



Rapport fra forprosjekt fase 1: Kompetansesenter for helhetlig oppfølging etter kriser



Marit Aralt Skaug

Prosjektleder

15. sept. 2011

Forord

I februar 2010 inviterte Terningen Nettverk og Prosjekt Østerdal sivil-militært kompetansesamarbeid relevante lokale fagmiljøer til et møte for å drøfte behovet for kompetanseutvikling innen langsiktig oppfølging av mennesker som har vært utsatt for kriser og ulykker. Initiativet kom fra leder for Hærens AFA-kontor i Forsvaret, Stig Nordsveen. Hærens AFA (Administrativt Foresatt Avdeling) har personellmessig forvaltningsansvar for soldater som er ute i internasjonale operasjoner, og oppfølging av soldater som har vært utsatt for traumatiske hendelser er et viktig område for denne virksomheten. På bakgrunn av klare råd og innspill fra møtet i februar 2010, startet Terningen Nettverk et forprosjekt for å utrede om det er grunnlag for å etablere et kompetansesenter for helhetlig oppfølging av mennesker som har vært utsatt for kriser. Fase 1 av forprosjektet har vært gjennomført i perioden januar – juni 2011, og resultatet av dette arbeidet presenteres i denne rapporten, som ble endelig godkjent av styringsgruppa for Terningen Nettverk 13.09.11. Jeg takker alle medarbeidere i arbeidsgruppen og referansegruppen som har bidratt med erfaringer og kompetanse, kloke råd og innspill, iver og entusiasme.

I avslutningen av arbeidet med rapporten har vi opplevd de mest alvorlige terrorhandlinger i Norge siden 2. verdenskrig. Terrorangrepene i Oslo og på Utøya den 22. juli 2011 har på en sjokkerende og grusom måte gjort problemstillingen om langsiktig oppfølging etter kriser ennå mer aktuell, og øker behovet ytterligere for kunnskapsbasert helhetlig oppfølging i tiden og årene som kommer.

Elverum, 15. september 2011
Marit Aralt Skaug

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag og anbefalinger	4
2. Bakgrunn for prosjektet	5
2.1 Formål.....	6
2.2 Avgrensinger, definisjoner	7
3. Organisering av prosjektet	7
3.1 Ledelse.....	7
3.2 Finansiering	8
3.3 Arbeidsgruppe og referansegruppe	8
3.4 Samarbeidspartnere i forprosjektet.....	8
3.5 Datainnsamling.....	9
4. Om kriser og krisereaksjoner	9
5. Oppfølging etter kriser	11
5.1 Psykososial førstehjelp etter kriser	11
5.2 Langsiktig oppfølging etter kriser.....	12
5.3 Oppfølging av veteraner.....	12
5.4 Oppfølging av flyktninger og asylsøkere	14
5.5 Tannbehandlingstilbud til torturoverlevende og overgrepsutsatte	14
6. Forskning, utdanning, veiledning	15
6.1 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)	15
6.2 Regionalt senter for vold og traumatisk stress (RVTS).....	15
6.3 Senter for Krisepsykologi AS, Bergen	15
6.4 Modum bad klinikken.....	16
6.5 SOSCON – Institutt for krisehåndtering	16
6.6 Andre relevante ressursmiljøer	16
6.7 Utdanning.....	17
7. Kompetansesenter for helhetlig oppfølging etter kriser	18
7.1 Faglig profil	19
7.2 Kompetansesenterets oppgaver	20
7.3 Kompetansemiljøet rundt Terningen Arena	20
7.4 Frisklivssentral med utvidet tilbud om psykososial veiledning.....	23
7.5 Organisering og lokalisering av kompetansesenteret.....	24
8. Referanser	27

1. Sammendrag og anbefalinger

Mennesker som har vært utsatt for traumatiske kriser kan slite med alvorlige stressreaksjoner og ettervirkninger i lang tid etterpå. Hovedfokuset på oppfølging etter kriser og ulykker i dag ligger på den psykososiale førstehjelpen. I akutfasen etter en traumatisk hendelse får rammede og berørte aktivt tilbud om psykososial førstehjelp fra kommunalt kriseteam, som i dag fins i alle kommuner.

Mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser kan ha behov for mer langvarig oppfølging og støtte enn det som tilbys i akutfasen fra de kommunale psykososiale kriseteamene. Det fins imidlertid ikke noe system for langtidsoppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Det er behov for tilbud om langsiktig, individuelt tilpasset mestringsorientert, ikke-psykiatrisk oppfølging.

Det finnes ingen evidensbasert kunnskap som med sikkerhet kan si hva som er effektive intervensjoner den første tiden etter kriser, ulykker og katastrofer, og det er ikke enighet om hva som er god hjelp etter en krisehendelse. Gjennom arbeidet med fase 1 av forprosjektet er det dokumentert et udekket nasjonalt behov for mer kunnskap og kompetanse innen langsiktig, helhetlig oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser.

Anbefaling:

- Det bør etableres et kompetansesenter for forskning, formidling og undervisning innen tverrfaglig, helhetlig oppfølging etter kriser, basert på helsefremmende og salutogene prinsipper.
- Kompetansesenteret skal være på et ledende nasjonalt nivå, og være et faglig møtested for forskere, fagfolk, lærere og studenter fra ulike miljøer.
- Kompetansesenteret skal i tillegg tilby kunnskapsbasert, mestringsorientert ikke-psykiatrisk individrettet veiledning og psykososial oppfølging. Den individrettede virksomheten i kompetansesenteret kan f.eks. legges til en kommunal Frisklivssentral med utvidet tilbud innen psykososial veiledning.
- Det brede, tverrfaglige kompetansemiljøet i og rundt Terningen Arena, med bl.a. Høgskolen i Hedmark (avdeling for folkehelsefag), Oppfølgingsenheten Frisk, Hernes institutt, Tannhelsetjenesten, NAV Hjelpemiddelsentral Hedmark, Hæren m.fl. gir sammen med infrastruktur, uteområder for friluftsliv, innendørs idrettshaller og treningssenter, unike muligheter til å etablere et tverrfaglig kompetansesenter som både kan tilby forskning, formidling og utdanning, samt individrettet fysisk og psykososial oppfølging.

- Kompetansesenteret skal utnytte og styrke de eksisterende fagmiljøene ved Terningen Arena, og i tillegg samarbeide nært med eksterne kompetansemiljøer, som RVTS Øst, Sykehuset Innlandet, Frisklivssentralen, m.fl.

2. Bakgrunn for prosjektet

Mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser kan slite med alvorlige stressreaksjoner og ettervirkninger i lang tid etterpå (Dyregrov 2002; Rose, Bisson et al. 2003). Overlevende og berørte fra store ulykker og katastrofer, mennesker som er rammet av krig og terror, veteraner fra militære operasjoner, flyktninger og asylsøkere, eller enkeltmennesker som er rammet av trafikkulykker, voldtekt, incest og overgrep, selvmord og lignende har økt risiko for ettervirkninger, uførhet og psykisk uhelse (Galea, Sandro; et al. 2005). Langtidsvirkninger av traumatiske kriser kan ha betydelige konsekvenser for enkeltindivider og for samfunnet. Kunnskapsbasert, effektiv forebygging av helseplager som følge av traumatiske opplevelser er derfor av stor betydning, og en viktig folkehelsestrategi.

I vårt distrikt fins det mange virksomheter og fagmiljøer med erfaringer og kompetanse innen krisehåndtering:

- Forsvaret er etablert i regionen, med flere avdelinger i høy beredskap. Hærens AFA-kontor på Terningmoen har personellmessig forvaltningsansvar for soldater i internasjonale operasjoner, og oppfølging av soldater som har vært utsatt for traumatiske hendelser er et viktig område for denne virksomheten.
- Gjennom Åsta-ulykken i 2000 høstet mange virksomheter i distriktet verdifulle erfaringer i krisehåndtering, bl.a. brann- og redningstjenesten, sivilforsvaret, politi, kommunen m.fl.
- Høgskolen i Hedmark (Campus Rena) tilbyr studier innen risiko, sårbarhet og beredskap (30 sp) og krisehåndtering (60 sp).
- Det nyetablerte firmaet Crisis Training AS i Elverum samarbeider med Høgskolen i Hedmark og Forsvaret om å utvikle metoder for katastrofeøvelser.
- Samfunnssikkerhet og beredskap er et innsatsområde for verdiskaping i Samarbeidsprogrammet for Hedmark 2010 – 2011 (2013), hvor bl.a. Høgskolen i Hedmark, Forsvaret og ERNU deltar.
- Høgskolen i Hedmark (Campus Elverum) har studier og forskning innen et bredt fagområde, bl.a. psykisk helse, rusproblematikk, rehabilitering, psykososialt arbeid, sykepleie, tannpleie, idrett, fysisk aktivitet, friluftsliv, folkehelse mm.
- I Terningen Nettverk samarbeider offentlige og private virksomheter med kompetanse innen rehabilitering og nærliggende områder, bl.a. Hernes Institutt, Oppfølgingsenheten Frisk, NAV Hjelpemiddelsentral Hedmark, Elverum kommune, tannhelsetjenesten m.fl.

