

STYRKELSE AF DEN
PSYKOSOCIALE INDSATS VED
BEREDSKABSHÆNDELSE

2014

UDKAST TIL HØRING

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>

Emneord:

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: (Marts 2014)
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, (måned og år).

Elektronisk ISBN: (Nummeret bliver tilføjet automatisk, når Word-dokumentet afleveres til Kommunikation)

Høringsversion

Forord

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

I forbindelse med håndtering af beredskabshændelser har man i Danmark igennem de seneste årtier også haft fokus på de psykologiske virkninger på især 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 foruden den egentlige rednings- og håndteringsindsats. I bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab mv. hedder det, at der skal kunne ydes kriseterapeutisk indsats, og at indsatsen omfatter såvel regioner som kommuner.

Det kriseterapeutiske beredskab har således 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.

I relation til terrorhændelserne i Norge i 2011 var erfaringen at det psykosociale beredskab spiller en stor rolle, og 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 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 dd/mm/åååå

Indhold

1	Sammenfatning	5
2	Introduktion	8
3	Formål og målgruppe	9
4	Metode	9
4.1	Lovgrundlag og planlægningsforudsætninger	10
4.1.1	Gejstligt beredskab – folkekirken og andre religioner	11
4.2	Definitioner	11
4.3	Dagligdag og ekstraordinære hændelser	12
4.4	Dokumentation og journalføring	12
5	Hvad er psykosocial indsats	13
5.1	Opgaver for region og kommuner	13
5.2	Det faglige grundlag for indsatsen	13
5.3	Typiske reaktioner hos berørte, akut og på længere sigt	14
5.3.1	Børn og unge	15
5.3.2	Eftervirkninger	16
6	Håndtering af akutfasen	16
6.1	Generelt om håndtering af akutfasen	17
6.2	Andre aktører, bistand til kriseterapeutisk/krisestøttende beredskab	20
6.3	Opgaver	21
6.3.1	Regionernes opgaver	21
6.3.2	Evakuerings- og pårørende Center, EPC	23
6.3.3	Kommunernes opgaver	24
6.3.4	Andre aktører	25
6.4	Ledelse	26
6.4.1	Regionens ledelsesopgaver	26
6.4.2	Kommunens ledelsesopgaver	27
6.4.3	Andre aktører, ledelse	27
6.5	Organisering	28
6.5.1	Regionerne, organisering	28
6.5.2	Kommunerne, organisering	28
6.5.3	Andre aktører, organisering	29
6.6	Bemanding og udstyr	29
6.6.1	Regionerne, bemanding og udstyr	29
6.6.2	Kommunerne, bemanding og udstyr	29
6.7	Procedurer	30
6.7.1	Regionerne, procedurer	30
6.7.2	Kommunerne, procedurer	30
6.7.3	Andre aktører	31
7	Danskerne involveret i beredskabshændelser i udlandet, samt udlændinge involveret i beredskabshændelser i Danmark	31
8	Håndtering af indsatspersonale	32
9	Den opfølgende indsats	33

9.1	Opgave	33
9.1.1	Regionerne	33
9.1.2	Kommunerne	35
9.2	Ledelse	37
9.2.1	Regionerne	37
9.2.2	Kommunerne	37
9.3	Organisering og bemanning	37
9.3.1	Regionerne	37
9.3.2	Kommunerne	37
9.4	Procedurer	38
9.4.1	Regionerne	38
9.4.2	Kommunerne	38
10	Referenceliste	39
11	Ordliste	40
12	Bilag	41
12.1	Bilag A: Identificering af dræbte personer	41
12.2	Bilag B: Om psykologisk debriefing	42
12.3	Bilag C Arbejdsgruppens sammensætning	43
12.4	Bilag D Arbejdsgruppens Kommissorium	1

1 Sammenfatning

Med denne rapport om styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser er det målet at få defineret den psykosociale indsats, præcisere rammer, identificere de elementer, der indgår i indsatsen, samt de enkelte sektors ansvar og roller, således at det forud for en krises indtræden vil ligge fast, 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 bistand i akutfasen (som fx indkvartering, forplejning, transport, bespisning, 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 bør foregå 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 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) Hvornår regionens kriseterapeutiske beredskab bør aktiveres, og
- c) Hvornår kommunens krisestøttende beredskab bør aktiveres alene, eller
- d) Hvornår kommunens krisestøttende beredskab bør aktiveres i samarbejde med regionens

Dette 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 større ekstraordinære hændelser, hvor der typisk er et stort antal berørte personer, er der typisk behov for at yde psykosocial 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 mestringsevne
- 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 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 praktiske basale behov at opfylde ved ankomsten.

