



Wskazówki TENTS

Listopad 2008



Niniejsze wskazówki zostały opracowane 2008 r. w walijskim uniwersytecie Cardiff University w Wielkiej Brytanii przez dr n. med. J. Bissona i dr B. Tavakoly dzięki wsparciu partnerów The European Network for Traumatic Stress

Powiązani partnerzy:

Academic Medical Center, Amsterdam, Holandia
dr M. Olf / dr A.B. Witteveen
Cardiff University, Walia (UK)
dr J. Bisson / dr B. Tavakoly
Catholic University of Applied Social Sciences, Berlin, Niemcy
prof. dr N. Gurriss
Haukeland University -RVTS West, Bergen, Norwegia
dr D. Nordanger / dr V. Johansen
Uppsala University – NCDP, Uppsala, Szwecja
K. Bergh-Johannesson
Tampereen University, Helsinki, Finlandia
prof. dr R. Punamaki
SEPET + D, Madryt, Hiszpania – dr F. Orengo Garcia
Zagreb University, Chorwacja – prof. dr D. Ajdukovic
Turkish Psychological Association, Istambuł, Turcja
dr U. Sezgin

Współpracujący partnerzy:

Uniwersytet Warszawski, Polska - prof. dr hab. M. Lis-Turlejska
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Szkocja (UK)
dr C. Freeman
University of Zurich, Szwajcaria
prof. dr U. Schnyder / dr L. Wittmann
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paryż, Francja
dr L. Jehel
University of Vienna, Austria
dr B. Lueger-Schuster
University of Aarhus, Dania
prof. dr A. Elklit
WHO Europe – Kopenhaga, Dania
dr Matt Muijen

Wskazówki TENTS

Poniższe wskazówki zostały opracowane w odniesieniu do współczesnych wyników badań naukowych dotyczących opieki psychospołecznej w następstwie katastrof i innych zdarzeń traumatycznych, a także wyników procedury zwanej metodą Delphi, która została zastosowana do zebrania informacji od 106 profesjonalistów i ekspertów z 25 różnych krajów. Wiadomo, że działania i sposoby organizacji służb różnią się pomiędzy sobą w zależności od kraju, dlatego też Wskazówki TENTS mają służyć jako model funkcyjny opieki psychospołecznej w sytuacji katastrof i poważnych wypadków we wszystkich krajach europejskich, nie są natomiast obligatoryjne. Zostały przygotowane z myślą o opiece psychospołecznej na rejonach o populacji od 250 tys. do 500 tys., mogą być jednak przystosowane do terenów o większym bądź mniejszym zaludnieniu. Wskazówki są podzielone na sześć części, które dotyczą: planowania, przygotowania i zarządzania; ogólnych wytycznych; oraz konkretnych wytycznych dla poszczególnych faz działań. Niektóre wytyczne dotyczą pojedynczych osób, jednak wszystkie aspekty opieki psychospołecznej powinno się zapewniać z uwzględnieniem środowiska danej osoby, zwłaszcza jej rodziny i otoczenia społecznego.

1. Planowanie, przygotowanie i zarządzanie

- 1.1 Każdy rejon powinien mieć swoją lokalną wielozadaniową grupę planowania opieki psychospołecznej. W skład jej zespołu powinni wchodzić specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego, specjalizujący się w zagadnieniach związanych ze stresem traumatycznym, którzy będą odpowiedzialni za udzielanie pomocy psychospołecznej po katastrofach oraz poważnych wypadkach. Powinny się w niej także znaleźć osoby, które same doświadczyły katastrofy lub poważnego wypadku.
- 1.2 Każdy rejon powinien mieć swoje wytyczne, w jaki sposób zapewniać opiekę psychospołeczną w sytuacjach zagrożenia (plan opieki psychospołecznej). Wytyczne te powinny być włączone w zakres całościowego planu działania po katastrofie, oraz regularnie aktualizowane.
- 1.3 Poszczególne oddziały grupy powinny współpracować ze sobą w kwestiach planowania i koordynacji, aby zapewnić jak największą skuteczność planu opieki psychospołecznej.
- 1.4 Powinna powstać baza informacji na temat istniejących służb lub ośrodków udzielających pomocy psychospołecznej. Służby te powinny być także włączone – w miarę możliwości – do planu opieki psychospołecznej.
- 1.5 Plan opieki psychospołecznej powinien zostać sprawdzony podczas ćwiczeń.
- 1.6 W treningach szkoleniowych oraz ćwiczeniach powinni brać udział politycy/przedstawiciele rządu.
- 1.7 Każda grupa powinna zorganizować program szkoleniowy odbywany na miejscu, który pozwoli osobom zaangażowanym w plan opieki psychospołecznej przygotować się do swoich ról i wynikających z nich zadań.
- 1.8 Wszyscy członkowie zespołu powinni przejść formalne szkolenie, a także mieć zapewnione dalsze szkolenia, wsparcie i superwizję.
- 1.9 Sposób przeprowadzenia treningu i jego poziom trudności powinien uwzględniać role pełnione przez członków grupy i zakres ich obowiązków.
- 1.10 Członkowie zespołu (profesjonaliści i wolontariusze) powinni być rekrutowani przed katastrofą, jeśli to możliwe, oraz sprawdzeni pod kątem przydatności, zanim zostaną zaakceptowani.
- 1.11 Grupa powinna zwracać uwagę na możliwość wystąpienia wtórnej traumatyzacji, a także objawów wypalenia wśród osób zapewniających opiekę, ze szczególnym uwzględnieniem wolontariuszy
- 1.12 Należy zapewnić odpowiednie dofinansowanie ze strony rządu/innych władz lub instytucji), które pozwoli na prawidłowe zastosowanie planu opieki psychospołecznej w wypadku katastrofy.