Den samlede kompetansen i distriktet danner grunnlag for å utvikle en unik komplementær satsing innen samfunnssikkerhet og krisehåndtering, med utdanningstilbud, kunnskapsutvikling og innovasjon innen helhetlig krisehåndtering, fra før en ulykke skjer (forebygging), håndtering av en akutt krise, samt fysisk og psykososial oppfølging i ettertid (Figur 1).

I februar 2010 inviterte Terningen Nettverk og Prosjekt Østerdal sivil-militært kompetansesamarbeid aktuelle fagmiljøer til et møte for å drøfte behovet for å utvikle kompetanse innen langsiktig oppfølging av mennesker som har vært utsatt for kriser og ulykker. På bakgrunn av klare råd og innspill fra møtet i februar 2010, startet Terningen Nettverk et forprosjekt for å utrede om det er grunnlag for å etablere et kompetansesenter for helhetlig oppfølging av mennesker som har vært utsatt for kriser.



Figur 1: Regionale komplementære satsinger innen helhetlig krisehåndtering

2.1 Formål

Formålet med fase 1 av forprosjektet er å utrede behovet og grunnlaget for å etablere et kompetansesenter for forskning og kunnskapsutvikling, formidling, undervisning og veiledning innenfor helhetlig oppfølging etter kriser, lokalisert til Terningen Arena i Elverum.

2.2 Avgrensinger, definisjoner

I vårt arbeid avgrenser vi **krise** til å gjelde traumatiske hendelser som tap eller trussel på liv og helse. Traumatiske hendelser kan ramme mennesker direkte, eller indirekte som pårørende og innsatspersonell. Eks. på traumatiske hendelser er ulykker som rammer enkeltmennesker, eks. vold, trafikkulykker, voldtekt, incest, tortur, med mer, og store ulykker og katastrofer som rammer mange, eks. naturkatastrofer, krigshandlinger, terrorangrep med mer. Med **helhetlig oppfølging** mener vi fysisk og psykososial ikke-psykiatrisk oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiske kriser. Med **kompetansesenter** mener vi et senter som skal levere forskning og kunnskapsutvikling, formidling, undervisning og individrettet veiledning.

3. Organisering av prosjektet

3.1 Ledelse

Forprosjektet "*Kompetansesenter for helhetlig oppfølging etter kriser*" er et delprosjekt under Prosjekt Terningen Nettverk, og har samme prosjekteiere, prosjektansvarlig, prosjektleder og styringsgruppe som hovedprosjektet. Prosjekteiere er Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og idrettsfag, og Elverum kommune. Prosjektansvarlig er seniorrådgiver Mette Løhren. Prosjektleder er førsteamanuensis Marit Aralt Skaug.

Terningen Nettverk (www.terningennettverk.no) er en kompetanseklynge med flere offentlige og private virksomheter, som samarbeider om fagutvikling og innovasjon, felles ressursutnyttelse og kunnskapsdeling, i en kompetanseklynge med folkehelse som felles overbyggende profil. Medlemmene i nettverket er per juni 2011:

- Elverum kommune
- Høgskolen i Hedmark, Campus Elverum
- Hedmark fylkeskommune
- ElverumRegionenNæringsUtvikling (ERNU)
- NAV Hjelpemiddelsentral Hedmark
- Oppfølgingsenheten Frisk
- Hernes Institutt
- Studentsamskipnaden i Hedmark
- Elverum Idrettsråd
- Family Sports Club Elverum
- Flerbruksanlegget

For nærmere beskrivelse av Terningen Nettverk og medlemmene, henvises det til nettverkets hjemmeside: www.terningennettverk.no.

3.2 Finansiering

Fra Kompetansemegling Innlandet er det bevilget kr. 50 000,- for kompetansekartlegging i forbindelse med forprosjektet. Delprosjektet er for øvrig finansiert gjennom hovedprosjektet Terningen Nettverk.

3.3 Arbeidsgruppe og referansegruppe

Det er nedsatt en arbeidsgruppe som har arbeidet med fase 1 av forprosjektet.

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Georg Morland (Oppfølgingsenheten Frisk, SOSCON)
- Claes Næsheim (Fylkestannlege)
- Solveig Enger (Enhetsleder Rehab. Elverum kommune)
- Unni Hågensen (Leder psykososialt beredskapsteam Elverum kommune)
- Stig Nordsveen (Leder Hærens AFA kontor)
- Mette Lunåsmo (Leder videreutd. rehab., Høgskolen i Hedmark)
- Marit Aralt Skaug (Prosjektleder)

Arbeidsgruppens mandat har vært å utarbeide en skriftlig, begrunnet anbefaling for videre arbeid med å etablere kompetansesenteret. Tidsrammen for arbeidsgruppen: 1. februar – 1. juni 2011. Arbeidsgruppen har hatt i alt 5 møter.

Det er også etablert en referansegruppe som har gitt innspill til arbeidsgruppen.

Referansegruppen har hatt 2 møter. Referansegruppen har bestått av:

- Bjørn Bakke (Kommuneoverlege, Elverum)
- Einar Brænd (Prosjektleder, Østerdal sivil-militært kompetansesamarbeid)
- John Strupstad (FoU leder, Hernes Institutt)
- Mette Skaug (Sosialrådgiver, Studentsamskipnaden i Hedmark)
- Tone Kristin Melhuus (Sjef for velferd, idrett og sosial avdeling, Forsvaret)
- Eva Eidem (Home-Start Familiekontakten, Hamar)

3.4 Samarbeidspartnere i forprosjektet

- RVTS Øst, Sykehuset Innlandet
- Hærens AFA-kontor i Forsvaret
- SOSCON Institutt for krisehåndtering
- Prosjekt Østerdal sivil-militært kompetansesamarbeid
- Pilotprosjekt Østerdalen
- Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Østlandet, TKØ
- Home Start Familiekontakten, Hamar

3.5 Datainnsamling

Data er samlet inn ved hjelp av litteratursøk, og intervjuer og møter med følgende fagmiljøer:

Forsvarets veteranseier Bæreia	Oblt/Sjef John Petter Bachke
Forsvarets prosjekt ivaretagelse	Prosjektleder Thore Melhuus
Forsvarets veteranadministrasjon	Oblt Erik Myroldhaug
Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner (NVIO)	Leder kameratstøtte Knut Østbøll
Veteranforbundet SIOPS, Skadde i internasjonale operasjoner	Nestleder Bjørn Pettersen Talsmann Anders Grindaker
Pilotprosjekt Østerdalen	Flere veteraner
SOSCON Institutt for krisehåndtering	Instituttssjef Stein T. Moen
Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Østlandet (TKØ).	Prosjektleder Sissel Bjørntvedt
Sykehuset Innlandet	Divisjonsdirektør Gunn Gotland Bakke
RVTS Øst	Spesialrådgiver Nils Petter Reinholdt

4. Om kriser og krisereaksjoner

Ordet krise kommer fra gresk, og betyr "avgjørende vending, plutselig forandring, skjebnesvanger endring". En krise innebærer et vendepunkt, som kan utvikle seg i to retninger. Psykiateren Johan Cullberg skiller mellom traumatiske krise og livskrise. Han beskriver traumatisk krise som en reaksjon på noe man opplever som en alvorlig trussel mot sitt liv, sosiale identitet og trygghet. En traumatisk krise kan utløses ved at man blir rammet av tap (eventuelt trussel om tap), eller ved trussel på liv og helse. I vårt arbeid vil vi fokusere på traumatiske kriser, og ikke livskriser.

Frykt er en nødvendig reaksjon på fare, og fører til normale stressreaksjoner i kroppen som setter kroppen i en alarmtilstand ("Flykt – Frykt – Kjemp"). Når faren er over, vil de psykiske og fysiologiske stressreaksjonene normalt roe seg ned etter noen dager eller uker. De fleste som har blitt utsatt for en alvorlig stressbelastning, vil komme seg i løpet av dager, uker eller måneder. Studier som er gjennomført etter svært alvorlige hendelser, viser at nesten alle får stresssymptomer kort tid etterpå. Likevel kan det hos noen mennesker som har vært utsatt for store belastninger utvikles ulike typer psykiatriske tilstander. Den mest alvorlige formen er post-traumatisk stress lidelse (PTSD). Det skjer når kroppen ikke vil gjenopprette normal ro, men forblir i en alarmtilstand hvor personen stadig er på vakt etter farer som kan inntre på nytt (Gersons and Olff 2005).

