

Helseinnsatsen etter
terrorhendelsene 22.juli 2011

**Læring for bedre
beredskap**

22.juli

15.25

Umiddelbart etter eksplosjonen dirigerte
Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral
helseressurser til skadestedet.







Heftets tittel: Læring for bedre beredskap
Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011

Utgitt: Helsedirektoratet

Bestillingsnummer: IS-1984
ISBN-nr. 978-82-8081-256-8

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling Beredskap
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1984

Forfattere: Inggard Lereim (prosjektleder)
Rut Prietz / Mali Strand / Even Klinkenberg
Merete Ellefsen / Gunnar Misvær / Vegard Nore
Gase Handeland / Bjørn Jamtli

Foto: SCANPIX / Berit Roald (s 18-19) / Håkon Mosvold Larsen (s 24-25)
Markus Årstad (s 66-67) / Aleksander Andersen (s102-103 + s108-109)
Trond Reidar Teigen (s112-113) + innside omslag Erlend Aas (foran)
Cornelius Poppe (bak)

NRK / Kim Erlandsen (s 2-3)

Vidar Ruud (s146-147)

Læring for bedre beredskap

Innhold	8	2.5.3 Medisinsk faglig rådgiver – AMK-lege	43	3.2 Ivaretagelse av involvert helsepersonell og frivillige	80	6 Evaluering og læring av beredskapshendelser	112
Forord	10	2.5.4 Medisinsk nødmeldetjeneste og terrorhendelsene den 22. juli	43	3.2.1 Ivaretagelse av helsepersonell	81	Sluttord	114
Innledning	11	2.5.5 AMK-sentralenes og skadestedsledelsens funksjon ved større ulykker	46	3.2.2 Ivaretagelse av frivillige aktører – organiserte og ikke-organiserte	84	Bidragstyttere til rapporten	115
Sammendrag	13	2.5.6 Varsling, styring og koordinering av luftambulanseressurser	48	3.3 De sentrale myndigheters føringer og bakgrunnen for dette	87	Helsedirektoratets arbeidsgruppe	115
1 Beredskapssystemer	18	2.6 Kommunikasjon mellom helseressurser og med øvrige nødetater	50	3.3.1 Helsedirektoratets rolle i Overordnet helse- og sosialberedskapsplan	87	Nasjonale komponenter	115
1.1 Sentral krisehåndtering	19	2.6.1 Overgang til bruk av Nødnett	50	3.3.2 Myndighetenes håndtering	87	Vedlegg	116
1.2 Beredskapsplaner	20	2.6.2 Samtidig bruk av nytt nødnett og gammelt helseradionett	51	3.4 Langtidsoppfølging	92	Vedlegg 1. Statement of the International Advisory Council	116
2 Akuttmedisinsk helseinnsats	24	2.6.3 Sårbarhet i bruk av offentlig mobilnett ved større hendelser	53	3.4.1 Oppfølging av overlevende og pårørende i spesialisthelsetjenesten	93	Vedlegg 2. Oversikt over møter og dokumenter	122
2.1 Helseinnsatsen i regjeringskvartalet	26	2.6.4 Bruk av muligheter og funksjonalitet i nødnettet	54	3.4.2 Oppfølgingen i kommunene	95	Vedlegg 3. Kunnskapsgrunnlag, psykososial innsats og oppfølging	125
2.1.1 Regjeringskvartalet – de første minuttene	26	2.7 Utvalgte akuttmedisinske læringsområder	55	3.4.3 Tilbakereisene til Utøya	97	Vedlegg 4. Referanser, psykososial innsats og oppfølging	125
2.1.2 Hovedmomenter fra helseinnsatsen i regjeringskvartalet	26	2.7.1 Innkalling av personell	55	3.4.4 Felles samlinger for etterlatte og overlevende	99	Vedlegg 5. Forskning	127
2.1.3 Oslo kommunale legevakt og skadepoliklinikken ved Oslo universitetssykehus	27	2.7.2 Triage av pasienter ved større ulykker	56	3.5 Avsluttende vurderinger om den psykososiale innsatsen og oppfølgingen	101	Vedlegg 6. Utvidet scenario	130
2.1.4 Andre sider ved Oslo kommunes innsats	28	2.7.3 Politiets helseinnsats under aksjonen på Utøya	58	4 Kommunikasjon og publikumsinformasjon	102	Vedlegg 7. Tidslinjer	132
2.1.5 Vurdering av helseinnsatsen i regjeringskvartalet	28	2.7.4 Katastrofeberedskap og informasjonsflyt	59	4.1 Koordinering, ansvar og kommunikasjonshåndtering	104		
2.2 Helseinnsatsen på og ved Utøya	31	2.7.5 Akuttmedisinsk innsats på usikre skadesteder	60	4.2 Varsling, bemanning og presse	105		
2.2.1 Hovedmomenter fra hendelsesforløpet og helseinnsatsen ved Utøya	31	2.7.6 Bruk av utrykningsteam ved større ulykker	63	4.3 Sosiale medier	106		
2.2.2 Den somatiske helseinnsatsen til Ringerike og Hole kommune	33	2.7.7 Identifisering av skadde og pasienter innlagt på sykehus	63	5 Helseforvaltningens håndtering av terrorhendelsene	108		
2.2.3 Vurdering av helseinnsatsen under aksjonen på og ved Utøya	34	2.7.8 Gjennomgang av de akuttmedisinske tjenestene	64	5.1 Hovedmomenter fra helseforvaltningens håndtering av hendelsen i regjeringskvartalet	110		
2.3 Alvorlighet og behandlingsresultater for de pasientene som ble innlagt på sykehus	38	3 Psykososial innsats og oppfølging	66	5.2 Hovedmomenter fra helseforvaltningens håndtering av hendelsen på Utøya	110		
2.3.1 Graderingssystemet	38	3.1 Helsetjenestens psykososiale innsats i akuttfasen og etter akuttfasen	68	5.3 Vurdering av helseforvaltningens håndtering	110		
2.3.2 Resultatene	39	3.1.1 Psykososial innsats i Oslo og regjeringskvartalet i akuttfasen og etter akuttfasen	68				
2.4 Rettsmedisinsk innsats	40	3.1.2 Psykososial innsats på Utøya/Sundvolden i akuttfasen og etter akuttfasen	72				
2.5 Medisinsk nødmeldetjeneste	42	3.1.3 Psykososial innsats ved sykehusene og pårørendehåndtering	77				
2.5.1 Ansvarsforhold og forutsetninger i den medisinske nødmeldetjenesten	42						
2.5.2 Tekniske løsninger for AMK- og legevaktssentraler	42						