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 krisestab, Akut Medicinsk Koordineringscenter (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 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 er 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 er det vigtigt at få kontakt til de personer, som har behov for professionel hjælp. Denne proces bør være proaktiv af flere grunde. Dels kan der være ramte personer, som ikke er blevet registreret ved hændelsen, og som derfor ikke figurerer på listen over berørte personer fra den pågældende hændelse. Dels kan ramte 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.

Information på hjemmesider og i medier kan være et middel til at nå de personer, som har behov for opfølgende hjælp.

Direkte henvendelse til de berørte, som er registreret enten af sundhedsvæsenet og/eller af politiet ved hændelsen, er en fordelagtig mulighed. Fx kan regionen som ansvarlig myndighed for opfølgningen sende et personligt brev til de berørte med information og tilbud om opfølgning.

I opfølgningsfasen er regionen – såfremt regionens kriseterapeutiske beredskab er aktiveret i forbindelse med akutfasen – overordnet ansvarlig for indsatsen. Det anbefales at indsatsen drives proaktivt, således at der tages kontakt til de registrerede berørte fra hændelsen, samt at der tages initiativer for at sikre information om opfølgningstilbud ved behov til berørte, som ikke blev registreret i forbindelse med hændelsen. Kommunen har her ansvar for at sikre at deres frontlinjemedarbejdere, fx sociale sagsbehandlere, 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 regionens psykiatri. Der skal her være tale om personer, der har været involveret i hændelsen, og som fortsat er psykisk påvirket og vurderes at kunne have behov for egentlig terapi.

Regionens psykiatriske kriseledelse bør indstille sig på at kunne fungere i opfølgingsfasen, herunder hvad angår lokaler og personale, samt udmelde et telefonnummer, hvor berørte kan kontakte dem.

Allerede få dage efter en hændelse, hvor det krisestøttende /kriseterapeutiske beredskab har været aktiveret, bør regionens psykiatriske krisestab udarbejde en handleplan for den konkrete op-følgende indsats på grundlag af den forudgående beredskabsplanlægning. Det bør vurderes om en aktiv opsøgende indsats skal iværksættes. Der vil løbende være behov for grundig information til alle berørte, både de ramte og familien samt det øvrige sociale netværk.

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 krisestøttende og kriseterapeutiske beredskab i Danmark.

Det er målet at få defineret den psykosociale indsats, præcisere rammer, identificere delelementerne, der indgår i indsatsen, samt de enkelte sektors ansvar og roller, således vil det forud for en krises indtræden ligge fast, 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 bistand i akutfasen (som fx indkvartering, forplejning, transport, bespisning, 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 igangsat 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 en krise, større ulykke, ekstraordinær hændelse kan have for de personer, der er berørt af hændelsen. Berørte kan være de direkte ofre, pårørende til tilskadekomne og døde, personer der overværede hændelsen, indsatspersonale, mv.

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 krise/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 samarbejde mellem regioner, kommuner og politiet. 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, bespisning, 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 bør foregå 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 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.

4.1.1 Gejstligt beredskab – folkekirken og andre religioner

Kirkeministeriet har udarbejdet et cirkulære om Folkekirken katastrofeberedskab. Det fremgår heraf, at biskopperne er overordnet ansvarlige for dette beredskab. I hver region er udpeget en ledende beredskabspræst, og der er udpeget beredskabspræster, som er tilknyttet de enkelte politikredse. 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 Folkekirken katastrofeberedskab skal koordineres med andre myndigheder.

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 det gejstlige beredskab inddrages i det samlede krisestøttende beredskab.

Folkekirken 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.

4.2 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.

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.

4.3 Dagligdag og ekstraordinære hændelser

Denne rapport 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 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) Hvornår regionens kriseterapeutiske beredskab bør aktiveres, og
- c) Hvornår kommunens krisestøttende beredskab bør aktiveres alene, eller
- d) Hvornår 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.

