

STYRKELSE AF DEN PSYKOSOCIALE  
INDSATS VED BEREDSKABSHÆNDELSE

2014



## **Styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser**

© Sundhedsstyrelsen, 2014. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

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

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 19.8.2014  
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-044-9

# Forord

De seneste årtier har på grund af den teknologiske og globale udvikling, samfundets sårbarhed, klimaforandringer m.v. været præget af et stigende antal hændelser, som har nødvendiggjort en beredskabsindsats. Der kan være tale om store ulykker, terror-hændelser, såvel som naturkatastrofer.

I forbindelse med håndtering af beredskabshændelser har man i Danmark igennem de seneste årtier også haft fokus på de psykologiske konsekvenser for ofre og deres pårørende.

Af regelsættet for planlægning af beredskabet (herunder sundhedsberedskabet) fremgår det, at såvel regioner som kommuner skal kunne yde en psykosocial indsats i tillæg til den egentlige rednings- og håndteringsindsats. Bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitalt beredskab mv. fastslår således at der skal kunne ydes kriseterapeutisk indsats, og at indsatsen omfatter såvel regioner som kommuner.

Det kriseterapeutiske beredskab har eksisteret i en længere årrække, og har været afprøvet og er blevet justeret i forbindelse med øvelser og i reelle beredskabssituationer, fx i forbindelse med tsunamien i Asien i 2004.

Terrorhændelserne i Norge i 2011 viste at det psykosociale beredskab spiller en stor rolle. Sundhedsstyrelsen har derfor fundet det nødvendigt at præcisere opgaver, roller og ansvar for alle aktører på området.

Sundhedsstyrelsen ønsker med denne rapport at optimere rådgivningen til regioner og kommuner om planlægning af sundhedsberedskabet på det psykosociale område. Især vurderes det nødvendigt at sikre klar opgave- og rolle fordeling mellem region og kommuner, både i akutfasen og i opfølgingsfasen.



Søren Brostrøm  
Enhedschef  
Sygehuse og Beredskab

Sundhedsstyrelsen, den 20/08/2014

# Indhold

<b>1</b>	<b>Sammenfatning</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Introduktion</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Formål og målgruppe</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Metode</b>	<b>9</b>
4.1	Definitioner	10
4.2	Lovgrundlag og planlægningsforudsætninger	11
4.2.1	Folkekirken og andre religioner	12
4.3	Dagligdag og ekstraordinære hændelser	13
4.4	Dokumentation og journalføring	14
<b>5</b>	<b>Hvad er psykosocial indsats</b>	<b>14</b>
5.1	Opgaver for region og kommuner	14
5.2	Det faglige grundlag for indsatsen	15
5.3	Typiske reaktioner hos berørte	16
5.3.1	Børn og unge	17
5.3.2	Eftervirkninger	17
<b>6</b>	<b>Håndtering af akutfasen</b>	<b>18</b>
6.1	Generelt om håndtering af akutfasen	19
6.2	Andre aktører, bistand til kriseterapeutisk/krisestøttende beredskab	22
6.3	Opgaver	23
6.3.1	Regionernes opgaver	23
6.3.2	Evakuerings- og pårørendecenter, EPC	25
6.3.3	Kommunernes opgaver	26
6.3.4	Andre aktører	28
6.4	Ledelse	28
6.4.1	Regionens ledelsesopgaver	29
6.4.2	Kommunens ledelsesopgaver	30
6.4.3	Andre aktører, ledelse	30
6.5	Organisering	31
6.5.1	Regionerne, organisering	31
6.5.2	Kommunerne, organisering	32
6.5.3	Andre aktører, organisering	32
6.6	Bemanding og udstyr	32
6.6.1	Regionerne, bemanding og udstyr	32
6.6.2	Kommunerne, bemanding og udstyr	33
6.7	Procedurer	33
6.7.1	Regionerne	33
6.7.2	Kommunerne	34
6.7.3	Andre aktører	34
<b>7</b>	<b>Danskere involveret i beredskabshændelser i udlandet, samt udlændinge involveret i beredskabshændelser i Danmark</b>	<b>35</b>
<b>8</b>	<b>Håndtering af indsatspersonale</b>	<b>36</b>
<b>9</b>	<b>Den opfølgende indsats</b>	<b>36</b>

9.1	Opgave	37
9.1.1	Regionerne	37
9.1.2	Kommunerne	39
9.2	Ledelse	40
9.2.1	Regionerne	40
9.2.2	Kommunerne	41
9.3	Organisering og bemanning	41
9.3.1	Regionerne	41
9.3.2	Kommunerne	41
9.4	Procedurer	41
9.4.1	Regionerne	41
9.4.2	Kommunerne	42
<b>10</b>	<b>Referenceliste</b>	<b>43</b>
<b>11</b>	<b>Ordliste</b>	<b>44</b>
<b>12</b>	<b>Bilag</b>	<b>46</b>
12.1	Bilag A: Identificering af dræbte personer	46
12.2	Bilag B: Om psykologisk debriefing	47
12.3	Bilag C Arbejdsgruppens sammensætning	48
12.4	Bilag D Arbejdsgruppens Kommissorium	49

# 1 Sammenfatning

Med denne rapport om styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser er det målet at få defineret den psykosociale indsats, præcisere rammerne for indsatsen, identificere delelementerne, der indgår i indsatsen, samt fastlægge de enkelte sektors ansvar og roller, således at det forud for en krises indtræden vil være klart, hvem der har den enkelte opgave.

Hvordan opgaven udføres, afgøres af den enkelte myndighed i forbindelse med beredskabsplanlægningen og under indsatsen.

I det danske sundhedsberedskab har der hidtil været arbejdet med begreberne kriseterapi og krisestøtte, fremfor begrebet psykosocial indsats.

Psykosocial indsats skal herefter forstås som et samlet udtryk for en indsats der omfatter krisestøtte i akutfasen, kriseterapi ved behov i opfølgingsfasen, og social assistance i akutfasen (som fx indkvartering, forplejning, transport, mv.).

Krisestøtte er en opgave for både region og kommune. Kriseterapi er en opgave for regionen og social assistance er en opgave for kommunen. Det er derfor klart, at der er behov for samarbejde og koordination mellem region og kommuner i forbindelse med såvel planlægning som egentlig indsats.

Organisering af indsatsen for det kriseterapeutiske og krisestøttende beredskab inddeles af praktiske grunde i 2 faser: den akutte fase og den opfølgende fase. Den akutte fase strækker sig fra 0-8 uger, og derefter kommer opfølgingsfasen, som kan vare adskillige måneder (måske år). Den samlede psykosociale indsats omfatter således både varetagelsen af støtte til de berørte umiddelbart efter hændelsen, og den mere langsigtede indsats efterfølgende, hvor de berørte fortsat kan være påvirket af de begivenheder, de har været udsat for.

Rapporten omhandler psykosocial indsats ved beredskabshændelser, dvs. større og ekstraordinære hændelser, og inddrager som udgangspunkt ikke den krisestøttende indsats, der ydes ved mindre og dagligdags hændelser.

Ved dagligdagens ulykker og hændelser vil umiddelbar krisestøtte typisk blive ydet af det sundheds- og eller redningspersonale, der i sammenhængen er nærmest på den berørte. En pjece med information om normale krisereaktioner er udarbejdet i alle regioner og kan udleveres af sundheds- eller redningspersonalet. Dertil kommer, at praktiserende læger, (som nævnt i afsnit 4.1) har muligheden for at henvise den berørte til opfølgende psykologbehandling med tilskud fra sygesikringen, såfremt dette måtte vise sig nødvendigt.

Der kan forekomme hændelser, som af de berørte borgere opfattes som meget store og ekstraordinære, men som af det professionelle indsatspersonale ikke vurderes som sådan. Forestiller man sig en brand i en ejendom, der medfører at adskillige personer mister deres ejendele og bliver midlertidigt hjemløse, så vil de berørte opfatte dette som en stor og ekstraordinær hændelse. Afhængigt af indsatsledelsens konkrete vurdering på stedet, behøver behovet for krisestøtte måske ikke udløse aktivering af regionens kriseterapeutiske beredskab, men vil kunne håndteres ved en psykosocial indsats fra kommunens side, herunder kommunens krisestøttende beredskab.

Mange forskellige slags hændelser vil kunne indebære behov for krisestøtte til de berørte, og det er ikke muligt på forhånd at beskrive en klar skelnen mellem:

- a) Hændelser, hvor det nærmeste hjælpepersonale kan yde en forsvarlig krisestøttende indsats, og
- b) Hændelser, hvor regionens kriseterapeutiske beredskab bør aktiveres, og
- c) Hændelser, hvor kommunens krisestøttende beredskab bør aktiveres alene, eller
- d) Hændelser, hvor kommunens krisestøttende beredskab bør aktiveres i samarbejde med regionens

Ved større ekstraordinære hændelser, hvor der er et stort antal berørte personer, vil der ofte være behov for at yde psykosocial indsats.

Hvilke ressourcer, der bør aktiveres, vil afhænge af den konkrete situation, og den vurdering som indsatsledelsen på stedet foretager. Det kan også fra en hændelses start være vanskeligt at klarlægge behovet for krisestøtte, hvorfor det løbende, når hændelsen er sket, bør vurderes hvorvidt det rette beredskab er iværksat, så der hurtigt kan rettes op på eventuel ubalance mellem behov og indsats. Ved hændelser, hvor regionens præhospitale beredskab ikke er aktiveret, og hvor indsatsledelsen kun består af en eller to personer (fx indsatsleder politi og indsatsleder redningsberedskab) kan disse, hvis det vurderes hensigtsmæssigt i den konkrete situation, kontakte regionens Akut Medicinsk Koordineringscenter (AMK) med henblik på aktivering af det kriseterapeutiske beredskab i regionen.

Kommunens krisestøttende beredskab kan aktiveres via kommunens krisestab, eller på den måde, det konkret fremgår af kommunens beredskabsplanlægning.

Der kan også forekomme hændelser, hvor der er behov for krisestøttende indsats; men hvor der ikke er et egentlig skadested, og dermed ikke en indsatsledelse til stede. Det kan fx være dødsfald blandt unge mennesker på efterskole. I sådanne situationer kan den myndighedsperson, som er overordnet ansvarlig for at håndtere hændelsen rekvirere krisestøttende indsats ved henvendelse til AMK (regionen), eller til kommunen.

Principper for indholdet af krisestøtten i en psykosocial indsats kan skitseres som følger (Helsedirektoratet, 2011), uanset om opgaven udføres af personale fra region eller kommune:

- Møde de pågældende med empati, bringe dem i sikkerhed og hvis muligt bekræfte at deres familie/venner er i sikkerhed
- Drage omsorg for basale behov (varme, beskyttelse, tørt tøj, mad, drikke, hvile, søvn, mv.)
- Give information om normale fysiske og psykiske reaktioner, gerne både mundtligt og skriftligt
- Give saglig information om hændelsen
- Social omsorg hvis muligt i form af forening med familie og venner

- Berolige dem som udviser voldsomme reaktioner
- Afklare og imødekomme individuelle behov
- Tage hensyn til kulturelle forskelle (herunder andre sprog)
- Understøtte den pågældendes egen mestringsevne
- Vurdere de pågældende personer med henblik på behov for visitation til regionens psykiatri (hvis den pågældende hjælper er fagligt i stand til det)

Der kan også være behov for konkret social assistance i form af indkvartering, forplejning, tøj, legetøj, transportmulighed, mv. Der bør derfor planlægges for at en sådan bistand kan ydes. Eksempelvis vendte nogle af de ramte ved tsunamien i Asien i 2004 hjem til den danske vinter, til en lufthavn, som lå langt fra deres eget hjem, og de var kun iført shorts og badesandaler. Der var således konkrete, praktiske basale behov at opfylde ved ankomsten.

Såvel regionen som kommunen bør tage stilling til, hvilke eksterne samarbejdspartnere der hensigtsmæssigt kan inddrages i planlægningen og udførelsen af det kriseterapeutiske og krisestøttende beredskab. Alle tilkaldte eksterne samarbejdspartnere er underlagt indsatsledelsen i indsatsområdet eller myndighedsrekvisenten (fx psykiatriens kriseledelse, AMK eller kommunens krisestab). Samarbejdspartnere, som ikke er indsat i indsatsområdet, refererer således til den nedsatte krisestab i hhv. region og kommune. Det bør være helt klart for alle involverede parter, hvem der har ledelsesansvaret, og hvem de pågældende samarbejdspartnere skal henvende sig til.

Der kan ikke angives en præcis tidsramme for den akutte indsats. Ikke alle personer reagerer umiddelbart i tilslutning til hændelsen. Nogle personer kan reagere med flere ugers forsinkelse, hvorfor der kan være behov for opfølgning. Almindeligvis regnes med op til 8 uger for akutfasen.

Hovedformålet med den opfølgende indsats er fortsat at forebygge, men også behandle symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion (posttraumatisk stress syndrom, PTSS) og andre følgetilstande.

I den sammenhæng har det betydning, at personer som er - eller kan være psykisk berørt af den konkrete hændelse, og som kan have behov for professionel hjælp, let kan opnå kendskab til muligheden for at få hjælp.

Nogle af de berørte personer kan i den akutte fase have haft kontakt med det krisestøttende beredskab, og forudsættes dermed at være informeret og muligvis også registreret. Berørte kan også være pårørende til skadede eller døde ved hændelsen. Andre berørte personer kan i akutfasen være blevet registreret af politiet som havende været involveret ved hændelsen. Atter andre personer kan have været til stede på skadestedet; men har ikke haft kontakt med indsatspersonale, og er blot taget hjem. Efterfølgende kan personer blandt disse vise sig at være påvirkede af hændelsen, og måske have behov for kriseterapeutisk indsats.



Såfremt hændelsen har givet anledning til, at regionens kriseterapeutiske beredskab har været aktiveret i akutfasen, er regionen også ansvarlig for håndtering af opfølgingsfasen. Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet” er det regionens opgave at sørge for, at borgere, der viser tegn på posttraumatisk belastningsreaktion eller andre psykiske lidelser som følge af hændelsen, henvises til relevant udredning og behandling. Såfremt regionen i denne sammenhæng finder, at der er tale om berørte, som er psykisk påvirkede; men som ikke vurderes at lide af en psykisk lidelse, kan regionen informere de(n) pågældende person(er) om muligheder for hjælp, og gerne henvise til relevant instans.

Dvs. regionen må planlægge for og klargøre opfølgningstilbuddet i den konkrete situation. Det er vigtigt allerede i planlægningsfasen, at indtænke en strategi for borgerinformation. Det skal være let for berørte at tilegne sig information om tilbud om kriseterapeutisk behandling efter større beredskabshændelser. Regionen har ansvaret for, at der informeres om indgangen til kriseterapeutisk behandling i forbindelse med større beredskabshændelser. Dette gælder såvel i forhold til intern information (eksempelvis frontpersonale i receptioner mv. på somatiske sygehuse og i psykiatrien), som i forhold til ekstern information (eksempelvis til kommuner og politi). Eksterne modtagere af informationen har herefter ansvaret for at sikre at informationen når frem til relevante medarbejdere i deres organisation.