2. Ogólne wytyczne działań

- 2.1 Działania zespołu powinny opierać się na budowaniu poczucia bezpieczeństwa, indywidualnych oraz społecznych umiejętności i możliwości, sieci kontaktów społecznych, spokoju i nadziei.
- 2.2 Wobec każdej osoby należy bezapelacyjnie przestrzegać praw człowieka.
- 2.3 Powinno się stworzyć warunki do prowadzenia właściwych uzdrawiających praktyk społecznych, kulturalnych, duchowych i religijnych.
- 2.4 Działania powinny zapewniać ogólne wsparcie, a także dostęp do wsparcia społecznego, medycznego oraz psychologicznego.
- 2.5 Działania oraz zapewniane wsparcie powinny dotyczyć zarówno osób indywidualnych, jak i całych rodzin.
- 2.6 Działania powinny zapewniać edukację na temat możliwych reakcji po traumie oraz sposobów radzenia sobie z nimi.
- 2.7 Pewnych działań, np. pojedyncze indywidualne sesje debriefingu dla wszystkich osób dotkniętych katastrofą, nie powinno się stosować.
- 2.8 Nie powinno się także poddawać formalnej diagnozie wszystkich osób dotkniętych katastrofą, natomiast osoby niosące pomoc powinny być świadome tego, jak istotne jest zidentyfikowanie osób przejawiających specyficzne trudności.
- 2.9 Jeśli lokalne zasoby są ograniczone, należy w pierwszej kolejności zaspokajać potrzeby osób dotkniętych katastrofą.
- 2.10 Działania powinny zapewniać możliwość skorzystania z psychologicznego i medycznego badania oraz leczenia, jeśli zachodzi taka potrzeba.
- 2.11 Należy propagować interwencje o charakterze samopomocy, jeśli katastrofa dotknęła dużą grupę ludzi.
- 2.12 Miejscowe osoby, które znają lokalne uwarunkowania kulturowe oraz poszczególne środowiska powinny być członkami zespołu planowania pomocy psychospołecznej, lub przynajmniej zostać zaangażowane do pomocy w czasie działań.
- 2.13 Lekarze interniści/lekarze lokalni powinni zostać poinformowani na temat możliwych następstw psychopatologicznych.

- 2.14 Ważnym punktem jest zidentyfikowanie odpowiednich źródeł wsparcia dla danej osoby (np. rodzina, społeczność, szkoła, przyjaciele, itd.).
- 2.15 Powinno się zapewnić dostęp do innych usług, np. wsparcia finansowego lub porad prawnych.
- 2.16 Usługi i ceremonie pogrzebowe powinny się planować w porozumieniu z osobami zainteresowanymi.