4.4 Dokumentation og journalføring

Vedrørende dokumentation og journalføring er der 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 i forbindelse med opfølgning, og da frivilligt.

Vedrørende politiets katastroferegistrering, se afsnit 6.2.4.1.

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 opfølgingsfasen 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.

Figur 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 også vigtigt, at de, som har behov for professionel hjælp i efterforløbet, bliver fanget op.

Regioner og kommuner, som har ansvaret for den psykosociale indsats, bør proaktivt følge op i efterforløbet.

5.3 Typiske reaktioner hos berørte, akut og på længere sigt

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 selvbebrejdelser, 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/blitzerindringer). 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 viser sig som hysteri og panik. Panik opstår når enkeltpersoner eller flere personer optræder sådan, at de formindsker gruppens samlede overlevelsesmuligheder. Underreaktion 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 uskadede 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 krisestab aktiveres, når regionens kriseterapeutiske beredskab anmodes om indsats. I kommunen bør kommunens krisestab aktiveres, såfremt kommunens krisestøttende beredskab er aktiveret.

Krisestabene bør aktiveres for at sikre, at håndteringen af hændelsen sker hensigtsmæssigt, og at alle opgaver bliver løst. Det gælder både for kortvarige og langvarige hændelser.

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) Faglig indsats

6.1 Generelt om håndtering af akutfasen

1) Aktivering og drift

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

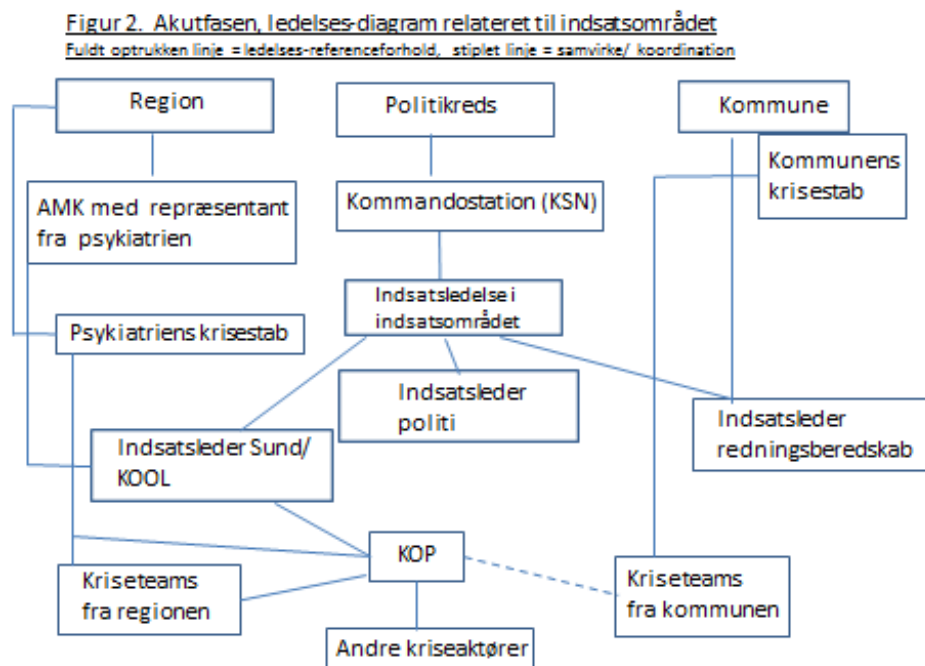
Et beredskabsprincip, der ofte anvendes i denne sammenhæng er ”handlingsprincippet”. I en situation med uklare eller ufuldstændige informationer er det mere hensigtsmæssigt at etablere et lidt for højt beredskab end et lidt for lavt beredskab. Samtidigt skal beredskabet hurtigt kunne nedjusteres for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

Vurderingen af hvilket beredskab der i givet fald skal aktiveres ligger primært hos indsatsledelsen. Da der i den forudgående planlægning må forventes at være et samarbejde mellem region og kommune, bør regionens psykiatriske krisestab 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.).

2) Informationshåndtering

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

Nedenstående figur 2 viser ledelse- og kommunikationslinjer ved en indsats



I figur 2 ovenfor vises også begrebet KOP, svarende til Koordinerende psykiatrisk kontaktperson, som er udsendt af regionens psykiatriske krisestab 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.

