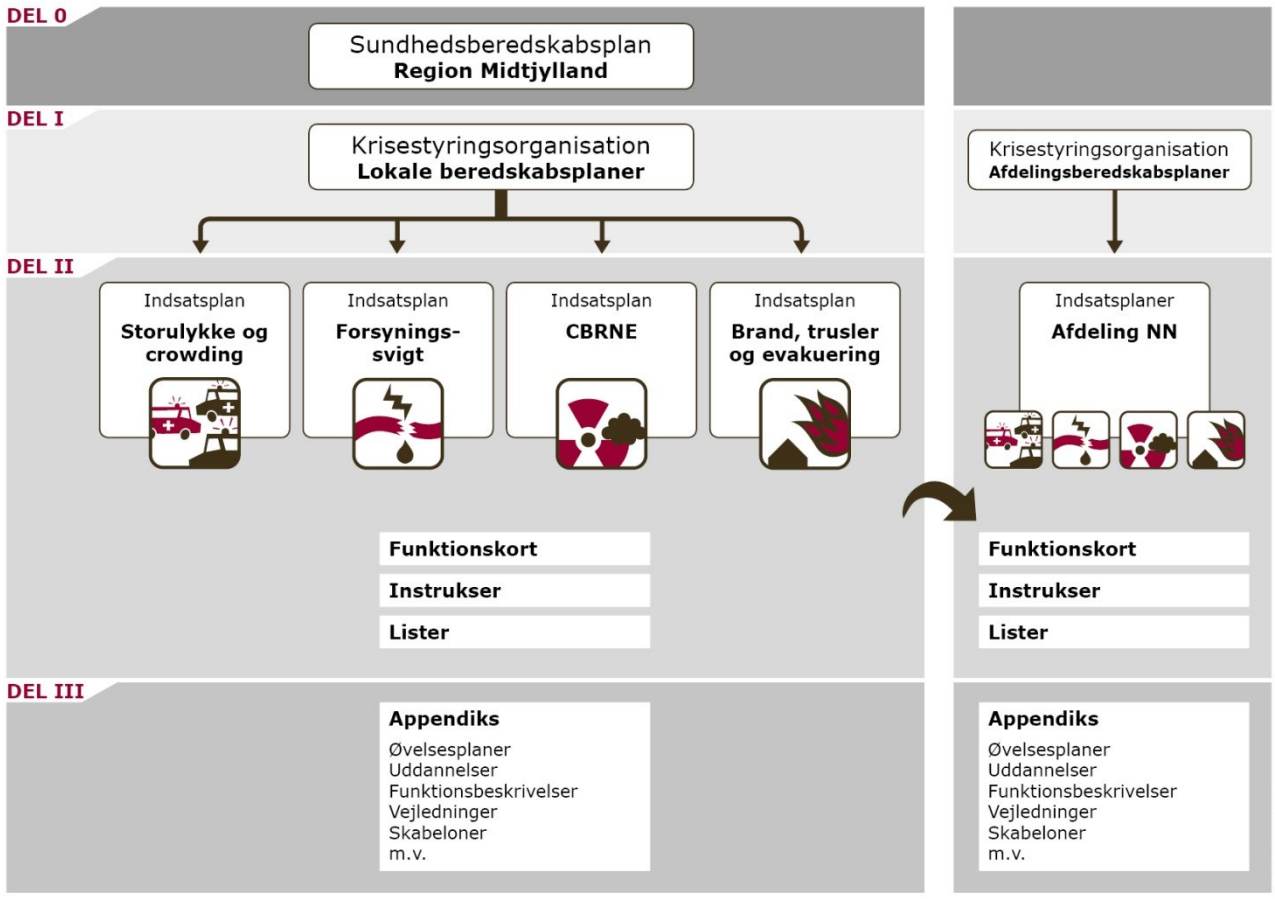
Den Psykosociale Indsats

DEL I -2
Den Psykosociale Indsats



Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse 2
Forord 4
1.0 Hvad er den psykosociale indsats? 5
1.1 Ansvar for planlægning 5
1.2 Beredskabsforpligtelse 6
1.3 Indsatssteder 6
1.4 Organisationsplan 6
1.5 Beredskabets organisation og ledelse 6
1.6 Den Psykiatriske Beredskabsledelse 6
1.7 Beredskabets størrelse 7
2.0 Alarmering/aktivering af beredskabet 8
2.1 Flowchart for aktivering af den psykosociale indsats 9
2.2 AMK-funktionen 10
2.3 Aktiveringssituationer 10
3.0 Praktisk udførelse af den psykosociale indsats 10
3.1 Kriseteams 10
3.2 KOP-funktionen 11
3.3 Praktikergruppen 12
3.4 Logførergruppen 12
3.5 Vedligeholdelse af grupperne 12
3.6 Børnepasningsmuligheder og forplejning af personale 12
3.7 Evaluering af indsatsen 12
4.0 Økonomi 13
5.0 Beredskabsfaser 13
5.1 Den akutte indsats 13
5.2 Den opfølgende indsats 13
6.0 Oprettelse af evakuerings- og pårørendecenter (EPC) 14
6.1 Formålet 14
6.2 Deltagende parter 15
6.3 Placering – lokaler 15
6.4 Intern kommunikation 15
6.5 KOP EPC 15
6.6 Registrering 16
6.7 Adgangskontrol 16
6.8 Pressen 16
8.0 Funktionskort/Instrukssamling 17
8.1 Funktionskort for KOP (Koordinerende Psykiatrisk kontaktperson) 17
8.2 Modtageren af alarmen (forvagt/bagvagt 19
8.3 Funktionskort – beredskabsledelse ved aktivering 20
8.4 Medarbejdere i indsatsområdet (ikke i EPC) 22

8.5 Funktionskort for Logføreren 22
8.6 Funktionskort: Praktiker 23
8.7 Instrukser vedr. evakuerings- og pårørendecenter 24
8.7.1 KOP i EPC 24
8.7.2 Registrerings- og triagehold 25
8.7.3 Instruks for kriseteam i evakuerings- og pårørendecenter 25
8.8 Psykosocial indsats på somatisk sygehus 26
8.9 Ti gode råd til kriseteam og indsatspersonale 27
8.10 Indhold af tasker 28
9.0 Bilag 29
9.1 Organisationsdiagram for det samlede sundhedsberedskab 29
9.2 Flowdiagram for aktivering af den psykosociale indsats 30
9.3 Kriseintervention 31
9.3.1 Den akutte fase 31
9.3.2 Efterbehandling 33
9.5 Minutrapport 37
9.6 Modtagelse af anmeldelsen 39
9.7 Ordliste 40

Forord

Hermed præsenteres Region Midtjyllands beredskabsplan for den psykosociale indsats.

Den psykosociale indsats var tidligere kendt som det kriseterapeutiske beredskab.[1] Da der i kriseberedskabets akutte fase kun ydes krisestøtte – og ikke kriseterapi – var navnet dog misvisende.

Den psykosociale indsats er en del af det samlede sundhedsberedskab. Der er således i den foreliggende plan et direkte konneks til den regionale sundhedsberedskabsplan.

Selve planen indeholder generelle bestemmelser og organisering af beredskabet, mens der tilhørende beredskabet er:

- Funktionsbeskrivelser samt aktiveringer
- Bestemmelser vedr. oprettelse af Psykosocialt Støttecenter
- Instrukser til medarbejdere i beredskabet
- Bilag (organisationsplan m.m.)

Psykiatriens hospitalsledelse (HL) har det overordnede ansvar for beredskabet.

Ifølge Beredskabslovens § 57 skal "*offentligt ansatte og ansatte i offentlige og private virksomheder og institutioner […] udføre de opgaver inden for redningsberedskabet og den civile sektors beredskab, der pålægges dem*".

Dele af personalet, der indgår i beredskabet for den psykosociale indsats, skal deltage i kurser og øvelser. Afdelingsledelser orienteres om sådanne tiltag.

(Red. Tilrettet januar 2022 efter opsplitning af Psykiatri og Social – Psykiatri og Social ændret til Psykiatrien etc. Den oprindelige plan er godkendt af daværende psykiatri- og socialledelse og efterfølgende politisk godkendt ved Regionsrådet.)

[1] Jf. Sundhedsstyrelsen: https://www.sst.dk/da/planlaegning/sundhedsberedskab/psykosocial-indsats-ved-beredskabshaendelser, 2017

1.0 Hvad er den psykosociale indsats?

Den psykosociale indsats kan defineres som sundhedsvæsenets evne til at yde psykosocial omsorg og støtte, identificere behandlingsbehov og yde krisebehandling ved større ulykker og tilsvarende hændelser, som kan have psykiske konsekvenser for implicerede, pårørende eller tilskuere[2].

Formålet med den psykosociale indsats er at forebygge, at en normal reaktion på en usædvanlig voldsom hændelse, som f.eks. katastrofe, krig, transportulykke af større omfang o.l., udvikler sig til en sygelig tilstand.

1.1 Ansvar for planlægning

Ansvaret for planlægningen af den psykosociale indsats påhviler regionerne. Som det fremgår af lovbekendtgørelse 2016-28-06 nr. 971 om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. er: Regionsrådet […] ansvarlig for at planlægge for og opbygge et sundhedsberedskab. Den psykosociale indsats er en del af dette sundhedsberedskab[3].

Regionerne er således forpligtede til både at planlægge den psykosociale indsats og at varetage den psykosociale indsats i samarbejde med andre relevante parter, herunder andre myndigheder: Kommuner, politi, o.l.[4].

De somatiske hospitaler i Region Midtjylland har ansvaret for at varetage behandlings- og omsorgsopgaver over for patienter og pårørende, der har været udsat for ulykker, pludselig sygdom eller dødsfald. Den psykosociale indsats træder i kraft i forbindelse med ulykker, som har karakter af en katastrofe/hændelse med et stort antal direkte berørte, og hvor behovet for akut psykologisk krisehjælp ikke kan dækkes via det almindelige kriseberedskab.

De berørte skal sikres:

- praktisk hjælp i den akutte krise
- psykisk omsorg og støttende samtaler individuelt og i grupper
- information om krisereaktioner og hjælpemuligheder

---

[2] Nærmere herom i Sundhedsberedskabs- og Præhospitalsplanen s. 43-46, samt Kriseterapeutisk beredskab – en vejledning i sundhedsberedskabsplanlægning, 2013, og Styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser, 2014. (Sundhedsstyrelsen).
[3] Jf. bekendtgørelsens kapitel 1 § 2
[4] Kriseterapeutisk beredskab – en vejledning i sundhedsberedskabsplanlægning, 2010. Se i øvrigt regionsrådets anbefalinger i Psykiatriplan af april 2008 s. 44.

- observation/vurdering af krisereaktioner med henblik på iværksættelse af relevant krisehjælp
- eventuel henvisning/visitation til psykologisk debriefing eller anden hjælp
- endvidere søges udskilt de personer, over for hvem der efterfølgende skal iværksættes et egentligt behandlingsforløb.

Bistanden omfatter især den akutte fase i de første døgn efter katastrofen/hændelsens indtræden samt rådgivning/planlægning af opfølgende støtte/bearbejdning af hændelsen.

1.2 Beredskabsforpligtelse

Hjælpen skal alene ydes over for de direkte berørte, det vil sige:

- overlevende
- efterlevende
- hospitalsvæsenets personale
- andre nærtstående personer

1.3 Indsatssteder

Den katastrofepsykiatriske bistand kan indsættes på:

- indsatsområdet
- somatiske hospitaler
- et særligt etableret evakuerings- og pårørendecenter (EPC) (uden for de psykiatriske afdelinger)
- EPC etableret på en af de psykiatriske afdelinger.

1.4 Organisationsplan

Se bilag 9.1 for organisationsdiagram, hele sundhedsberedskabet
Se bilag 9.2 for flowdiagram for aktivering af den psykosociale indsats

1.5 Beredskabets organisation og ledelse

Det overordnede ansvar for planlægningen af den psykosociale indsats i Region Midtjylland er placeret hos Psykiatriens hospitalsledelse. Hospitalsledelsen har uddelegeret planlægningen af katastrofeindsatsen til den Psykiatriske Beredskabsledelse samt etableret rammerne for den psykosociale indsats.