Verdens helseorganisasjons diagnostiske kriterier for PTSD (ICD-kriteriene) er: 1. Påvisbar ytre stressbelastning (hendelse utenom det vanlige som er så alvorlig at den ville ha betydning for enhver); 2. Gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen; 3. Unngåelse av inntrykk knyttet til den traumatiske hendelsen; 4. Symptomer på økt aktivitet (søvnproblemer, irritabilitet, konsentrasjonsvansker, økt årvåkenhet, overdreven skvettenhet, fysiologiske reaksjoner på stimuli som minner om den traumatiske hendelsen) (WHO 1992).

Kun et fåtall av dem som blir utsatt for potensielt traumatiske hendelser, utvikler PTSD. I fredstid antar man at 1 – 3 % av befolkningen til enhver tid lider av PTSD (Skogstad M, Skorstad M et al. 2011). Blant overlevende etter alvorlige trafikkulykker vil omkring 5 % utvikle PTSD. Det første året etter menneskeskapte katastrofer finner man en forekomst av PTSD hos voksne direkte ofre på 25 - 75 %, hos eksponerte barn 25 - 95 % innen ett til to år, hos redningsarbeidere 5 - 20 %, og hos voksenbefolkningen som helhet 1 - 11 % (Kunnskapssenteret 2006).

PTSD er ofte forbundet med andre sykdommer og lidelser. Blant voksne med PTSD-diagnose har 75 - 85 % også en annen psykisk lidelse, som depresjon, angst, søvnproblemer, stoff- og alkoholproblemer og psykosomatiske lidelser. Generell økt somatisk sykkelighet, ofte i muskel- og skjelettsystemet, kan også ledsage posttraumatisk stresslidelse (Galea, Nandi et al. 2005). Traumeeksponerte mennesker har også økt risiko for alkohol- og stoffmisbruk (Giaconia, Reinherz et al. 1995; Giaconia, Reinherz et al. 2000). Det er dokumentert at seksuelle overgrep og/eller vold øker risikoen for senere utvikling av psykiske lidelser (Kessler 1997). Resultatene av en norsk spørreskjemaundersøkelse av mer enn 20 000 voksne personer i alderen 40-42 år er i samsvar med dette. Blant voksne som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og vold som barn, rapporterte 48 % at de hadde psykiske helseproblemer, mot ca. 15 % i totalutvalget (Hjemmen 2002). Selv om en person ikke oppfyller alle diagnosekriteriene for en full PTSD-diagnose, kan det likevel foreligge betydelig funksjonsnedsettelse som følge av traumatiske opplevelser (Galea, Nandi et al. 2005).

Det å oppleve traumatiske hendelser som for eksempel beskytning, komme ut for bomber og miner, eller se lik/massegraver, eller å bli tatt til fange, innebærer økt risiko for å utvikle psykiske helseproblemer i ettertid (Thoresen and Mehlum 2006). Dersom man blir fysisk skadet, øker også risikoen for å utvikle psykiske skader. Forskning på sammenhengen mellom fysisk skade og posttraumatiske reaksjoner indikerer at fysisk skade som oppstår i en ellers traumatisk situasjon, mest sannsynlig gir økt sannsynlighet for å utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Koren, Hemel et al. 2006).

Mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser kan slite med akutte stressreaksjoner og med psykologiske traumer i lang tid etterpå (Dyregrov 2002; Rose, Bisson et al. 2003; Arnberg, Rydelius et al. 2011). Traumatiske hendelser øker risikoen for

psykiske lidelser som depresjon, angst, søvnproblemer og stoff- og alkoholproblemer, og psykosomatiske lidelser (Kornør 2006). En studie viste at opptil 30-40 % av dem som ble utsatt for en katastrofe viste tegn til psykiatrisk lidelse et år etter hendelsen (Norris, Friedman et al. 2002).

5. Oppfølging etter kriser

5.1 Psykososial førstehjelp etter kriser

De siste 30 årene har det blitt en økende forståelse for de helseproblemer som kan følge av kriser og katastrofer. Store ulykker som brannen ved Jotun fabrikker i 1976, Alexander Kielland-ulykken i 1980, skredulykken i Vassdalen i 1986, Scandinavian Star-ulykken i 1990, Sleipner-forliset i 2000, Åsta-ulykken i 2001 og tsunamien i 2004 har ført til økt kompetanse og kunnskaper innen akutt psykososial førstehjelp (Kornør 2006). Det er i dag etablert et landsomfattende kommunalt tilbud om akutt psykososial krisehjelp etter kriser og ulykker, med sikte på å forebygge senskader. Hver kommune skal ha egne psykososiale kriseteam som sammen med det ordinære hjelpeapparatet skal følge opp mennesker som har vært utsatt for store belastninger som kan være potensielt psykologisk traumatiserende. Helsedirektoratet har utgitt en veileder som beskriver oppfølging fra kommunale instanser og fastleger (Sosial- og helsedirektoratet 04/2005) og en veileder i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet 03/2005) til mennesker som har vært berørt av ulykker og katastrofer. Helsedirektoratet har utarbeidet en Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet 2011). Veilederen fremhever en avvente holdning i starten som en nyttig strategi ("watchful waiting"), i tråd med internasjonale retningslinjer for oppfølging etter kriser (NICE 2005). En konsensuskonferanse i Cape Town i 2009 oppsummerer kunnskapen fra flere retningslinjer når det gjelder å skulle forebygge PTSD. Denne kunnskapen om tidlig intervensjon oppsummeres som de 4 P'er: Ikke patologiser (ikke sykeliggjør reaksjonen), ikke psykologiser, unngå piller og ikke påtvinge profesjonell hjelp (Zohar, Sonnino et al. 2009).

Den akutte førstehjelpen etter kriser er godt utbygd og satt i system, men ikke alle berørte er like fornøye med kvantitet og kvalitet på støtten som gis (Dyregrov 2000). Til tross for effektiv psykososial oppfølging viser undersøkelser at mange ikke kommer seg etter en krise. Andre helseplager, kroniske tilstander og vedvarende akutte og kroniske stressreaksjoner kan begrense effektene av tiltak og behandling (Bradley, Greene et al. 2005).

Det er heller ikke enighet om hva som er god hjelp etter en krisehendelse (Dyregrov 2011). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har foretatt en kunnskapsoppsummering med gjennomgang av forskning knyttet til psykososiale tiltak ved store ulykker og katastrofer, og psykososiale tiltak ved kriser og ulykker. Denne viser at psykososiale tiltak som ble iverksatt inntil ett år etter ulykker og kriser ikke har noen dokumentert virkning på traumerelaterte

psykiske lidelser og funksjonssvikt. Deres konklusjon er at det finnes ingen evidensbasert kunnskap som med sikkerhet kan si hva som er effektive intervensjoner den første tiden etter kriser, ulykker og katastrofer (Kornør 2007). Når en krise inntreffer uttaler ofte hjelpepersonell til media at «det viktigste nå er at de rammede får komme sammen for å snakke om det». I en del år har akutt stressdebrifing vært anbefalt. Forskning har imidlertid ikke kunnet vise noen positive forebyggende effekter av det å gjennomgå hendelsen og opplevelsen av hendelsen kort tid etter kritiske hendelser (Kornør 2007), det kan kanskje til og med ha negative effekter (Seery, Silver et al. 2008; Dyregrov 2011). Randomiserte, kontrollerte studier har vist at kognitiv atferdsterapi i fire uker eller mer synes å være det mest effektive for å forebygge posttraumatisk stresslidelse hos personer som har opplevd enkelthendelser som ulykke, brann, vold og uventet død (Kornør 2007).

5.2 Langsiktig oppfølging etter kriser

Til forskjell fra den psykososiale oppfølgingen som gis umiddelbart etter en krise, foreligger det ikke noe system eller formalisert ansvar for langtidsoppfølgingen. Det er ikke alltid slik at "tiden leger alle sår". Eftervirkningene etter traumatiske opplevelser kan strekke seg over flere år, og også vise seg etter mange år.

Lars Christian Braavold, som er FN-veteran fra Libanon og Somalia, uttalte i et intervju med Aftenposten 6. juli 2010, i forbindelse med aksjonen hvor veteraner leverte tilbake medaljene sine: *"Kollapsen kom i 1998, flere år etter siste utenlandsopphold i Somalia. Da klarte jeg ikke lenger jobben som kokk. Siden den gang har det gått i attføring og rehabilitering. - Da vi kom hjem møtte vi en kald skulder. Vi fikk beskjed fra Forsvaret om at 'nå er du ferdig her, skjer det noe, må du oppsøke lege privat'".*

Undersøkelser blant etterlatte dokumenterer et behov for oppfølging over tid (Dyregrov, Nordanger et al. 2002). Mange mennesker som har vært utsatt for store katastrofer, som Åsta-ulykken og tsunamien, og veteraner fra internasjonale operasjoner gir uttrykk for at de savner et mer langsiktig tilbud om oppfølging og hjelp.

5.3 Oppfølging av veteraner

I den senere tiden har det vært økende fokus på oppfølging av veteraner fra utenlandsoperasjoner. Siden 1947 har Norge bidratt i mer enn 40 internasjonale fredsoperasjoner, og omlag 120 000 kvinner og menn har deltatt. Utenlandsoperasjoner har utviklet seg til å bli en integrert del av Forsvarets virksomhet.