I den konkrete situation kan regionen vurdere, om en aktiv opsøgende indsats skal iværksættes.

Endvidere kan regionen med fordel sikre, at involverede kommuner også modtager information om opfølgningstilbuddet. Kommunen har her ansvar for at sikre at deres frontlinjemedarbejdere, fx sociale sagsbehandlere, sygeplejersker, skolelærere, pædagoger og andre, der kan komme i kontakt med personer, der har været involveret i hændelsen, er informeret om muligheden for at henvise til visitation i regionen, såfremt de pågældende personer fortsat er psykisk påvirkede, og måske har behov for vurdering og behandling.

## 2 Introduktion

I forbindelse med uddrag af læringspunkter fra terrorhændelsen 22. juli 2011 i Norge, har Sundhedsstyrelsen vurderet, at Danmark bør følge op på og styrke den psykosociale indsats overfor berørte i forbindelse med ekstraordinære hændelser, samt fastlægge rammer og ansvar i forhold til denne. Sundhedsstyrelsen nedsatte således i 2013 en arbejdsgruppe med henblik på dette. Af bilag C og D fremgår arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning. Formålet er at medvirke til at optimere det som nu kaldes det krisestøttende og kriseterapeutiske beredskab i Danmark.

Det er målet at få defineret den psykosociale indsats, præcisere rammerne for indsatsen, identificere de elementerne, der indgår i indsatsen, samt fastlægge de enkelte sektorers ansvar og roller, således at det forud for en krises indtræden vil være klart, hvem der har den enkelte opgave. Hvordan opgaven udføres, afgøres af den enkelte myndighed i forbindelse med beredskabsplanlægningen.

I det danske sundhedsberedskab har der hidtil været arbejdet med begreberne kriseterapi og krisestøtte, fremfor begrebet psykosocial indsats.

Psykosocial indsats skal herefter forstås som et samlet udtryk for en indsats der omfatter krisestøtte i akutfasen, kriseterapi ved behov i opfølgingsfasen, og social assistance i akutfasen (som fx indkvartering, forplejning, transport, mv.)

Organisering af indsatsen for det kriseterapeutiske og krisestøttende beredskab inddeles af praktiske grunde i 2 faser: den akutte fase og den opfølgende fase. Den akutte fase strækker sig fra 0-8 uger, og derefter kommer opfølgingsfasen, som kan vare adskillige måneder (måske år).

Den samlede psykosociale indsats omfatter således både varetagelsen af støtte til de berørte umiddelbart efter hændelsen, og den mere langsigtede indsats efterfølgende, hvor de berørte fortsat kan være påvirket af de begivenheder, de har været udsat for.

### 3 Formål og målgruppe

Formålet med denne rapport er at præcisere de enkelte aktørers roller og ansvar med henblik på at optimere den psykosociale indsats ved større ulykker og andre ekstraordinære hændelser.

Målgruppen for denne rapport er primært Regeringens krisestyringsorganisation, herunder Kriseberedskabsgruppen samt den Nationale Operative Stab (NOST), som har igangsæt arbejdet, foranlediget af erfaringer fra terrorhændelserne i Norge i 2011.

Men også regioner og kommuner, som er forpligtede til at have et henholdsvis kriseterapeutisk og krisestøttende beredskab for at kunne imødegå de psykiske påvirkninger og følgetilstande, som større ulykker og ekstraordinær hændelse kan have for de personer, der er berørt af hændelsen, er målgruppen. Berørte kan være de direkte ofre, pårørende til tilskadede og døde, personer der overværede hændelsen, indsatspersonale, mv.

Denne rapport vil blive indarbejdet i Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet i regioner og kommuner” i den kommende revision af denne.

### 4 Metode

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der er behov for at få defineret den psykosociale indsats på grundlag af de enkelte dele, der indgår heri, og i den forbindelse præcisere rammer og ansvar for de enkelte dele af indsatserne. Hensigten er at skabe formålstjenlige rammer for planlægningen, så regioner og kommuner i deres planlægning forud for en større ulykke eller ekstraordinær hændelses indtræden har grundlag for at fastlægge, hvem der skal løse de respektive opgaver, og hvordan dette gøres.

Den psykosociale indsats omfatter både varetagelsen af de berørte umiddelbart efter hændelsen, og den mere langsigtede indsats i efterforløbet, hvor de pågældende fortsat kan være berørt af begivenheder, de har været udsat for.

Organisering af indsatsen for det kriseterapeutiske og krisestøttende beredskab inddeles således i 2 faser (jævnfør kapitel 2 Introduktion):

- 1) Den akutte fase
- 2) Den opfølgende fase

Det psykosociale område lægger op til koordination og samarbejde mellem regioner, kommuner og politiet. Det fremgår da også af lovgivningen vedr. sundhedsberedskabsplanlægning, at både regioner og kommuner har en samarbejds- og koordinationsforpligtelse. Koordineringen kan med fordel ske inden for rammerne af de lokale beredskabsstabe (LBS), se herom i afsnit 4.1 nederst.

Som tidligere anført skal psykosocial indsats forstås som et samlet udtryk for en indsats der omfatter krisestøtte i akutfasen, kriseterapi ved behov i opfølgingsfasen, og social assistance i akutfasen (som fx indkvartering, forplejning, transport, mv.).

Krisestøtte er en opgave for både region og kommune. Kriseterapi er en opgave for regionen og social assistance er en opgave for kommunen. Det er derfor klart, at der er behov for samarbejde og koordination mellem region og kommuner i forbindelse med såvel planlægning som egentlig indsats.

Som på øvrige områder bør evidensbaserede metoder anvendes, alternativt ”best practice”, hvis evidensbaserede metoder ikke findes.

## 4.1 Definitioner

I Danmark benævnes det psykosociale beredskab ”kriseterapeutisk beredskab”, og det er en del af sundhedsberedskabet. Denne betegnelse er anvendt i lovgivningen.

Betegnelsen ”kriseterapeutisk beredskab” kan dog være misvisende, fordi hverken region eller kommune i den akutte fase skal yde egentlig terapi, men derimod yde praktisk og psykisk støtte og omsorg (se herom senere). Først efter længere tid, inde i opfølgingsfasen, kan nogle af de berørte have behov for egentlig kriseterapi, hvor terapi er synonymt med behandling.

Både voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien er selvfølgelig dele af psykiatrien i regionerne, og indgår alle i det kriseterapeutiske beredskab. Hovedopgaven for regionernes kriseterapeutiske beredskab består i den akutte fase af krisestøtte og vurdering med visiterende sigte; og i den opfølgende fase af egentlig kriseterapi i regi af psykiatrien.

Kommunerne har ofte ansat personale, som har viden om og erfaring med håndtering af folk i krise, og dermed kan de yde umiddelbar krisestøtte. Mens det er regionens ansvar at have et kriseterapeutisk beredskab, forventes det således af kommunerne, at de har et krisestøttende beredskab, som kan yde bistand til berørte i

den akutte fase. Derfor omtales kommunens beredskab alene som krisestøttende beredskab. Det krisestøttende beredskab i kommunen etableres inden for kommunens tilstedeværende ressourcer og består af umiddelbar omsorg og praktisk hjælp samt information om krisereaktioner og om mulighed for yderligere hjælp, samt - ved behov - social assistance.

## 4.2 Lovgrundlag og planlægningsforudsætninger

Regelsæt vedr. det krisestøttende og kriseterapeutiske beredskab er:

- Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13. juli 2010; kapitel 65, § 210 og § 211
- Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet mv., BEK 1150 af 9. december 2011
- Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet i regioner og kommuner, Sundhedsstyrelsen 2011
- Cirkulære om Folkekirkens katastrofeberedskab. CIR1H nr. 9475 af 18/09/2009

Psykosocialt beredskab, i form af kriseterapeutisk og krisestøttende beredskab samt evt. social omsorg og assistance er en del af det samlede sundhedsberedskab.

Af bekendtgørelsen fremgår det, at såvel regioner som kommuner skal have et kriseterapeutisk beredskab, og regionens kriseterapeutiske beredskab skal samarbejde med kommunernes kriseterapeuter. Som det fremgår af afsnit 4.2, omtales kommunens beredskab som et krisestøttende beredskab.

Af Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet” fra 2011 fremgår bl.a. opgavefordelingen mellem regioner og kommuner. Håndteringsansvaret for det kriseterapeutiske beredskab er pålagt regionen (såfremt regionen er aktiveret), og kommunerne forventes dels at kunne bistå regionen med støttende og social indsats i den akutte fase, dels alene at kunne håndtere en krisestøttende indsats såfremt dette i situationen vurderes hensigtsmæssigt. I opfølgingsfasen kan kommunen bistå regionen med at identificere og henvise borgere, der måtte have behov for opfølgende kriseterapeutisk behandling.

Sundhedsstyrelsen har en rådgivende virksomhed i forhold til kommunalbestyrelser og regionsråd vedrørende sundhedsberedskabsplanlægning. Således skal Sundhedsstyrelsen have fremsendt sundhedsberedskabsplaner fra alle regioner og kommuner mindst en gang i hver valgperiode. Derudover har Sundhedsstyrelsen jævnlige møder med repræsentanter for regioner og kommuner, hvor sundhedsberedskabsforhold drøftes, både formelt og uformelt.

Regionerne og Dansk Psykolog Forening har indgået en overenskomst efter hvilken personer efter visse psykiske påvirkninger kan få tilskud til psykologhjælp efter lægehenvielse. Dette gælder bl.a. ”trafik- og ulykkesofre”. Som udgangspunkt er det hensigten, at denne mulighed for at få psykologhjælp med tilskud fra sygesikringen skal anvendes af personer berørt af ulykker i dagligdagen, og ikke i forbindelse med større og ekstraordinære hændelser, hvor regionens kriseterapeutiske beredskab er inddraget.

Ansvar for opfølgning af patienter i sidstnævnte sammenhæng ligger entydigt hos regionens kriseterapeutiske beredskab, såfremt dette har været aktiveret i forbindelse med hændelsen.

I hver politikreds er der etableret en bredt sammensat lokal beredskabsstab (LBS) med repræsentanter fra relevante regionale og lokale beredskabsmyndigheder m.fl. til at varetage de koordinerende opgaver i forbindelse med større hændelser, begivenheder, samt større ulykker og katastrofer. I disse beredskabsstabe deltager hver enkelt myndighed med egen kompetence i overensstemmelse med princippet om sektoransvar. Politidirektøren leder arbejdet i den lokale beredskabsstab. Stabene er tillige et relevant forum for samarbejde og koordination af beredskabsplanlægningen på områder hvor flere myndigheder er involveret i opgaveløsningen. Regionen har plads i den lokale beredskabsstab, hvorved samarbejde og koordination kan finde sted såvel i relation til planlægning som ved konkrete hændelser.

#### 4.2.1 Folkekirken og andre religioner

Kirkeministeriet har udarbejdet et cirkulære om folkekirkens katastrofeberedskab. Det fremgår heraf, at biskopperne er overordnet ansvarlige for folkekirkens katastrofeberedskab.

I hver region er udpeget en ledende beredskabspræst, samt et antal beredskabspræster som tilkaldes via den ledende beredskabspræst.

Et par af beredskabspræsterne i hver region er udpeget til at stå klar til udsendelse til udlandet med kort frist, såfremt der bliver behov for det. Disse udlandsberedskabspræster alarmeres via en ledende beredskabspræst.

I hver politikreds er der endvidere udpeget en politikontaktpræst, jf. § 6 i cirkulære om folkekirkens katastrofeberedskab.

Beredskabspræsterne gennemfører en grundlæggende uddannelse, hvori den civile sektors beredskab indgår, forhold på skadesteder mv., katastrofepsykologi, katastrofens eksistentielle og religiøse problematikker, sjælesorg samt førstehjælp.

Den ledende beredskabspræst er således regional, og det fremgår af cirkulæret, at dette understøtter at Folkekirkens katastrofeberedskab skal koordineres med andre myndigheder. I flere regioner er samarbejdet med folkekirkens katastrofeberedskab så indarbejdet, at folkekirkens katastrofeberedskab allerede indgår i planerne for udsendelse af psykosociale teams. Det forudsættes således, at regionen som ansvarlig for det kriseterapeutiske beredskab kontakter den ledende beredskabspræst for det pågældende regionsområde, og indgår aftaler med denne om hvordan folkekirkens beredskab inddrages i det samlede krisestøttende beredskab.

Folkekirkens katastrofeberedskab kan også være behjælpeligt med kontakt til repræsentanter fra andre trosretninger, fx imamer og rabbinere. I forbindelse med planlægningen bør regionen være opmærksom på samarbejde med ledende repræsentanter for andre trosretninger i regionsområdet.

### 4.3 Dagligdag og ekstraordinære hændelser

Denne rapport omhandler psykosocial indsats ved større ulykker og ekstraordinære hændelser, og inddrager som udgangspunkt ikke den krisestøttende indsats, der ydes ved mindre og dagligdags hændelser.

Ved dagligdagens ulykker og hændelser vil umiddelbar krisestøtte typisk blive ydet af det sundheds- og eller redningspersonale, der i sammenhængen er nærmest på den berørte. En pjece med information om normale krisereaktioner er udarbejdet i alle regioner og kan udleveres af sundheds- eller redningspersonalet. Dertil kommer, at praktiserende læger, (som nævnt i afsnit 4.1) har muligheden for at henvise den berørte til opfølgende psykologbehandling med tilskud fra sygesikringen, såfremt dette måtte vise sig nødvendigt.

Der kan forekomme hændelser, som af de berørte opfattes som meget store og ekstraordinære, men som af det professionelle indsatspersonale ikke vurderes som sådan. Forestiller man sig en brand i en ejendom, der medfører at adskillige personer mister deres ejendele og bliver midlertidigt hjemløse, så vil de berørte opfatte dette som en stor og ekstraordinær hændelse. Afhængigt af indsatsledelsens konkrete vurdering på stedet, behøver behovet for krisestøtte måske ikke udløse aktivering af regionens kriseterapeutiske beredskab, men vil kunne håndteres ved en psykosocial indsats fra kommunens side, herunder kommunens krisestøttende beredskab.

Mange forskellige slags hændelser vil kunne indebære behov for krisestøtte til de berørte, og det er ikke muligt på forhånd at beskrive en klar skelnen mellem

- a) Hændelser, hvor det nærmeste hjælpepersonale kan yde en forsvarlig krisestøttende indsats, og
- b) Hændelser, hvor regionens kriseterapeutiske beredskab bør aktiveres, og
- c) Hændelser, hvor kommunens krisestøttende beredskab bør aktiveres alene, eller
- d) Hændelser, hvor kommunens krisestøttende beredskab bør aktiveres i samarbejde med regionens

Dette vil afhænge af den konkrete situation, og den vurdering primært indsatsledelsen på stedet foretager. Det kan også fra en hændelses start være vanskeligt at klarlægge behovet for krisestøtte, hvorfor det løbende, når hændelsen er sket, bør vurderes hvorvidt det rette beredskab er iværksat, så der hurtigt kan rettes op på eventuel ubalance mellem behov og indsats. Ved hændelser, hvor regionens præhospitale beredskab ikke er aktiveret, og hvor indsatsledelsen kun består af en eller to personer (fx indsatsleder politi og indsatsleder redningsberedskab) kan disse, hvis det vurderes hensigtsmæssigt i den konkrete situation, kontakte regionens Akut Medicinsk Koordineringscenter (AMK) med henblik på aktivering af det kriseterapeutiske beredskab i regionen.