I katastrofesituationer udgøres den krisepsykiatriske ledelse således af den Psykiatriske Beredskabsledelse, hvori hospitalsledelsen er repræsenteret.

1.6 Den Psykiatriske Beredskabsledelse

Den psykiatriske beredskabsledelse har som formål at koordinere den samlede psykosociale indsats i Region Midtjylland. Herunder at sikre vedligeholdelsen af planer, uddannelse af personale, deltagelse i beredskabsøvelser samt evt. koordination med eksterne samarbejdspartnere.

Beredskabsledelsen kan ved aktivering ligeledes udføre sparring med KOP'en ift., hvordan psykiatrien udfører den psykosociale indsats i det konkrete tilfælde.

Beredskabsledelsen består af:

- HL samt afdelingsledelsen (AL) for den afdeling, der alarmeres af AMK. Disse indgår i beredskabsledelsen for at sikre det overordnede ledelsesansvar samt træffe afgørelser, såfremt større omfattende beslutninger for psykiatrien skal foretages i forbindelse med en katastrofehændelse.

- Den faglige beredskabsleder. Denne skal sørge for validiteten af planer og alarmeringsgange samt udøve sparring til den aktiverede KOP.

Oversigten over faste medlemmer - samt afdelingsledelserne – fremgår i E-dok.

Herudover er en administrativ medarbejder fra Psykiatristaben tilknyttet den Psykiatriske Beredskabsledelse ift. sekretariatsbetjening af beredskabet.

1.7 Beredskabets størrelse

Størrelsen af den psykosociale indsats, og dermed antallet af medarbejdere, der indkaldes, fastsættes på baggrund af hændelsens størrelse samt KOP's vurdering på selve indsatsstedet.

Det er afdelingsledelsernes ansvar at vedligeholde de enkelte afdelingers beredskaber.

Den Psykiatriske Beredskabsledelse er ansvarlig for at der afholdes undervisningsdage for hele eller dele af beredskabet. Herved kan nye psykiatriske kontaktpersoner (KOP'er) indføres i organiseringen af beredskabet, mens erfarne KOP'er kan vedligeholde kompetencer. Beredskabsledelsen er ansvarlig for at der løbende afholdes øvelsesdage med somatikken.

1.8 Snitflader til det kommunale beredskab

Såfremt både Region Midtjylland og de tilhørende kommuner aktiveres er de forpligtede til at "*koordinere deres indsats*"[5]. I forhold til den psykosociale indsats skal kommunerne planlægge for krisestøtte og social assistance, og regionen skal planlægge for krisestøtte og psykosocial indsats.[6] Da såvel regionen som kommunerne har ansvaret for krisestøtte i den akutte fase, aftales de konkrete snitflader med kommunen i klyngesamarbejdet.

[5] Samarbejde mellem region og kommuner om den psykosociale indsats, Sundhedsstyrelsen, 2017
[6] Planlægning af sundhedsberedskab, Sundhedsstyrelsen, 2017.

I den akutte fase har regionen og kommunerne følgende ansvar:

Region Midtjylland
Det er som nævnt regionens ansvar at udarbejde en plan for den psykosociale indsats, og at dette indgår som en naturlig del af regionens samlede sundhedsplanlægning. Det er således Region Midtjyllands ansvar at der eksisterer et velfungerende kriseberedskab med klare alarmeringsprocedurer, der er ledelses- og koordineringsmæssigt velforankrede, og at overgangen mellem de enkelte faser sker problemfrit.

Kommunerne
Ifølge Sundhedsloven § 210 har kommunerne ligesom regionen forpligtelse til at planlægge og gennemføre foranstaltninger, der sikrer den nødvendige behandling af syge og tilskadekomne i ulykkes- og katastrofetilfælde. Udover at yde en indsats for at beskytte borgerne og deres ejendom i disse tilfælde[7], består kommunernes beredskab i at modtage, indkvartere og forpleje evakuerede og andre nødstedte, samt yde økonomisk bistand (husly, tøj o.l.)[8].

2.0 Alarmering/aktivering af beredskabet

I den akutte situation er det centralt, at koordinationen sker så hurtigt som muligt. Det er derfor vigtigt, at aktiveringsmåden af den psykosociale indsats er så entydig som mulig.

Alarmering og aktivering af den psykosociale indsats skal altid ske via Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK). Alarmeringen foregår ved, at AMK alarmerer den afdeling, der geografisk er nærmest placeret indsatsstedet.

Bemærk, at psykiatriens eksterne beredskab kan vælge en af følgende 3 interventioner ved aktivering:

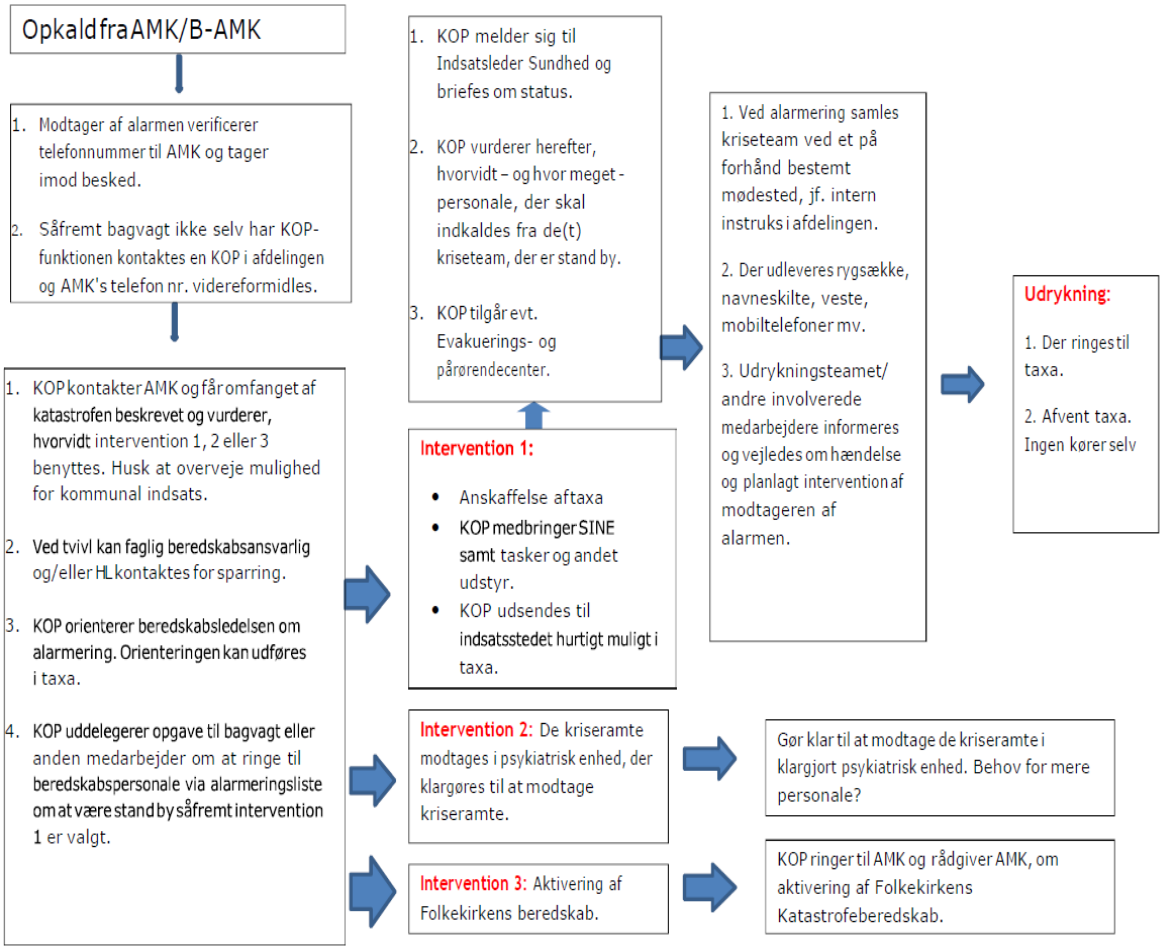
- Udrykning af KOP med kriseteams værende stand by
- Klargøre psykiatrisk enhed til at modtage kriseramte. Der kan evt. være behov for øget normering
- Ring og meddel AMK, at folkekirkens beredskab skal aktiveres

[7] Jf. Beredskabsloven § 12.
[8] Kriseterapeutisk beredskab – en vejledning i sundhedsberedskabsplanlægning, 2010, s 8.

Valget skal træffes på baggrund af den konkrete situation og på baggrund af den udarbejdede retningslinje i E-dok. Beslutningen træffes af den alarmerede KOP - evt. i samråd med den Psykiatriske Beredskabsledelse.

Alarmeringsgangen er skildret i nedenstående flowchart:

2.1 Flowchart for aktivering af den psykosociale indsats



Bemærk, at kriseteams er placeret efter fysiske matrikler, hvorfor Aarhus udsender fælles kriseteams.

2.2 AMK-funktionen

I tilfælde af større hændelser og katastrofer aktiveres sundhedsberedskabet af Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK), der har den overordnede koordinerende rolle i sundhedsberedskabet, og om nødvendigt står for aktiveringen af den psykosociale indsats[9].

2.3 Aktiveringssituationer

Alarmering og aktivering af den psykosociale indsats vil ske enten ved en umiddelbar akut katastrofe/hændelse, eller som en varslet situation.

Den **akutte** katastrofe/hændelse:
Aktiveringen af den psykosociale indsats vil altid ske via AMK/B-AMK.
Alarmeringen og aktiveringen kan ske i forbindelse med et indsatsområde/ulykkessted, på grund af anmodning fra den somatiske akutmodtagelse eller i forbindelse med terrortrusler.

En **varslet** katastrofe/hændelse:
I tilfælde af katastrofer/ulykker i udlandet vil den Internationale Operative Stab være aktiveret. Sundhedsstyrelsen indgår i denne og vil via AMK aktivere den psykosociale indsats. Der vil således være en længere planlægningsfase for iværksættelsen af beredskabet. Region Midtjyllands beredskab skal varetage modtagelsen i lufthavnene Karup og Tirstrup, ligesom modtagelsen kan ske ved færge- og busterminaler.

3.0 Praktisk udførelse af den psykosociale indsats

Aktivering af den psykosociale indsats er en aktivering af psykiatriens eksterne beredskab. Kriseteams på fysiske matrikler kan aktiveres ved større krisehændelser. I regionens sundhedsberedskabsplan kan dette kategorisk være gældende ved *Storulykker og Crowding, CBRNE-ulykker* samt *Brand, Trusler og Evakuering*.

3.1 Kriseteams

Kriseteams er placeret på hver afdeling i Region Midtjylland, og består af følgende funktioner: KOP-funktionen, praktiker-funktionen og en logfører-funktion. Afdelingerne i Aarhus er organisatorisk samhørende og har derfor fælles kriseteams. Kriseteams har ikke en fast størrelse, men vil variere ift., hvor meget personale, der skal anvendes i den

[9] Håndbog om sundhedsberedskab 2008 s. 22.

konkrete situation. Kriseteams udsendes i de tilfælde, hvor intervention 1 er valgt, jf. flowdiagram ved alarmering, pkt. 2.1.

Det tilskyndes at der indmeldes tilstrækkeligt personale til beredskabet, da der kalkuleres med, at en del personale ikke kan deployeres til indsatsområdet ved alarmering. Kan der ikke indkaldes tilstrækkeligt personale, bør afdelingen tilkalde anden psykiatrisk afdeling for assistance. Brug da afdelingens indmeldte alarmeringsnummer, hvilket er tilgængeligt i E-dok.

Nedenfor redegøres der for funktionerne i et kriseteam. Det forventes, at medlemmer uden uddannelse i beredskabet kan varetage både praktikerfunktionen og logførerfunktionen ved aktivering.

