

Praktisk organisering av psykososialt støttearbeid: Hvordan kan vi unngå de viktigste feilene?!

Atle Dyregrov, Karl Dyregrov og Dag Nordanger

Dr. philos. Atle Dyregrov er spesialist i klinisk psykologi og daglig leder for Senter for Krisepsykologi ved Universitetet i Bergen, Norge. Han har arbeidet spesielt mye med barn som opplever tap og traumer, og oppfølging av familier som mistet barn. I tillegg har han arbeidet ved en rekke større ulykker og katastrofer i både inn- og utland, og vært konsulent for Røde Kors, Redd Barna, FNs høykommisær for flyktninger og Unicef. Han har skrevet flere bøker, og en rekke bokkapitler og faglige artikler innen kriseområdet.

Dyregrov A.

"Organisation of support. How to avoid common mistakes"

Scand J Trauma Emerg Med 2002; 10 (1): 11-13

People who experience trauma or sudden loss want early help, outreach help, continuity in helpers, competent and qualified helpers, information about the event and potential reactions, possibility to meet with others who experienced the same or a similar situation, and help over time. To ensure this the following structures must be in place; adequate psychosocial emergency plans, written checklists, good leadership in local community planning with a crisis team or coordinator for the services, a designated contact person in the health care system, good psychoeducational material, and early cooperation between professions. People who experience trauma and loss often benefit from meeting others in comparable situations. Psychological debriefing meetings can be helpful for survivors, colleagues and others, but require skilled leadership, adequate timing and thoughtful group composition. While such meetings take place within the first week after an event, bereaved usually will not benefit from grief groups until much later. A main task in all good follow-ups is empowering families and their social network, and mobilizing resources in the community.

Correspondence

Atle Dyregrov PhD

Center for Crisis Psychology

Fabrikkgaten 5

N-5059 Bergen

Norway

Email: atle@uib.no

Innledning

Ved Senter for Krisepsykologi har vi sett på hva norske kommuner tilbyr kriserammete som opplever barneulykker, selvmord og plutselig spedbarnsdød (1). Vi har undersøkt hvordan barn og voksne etterlatte opplever måten de blir ivare tatt på, og ønskene de har om ivaretagelse.

De kriserammete har klare ønsker:

- tidlig hjelp
- aktiv og oppsøkende hjelp – at hjelpen "strekker seg ut" for å møte dem
- stabilitet og kontinuitet hos helperne
- hjelpen må ha kompetanse og kvalitet
- hjelpen må være fleksibel og individuelt tilpasset
- mulighet til å møte andre som har vært i samme situasjon
- informasjon om vanlige reaksjoner, veiledning i viktige spørsmål (f.eks. besøk på ulykkesplass og syning)
- hjelp over tid

Disse ønskene bør vi legge til grunn for arbeidet når vi skal lage gode rutiner for mennesker i traumatiske kriser - både for de som er på sykehus eller i primærhelsetjenesten. Skal disse prinsippene realiseres, må de være bygget inn i lokale beredskapsplaner, med skriftlige prosedyrer for aktivering og ansvarsfordeling. Slike prosedyrer må sikre det viktige samspillet mellom første- og annenlinje-tjenesten. Våre studier har også vist at følgende strukturer er gode virke-midler for god lokal kriseberedskap:

- gode psykososiale beredskapsplaner med skriftlige rutiner for aktivering
- sjekklister for de skriftlige rutiner, inkludert rutiner mellom første- og annenlinje-tjenesten
- god ledelse for den lokale kriseberedskap enten ved kriseteam eller koordinator
- fast kontakt for familie eller person i hjelpeapparatet
- godt informasjons- og opplæringsmateriell
- tidlig samarbeid mellom profesjonene

I det akuttmedisinske arbeidet utgjør alle som kommer i kontakt med pasient eller pasientens familie et viktig ledd i den psykososiale hjelpeskjede eller "overlevelseskjede". Selv om for eksempel ambulansemannskap ute på et åsted ikke står direkte ansvarlige for koordinering av den psykososiale hjelpen over tid, er det avgjørende at alle som deltar i arbeidet med kriserammete og deres familier har en felles forståelse av hva som er viktig for at familien skal få en god plattform for krisearbeidet sitt.