4) Krisekommunikation

Krisekommunikation er kommunikation til befolkning og medier om hændelsen. Krisekommunikation vil ofte varetages af regionens og/eller kommunens kommunikationsenhed; men medarbejderne i kommunikationsenheden 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 myn-

dighedernes 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 godkendt af 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 indsatser.

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 dette)

Der kan være behov for konkret social assistance i form af indkvartering, forplejning, tøj, legetøj, transportmulighed, mv. Der bør derfor planlægge 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 praktiske 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.

I opfølgingsfasen er regionen – såfremt regionens kriseterapeutiske beredskab har været aktiveret i forbindelse med akutfasen – overordnet ansvarlig for indsatsen. Det anbefales at indsatsen drives proaktivt, således at der tages kontakt til de registrerede berørte fra hændelsen, samt at der tages initiativer for at sikre information om opfølgningstilbud ved behov til berørte, som ikke blev registreret i forbindelse med hændelsen. Kommunen har her ansvar for at sikre at deres frontlinjemedarbejdere, fx sociale sagsbehandlere, 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 regionens psykiatri. Der skal her være tale om personer, der har været involveret i hændelsen, og som fortsat er psykisk påvirket og vurderes at kunne have behov for egentlig terapi.

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 krisestab, 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

- Socialsektoren i kommunerne
- Lærere og pædagoger, der har det daglige kendskab til børn, der kan være direkte eller indirekte berørt af hændelsen
- Folkekirkens katastrofeberedskab (se også 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
- Private virksomheder med tilbud om psykologisk krisehjælp evt. Røde Kors, DSB, SAS, osv.

Regionen/kommunen bør således 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 og praktisk hjælp 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 behandling udføres.

Aktivering og drift

Den på forhånd udpegede psykiatriske krisestab etableres, når psykiatrien anmodes om at aktivere den kriseterapeutiske beredskabsplan. Når den kriseterapeutiske indsats aktiveres, sker dette 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 krisestabs 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 samarbejde med AMK, og det kan være en fordel, at psykiatriens krisestab sender en repræsentant til AMK,

I relation til drift af psykiatrisk krisestab, skal planlægges for afløsning af personale. Når akutfasen er overstået må psykiatrisk krisestab forventes fortsat at skulle fungere, for at lede og koordinere aktiviteterne i opfølgingsfasen.

Informationshåndtering

Består dels i at indsamle relevant information, fx fra skadestedet og fra AMK; 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 psykiatrien krisestab og kommunens krisestyregruppe. Aftaler om dette må indgås forud i forbindelse med planlægningen, og bør indgå i øvelser. Brug af andre eksterne aktører, som fx det gejstlige beredskab eller andre, aftales ligeledes forud.

Krisekommunikation

Regionen udtaler sig om egen indsats og sektorspecifikke forhold, jf. sektoransvarsprincippet. Regionens 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 krisekommunikation typisk være en opgave, som regionens kommunikationsafdeling varetager, men den psykiatriske krisestab bør udpege en talsmand, som bl.a. kan forsyne kommunikationsafdelingen med faglig input, samt deltage i evt. pressemøder som faglig ekspert.

Politiet har i selve hændelsens akutte fase det overordnede koordinerende ansvar for krisekommunikationen, 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 godkendt af 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

Når regionens kriseterapeutiske beredskab alarmeres fra AMK, skal der kunne ydes akut krisestøttende indsats i og uden for de psykiatriske afdelinger, fx:

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

Såvel en KOP (Koordinerende psykiatrisk kontaktperson) som kriseteams bør kunne udsendes og bemande de lokaliteter, som psykiatrisk kriseledelse vurderer relevante i situationen.

6.3.2 Evakuerings- og pårørende Center, 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 efter samråd med AMK og den kommunale krisestyrringsstab 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 såvel region som kommune kan påtage sig den sundhedsfaglige ledelse i et EPC.

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 "DIR" (Politiets katastroferegistreringssystem – Disaster Involved Registration)
- 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 trusselvurderingen 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.

Det anbefales derfor, at regionen og politiet i fællesskab med kommunerne udarbejder en plan for aktivering, indretning og drift af EPC.