3.2 KOP-funktionen

Der er mindst to Koordinerende Psykiatriske kontaktpersoner (KOP) i hver psykiatrisk afdeling. Ved alarmering vælger KOP, hvorvidt option 1, 2 eller 3 skal aktiveres i den psykosociale indsats. Ved tvivl kan den psykiatriske Beredskabsledelse kontaktes ift. sparring.

Ved valg af option 1 har KOP til ansvar at overvåge og koordinere den psykosociale indsats i indsatsområdet, opsamlingsstedet eller i et evakuerings- og pårørendecenter (EPC). I udgangspunktet aktiveres der blot én KOP ved en beredskabshændelse og vedkommende vurderer på indsatsstedet hvorvidt – og hvor meget – psykiatrisk personale, der skal udsendes til ulykken. Ved tvivl kan den Psykiatriske Beredskabsledelse kontaktes ift. sparring.

Når KOP ankommer på indsatsstedet melder vedkommende sig straks hos Indsatsleder-Sundhed. Der holdes hele tiden løbende kontakt med Indsatsleder-Sundhed – enten direkte eller via SINE-radio. Samtidig vil KOP give løbende opdatering om situationen til den Psykiatriske Beredskabsledelse og holde såvel SINE-radio som mobiltelefoner åbne for kontakt.

Afdelingens udpegede KOP skal uddannes i katastrofestyring samt deltage i beredskabsøvelser med somatikken. Samtidig forventes KOP at kunne håndtere SINE-radio i tilfælde af alarmering.

KOP-funktionen er lederen af det etablerede kriseteam, der udsendes til indsatsområdet. Ved behov for flere KOP'er på indsatsområdet placeres den næstkommende KOP i samråd med Indsatsleder Sundhed og den førstkommende KOP efter konkret behov. Såfremt et evakuerings- og pårørendecenter er opført kan en KOP placeres som faglig leder for evakuerings- og pårørendecenteret, mens den anden tilknyttes indsatsstedet.

Efter den akutte fase varetager KOP'en debriefing af kriseteam og øvrig personale.

3.3 Praktikergruppen

Denne gruppe består af læger, sygeplejersker og psykologer samt andet kriseterapeutisk uddannet personale og indgår i kriseteams i den akutte fase, hvor de primært varetager visitation, krisestøtte og psykoedukation[10].

Praktikergruppen tilgår et evakuerings- og pårørendecenter eller et opsamlingssted og vil fagligt være underlagt KOP.

3.4 Logførergruppen

Logfører skal varetage sekretærlignende funktioner på indsatsområdet eller i et evakuerings- og pårørendecenter.

Det er logførerens opgave at assistere KOP-funktionen samt praktiker-funktionen med indsamling af informationer, registreringer og evt. telefonopkald. Loggruppen er således ansvarlig for at der efterfølgende kan dokumenteres, hvilke personer, der har modtaget krisestøtte af kriseteamet. Derudover sørger de for, at telefonerne fungerer og at der er tilstrækkelig materiale til rådighed mv. Log skal altid ske i henhold til reglerne om GDPR.

3.5 Vedligeholdelse af grupperne

Psykiatristaben opdaterer KOP-listen hvert år, mens det er afdelingens ansvar, at udpeger KOP'er samt andet materiale, der kan udsendes ved en katastrofe.

3.6 Børnepasningsmuligheder og forplejning af personale

Psykiatriens eksterne beredskab – den psykosociale indsats - er ikke et akutberedskab, og de fleste personalemedlemmer vil derfor have tid til at arrangere pasning af evt. børn. Der foreligger således ikke plan for forplejning samt pasning, men den Psykiatriske Beredskabsledelse kan i helt ekstraordinære tilfælde træffe foranstaltninger herom i situationen.

3.7 Evaluering af indsatsen

Efter aktivering af beredskabet evaluerer den Psykiatriske Beredskabsledelse forløbet af indsatsen.

---

[10] Psykoedukation er undervisning af patienter og pårørende i psykiatriske lidelser og/eller psykiske reaktioner på forskellige kriser, fx udløst af katastrofer/ulykker.

4.0 Økonomi

I henhold til Beredskabsloven har såvel offentligt som privat ansatte pligt til at udføre de opgaver, der pålægges dem inden for den civile sektors beredskab.

I tilfælde af aktivering vil aflønning og tjenestetidsregulering mv. for det involverede personale blive afklaret konkret på grundlag af gældende overenskomster. Der tildeles ikke særskilte tillæg for at deltage i beredskabet.

Der afsættes bevilling til beredskabets udstyr, løbende opdatering samt kurser.

5.0 Beredskabsfaser

Den psykosociale indsats er inddelt i forskellige faser:

5.1 Den akutte indsats

Den akutte indsats omfatter indsatsen på et sygehus, i tilknytning til indsatsområdet eller et kortvarigt etableret støttecenter, og strækker sig fra få dage til flere uger. Hovedformålet med den akutte psykosociale indsats ved en større hændelse er at identificere de umiddelbare psykiske lidelser (akutte belastningsreaktioner), og så vidt muligt forebygge udvikling af posttraumatiske belastningsreaktioner og andre senfølger i form af psykisk sygdom.

Derfor skal beredskabet identificere de personer, der har behov for yderligere hjælp, før en normal/forventelig reaktion ved en større hændelse udvikler sig til en sygelig tilstand. Ressourcerne skal derfor sættes ind på denne gruppe.

I den akutte fase ydes der således ikke behandling, men krisestøtte.

5.2 Den opfølgende indsats

I den opfølgende indsats er formålet at forebygge og behandle posttraumatisk belastningsreaktion og andre følgetilstande såsom depression, angstlidelser m.v. Denne indsats ydes i børne/ungdoms- og voksenpsykiatrien samt af de praktiserende læger og privatpraktiserende psykiatere samt psykologer.

Som beskrevet under den akutte fase, skal der fokuseres på de implicerede, der udviser tegn på en sygelig tilstand. Samtidig er det vigtigt at definere, hvor stor den opfølgende indsats bør være. Den opfølgende indsats vil derfor foregå på baggrund af en vurdering af de enkeltes behov.

En grundig information både til de ramte, men også til familien og det øvrige sociale netværk om mulige senfølger og mulighederne for behandling heraf, er en af forudsætningerne for den opfølgende indsats – både iht. forebyggelse og behandling. En sådan information gives i form af en pjece i den akutte fase, men kan – afhængig af hændelsens omfang – ligeledes foregå ved offentlige informationsmøder, via presse eller andre etablerede informationskilder.

Herefter vil de behandlede ofre efter vurdering af en behandler overgå til det almene regionale tilbud for målgruppen – det være sig posttraumatiske lidelser, angst, depression m.m.

I forhold til den opfølgende indsats, vil der evt. blive udpeget et midlertidigt ambulatorium, hvor indsatsen kan foregå. Beredskabsledelsen udpeger i så fald en koordinator, der følger indsatsen til ende og udpeger stedet for indsatsen. Beredskabsledelsen bestemmer, hvor mange afdelinger der skal involveres i efterbehandlingen og hvornår indsatsen afsluttes.

6.0 Oprettelse af evakuerings- og pårørendecenter (EPC)

Oprettelse af EPC besluttes af indsatsledelsen i samråd med Akut Medicinsk Koordinationscenter.

Politiet har den koordinerende overordnede ledelse i et EPC, mens psykiatrien har ansvaret for den psykiatriske indsats. Bemærk, at det er kommunens ansvar at etablere et EPC og levere tilhørende social assistance.

6.1 Formålet

- At samle somatisk uskadte personer, der har været involveret i en katastrofe eller større ulykke under betryggende rammer
- At give information om, hvad der er sket, og hvad der videre skal ske, herunder information om normale reaktioner på en voldsom hændelse
- At sørge for medmenneskelig omsorg, mad, drikke og hvile
- At afskærme de kriseramte fra presse og uvedkommende personer
- At sørge for samvær med andre fra ulykken / katastrofen
- At hjælpe til sammenføring af kriseramte og pårørende
- At afklare, hvilke personer der har behov for psykiatrisk krisehjælp
- At yde kriseintervention
- At afhjælpe opstået akut behov for forplejning, indkvartering m.v.

6.2 Deltagende parter

- Politiet
- Psykiatrien
- Folkekirkens beredskab
- Kommunens (-ernes) socialforvaltning eller lignende
- Kommunens (-ernes) redningsberedskab
- Repræsentanter for forsikringsselskaber
- Andre interessenter (evt. hjælpepersonale fra Beredskabsstyrelse og Hjemmeværnet samt praktiserende læge eller fra somatisk sygehus)

6.3 Placering – lokaler

Placeringen af det psykosociale støttecenter sker i samråd med politiet. Kommunerne har opgaven med at stille velegnede lokaler til rådighed.

Ved placeringen tages hensyn til:

- Ulykkes-/indsatsområdets geografiske placering
  (I nærheden af, men i sikker afstand fra ulykkes-/indsatsområdet)
- Passende lokaler, f.eks. skoler/sportshaller/kaserner i området
  (et stort lokale til samlet orientering, et lokale til gruppesamtaler med berørte og separate lokaler til enkeltsamtaler samt lokaler til andre institutioners repræsentanter og opholdsrum til personale).

6.4 Intern kommunikation

Radiokommunikation foregår på de enkelte indsatsparters eget radiosystem. Endvidere fastnet-telefoner, evt. suppleret med mobiltelefoner. Endelig bør der være adgang til internet. Politiet udfærdiger en fortegnelse over kommunikationsforbindelser mellem de enkelte parter i indsatsen.

6.5 KOP EPC

KOP EPC leder den faglige indsats i evakuerings- og pårørendecenter og er fysisk placeret der.

KOP EPC kan til sin disposition have op til 3-4 assistenter. En af disse udpeges til sendebud, der har til opgave at bringe informationer rundt i centret.
KOP EPC:

- holder øje med ressourcebehovet
- giver besked til den Psykiatriske Beredskabsledelse, når der skal indkaldes flere kriseteams
- holder regelmæssige møder med delingsførerne for at sikre sig, at arbejdet i centret glider
- sikrer information til/fra overlevende, pårørende og tilskuere ved hjælp af informationsmedarbejderne

- sikrer fordeling af grupperne til de forhåndenværende ressourcer - borde/grupperum, der også nummereres (laminerede numre findes i tasken)
- sikrer udskiftning af medarbejdere ved behov (eksponeringsgrad)
- udleverer journaler til delingsførerne.

KOP EPC udstyres med vest, navneskilt og taske.

6.6 Registrering

Registrering af berørte sker ved politiets foranstaltning. Registreringen suppleres af psykiatrien ved brug af registreringsskema samt katastrofejournaler.

6.7 Adgangskontrol

Politiet beslutter omfanget af adgangskontrol og hvem der udfører kontrollen.

6.8 Pressen

I forbindelse med ulykken afspærres evakuerings- og pårørendecenter ved politiets foranstaltning for offentligheden og for pressen. Pressen henvises primært til politiets pressecenter. Informationsmedarbejderne holder sig løbende informeret via politiets pressecenter.

7.0 Samarbejdsparter

Politiet indgår i forbindelse med oprettelse og drift af evakuerings- og pårørendecentre, registrering af ofre, kontakt til pressen, afspærring og transport.

Kommunerne har ansvaret for oprettelse af EPC samt krisestøtte i den akutte fase og social assistance.

Folkekirkens præster har et særligt beredskab til varetagelse af omsorgsarbejde for katastrofens ofre og deres pårørende. Beredskabet alarmeres af AMK.

Psykiatrien kan bede AMK om at alarmere det kirkelige beredskab. Liste over medlemmerne af det kirkelige beredskab findes hos AMK.

Sygesikringsordningens psykologbistand
Via henvisning fra egen læge kan der via sygesikringen gives tilskud til et antal behandlinger ved privatpraktiserende psykolog. Dette tilbud gives blandt andet til involverede i trafik- og ulykkestilfælde.

