



Europeisk nettverk om traumatisk stress

[www.tentsproject.eu](http://www.tentsproject.eu)

## **TENTS RETNINGSLINJER**

### **PSYKOSOSIAL STØTTE ETTER KATASTROFER OG STORE ULYKKER**



Retningslinjene har blitt utarbeidet ved Cardiff Universitet i Wales, Storbritannia (2008), av J. Bisson (DM, FRCPSych) og B. Tavakoly (PhD) med bidrag fra de øvrige partnerne i The European Network for Traumatic Stress.

## **Partnere**

Academic Medical Center, Amsterdam, Nederland - Dr. M. Olf / Dr. A.B. Witteveen  
Cardiff University, Wales (Storbritannia) - Dr. J. Bisson / Dr. B. Tavakoly  
Catholic University of Applied Social Sciences, Berlin, Tyskland - Prof. Dr. N. Gurriss  
Haukeland Universitetssykehus - RVTS Vest, Bergen, Norge - Dr. D. Nordanger / Dr. V. Johansen  
Uppsala University – NCDP, Uppsala, Sverige – Mrs. K. Bergh-Johannesson  
Tampereen University, Helsinki, Finland – Prof. Dr. R. Punamaki  
SEPET + D, Madrid, Spania – Dr. F. Orenge Garcia  
Zagreb University, Kroatia – Prof. Dr. D. Ajdukovic  
Turkish Psychological Association, Istanbul, Tyrkia - Dr. U. Sezgin

## **Samarbeidspartnere**

University of Warsaw, Polen - Prof. Dr. M. Lis-Turlejska  
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Skottland (Storbritannia) - Dr. C. Freeman  
University of Zurich, Sveits - Prof. Dr. U Schnyder / Dr. L. Wittmann  
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paris, Frankrike - Dr. L. Jehel  
University of Vienna, Østerrike - Dr. B. Lueger-Schuster  
University of Aarhus, Danmark - Prof. Dr. A. Elklit  
WHO Europe, København, Danmark - Dr. Matt Muijen

## TENTS retningslinjer

Retningslinjene har blitt utviklet gjennom en systematisk gjennomgang av foreliggende forskning på psykososial støtte etter større ulykker og katastrofer, samt en "Delphi undersøkelse" som involverte 106 fagpersoner og eksperter fra mer enn 25 forskjellige land. Vi er på det rene med at helsetjenestene i de forskjellige landene varierer mht innhold og organisering. TENTS-retningslinjene anbefales derfor brukt som en modell for støtteytelse i alle europeiske land, fremfor å gjøres obligatoriske. Retningslinjene er utformet med tanke på psykososial bistand i områder med en befolkning på mellom 250 000 og 500 000, men kan også tilpasses områder med større eller mindre befolkning. Retningslinjene er delt inn i seks avsnitt, som dekker planlegging, forberedelser og ledelse; allmenne komponenter, samt spesifikke komponenter for de ulike fasene av innsatsen. Selv om en del av komponentene har et individfokus, må alle deler av den psykososiale oppfølgingen utføres med særlig henblikk på individenes sosiale omgivelser, da særlig deres familie- og gruppetilhørighet.

## 1. Planlegging, forberedelser og ledelse

1. Hvert område bør ha en tverrfaglig og tverretattlig planleggingsgruppe for psykososial støtte. Gruppen bør inkludere profesjonelt helsepersonell med ekspertise innen feltet traumatisk stress, som har ansvar knyttet til psykososial støtte i etterkant av større ulykker og katastrofer. Personer som selv har vært rammet av større ulykker eller katastrofer bør også være representert i gruppen.
2. Hvert område bør ha en plan med retningslinjer for ytelse av psykososial støtte under og etter større ulykker og katastrofer, som er innlemmet i den overordne katastrofeplanen og som blir regelmessig oppdatert.
3. Planlegging og koordinering på tvers av instanser og etater bør finne for å sikre planens effektivitet.
4. Eksisterende psykososiale instanser og støttetjenester bør kartlegges grundig og inkluderes i planen for psykososial støtte.
5. Planen bør testes gjennom øvelser.
6. Ansvarlige politikere og myndigheter bør involveres i trening og øvelser.
7. Det bør opprettes et opplæringsprogram i hvert område, for å sikre at alle involverte er godt forberedt på sine roller og ansvar.
8. Alt involvert personell bør ha gjennomgått formell opplæring, og motta kontinuerlig trening, støtte og veiledning.
9. Innholdet og nivået på opplæringen bør tilpasses rollene og ansvaret til personellet som er involvert i den psykososiale støtte og oppfølging.
10. Personell (profesjonelle og frivillige) bør bli helst bli rekruttert på forhånd, og vurdert med henblikk på deres egnethet for oppgaven.
11. Planleggingsgruppen bør følge med på mulige tegn på sekundær traumatisering og utbrenthet hos støttepersonell, inkludert frivillige.
12. Myndighetene bør bevilge tilstrekkelige midler til å opprettholde en adekvat plan for psykososial støtte, som effektivt kan iverksettes dersom en større ulykke eller katastrofe inntreffer.

## 6. Allmenne komponenter i planen for psykososial støtte

1. Oppfølgingen bør fremme trygghetsfølelse, samhörighet, ro, håp, og følelse styrke og mestring gjennom fellesskapet.
2. De rammedes menneskerettigheter bør tas eksplitt hensyn til
3. Forholdene bør legges til rette for kollektive, kulturelle, åndelige og religiøse helsefremmende aktiviteter.
4. Oppfølgingen bør inkludere generell støtte, tilgang til sosial støtte, samt fysisk- og psykologisk støtte.
5. Oppfølgingen bør involvere, og gi støtte til, familien, i tillegg til individet.
6. Oppfølgingen bør inkludere informasjon om traumereaksjoner og hvordan reaksjonene kan håndteres.