Det kan være hensigtsmæssigt på forhånd i planlægningen at udpege lokaliteter der kan fungere som EPC, fx på en kaserne eller lignende. 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, men bør fungere i samarbejde og koordineret med regionens kriseterapeutiske beredskab.

Aktivering og drift

Kommunens krisestyregruppe 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 bør 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 bør 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 være 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 bør benytte sin hjemmeside og evt. sociale medier, til at informere berørte om mulighederne for støtte; og der bør tillige være telefon, 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 kommunikerer til pressen, på hjemmesider, på sociale medier og direkte til borgere. Der påhviler politiet et ansvar for at sikre, at overordnede informationer, som de offentliggør, er valideret og godkendt af 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 opgaven kan løses i samarbejde med regionens kriseterapeutiske beredskab, såfremt dette er aktiveret ved den konkrete hændelse.

6.3.4 Andre aktører

6.3.4.1 Politiets opgaver

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 uskadede personer, der har været impliceret i hændelsen.

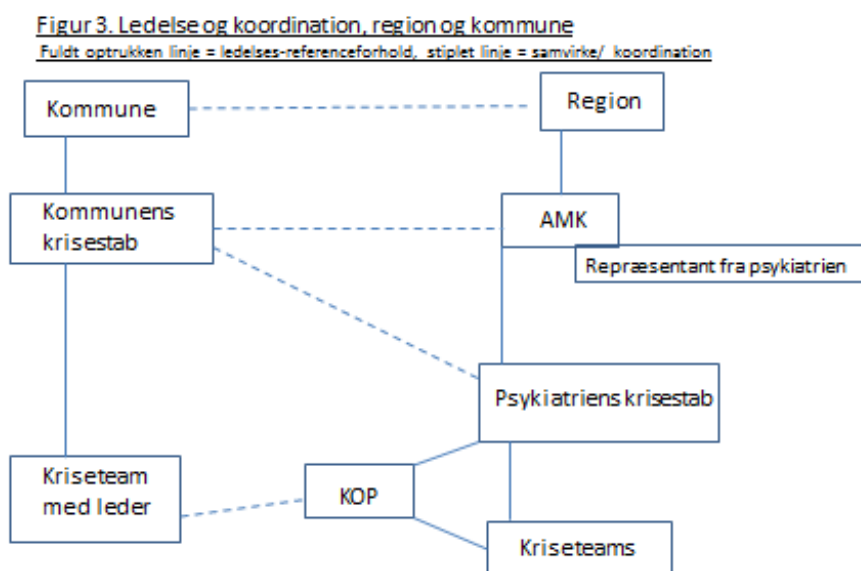
I forbindelse med en hændelse med mange savnede eller bjærgede opretter politiet katastroferegistrering (KATREG) og registrerer, validerer og systematiserer oplysninger om savnede og bjærgede med henblik på underretning af de pårørende. Oplysninger, om savnede og bjærgede, skal registreres i katastroferegistreringssystemet "DIR" (Disaster Involved Registration) og skal desuden kunne indgå i en politimæssig efterforskning.

KATREG etableres og ledes af Københavns Politi fra lokaler i København, alternativt hos Nordsjællands Politi, og er underlagt operationsledelsen i hændelsespolitikredsen.

KATREG oprettes med følgende funktioner i 2-holdsskift: KATREG ledere, koordinatorer, efterforskere, logistisk støtte, callcenter medarbejdere, registreringsledere, registreringshold til opsamlingspladser, EPC og modtagehospitaler, samt IT-støtte fra Rigspolitiets concern-IT.

Alle politikredse med undtagelse af Bornholms Politi, stiller personale til rådighed for KATREG i København, med henblik på registrering af bjærgede på hospitaler, i indsatsområdet, på EPC'er mv. Der vil således blive udsendt registreringshold fra politiet til alle relevante lokaliteter, herunder også til alle involverede sygehuse.

6.4 Ledelse



6.4.1 Regionens ledelsesopgaver

I et indsatsområde er det indsatsledelsen, der vurderer behovet for krisestøtte, herunder vurderer om det kriseterapeutiske beredskab skal aktiveres. Det skal afgøres hvorvidt det kriseterapeutiske beredskab i regionen skal aktiveres og/eller om kommunens krisestøttende beredskab skal aktiveres. Herunder 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 koordinerende psykiatrisk kontaktperson (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-SUND/KOOL). AMK kommunikerer om situationen med ISL-SUND/KOOL, som koordinerer med KOP i forhold til krisestøtteindsatsen. KOP har mulighed for at kontakte psykiatriens krisestab i forbindelse med afklaring af faglige og andre ressourcemæssige spørgsmål mv.