Aktivering af regionens krisestøttende og kriseterapeutiske beredskab sker således altid via henvendelse til AMK. Aktivering af kommunens krisestøttende beredskab vil altid være en kommunal beslutning, og beredskabet kan fx aktiveres via kommunens krisestab, eller som det fremgår af kommunens beredskabsplanlægning. Dvs. aktivering sker ved henvendelse til kommunen.

Hvis der ved den aktuelle hændelse er et skadested og dermed en indsatsledelse; vil det være indsatsledelsen, som rekvirerer krisestøtte ved kontakt til AMK eller til kommunen eller både/og. Hvis der ved den pågældende hændelse ikke er et skadested og en indsatsledelse, kan den person eller funktion, som er overordnet ansvarlig for håndtering af hændelsen, rekvirere krisestøtten.

Hvis LBS er aktiveret ved hændelsen, kan beslutning om rekvirering af krisestøtte lægges over til LBS.

Hvis der eksempelvis er tale om en folkeskoleklasse, der er på skiferie i udlandet, hvor én af eleverne bliver dræbt, vil flere af eleverne antagelig blive psykisk berørte af hændelsen. I et sådan tilfælde kan det være en opgave for kommunen at håndtere den krisestøttende indsats overfor eleverne og de pårørende, og man kan forestille sig, at involverede, som får behov for opfølgning, kan få bistand ved kommunens PPR-rådgivning (børn), eller henvises til psykolog via praktiserende læge (voksne), som ved dagligdagens hændelser.

#### 4.4 Dokumentation og journalføring

Vedrørende dokumentation og journalføring er det almindelig praksis, at i en krisesituation registreres de berørte ikke som patienter i sundhedsvæsenet. Dog registreres personerne med navn og cpr.nr. En registrering som patient sker kun med henblik på opfølgning, og er frivillig.

Vedrørende politiets katastroferegistrering, se afsnit 6.3.4.1.

## 5 Hvad er psykosocial indsats

### 5.1 Opgaver for region og kommuner

Psykosocial indsats ved beredskabshændelser består af krisestøttende og kriseterapeutisk indsats, suppleret ved behov med social assistance.

Kriseterapeutisk indsats ved regionen består i akutfasen af krisestøttende indsats, suppleret med vurdering med visiterende sigte. I opfølgningsfasen er der tale om terapeutisk indsats.

Krisestøttende indsats fra kommunen består af umiddelbar omsorg og praktisk hjælp samt information om krisereaktioner og om mulighed for yderligere hjælp.



Skema 1 nedenfor viser den overordnede opgaveoversigt.

	Den akutte fase	Den opfølgende fase
Regioner	Krisestøtte	Kriseterapi
Kommuner	Krisestøtte	Henviser til regionen

## 5.2 Det faglige grundlag for indsatsen

Kriser, katastrofer, større ulykker og terror, kan betegnes som ekstraordinære hændelser, der er uventede, dramatiske, muligt traumatiserende, og som kan true eller svække vigtige funktioner og værdier for enkeltpersoner, familier eller samfund.

Hændelsens psykiske påvirkning af personer vil afhænge af flere forhold: hændelsens omfang, konsekvenser, hvor hurtigt den opstår og udvikler sig, varighed, samt hvor godt forberedt enkeltpersoner og samfundet er på en sådan hændelse.

Psykiske traumer kan føre til såvel psykiske som somatiske følgevirkninger i efterforløbet på samme måde, som fysiske traumer kan føre til såvel somatiske som psykiske følgevirkninger.

Mennesker, der har været udsat for en ekstraordinær hændelse, vil sædvanligvis opleve en række stressreaktioner af såvel psykisk som fysisk art. Disse reaktioner kan også ramme mennesker, som indirekte er berørte af hændelsen, fx pårørende til omkomne/savnede samt det personale, som har deltaget i indsatsen. Sådanne reaktioner må betegnes som ”normale reaktioner på en unormal hændelse”.

Psykosocial indsats har til formål at forebygge psykiske problemer efter hændelsen på lang sigt, som fx lidelsen posttraumatisk belastningsreaktion (posttraumatisk stress syndrom, PTSS).

Vi har ikke fuldstændig viden om, hvordan man kan forebygge, at psykiske traumer fører til varige psykiske følgestilstande. I mange år mente man, at psykologisk debriefing, dvs. en systematisk gennemarbejdning af de følelser, som hændelsen gav anledning til, ledet af en psykolog eller psykiater, kunne nedsætte risikoen for følgestilstand. Nyere forskning viser imidlertid, at denne metode kan virke stik modsat, særligt hvis den iværksættes kort tid efter hændelsen. Dette er formentligt, fordi man risikerer at stressniveauet vedligeholdes, så hændelsen sætter sig ekstra stærkt fast i hukommelsen (Norges offentlige utredninger, 2012). Dette gælder i særdeleshed for berørte *borgere*; hvorimod der er udviklet metoder til psykologisk debriefing af *indsatspersonale* (se afsnit 8).



Berørte borgere (dvs. tilskadekomne, udsatte, pårørende mv.) bør således ikke udsættes for psykologisk debriefing i den akutte fase.

Det er vigtigt ikke at sygeliggøre normale reaktioner på unormale begivenheder, som en umiddelbar psykisk reaktion på et traume kan give anledning til. På den anden side er det også vigtigt, at de, som har behov for professionel hjælp i efterforløbet, bliver fanget op.

I efterforløbet er det vigtigt at sikre, at personer, der har været berørt af hændelsen, bliver bekendt med tilbud om visitation og bistand, såfremt den enkelte berørte føler behov herfor.

Dvs. regionen må planlægge for og klargøre opfølgningstilbuddet i den konkrete situation, herunder vurdere, om en aktiv opfølgende indsats skal iværksættes.

### 5.3 Typiske reaktioner hos berørte

Når katastrofen rammer, vil de fleste mennesker opleve at de modtager, bearbejder og lagrer information på en anden måde end de plejer at gøre. Der sker et ”Mentalt mobilisering-chok”: Hurtigere informationsbearbejdning med ændret tidsopfattelse (Dyregrov, 2004.)

Der er nogle almindelige reaktioner i chokfasen:

- Tidligere erfaringer gøres tilgængelige
- Sanserne skærpes
- Opmærksomheden fokuseres
- Man får ”superhukommelse”
- Der er fravær af følelser
- Der kommer fysiske reaktioner
- Der forekommer overreaktion - eller mangel på reaktion

Udsatte personers beskrivelser peger på en oplevelse af dissociation, dvs. en mental distance til selve situationen, eller en uvirkelighedsoplevelse, som ofte er ledsaget af et fravær af stærke følelser. Fravær af følelser kan senere give anledning til selvbekendelser, fordi man ikke reagerede mere end man gjorde. Det er tegn på at reaktionen endnu ikke er sat ind, (i høj grad er det en beskyttelse af en selv). Fravær af følelser kan måske også forklare den formindskede oplevelse af fare. Under selve katastrofen ses ofte en ændret tidsopfattelse, det virker som om tiden står stille, som om alt sker i slowmotion. Ændret tidsopfattelse kan medføre problemer i tiden efter ulykken. Et andet kendetegn er ”superhukommelse” (flashbulb-memories/blitserindringer). Man antager at det er den stærke aktivering af udskillelsen af adrenalin, som bevirker, at oplevelser fra traumatiske situationer huskes så godt.

Fysisk sker der en aktivering af det sympatiske nervesystem, som sætter os i stand til at møde eller flygte fra truslen.

Uhensigtsmæssig adfærd kan ses hos mellem 10 og 25 %. De kan deles i overreaktioner og underreaktioner. Overreaktioner kan vise sig som fx panik. Panik opstår når enkeltpersoner eller flere personer optræder sådan, at de formindsker gruppens samlede overlevelsesmuligheder. Underreaktion kan forekomme i form af apati eller lammelse, en kropslig fastfrysning, man ved hvad man skal gøre, men kroppen vil ikke lystre, eller en total lammelse hvor "hovedet er tomt" og kroppen modtager ikke ordrer om handlinger. I sådanne tilfælde må ofrene føres bort fra ulykken/hændelsen.

### 5.3.1 Børn og unge

Børn og unge oplever voldsomme hændelser mindst lige så intenst som voksne, også selvom de ikke umiddelbart giver udtryk herfor.

Barnet har brug for, at nogen lytter, er deltagende og forstår, hvad det har oplevet. At tale om oplevelsen betyder som regel, at man igen og igen beskriver hvad der skete, og hvordan man selv havde det.

Små børn kan mangle sprog til at beskrive, hvad de oplever, og både mindre og større børn taler ofte ikke om det skete, men viser fx i leg og tegning, hvad de er optaget af.

Både børn og unge kan beskytte sig selv ved i øjeblikket at benægte, hvad der er sket. Først senere bliver de i stand til gradvist at lukke oplevelsen ind og tale om den. Dette kan medføre, at de i kortere eller længere tid efter oplevelsen kan reagere med bl.a. angst, vrede, søvnløshed, mareridt, mave- og hovedpine.

For børn og unge i krise er det vigtigste at være sammen med mennesker, de er knyttet til, og som kan tage sig af dem. Dette vil primært være forældrene, men er dette ikke muligt, skal andre og helst kendte voksne tage sig af barnet. At tage sig af barnet vil først og fremmest betyde at sørge for at barnets/den unges basale behov for beskyttelse, kontakt, mad, drikke, hvile, varme og tøj dækkes.

Barnet/den unge skal orienteres om, hvad der er sket, og hvordan der vil blive draget omsorg for det i den nærmeste tid fremover. Dette skal ske under hensyntagen til barnets/den unges alder og i det tempo, barnet/den unge kan forstå og udholde informationen.

### 5.3.2 Eftervirkninger

Almindelige, "naturlige" eftervirkninger ved katastrofer er: stærke fysiske og psykiske reaktioner i form af ukontrolleret rysten, sveden, kvalme, hjertebanken, gråd, lettelse over at være i live, skyldfølelse, ophidselse. Der er også almindeligt med eftervirkninger såsom: påtrængende tanker og erindringer, angst og frygt, tristhed og sorg, koncentrationsproblemer og hukommelsesvanskeligheder, søvnforstyrrelser, og der kommer træthed, vanskeligheder i kontakt med andre.

Høreindtryk kan også sætte sig fast. Lugte kan genopleves, som om lugten var der. Det er almindeligt at forestille sig: "at katastrofen gentager sig", det tjener til at

genopleve begivenheden og det tvinger os derved til aktivt at bearbejde den. Men oplevelsen kan også være så intens og levende, at nogle mennesker er bange for, at de er ved at blive sindssyge. De stærke minder forårsager ofte koncentrationsproblemer, angst, søvnproblemer og stærk kropslig uro. Hvis denne tilstand fortsætter gennem længere tid kan det blive nødvendigt med professionel hjælp, for at den ramte kan genvinde kontrollen. Drømme, der ændrer sig, medfører aktiv bearbejdning af katastrofen. Drømme der gentager sig igen og igen tyder snarere på en fastlåst proces. Rastløshed, uro, ondt i musklerne, hovedpine, mave/tarm problemer er ikke usædvanlige. Der er også øget træthed efter katastrofe. Irritabilitet og vrede, skyld, skam og selvbebrejdelser.

Der er flere somatiske eftervirkninger. Der er bl.a. påvist klar forøgelse af hjertedødsfald efter jordskælv, der er også påvist flere mavesår. Forhøjet blodtryk har kunnet ses efter oversvømmelse, og nedsat immunforsvar efter orkaner og jordskælv. Efter oversvømmelse er der påvist både højere dødelighed, flere lægebesøg samt flere sygehusindlæggelser blandt uskadte overlevende. 50 % af overlevende, der blev indlagt på hospitalet efter brand led af emotionel forstyrrelse, ofte dage efter branden samt sorgreaktion pga. tab, men også fobisk angst og psykoser.

Socialt har man stort behov for at være sammen bagefter med andre, som har oplevet situationen og med sin familie.

## 6 Håndtering af akutfasen

Krisestyring i forbindelse med en ekstraordinær hændelse skal ske både i region og kommune, når de respektive er aktiveret. Således bør regionens psykiatriske kriseledelse aktiveres, når regionens kriseterapeutiske beredskab anmodes om indsats. I kommunen bør kommunens krisestab aktiveres, såfremt kommunens krisestøttende beredskab er aktiveret.

Ovennævnte aktivering sikrer, at håndteringen af hændelsen sker hensigtsmæssigt, og at alle opgaver bliver løst. Det gælder både for kortvarige og langvarige hændelser.

Opgaven for både psykiatrisk kriseledelse og kommunens krisestab er krisestyring.

Krisestyring indeholder generelt 5 kerneopgaver, og dette gælder både for region og kommunes opgaveløsning, herunder også i relation til psykosocial indsats:

- 1) Aktivering og drift
- 2) Informationshåndtering
- 3) Koordination af handlinger og ressourcer
- 4) Krisekommunikation
- 5) Operativ indsats (herunder faglig indsats)

## 6.1 Generelt om håndtering af akutfasen

### 1) Aktivering og drift

Det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab i region/kommune aktiveres, og det må løbende sikres, at såvel krisestyring som krisestøtte - og senere den eventuelle kriseterapeutiske indsats fungerer hensigtsmæssigt og i overensstemmelse med den hændelse, der aktuelt kræver bistand.

Et beredskabsprincip, der ofte anvendes i denne sammenhæng er ”handlingsprincippet”. I en situation med uklare eller ufuldstændige informationer er det mere hensigtsmæssigt at etablere et lidt for højt beredskab end et lidt for lavt beredskab. Samtidigt skal beredskabet hurtigt kunne nedjusteres for at undgå ressourcespild.

Vurderingen af hvilket beredskab der i givet fald skal aktiveres ligger primært hos indsatsledelsen eller den der er overordnet ansvarlig for at håndtere hændelsen.

Da der i den forudgående sundhedsberedskabsplanlægning må forventes at være et samarbejde mellem region og kommune, bør regionens psykiatriske kriseledelse have godt kendskab til kommunernes krisestøttende beredskab(er). Derved skulle det være muligt i løbet af relativt kort tid at få iværksat en krisestøttende beredskab som passer til situationen, og som løbende kan justeres. Heri indgår også overvejelser om og etablering af Evakuerings- og Pårørende Center (EPC) (se herom i afsnit 6.3.1). Som tidligere anført kan iværksættelse af krisestøtte med fordel drøftes inden for rammerne af LBS, og i denne forbindelse kan der planlægges for den fornødne sammenhæng mellem de oplysninger, politiet registrerer i forbindelse med den akutte indsats, og en evt. efterfølgende opfølgingsfase.