Sosial- og helsedirektoratet viser til at samtlige studier utført på veteraner med psykiske helseproblemer har vist en sammenheng mellom tjenesterelatert stressbelastning og etterfølgende psykiske helseproblemer (Sosial- og Helsedirektoratet 2006). I en pilotundersøkelse som ble foretatt blant veteraner som er med i eller har kontaktet veteranforbundet SIOPS (Skadde i internasjonale operasjoner) oppga et flertall å ha utviklet

psykiske helseproblemer som angst og depresjonslidelser, og alvorligere senskader som PTSD (Mandal 2009). Forsvarets sanitet oppgir at forekomsten av psykiske plager etter avsluttet tjeneste varierer fra 3 til 16 %. De fleste erstatningskravene Forsvarsdepartementet har mottatt fra deltakere i internasjonale operasjoner kommer fra veteraner som har eller hevder å ha diagnosen posttraumatisk stressyndrom (PTSD).

Det sivile helsevesenet har begrensede erfaringer og kompetanse i forhold til oppfølging av personer som har deltatt i operasjoner og opplevd belastende hendelser. Dette medfører at enkelte av innsatspersonellet som har fått psykiske problemer etter endt tjeneste ikke har mottatt tilfredsstillende helsehjelp og oppfølging (Sosial- og Helsedirektoratet 2006).

Verken Forsvaret eller det sivile samfunn har overordnede og systematiske strategier for hvordan veteraner som sliter med psykiske senskader skal kartlegges og følges opp (Mandal 2009). Forsvaret har nylig utarbeidet en handlingsplan, etablert et veteransenter og en prosjektorganisasjon som heter Forsvarets Veterantjeneste. Forsvarets Veteransenter som holder til på Bæreia i nærheten av Kongsvinger har et "frisk-fokus" og er et sted for rekreasjon og et fysisk møtested for veteraner. Det foregår ingen behandling ved senteret, men det er fokus på "innhold i opphold", aktiviteter og likemannsarbeid i form av gode samtaler og godt samvær. Senteret er ikke et daghjem, men et sted hvor veteraner og deres pårørende kan tilbringe tid over flere døgn. Forsvarets Veterantjeneste samarbeider med Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner (NVIO) i det likemannsarbeidet som kalles "Kameratstøtte", og har også tverretattlig samarbeid med andre etater som Statens Pensjonskasse, NAV, Helsedirektoratet, Bufetat m fl.

Stortingsmelding 34 (2008-2009) "Fra vernepliktig til veteran" har til hensikt å sikre best mulig ivaretagelse av Forsvarets personell før, under og etter tjenestegjøring i utenlandsoperasjoner. Meldingen beskriver i alt 23 satsingsområder for veteranivaretagelse. Dette ble konkretisert i 126 tiltak i regjeringens Handlingsplan "I tjeneste for Norge", som kom 2. mai 2011. Ett av tiltakene beskriver etablering av et pilotprosjekt i Østerdalen. Målet er å utvikle gode modeller for samarbeid på tvers av sektorer som sikrer koordinert og effektiv oppfølging av den enkelte veteran. De to store Forsvarskommunene Elverum og Åmot er i samarbeid gitt dette pilotprosjektet, som koordineres av Forsvarsdepartementet ved en interdepartemental arbeidsgruppe (IDA). Det er stor grad av sammenfallende problemstillinger og stor overføringsverdi mellom forprosjektet *Kompetansesenter for helhetlig oppfølging etter kriser*, og *Pilotprosjekt Østerdalen*. De to prosjektene er derfor delvis samkjørt, ved at prosjektleder og et medlem av arbeidsgruppen for forprosjektet også har deltatt i *Pilotprosjekt Østerdalen – Delprosjekt helse*.

5.4 Oppfølging av flyktninger og asylsøkere

Mange asylsøkere og flyktninger har vært utsatt for traumatiske opplevelser, og har fysiske og psykiske skader etter voldtekt, overgrep og vold i fengsel, tortur eller krigshandlinger. Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) og alvorlig depresjon forekommer hyppig i disse gruppene. Angstlidelser er også vanlig, både som del av posttraumatisk stressyndrom og som reaksjon på usikkerhet i forbindelse med framtiden. Personer med de alvorligste skadene er de som har vært utsatt for systematisk tortur. Voldtekt og annen form for seksuelle overgrep på kvinner og menn vil som oftest gi dyptgripende psykiske følger. Mange mangler sosiale nettverk (Helsedirektoratet 2010). De siste årene har det vært pekt på behovet for en mer helhetlig oppfølging av flyktninger. Det synes å være behov for mer kunnskap om helhetlig oppfølging av traumatiserte flyktninger for å bedre livskvaliteten til den enkelte flyktning og for å øke forutsetningene for samfunnsinkludering.

Oppfølgingsenheten Frisk har innledet et samarbeid med Norsk Folkehjelp, og skal gjennomføre et helhetlig fagtilbud for flyktningene ved Flyktningmottaket i Moelv. Det blir gitt et tverrfaglig tilbud med temaer som livsstil, kunst, kultur, natur, mestring, samarbeid, arbeidspraksis og gruppesamtaler.

5.5 Tannbehandlingstilbud til torturoverlevende og overgrepsutsatte

Mennesker som har vært utsatt for tortur eller overgrep kan ha behov for spesielt tilrettelagte tannbehandlingstilbud. Personer med sterk tannbehandlingsangst (odontofobi), torturoverlevende og overgrepsutsatte er i en vanskelig livssituasjon hvor muligheten til å nyttiggjøre seg eksisterende tannhelsetilbud kan være redusert på grunn av sosiale, økonomiske og/eller helsemessige årsaker. På bakgrunn av Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) om framtidens tannhelsetjenester, vedtok Stortinget å be Regjeringen legge til rette for at tortur- og overgrepsofre via henvisning fra fastlege får utredning om terapi og tannbehandling. Helsedirektoratet utarbeidet en rapport: "Tilrettelagt tilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi", hvor det foreslås å etableres spesialiserte tannlege/psykologteam for utredning og aktuell behandling av tortur- og voldsutsatte og pasienter med odontofobi.

Utdanning, kompetanseutvikling og tilrettelagt tannbehandlingstilbud til mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi er en viktig del av oppfølging etter kriser. I arbeidet med forprosjektet for kompetansesenteret har Terningen Nettverk samarbeidet med Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Østlandet (TKØ) om å få etablert et spesialisert behandlingsteam til Elverum tannklinik og tannpleierutdanningen ved Høgskolen i Hedmark.

6. Forskning, utdanning, veiledning

Det fins flere institusjoner som driver forskning og formidling innen krisehåndtering og kriseoppfølging. De mest sentrale omtales kort under:

6.1 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

NKVTS utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress, har et tverrfaglig perspektiv, og omfatter både medisinske, psykologiske, sosiale, kulturelle og rettslige forhold. Formålet er å bidra til å forebygge og redusere de helsemessige og sosiale konsekvensene som vold og traumatisk stress kan medføre. Senteret har cirka 50 ansatte. Hovedoppgaver er forskning og utviklingsarbeid, formidling, undervisning, veiledning og rådgivning. Det er to fagseksjoner: Seksjon for vold og traumer barn og Seksjon for vold og traumer voksne. NKVTS samarbeider med regionale ressursmiljøer innen vold og traumefeltet, samt relevante kliniske miljøer, forskningsinstitusjoner og faginstanser, nasjonalt og internasjonalt. NKVTS driver ikke klinisk, individrettet virksomhet.

6.2 Regionalt senter for vold og traumatisk stress (RVTS)

Regionale ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er et tilbud til fagpersoner og virksomheter som i sitt arbeid møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, tvungen migrasjon eller selvmordsproblematikk. De bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av etater og forvaltningsnivåer. RVTS driver ikke klinisk, individrettet virksomhet.

Terningen Nettverk har inngått formell avtale om samarbeid med RVTS Øst, som dekker fylkene Østfold, Hedmark, Oppland, Oslo og Akershus. RVTS Øst har rundt 18 ansatte fordelt i tre team som jobber med flyktningehelse og tvungen migrasjon, vold og overgrep og selvmordsforebygging. Senteret ble formelt åpnet i mars 2007. Etableringen av senteret gjenspeiler at man har blitt mer oppmerksom på skadevirkningene av vold og traumatisk stress. Mange mennesker har opplevd eller lever med vold og overgrep, og dette er kilde til mange av de største vanskene hjelpetjenestene møter. En ser også sterk sammenheng mellom belastningene i de gruppene senteret arbeider for å hjelpe. To av tre flyktninger har opplevd alvorlige traumer gjennom livstruende krigshendinger, drap av familiemedlemmer, fengsling og tortur. Forskning viser også en mangedoblet risiko for selvmord dersom en har vært utsatt for vold og overgrep.