3. Konkretny wytyczne dla wstępnej fazy działań (podczas pierwszego tygodnia)

- 3.1 Pierwsze działania polegają na udzieleniu praktycznego i materialnego wsparcia stosownie do potrzeb.
- 3.2 Osobom dotkniętym katastrofą powinno się zapewnić rzetelny i otwarty dostęp do wszystkich informacji odnośnie ich sytuacji i spraw.
- 3.3 Powinno się także zapewnić dostęp do ulotek informujących o możliwych sposobach działania, pomocnych strategiach radzenia sobie oraz miejscach, w których można szukać pomocy, jeśli zajdzie taka potrzeba.
- 3.4 Wszystkie osoby zainteresowane powinny mieć zapewniony dostęp do informacji na temat reakcji potraumatycznych.
- 3.5. W pierwszej fazie działań należy zająć się normalizowaniem reakcji psychologicznych.
- 3.6 Osoby dotknięte katastrofą nie powinny być ani zachęcane, ani też zniechęcane do podawania szczegółowych relacji ze zdarzenia, w którym uczestniczyły.
- 3.7 Powinna zostać uruchomiona telefoniczna linia pomocy obsługiwana przez przeszkolony personel, który zapewni wsparcie emocjonalne.
- 3.8 Powinna również powstać witryna internetowa dotycząca kwestii psychospołecznych
- 3.9 Powinno zostać utworzone centrum wsparcia humanitarnego lub punkt zapewniający szeroki zakres potencjalnie potrzebnych usług
- 3.10 Osoby odpowiedzialne za pierwszą fazę działań powinny pozostawać w bliskim kontakcie z mediami.
- 3.11 Należy rozważyć stworzenie bazy danych personalnych osób, które uczestniczyły w zdarzeniu.

4. Konkretny wytyczne dla wczesnej fazy działań (podczas pierwszego miesiąca)

- 4.1 Osoby przejawiające trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym powinny zostać poddane formalnej diagnozie pod kątem dalszych działań.
- 4.2 Osobom, u których zdiagnozowano ostre zaburzenie potraumatyczne (*acute stress disorder*, ASD) lub nasilone ostre PTSD (*acute post traumatic stress disorder*) należy umożliwić skorzystanie z terapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na traumie.
- 4.3 Dla osób, u których zdiagnozowano inne zaburzenia psychiczne, należy udostępnić różne formy interwencji oparte na badaniach naukowych.
- 4.4 Należy aktywnie nawiązać kontakt z osobami, które przejawiają wysoki poziom dystresu.
- 4.5 Należy także stworzyć możliwość skontaktowania się w przyszłości z osobami dotkniętymi przez katastrofę i ich rodzinami.

5. Konkretny wytyczne dla działań podejmowanych 3 – 6 miesięcy po katastrofie

- 5.1 Osoby przejawiające trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym przed zakwalifikowaniem do konkretnej interwencji powinny zostać formalnie zdiagnozowane przez wyszkolonego specjalistę, z uwzględnieniem ich fizycznych, psychologicznych i społecznych potrzeb.
- 5.2 Osobom z diagnozą ostrego PTSD należy udostępnić leczenie za pomocą terapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na traumie (TF-CBT), która jest w takich przypadkach zalecana jako leczenie z wyboru.
- 5.3 Jeśli leczenie terapią TF-CBT nie jest dostępne, lub jest źle tolerowane, osobom z ostrym PTSD należy umożliwić skorzystanie z innych form terapii opartych na badaniach naukowych, stosowanych w przypadkach terapii osób z chronicznym PTSD.
- 5.4 Dla osób z diagnozą innych zaburzeń psychicznych należy udostępnić inne formy terapii oparte na badaniach naukowych.
- 5.5 Należy aktywnie nawiązać kontakt z osobami, które przejawiają duże nasilenie dystresu.
- 5.6 Należy także stworzyć możliwość skontaktowania się w przyszłości z osobami dotkniętymi przez katastrofę i ich rodzinami.

6. Konkretnie wytyczne dla dalszej fazy działań (powyżej 3 miesięcy)

6.1 Osoby przejawiające trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym przed zakwalifikowaniem do konkretnej interwencji powinny zostać formalnie zdiagnozowane przez wyszkolonego specjalistę, z uwzględnieniem ich fizycznych, psychologicznych i społecznych potrzeb.

6.2 Osoby z zaburzeniami psychicznymi powinny mieć zapewniony dostęp do terapii opartych na badaniach naukowych

6.3 Osobom dotkniętym katastrofą należy zapewnić możliwość pracy/rehabilitacji, aby umożliwić im ponowną adaptację do wymogów codziennego życia oraz niezależność.

6.4 Należy przygotować szczegółowy plan w porozumieniu z lokalnymi władzami i istniejącymi służbami dotyczący finansowania i zapewnienia dodatkowych dotacji potrzebnych do wspierania miejscowych służb przez kilka następnych lat po katastrofie.