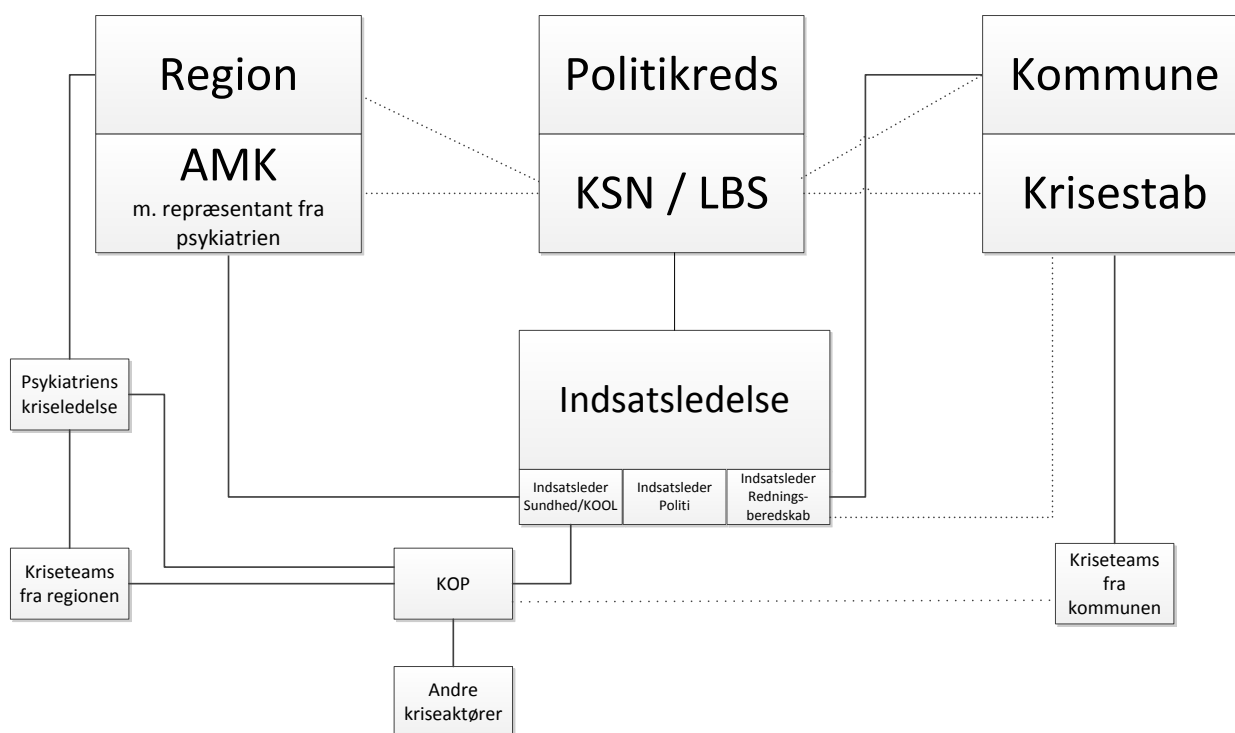
Aktivering af regionens krisestøttende og kriseterapeutiske beredskab sker altid via AMK, uanset hvilken myndighed der fremsætter anmodningen. Dette bør fremgå af beredskabsplanlægningen.

Aktivering af kommunens krisestøttende beredskab er et kommunalt ansvar, og kan besluttes af kommunen/kommunens krisestab. Dette bør fremgå af beredskabsplanlægningen.

### 2) Informationshåndtering

Denne opgave skal løses af alle involverede organisationer, såvel som indsatsledelsen på skadestedet, den Lokale Beredskabsstab, og af regionens psykiatriske kriseledelse samt kommunens krisestab. Opgaven omfatter både indhentning, bearbejdning og formidling af informationer om hændelsen. Dertil kommer, at såfremt der er oprettet et EPC er der behov for sikring af at der også leveres løbende information til personalet der. Dette bør indgå i beredskabsplanlægningen, herunder hvordan der konkret kommunikeres.

Nedenstående figur 1 viser ledelse- og kommunikationslinjer ved en indsats



**Figur 1** Akutfasen, ledelsesdiagram relateret til indsatsområdet.  
 Fuldt optrukken linje=ledelses-referenceforhold, stiple linje=samvirke/koordination

I figur 1 vises også begrebet Koordinerende psykiatrisk kontaktperson (KOP), som kan udsendes af regionens psykiatriske kriseledelse til indsatsområdet og/eller til EPC, hvor vedkommende koordinerer indsatsen fra de involverede kriseteams og fungerer som ressourceperson for indsatsledelsen.

### 3) Koordination af handlinger og ressourcer.

Koordination af handlinger og ressourcer er en stor opgave som må ske løbende, og som nævnt i forbindelse med handlingsprincippet er det vigtigt at justere ressourceforbruget så det passer til situationen. Både i planlægning og ved indsats må der foregå koordination mellem region og kommune.

Såfremt både regional og kommunal krisestøtte er aktiveret ved en hændelse, er der naturligvis behov for løbende koordination mellem regionens psykiatriske kriseledelse og kommunens krisestab, ligesom der på skadestedet og i et evt. EPC er behov for koordination mellem hhv. regionens og kommunens krisestøttepersonale på stedet.

#### 4) Krisekommunikation

Krisekommunikation er kommunikation til befolkning og medier om hændelsen. Krisekommunikation vil ofte varetages af regionens og/eller kommunens kommunikationsenhed; men medarbejderne her vil typisk have behov for faglig information fra de, som er aktive i indsatsen.

Kommunikation med borgere og medier indebærer, at myndighederne informerer og vejleder om risici og afledte konsekvenser, så borgerne har et grundlag for at tage vare på deres egen sikkerhed og sundhed eller på anden måde bidrage til at minimere konsekvenserne af en hændelse. Kommunikationen skal også sikre tilliden til, at myndighederne arbejder målrettet på at imødegå skadevoldende konsekvenser af hændelsen og hurtigst muligt genskabe normalbilledet. Det er derfor myndighedernes opgave at give information, som borgerne kan stole på, og som medierne vil anvende i dækningen af hændelsen.

Politiet har overordnet det koordinerende ansvar for krisekommunikationen og koordinerer – så vidt muligt – hvilke budskaber der kommunikeres til pressen, herunder hvordan pressehåndteringen gribes an. Politiet udtaler sig således om forhold, der knytter sig direkte til hændelsen. Politiet skal sikre, at overordnede informationer, der offentliggøres, er valideret og afstemt med de aktører, der indgår i beredskabsindsatsen, samt sikre at kontakter fra medier og borgere bliver henvist til rette myndighed.

Region og kommune udtaler sig om egne indsatser og sektorspecifikke forhold, jf. sektoransvarsprincippet. Hver myndighed udsender den information, som myndigheden finder fagligt fornøden. Det påhviler i den sammenhæng den enkelte myndighed at sikre, at kommunikations- og presseindsatsen er koordineret i relevant omfang, så der ikke udsendes modstridende oplysninger fra forskellige myndigheder.

#### 5) Den faglige indsats

Dette er i denne sammenhæng den praktiske og målrettede krisestøttende indsats, der foretages overfor de berørte. En sådan indsats indeholder bl.a. information samt praktisk hjælp og vejledning.

Ved dagligdagens hændelser håndteres dette ved, at indsatsledelsen og de indsatte beredskabsaktører informerer om normale krisereaktioner, muligheder for afhjælpning samt henvendelsesmuligheder ved mere omfattende eller længerevarende reaktioner. Dette kan suppleres med udlevering af en pjece om forventede reaktioner.

Ved større ekstraordinære hændelser, hvor der typisk er et stort antal berørte personer, er der behov for at yde psykosociale indsats.

Principper for indholdet af krisestøtten i en psykosocial indsats kan skitseres som følger (Helsedirektoratet, 2011), uanset om opgaven udføres af personale fra region eller kommune:

- Møde de pågældende med empati, bringe dem i sikkerhed og hvis muligt bekræfte at deres familie/venner er i sikkerhed

- Drage omsorg for basale behov (varme, beskyttelse, tørt tøj, mad, drikke, hvile, søvn, mv.)
- Give information om normale fysiske og psykiske reaktioner, gerne både mundtligt og skriftligt
- Give saglig information om hændelsen
- Social omsorg hvis muligt i form af forening med familie og venner
- Berolige dem som udviser voldsomme reaktioner
- Afklare og imødekomme individuelle behov
- Tage hensyn til kulturelle forskelle (herunder andre sprog)
- Understøtte den pågældendes egen mestringssevne
- Vurdere de pågældende personer med henblik på behov for visitation til regionens psykiatri (hvis den pågældende hjælper er fagligt i stand til dette)

Der kan være behov for konkret social assistance i form af indkvartering, forplejning, tøj, legetøj, transportmulighed, mv. Der bør derfor planlægges for at en sådan assistance kan ydes. Eksempelvis vendte nogle af de ramte ved tsunamien i Asien i 2004 hjem til den danske vinter, til en lufthavn, som lå langt fra deres eget hjem, og de var kun iført shorts og badesandaler. Der var således praktiske, konkrete basale behov at opfylde ved ankomsten.

Der kan ikke angives en præcis tidsramme for den akutte indsats. Ikke alle personer reagerer umiddelbart i tilslutning til hændelsen. Nogle personer kan reagere med flere ugers forsinkelse; hvorfor der er behov for opfølgning. Almindeligvis regnes med op til 8 uger for akutfasen.

Såfremt hændelsen har givet anledning til, at regionens kriseterapeutiske beredskab har været aktiveret i akutfasen, er regionen også ansvarlig for håndtering af opfølgningsfasen.

## 6.2 Andre aktører, bistand til kriseterapeutisk/krisestøttende beredskab

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

Det bør være helt klart for alle involverede, hvem der har ledelsessansvaret, og hvem de pågældende samarbejdspartnere skal henvende sig til.

De eksterne samarbejdspartnere kan fx være:

- Praktiserende læger, der ofte vil være den primære kontakt for personer, som har været udsat for potentielt traumatiserende situationer
- Lærere og pædagoger, der har det daglige kendskab til børn, der kan være direkte eller indirekte berørt af hændelsen
- Folkekirkens katastrofeberedskab (se herom særligt i afsnit 4.1.1)
- Præster eller lignende aktører fra øvrige trossamfund, som har et særligt beredskab, der kan indgå i regionens og evt. kommunens kriseberedskab og alarmeres via dette
- Tolke til brug for tolkebistand i forbindelse med både kriseterapi og krisestøtte. Det er en god idé at indgå aftale med tolke, som er vant til at arbejde med psykiatrien
- Socialsektoren i kommunerne
- Private og frivillige virksomheder som tilbyder psykologisk krisehjælp evt. Røde Kors, DSB, SAS, osv. Inddragelse af disse kan afhænge lokale forhold og vanlige kulturmønstre i lokalsamfundet

Regionen/kommunen bør således i forbindelse med beredskabsplanlægningen indgå aftaler i forvejen med private aktører, der ønskes inddraget, og aftalerne bør indeholde procedurer for ledelse, samarbejde og koordination. Det bør altid fremgå af aftalen, at private aktører, der tilbyder krisehjælp, og som rekvireres til et indsatsområde, er underlagt indsatsledelsen.

## 6.3 Opgaver

### 6.3.1 Regionernes opgaver

Regionerne er forpligtede til at have et kriseterapeutisk beredskab, som kan håndtere både den akutte fase, dvs. krisestøtte (umiddelbar omsorg, samt information om krisereaktioner og mulighed for yderligere hjælp, foruden vurdering med et visiterende sigte) - og den opfølgende fase, hvor behovet for egentlig kriseterapi vurderes og udføres.

#### Aktivering og drift

Den på forhånd udpegede psykiatriske kriseledelse etableres, når psykiatrien anmodes om at aktivere den kriseterapeutiske beredskabsplan. Når den kriseterapeutiske indsats aktiveres, sker dette altid gennem AMK.

Regionen bør i akutfasen kunne udsende kriseteams og KOP til indsatsområdet og/eller EPC. Regionen skal vurdere sammensætning og antal medarbejdere i kriseteamet.

Psykiatriens kriseledelses opgaver er at sikre at de 5 kerneopgaver bliver løst, herunder foretage vurdering af det aktuelle behov for ressourcer og herefter iværksætte, gennemføre og afslutte den kriseterapeutiske indsats. Opgaverne løses i sam-



bejde med AMK, og det kan være en fordel, at psykiatriens kriseledelse sender en repræsentant til AMK,

I relation til drift af psykiatrisk kriseledelse, kan der med fordel planlægges for afløsning af personale. Når akutfasen er overstået må psykiatrisk kriseledelse forventes fortsat at skulle kunne fungere, for at lede og koordinere aktiviteterne i opfølgingsfasen.

#### Informationshåndtering

Består dels i at indsamle relevant information, fx fra skadestedet og fra AMK, samt andre relevante kilder; dels at formidle information til de der har behov for det, fx skadestuer, vagtlæger, de psykiatriske modtagelser/afdelinger og ikke mindst EPC, hvis et sådant er etableret. Informationsveje og anvendelse af kommunikationsmidler er en del af planlægningen.

#### Koordination

Ved en større, ekstraordinær hændelse hvor både region og kommune er aktiveret, er der behov for koordination mellem region og kommune i forbindelse med udsendte kriseteams, både på skadested og i EPC. Der er desuden behov for koordination mellem psykiatriens kriseledelse og kommunens krisestab. Dette bør beskrives i beredskabsplanlægningen, og aftaler bør være indgået forud, og bør inddrages i øvelser. Brug af andre eksterne aktører, som fx Folkekirkens katastrofeberedskab eller andre, aftales ligeledes forud.

Såfremt regionen har udsendt en KOP til skadested og/eller EPC, vil det være naturligt, at denne forestår koordinationen af krisestøtteindsatsen på skadestedet, sammen med lederen af evt. udsendte kommunale kriseteams, og at disse to holder tæt kontakt med hinanden i forløbet. Tilsvarende vil det være hensigtsmæssigt for en optimal indsats, at regionens psykiatriske kriseledelse har løbende tæt kontakt til kommunens krisestab.

#### Krisekommunikation

Regionen udtaler sig om egen indsats og sektorspecifikke forhold, jf. sektoransvarsprincippet. Regionen udsender den information, som de finder fagligt fornøden. Regionen bør sikre, at kommunikations- og presseindsatsen er koordineret i relevant omfang, så der ikke udsendes modstridende oplysninger fra forskellige myndigheder.

For regionen vil crisekommunikation typisk være en opgave, som regionens kommunikationsafdeling varetager, men den psykiatriske kriseledelse bør udpege en talsmand, som bl.a. kan forsyne kommunikationsafdelingen med faglige input, samt deltage i evt. pressemøder som faglig ekspert.

Politiet har i selve hændelsens akutte fase det overordnede koordinerende ansvar for crisekommunikationen, og koordinerer – så vidt muligt – hvilke budskaber der kommunikerer til pressen, på hjemmesider, på sociale medier og direkte til borgerne. Der påhviler den enkelte aktør et ansvar for at sikre, at *overordnede* informationer, som offentliggøres, er valideret og afstemt med aktører, der indgår i beredskabsindsatsen. Desuden medvirker politiet til at sikre at kontakter fra medier og borgere bliver henvist til rette myndighed.