6.3 Senter for Krisepsykologi AS, Bergen

Senter for Krisepsykologi er et non-profit ressurs- og kompetansesenter for kunnskap om mennesker som opplever kriser, katastrofer og traumer. Senteret driver forskning og

utviklingsarbeid, undervisning og rådgivning til enkeltpersoner, grupper og virksomheter om tilrettelegging av oppfølgingsarbeid etter kriser.

6.4 Modum bad klinikken

Modum Bad – Klinikken er et landsdekkende privat sykehus for behandling av mennesker med psykiske lidelser. Klinikken har 127 pasientplasser fordelt på seks avdelinger. Behandlingsområdene er angst, spiseforstyrrelser, traumer, eksistensielle spørsmål, alvorlige samlivsproblemer, familiebehandling, visse depressive lidelser og i noen tilfeller "second opinion"-vurderinger. Modum Bad er en kristen diakonal stiftelse, med status som sykehus under ordningen med fritt sykehusvalg. I tillegg til behandling tilbyr Modum Bad også kurs, fysisk aktivitet, kultur, og sjelesorg. Klinikken driver også forskning.

6.5 SOSCON – Institutt for krisehåndtering

SOSCON er et privat institutt for krisehåndtering, med hovedkontor i Mjøndalen. Instituttet arbeider innen kompetanseutvikling, forskning og utdanning, og tilbyr rådføring, støtte og oppfølging til bedrifter, myndigheter, organisasjoner og enkeltpersoner, om hvordan ta vare på den psykiske helsen (psykisk stress- og krisehåndtering) etter sterke hendelser, i forhold til jobb og hjem. Fra starten har Are Holen (som er psykiater og psykolog og har bl. a. doktorgrad fra Alexander Kielland-ulykken) hele tiden utviklet samtalemetodikken i samsvar med bl.a. moderne hjerneforskning og relevant forskning. Metoden har etter hvert fått betegnelsen: RITS[®] (Rekonstruksjon og Integrasjon av Traumatisk Stress[®] /Reconstruction and Integration of Traumatic Stress[®]). Metoden benytter kognitiv og emosjonell tilnærming, den omfatter bearbeidelse av dysfunksjonelle tanker og følelser, rommer innslag fra avspenning, selvpsykologisk og narrativ tilnærming. I tillegg til kompetansespredning yter SOSCON også hjelp ved hendelser gjennom 24 timers vaktberedskap, med både akutt hjelp og oppfølging over tid. I samarbeid med Høgskolen i Hedmark (avdeling for folkehelsefag) tilbyr SOSCON en videreutdanning (60 stp.) i Psykisk stress og krisebearbeidelse, psykotraumatologi. SOSCON er samarbeidspartner med Terningen Nettverk i forprosjektet.

6.6 Andre relevante ressursmiljøer

En rekke andre private og offentlige virksomheter tilbyr veiledning og oppfølging til mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser, innen mer avgrensede områder. I tabellen presenteres et utvalg av virksomheter:

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene
Blålys, Landsforeningen for seksuelt misbrukte
Direktoratet for Samfunnsikkerhet og Beredskap
Dixi – Landsforeningen for voldtatte
Foreningen vi som har et barn for lite
Fransiskushjelpen
Hesledirektoratet
Humanetisk Forbund
Kirkens Bymisjon
Kirkens ressursenter mot vold og seksuelle overgrep
Kirkens SOS
Kriseledelse
Kreftforeningen
Når mor eller far får kreft
Landsforeningen uventet barnedød
LEVE, Landsforeningen for etterlatte ved selvmord
Livskrisehjelpen i Bergen
Mental Helse
Nasjonal støttegruppe etter flodbølgekatastrofen i sør-øst Asia
Norsk Arbeidsmedisinsk Forening
Røde Kors besøkstjeneste
Rådet for psykisk helse
Seksjon for selvmordsforskning og forebygging
Selvhjelp Norge - Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp
Senter for sorg- og selvhjelp
Senter for Traumepsykologi, Oslo
Sorgstøttesenteret for barn og unge
Stine Sofies Stiftelse

6.7 Utdanning

Universitets- og høgskolestudietilbud innen krisehåndtering, vold og traumatisk stress:

Universitetet i Oslo	Master: Psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer (erfæringsbasert master)
Høgskolen i Bergen	Videreutdanning: Vold og traumatisk stress (samarbeid med RVTS Vest)
Høgskolen i Oslo	Videreutdanning: Traumer - forståelse og hjelp (10 sp)
Høgskolen i Hedmark	Videreutdanning: Psykisk stress og krisebearbeidelse, psykotraumatologi (60 stp) (oppdrag fra SOSCON Institutt for krisehåndtering)

I tillegg fins det flere private virksomheter som tilbyr ulike kurs innen katastrofe- og krisehåndtering og beredskap, bl.a. Senter for krisepsykologi AS Bergen, RVTS, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, RBUP (krisepedagogikk, psykologisk førstehjelp til barn etter kriser og katastrofer), Petrolink AS (kurs i krisepsykologi i stress, ulykker – og katastrofesituasjoner), m.fl.

Det er imidlertid ikke funnet noe utdanningstilbud som retter seg spesielt mot kompetanse innen området helhetlig, salutogen langtidsoppfølging etter kriser.

7. Kompetansesenter for helhetlig oppfølging etter kriser

Hos noen kan ettervirkningene etter en krise strekke seg over flere år, og undersøkelser blant etterlatte dokumenterer et behov for oppfølging over tid (Dyregrov, Nordanger et al. 2002). Mennesker som har vært utsatt for traumatiske kriser kan derfor ha behov for mer langvarig oppfølging og støtte enn det som tilbys i akutfasen fra de kommunale psykososiale kriseteamene. Langtids helhetlig oppfølging kan forebygge kroniske psykiske plager og lidelser i ettertid. For å kunne gi kunnskapsbasert langsiktig oppfølging, er det behov for å utvikle kunnskaper og tilby kompetanseheving.

Evaluering av oppfølgingen etter Sleipnerulykken viste at det er behov for systematisk tverrfaglig kunnskapsutvikling om psykososialt oppfølgingsarbeid etter katastrofe (Dyregrov 2001). Også andre undersøkelser viser at det er behov for mer forskningsbasert kunnskap på hvordan man best ivaretar mennesker på lang sikt, slik at man blir bedre i stand til å forebygge senreaksjoner, uførhet og psykisk uhelse (Hafstad 2007; Kornør 2007).

Det fins flere kompetansemiljøer som arbeider med forskning og formidling, eller oppfølging innen området krise (jf punkt 6). Det er imidlertid ikke funnet institusjoner som spesielt arbeider med forskning, undervisning og individrettet veiledning innen ikke-psykiatrisk helhetlig oppfølging over tid. Vi mener derfor det er behov for å etablere et tverrfaglig kompetansesenter for helhetlig, helsefremmende oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Kompetansesenteret skal initiere og drive forsknings- og utviklingsarbeid, og være på et ledende nasjonalt nivå på sitt område. Kompetansesenteret skal være et utfyllende supplement til eksisterende fagmiljøer og institusjoner, og samarbeide nært med andre kompetansemiljøer nasjonalt og internasjonalt. Kompetansesenteret skal tilby formidling, kompetanseheving og individrettet veiledning. Den individrettede virksomheten kan f.eks. tilbys gjennom en kommunal Frisklivssentral med utvidet tilbud om psykososial oppfølging (se punkt 7.4).

7.1 Faglig profil

I mange tiår har det vært en "patologisk" tilnærming til kriseoppfølging, med vektlegging av risikofaktorer for utvikling av PTSD og psykiske lidelser. Krisereaksjoner er normalt, og skal derfor ikke behandles eller sykkeliggjøres. Oppfølgingen etter kriser bør i følge anbefalingene fra National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2005) basere seg på de fire P'ers prinsipp: Ikke patologiser (ikke sykkeliggjør reaksjonen), ikke psykologiser, unngå piller og ikke påtvinge profesjonell hjelp (Zohar, Sonnino et al. 2009).

I tråd med dette mener vi at mennesker som er rammet av traumatiske kriser bør ha et tilbud om kunnskapsbasert, helhetlig, ikke-psykiatrisk oppfølging over tid, som kan avløse den første akutte psykososiale hjelpen som i dag tilbys. Når de første månedene etter den traumatiske hendelsen er over, bør bearbeidelsen gradvis trappes ned, og mestringsfokuset bør trappes opp. Den langsiktige helsefremmende oppfølgingen bør tilbys automatisk, være helhetlig, i henhold til individuell plan, basert på kartlegging av individuelle behov, og i samarbeid med nettverket. Oppfølgingen må ha kontinuitet, og ikke være tidsavgrenset. Utgangspunktet for den helhetlige oppfølgingen er at sorgarbeid og reaksjoner etter traumatiske opplevelser dreier seg om normalreaksjoner, og skal derfor ikke behandles i det profesjonelle behandlingsapparatet. En bred, tverrfaglig salutogenetisk tilnærming, som styrker helsefremmende prosesser, enten individrettet eller gruppebasert, bør være sentralt, som f.eks. mestringsfremmende gruppesamtaler, nettverksarbeid, aktivisering, sosialisering, empowerment, medvirkning og ansvarliggjøring, løsningsorienterte samtaler, fysisk aktivitet mm.