Beredskapsplanen må sikre en god koordinering

Det viktigste er å sikre adekvat oppfølging av familien gjennom en god koordinering mellom ulike hjelpeinstanser. Dette forutsetter at det finnes en god kommunal beredskapsplan som kan samordnes med de planene og rutinene som for eksempel sykehusets akuttmottak har. Muligheten for tidlig koordinering er gode i Norge, fordi det aller meste av slike akutte traumatiske kriser kanaliseres

Den lokale krisberedskapen må være godt ledet

Den familien som rammes av en traumatisk krise må sikres koordinert oppfølging enten det gjelder en hendelse som håndteres av det kommunale kriseteam eller oppfølging skjer inne på en sykehusavdeling. På sykehuset skjer dette best ved stabilitet blant de personer som pasienten og familien forholder seg til for ny informasjon. Kontinuitet f. eks. via en kontaktsykepleier som sikrer at de får nødvendig informasjon og støtte skaper en omsorgsfull ramme, og hindrer forvirring når informasjon kommer fra mange kilder. Etter utskrivning fra sykehus vil oppfølgingskontakten variere mht helseens karakter. En familie som har mistet et familiemedlem bør ha et minimum av oppfølgingsamtaler i etterkant, f. eks. etter 1, 6 og 13 måneder, for å sikre at både omsorgs-, støtte- og eventuelle informasjonsbehov ivaretas. Mens første oppfølgingsamtale i mange tilfelle vil være ved sykehuset pasienten døde, vil primærhelsestjenesten ved allmenlege eller medlemmer av lokale kriseteam være sentrale ved senere oppfølging. I den grad det finnes kommunepsykologer eller familieleverkontorer som har engasjert seg på kriseseamlandet kan disse være aktuelle som ledere av familieseamtaler. Ved alle disse kontaktpunkter kan videre henvisning vurderes om familiemedlemmer sliker andre kronisk sorg, posttraumatiske stresslidelser eller andre funksjonsbegrænsende vansker. En oppgradering av oppfølgingspersoners kunnskap om slike problemer og

Det er åpenbart at gode, konkrete sjekklistor sikrer at informasjonssustrømmen blir effektiv. I små kommuner er det en fare for at en kan stole for mye på de "små oversiktlige forhold", slik at manglende formalisering av rutinene gjør systemet sårbar, f. eks. ved sykdom. Sjekklistor motvirker at det skjer "glipp" og at aktiviteter eller mennesker glemmes. Pulverisering av ansvar er alltid en fare på det psykososiale området. Et punkt med fast oppfølgingsperson i sjekklistene, sikrer at noen tar ansvar for at oppfølging skjer og at den koordineres, noe kriserammede har påpekt som en klar mangel ved eksisterende oppfølging. En kontakt-sykepleier kan ha denne funksjonen på et sykehus, mens en helsestøt eller psykiatrisk sykepleier kan ivareta funksjonen ute i primærhelsestjenesten

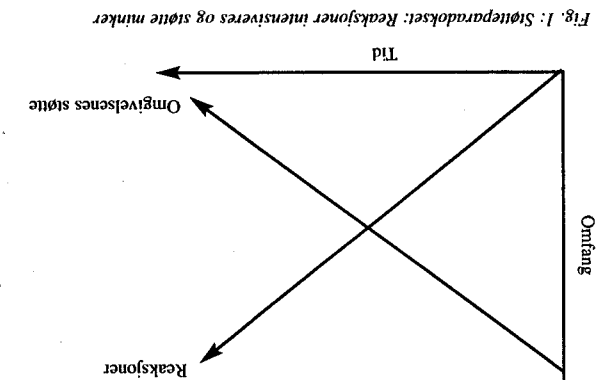
gjennom sykehusenes AMK-sentraler. Sykehusenes kriseplaner må derfor integreres med planene til alle organisasjoner eller hjelpeinstanser som skal samspille. Om det skjer en tragisk ulykke med en gruppe ungdommer natt til søndag hvor en eller flere omkommer, må det være bygget inn i beredskapsplanen tidligst mulig utveksling av konkret informasjon mellom sykehuset og ulike kommunale og/eller statlige virksomheter. Dette kan for eksempel innebære å sikre at rektor på den eller de aktuelle skoler tidlig blir informert slik at sørgende ungdommer kan ivaretas, enten ved at skolelokaler åpnes søndagen, i alle fall slik at lærerne står rustet til å ta de elevene som kommer til skolen. Prinsippene for slikt nettverksarbeid er allerede nedfelt i standard retningslinjer for den medisinske

nødmeldingstjenesten i Norge (2).

God informasjon er nøkkelen til god egenestring!