### Faglig indsats

Når regionens kriseterapeutiske beredskab alarmeres via AMK, skal der kunne ydes akut krisestøttende indsats, fx:

- I indsatsområdet (erfaringsmæssigt er dette formålstjenligt)
- I et evt. evakuerings- og pårørendecenter (EPC)
- Ved et modtagelsessted for hjemvendte danskere udsat for en større ulykke eller ekstraordinær hændelse i udlandet
- På hospital, herunder i de psykiatriske centre/afsnit

Såvel en KOP som kriseteams bør kunne udsendes og bemandede de lokaliteter, som psykiatrisk kriseledelse vurderer relevante i situationen.

### 6.3.2 Evakuerings- og pårørendecenter, EPC

Et EPC er en bygning eller en anden vejrbestandig lokalitet til placering af uskadte evakuerede borgere, hvor de kan få umiddelbar krisestøtte ved kriseteams/-personale fra region og/eller kommune, samt få kontakt med myndigheder, resourcepersoner og pårørende. Endvidere kan pårørende til døde og tilskadedkomne få krisestøtte og kontakt med myndigheder og resourcepersoner.

Indsatsledelsen iværksætter typisk efter samråd med AMK og den kommunale krisestab etablering af et EPC i det omfang hændelsens karakter, omfang og aktuelle behov tilsiger det.

Politiet varetager den koordinerende ledelse i EPC. Ledelsen af den sundhedsfaglige indsats i EPC varetages enten af regionen eller kommunen. Hvem der konkret varetager denne ledelse i den enkelte beredskabssituation må dels afhænge af den forudgående planlægning, dels af hvilken af disse organisationer der er hovedaktør i situationen. Det er således hensigtsmæssigt at inddrage i beredskabsplanlægningen, at såvel region som kommune kan påtage sig den sundhedsfaglige ledelse og bemanning af et EPC, både hver for sig og i samarbejde.

EPC etableres som udgangspunkt i faciliteter stillet til rådighed af hændelseskommunen, eksempelvis skolebygninger, idrætshaller o. lign.

Politiets opgaver i EPC er bl.a. at:

- Bistå de kommunale myndigheder i etablering og indretning af EPC
- Sikre, at anvendelse og drift af EPC sker sikkerhedsmæssigt forsvarligt, samt koordinere at der indsættes de nødvendige beredskabsressourcer til varetagelse af opgaver i EPC
- Bevogte og afspærre for uønsket adgang til EPC
- Registrere evakuerede og information om savnede i Politiets katastroferegistreringssystem (Disaster Involved Registration, DIR)
- Foretage uopsættelig afhøring af evakuerede og pårørende til savnede personer i det omfang hændelsen kræver det

- Indsamle informationer til brug for den politimæssige efterforskning
- Bistå med sammenføring af evakuerede og pårørende
- Bistå med identifikation af personer med særlige behov, herunder behandling og psykosocial vejledning
- Sikre, at eventuelle gerningsmænd/sammensvorne til terror ikke opholder sig blandt de evakuerede
- Dokumentere hændelsesforløbet i EPC
- Udtale sig til pressen om forhold der vedrører politiets rolle i EPC

Hvor særlige omstændigheder tilsiger det, herunder hensynet til efterforskningen og trusselsvurderingen eller for at begrænse et uforholdsmæssigt stort pres på EPC fra bl.a. pårørende og presse, kan EPC etableres som henholdsvis et Evakueringscenter og et Pårørende Center i adskilte individuelle faciliteter.

Regionen og politiet kan således med fordel i fællesskab med kommunerne udarbejde en plan for aktivering, indretning og drift af EPC. Denne planlægning kan med fordel ske inden for rammerne af LBS.

Det kan være hensigtsmæssigt på forhånd i planlægningen at udpege lokaliteter der kan fungere som EPC, fx på en kaserne eller lignende. Eksempelvis kan Beredskabsstyrelsens faciliteter stilles til rådighed efter henvendelse fra de lokale myndigheder. Det anbefales, at hver region eller kommune tager kontakt til Beredskabsstyrelsens nærmeste center, hvis der er behov for et mere konkretiseret samarbejde.

Men i den konkrete beredskabssituation kan det vises sig optimalt at gøre brug af en ikke på forhånd udpeget lokalitet, fordi den ligger bekvemt i relation til skadestedet, og andre hensyn end det forud planlagte kan veje tungt, fx kan anvendes en lufthavn, en færgeterminal, en togstation, en institution eller en sportsklub. Der kan derfor blive behov for at improvisere, hvilket beredskabet naturligvis skal kunne. Men struktur og organisering samt bemanning af et EPC vil man i et vist omfang godt kunne planlægge.

Lokaliteten, der vælges til EPC bør indeholde et større lokale, hvor der kan afholdes generelle informationsmøder. Derudover bør der være en del mindre lokaler, hvori der kan ydes forskellige former for aktivitet og støtte (registrering, kriseteams, social/kommunal hjælp, fortæring mv.) Der bør være mulighed for forplejning samt toilet- og badefaciliteter. Hoteller og kroer kan være velegnede som EPC, idet der også er personale der, som er vant til de logistiske opgaver. Hvis ikke dette er muligt, vil det typisk være hensigtsmæssigt, at kommunen varetager de fysiske og praktiske driftsforanstaltninger i forbindelse med etablering af EPC.

### 6.3.3 Kommunernes opgaver

Kommunerne er forpligtede til at kunne yde, hvad der betegnes som krisestøttende beredskab, se afsnit 4.2 og 5.1 Kommunens indsats omfatter også forplejning, evt. indkvartering og sociale foranstaltninger ved behov. Det krisestøttende beredskab i kommunen etableres inden for kommunens tilstedeværende ressourcer, og bør kunne fungere både alene og i samarbejde og koordineret med regionens kriseterapeutiske beredskab.

### Aktivering og drift

Kommunens krisestyingsstab bør aktiveres, når kommunen aktiverer sit krisestøttende beredskab. Kommunens krisestøtteberedskab bør bestå af forskellige på forhånd udpegede medarbejdere, som har kendskab til organiseringen og udførelse af krisestøtte og til de normale krisereaktioner. Krisestøtteberedskabet må have en leder, og de involverede personer bør kende hinanden på forhånd. Dette kan opnås i forbindelse med uddannelse og øvelser.

Da kommunens krisestøtteberedskab bør kunne fungere sammen med regionens kriseterapeutiske beredskab, bør der på forhånd være indgået aftaler herom. Både regionens og kommunens organisation må planlægge for, hvordan krisestøttemateriel tilvejebringes.

### Informationshåndtering

Består i at indsamle relevant information, fx fra de udsendte kriseteams; bearbejdning af informationen, samt formidle information til de i kommunen, der har behov for det, fx kommunens kriseteams og socialforvaltningen.

### Koordination

Kommunens krisestøttende beredskab bør kunne aktiveres og fungere både alene og i samarbejde med regionens kriseterapeutiske beredskab. Kommunen kan med fordel sammen med regionen i planlægningsfasen vurdere, hvordan kommunens ressourcer bedst kan udnyttes i en situation med behov for det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab. I den aktuelle situation kan den konkrete ressourceudnyttelse aftales mellem AMK og kommunen.

Regionerne og kommunerne kan med fordel gøre brug af sundhedsaftaler i forbindelse med planlægningsarbejdet.

### Krisekommunikation

Er typisk en opgave, som kommunens kommunikationsafdeling varetager; men det krisestøttende beredskab bør udpege en talsmand, som bl.a. kan forsyne kommunikationsafdelingen med faglige input, samt deltage i evt. pressemøder som faglig ekspert. Kommunen kan benytte sin hjemmeside og evt. sociale medier, til at informere berørte om mulighederne for støtte; og der bør tillige være et telefonnummer, hvor berørte kan komme i direkte kontakt med krisestøtteberedskabet.

Politiet har i selve hændelsens akutte fase det overordnede koordinerende ansvar for crisekommunikationen, og koordinerer – så vidt muligt – hvilke budskaber der kommunikeres til pressen, på hjemmesider, på sociale medier og direkte til borgerne. Der påhviler politiet et ansvar for at sikre, at *overordnede* informationer, som de offentliggør, er valideret og afstemt med de aktører, der indgår i beredskabsindsatsen. Desuden medvirker politiet til at sikre at kontakter fra medier og borgere bliver henvist til rette myndighed.

### Faglig indsats

Opgaven er at foretage en vurdering af det aktuelle behov for ressourcer og herefter iværksætte og gennemføre en krisestøttende indsats tæt på, hvor hændelsen er sket. Dette kan være en opgave som kommunen påtager sig efter aftale med indsatsledelsen, eller den person, som er overordnet ansvarlig for at håndtere hændelsen; eller opgaven kan løses i samarbejde med regionens kriseterapeutiske beredskab, såfremt dette er aktiveret ved den konkrete hændelse.

I akutfasen vil det typisk være mest hensigtsmæssigt, at indsatsen ydes i den region hvor hændelsen har fundet sted. Patienter med bopæl uden for hændelses-regionen kan, hvis det er formålstjenligt, henvises til opfølgning i deres hjem-region.

#### 6.3.4 Andre aktører

##### 6.3.4.1 Politiets opgaver

Efter beredskabslovens § 17 koordineres den samlede indsats ved større skader af politidirektøren. Den koordinerende ledelse indebærer, at politiet skal sikre, at samtlige funktioner i og uden for indsatsområdet koordineres på en sådan måde, at den samlede indsats foregår så effektivt som muligt.

I praksis har indsatsleder politi den koordinerende ledelse i hele indsatsområdet. Løsningen af opgaverne i et indsatsområde foregår i samarbejde mellem indsatsleder redningsberedskab, indsatsleder politi, indsatsleder sundhed/koordinerende læge og andre relevante ledere. Samarbejdsrelationerne mellem beredskabsmyndighederne på et skadested er beskrevet i ”Retningslinjer for Indsatsledelse” (REFIL) der er udgivet af Beredskabsstyrelsen.

Ved hændelser med mange savnede, tilskadekomne eller dræbte i Danmark, Grønland eller Færøerne, samt hændelser i udlandet, hvor personer med bopæl i Danmark, Grønland eller Færøerne er involveret, er det af afgørende betydning for myndighederne at få validerede oplysninger om hvilke personer der savnes efter hændelsen, samt oplysninger om bjærgede døde, sårede eller uskadte personer, der har været impliceret i hændelsen.

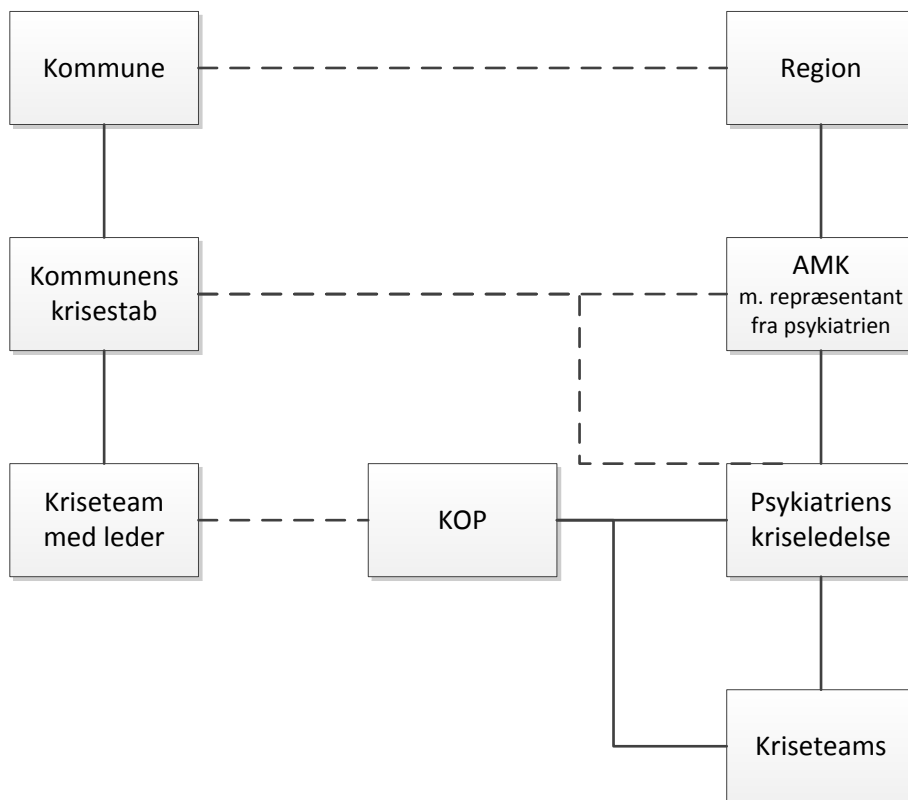
Ved større hændelser med mange savnede eller bjærgede personer opretter politiet katastroferegistrering (KATREG) og registrerer, validerer og systematiserer oplysninger om savnede og bjærgede med henblik på underretning af de pårørende. Oplysningerne om savnede og bjærgede registreres i katastroferegistreringssystemet DIR (Disaster Involved Registration) og kan desuden indgå i en politimæssig efterforskning af hændelsen.

Politiets KATREG styres fra et centralt katastroferegistreringscenter, hvor der bl.a. oprettes et call-center til at modtage oplysninger og betjene borgere.

Politiets udsender personale til at indsamle oplysninger om bjærgede personer på hospitaler, i indsatsområdet, på evakuerings- og pårørendecenter, mv.

## 6.4 Ledelse

Nedenstående figur 2 viser dels ledelse (de fuldt optrukne linjer), dels koordination (de stiplede linjer):



**Figur 2** Ledelse og koordination, region og kommune  
 Fuldt optrukket linje=ledelses-referenceforhold, stiplede linje=samvirke/koordination

### 6.4.1 Regionens ledelsesopgaver

I et indsatsområde er det indsatsledelsen, der vurderer behovet for krisestøtte, herunder vurderer om psykosocialt beredskab bør aktiveres. Det skal afgøres hvorvidt det kriseterapeutiske beredskab i regionen skal aktiveres og/eller om kommunens krisestøttende beredskab skal aktiveres. Herunder må tillige vurderes behovet for evt. at oprette EPC.

I den somatiske akutmodtagelse kan beredskabslederen på hospitalet vurdere og anmode om, at det kriseterapeutiske beredskab aktiveres via AMK.

Der kan forekomme situationer, hvor der ikke er behov for det somatiske sundhedsberedskab, men alene behov for det kriseterapeutiske beredskab. I sådanne situationer rekvireres det kriseterapeutiske beredskab også altid via kontakt til AMK.

Der kan være behov for udsendelse af en KOP til indsatsområdet. KOP udgår fra psykiatrien, og må være en sundhedsperson med erfaring i ledelse, triagering og koordination. KOP er ikke en del af indsatsledelsen, men fungerer som ressourceperson for indsatsledelsen. I indsatsområder refererer KOP ledelsesmæssigt til Koordinerede læge/Indsatsleder Sundhed (begreberne er synonyme, forkortes ISL-SU/KOOL). AMK kommunikerer om situationen med ISL-SU/KOOL, som koordinerer med KOP i forhold til krisestøtteindsatsen. KOP har mulighed for at kontakte psykiatriens kriseledelse i forbindelse med afklaring af faglige og andre ressourcemæssige spørgsmål mv.

Udsendt krisestøttepersonale fra regionen i indsatsområdet skal fungere i praktiske henseender under indsatsledelsen; men fagligt refereres til psykiatriens kriseledelse.