Rigshospitalets Krise- og Katastrofepsykiatriske Center
Centret har et døgnberedskab, som kan inddrages aktivt i akutfasen og/eller opfølgningsfasen. Medarbejdere ved centret kan også bistå ved debriefing af det

katastrofepsykiatriske personale. Rigshospitalets Krise- og Katastrofepsykiatriske Center kan kun inddrages efter beslutning fra den Psykiatriske ledelse.

Endvidere fungerer centret som vidensbank, og opsamler erfaringer om akut katastrofeterapeutisk bistand ved større ulykker.

Center for Førstehjælp og Sundhedsfremme under Dansk Røde Kors
Dansk Røde Kors uddanner mennesker i psykisk førstehjælp, og ved henvendelse til centret kan man rekvirere frivillige hjælpere. I tilknytning til centret er nedsat en rådgivningsgruppe, som besvarer spørgsmål vedrørende psykisk førstehjælp.

8.0 Funktionskort/Instrukssamling

Instrukssamlingen er udarbejdet som en del af den psykosociale indsats for psykiatrien i Region Midtjylland.

For hvert trin er der en instruks til hver enkelt nøgleperson, der skal deltage i beredskabet. Det er vigtigt, at medarbejdere, der kan udpeges til psykiatrisk kontaktperson (KOP) er bekendt med alle instrukssamlingens elementer.

Endvidere forventes alle medarbejdere, der indgår at orientere sig i relevante instrukser/funktionskort ift. det nøgleområde, den pågældende kommer til at arbejde i. Disse dokumenter kan være fysisk til stede i afdelingen og kan findes i e-dok.rm.dk

8.1 Funktionskort for KOP (Koordinerende Psykiatrisk kontaktperson)

1. KOP aktiveres enten direkte af AMK/B-AMK som bagvagt eller via opkald fra bagvagt.

2. Aktiveres KOP af bagvagt sørg for at få telefonnummeret til AMK og ring op for uddybning af detaljer om hændelsens omfang, lokation mv.

3. Vælg handlemulighed 1, 2 eller 3 (jf. flowdiagram for aktivering af den psykosociale indsats). Ved tvivl ring til beredskabsledelse for sparring om valg.

Der foreligger endnu ikke klart definerede snitflader mellem det kommunale beredskab og det psykosociale beredskab – hvorfor rådgivning om denne mulighed endnu ikke fremgår, som en særskilt option. Hos såvel AMK og KOP bør det imidlertid indgå i den konkrete vurdering i hvilken grad, det kommunale beredskab kan medinddrages.

Ved valg af option 1:

Ved aktivering udsendes KOP hurtigst muligt til indsatsstedet. KOP er en erfaren læge, psykolog eller sygeplejerske.

Eventuelle behandlingsopgaver skal begrænse sig til det absolut akut nødvendige, da egentlige behandlingsopgaver visiteres til venteplads eller til et evakuerings- og pårørendecenter så personer transporteres bort fra indsatsområde hurtigst muligt. Bemærk ligeledes, at der udøves krisestøtte ikke kriseterapi ved aktivering.

1. Anskaf hurtigst muligt en taxa. Jf. beredskabsloven må beredskabspersonale ikke selv køre til indsatssted. Transporten til indsatsområdet kan ligeledes aftales med politiet. Såfremt katastrofeområdet er afspærret for almindelig trafik vil transport formentlig foregå bedst i et udrykningskøretøj.

2. Sørg for, at en medarbejder starter intern alarmeringskæde og briefer kriseteam(s) om at være stand by.

3. Klargør vest, rygsæk og andet udstyr, der befinder sig lokalt

4. Er beredskabsledelse endnu ikke alarmeret ring da til beredskabsledelse og orienter om hændelsens omfang samt hvilket telefonnummer du kan træffes på. Husk at holde mobiltelefonen åben, og afprøv forbindelsen på vej til stedet. Dette kan udføres i taxaen.

5. Vurder undervejs i taxa, om der allerede nu er behov for koordinering med enten AMK eller indsatsledelsen på indsatsstedet.

6. Ved ankomst tag kontakt til Indsatsleder, Sundhed og hør om status. KOP referer til Indsatsleder, Sundhed i indsatsområdet.

7. Vurder i samarbejde med Indsatsleder Sundhed, hvorvidt – og hvor meget - der skal aktiveres fra de(t) kriseteam(s), der er stand by. Denne vurdering kan indledes tidligere, jf. punkt 5. Ved tvivl kontakt den Psykiatriske beredskabsledelse.

8. Såfremt der ikke på selve indsatsstedet er behov for dine kompetencer tilgå da evakuerings- og pårørendecenter, hvorfra du vil være faglig ansvarlig. Følg da instruks 8.7.1 for "*KOP i EPC*" samt orienter dig i *instruks til medarbejdere på indsatsområdet* samt *ti gode råd til kriseteam og indsatspersonale*

9. Brief ankomne kriseteams ift. overblik og opgaver i EPC (se instruks 8.7 vedrørende EPC – herunder 8.7.1 vedrørende "*KOP i EPC*")

10. Sørg hele tiden for at være tilgængelig via SINE-radio samt via mobiltelefoni.

11. Husk at oplysninger og dispositioner skal noteres i minutrapport. Tilgår der ikke en logfører skal dette foretages umiddelbart efter afsluttet beredskabshændelse.

12. Efter afsluttet forløb, sørger KOP for debriefing af personale i kriseteams.

Ved valg af option 2:

1. Vurdér, hvor kriseramte mest hensigtsmæssigt kan modtages ift. hændelsens karakter og omfang.

2. Kontakt afdelingsledelse – og evt. ambulatorie/modtagelse direkte - og meddel, at de indgår i psykiatriens psykosociale beredskab. Informer om alle relevante detaljer, og behovet for ekstra kapacitet

3. Ved behov start intern alarmeringsliste og indkald ekstra personale.

Ved option 3:

1. Ring til AMK og meddel, at psykiatrien vurderer, at Folkekirkens beredskab bør alarmeres i stedet. Det er imidlertid AMK's vurdering om denne rådgivning efterleves eller ej.

8.2 Modtageren af alarmen (forvagt/bagvagt

A) Tag imod besked og dokumenter:
- telefonnummer og navn for vedkommende, der alarmerer i AMK
- Dato og klokkeslæt for alarmeringen
- Hvad er der sket
- Hvor det er sket
- Hvor mange tilskadekomne

B) Efter bekræftelse af alarmen foretager modtageren af alarmen følgende, såfremt vedkommende ikke selv er uddannet KOP:

- Tag kontakt til en KOP i afdelingen efter den vedlagte KOP-liste. Meddel, hvilket telefonnummer AMK har ringet fra, og dermed hvilket telefonnummer KOP skal ringe til for nærmere afklaring om hændelsen.
- Find intern alarmeringsliste over de medarbejdere, der er tilknyttet beredskabet. Koordinér med KOP, hvorvidt der skal startes alarmering af medarbejdere om at være stand by.
- Koordiner med KOP, hvor mange personer og kriseteams, der skal være beredte.
- Notér, hvem der kan aktiveres og hvor hurtigt disse kan aktiveres. Medarbejderne informeres om, hvor de helt nøjagtigt skal møde, jf. intern instruks.
- Er der ikke tilstrækkeligt personale, der kan være stand-by, ring til beredskabsledelse og anmod om assistance. Kan der ikke foretages kontakt til nogen i beredskabsledelsen, ring da direkte til nærmest psykiatriske afdeling i regionen.

8.3 Funktionskort – beredskabsledelse ved aktivering

Faglig beredskabsleder

1. Såfremt KOP'en har behov for assistance vedrørende valg af option 1, 2 eller 3 i psykiatriens beredskab (jf. flowdiagram) udfører faglig beredskabsleder sparring om valg.

2. Ved aktivering af psykiatriens psykosociale indsats kontaktes faglig beredskabsleder af den aktiverede KOP. Beredskabslederen noterer alle relevante informationer til senere dokumentation. Sørg for, at KOP'en meddeler, hvilket telefonnummer denne kan kontaktes på.

3. Den faglige beredskabsleder holder løbende kontakt med KOP'en på ulykkesstedet samt evt. tilknyttet KOP i evakuerings- og krisecenteret. Kontakten kan foregå indirekte igennem logfører eller pressemedarbejder.

4. Ved behov kan KOP'en kontakte faglig beredskabsleder for sparring samt eventuel vurdering om yderligere aktivering af personale.

5. Faglig beredskabsleder sørger for, at alle eksterne samarbejdspartnere kontaktes – herunder andre regioner, såfremt der er behov herfor. Kontakten skal foregå igennem AMK.

6. Faglig beredskabsleder sørger for, at overgangen til den opfølgende fase sikres, jf. punkt 5.2, således at kriseramte, der har behov for en opfølgende behandlingsindsats på baggrund af krisen tilknyttes

de relevante psykiatriske enheder. Koordination sker i samråd med den resterende beredskabsledelse og evt. PCV.

Hospitalsledelsen (HL)

HL's specifikke rolle i det enkelte beredskabsforløb vil i høj grad være afhængig af den konkrete hændelses karakter og omfang. Overordnet skal HL dog gøre følgende ved en beredskabshændelse:

1. Såfremt KOP'en har behov for assistance vedrørende valg af option 1, 2 eller 3 i psykiatriens beredskab (jf. flowdiagram) udfører HL sparring om valg.

2. Ved aktivering af psykiatriens psykosociale indsats kontaktes HL af den aktiverede KOP. HL noterer alle relevante informationer til senere dokumentation. Sørg for, at KOP'en meddeler, hvilket telefonnummer denne kan kontaktes på.

3. HL tager kontakt til Psykiatristaben og anmoder om assistance fra mindst én medarbejder. Det konkrete antal afhænger af beredskabshændelsens karakter. Det er vigtigt alle samtaler og beslutninger noteres, så det konkrete hændelsesforløb senere kan dokumenteres (journaliseres i ESDH).

4. HL vurderer, hvorvidt omfanget/karakteren af ulykken fordrer mere gennemgribende involvering i hele Psykiatrien. For eksempel i kraft af anvendelsen af et eller flere psykiatriske enheder til modtagelse af kriseramte, evakuering af personale mv. HL varetager i så fald det overordnede ansvar for organiseringen af sådanne tiltag og tager kontakt til relevante afdelingsledelser for nærmere koordination.

5. HL orienterer nærliggende afdelingsledelser om at psykiatriens eksterne beredskab er aktiveret og pointerer, at nærtliggende afdelinger bør være forberedte, såfremt de aktiveres.

6. Start med at orientere afdelingsledelsen for den afdeling, der har modtaget alarmeringen og få bekræftet, at de er orienteret om alarmeringen. Spørg afdelingsledelsen, hvorvidt der er behov for midlertidige ressourcer i kraft personale eller udstyr til håndtering af hhv. beredskabshændelsen og/eller daglig drift.

7. Afhængig af beredskabshændelsens omfang og karakter vurderes det, hvorvidt koncernen skal orienteres om, at psykiatriens

eksterne beredskab er aktiveret.

8. Ved beredskabshændelser af længere karakter bør HL forhøre sig til enten den først udsendte KOP på indsatsstedet eller den faglige beredskabsleder for løbende status.

Bemærk, at HL's telefoner er prioriterede således, at netop disse telefoner ved forsyningssvigt vil prioriteres frem for andre linjer.

8.4 Medarbejdere i indsatsområdet (ikke i EPC)

Ved ulykker med mange implicerede har man erfaringsmæssigt svært ved at holde fysisk uskadte ofre tilbage længe nok til, at de kan blive registreret og få tilbud om nødvendig hjælp. Overlevende søger erfaringsmæssigt væk fra ulykkesstedet.

Hurtig etablering af opsamlingssted/behandlingsplads ved indsatsområdet vil kunne dække mange af ofrenes umiddelbare behov, indtil et egentligt evakuerings- og pårørendecenter eller lignende er etableret.

