

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Støttearbeid ved en alvorlig hendelse i lokalsamfunnet

AV PER STENSLAND

Ordet kriseteam gir ulike assosiasjoner.

Hendelser der en ville forvente god mestring i lokalt nettverk, utløser krav om intervensjon fra kommunale team. Til tider konkurrerer medias omtale av kriseteamets arbeid med

omtalen av den tilgrunnliggende hendelsen. Ledere av kriseteam uttaler seg som om de skulle være skadestedsledere. Da den alvorlige hendelsen slo ned hos oss, ville vi prøve å gi tydelig hjelp med lav profil.



Per Stensland

Kommunelege, jobber som fastlege i Sogndal. Også ansatt ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen og ved Nasjonalt Senter for distriktsmedisin i Tromsø.

I Sogndal opplevde vi i oktober 2004 at en elev ved bygdas folkehøyskole ble myrdet. Alarmen gikk om kvelden da legene var i ferd med å avslutte et møte. Meldingen var at en elev var funnet livløs. Det ble raskt avklart at det forelå mistanke om mord. Politiet overtok alt arbeid med den døde.

Skoleledelsen ønsket hjelp med støttearbeid overfor mange elever og enkelte lærere som var i en sjokktilstand etter å ha funnet avdøde. Ca 70 elever hadde mistet en medelev på en tragisk måte. Noen av dem viste tegn på at dette var mer dramatisk enn hva de kunne håndtere alene. Rektor var usikker på hvordan enkeltelever og gruppen burde få best hjelp. Hvilke råd hadde vi?

Elevene fra den døde jentas internat var allerede samlet sammen med de mest eksponerte lærerne. Vi startet med å

gå inn i denne gruppa og bidro i en samtale som allerede var i gang. Prest og diakon kom med til rektors fellesmøte med alle elever samme kveld. Senere på kvelden møttes vi med skolens ledelse. Det skulle bli flere slike møter. Sammen la vi en plan for videre støttearbeid den første uka.

En plan for første uke

Vi satset på felles innsats fra kommunale ressurser: Leger, psykolog, miljøarbeidere fra kommunal psykiatritjeneste, prest og diakon. Arbeidet skulle ta sikte på å gi støtte til skolens ledelse med sikte på håndtere kommende situasjoner, og å gi faglig støtte til enkeltelever og lærere.

En diakon eller konsulent fra kommunale psykiatritjenester ville oppholde seg i miljøet hver dag, tilgjengelig for samtale for de som ønsket det. Hver ettermiddag ville en

lege eller psykolog komme til skolen for å gi råd til lærerne, eventuelt snakke med de elevene som tok kontakt eller der lærerne mente det var behov. Vi klarte med det lokale psykiatrisenteret at de tok eventuelle henvisninger fra lege/psykolog om hjelp i denne saken per telefon og uten ventetid. Vi måtte regne med uro blant andre elever. Helse-søster ga ekstra støtte til videregående skole. Alle aktører fikk en epost med mobiltelefonnummer til de andre i ressursgruppa og til skoleledelsen. Vi informerte rådmann og ordfører om arbeidet.

Rektor bestemte at elevene skulle ha tilpassede aktiviteter, de ble frarådd å reise hjem. Folkehøgskolens fellesmøter ble ledet av rektor og elevene fikk fortløpende informasjon om hva som ble gjort i saken. Elevene ble rådd til å ringe hjem for å gi familien informasjon og selv få støtte. Rektor sentraliserte straks all utadrettet informasjon til seg selv. Det var mange aggressive presseaktører på plass og helsepersonell ble bedt om å uttale seg om elevenes reaksjoner. Rektor tok seg av dette på en skånsom måte. Elevene ble aktivt skjermet.

Forløp

Innsatsen varte i en uke og behovet for spesielle tjenester ut over vanlige helsetjeneste var da over. Miljøarbeiderne fikk få henvendelser de første dagene, men dette tok seg raskt opp. Legene og psykologen hadde mange henvendelser de første dagene, dette avtok raskt. Kun to elever ble henvist til andrelinjetjenesten for kort oppfølging. Skolens ledelse mente de hadde god nytte av den ekstra innsatsen.

Hva lærte vi av dette?

Denne hendelsen var spesiell fordi den affiserte hovedsakelig unge mennesker som levde i et tett miljø. Dette ga spesiell mulighet for miljøtiltak. Erfaringene kan likevel ha overføringsverdi til andre alvorlige hendelser. Elementene i erfaringene var

- Ledelse
- Informasjon
- Miljøstøtte
- Samtalestøtte med normaliseringsfokus

LEDELSE. Rektors fast regisserte samlinger for de eksponerte ga tydelig inntrykk av ledelse. Elevene ble tilrådd å bli på skolen og satte pris på å være sammen, bare enkelte reiste hjem. Skolen kunne tilby meningsfylt aktivitet og planlagte aktiviteter fortsatte så langt mulig. Som helsepersonell kunne vi bedømme kommunikasjon. Vi påpekte effektiv ledelse og ga ledelsen råd når de ba om det. Vi vanlige hjelpere på kommunenivå kunne støtte de vanlige lederne. De spesialiserte helperne (andrelinje, psykiatri) ble alarmert for å ha lavere terskel for henvendelser.