Hvis kriseramte opsamles på et psykiatrisk center/afsnit har psykiatriens kriseledelse det overordnede ansvar for håndteringen.

Ved hændelser, hvor det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab aktiveres, og hvor kriseteams befinder sig på skadested og/eller i EPC kan det være hensigtsmæssigt at tilknytte en repræsentant fra psykiatriens kriseledelse til AMK. AMK refererer til regionens overordnede krisestab.

#### 6.4.2 Kommunens ledelsesopgaver

Kommunens krisestyingsstab bør aktiveres, hvis det krisestøttende beredskab aktiveres.

Kommunens krisestøttende beredskab bør aktiveres ved ekstraordinære hændelser, som alene berører den pågældende kommune, og hvor regionens kriseterapeutiske beredskab ikke er aktiveret. Kommunen bør planlægge for en sådan indsats og dertil hørende ledelsesopgaver.

Såfremt kommunens krisestøttende beredskab ved en hændelse fungerer i samarbejde med regionens kriseterapeutiske beredskab, varetager sidstnævnte ledelsesopgaverne. Såfremt kommunens krisestøttende beredskab fungerer alene, refereres typisk ledelsesmæssigt til kommunens krisestyingsstab.

Se også figur 2.

Såfremt det i en konkret situation vurderes, at der alene er behov for aktivere kommunens krisestøttende beredskab; men at der bør oprettes et EPC, vil EPC i givet fald skulle ledes af personale fra kommunen. Kommuner bør derfor, i deres plan for det krisestøttende beredskab havde gjort sig overvejelser om denne situation, og planlagt for håndtering af denne, herunder at kommunens krisestab bør forudse at kunne udpege personale til at varetage oprettelse, ledelse og drift af EPC.

#### 6.4.3 Andre aktører, ledelse

Såfremt regionen eller kommunen inddrager andre aktører i det kriseterapeutiske beredskab, skal planlægningen - og de dermed etablerede aftaler - også omfatte ledelse og koordination i relation til disse aktører.

Øvrige aktører kan fx være Folkekirkens katastrofeberedskab, men også andre aktører i lokalområdet. Det bør være entydigt aftalt med de pågældende, at regionen leder det kriseterapeutiske beredskabs indsats, herunder også hvad angår øvrige inddragne aktører. I planlægningen bør opgaver og roller således være fastlagt.

## 6.5 Organisering

### 6.5.1 Regionerne, organisering

Det kriseterapeutiske beredskab i regionerne er forankret i psykiatrien. Regionens kriseterapeutiske beredskab kan med fordel organiseres således, at der altid kan inddrages personale, der har erfaring med håndtering af børn og unge, fx fra regionens børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, da der i konkrete situationer kan være behov for at inddrage sådan erfaring.

Planlægningen kan med fordel omfatte anvisninger, evt. et flow diagram for hvor alarmeringen fra AMK kommer ind, og hvordan den videreformidles til de rette funktioner i psykiatrien (fx for vagthavende psykiater og ansvarshavende sygeplejerske), samt for iværksættelse af psykiatrisk kriseledelse.

Efter alarmering via AMK stiller psykiatriens kriseledelse KOP og kriseteams til rådighed for opgaven og aktiverer eventuelt Folkekirkens katastrofeberedskab (fx præster og repræsentanter fra andre trosretninger), såfremt dette er en del af planlægningen.

Der kan med fordel planlægges for at kunne sende en repræsentant fra psykiatriens kriseledelse til AMK og evt. til LBS, hvis denne er aktiveret. Denne kan, når det skønnes formålstjenligt, suppleres med en ledende beredskabspræst, som kan være behjælpelig med at sætte berørte af katastrofen i kontakt med deres egen lokale sognepræst eller med præster i andre trossamfund, som de måtte tilhøre.

Psykiatriens kriseledelse kan aktivere centre/afdelinger, der kan modtage kriseramte. Disse centre/afdelinger bør på forhånd have planer for modtagelse og lokaliteter, samt organisering af lokale kriseteams.

Regionen, ved psykiatriens kriseledelse, bør i den akutte indsatsfase kunne udsende en KOP med henblik på koordinering af den krisestøttende del af indsatsen sammen med ISL-SU/KOOL og den øvrige indsatsledelse i indsatsområdet.

Hvis kommunen (eller andre, herunder private virksomheder) stiller et krisestøttende beredskab til rådighed, koordineres det samlede krisestøttende beredskab af KOP og psykiatriens kriseledelse i samråd med AMK.

Hvis indsatsledelsen i samråd med AMK vurderer, at der er behov for at oprette et EPC, og regionens kriseterapeutiske beredskab er aktiveret, vil det være hensigtsmæssigt, at regionen kan udsende en ledelsesrepræsentant dertil. Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens "Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet", bør regionen udsende en KOP til EPC med henblik på bl.a. at varetage visitation.

KOP i EPC kan evt. være den samme, som har været udsendt til indsatsområdet, såfremt indsatsen i indsatsområdet er afsluttet. I EPC refererer KOP til psykiatriens krisestab og i indsatsområdet til indsatsledelsen. KOP har det overordnede ansvar for den krisestøttende indsats i EPC.



### 6.5.2 Kommunerne, organisering

Kommunens krisestøttende beredskab planlægges og udpeges, således at der er planlagt for opgave, ledelse, organisering, bemanning, lokaler og udstyr. Der udpeges en leder af beredskabet, og de medarbejdere fra kommunens forskellige forvaltninger, som indgår i det krisestøttende beredskab, bør kende hinanden på forhånd og med passende mellemrum mødes og øve med det formål at vedligeholde beredskabet og sikre relevant uddannelse.

Kommunens krisestøttende beredskab bør kunne fungere såfremt regionen ikke er aktiveret, men også i samarbejde og koordination med regionens kriseterapeutiske beredskab, herunder fx i forbindelse med oprettelse af EPC. Kommunen bør indgå de nødvendige aftaler om opgavedelingen med regionen i planlægningsfasen.

### 6.5.3 Andre aktører, organisering

Såfremt region eller kommune inddrager andre aktører i det kriseterapeutiske/krisestøttende beredskab bør det fremgå af planlægningen, hvorledes disse indgår i organisationen i forbindelse med indsats.

## 6.6 Bemanning og udstyr

### 6.6.1 Regionerne, bemanning og udstyr

Bemandingen udgøres af personale fra psykiatrisk afdeling som bemander kriseteams, samt den psykiatriske kriseledelse. Personalet kan efter aftale suppleres med personale fra kommunens krisestøttende beredskab. Alt personale, som indgår i indsatsen kan med fordel få undervisning/uddannelse i krisereaktioner og håndtering af disse, herunder håndtering af særligt sårbare grupper som fx børn og unge.

Udstyr til det krisestøttende beredskab må være forberedt. Aftaler om transport af teams bør være indgået. KOP og kriseteams kan med fordel være klart markeret, samt bære tydelige navneskilte. Hvis KOP og kriseteams bærer markeringsveste, bør disses udformning være ensartet landet over, og i overensstemmelse med anvisningerne i Beredskabsstyrelsens "Retningslinjer for Indsatsledelse". Regionerne må være opmærksomme på, at det kan forekomme, at regionens kriseteams rykker ud uden at kommunens kriseteams er aktiverede og til stede. Regionen kan derfor med fordel i forbindelse med planlægningen beslutte, hvilket udstyr man vil medbringe i en sådan situation.

På de psykiatriske centre/afdelinger bør der planlægges for de praktiske forhold, herunder indkaldelse af evt. ekstra personale til kriseteams.

Såfremt andre aktører, herunder Folkekirkens katastrofeberedskab, indgår i det krisestøttende beredskab i indsatsområdet, bør det ske på baggrund af en aftale imellem rekvisitenten (fx AMK, regionens kriseledelse eller kommunens krisestab) og indsatsledelsen. Det skal være klart, at aktørerne er til stede med baggrund i rekvisitentens aftale med dem og er underlagt indsatsledelsen.

## 6.6.2 Kommunerne, bemanning og udstyr

Personale fra kommunen, som kan indgå i det krisestøttende beredskab kan fx være psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere, SSP<sup>1</sup>-medarbejdere, PPR<sup>2</sup>-medarbejdere. Ofte har også kommunens redningsberedskabs personale fornøden uddannelse og viden til at kunne indgå i det krisestøttende beredskab. Alt personale, som indgår i indsatsen bør have særlig undervisning/uddannelse i krisereaktioner og håndtering af disse. Desuden bør personale der udsendes til indsatsområde eller EPC være tydeligt markeret med vest og/eller navneskilt. Kriseteams bør være klart markeret, fx med veste og/eller tydeligt navneskilt. Markeringsveste bør være ensartet landet over og i overensstemmelse med anvisninger i Retningslinjer for Indsatsledelse.

Udstyr til kriseteams må være forberedt, og aftaler om, transport af teamet indgået. Udstyr kan fx være: tæpper, tøj, telte, legetøj, bleer mv.

## 6.7 Procedurer

### 6.7.1 Regionerne

Hovedparten af de berørte i et indsatsområde vil oftest ikke have behov for særlig krisestøtte og hjælp, men uanset hvor lille hændelsen er, og uanset hvor få personer, der er omfattet af den, vil der hos involverede og berørte kunne forekomme alvorlige krisereaktioner. Ved dagligdagens hændelser kan situationen håndteres ved, at indsatsledelsen og beredskabsaktørerne informerer mundtligt og skriftligt om normale krisereaktioner muligheder for afhjælpning, samt henvendelsesmuligheder ved mere omfattende eller længerevarende reaktioner (pjece om normale krisereaktioner) (Se også afsnit 4.1 og 4.2).

I relation til indsats i indsatsområdet kan der med fordel lægges vægt på at have:

- Brochurer om normale krisereaktioner (herunder aftaler om hvor disse befinder sig, hvem kan uddele)
- Procedure for indsættelse af kriseteams
- Action card for KOP
- Samarbejde mellem region og kommune (aftaler og koordination i planlægningen)
- Samarbejde mellem politi og region (aftaler og koordination i planlægningen)
- Samtykke-blanket i samarbejde med politiet, så politiet i forbindelse med registrering kan indhente samtykke til at videregive persondata til regionen.

---

<sup>1</sup> SSP: skole, socialforvaltning og politi

<sup>2</sup> PPR: pædagogisk, psykologisk rådgivning

Psykiatriens kriseledelse bør endvidere sikre, at alle tilskadedkomne efter hændelsen, som er indlagt på somatisk afdeling (samt pårørende), også modtager tilbud om krisestøtte, dette gælder også for pårørende. Psykiatrisk kriseledelse bør således sikre information til de somatiske afdelinger om aktiveringen, og allokere personale til at varetage disse patienter, som også bør have tilbud om opfølgning.

Det vil være hensigtsmæssigt, at der udarbejdes procedurer for oprettelse af EPC i samarbejde med politi og kommune, herunder instrukser og action cards.

Regionen kan med fordel registrere al henvendelse med tilknytning til en specifik beredskabshændelse, så der efterfølgende kan samles op på hele hændelsen.

### 6.7.2 Kommunerne

Kommunen bør i den akutte fase sørge for umiddelbar støtte til de involverede borgere. Den praktiske hjælp kan bestå af, at kommunen sikrer indkvartering og forplejning, jf. reglerne i beredskabsloven, eller medvirker i forbindelse med EPC. Den praktiske hjælp kan i øvrigt bestå i at skabe kontakt til fx forsikringselskaber, hjælp til at arrangere transport, samt evt. aktivering af socialforvaltningen.

Procedurer som samarbejdet med regionen, herunder alarmering, koordination og bistand til EPC aftales i forbindelse med planlægningen.

Den ansvarlige for det krisestøttende beredskab i kommunen skal informere sit bagland om hændelsen. Kommunen er ansvarlig for at videreformidle informationen til kommunale sagsbehandlere samt til daginstitutioner og skoler, som derved kan være opmærksomme på børn, unge og andre i kommunalt regi, der kan være berørt af hændelsen.

Der udarbejdes procedurer for oprettelse af EPC i samarbejde med politiet, herunder relevante instrukser og action cards. Dette kan med fordel ske inden for rammerne af LBS.

### 6.7.3 Andre aktører

#### 6.7.3.1 Politiet

Data fra politiets registrering kan videregives til psykiatriens kriseledelse i regionen, da regionen har den overordnede forpligtelse i opfølgingsfasen. Personer, som er registreret af politiet, har været til stede ved hændelsen, og er dermed blandt dem, som har en potentiel risiko for at kunne udvikle psykiske senfølger, fx PTSS.

## 7 Danskere involveret i beredskabs- hændelser i udlandet, samt udlæn- dinge involveret i beredskabshændel- ser i Danmark

Ved beredskabshændelser som fx naturkatastrofer, epidemier, terrorhandlinger og ekstraordinært store trafikulykker i udlandet med mange berørte danskere, kan der være behov for at sende kriseteams fra regionen til et modtagelsessted for hjemvendte berørte danskere, fx en lufthavn. I disse tilfælde betragtes lufthavnen som et opsamlingssted og er således underlagt politiets koordinerende ledelse. Alle regioner med internationale lufthavne, bør derfor kunne udsende kriseteam til lufthavnen. Dvs. det er formentlig mest praktisk, at det som udgangspunkt er den region, i hvilken lufthavnen er placeret, der udsender kriseteams dertil. Men da det kan forekomme, at der til lufthavnen ankommer berørte personer som har bopæl i andre regioner, må det afklares, hvorledes dette håndteres. Dette kan fx aftales i den konkrete situation. Fx i relation til Asien-tsunamien i 2004 (som var før regionsdannelsen), udsendtes via Rigshospitalets kriseteams til Kastrup Lufthavn. Sundhedsstyrelsen sikrede, at disse kriseteams medbragte lister over kontakt-telefonnumre til alle amters kriseterapeutiske beredskab, så den enkelte berørte kunne få kontakt med henblik på opfølgning i sit hjemamt.

Derudover vil der – ved en meget stor hændelse med mange involverede danskere i udlandet kunne opstå et behov for at udsende kriseteams til udlandet, som en del af Sundhedsstyrelsens udsendelse af frivilligt sundhedspersonale. Dette vil altid ske i regi af den Internationale Operative Stab (IOS) under Udenrigsministeriet. Sundhedsstyrelsens deltagelse sker i henhold til princippet om sektoransvar. Sektoransvaret indebærer, at den myndighed eller organisation, der har ansvaret for et område under normale forhold, også har ansvaret for nødvendige forebyggende og afhjælpende foranstaltninger i forbindelse med større hændelser. Region Hovedstaden og regionens psykiatriske hospital er selvstændige medlemmer af IOS.

Sundhedspersonalet, herunder udsendte kriseteams, vil være under ledelse af en af Sundhedsstyrelsen udsendt International ISL-SU/KOOL.

Folkekirkens katastrofeberedskab har udpeget en række udlandsberedskabspræster, der med kort varsel er i stand til at deltage i missioner uden for Danmarks grænser.

Til folkekirkens katastrofeberedskab er endvidere tilknyttet fire danske præster i Sydslesvig, som er parate til at rykke ud og være behjælpelige ved f.eks. busulykker på tyske motorveje og lignende.