Nyere forskning har vist hvordan traumer påvirker hjernens sentrale strukturer, og det er økende forståelse for hvorfor det er nødvendig å arbeide både med emosjonelle, kognitive og motoriske faktorer for å gi god traumebehandling (Dyregrov and Dyregrov 2008). Positive virkninger av salutogen innsats er vist bl.a. ved det såkalte NaKuHel-konseptet, slik det har vært anvendt ved senteret i Asker. Salutogene faktorer som styrker helsen kan bl.a. være turer i skog og mark, hagearbeid, kontakt med blomster, grønne planter, dyr og fugler, og kulturelle og psykologiske behov som sang, musikk, billedkunst og kunsthåndverk (Tellnes 2007).

Sosial støtte tjener som en "buffer" mot stress og fremmer psykisk velvære og tilheling. Forskning har dokumentert betydningen av sosial og emosjonell støtte (Brewin, Andrews et al. 2000; Dyregrov 2000; Ozer 2003). Mangel på sosial støtte etter en traumatisk opplevelse er den sterkeste prediktoren for utvikling av PTSD (Brewin, Andrews et al. 2000). Tilbud om kunnskapsbasert helhetlig psykososial langsiktig oppfølging kan derfor være et godt tilbud til mennesker etter en traumatisk opplevelse, for å forebygge psykisk uhelse.

Vi vet i dag at det er sterke korrelasjoner mellom en rekke psykiske lidelser og kroniske muskel- og skjelettplager. Disse tilstandene utgjør også de største diagnosegruppene i store

deler av den vestlige verden hva angår langvarig sykefravær og uførepensjon (Lancourt and Kettelhut 1992) og omfatter flere sider av en persons liv (Lehmann, Spratt et al. 1993). Vi vet også at arbeid er en viktig faktor for å gi mennesker med kroniske tilstander en mulighet til å vende tilbake til en normalisert hverdag. Det å vende tilbake til en strukturert hverdag med arbeid som styrende element har i litteraturen vist seg riktig. Alt dette har sin bakgrunn i en holistisk tenkemåte der det biologiske, det psykologiske og det sosiale vektlegges (van der Giezen, Bouter et al. 2000).

7.2 Kompetansesenterets oppgaver

Kompetansesenter for helhetlig oppfølging etter kriser er en viktig folkehelsesatsing, med fokus på helsefremmende og salutogene strategier.

Det er ikke i dag enighet om hva som er god hjelp etter en krisehendelse (Dyregrov 2011), og det finnes ingen evidensbasert kunnskap som med sikkerhet kan si hva som er effektive intervensjoner den første tiden etter kriser, ulykker og katastrofer (Kornør 2007). Evaluering av oppfølgingen etter Sleipnerulykken viste at det er behov for systematisk tverrfaglig kunnskapsutvikling om psykososialt oppfølgingsarbeid etter katastrofer (Dyregrov 2001). Også andre undersøkelser viser at det er behov for mer forskningsbasert kunnskap på hvordan man best ivaretar mennesker på lang sikt, slik at man blir bedre i stand til å forebygge senreaksjoner, uførhet og psykisk uhelse (Hafstad 2007; Kornør 2007).

Analyse av eksisterende tilbud viser at det er et behov for kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving innen ikke-psykiatrisk, mestringsorientert langtidsoppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Analysen viser videre at det i dag ikke fins tilbud om kunnskapsbasert, individuelt tilrettelagt oppfølging og veiledning innen dette området. Det fins i dag heller ikke offentlige utdanningstilbud spesielt rettet mot dette området. På denne bakgrunn mener vi det er grunnlag for å etablere et senter for kunnskapsutvikling, forskning, formidling og utdanning, og i tillegg til individrettet veiledning innen helhetlig oppfølging etter kriser.

7.3 Kompetansemiljøet rundt Terningen Arena

I bedriftsklyngen Terningen Nettverk fins det bred tverrfaglig kompetanse som gir unike muligheter til å etablere et kompetansesenter som kan kombinere både forskning, fagutvikling, formidling og utdanning, med et individrettet tilbud om helhetlig oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser.

Kompetansesenteret skal bygge på og styrke de eksisterende fagmiljøer, men ikke avgrenses til den kompetansen som fins i Terningen Arena.

Høgskolen i Hedmark, avdeling for folkehelsefag har studier og forskning innen flere relevante fagområder, bl.a. psykisk helse, rusproblematikk, rehabilitering, psykososialt arbeid, sykepleie, tannpleie, idrett, fysisk aktivitet, friluftsliv, folkehelse mm. Avdelingen tilbyr p.t. to masterstudier: Master i psykisk helsearbeid og Master i folkehelsevitenskap. Avdeling for folkehelsefag har ca 1 200 studenter. Sammen med Høgskolen i Gjøvik, Høgskolen i Lillehammer (HIL), fylkeskommunene i Hedmark og Oppland og Kompetanse-Universitets- og Forskningsfondet i Innlandet AS arbeider Høgskolen i Hedmark om å etablere **Universitetet i Innlandet** innen 1. januar 2015.

Oppfølgingsenheten FRISK er en privat bedrift som jobber tverrfaglig innen feltet arbeid og helse. De gir et lokalt basert, tverrfaglig spesialisttilbud med fokus på pasientens muligheter og ressurser. Overordnet målsetning for rehabiliteringen er økt arbeidsevne, hindre sykmelding og/eller bistå ved tilbakeføring til arbeid. Bedriften bistår slik at arbeidstakeren kommer i en jobbsituasjon som vedkommende mestrer fysisk, psykisk og sosialt. Oppfølgingsenheten Frisk har totalt ca 80 ansatte. De har spisskompetanse innen helse og arbeid, og samhandler med en rekke aktører med brukeren i fokus. Avdelingen på Elverum er lokalisert til Terningen Arena. Oppfølgingsenheten Frisk leverer spesialisthelsetjenester for Helse Sør-Øst, Arbeidsdirektoratet og HELFO. For alle disse institusjonene blir det levert tverrfaglige tjenester innen feltet psykisk helse og helhetlig rehabilitering. Det legges vekt på en helhetlig tilnærming ut fra en diagnose (helse) – ressurs – miljø-modell. Dette er en operativ spesialistenhet med tverrfaglig kompetanse. Oppfølgingsenheten Frisk har også eget kriseteam med fagpersoner som har særlig kompetanse innen krisehåndtering. Oppfølgingsenheten Frisk har innledet et samarbeid med Norsk Folkehjelp, og skal gjennomføre et helhetlig fagtilbud for flyktingene ved Flyktningsmottaket i Moelv. Det blir gitt et tverrfaglig tilbud med temaer som livsstil, kunst, kultur, natur, mestring, samarbeid, arbeidspraksis og gruppesamtaler. Dette blir en sentral del av kompetansemiljøet innen helhetlig oppfølging etter kriser.

Hernes institutt er en arbeidsrettet rehabiliteringsinstitusjon, med 32 pasientplasser. Instituttet er en ideell privat stiftelse og tilbudet er landsdekkende. Staten finansierer pasientoppholdet gjennom helseregion Sør-Øst. *Hernes-modellen* er en tverrfaglig, arbeidsrettet, systematisk, progressiv og målrettet tilnærming med skreddersøm basert på en kognitiv tilnæringsmodell der egeninnsats på tross av smerter står sentralt. Smertetilstander som kroniske plager i muskel- og skjelettsystemet er i stor grad påvirkbare av et menneskes tro, viten og handling (Burton 2003). Vi vet i dag at det er sterke korrelasjoner mellom en rekke psykiske lidelser og kroniske muskel- og skjelettplager. Disse tilstandene utgjør også de største diagnosegruppene i store deler av den vestlige verden hva angår langvarig sykefravær og uførepensjon (Lancourt and Kettelhut 1992) og omfatter flere sider av en persons liv (Lehmann, Spratt et al. 1993).

Vi vet også at arbeid er en viktig faktor for å gi mennesker med kroniske tilstander en mulighet til å vende tilbake til en normalisert hverdag. Det er bred enighet i litteraturen om at kronisk smerteatferd skal forstås ut fra en biopsykososial modell (Aaron and Buchwald 2003; Richardson and Engel 2004) og behandles deretter. Det å vende tilbake til en strukturert hverdag med arbeid som styrende element har i litteraturen vist seg riktig. Hernes institutt har leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, attføringskonsulenter, kondisjonsveileder, arbeidsinstruktører. FoU-avdelingen er lokalisert til Terningen Arena.