Alt udsendt krisestøttepersonale 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 krisestab 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.

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 det 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 bør være organiseret sådan, at der altid inddrages personale, der har erfaring med håndtering af børn og unge, fx fra regionens børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Planlægningen bør 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 krisestab.

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

Der bør kunne sendes en repræsentant fra psykiatriens krisestab til AMK.

Psykiatriens kriseledelse bør kunne 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-SUND/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 krisestab 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, udsender regionen en ledelsesrepræsentant dertil, samt en KOP 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 Bemanding og udstyr

6.6.1 Regionerne, bemanding og udstyr

Bemandingen udgøres af personale fra psykiatrisk afdeling som bemander kriseteams, samt den psykiatriske krisestab. Personalet kan efter aftale suppleres med personale fra kommunens krisestøttende beredskab. Alt personale, som indgår i indsatsen bør have særlig 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 være indgået. KOP og kriseteams bør være klart markeret, samt bære tydelige navneskilte. Udstyr kan fx være: tæpper, tøj, telte, legetøj, bleer mv.

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

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

6.6.2 Kommunerne, bemanding og udstyr

Personale fra kommunen, som kan indgå i det krisestøttende beredskab kan fx være psykologer, socialrådgivere, SSP¹-medarbejdere, PPR²-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.

¹ SSP: skole, socialforvaltning og politi

² PPR: pædagogisk, psykologisk rådgivning

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, procedurer

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 bør lægges vægt på at have:

- Brochurer om normale krisereaktioner (herunder aftaler om hvor disse befinder de 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.

Psykiatriens krisestab bør endvidere sikre, at alle tilskadekomne 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 aktivering, og allokere personale til at varetage disse patienter, som også bør have tilbud om kontakt i efterforløbet

Der udarbejdes procedurer for oprettelse af EPC i samarbejde med politi og kommune, herunder instrukser og action cards.

6.7.2 Kommunerne, procedurer

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 for-

plejning, 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.

6.7.3 Andre aktører

6.7.3.1 Politiet

Data fra politiets registrering bør videregives til psykiatriens kriseledelse i regionen, da regionen har den overordnede forpligtelse til at følge op på hændelsen, herunder søge kontakt til personer, der er i risiko for at udvikle PTSS. I den sammenhæng vil det være hensigtsmæssigt, at politi og region i samarbejde udfærdiger en samtykke-blanket, som politiet kan anmode de registrerede kan underskrive i forbindelse med registreringen. Herved kan oplysningerne smidigt videregives til regions psykiatriske krisestab.

Videre kan der være tale om at invitere til fællesarrangementer for de berørte: fællesmøder, gudstjenester, sørgehøjtidelighed, udflugt til skadested ved meget omfattende hændelser, mv.

7 Danskere involveret i beredskabs-hændelser i udlandet, samt udlændinge involveret i beredskabshændelser 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.

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 Center er selvstændige medlemmer af IOS.

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

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 Udenrigsministeriet 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 bør der altid efter hændelsens afslutning gennemføres en såkaldt ”defusing”, 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 (psykolog, psykiater) der er specielt trænet heri.

Ved defusing (teknisk debriefing) gennemgås hændelsen systematisk (faktarunden) 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 (PTSS) og andre følgetilstande. I den sammenhæng er det vigtigt at få kontakt til de personer, som har behov for professionel hjælp. Denne proces bør være proaktiv af flere grunde. Dels kan der være ramte personer, som ikke er blevet registreret ved hændelsen, og som derfor ikke figurerer på listen over berørte personer fra den pågældende hændelse. Dels kan ramte 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.

Information på hjemmesider og i medier kan være et middel til at nå de personer, som har behov for opfølgende hjælp.

Direkte henvendelse til de berørte, som er registreret enten af sundhedsvæsenet og/eller af politiet ved hændelsen, er en fordelagtig mulighed. Fx kan regionen som ansvarlig myndighed for opfølgningen sende et personligt brev til de berørte med information og tilbud om opfølgning.