Via regionens ledende beredskabspræst kan man desuden rekvirere beredskabspræster, der kan bistå ved modtagelsen af danskere, der vender hjem fra beredskabssituationer i udlandet.

Vedrørende udlændige i Danmark, håndteres de akut på lige fod med danskere, men der kan være behov for kontakt til deres ambassade. Der er i den anledning indgået aftale mellem Udenrigsministeriet og Rigspolitiet om, at i relation til større hændelser på dansk jord (busulykker, flystyrt, massearrestationer mv.), hvor 15 eller flere udenlandske borgere af flere nationaliteter er involveret, er Udenrigsmini-

steriet rede til at bistå Rigspolitiet med kontakt til og videreformidling af information til de berørte udenlandske repræsentationer i henhold til den gældende aftale.

Såfremt en ambassade ønsker helbredsoplysninger vedr. indlagte statsborgere, henvender de sig typisk via Sundhedsstyrelsen og regionen. Formidling af sådanne informationer følger de danske regler om videregivelse af sådan information.

## 8 Håndtering af indsatspersonale

Indsatspersonalet fra de forskellige involverede sektorer kan også være psykisk berørt af hændelsen, og bør have tilbud om bistand som andre berørte.

Derudover kan der med fordel altid efter hændelsens afslutning gennemføres en såkaldt ”de-fusing”, nogen steder kaldet teknisk debriefing, ved egen sektors leder. Det er en ledelsesopgave at foretage dette. Her kan hændelsen teknisk gennemgås, og de enkelte personer kan få lejlighed til at bringe eventuelle problemer og frustrationer op. Dette må ikke forveksles med en psykologisk debriefing, som ikke bør foretages akut (se kapitel 6), men foretages senere, efterfølgende under ledelse af en fagperson som er uddannet og specielt trænet heri.

Ved psykologisk debriefing gennemgås hændelsen systematisk (fakta-runden) og der spørges til baggrund for beslutninger, tanker, indtryk og reaktioner under og efter hændelsesforløbet/indsatsen med henblik på, at alle får lejlighed til både at høre kollegernes og ventilere egne tanker og reaktioner. Formålet er også at bidrage til et fælles overblik over forløbet samt at stimulere kollegastøtten og at normalisere de eventuelle kraftige reaktioner efter hændelsesforløbet.

## 9 Den opfølgende indsats

Hovedformålet med den opfølgende indsats er fortsat at forebygge, men også behandle symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion (posttraumatisk stress syndrom, PTSS) og andre følgetilstande.

I den sammenhæng har det betydning, at personer som er eller kan være psykisk berørt af den konkrete hændelse, og som kan have behov for professionel hjælp, kan opnå kendskab til muligheden for at få hjælp.

Nogle af de berørte personer kan i den akutte fase have haft kontakt med det krisestøttende beredskab, og forudsættes dermed at være informeret og muligvis også registreret. Berørte kan også være pårørende til skadede eller døde ved hændelsen. Andre berørte personer kan i akutfasen være blevet registreret af politiet som havende været involveret ved hændelsen. Atter andre personer kan have været til stede på skadestedet; men har ikke haft kontakt med indsatspersonale, og er blot taget hjem. Efterfølgende kan personer blandt disse vise sig at være påvirkede af hændelsen, og måske have behov for kriseterapeutisk indsats.

Formidling af information til berørte om mulighed for opfølgning med visitation og behandling af dem som måtte have behov for dette, bør ske så man sikrer, at personer der har været berørt af hændelsen, bliver bekendt med tilbud om visitation og

Styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser Side 36 af 50

bistand. Dels kan der være berørte personer, som ikke er blevet registreret ved hændelsen, og som derfor ikke figurerer på lister over berørte personer fra den pågældende hændelse. Dels kan berørte personer have glemt eller ikke opfattet, at der er mulighed for opfølgende bistand. Endelig kan nogle have modstand mod at søge hjælp, hvorfor en konkret henvendelse måske kan give vedkommende en anledning til det.

## 9.1 Opgave

### 9.1.1 Regionerne

Såfremt den konkrete hændelse har givet anledning til at regionens kriseterapeutiske beredskab har været aktiveret i akutfasen, er regionen også ansvarlig for håndtering af opfølgingsfasen.

Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet” er det regionens opgave at sørge for, at borgere, der viser tegn på posttraumatisk belastningsreaktion eller andre psykiske lidelser som følge af hændelsen, henvises til relevant udredning og behandling. Såfremt regionen i denne sammenhæng finder, at der er tale om berørte, som er psykisk påvirkede; men som ikke vurderes at lide af en psykisk lidelse, kan regionen informere de(n) pågældende person(er) om muligheder for hjælp, og gerne henvise til relevant instans.

Det vil således være hensigtsmæssigt, at regionen få dage efter hændelsen er indtruffet, forbereder den opfølgende indsats, dvs. fokus skal være på de psykologiske og sociale konsekvenser hos de berørte, hvor det som anført kan være nødvendigt med en aktiv opsøgende indsats. Der er behov for grundig information til både de berørte og familien, samt det øvrige sociale netværk.

Dvs. regionen må planlægge for og klargøre opfølgningstilbuddet i den konkrete situation. Det er vigtigt allerede i planlægningsfasen, at indtænke en strategi for borgerinformation. Det skal være let for berørte at tilegne sig information om tilbud om kriseterapeutisk behandling efter større beredskabshændelser. Regionen har ansvaret for, at der informeres om indgangen til kriseterapeutisk behandling i forbindelse med større beredskabshændelser. Dette gælder såvel i forhold til intern information (eksempelvis frontpersonale i receptioner mv. på somatiske sygehuse og i psykiatrien), som i forhold til ekstern information (eksempelvis til kommuner og politi). Eksterne modtagere af informationen har herefter ansvaret for at sikre at informationen når frem til relevante medarbejdere i deres organisation.

I den konkrete situation kan regionen vurdere, om en aktiv opsøgende indsats skal iværksættes.

I praksis kan dette udmøntes ved at regionen – gerne ved den psykiatriske kriseledelse – vurderer og træffer beslutning om hvordan opfølgningen skal foregå, og planlægger for dette. I den sammenhæng forudsættes, at regionen medvirker til, at så mange som muligt af de potentielt berørte personer fra hændelsen - som kan have behov for opfølgning - får kendskab til at muligheden eksisterer, samt hvor de pågældende skal henvende sig, hvis de mener at have behov for tilbuddet.

Som konsekvens af ovenstående bør sundheds- og andet personale, der kan komme i kontakt med berørte fra hændelsen kan have behov for opfølgning, kende til til-

Styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser Side **37** af **50**

buddet herom, og hvortil der kan henvises. Det gælder fx praktiserende læger, vagtlæger, skadestuepersonale, mv.. Endvidere må det anses for hensigtsmæssigt, at regionen koordinerer med de i hændelsen involverede kommuner, så også de modtager information om opfølgningstilbuddet. Kommunen har her ansvar for at sikre at deres frontlinjemedarbejdere, fx sociale sagsbehandlere, sygeplejersker, skolelærere, pædagoger og andre, der kan komme i kontakt med personer, der har været involveret i hændelsen, er informeret om muligheden for at henvise berørte til visitation i regionen.

Regionens psykiatriske kriseledelse kan således med fordel planlægge for opfølgningssfasen, herunder også praktisk hvad angår lokaler og personale, samt udmelde et telefonnummer, hvor berørte kan kontakte dem.

Der kan løbende være behov for grundig information til alle berørte, både de ramte og familien samt det øvrige sociale netværk. Dette kan fx ske ved opdatering på regionens hjemmeside.

Såfremt der ved hændelsen er berørte personer fra flere regioner, vil det ofte være mest hensigtsmæssigt at regionen, i hvilken hændelsen fandt sted, varetager den akutte krisestøtte; mens de berørte personers hjemregioner håndterer opfølgningssfasen. Hvad der i den konkrete situation er mest hensigtsmæssigt kan dog variere, og må i sidste ende bero på konkrete aftaler om håndteringen imellem de involverede regioner.

### Informationshåndtering

Information på hjemmeside og i medier kan være et middel til at nå berørte personer, som har behov for opfølgende visitation og måske behandling.

Såfremt aktiv opfølgning iværksættes, kan psykiatrisk kriseledelse eksempelvis udfærdige en skrivelse, som sendes til de personer som blev registreret i forbindelse med hændelsen. Af informationen bør fremgå: hvem der bør henvises (berørt af hændelsen og symptomatologi mv.) og hvordan henvisningsproceduren er tilrettelagt. Desuden anføres kontaktinformation i form af tlf.nr. og e-mail adresse.

Endvidere kan den psykiatriske krisestab udfærdige information til frontlinje personale i sundhedsvæsenet, fx skadestue personale, sygehuspræster, og praktiserende læger/vagtlæger om henvisningsmulighed, såfremt de træffer patienter som er berørt af hændelsen og som vurderes at have behov for hjælp i denne sammenhæng. Ligeledes kan samme information med fordel formidles til frontlinje personale i kommunerne (sociale sagsbehandlere, sundhedsplejersker, hjemmesygeplejen, psykologer, PPR og SSP-personale, samt lærere og pædagoger) så disse også er bekendt med henvisningsmuligheden.

Desuden kan den ledende beredskabspræst i den eller de berørte regioner med fordel informeres, så vedkommende kan give besked i sit netværk af præster rundt om i landet, som har naturlig og daglig kontakt med mange mennesker – både unge og gamle.

## Koordination

Afhængigt af, hvordan den opfølgende indsats tilrettelægges, kan der være behov for koordination mellem regionens psykiatriske kriseledelse, de involverede kommuner, politiet og andre relevante instanser. I lovgivningen om planlægning af sundhedsberedskabet er der krav om at regionen koordinerer sin planlægning med bl.a. kommunerne og politiet. Det må forudsættes, at der også i relation til en konkret indsats kan ske koordination mellem de samme instanser. Især såfremt det i relation til opfølgningsindsatsen vurderes hensigtsmæssigt at afholde fællesmøder, mindehøjtideligheder mv. vil det være formålstjenligt at arbejdet med at tilrettelægge dette, foregår i samarbejde og koordination mellem de involverede indsatsparter, eksempelvis region, kommune, politi og Folkekirkens katastrofeberedskab. Denne koordination kan med fordel ske i regi af den lokale beredskabsstab – ikke mindst i de tilfælde, hvor selve hændelsen har været koordineret inden for rammerne af den lokale beredskabsstab.

## Krisekommunikation

Der kan både i akutfasen og i opfølgingsfasen være behov for, at borgerne kan komme i kontakt med regionen vedrørende hændelsen. Det kan derfor være en god idé at opretholde en telefonlinje for borgere berørte af hændelsen samt at informere på hjemmesiden.

### 9.1.2 Kommunerne

Kommunerne har i den opfølgende indsats følgende kerneopgaver:

#### Drift

Kommunen bør i denne fase understøtte, at borgere, der viser tegn på posttraumatisk belastningsreaktion eller andre psykiske lidelser som følge af hændelsen, henvises til regionen, såfremt regionens kriseterapeutiske beredskab har været involveret i akutfasen, og har tilbud om opfølgning. Der er formentligt ikke akutte krisestøtteopgaver i den opfølgende fase, men kommunens leder af det krisestøttende beredskab bør være opmærksom på opgaver for kommunen i denne fase, og kan fx udpeges som kontakt- og koordinationsperson for regionen. Personer, som har mistet hjem eller familierelationer, kan have behov for langvarig social støtte.

Frontlinje personale vil i deres arbejde kunne komme i kontakt med personer, der har været berørt af hændelsen, og som har behov for professionel vurdering og behandling.

Såfremt regionen ikke har været involveret i forbindelse med akutfasen, må visitation i opfølgingsfasen af personer, som kan have behov for behandling, ske via praktiserende læge.

Såfremt et EPC fortsat fungerer, og kommunens krisestøttende beredskab er involveret heri, vil der være behov for deres indsats i den tid EPC opretholdes.

Kommunen bør sikre, at de almindelige rammer for børn og unge i skoler og daginstitutioner etableres hurtigst muligt. Lærere og pædagoger samt præster m.fl. har en central rolle i krisestøtten for børn og unge. Det er væsentligt, at fx SSP, PPR,



lærere og pædagoger fastholder opmærksomheden på børn og unge, da de ofte reagerer senere i forløbet end voksne.

### Informationshåndtering

Kommunen bør modtage information (se under ”Koordination”) fra psykiatrisk kriseledelse til frontlinje personale i kommunerne (sociale sagsbehandlere, hjemmesygeplejen, sundhedsplejen, psykologer, PPR og SSP-personale, samt lærere og pædagoger) så disse også er bekendt med henvisningsmuligheden.

Af informationen bør fremgå: hvem der bør henvises (berørt af hændelsen og symptomatologi mv.) og hvordan henvisningsproceduren er tilrettelagt. Desuden anføres kontaktinformation i form af tlf.nr. og e-mail adresse.

Information fra den psykiatriske kriseledelse/regionen skal formidles til alle relevante i kommunen. Det bør på forhånd være afklaret hvilke afdelinger og personer dette drejer sig om, og hvordan informationen formidles internt.

### Koordination

Afhængigt af graden af involvering fra kommunens/kommunernes side kan det være hensigtsmæssigt at psykiatrisk kriseledelse og kommunens krisestyringsstab afholder koordinationsmøder om den opfølgende indsats.

I lovgivningen om planlægning af sundhedsberedskabet er der krav om at såvel regioner som kommuner koordinerer deres planlægning med bl.a. politiet. Det må forudsættes, at der også i relation til en konkret indsats kan ske koordination mellem de samme instanser. Især såfremt det i relation til opfølgingsindsatsen vurderes hensigtsmæssigt at afholde fællesmøder, mindehøjtideligheder mv. bør arbejdet med at tilrettelægge dette foregå i samarbejde og koordination mellem de involverede indsats-parter, eksempelvis region, kommune, politi og Folkekirkens katastrofeberedskab.

### Krisekommunikation

Der kan i denne fase være behov for, at borgerne i en periode kan komme i kontakt med kommunen vedrørende hændelsen. Det kan derfor være en god idé at oprettholde en telefonlinje for borgere berørte af hændelsen samt at informere på kommunens hjemmeside. Indholdet på hjemmesiden kan med fordel koordineres med regionen.

## 9.2 Ledelse

### 9.2.1 Regionerne

Den psykiatriske kriseledelse er ansvarlig for ledelsen af den kriseterapeutiske indsats, både i den akutte fase og i opfølgingsfasen. Såfremt det vurderes nødvendigt at kommunens krisestøttende beredskab fortsat er aktiveret tillige, samarbejder regionens psykiatriske kriseledelse med kommunens krisestab.

Psykiatriciens kriseledelse samarbejder med AMK, og refererer i øvrigt til regionens kriseledelse.