Elverum tannklinikk er lokalisert til Terningen Arena, i nær tilknytning til høgskolens treårige tannpleierutdanning. Tannbehandling av mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi kan bli et særskilt kompetanseområde både for høgskolens tannpleierutdanning og den offentlige tannklinikken på Terningen Arena, og sees som en naturlig del av kompetanseoppbygging innen helhetlig oppfølging etter kriser.

NAV Hjelpemiddelsentral Hedmark er et tverrfaglig ressurs- og kompetansesenter for funksjonshemninger, hjelpemidler og ergonomiske tiltak. Rehabilitering er et viktig fagområde for hjelpemiddelsentralen. Hjelpemiddelsentralen har ca. 45 ansatte, og er lokalisert til Terningen Arena, i nær tilknytning til høgskolens øvingsavdeling.

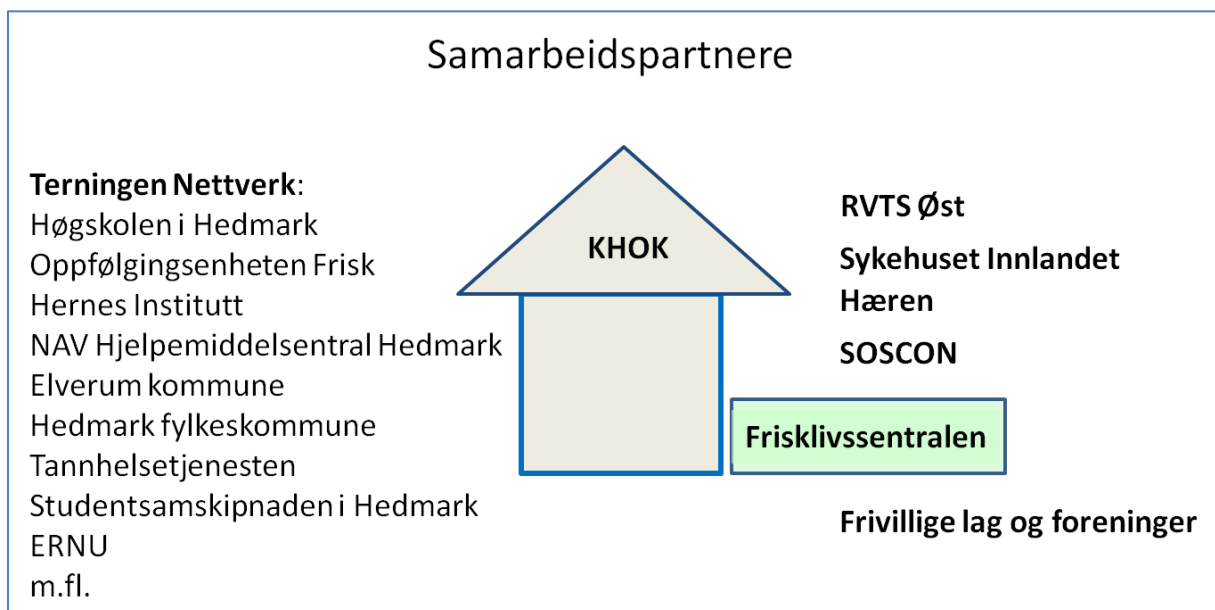
Studentsamskipnaden i Hedmark har sosialrådgivningstjeneste, med studentprest, helsetjeneste og sosialrådgivere som gir råd og veiledning til studenter med fokus på mestring av studier og livssituasjon. Sosialrådgiverne har kompetanse innen kognitiv terapi og psykodrama.

Kommunalt psykososialt kriseteam: Alle kommuner skal ha egne kommunale kriseteam, evt. interkommunale kriseteam. Hensikten med et kriseteam er at kommunen har en faglig instans med ansvar for ivaretagelse av psykososiale tiltak i akutfasen og i oppfølging etter kriser og katastrofer. Personell som skal arbeide med kriser og katastrofer må ha nødvendig teoretisk og praktisk kompetanse. I veilederen for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet 2011) anbefales det at personellet har kompetanse innen:

- Krise- og sorgreaksjoner for ulike aldersgrupper og kulturer
- Ulike type kriser og deres utfordringer (selvmord, overgrep, trafikkulykke etc.)
- Psykisk førstehjelp gjennom støtte og omsorg
- Utarbeidelse av konkrete planer for hjelpearbeidet i samarbeid med den/de kriserammede
- Mestringsorientert arbeid med styrking av den kriserammedes egne ressurser og mobilisering av vedkommendes sosiale nettverk
- Teambygging og samarbeid mellom ulike aktører i hjelpearbeidet
- Taushetsplikt; skjerming av ofre og innsatspersonell fra medier
- Ivaretagelse av innsatspersonell etter belastende hendelser gjennom fellessamtaler

Kommunene Hamar, Løten, Stange og Ringsaker har utviklet et interkommunalt samarbeid om psykososial bistand ved akutte krisesituasjoner (trussel på liv og helse, plutselig uventet dødsfall/selv mord, ulykker osv.) Krisegruppa har også det faglige ansvar for psykososial ivaretagelse av større grupper ved mer omfattende krisesituasjoner som berører et stort antall mennesker. Krisegruppa består av bl.a. lege, psykolog, psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, helsesøstre og pedagoger. De fleste har spesialutdanning i psykotraumatologi.

Samarbeidspartnere: I tillegg til virksomhetene i Terningen Nettverk har vi samarbeidspartnere med tung fagkompetanse innen kriseoppfølging: SOSCON institutt for krisehåndtering, RVTS Øst, Sykehuset Innlandet, Hærens AFA-kontor i Forsvaret.



Figur 2: Kompetansesenter for helhetlig oppfølging etter kriser: Samarbeidspartnere

Konkretisering: I det videre arbeidet med fase 2 av forprosjektet vil det bli nødvendig å konkretisere hvilken kompetanse kompetansesenteret må inneha på bakgrunn av den fagprofil og de tjenesteleveranser det ønskes at senteret skal ha.

7.4 Frisklivssentral med utvidet tilbud om psykososial veiledning

For å styrke det forebyggende arbeidet i kommunene foreslår Helsedirektoratet at det etableres frisklivssentraler (FLS) i alle kommuner, eller som interkommunalt samarbeid. Frisklivstilbudet skal fremme god helseadferd og sikre sosiale fellesskap, og skal være et ikke-terapeutisk lavterskeltilbud som kan forebygge sykdom og uhelse. I *Veileder for kommunale frisklivssentraler* (2011) utarbeidet av Helsedirektoratet står det at FLS skal gi tilbud om kunnskapsbasert individuell oppfølging og veiledning innen tre områder: fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentraler skal styrke broen mellom medisinsk behandling og egenmestring. Salutogenese og empowerment er sentralt i arbeidet ved frisklivssentralen.

På samme måte som det kan være behov for hjelp og veiledning om fysisk aktivitet og kosthold til mennesker med kroniske lidelser som diabetes og overvekt, kan det være behov for hjelp og veiledning på det psykososiale området, bl.a. for mennesker som sliter med psykiske plager etter traumatiske opplevelser. Gjennom arbeidet med forprosjekt for *Kompetansesenter for helhetlig oppfølging etter kriser*, og *Pilotprosjekt Østerdalen*, har vi foreslått at det etableres en ny type FLS, med et utvidet tilbud om også psykososial veiledning. I tråd med dette søker nå Elverum kommune om samhandlingsmidler til å etablere en Frisklivssentral med oppstart i 2012. I tillegg til oppfølging og veiledning innen områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk, skal den utvidete FLS også gi kunnskapsbasert, individuelt tilpasset psykososial veiledning. Gjennom dette skal brukerne utvikle egenmestring og hjelpes videre til tilbud i lokalmiljøet som de kan benytte seg av på egen hånd.

Kompetansen som utvikles i kompetansesenteret vil styrke den psykososiale oppfølgingen som tilbys i Frisklivssentralen. Frisklivssentralen kan fungere som den individrettede delen av kompetansesenteret.

