

- 2.1 Tiltaket bør gi en følelse av trygghet, fellesskap, ro og håp og representere personlig og felles styrke og handlekraft.
- 2.2 Det bør tas spesielt stort hensyn til enkeltpersoners menneskerettigheter.
- 2.3 Forholdene bør legges til rette for aktuell felles, kulturell, åndelig og religiøs helbredelsespraksis.
- 2.4 Tiltaket bør bestå av generell støtte, tilgang til sosial støtte, fysisk støtte og psykologisk støtte.
- 2.5 Tiltaket bør innebære støtte for familien så vel som for enkeltpersonene.

- 2.6 Tiltaket bør inkludere utdanningstjenester innen traumatiske reaksjoner og håndtering av disse.
- 2.7 Spesifikk formell intervensjon som individuelle timer med personlig, psykologisk eksaminasjon av alle som er berørt, bør ikke forekomme.
- 2.8 Formell masseundersøkelse av alle berørte, bør ikke forekomme, men omsorgsyterne bør være oppmerksomme på at det er viktig å identifisere enkeltpersoner med betydelige problemer.
- 2.9 Der hvor de lokale ressursene er begrenset, må det foretas en prioritering basert på behovet til de som er rammet av katastrofen eller den alvorlige hendelsen, og andre grupper.
- 2.10 Tiltaket bør innebære tilgang til vurdering og behandling av psykologisk og farmakologisk spesialist ved behov.
- 2.11 Hjelp til selvhjelp er nødvendig for å dekke behovene når store grupper rammes.
- 2.12 Personer som kjenner til den lokale kulturen og det aktuelle samfunnet, bør involveres dersom de ikke allerede er med i planleggingsgruppen for psykososial omsorg.
- 2.13 Allmennpraktikere / lokale leger bør gjøres oppmerksomme på mulige psykopatologiske følgetilstander.
- 2.14 Det bør legges ekstra vekt på å identifisere de riktige støtteressursene (for eksempel familie, samfunn, skole, venner og så videre).
- 2.15 Det bør også være tilgang på andre tjenester, som for eksempel økonomisk støtte og juridisk rådgivning.
- 2.16 Minnegudstjenester/-seremonier bør planlegges i samarbeid med de som er rammet.

### **TENTS 3. Spesifikke elementer i den første fasen av tiltaket (den første uken)**

- 3.1 Den første fasen av tiltaket krever praktisk hjelp og pragmatisk støtte som gis på en empatisk måte.
- 3.2 Informasjon om situasjonen og personer som er rammet, bør skaffes til veie og formidles på en ærlig og åpen måte.
- 3.3 Det bør finnes brosjyrer med informasjon om tiltak i forbindelse med

traumatiske hendelser, hjelp til mestring og opplysninger om hvor de som trenger det kan søke hjelp.

- 3.4 De som ønsker det, bør få aktiv informasjon om traumatiske reaksjoner.
- 3.5 Psykologiske reaksjoner bør normaliseres i den første fasen av tiltaket.
- 3.6 Enkeltpersoner bør verken oppmuntres til eller frarådes å gi detaljerte beretninger.
- 3.7 Det bør åpnes en krisetelefon der kompetente personer kan tilby emosjonell støtte.
- 3.8 Det bør åpnes en nettside om psykososiale problemer.
- 3.9 Det bør etableres et senter/fellespunkt for humanitær hjelp der flere ulike tjenester kan plasseres etter behov.
- 3.10 De som leder den første fasen av det psykososiale tiltaket, bør samarbeide tett med media.
- 3.11 Det bør vurderes å opprette en database for registrering av personlig informasjon.

#### **TENTS 4. Spesifikke elementer i den tidlige fasen av tiltaket (den første måneden).**

- 4.1 Personer med psykososiale problemer bør vurderes formelt for ytterligere behandling. Behandling med traumefokusert kognitiv atferdsterapi bør være tilgjengelig for personer med akutt stresslidelse eller alvorlig akutt posttraumatisk stresslidelse.
- 4.3 Evidensbasert behandling bør også være tilgjengelig for personer med andre psykiske helseproblemer.
- 4.4 Det er viktig å opprettholde kontakten med personer som har vært utsatt for stor lidelse, og disse bør kontaktes proaktivt.
- 4.5 Muligheten for ytterligere proaktiv kontakt bør være åpen for de som er rammet og deres familie.