Fysisk uskadte ofre har ofte i første række nogle rent praktiske behov samt behov for medmenneskelig omsorg, interesse og forståelse, snarere end behov for egentlig behandling.

KOP holder sig orienteret om situationen på indsatsområdet ved løbende kontakt med Indsatsleder Sundhed, og vurderer behovet for krisepsykiatriske støtteforanstaltninger. Disse vurderinger kan drøftes med den Psykiatriske Beredskabsledelse med henblik på udsendelse af flere kriseteams til behandlingspladsen.

Kriseteams udstyres med veste og radio-/mobilkommunikation og taske. Kriseteams refererer til KOP på indsatsstedet.

Opgaverne består af følgende:

- Yde akut krisestøtte i indsatsområdet, på opsamlingsstedet eller behandlingspladsen samt i evakuerings- og pårørendecenter (EPC).
- Vurdering og visitering af ikke fysisk tilskadekomne med henblik på at fastslå behovet for akut psykiatrisk intervention.
- Information til overlevende og pårørende om evakuerings- og pårørendecenter, og formålet med at lade sig transportere dertil.

8.5 Funktionskort for Logføreren

Logførerens opgave er registrering samt yde praktisk hjælp efter behov.

<u>Logfører for den psykiatriske beredskabsledelse:</u>
Såfremt der er behov herfor kan hele eller dele af beredskabsledelsen rekvirerer en logfører til dokumentation/registrering. Vedkommende behøver ikke være en del af

beredskabet, men kan være en medarbejder placeret i den umiddelbare nærhed. Vedkommende skal udføre følgende:

1. Føre logbog – heraf notere navne, samtaler, oplysninger mv.
2. Føre liste over alarmeret personale
3. Printe diverse hand outs og katastrofejournaler
4. Besvare telefon
5. Forefaldende opgaver

Logfører for kriseteam:

1. Registrerer, hvilke skadelidte og pårørende, der modtager krisehjælp og relevante oplysninger herom. Anvend krisejournalen til registrering.
2. Modtager evt. telefonopkald og videregive meddelelser til og fra leder af kriseteamet (KOP).
3. Sørger for praktiske gøremål efter aftale med udsendte KOP, herunder at uddele meddelelser i evakuerings- og pårørendecenter.

8.6 Funktionskort: Praktiker

Praktikerens opgave er at yde akut krisestøtte til de skadelidte og nærmeste pårørende. Praktikeren indgår i kriseteams i den akutte fase, hvor der varetages:

- Psykoedukative opgaver. Orientering om "normale" krisereaktioner, angst, søvnløshed, koncentrationsbesvær samt simple teknikker til håndtering af disse. Herunder udlevering af pjece.
- Yder krisestøtte med henblik på at forebygge PTSD, angst mv.
- Dækning af de øjeblikkelige behov så som nødvendig medicin(insulin ol) tørt tøj, mm.

I udgangspunktet tilgår praktikeren et evakuerings- og pårørendecenter eller alternativt et opsamlingssted. Herfra følges "*instruks for kriseteam i EPC*" (se 8.7.3) samt "*ti gode råd til kriseteam og personale*" (8.9). Disse ligger i taskerne.

I pårørende og evakueringscenter:

- De ankomne (pårørende og overlevende) til et evakuerings- og pårørendecenter opdeles i hold.
- Hvert hold tildeles minimum 1 praktiker.
- Holdene nummereres svarende til de borde/rum, der er til rådighed.
- Antallet af hold, og antallet af praktikere pr. hold, er afhængigt af katastrofens omfang, og skal derfor løbende justeres af KOP i EPC.

Det er handlingerne i grupperne, der er centrale, og ikke gruppernes størrelse. Det understreges at grupperne ikke tager sig af debriefing.

Personalet udstyres med armbind, navneskilte.

Husk at notere oplysninger og dispositioner på minutrapport!

8.7 Instrukser vedr. evakuerings- og pårørendecenter

For at de katastroferamte kan se, hvem personalet er, udstyres alle, både udsendte hold og de der arbejder i støttecentret med ID-kort og veste eller armbind i farver efter gældende regler. Kriseteamene i evakuerings- og pårørendecenter mærkes desuden med nummer svarende til den gruppe (fx svarende til rum/bord), de hører til.

Alle personer, der rykker ud til et evakuerings- og pårørendecenter har ansvaret for, at der medbringes udstyr til information; foldere, oprettes en informationstavle samt medbringes registreringsblanketter. Ligeledes, at der medbringes navneskilte, armbånd, tasker og veste.

Nedenstående er en beskrivelse af opgaver for personer og hold, som indgår i evakuerings- og pårørendecenter.

8.7.1 KOP i EPC

KOP i EPC leder indsatsen i evakuerings- og pårørendecenter og er fysisk placeret der. KOP i EPC kan efter behov have en logfører, der agerer sendebud og har til opgave at bringe informationer rundt i centret.

KOP i EPC skal udstyres med vest, navneskilt og taske

KOP i EPC's opgave består af følgende:

- Organiserer kriseteam til diverse opgaver i centret i tæt samarbejde med politiet (triage, genforening af familier, dannelse af grupper for overlevende og efterladte)
- Fordeler rummene til forskellige opgaver/funktionen
- Udpeger sweeper/ordonnans
- Har overblik over personalesituationen, sørger for afløsning af enkeltpersoner
- Ansvaret for at justere antallet af hold (indeholdende patienter og pårørende) samt hvor mange praktikere, der skal tilknyttes
- Bevarer overblikket over personaleressourcer og løbende justering af disse
- Løbende orientering af sidste nyt modtaget fra katastrofeledelsen
- Samler ved afslutningen af dag 1 praktiker med henblik på dannelse af debriefinggrupper, således at ofre/pårørende får besked om debriefing, tid og sted, inden de eventuelt forlader centret
- Har løbende kontakt med den Psykiatriske Beredskabsledelse
- Instruere informationsmedarbejder.

KOP EPC's logfører:

- Logføren overbringer informationer i centret.
- Logføreren har endvidere ansvaret for, at personer får overleveret de korrekte ting, heraf navneskilte, armbind, tasker mv.

Alle personer, der rykker ud til et evakuerings- og pårørendecenter har ansvaret for, at der medbringes udstyr til information; foldere, oprettes en informationstavle samt medbringes registreringsblanketter. Ligeledes, at der medbringes navneskilte, armbånd, tasker og veste.

8.7.2 Registrerings- og triagehold
Registreringsholdet udpeges af KOP til at varetage registrerings- og triagefunktionen ved indgangen til evakuerings- og pårørendecenter (registrering foregår på lister). Holdet bør bestå af en praktiker (der kan foretage første vurdering og udpege de personer, der har brug for særlig observation/akut intervention) samt en logfører, der kan notere og dokumentere.

Registrerings- og triageholdet udstyres med veste, navneskilte og taske.

Holdets opgaver er at:
- foretage registrering på oversigtslister (evt. på politiets lister),
- foretage visitation af ankomne til grupperne. De ankomne inddeles efter tilhørsforhold, fx familier, sportshold, fælles oplevelser eller andet,
- registrere savnede familiemedlemmer,
- foretage løbende information af politiet og KOP EPC om, hvor mange der er ankommet til centret.

Dersom de overlevende og pårørende transporteres til centret i politiets busser, kan det være hensigtsmæssigt, at registreringen foregår i busserne i samarbejde med politiet for at sikre så rolig afvikling af ankomsten som muligt.

8.7.3 Instruks for kriseteam i evakuerings- og pårørendecenter
- Velkomst og kort orientering om formål med evakuerings- og pårørendecenter.
- Registrering. De overlevende og efterladte udfylder selv oplysningsskemaet. Personalet er til stede og observerer og vejleder (jeg-støttende intervention, der samtidig afslører evt. konfusionstilstande og andre dissociative reaktioner). Personalet forsøger at etablere en gruppesamhørighed, der skal bruges i debriefingen og ved en senere opfølgende efterbehandling, evt. selvhjælpsgrupper. Derved øges jeg-styrken hos det enkelte individ, og sværere reaktioner almengøres og bliver dermed lettere at bære. Personalet har til opgave at give KOP EPC besked om savnede pårørende.
- Gruppemedlemmerne opfordres til at informere deres pårørende om, at de er overlevende/uskadte. Personalet hjælper med vejledning og fremskaffelse af telefon, men lader den overlevende selv ringe.

- Dækning af de øjeblikkelige behov så som nødvendig medicin(insulin ol) tørt tøj, toiletgrej mm.
- **Et særligt fokusområde for kriseteams er børn og unge**, som har mistet deres forældre eller hvor forældrene er så psykisk/fysisk syge, at de ikke kan tage sig af deres børn. I forhold til den rent praktiske varetagelse af børnene, sikres at de kommunale myndigheder har opmærksomheden herpå.
- Psykoedukative opgaver. Orientering om "normale" krisereaktioner, angst, søvnløshed, koncentrationsbesvær samt simple teknikker til håndtering af disse.
- Udlevering af pjece. Man orienterer om debriefingen, formål og det hensigtsmæssige i at forblive i centret indtil debriefingen, eller i det mindste et par timer til sikring af, at den psykiske tilstand er stabil. Man orienterer om, at debriefingen ikke kan få dem til at glemme, og at sorg og savn altid vil være der, men debriefing og evt. senere terapi vil hjælpe til at kunne leve videre med sorgen, savnet, oplevelsen.
- Man opfordrer gruppen til at tale med hinanden om:
  - hvem de er og hvor de var på vej hen
  - hvad der er sket
  - hvordan de er blevet reddet
- Deltagerne opfordres til at komme tilbage til gruppen efter fx telefonsamtaler og toiletbesøg og til at dele ny information med gruppen
- Gruppemedlemmerne opfordres til at sige farvel til personale og øvrige gruppemedlemmer, hvis de forlader centret, for at man herigennem kan sikre sig, at de ikke forlader centret i en psykotisk konfusionel tilstand
- Gruppemedlemmerne skal, før de forlader centret, sikre sig, at de har nogle voksne at være sammen med ca. et døgn efter ulykken
- Evt. gruppeskift aftales inden den egentlige debriefing.

8.8 Psykosocial indsats på somatisk sygehus

Det tilstræbes, at kriseramte samt pårørende føres til psykiatrisk ambulatorium/afdeling, såfremt det er muligt.

Afhængig af den konkrete situation er der enten tale om en fortsættelse af den hjælpeindsats, som er påbegyndt på indsatsområdet, eller den psykosociale indsats begynder først efter, at ulykkens ofre er indbragt på somatisk sygehus. Dette svarer til intervention 1, jf. flowdiagram under pkt. 2.1. KOP vurderer, om der udsendes et eller flere kriseteams til somatisk sygehus.

Kriseteamet udstyres med veste, navneskilte og taske. Indsatsen sker i samarbejde med personalet fra somatisk sygehus.

Opgaver for kriseteam på somatiske sygehuse er:

- Registrering på krisejournal.
- Psykoedukative opgaver som orientering om normale krisereaktioner, angst, søvnløshed, koncentrationsbesvær samt simple teknikker til håndtering af disse

- Udlevering af pjece
- Orientering om debriefing (der er individuelle behov hos fysisk tilskadekomne), debriefingens formål og det hensigtsmæssige i at deltage, hvis det er muligt. Ellers må der arrangeres debriefing på somatisk hospital. Man orienterer om, at debriefingen ikke kan få dem til at glemme, og at sorg og savn altid vil være der, men debriefingen og evt. senere terapi vil hjælpe til at leve videre med sorgen, savnet, oplevelsen. Man opfordrer de tilskadekomne til at tale med pårørende, evt. andre tilskadekomne om, hvad der er sket, hvordan de blev reddet, og der udleveres telefonnummer til telefonlinje (oprettes efter katastrofen).

Vurdering af evt. behov for opfølgning fra den psykosociale indsats i de følgende dage, besked til den psykiatriske ledelse om dette behov.