9.1 Opgave

9.1.1 Regionerne

Hovedformålet med den opfølgende indsats er fortsat at forebygge, men her også følge op på og behandle posttraumatisk belastningsreaktion og andre følgetilstande. Regions psykiatriske krisestab må derfor fortsat være aktiveret under en eller anden form i opfølgningsfasen for at sikre den videre kriseterapeutiske indsats og kontinuiteten med kendskabet til akutfasen.

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

Der kan fx holdes opfølgningsmøder eller lignende fælles aktiviteter. Derudover er der behov for individuel kontakt. Regionen bør opretholde kontakten til berørte personer, som blev registreret i forbindelse med hændelsen, og disse bør kontaktes proaktivt. (Se afsnit 6.6.3.1 om samtykke-erklæring).

Desuden må det sikres, at såvel praktiserende læger, vagtlæger, skadestuepersonale, lærere, pædagoger, samt socialforvaltningerne i kommunerne er informeret om muligheden for at henvise berørte borgere til dette tilbud.

Kerneopgaver er følgende:

Drift

Allerede få dage efter en hændelse, hvor det krisestøttende /kriseterapeutiske beredskab har været aktiveret, bør der udarbejdes en handleplan for den konkrete opfølgende indsats på grundlag af den forudgående beredskabsplanlægning. Det bør vurderes om en aktiv opfølgende indsats skal iværksættes. Der vil løbende være be-

hov for grundig information til alle berørte, både de ramte og familien samt det øvrige sociale netværk.

Regionens psykiatriske kriseledelse bør indstille sig på at kunne fungere i opfølgingsfasen, herunder hvad angår lokaler og personale, samt udmelde et telefonnummer, hvor berørte kan kontakte dem.

Informationshåndtering

Såfremt aktiv opfølgning iværksættes, kontakter psykiatrisk krisestab de personer som blev registreret i forbindelse med hændelsen. Der bør desuden være en mulighed for at disse personer, samt andre berøre borgere, som psykiatrisk krisestab ikke kender til, kan kontakte krisestaben.

Endvidere bør den psykiatriske krisestab udfærdige information til frontlinje personale i sundhedsvæsenet, fx skadestue personale 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 bør den psykiatriske krisestab udfærdige information til frontlinje personale i kommunerne (sociale sagsbehandlere, hjemmesygeplejen, 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.

Tilsvarende information bør også lægges på regionens og psykiatriens hjemmeside.

Koordination

Afhængigt af graden af involvering fra kommunens/kommunernes side kan det være hensigtsmæssigt at regionens psykiatriske krisestab og kommunens krisestyrelsesstab afholder koordinationsmøder om den opfølgende indsats. Især indsatsen på gruppe-niveau kan kommunen formentlig med fordel afholde eller bidrage til.

Under alle omstændigheder må det anbefales, at både den psykiatriske kriseledelse og kommunens krisestøttende beredskab hver udpeger en koordinations-ansvarlig person.

Krisekommunikation

Der er i denne fase 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 kommunens hjemmeside. Indholdet på hjemmesiden kan med fordel koordineres med regionen.

Da også personer, som har været involveret i hændelsen, men som ikke i umiddelbar tilknytning til hændelsen var i kontakt med krisestøttepersonale, på længere sigt kan føle sig psykisk påvirket; bør også de have mulighed for at kunne kontakte re-

gionen. Derfor bør tilbuddet om opfølgning også være offentligt tilgængeligt, fx på hjemmeside, sociale medier, i aviser, TV, mv.

Indsatsen

Den psykiatriske krisestab bør opretholde kontakt til de personer, som har været berørt i den akutte fase og som er registreret. Data på personer, som politiet har registreret i forbindelse med hændelsen, kan videregives til regionen, såfremt de pågældende personer har accepteret, at dette må ske.

Opfølgning bør kunne foregå både individuelt og i grupper:

- Individuelt: Regionen kan via et udsendt symptom-spørgeskema til de registrerede, få overblik over hvem der kan have behov for yderligere opfølgning og behandling. Regionen kan også udsende brev eller mail til de pågældende med beskrivelse af symptomer og tilstande, og med tilbud om videre vurdering og evt. behandling.
- Grupper: Der kan arrangeres møder for berørte, hvor oplevelser og tanker og følelse i relation til at have været involveret i hændelsen kan bringes op. Opfølgingsmøder bør afholdes, og afhængigt af hændelsens karakter kan mindegudstjenester og – højtideligheder, markering af årsdage, og mærkedage indgå.