Straks akuttmedisinsk personell kommer til et hjem i forbindelse med alvorlig sykdom, skade eller død, har de en viktig oppgave med å berolige mennesket som er i sjokk. Det kan hjelpe å kommentere reaksjonen hos f. eks. en ektefelle som virker uberørt av sin kjæres død: "Du synes kanskje det er rart at du ikke reagerer mer enn det du gjør, men det er fordi det som har hendt kommer som et sjokk som lar deg holde alt sammen på avstand, slik at du litt etter litt kan ta inn det som har hendt. Da kan det ta litt tid før følelsene kommer selv om de rundt deg gråter". Vanligvis er det imidlertid ikke i akutsituasjonen at informasjon om vanlige reaksjoner skal formidles. Det er ofte så mye å forholde seg til like etter et

Mens kriserammede opplever stor oppmerksomhet fra sin familie, sitt øvrige nettverk og fra hjelpeapparatet tidlig etter kriseshendelsen, i den perioden da de delvis er beskyttet av en følelse av uvirkelighet, er støtten mindre over tid da mange kjerner sterkere på reaksjoner som savn og lengsel eller redsel for at nye ting skal skje. Den som er ansvarlig for koordinering fra kommunens side må selvfølgelig ha gode kunnskaper om det lokale hjelpeapparat, inkludert hjelpe-tilbud som f. eks. sorgrupper arrangert av frivillige organisasjoner, men i tillegg må det bygges inn screening enten i form av intervju eller spørreskjema som sikrer mer spesifikk oppfølging når det er nødvendig. Dessverre er kunnskapen om spesifikke hjelpemetoder (f. eks. trauma-terapi og terapi for komplisert sorg) ikke tilstrekkelig i mange norske kommuner og byer, men forhåpentlig vil dette endre seg i tiden som kommer, ikke minst fordi Statens Helsestusyn har begynt å arbeide med dette området.



Sykehuset bør tidlig overføre ansvar for oppfølging til det lokale nettverk – og de kriserammede må vite hvem som overtar i lokalsamfunnet, for eksempel deres fastlege. Der sykehuset ikke har vært innkoblet, må lokalsamfunnet sikre at en koordinator eller en person i kriseteamet står ansvarlig for at familien sikres den oppfølging som er nødvendig. Det er som tidligere beskrevet særlig her at mange kriserammede er utlitt med eksisterende hjelp, fordi den ofte strekker seg over for kort tid og ikke er der når det virkelig er behov for mer hjelp. I figur 1 er dette illustrert.

eventuelle screeningsmetoder vil mange steder være helt nødvendig.

traumatisk tap eller en annen traumatisk krise, at informasjon ikke fester seg. Med litt mer avstand til det traumatiske toppunkt kan tiden være inne for å formidle "psykopedagogisk" informasjon. Psykopedagogisk informasjon kan innebære informasjon om:

- Vanlige emosjonelle, kognitive og atferdsmessige reaksjoner på den type hendelse de har erfart
- Forberedelse på ritualer, retur til hendelses- eller ulykkessted
- Offentlige hjelpetilbud, økonomiske støtteordninger og juridisk hjelp, sorggrupper og støtteorganisasjoner som "Landsforeningen for etterlatte etter selvmord" (LEVE), "Landsforeningen til støtte ved krybbedød" (LsK) og "Vi som har et barn for lite"
- Sosiale nettverksreaksjoner som kan forventes
- Barns reaksjoner
- Reaksjoner og ulikt forløp over tid, og ved dødsfall; forberedelse på passering av årstider og høytider
- Håndteringsråd i forhold til krisereaksjonene

Slik informasjon kan med fordel formuleres i skriftlig materiell som bør være tilgjengelig på sykehusavdelinger, helsestasjoner, legekontorer og i ambulansetjenesten. Det har liten hensikt å liste opp symptomer for de kriserammede. Det kan øke faren for "selvoppyllende profetier". Det viktige er å fremheve at reaksjonene som kommer er normale, men at en ikke behøver å få visse typer reaksjoner for å være "normal". Det er heller ikke slik at all informasjon og råd nevnt over skal formidles i løpet av første uken etter hendelsen. God "timing" er essensiell, bl.a. i forhold til å lære dem håndteringsstrategier. Det er først nødvendig med gode instruksjoner i avslapnings- eller søvnteknikker om de har vansker på dette området. I flere undersøkelser fremheves det å ha "et kart over terrenget" en går inn i som svært vesentlig for håndtering av tiden etter krisehendelser.