7.5 Organisering og lokalisering av kompetansesenteret

Etablering av kompetansesenter er et virkemiddel for å styrke kompetanse og kunnskap innenfor et særskilt område. Sentrale oppgaver for et kompetansesenter er forskning, fagutvikling, undervisning og nettverksbygging. Det fins en rekke regionale og nasjonale kompetansesentra innen en rekke ulike fagområder. Kompetansesentra kan være tilknyttet en høyskole eller et universitet, et helseforetak eller være frittstående virksomhet (stiftelse, aksjeselskap). Under gjengis noen eksempler på modeller:

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU)	Høgskolen i Sør-Trøndelag	Opprettet av Sosial- og helsedirektoratet i 2007. Statlig finansiert. Kompetansemiljøet er landsdekkende, kontoret ligger administrativt under Høgskolen i Sør-Trøndelag.
Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering (SKUR)	Høgskolen i Bodø	Opprettet av Sosial- og helsedirektoratet som et forsøks- og utviklingsprosjekt i 2000. Senteret er frittstående
Senter for omsorgsforskning Østlandet	Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg, sykepleie.	Finansiert som en del av den ordinære driften ved Høgskolen i Gjøvik. Det er lagt opp til at hovedandelen av prosjektene er eksternt finansiert.
Nasjonalt	Oslo	Mandat er gitt av Helsedepartementet.

kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS)	universitetssykehuss HF	Finansiert over statsbudsjettet via Helse Sør-Øst.
Regional senter for barn og unges psykiske helse (RBUP)	Stiftelse	Opprettet av Sosial- og Helsedepartementet, nå Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD)
Norwegian Safety Promotion Center AS (NORSAFETY)	Høgskolen i Harstad, Helse Nord RHF, Forskningsstiftelsen i Harstad, og Harstad kommune	NORSAFETY er et aksjeselskap, stiftet i 2003 Støtte fra blant annet Helsedirektoratet og Landsdelsutvalget
Senter for praksisrettet utdanningsforskning (SePU)	Høgskolen i Hedmark	Del av Høgskolen i Hedmark
Kompetansesenter for Rus Øst (KoRus-Øst)	Sykehuset Innlandet HF, avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet.	Årlige oppdrag fra Helsedirektoratet
Senter for atferdsforskning	Enhet ved Universitetet i Stavanger	Statlig forskningsbasert spesialpedagogisk kompetansesenter
Atferdssenteret - Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS	Datterselskap av UniRand AS, som igjen er heleid av Universitetet i Oslo	Senteret finansieres av Barne- og Likestillingsdepartementet, Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet og Utdanningsdirektoratet/Kunnskapsdepartementet.

Som disse eksemplene viser kan det tenkes flere ulike modeller for organisering av kompetansesenteret, f.eks. som en selvstendig enhet i form av en stiftelse eller et aksjeselskap, som et statlig finansiert oppdragsprosjekt, som en integrert del av høgskolen, som en del av høgskolens eksternt finansierte virksomhet, som en del av et eksisterende kompetansemiljø, m.m. I fase 2 av forprosjektet må organiserings- og finansieringsmodeller for kompetansesenteret utredes nærmere.

Ved å lokalisere kompetansesenteret til Terningen Arena i Elverum, kan man utnytte nærheten til relevante fagmiljøer (Høgskolen i Hedmark, avdeling for folkehelsefag, Oppfølgingsenheten Frisk, Hernes Institutt, tannhelsetjenesten, Forsvaret, Hjelpemiddelsentralen), samt god infrastruktur (bibliotek, kantine, undervisningsrom, muligheter for fysisk aktivitet inne og ute).

Elverum kommune planlegger å etablere en Frisklivssentral, med utvidet tilbud om psykososial veiledning. Frisklivssentralen bør lokaliseres sammen med kompetansesenteret.

8. Referanser

- Arnberg, F. K., P. A. Rydelius, et al. (2011). "A longitudinal follow-up of posttraumatic stress: from 9 months to 20 years after a major road traffic accident." *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 5(1): 8.
- Bradley, R., J. Greene, et al. (2005). "A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD." *Am J Psychiatry* 162(2): 214-227.
- Brewin, C. R., B. Andrews, et al. (2000). "Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults." *J Consult Clin Psychol* 68(5): 748-766.
- Burton, C. (2003). "Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS)." *Br J Gen Pract* 53(488): 231-239.
- Dyregrov, A. (2002). *Katastrofepsykologi*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A. (2011). "Hva er god hjelp umiddelbart etter en krisehendelse?" *Dagens Medisin*(1101, 2011).
- Dyregrov, K. (2001). "Rapport fra Erfaringskonferansen etter Sleipnerulykken." Senter for Krisepsykologi.
- Dyregrov, K. and A. Dyregrov (2008). *Krisepsykologi i praksis*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K., D. Nordanger, et al. (2002). *Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak. Rapport*. Bergen, Senter for krisepsykologi.
- Galea, S., A. Nandi, et al. (2005). "The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters." *Epidemiol Rev* 27: 78-91.
- Gersons, B. P. and M. Olff (2005). "Coping with the aftermath of trauma." *BMJ* 330(7499): 1038-1039.
- Giaconia, R. M., H. Z. Reinherz, et al. (2000). "Comorbidity of substance use and post-traumatic stress disorders in a community sample of adolescents." *Am J Orthopsychiatry* 70(2): 253-262.
- Giaconia, R. M., H. Z. Reinherz, et al. (1995). "Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(10): 1369-1380.
- Hafstad, A. (2007). *Unyttig krisehjelp. Forebygger ikke psykiske lidelser etter ulykker og traumer*. *Aftenposten Morge*. 02.06: 7.
- Helsedirektoratet (2010). *Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. IS-1022.
- Helsedirektoratet (2011). *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*, Helsedirektoratet. IS-1810.
- Hjemmen, A. D., Odd Steffen; Graff-Iversen, Sidsel (2002). "Volden som rammer kvinner og volden som rammer menn – to ulike verdener? Resultater fra anonym spørreundersøkelse blant 40-42-åringer i 1990-1994 i Akershus og Buskerud." *Norsk Epidemiologi* 12(3): 275-280.
- Kessler, R. C. (1997). "The effects of stressful life events on depression." *Annu Rev Psychol* 48: 191-214.
- Koren, D., D. Hemel, et al. (2006). "Injury increases the risk for PTSD: an examination of potential neurobiological and psychological mediators." *CNS Spectr* 11(8): 616-624.
- Kornør, H. e. a. (2006). *Psykososiale tiltak ved store ulykker og katastrofer*. N. k. f. helsetjenesten. nr. 8 - 2006.

- Kornør, H. e. a. (2007). Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker. Kunnskapsoppsummering. Rapport fra Kunnskapscenteret. Nr14-2007.
- Kunnskapscenteret, R. f. (2006). Psykososiale tiltak ved store ulykker og katastrofer. Kunnskapscenteret. Nr 8.
- Lancourt, J. and M. Kettelhut (1992). "Predicting return to work for lower back pain patients receiving worker's compensation." *Spine (Phila Pa 1976)* 17(6): 629-640.
- Lehmann, T. R., K. F. Spratt, et al. (1993). "Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant." *Spine (Phila Pa 1976)* 18(8): 1103-1112.
- Mandal, R. (2009). "Å komme hjem. En pilotundersøkelse av levekår blant skadde veteraner." Fafo-rapport 47.
- NICE (2005). "The management of post traumatic stress disorder in primary and secondary care." National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- Norris, F. H., M. J. Friedman, et al. (2002). "60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001." *Psychiatry* 65(3): 207-239.
- Ozer, E. B., SR; Lipsey, TL; Weiss; DS. (2003). "Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis." *Psychol Bull* 129(1): 52-73.
- Richardson, R. D. and C. C. Engel, Jr. (2004). "Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms." *Neurologist* 10(1): 18-30.
- Rose, S., J. Bisson, et al. (2003). "A Systematic Review of Single-Session Psychological Interventions ('Debriefing') following Trauma." *Psychotherapy and Psychosomatics* 72(4): 176-184.
- Seery, M. D., R. C. Silver, et al. (2008). "Expressing thoughts and feelings following a collective trauma: immediate responses to 9/11 predict negative outcomes in a national sample." *J Consult Clin Psychol* 76(4): 657-667.
- Skogstad M, Skorstad M, et al. (2011). "Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og arbeidslivet." STAMI- rapport Nr. 3 (2011) Årgang 12, Serie: (ISSN nr. 1502 - 0932).
- Sosial- og helsedirektoratet, R. (03/2005). Oppfølging i psykisk helsevern av personer som har vært utsatt for ulykker og katastrofer. S.-o. helsedirektoratet. IS_03/2005: 10.
- Sosial- og helsedirektoratet, R. (04/2005). Oppfølging i kommunene av personer som har vært berørt av ulykker og katastrofer. Veiledning til kommunale instanser og fastleger. S.-o. helsedirektoratet. Rundskriv IS-04/2005.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2006). Prosjekt traumatisk stress. Organisering av kompetanse og helsetjenester til psykisk traumatiserte. Delrapport IV: Organisering av helsetjenester til fn/nato-veteraner. S.-o. helsedirektoratet.
- Tellnes, G. (2007). Salutogenese – hva er det? *Michael*. 4: 144-149.
- Thoresen, S. and L. Mehlum (2006). "Suicide in peacekeepers: risk factors for suicide versus accidental death." *Suicide Life Threat Behav* 36(4): 432-442.
- van der Giezen, A. M., L. M. Bouter, et al. (2000). "Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months." *Pain* 87(3): 285-294.
- WHO (1992). "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines." World Health Organization.
- Zohar, J., R. Sonnino, et al. (2009). "Can posttraumatic stress disorder be prevented? ." *CNS Spectr* 14(1, Suppl 1): 44-51.
- Aaron, L. A. and D. Buchwald (2003). "Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions." *Best Pract Res Clin Rheumatol* 17(4): 563-574.