8.9 Ti gode råd til kriseteam og indsatspersonale

1. Meddel, at I er ankommet;
   Første kriseteam meddeler til Indsatsleder, Sundhed og KOP.
   Følgende hold meddeler til KOP
2. Skab jer et overblik;
   Få briefing fra KOP og andre hjælpeinstanser
3. Vær synlige;
   De tilskadekomne skal vide, hvem der er deres hjælpere.
4. Udvis almindelig omsorg;
   Omsorg for somatiske småskader, personlig hygiejne, mad og drikke, evt. tobak.
   Hjælp til underretning af pårørende
5. Angstdæmpning;
   Simple angstdæmpende teknikker så som; Vejrtrækning i pose, udspørgning om fakta (navn, adresse osv.) og afledning (fx med praktiske gøremål).
6. ”Udluftning”;
   Lyt til de tilskadekomnes beretninger:
   - Lyt, også selv om det er det samme, der bliver sagt om og om igen
   - Anvend fysisk kontakt, hvis skadelidte har brug for det
   - Find ud af hvordan den skadelidte kan beroliges (musik, film, spil)
   - Undgå at lade den skadelidte fortælle detaljeret eller følelsesladet om hændelsen
7. Læg mærke til de tavse. Sørg for at ingen lægger sig til at sove.
8. Orienter om reaktioner og efterbehandling. Kan gerne foregå gruppevis; Udlever foldere
9. Skærm og advar mod pressen

10. Skab overblik igen;
    Sæt med jævne mellemrum hænderne i lommen og find ud af, hvad der sker. Bliv briefet.

8.10 Indhold af tasker

Kan variere efter behov.

Særligt for KOP

- Funktionskort for KOP
- SINE-radio

Kriseteams:

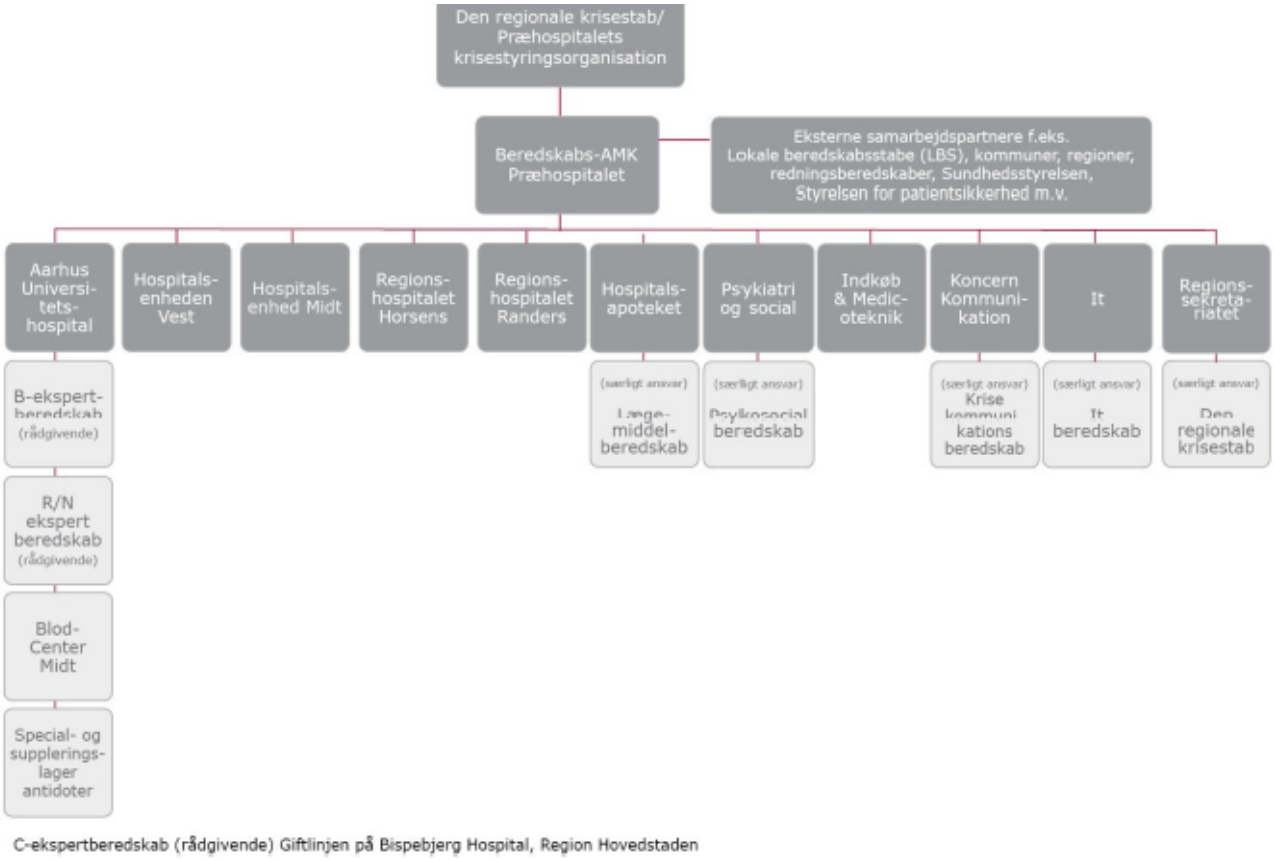
- Funktionskort
- Pjecer (foldere)
- Papir
- Skriveplade og Skriveredskaber
- Telefon/radio
- Veste
- Navneskilte
- Lygter
- Lommetørklæder
- Plastposer
- Funktionskort og instrukser
- Værnemidler mod infektionssygdomme (mundbind etc.)

Den Psykiatriske Beredskabsledelse

- Funktionskort
- Liste over deltagerne i beredskabet
- Papir og blyanter
- Skriveplade
- Telefon–fastnet/radio
- Beredskabsplan
- Kopi af samtlige funktionskort (med henblik på uddelegering og briefing)
- Navneskilte
- Veste og armbind (ekstra)
- Værnemidler mod infektionssygdomme (mundbind etc.)

9.0 Bilag

9.1 Organisationsdiagram for det samlede sundhedsberedskab

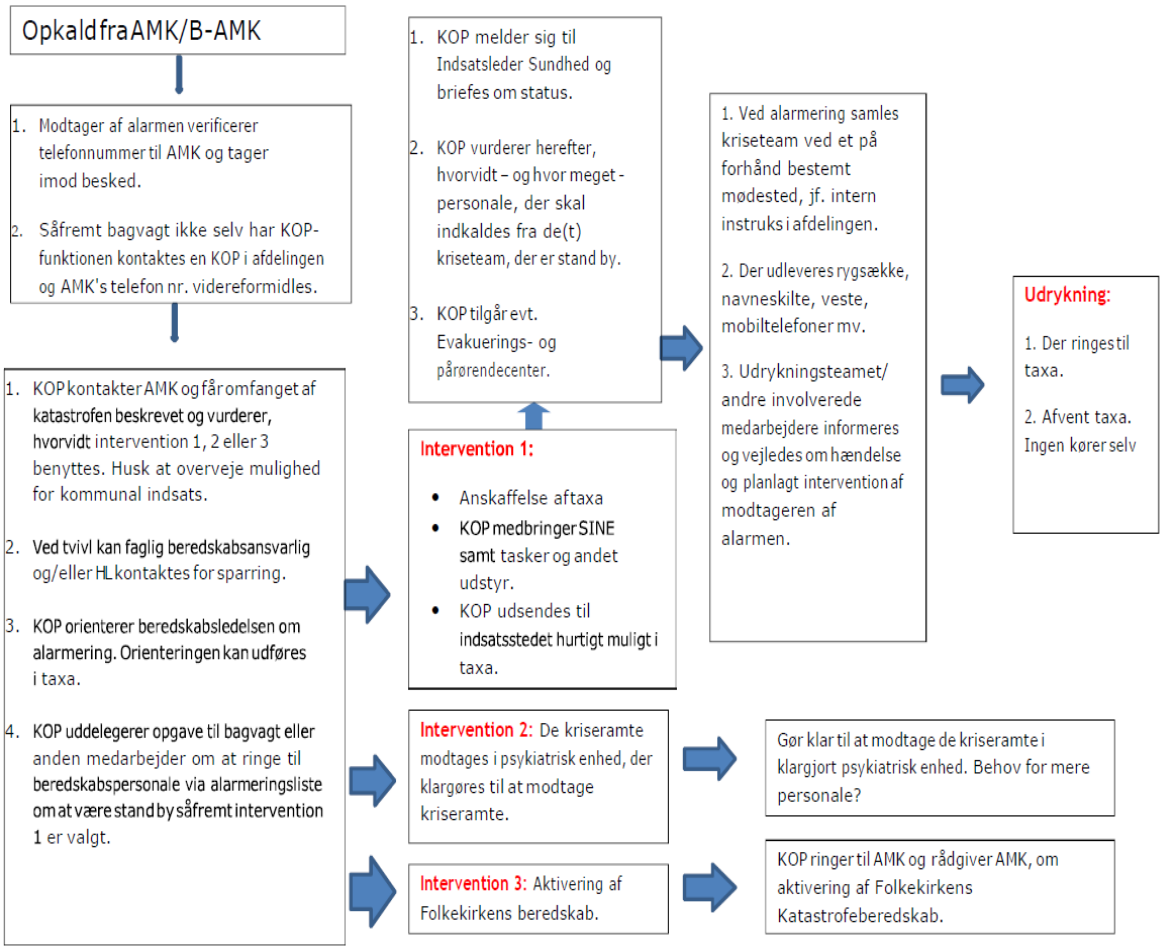


C-ekspertberedskab (rådgivende) Giftlinjen på Bispebjerg Hospital, Region Hovedstaden

Figur 1. Organisering af sundhedsberedskabet

(Bemærk: Afventer opdatering fra Præhospitalet ift. senest organisering hvor Psykiatri og Social er adskilt)

9.2 Flowdiagram for aktivering af den psykosociale indsats



9.3 Kriseintervention

Indsatsen i en katastrofesituation kan opdeles i 2 faser.

1) Den akutte fase (krisestøtte)

2) Efterbehandling (kriseterapi)

9.3.1 Den akutte fase

Symptomer

Umiddelbart efter en katastrofe bringes individer i en chok-tilstand. Tilstanden karakteriseres af en umiddelbar ændring af bevidsthedstilstanden, en uvirkelighedsfølelse, evt. følelsesløshed med ændret tidsopfattelse. Følgende reaktioner kan ses:

Kognitive

Uvirkelighed, forvirring, nedsat opmærksomhed, hukommelsesproblemer, dårlig koncentration, rigiditet i tankeevne og nedsat tænkeevne.

Somatiske

Kvalme, urolig mave, skælven, rysten, svedeture, kulderystelser, hurtig puls, muskelsmerter, ukoordinerede bevægelser og mundtørhed.

Emotionelle

Følelse af at være overvældet, hjælpeløs, frygt, rædsel, vrede, tristhed.

Adfærdsmæssige

Overdreven, ofte automatisk aktivitet, nedsat aktivitet, tilbagetrækning, isolation, overdreven humor, usædvanlige aktiviteter og handlinger, som ikke er tilpasset situationen.

Alt i alt sker der en psykologisk, akut regression, idet jeg'ets sædvanlige forsvarsmekanismer ikke længere kan bruges.

Børns umiddelbare reaktioner

- uvirkelighed og mistro
- frygt og forvirring
- mestring og styrke
- søgen efter varsler (magisk tænkning)

Indsatsen overfor voksne – omsorg og strukturering

Kriseintervention i grupper er at foretrække, da det er jeg-støttende at erfare, at man ikke er alene om oplevelser og reaktioner.

Første opgave er information. Formidling af den aktuelle viden om, hvad der er sket, hvor mange der er reddet og døde. Denne information skal løbende ajourføres.
Den egentlige debriefing kan/bør ikke finde sted før den akutte katastrofe er under kontrol, ofte først 2. eller 3. dag.