Godt å møte andre i samme situasjon

Mange kriserammede legger vekt på hvor viktig det er å få mulighet til å møte andre som har opplevd samme eller lignende situasjon som dem selv. Sammen med dem kjennes en spesiell gruppetilhørighet. Dette blir spesielt betydningsfullt når andre går videre i sine liv, mens de selv fremdeles sliter, enten det er etter dødsfall eller andre traumatiske situasjoner. Etter ulykker som rammer arbeidsgrupper, skole- eller ungdomsgrupper o.l., har bruk av såkalte debriefingsgrupper nettopp imøtekommet de behov som mange kjenner for å komme sammen i etterkant av kritiske hendelser. Ikke bare gir slike møter mulighet for sammenligning med andre (normalisering), men de kan gi et viktig bidrag til å få oversikt og helhet i hva som skjedde, samtidig som de tillater at ulike aspekter ved et dødsfall eller annen hendelse gis ord. Korte møter uten noen form for oppfølging har med rette blitt kritisert som lite formålstjenlig (3), mens godt ledede og gjennomførte møter som ledd i en god omsorgstrategi som består av flere komponenter (bl.a. mulighet til samtale like etter hendelsen, mobilisering av kollegastøtte, omsorg fra ledere, oppfølgingsmøter) har vist seg svært verdifulle (4,5).

Det er likevel svært viktig at kriserammede i oppfølgingsgrupper stimuleres til å bruke og opprettholde sine sosiale nettverk.

De som mister nære familiemedlemmer vil vanligvis ha liten nytte av gruppeaktivitet sammen med andre etterlatte i den aller første tiden etter dødsfallet. De kan selvfølgelig samles i informasjonsmøter, men deltagelse i sorggrupper eller sorgsamlinger (f.eks. etter ulykker hvor flere eller mange døde) er vanligvis behov som først melder seg når den første måneden har passert eller senere. Det er mange, men ikke alle, som ønsker en mulighet til å treffes med andre, og viktig at kommunale eller frivillige tilbud om slike sorggrupper er tilgjengelige. Her vil interkommunale tilbud være viktige der befolkningsgrunnlaget (og antall dødsfall) vanskeliggjør et stort nok deltagerantall. Erfaringer tilsier at 6-8 personer utgjør en passelig gruppestørrelse, at homogenitet i type dødsfall er en fordel (f.eks. egne grupper for de som har opplevd plutselige dødsfall, og hvis antallet tillater, egne grupper for de som har mistet sine i ulykker eller i selvmord). Godt skolerte ledere, et fast antall møter (f.eks. 6 til 8) med faste tema synes også å være formålstjenlig.

Konklusjon

Etter traumatiske kriser og tap stilles det store krav til organisering og koordinering for å sikre at de rammede ivaretas på den psykososiale siden. Mens den umiddelbare ivaretagelsen av kriserammede har blitt god i nordiske land, er kriserammede selv ikke fornøyd med den oppfølging som skjer over tid. Her er det et spørsmål om tidlig, god koordinering mellom akuttinstansene (ambulansetjenesten, AMK-sentralene, akuttmottakene og sykehusavdelinger med ansvar for akuttsituasjoner) – og lokalsamfunnets ressurser. Vi trenger også en bedre forståelse for de problemer mange strir med over tid, slik at vi unngår "støtteparadokset" og sikrer bedre hjelp når den tunge hverdagen skal leves – etter at selve "krisen" er over. De fagpersonene som møter mennesker i akuttfasen spiller også en viktig rolle også i oppfølgingsfasen, f.eks. ved sin kunnskap om ulykken, redningsarbeidet, men vil da ofte supplere andre hjelpere som primærlege og fagfolk innen det mentale hjelpeapparatet som skal sikre at ikke krisehendelsene senker menneskers funksjonsnivå unødige.

Referanser

1. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. *Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak*. 2000. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen.
2. *Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp*. 1999. Kort 24. *Krisehjelp*. 2. utg.
3. Deahl M. *Psychological debriefing controversy and challenge*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000; 34:929 – 939.
4. Dyregrov A. *Psychological debriefing – An effective method?* *Traumatology*. 1998; 4:2, Article 1.
5. Everly GS, Flannery RB, Mitchell JT. *Critical Incident Stress Management (CISM): a review of the literature*. *Aggression and Violent Behaviour*. 2000; 5: 23-40.