### 9.2.2 Kommunerne

I opfølgingsfasen bør de personer, som er involverede i kommunens krisestøttende beredskab være særligt opmærksomme, når de i deres arbejde møder borgere, som har været berørt af den pågældende hændelse, og fortsat har psykiske problemer. Ansvar for opfølgningen ligger hos regionen såfremt den har været aktiveret ved hændelsen. Berørte med tegn på posttraumatisk belastningsreaktion eller andre psykiske lidelser henvises af kommunens medarbejdere til regionens indgang til kriseterapeutisk visitation og behandling. Det er i denne sammenhæng vigtigt, at kommunen i planlægningsfasen har videreformidlet regionens oplysninger om indgangen til kriseterapeutisk visitation og behandling, og informeret kommunens personale om hvilke symptomer, man som lægmand bør reagere på.

Hvis alene kommunen har været aktiveret ved hændelsen, da må eventuel opfølgning ske via praktiserende lægers visitation.

Ledelsen af kommunens eventuelle indsats i denne fase bør enten være lederen af kommunens krisestøttende beredskab eller lederen af kommunen krisestab.

## 9.3 Organisering og bemanning

### 9.3.1 Regionerne

Af praktiske formål vil det være hensigtsmæssigt at psykiatrisk kriseledelse udpeger specifikke lokaliteter (fx i ambulatoriet) samt personale til at varetage den opfølgende indsats.

### 9.3.2 Kommunerne

Kommunerne, især de forvaltninger der har direkte borgerkontakt, såsom fx borgerservice, social- og sundhedsforvaltning samt børn- og ungeforvaltning bør være velinformerede om regionens handleplan i den konkrete sammenhæng, så det vil være naturligt at viderehenvise borgere, som henvender sig til kommunen, og hvor den kommunale medarbejder vurderer, at borgeren har været berørt af hændelsen og har behov for visitation og måske behandling.

## 9.4 Procedurer

### 9.4.1 Regionerne

Der kan med fordel udarbejdes en skabelon for en handleplan for regionens indsats i opfølgingsfasen. Regionerne planlægger for kommunikations- og informationsveje, samt udmelder disse til relevante parter. Der er dels tale om planlægning af

formidling af relevant information til samarbejdspartnerne (især kommunerne), dels kommunikation til befolkning og berørte om mulighederne for bistand og opfølgning.

Der bør være klare veje for ”henvisningens gang” fra anden instans til regionens kriseterapeutiske beredskab.

#### 9.4.2 Kommunerne

Kommunerne ved krisestyringsstaben eller lederen af det krisestøttende beredskab skal sikre information til alle relevante medarbejdere om hvilke muligheder for henvisning der er i den konkrete situation, og hvordan dette skal ske. Der kan med fordel i planlægningen udarbejdes en skabelon med henblik på at sikre information til alle relevante parter på kommunens område.

## 10 Referenceliste

- Helsedirektoratet. Veileder for psykosociale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. 2011. Norge.
- Norges offentlige utredninger. Rapport fra 22. juli-Kommisjonen. NOU 2012:14.
- Dyregrov, Atle. Krisepsykologi, Dansk Psykologisk forlag, 2004.
- Beredskabsstyrelsen. Retningslinjer for Indsatsledelse. November 2013. Birkerød.
- Sundhedsstyrelsen. Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab. April 2011. København.
- Cirkulære om folkekirkens katastrofeberedskab CIR1H nr. 9475 af 18/09/2009 tilføjes.

## 11 Ordliste

AMK	Akut Medicinsk Koordinationscenter: Den funktion i en region, der varetager den operative ledelse og koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats ved større ulykker eller katastrofer. AMK er indgangen, herunder kommunikationsmæssigt, til hele regionens sundhedsvæsen.
EPC	Evakuerings- og pårørendecenter: En bygning eller anden vejrbestandig lokalitet til placering af uskadte evakuerter, som efter registrering kan få umiddelbar kontakt med myndigheder, andre resourcepersoner og pårørende. Endvidere kan pårørende til tilskadedkomne og døde gennem EPC få umiddelbar kontakt med myndigheder og andre resourcepersoner. I tilfælde af større, psykisk belastende ulykker kan evakuerter og pårørende i EPC få kontakt til personale, der kan yde psykosocial støtte eller behandling. De forskellige funktioner vil typisk blive placeret i indbyrdes adskilte lokaler. EPC er underlagt politiets koordinerende ledelse.
PSSC	Psykosocialt støttecenter, en tidligere betegnelse for EPC
ISL-SU	Indsatsleder Sundhed, er synonym med KOOL
KOOL	Koordinerende læge, synonym med Indsatsleder Sundhed, ISL-SU
KOP	Koordinerende psykiatrisk kontaktperson
LBS	Lokal Beredskabstab: En bredt sammensat stab, der er etableret i hver politikreds, til at varetage den koordinerede anvendelse af relevante beredskabsaktørers ressourcer i tilfælde af større ulykker og katastrofer. Staben fungerer endvidere som permanent forum for samarbejde og koordination mellem disse aktører. Staben kan nedsættes på strategisk og operativt niveau.  På begge niveauer indgår repræsentanter for politikredsen, som leder af staben, de kommunale redningsberedskaber, regionens sundhedsberedskab, totalforsvarsregionen og Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter. Der kan endvidere tilknyttes andre relevante beredskabsmyndigheder. På det operative niveau kan der efter behov indgå repræsentanter for virksomheder
PPR	Pædagogisk, psykologisk rådgivning
PTSS	Posttraumatisk belastningsreaktion også kaldet posttraumatisk stress syndrom
SSP	Skole, socialforvaltning og politi
Psykosocial indsats:	Et samlet udtryk for en indsats der omfatter krisestøtte i akutfasen, kriseterapi ved behov i opfølgingsfasen, og Styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser

social assistance i akutfasen (som fx indkvartering, forplejning, transport, mv.)

- Kriseterapeutisk indsats ved regionen: består i akutfasen af krisestøttende indsats, suppleret med vurdering med visiterende sigte. I opfølgingsfasen er der tale om terapeutisk indsats i form af visitation og behandling.
- Krisestøtte Umiddelbar omsorg og praktisk hjælp samt information om krisereaktioner og om mulighed for yderligere hjælp.
- Kriseteams: Team af medarbejdere, der udsendes fra psykiatriens krisestab til et indsatsområde/opsamlingssted eller til et psykosocialt støttecenter.
- KOP: Koordinerende psykiatrisk kontaktperson. Har ansvaret for og varetager koordineringen, herunder visitationen af krisestøtteindsatsen i indsatsområdet. Kan også anvendes som betegnelse for den person, som har det overordnede ansvar for den krisestøttende indsats i EPC, og kan i så fald benævnes ”KOP2” eller ”KOP EPC”.
- Psykiatriens kriseledelse: Ledende personale og medarbejder -funktioner fra psykiatriens område, som på forhånd er udpeget til at indgå i kriseledelsen.

# 12 Bilag

## 12.1 Bilag A: Identificering af dræbte personer

Politiets Nationale Kriminaltekniske Center (NKC) skal sammen med politikredsen opstille en politiaktion, der:

- Forestår al registrering og indsamling af beviser, effekter og lig/ligdele på ulykkes og katastrofestedet
- Deltager ved registrering af lig/ligdele på Retsmedicinsk Institut i tæt samarbejde med retsmedicinere og tandlæger
- Opretter en ID-Central i samarbejde med personale fra Politiafdelingen, de retsmedicinske institutter og Retsodontologisk Forening med det formål at indsamle alle før-døden-oplysninger (AM<sup>3</sup>-oplysninger) på lig/ligdele. Formålet med indsamling og sammenligning af AM - og PM<sup>4</sup>-oplysninger er at finde frem til en endelig identifikation på sagens ofre (Disaster Victim Identification (DVI))
- Overgiver rapportmateriale og anden dokumentation vedrørende spor sikret på afdøde personer til behandling i gerningsstedgruppen eller efter efterforskningslederens bestemmelse til anden efterforskningsgruppe
- Overgiver oplysninger til ”DIR”

Det er af stor betydning, at de enkelte politikredse planlægger for opbevaring af et større antal døde under hensyntagen til etiske og sporsikringsmæssige krav.

---

<sup>3</sup> AM= Ante Mortem (latin: Før dødens indtræden)

<sup>4</sup> PM = Post Mortem, (latin: Efter dødens indtræden)

## 12.2 Bilag B: Om psykologisk debriefing

Psykologisk debriefing er i et vist omfang implementeret som procedure ved voldsomme hændelser i de forskellige indsatskorps i Danmark, nok mest systematisk i politiet, der også har indarbejdet konceptet i forbindelse med planerne for indsats ved større katastrofer, terrorhandlinger etc.

Værdien af Psykologisk debriefing som metode har været omdiskuteret, ikke mindst på baggrund af Cochrane-instituttets reviews, der endda peger på mulige negative effekter af debriefing.

Imidlertid har Cochrane-instituttets reviews desværre inddraget undersøgelser, der ikke omhandler egentlig Psykologisk debriefing, men derimod f.eks. psykisk førstehjælp til skadelidte. Egentlig Psykologisk debriefing er netop en metode til brug for indsatspersonel (jf. CISM: Critical Incident Stress Management hos Mitchel, J.) og hvis man alene tager udgangspunkt i de undersøgelser, der vedrører dette anvendelsesområde, bliver konklusionen en anden, om end der nok kan savnes forskning på området.

Der kan i øvrigt henvises til Arendt, Mikkel (2000): ”Psykologisk debriefing – en kritisk analyse af metoden og dens effekt med rekommandation for fremtidig anvendelse”.



## 12.3 Bilag C Arbejdsgruppens sammensætning

Tove Kjeldsen  
Specialkonsulent  
Ministeriet for Sundhed og  
Forebyggelse

Trine Friis  
Chefrådgiver  
Danske Regioner

Sille Arildsen  
Souschef, Chefkonsulent  
Region Hovedstaden

Hans Danielsen  
Akkrediteringsansvarlig, projektleder  
Region Hovedstadens Psykiatri

Henning Jans  
Speciallægekonsulent  
Præhospitalt Center, Region Sjælland

Søren Bredkjær  
Leder af det kriseterapeutiske bered-  
skab, vicedirektør i Psykiatrien  
Region Sjælland

Jan Mainz  
Leder af det kriseterapeutiske bered-  
skab, professor, forløbschef, Ph.d.  
Region Nordjylland

Agnete Lund Sørensen  
AC-fuldmægtig  
Region Nordjylland

Sven Hagen Madsen  
Specialkonsulent  
Region Midtjylland

Niels-Christian Emmertsen  
Overlæge, lægelig leder af  
sundhedsberedskabet  
Region Midtjylland

Jesper Djurhuus  
Beredskabschef  
KL

Ole Nedahl  
Brandchef  
Foreningen af Kommunale  
Beredskabschefer

Torben Anders Anbert  
Cand. Psych.  
Dansk Psykolog Forening

Anne Lindhardt  
Formand for Psykiatrifonden,  
Centerchef for Psykiatrisk Center  
København  
Sundhedsstyrelsen

Torsten Lang-Jensen  
Præhospital leder, Overlæge  
Region Syddanmark

Hans Auning-Hansen  
Overlæge  
Region Syddanmark

Jack Pedersen  
Vicepolitikommissær  
Rigspolitiet

Birgit Kijne  
Overlæge  
Dansk Psykiatrisk Selskab

Sine Tarby Christensen  
Specialkonsulent  
Beredskabsstyrelsen

Annlize Troest  
Overlæge  
Sundhedsstyrelsen

Stine Jønson  
Fuldmægtig  
Sundhedsstyrelsen

## 12.4 Bilag D Arbejdsgruppens Kommissorium

### **Kommissorium for arbejdsgruppe til Styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser samt præcisering af rammer og ansvar i forhold til denne.**

Regeringens kriseberedskabsgruppe besluttede på sit møde den 25. april 2012 at foretage en sammenfatning af de læringspunkter, som de danske beredskabsmyndigheder har gjort sig på baggrund af de norske myndigheders erfaringer fra hændelserne i Oslo og på Utøya den 22. juli 2011. Det blev desuden besluttet at forankre denne sammenfatning inden for rammerne af den nationale operative stab (NOST).

Der fokuseres på seks temaer, der alle er af afgørende betydning i forhold til at drage læring af de udfordringer, som det norske beredskab stod overfor den 22. juli 2011, med henblik på at denne læring kan komme det samlede danske beredskab til gode i forhold til kunne håndtere større beredskabsmæssige hændelser.

Det vil herefter være op til de enkelte departementer at omsætte anbefalingerne til aktiviteter inden for egen sektor.

Sundhedsstyrelsen er indstillet til at være tovholder i forhold til opfølgningen af tema 6 Styrkelse af den psykosociale indsats samt fastlæggelse af rammer og ansvar i forhold til denne. Projektets formål er således at medvirke til at optimere det krisestøttende og kriseterapeutiske beredskab i Danmark.

Der er i Danmark et behov for præcist at få defineret den psykosociale indsats, få identificeret de enkelte dele, der indgår heri, og i den forbindelse præcisere rammer og ansvar for de enkelte dele af indsatserne, således at det forud for en krises indtræden ligger fast, hvem der har den enkelte opgave, og hvordan den udføres.

Organisering af indsatsen for det kriseterapeutiske og krisestøttende beredskab inddeles i 3 faser: 1) den akutte fase, 2) overgangsfasen, og 3) den opfølgende indsats.

Den psykosociale indsats omfatter således både varetagelsen af de berørte umiddelbart efter hændelsen og den mere langsigtede indsats efterfølgende, hvor de fortsat er berørt af de hændelser, de har været udsat for.

Det psykosociale område fordrer optimalt tæt samarbejde mellem regioner og kommuner, og har herudover tæt tilknytning til den registrering og det beredskab, der foregår i politiets regi.

#### **Arbejdsgruppens opgaver**

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe baseret på relevante interessenter, herunder de ansvarlige for regionernes kriseterapeutiske beredskab med henblik på at skabe den fornødne og relevante klarhed over disse funktioner. Arbejdsgruppens opgave er at anbefale administrative retningslinjer for regionernes og evt. kommunernes indsats – herunder opfølgning i sammenhæng med kriseterapeutiske beredskab.

Arbejdsgruppens resultat dokumenteres i en kortfattet rapport, og indarbejdes i Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabs ved revision af denne.

Følgende belyses for de enkelte faser (se vedlagte skemaudkast):

- Opgave
- Ledelse
- Organisering
- Bemanding
- Procedurer

På første møde i arbejdsgruppen anmodes regionerne om at redegøre for deres håndtering af de tre faser i kriseterapeutisk beredskab. Evt. kan regionen tillige indsende den aktuelt gældende plan for det kriseterapeutiske beredskab.

### **Arbejdsgruppens sammensætning**

Til arbejdsgruppen inviteres:

Lederen af det kriseterapeutiske beredskab for hver region

Evt. de præhospitale ledere

1 repræsentant fra Kommunernes Landsforening

1 repræsentant fra Danske Regioner

1 repræsentant fra Dansk Psykolog Forening

1 repræsentant fra Dansk Psykiatrisk Selskab

1 repræsentant fra Rigspolitiet

1 repræsentant fra Beredskabsstyrelsen

1 repræsentant fra Foreningen af Kommunale Beredskabschefer

Sundhedsstyrelsens sagkyndige i psykiatri

1 Repræsentant fra Ministeriet for sundhed og forebyggelse

Sundhedsstyrelsen står for formandskab og sekretariat, og kan supplere arbejdsgruppen ved behov.