Det psykosociale hjælpepersonale har til opgave at tilvejebringe et rummende, venligt og professionelt klima omkring hjælpen, omsorg, forståelse, accept, men endelig ikke medlidenhed, der føles som en nedvurdering og øger regressionen og vreden.

Første opgave er af praktisk karakter, jeg-støttende, sikring af tørt tøj, mad, toilet, bleer, hygiejnebind, at få det våde tøj samlet i poser med relevante navnesedler på, genforening af familier og opdeling af overlevende i grupper: Ofre/overlevende, tilskuere, pårørende. Det er ikke hensigtsmæssigt at blande grupperne. Man søger at danne grupper med fælles erfaring.

Det psykosociale hjælpepersonale skal
- Være behjælpelig med at indsamle informationer om familie
- Skabe mulighed for at de berørtes familier kan blive informeret.
- Informere om almindelige chok-reaktioner og eftervirkninger.
- Informere om formål og vigtighed af debriefing.
- Skabe mulighed for at de ramte kan tale om det, der er sket, ved at stille åbne spørgsmål. Det er vigtigt, at de ramte hører hinandens oplevelser af samme hændelse.
- Det er endvidere det psykosociale hjælpepersonales opgave at beskytte mod yderligere stress, stærke indtryk, journalister, nysgerrige. Samtidig skal man give enkle råd om ikke at være alene, når personen kommer hjem, at være sammen med venner eller andre voksne, skrive tanker og følelser ned, lytte til rolig musik for at falde i søvn, ikke holde reaktioner tilbage, men lade nogen holde om sig, stryge sig over ryggen eller blot være der for selskabs skyld.
- Orientere om, at man kan reagere meget forskelligt, men at en øget angst og ængstelse samt uro i kroppen, irritabilitet og grådlabilitet er meget almindelige reaktioner.

Sammenfattende kan man sige, at interventionen i første fase skal være identitetsbevarende og jeg-støttende. Den skal hjælpe personen med at få orden i kaos og få orden på, hvad der egentlig er sket og - ved at tale om hvad der skal ske - fremme udviklingen til nyorienteringsfasen. Den skal give mening og skabe en opgave.

Undgå trøst og tomme ord og lov ikke for meget. Forsigtig berøring beroliger. Ved du ikke, hvad du skal sige, så ti stille, lyt og vær nærværende.

Giv hjælp til de praktiske ting, men tag ikke over. Undgå medicinske eller psykiatriske fagudtryk. Styrk gruppesammenholdet ved fx at;
- tale om fælles erfaringer, oplevelser - også før katastrofen skete.

- tale om, hvordan man sædvanligvis håndterer akutte situationer.
- tale om tidligere erfaringer med katastrofesituationer og sædvanlig coping strategi.

De overlevende kan på den måde drage nytte af andres erfaringer og almengørelse af reaktionerne. Behandlerne skal i denne fase være opmærksom på dissociative symptomer, der afslører sig i interaktionen i gruppen, fx personer, der er desorienteret i tid, sted og egne data eller frembyder psykotiske symptomer. Det skal sikres, at disse personer straks sendes videre til professionel behandling.

I denne fase starter man så småt på rekonstruktion af hændelsen. Ved at tale om, hvad man har oplevet, genvinder man evnen til at observere sig selv og egne reaktioner.
Personale kan spørge: Hvor var du, da det skete? Hvordan blev du reddet? Hvem var med dig? Hvor er de nu? Hvad så du? Hvad hørte du? Hvad lugtede du?

Endvidere er det vigtigt at genmobilisere personens egne ressourcer ved konkrete opgaver af praktisk karakter, skænke kaffe, telefonere til familie og venner og lignende.

Børns efterreaktioner

- ❖ frygt og angst
- ❖ vedholdende erindringer
- ❖ koncentrationsproblemer
- ❖ tristhed, længsel og savn i forbindelse med tab
- ❖ tilbagetrækning
- ❖ skyldfølelser/selvbebrejdelser
- ❖ traumatisk leg
- ❖ søvnforstyrrelser
- ❖ kropslige gener
- ❖ regression til tidligere udviklingstrin
- ❖ øget behov for at sikre sig at forældre og andre nære pårørende er i sikkerhed - også i situationer, der tidligere var helt uproblematiske
- ❖ øget behov for nærhed og kontakt

Væsentlige faktorer for at barnet får bearbejdet sine oplevelser

- ❖ tydelig og ærlig besked om hvad der er sket - afpasset til barnets alder og udvikling
- ❖ behov for konkrete svar, som kan støtte børnene i deres håndtering af oplevelsen
- ❖ hurtig genopretning af daglige rutiner
- ❖ mulighed for struktureret at gennemarbejde katastrofen og de reaktioner, der har været forbundet med denne

9.3.2 Efterbehandling

Symptomer

I nyorienteringsfasen genvinder personen den normale jeg-styrke, drager nytte af de erfaringer, han har gjort sig og begynder at forholde sig til det passerede. Denne gennemgående følelse i denne fase er skyldfølelse over at have overlevet, ikke at have

gjort nok, og her er de posttraumatiske drømme ofte noget der generer den overlevende. Drømmenes indhold er genoplevelse af den oplevede katastrofe og kan have 3 grader

1. At man husker dem næste morgen
2. At man vågner af drømmen og husker den
3. Mareridt, man husker ikke indholdet, der er ingen billeder, kun kropslige symptomer.

Drømmene kan også vise sig i form af symboliserede drømme, hvilket tyder på en begyndende fortrængning af det oplevede, og hvis individet samtidig udvikler fobiske symptomer, kan det være tegn på, at en senere terapi kan være nødvendig.

Behandling

Som led i psykoedukationen over for overlevende er det vigtigt at informere om, at genoplevelse af det passerede og drømme er tegn på en bearbejdning og at det er en del af "det nødvendige psykologiske krisearbejde".

Afhængig af katastrofens art og karakter vil mange have behov for opfølgning. Det vil derfor i nogle tilfælde være hensigtsmæssigt at oprette et efterbehandlingstilbud, en hotline telefon, åben på bestemte tider, eventuelt at debriefinggrupperne mødes igen efter et stykke tid, 1 måned, 2 måneder eller andet tidsinterval.

Behovet for denne indsats vurderes af katastrofeledelsen, men det er vigtigt, at de overlevende/pårørende kan informeres herom, allersenest ved debriefingen, evt. ved at udsende en pressemeddelelse.

Indsatspersonale, herunder det psykiatriske personale

Debriefingen af det deltagende personale vurderes og iværksættes af den Psykiatriske Beredskabsledelse. Rigshospitalets katastrofeberedskab kan evt. benyttes.

9.4 Psykosocial journal

Psykosocial journal	
Psykiatrisk Afdeling	Katastrofejournal nr. ___
Skadelidt ☐ Pårørende ☐ Tilskuer ☐	Ejendele opbevaret Ja ☐ Nej ☐
Ankommet den _____ kl. _____	Kommet fra:
Afgang den _____ kl. _____	Til:
Navn, adresse, CPR, telefon	Pårørende, navn, relation, adresse, telefon Pårørende informeret ☐ ja ☐ nej
Aktuel medicin:	Tilskadekomne eller omkomne medrejsende/pårørende
	Indsatsområde:

Medicin givet:

Dato/kl.	Art	Dosis	Måde

Krisebehandling

Viderebehandling ☐ egen læge

Afsluttet ☐

☐ anden, beskriv

_____ Vi henviser ☐

Fysisk skade ☐ nej

☐ ja, hvilken

Behandlers navn(e)

9.5 Minutrapport

MINUTRAPPORT for afdeling / funktion …….
Dato: ……
Alarmering modtaget kl.
……..Af:……

Kl.:	Modtaget fra:	Sendt til:	Vedrørende:	Modtaget /sendt af:

.....

Kan fortsættes

Navn:

9.6 Modtagelse af anmeldelsen

Dato:	Kl.:	Fra:	Anmeldelsens art:	Modt. af:

Evt. kontrolopringning.

Kl.:	Til:	Foretaget af:

Anmeldelsens videregivelse

Kl.:	Til: (sæt kryds)	Foretaget af:
	Ansvarshavende sygeplejerske, (se lokal telefonliste)	
	Læge - forvagt, (se lokal telefonliste)	
	Læge – bagvagt. (se lokal telefonliste)	

Når beredskabslægen meddeler, hvad der skal foretages, fortsættes på minutrapport og der disponeres efter instruksen i relevant afsnit.

Blanketten skal bruges til videreformidling samt efterfølgende dokumentation

9.7 Ordliste

Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)	Den funktion, der i regionen koordinerer den medicinske indsats ved større ulykker eller katastrofer. AMK er i disse tilfælde indgangen, herunder kommunikationsmæssigt, til hele regionens sundhedsvæsen.
Psykiatrisk Beredskabsledelse (PB)	Den funktion, der i regionen koordinerer den psykosociale indsats ved større ulykker eller katastrofer. Den Psykiatriske Beredskabsledelse er i disse tilfælde indgangen, herunder kommunikationsmæssigt, til hele regionens psykiatriske behandlingssystem.
Defusing:	Ved defusingen sker en første gennemgang af hændelsesforløbet, og der er mulighed for at deltagerne kan udtrykke de umiddelbare følelsesmæssige reaktioner på indsatsen. Defusingen er en kortvarig intervention, max. 1 time, med det formål at stabilisere de involverede.
Debriefing, Psykologisk	Debriefing er en emotionel bearbejdning af indtryk efter en traumatisk hændelse, og med det formål at normalisere belastningsreaktioner og forebygge udvikling af psykiske følger hos professionelt samarbejdende indsatsgrupper, og bør kun anvendes på disse.
Evaluering:	Evaluering er en gennemgang af det samlede forløb efter iværksat beredskabsplan. Evalueringen kan opdeles i en teknisk og en emotionel evaluering.
Koordinerende , Psykiatrisk kontaktperson KOP	Psykiatrisk kontaktperson har til formål at overvåge og koordinere den psykosociale indsats i indsatsområdet eller opsamlingsstedet. KOP er leder af kriseteamet og varetager kontakt med Indsatsleder-Sundhed.
Kriseteam/hold:	Et kriseteam består almindeligvis af en leder og 2-3 medarbejdere fortrinsvis med terapeutisk baggrund.

Opsamlingssted:	Opsamlingssted oprettes af politiet og er et sted / lokalitet i nærheden af indsatsområdet, hvortil tilskadekomne, der anses for at have behov for indlæggelse på sygehus eller direkte behandling på stedet af lægeholdet bringes.
Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC)	Evakuerings- og pårørendecenter oprettes på politiets foranledning på en lokalitet, der udpeges af politiet efter evt. indhentet udtalelse fra den Psykiatriske Beredskabsledelse. Kommunen står for oprettelse af EPC. Tidligere var EPC kendt som Psykosocialt Støttecenter, PSSC.
Indsatleder-Sundhed	Læge i indsatsområdet, hvis opgaver bl.a. er at have det medicinske overblik, varetager kontakten med baglandet via AMK, samarbejder med indsatsledelsen samt leder den medicinske indsats i indsatsområdet og fordeler tilskadekomne til sygehusvæsenet i baglandet.

Instruks for valg af intervention til den alarmerede KOP

Interventionerne indgår som en del af flowdiagrammet for aktivering af den psykosociale indsats og som elementer i psykiatriens eksterne beredskabsplan, *den psykosociale indsats*.

Snitflade med kommunen

Både regionen og kommunen er forpligtet til at yde krisestøtte ved en beredskabshændelse i den akutte fase. Det er kun regionen, der er forpligtet til at yde kriseterapi i den opfølgende fase, mens det kun er kommunen, der er forpligtet til at yde social assistance i den akutte fase (herunder særligt oprettelse af evakuerings – og pårørendecenter).

Da Regionen har et større psykosocialt beredskab end kommunen, forventes regionen at aktiveres ved mere omfattende hændelser. Der foreligger dog ikke en tydelig snitflade i forhold til, hvornår henholdsvis kommuner og regioner aktiveres ved mindre hændelser, hvor der ikke er behov for aktiveringer af begge beredskaber. Psykiatrien i Region Midtjylland kan ikke bestemme hvilket beredskab, der aktiveres.