## **TENTS 5. Spesifikke elementer i en- til tre månedersfasen av tiltaket**

- 5.1 Personer med psykososiale problemer bør vurderes formelt av en kompetent fagperson med tanke på deres fysiske, psykologiske og sosiale behov før de får noen bestemt behandling.
- 5.2 Behandling med traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) bør være tilgjengelig for personer med akutt posttraumatisk stresslidelse og er anbefalt som foretrukket behandling.
- 5.3 Annen evidensbasert behandling av kronisk posttraumatisk stresslidelse bør være tilgjengelig for personer med akutt posttraumatisk stresslidelse når TF-CBT ikke kan benyttes eller ikke er tilgjengelig.
- 5.4 Evidensbasert behandling bør også være tilgjengelig for personer med andre psykiske helseproblemer.
- 5.5 Personer som har vært utsatt for stor lidelse, bør kontaktes proaktivt for at kontakten skal opprettholdes.
- 5.6 Muligheten for ytterligere proaktiv kontakt bør være åpen for de som er rammet og deres familie.

## **TENTS 6. Spesifikke elementer i den langsiktige fasen av tiltaket (fra tre måneder etter katastrofen)**

- 6.1 Personer med psykososiale problemer bør vurderes formelt av en kompetent fagperson med tanke på deres fysiske, psykologiske og sosiale behov før de får noen bestemt behandling.
- 6.2 Evidensbasert behandling bør også være tilgjengelig for personer med psykiske helseproblemer.
- 6.3 Muligheter for arbeid/rehabilitering bør tilbys de som er rammet for å hjelpe dem tilbake til hverdagen og et selvstendig liv.
- 6.4 Lokale myndigheter / regjeringen og eksisterende tjenesteytere bør legge detaljerte planer for hvordan de skal finansiere og skaffe til veie nødvendige, lokale tjenester i flere år etter katastrofen.

## 13. Vedlegg 2

### Mulige reaksjoner hos barn og ungdom som har opplevd kriser, ulykker eller katastrofer

- frykt for egen sikkerhet og sikkerhet for andre
- frykt for å være borte fra foreldre og familiemedlemmer
- klenging til foreldre, søsken eller lærere
- redsel for nye hendelser (ny katastrofe, andre farer)
- økt aktivitetsnivå (rastløshet)
- nedsatt oppmerksomhet og konsentrasjon
- tilbaketrekning fra andre mennesker
- sinneutbrudd
- aggresjon rettet mot foreldre, søsken, venner
- fysiske plager som hodepine og vondt i magen
- skoleproblemer (f.eks. nedsatt yteevne, konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker)
- vedvarende fokus rettet mot hendelsen, f.eks. gjentatte fortellinger om hendelsene eller gjentagelser i lekesituasjoner
- følsom for påminnelser om hendelsen
- forandret søvnmønster
- endret appetitt
- mindre interesse for daglige aktiviteter, inkludert lek med venner
- gjøre ting slik de pleide å gjøre når de var yngre (barnslig lek eller språk, suge tommel, tisse i sengen, osv.)

Denne listen vil ikke gjelde alle barn og omfatter heller ikke alle tegn barn kan vise. Små barn vil oftere kunne gå ut og inn av krisereaksjonene enn eldre barn og ungdom. Ungdom bør advares mot bruk av rusmidler i tiden etter en traumatisk opplevelse, da rus kan forsterke reaksjonene og forlenge prosessen.

## **De mest vanlige posttraumatiske stressreaksjonene omfatter:**

- påtrengende bilder eller indre film fra katastrofen. Disse kan komme i løpet av dagen, når barnet gjør lekser, skal sove eller som mareritt
- andre påtrengende sanseminner: smak (f.eks. saltvann), lukt (f.eks. lukt av lik) lyd (f.eks. storm, skrik osv.)
- angst for å skilles fra foreldrene eller søsken, separasjonsangst, slik at dette hemmer barnet
- spesifikk angst, fobi, som kan knyttes til hendelsen, f.eks. for vann
- søvnvansker. Mindre problemer med å sovne vil kunne oppstå i kortere perioder også utover de første ukene avhengig av ytre omstendigheter/påminnere, men barnet bør kunne roe seg med litt hjelp og være opplagt til å kunne fungere på dagtid
- store problemer med å konsentrere seg. Konsentrasjonsvansker og skolevansker er å forvente, også utover de første ukene, spesielt om barnet har mistet noen. Her må omfanget vurderes. Skolen bør og skal ha strategier for dette
- generell angst og bekymring som forstyrrer gjenopptagelse av vanlig fungering
- sinne og irritabilitet slik at det forstyrrer relasjoner eller fungering
- tristhet og grubleri uten at dette kan forklares kun som sorgreaksjoner

Helsedirektoratet  
Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Tlf.: 810 200 50  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)