INFORMASJON. Planlegging av informasjon ga kontroll over informasjon. Informasjon og forutsigbarhet kunne skape orden da mangt var uklart. Dagsplaner og daglige møter med alle eksponerte ga mulighet til å informere både om hendelsen, om støttetilbudene som var satt i verk og om tidspunkt for ny informasjon.



Det fungerte godt å sentralisere utadrettet informasjon til skolens leder. Ved seinere hendelser kan det være aktuelt å ha en mediekontakt. Informasjon også til kommuneledelse bidro til en samordnet aksjon. I en kriminalsak som dette ledet politiet informasjon til medier.

MILJØSTØTTE. Lavprofilerte, men synlige miljøarbeidere fungerte godt i denne skolesammenheng. Miljøarbeiderne representerte en beredskap rundt personer og grupper som ikke ropte høyt etter hjelp, men som kunne fanges opp på denne måten.

SAMTALESTØTTE. I akuttfasen samlet vi elevene i grupper for utveksling av hva de har sett, hørt, tenkt og erfart. De fungerte best når vi fikk delt opp større grupper for å aktivisere flere. Støttesamtalene med enkeltindivider tok utgangspunkt i å la personen fortelle hva han hadde erfart, deretter: egen bakgrunn: sårbarhet, liknende tidligere erfaringer, samt personens eventuelle rasjonelle eller irrasjonelle skyldfølelse for det som hadde hendt. Vi identifiserte positive personlige mestringsmåter som noen fortalte om fra tidligere belastende situasjoner. Ikke minst normaliserte vi dramatiske uttrykksformer, det er vanlig å reagere på måter som virker ukjent dramatiske for personen selv. Noen syntes de reagerte eller sørget for lite, men ikke alle er like mye berørt. Ved søvndeprivasjon som plaget personen tilbød vi hjelp av sovemidler noen dager. Vi ga ikke beroligende midler på dagtid.

Er dette nyttig arbeid?

Alt støttearbeid tar utgangspunkt i å styrke personens egen motstandskraft (1). Grupper av personer har lettere for å håndtere kritiske situasjoner dersom ledelsen er tydelig (2). Psykologisk støtte til deltakere i belastende situasjoner og debriefing begrunnes ofte med at det skal motvirke etter-symptomer og post-traumatisk stress-syndrom (3). Dette syndromet er imidlertid omdiskutert og det er usikkerhet i hvilken grad slik støtte forebygger plager (4). Etterreaksjoner etter psykiske traumer kan i større grad ha sammenheng med personlighet og egen mestringsevne før den belastende hendelsen, enn med det psykiske «traumets» omfang og innsatsen i støttearbeidet.

Helsepersonell har likevel erfaring med og i noen grad innsikt i, vanlige menneskers vanlige reaksjonsmåter under belastning. Vi kan hjelpe folk til å formulere erfaringene sine og med dette rydde i uklare inntrykk og tanker. Med denne kompetansen kan vi gi råd og støtte ut fra moralske betraktninger om medfølelse med andre i vanskelige situasjoner. Det synes å virke bra der og da.

Referanser

1. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Brit J Psychiat* 1985;147:598-611.
2. Weisæth L, Kjeserud R. Ledelse ved kriser. En praktisk veileder. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
3. Dyregrov A. Katastrofepsykologi. Oslo: Fagbokforlaget, 2002.
4. Summerfield D. The invention of posttraumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ* 2001; 322: 95-8.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: per.stensland@isf.uib.no



NYTT MEDLEM I REDAKSJONEN: *Lisbeth Homlong*

35 år, fastlege i Bergen sidan 2004, no ved Sletten allmennpraksis. Cand.med. frå UiB 1999. Bacheleor i allmenn litteraturvitenskap ved UiB 2004. Er under spesialisering i allmennmedisin. Tidlegare jobba som vikarlege i Øksnes og Ørsta samt som assistentlege ved ortopedisk avdeling på Haukeland sjukehus.

Min motivasjon for å vere medredaktør i Utposten er sjansen til å kunne formidle fagstoff på ein lettfattelig og engasjerande måte, medverke til undring og refleksjon over problemstillingar og utfordringar vi møter i den allmennmedisinske kvardag, samt kunne skrive sjølv og utfordre andre til å dele sine røynsler og tankar i bladet.

Allmennmedisin for meg inneber autonomi, variasjon, møte med menneske og den alltid like fascinerande kombinasjonen av naturvitskapleg og humanvitskapleg tenkning. Eg er spesielt oppteken av ressursforvaltning, det å gi omsorg på lågast mogleg effektive nivå, og å kunne medverke til å utjamne klasseforskjellar innan helse. Narrativ medisin er òg eit tema som engasjerer meg.