7. Spesifikke formelle intervensjoner, som individuell psykologisk debriefing, for alle rammede, bør ikke forekomme.
8. Formell kartlegging av alle rammede bør ikke forekomme, men man må være oppmerksom på viktigheten av å identifisere personer med betydelige vansker.
9. Dersom lokale ressurser er begrensede, bør man først prioritere på grunnlag av de rammendes behov og deretter andre gruppers behov.
10. Når det er påkrevd, bør oppfølgingen innebære formidling til spesialisert psykologisk og farmakologisk vurdering og oppfølging.
11. Dersom store folkegrupper er berørt, er det nødvendig med selvhjelpsintervensjoner for å kunne møte behovene.
12. Dersom ikke lokale ressurspersoner med kjennskap til lokal kultur og spesifikke folkegrupper allerede er representert i planleggingsgruppen, bør man involvere personer med slik kompetanse.
13. Allmennpraktiserende/lokale leger bør orienteres om mulige symptomer på psykopatologiske etterreaksjoner.
14. Det bør legges vekt på å identifisere de riktige lokale støtteressursene (f.eks. familie, lokalsamfunn, skole, venner, etc.).
15. Andre tjenester, for eksempel tjenester for økonomisk støtte og juridisk rådgiving, bør også stilles til rådighet.
16. Minnestunder/seremonier bør planlegges i samråd med de rammede.

### 3. Spesifikke komponenter for den første innsatsen (i løpet av den første uken)

1. Den første innsatsen krever praktisk og pragmatisk støtte formidlet på en empatisk måte.
2. Informasjon om situasjonen og andre forhold som angår de involverte bør frambringes og videreformidles på en ærlig og åpen måte.
3. Skriftlige foldere med informasjon om vanlige reaksjoner, mestringsstrategier og steder hvor man kan søke hjelp dersom man trenger det, bør gjøres tilgjengelig.
4. Informasjon og opplæring om mulige traumereaksjoner bør gis aktivt til personer som ønsker det.
5. Psykologiske reaksjoner bør normaliseres i denne første tiden.
6. Personer bør verken oppfordres til eller frarådes å gi detaljerte beskrivelser av det de har opplevd.
7. Det bør opprettes en telefontjeneste som gir følelsesmessig støtte, drevet av personell med opplæring.
8. Det bør opprettes en webside med informasjon om psykososiale temaer.
9. Det bør etableres et humanitært støttesenter som tilbyr flere av tjenestene som potensielt sett kan bli aktuelle.
10. Ledere av den første innsatsen bør jobbe tett med media.
11. Det bør vurderes å opprette en database for håndtering av personopplysninger.

#### 4. Spesifikke komponenter for den tidlige oppfølgingen (i løpet av den første måneden)

1. Personer med psykososiale problemer bør kartlegges formelt med tanke på videre oppfølging.
2. Behandling med traumefokusert kognitiv atferdsterapi bør gjøres tilgjengelig for personer med akutt stress disorder (ASD) eller alvorlig PTSD.
3. Evidensbaserte intervensjoner bør gjøres tilgjengelig for personer med andre psykiske problemer.
4. Personer med høyt stressnivå (distress) bør kontaktes proaktivt for å sikre at kontakten opprettholdes.
5. Rammene og deres familier bør få mulighet for videre proaktiv kontakt.

#### 5. Spesifikke komponenter for oppfølgingen en til tre måneder etter katastrofen

1. Personer med psykososiale problemer bør kartlegges formelt av kompetente profesjonelle med henblikk på fysiske, psykiske og sosiale behov, før de mottar spesifikk behandling.
2. Behandling med traumefokusert kognitiv atferdsteori (TF-CBT) bør gjøres tilgjengelig for personer med akutt PTSD, og anbefales som beste behandlingsmetode.
3. Annen evidensbasert behandling for kronisk PTSD bør gjøres tilgjengelig dersom TF-CBT ikke er tilgjengelig eller ikke tolereres.
4. Evidensbaserte intervensjoner bør gjøres tilgjengelig for personer med andre psykiske problemer.
5. Personer med høyt stressnivå (distress) bør kontaktes proaktivt for å sikre at kontakten opprettholdes.
6. Rammene og deres familier bør få mulighet for videre proaktiv kontakt..

#### 6. Spesifikke komponenter for den videre oppfølgingen (fra tre måneder og videre)

1. Personer med psykososiale problemer bør kartlegges formelt av kompetente profesjonelle med henblikk på fysiske, psykiske og sosiale behov, før de mottar spesifikk behandling.
2. Evidensbaserte intervensjoner for personer med psykiske problemer bør gjøres tilgjengelig.
3. Arbeids- og rehabiliteringsmuligheter bør foreligge (evt. etableres) for å hjelpe de rammende til å gjenvinne selvstendighet og å tilpasse seg hverdagen igjen.
4. Detaljert planlegging sammen med lokale og nasjonale myndigheter, samt tilgjengelige støttetjenester, bør finne sted for å finansiere og yte ytterligere tilskudd til støtte for lokal innsats i flere år etter katastrofen.

© Copyright Cardiff University November 12th 2008



TENTS