Valg af intervention

Ved aktivering af psykiatriens psykosociale beredskab foreligger der 3 optioner, som KOP'en kan vælge.

Intervention 1 bør vælges ved en ulykke/katastrofe, der fordrer krisestøtte og som samtidig indebærer mindst en af nedenstående:

- En akut situation, hvor hurtig respons vurderes mest hensigtsmæssigt.
- En omfattende ulykke, hvor det vurderes, at det er mere hensigtsmæssigt at udsende kriseteams end at modtage mange mennesker i psykiatrisk enhed (jf. intervention 2). Såfremt der er tale om en situation med mere end 10 kriseramte bør det tilstræbes, at intervention 1 vælges.
- En ulykke, der ikke er lokaliseret i den "umiddelbare nærhed" af indsatsområdet. Det er svært at konkretisere den præcise afstand, men vurderes transporten at være længerevarende og/eller kompliceret for de kriseramte til den psykiatriske enhed, da bør intervention 1 vælges.

Intervention 2 bør vælges såfremt der er tale om en mindre ulykke på op mod 10-12 kriseramte, der er lokaliseret i umiddelbar nærhed af den psykiatriske afdeling.

Intervention 2 tilrådes ikke ved ulykker lokaliseret langt fra den psykiatriske afdeling eller ved en ulykke med mange kriseramte. I disse tilfælde bør det i udgangspunktet være intervention 1, der er mest hensigtsmæssig.

Intervention 3 bør vælges i de tilfælde, hvor det vurderes, at en præst i højere grad kan håndtere den konkrete problemstilling end psykiatrisk uddannet personale. Det vil sige såfremt ulykkens karakter i højere grad fordrer en stillingtagen til kristne, etiske og/eller moralske problemstillinger end decideret krisestøtte i form af psykoedukation og akutte psykiske belastningsreaktioner.

Flowdiagram for aktivering af det psykosociale beredskab – valg af intervention

Opkald fra AMK/B-AMK

1. Modtager af alarmen verificerer telefonnummer til AMK og tager imod besked.
2. Såfremt bagvagt ikke selv har KOP-funktionen kontaktes en KOP i afdelingen og AMK's telefon nr. videreformidles.

1. KOP kontakter AMK og får omfanget af katastrofen beskrevet og vurderer, hvorvidt intervention 1, 2 eller 3 benyttes. Husk at overveje mulighed for kommunal indsats.
2. Ved tvivl kan faglig beredskabsansvarlig og/eller HL kontaktes for sparring.
3. KOP orienterer beredskabsledelsen om alarmering. Orienteringen kan udføres i taxa.
4. KOP uddelegerer opgave til bagvagt eller anden medarbejder om at ringe til beredskabspersonale via alarmeringsliste om at være stand by såfremt intervention 1 er valgt.

Intervention 1:

- Anskaffelse af taxa
- KOP medbringer SINE samt tasker og andet udstyr.
- KOP udsendes til indsatsstedet hurtigt muligt i taxa.

1. KOP melder sig til Indsatsleder Sundhed og briefes om status.
2. KOP vurderer herefter, hvorvidt – og hvor meget - personale, der skal indkaldes fra de(t) kriseteam, der er stand by.
3. KOP tilgår evt. Evakuerings- og pårørendecenter.

1. Ved alarmering samles kriseteam ved et på forhånd bestemt mødested, jf. intern instruks i afdelingen.
2. Der udleveres rygsække, navneskilte, veste, mobiltelefoner mv.
3. Udrykningsteamet/ andre involverede medarbejdere informeres og vejledes om hændelse og planlagt intervention af modtageren af alarmen.

Udrykning:

1. Der ringes til taxa.
2. Afvent taxa. Ingen kører selv

Intervention 2: De kriseramte modtages i psykiatrisk enhed, der klargøres til at modtage kriseramte.

Gør klar til at modtage de kriseramte i klargjort psykiatrisk enhed. Behov for mere personale?

Intervention 3: Aktivering af Folkekirkens beredskab.

KOP ringer til AMK og rådgiver AMK, om aktivering af Folkekirkens Katastrofeberedskab.

Funktionskort for modtageren af alarmen

1. **Tag imod besked og dokumenter:**
    a. Telefonnummer og navn for vedkommende, der alarmerer i AMK/B-AMK
    b. Dato og klokkeslæt for alarmeringen
    c. Hvad er der sket?
    d. Hvor det er sket?
    e. Hvor mange tilskadekomne?

2. **Efter bekræftelse af alarmen foretager modtageren af alarmen følgende, såfremt vedkommende ikke selv er uddannet KOP.**
    a. Tag kontakt til en KOP i afdelingen
    b. Meddel, hvilket telefonnummer AMK har ringet fra, og dermed hvilket telefonnummer KOP skal ringe til for nærmere afklaring om hændelsen

Eventuelt afhænger af lokale procedurer:

c. Find intern alarmeringsliste over de medarbejdere, der er tilknyttet beredskabet. Koordinér med KOP, hvorvidt der skal startes alarmering af medarbejdere om at være stand by.
d. Koordiner med KOP, hvor mange personer og kriseteams, der skal være beredte.
e. Notér, hvem der kan aktiveres og hvor hurtigt disse kan aktiveres. Medarbejderne informeres om, hvor de helt nøjagtigt skal møde, jf. intern instruks.
f. Er der ikke tilstrækkeligt personale, der kan være stand by, ring til beredskabsledelse og anmod om assistance. Kan der ikke foretages kontakt til nogen i beredskabsledelsen, ring da direkte til nærmest psykiatriske afdeling i regionen.

Funktionskort: KOP (Koordinerende Psykiatrisk kontaktperson)

1. KOP aktiveres enten af AMK/B-AMK eller via opkald fra bagvagt/aktiveringsnummer i afdelingen.

2. Aktiveres KOP af bagvagt/aktiveringsnummer sørg for at få telefonnummeret til AMK/B-AMK og ring op for uddybning af detaljer om hændelsens omfang, lokation mv.

3. Vælg handlemulighed 1, 2 eller 3 (jf. flowdiagram for aktivering af den psykosociale indsats). Ved tvivl ring til beredskabsledelse for sparring om valg.

Der foreligger ikke klart definerede snitflader mellem det kommunale beredskab og det psykosociale beredskab. Hos såvel AMK/B-AMK og KOP skal det imidlertid indgå i den konkrete vurdering, i hvilken grad det kommunale beredskab skal medinddrages. KOP kan rådgive AMK/B-AMK om denne mulighed.

Ved valg af option 1:

1. Ved aktivering udsendes KOP hurtigst muligt til indsatsstedet. KOP er en erfaren læge, psykolog eller sygeplejerske. Eventuelle behandlingsopgaver skal begrænse sig til det absolut akut nødvendige, da egentlige behandlingsopgaver visiteres til venteplads eller til et evakuerings- og pårørendecenter for så hurtigt det er muligt at få personerne transporteret bort fra indsatsområdet. Bemærk ligeledes, at der udøves krisestøtte ikke kriseterapi ved aktivering.

2. Anskaf hurtigst muligt en taxa. Jf. beredskabsloven må beredskabspersonale ikke selv køre til indsatssted. Transporten til indsatsområdet kan ligeledes aftales med politiet. Såfremt katastrofeområdet er afspærret for almindelig trafik vil transport formentlig foregå bedst i et udrykningskøretøj.

3. Sørg for, at en medarbejder starter intern alarmeringskæde og briefer kriseteam(s) om at være stand by.

4. Klargør vest, rygsæk og andet udstyr, der befinder sig lokalt

5. Er beredskabsledelse endnu ikke alarmeret ring da til beredskabsledelse og orienter om hændelsens omfang samt hvilket telefonnummer du kan træffes på. Husk at holde mobiltelefonen åben, og afprøv forbindelsen på vej til stedet. Dette kan udføres i taxaen.

6. Vurder undervejs i taxa, om der allerede nu er behov for koordinering med enten AMK/B-AMK eller indsatsledelsen på indsatsstedet.

7. Ved ankomst tag kontakt til Indsatsleder, Sundhed og hør om status. KOP referer til Indsatsleder, Sundhed i indsatsområdet.

8. Vurder i samarbejde med Indsatsleder Sundhed, hvorvidt – og hvor meget - der skal aktiveres fra de(t) kriseteam(s), der er stand by. Denne vurdeing kan indledes tidligere, jf. punkt 5. Ved tvivl kontakt den Psykiatriske beredskabsledelse.

9. Såfremt der ikke på selve indsatsstedet er behov for dine kompetencer tilgå da evakuerings- og pårørendecenter, hvorfra du vil være faglig ansvarlig. Følg da instruks 8.7.1 for "KOP i EPC" samt orienter dig i instruks til medarbejdere på indsatsområdet samt ti gode råd til kriseteam og indsatspersonale

10. Brief ankomne kriseteams ift. overblik og opgaver i EPC (se instruks 8.7 vedrørende EPC – herunder 8.7.1 vedrørende "*KOP i EPC*")

11. Sørg hele tiden for at være tilgængelig via SINE-radio samt via mobiltelefoni.

12. Husk at oplysninger og dispositioner skal noteres i minutrapport. Tilgår der ikke en logfører skal dette foretages umiddelbart efter afsluttet beredskabshændelse.

13. Efter afsluttet forløb, sørger KOP for debriefing af personale i kriseteams.

Ved valg af option 2:

1. Vurdér, hvor kriseramte mest hensigtsmæssigt kan modtages ift. hændelsens karakter og omfang.

2. Kontakt afdelingsledelse – og evt. ambulatorie/modtagelse direkte - og meddel, at de indgår i psykiatriens psykosociale beredskab. Informer om alle relevante detaljer, og behovet for ekstra kapacitet.

3. Ved behov start intern alarmeringsliste og indkald ekstra personale.

Ved option 3:

1. Ring til AMK og meddel, at psykiatrien vurderer, at Folkekirkens beredskab bør alarmeres i stedet. Det er imidlertid AMK's vurdering om denne rådgivning efterleves eller ej.

KOP i EPC

KOP i EPC leder indsatsen i evakuerings- og pårørendecenter og er fysisk placeret der. KOP EPC kan efter behov have en logfører, der registrerer alle kontakter og beslutninger til senere dokumentation samt evt. agerer sendebud ift. at bringe informationer rundt i centret.

KOP i EPC's opgave består af følgende:

- Organiserer kriseteam til diverse opgaver i centret i tæt samarbejde med politiet (triage, genforening af familier, dannelse af grupper for overlevende og efterladte)
- Fordeler rummene til forskellige opgaver/funktionen
- Udpeger evt. logfører til registrering samt sweeper/ordonnans funktion
- Har overblik over personalesituationen, sørger for afløsning af enkeltpersoner
- Ansvaret for at justere antallet af hold (indeholdende patienter og pårørende) samt hvor mange praktikere, der skal tilknyttes

- Bevarer overblikket over personaleressourcer og løbende justering af disse
- Løbende orientering af sidste nyt modtaget fra katastrofeledelsen
- Samler ved afslutningen af dag 1 praktikere med henblik på dannelse af debriefinggrupper, således at ofre/pårørende får besked om debriefing, tid og sted, inden de eventuelt forlader centret
- Har løbende kontakt med den Psykiatriske Beredskabsledelse
- Instruerer informationsmedarbejder

KOP EPC's logfører:

- Logføren sørger for at dokumentere alle elevante beslutninger, kontakter i minutrapporten.
- Logføren overbringer informationer i centret.
- Logføreren har endvidere ansvaret for, at personer får overleveret de korrekte ting, heraf navneskilte, armbind, tasker mv.

Alle personer, der rykker ud til et evakuerings- og pårørendecenter har ansvaret for, at der medbringes udstyr til information; foldere, oprettes en informationstavle samt medbringes registreringsblanketter. Ligeledes, at der medbringes navneskilte, armbånd, tasker og veste.