Tilbuddet bør omfatte inddragelse af de berørtes sociale netværk og muligheden for dannelse af professionelt styrede grupper og kriseterapi. Der kan være behov for, at regionen stiller telefonrådgivning til rådighed for de berørte. Der bør desuden etableres en telefonlinje, så berørte borgere kan henvende sig direkte.

Det må endvidere sikres at alle relevante fagpersoner i region og kommuner, herunder praktiserende læger og kommunale sagsbehandlere er informeret om, at regionen er ansvarlig for opfølgende vurdering og kriseterapeutisk indsats til personer, der efter et stykke tid (uger, måneder) fortsat er psykisk påvirket af hændelsen. Fra regionen bør således være udmeldt dels evt. faglige kriterier for henvisning af berørte personer, dels kontakt-data, både til fagpersoner og til de berørte, og der bør udmeldes et konkret sted for henvendelse.

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. 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 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 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 krisestab til frontlinje personale i kommunerne (sociale sagsbehandlere, hjemmesygeplejen, 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.

Informationen fra den psykiatriske krisestab/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 krisestab og kommunens krisestyingsstab afholder koordinationsmøder om den opfølgende indsats. Især opfølgende gruppemøder og andre fælles arrangementer på gruppe-niveau kan kommunen formentlig med fordel bidrage til.

Under alle omstændigheder må det anbefales, at både psykiatrisk krisestab og kommunens krisestøtte beredskab hver udpeger en koordinations-ansvarlig person. Det vil kunne være denne person i hhv. psykiatrisk krisestab/region og kommune, der står for at modtage og formidle indkommen information fra den anden part.

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 krisestab 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 krisestyingsstab.

Psykiatriens krisestab samarbejder med AMK, og refererer i øvrigt til regionens sundhedsfaglige ledelse.

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, og kommunens medarbejdere skal henvise borgere til regionens psykiatri.

Hvis alene kommunen har været aktiveret ved hændelsen, da må eventuel opfølgning ske via dagligdagens ordning med praktiserende lægers henvisning til psykologbehandling.

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 krisestab 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 velinformede 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 fortsat har behov for bistand.

9.4 Procedurer

9.4.1 Regionerne

Der bør udarbejdes en skabelon for en handleplan for regionens indsats i opfølgingsfasen. Regionerne skal planlægge for kommunikations- og informationsveje, samt udmelde 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 skal 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.

11 Ordliste

AMK	Akut Medicinsk Koordinationscenter
EPC	Evakuerings- og pårørendecenter
HSC	Humanitært støttecenter, nogle kommuners tidligere betegnelse for EPC
ISL-SUND	Indsatsleder Sundhed
KOOL	Koordinerende læge, synonym med Indsatsleder Sundhed
KOP	Koordinerende psykiatrisk kontaktperson
PPR	Pædagogisk, psykologisk rådgivning
PTSS	Posttraumatisk belastningsreaktion også kaldet posttraumatisk stress syndrom
SSP	Skole, socialforvaltning og politi

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 (AM³-oplysninger) på lig/ligdele. Formålet med indsamling og sammenligning af AM - og PM⁴-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.

³ AM= Ante Mortem (latin: Før dødens indtræden)

⁴ 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 (jfr. 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 Forebyg-
gelse

Trine Friis
Chefrådgiver
Danske Regioner

Sille Arildsen
Souschef, Chefkonsulent
Region Hovedstaden

Hans Danielsen Akkrediteringsan-
svarlig, 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 sundheds-
beredskabet
Region Midtjylland

Jesper Djurhuus
Beredskabschef
KL

Ole Nedahl
Brandchef
Foreningen af Kommunale Bered-
skabschefer

Torben Anders Anbert
Cand. Psych.
Dansk Psykolog Forening

Anne Lindhardt
Formand for Psykiatrifonden, Cen-
terchef for Psykiatrisk Center Kø-
benhavn
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
Fuldmægtig
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 præhospital 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 Rigs politiet

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.