Forord

Ettermiddagen den 22.7.2011 ble Norge rammet av terrorhendelser av enorme dimensjoner. Store deler av regjeringskvartalet i Oslo ble rasert, og AUFs sommerleir på Utøya ble på kort tid forvandlet til et inferno som Norge aldri har sett maken til i fredstid. Ødeleggelsene hadde forferdelige konsekvenser. Denne dagen ble alle nødetatene i Norge satt på felles prøve.

Tidligere katastrofer og alvorlige hendelser, blant annet tsunamien i Asia i 2004, influensapandemien i 2009 og den vulkanske askeskyen i 2010, har bidratt til at sektoren har opparbeidet seg betydelig erfaring. Vissheten om at vi vil rammes av nye katastrofer også i fremtiden har vært førende for at vi har øvd nasjonalt, regionalt og lokalt, ofte i samarbeid med de øvrige nødetatene. Risiko- og sårbarhetsanalyser har blitt gjennomført, og planverket har blitt stadig bedre. Terrorhendelser har også blitt grundig vurdert, og helsetjenesten har vært forberedt. De færreste har likevel ikke tenkt på terror av et slikt omfang og en slik karakter som særlig sannsynlig i Norge. Sektoren har gjennom mange år hatt stor oppmerksomhet på rask kommunikasjonsmessig og praktisk mobilisering på alle berørte nivåer.

Et imponerende antall helsearbeidere og frivillige deltok i det krevende redningsarbeidet. Også spesialstyrker i politiet og brann- og redningsetaten bisto med til dels fremragende innsats i helse-tjenestens arbeid for å redde liv og begrense skader. I ukene og månedene som er gått, har titusener av helsearbeidere engasjert seg i store og små konsekvenser av den uhyrlige terroren som fant sted. Mange tusen mennesker er direkte berørt; etterlatte, skadde, rammede, nære pårørende og venner. Terroren påvirker i tillegg hele nasjonens hverdag og folkehelse.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse- direktoratet om å gjennomgå helsesektorens innsats, herunder samarbeidet med andre nødetater og frivillige. Vi vet at lærings- og forbedringsmulighetene er store når vi blir satt på prøve. Da er det lettere å se hva som virker, og hva vi må bli bedre på.

Gjennomgangen er utført i tett samarbeid med aktørene i sektoren, i kommunene, spesialisthelsetjenesten og frivillige. Det har også vært møter med representanter for støttegruppene etter 22.7. og AUF. Helse- direktoratets arbeidsgruppe har vært ledet av professor dr.med. Inggard Lereim. Gruppen har hatt en bredt sammensatt kompetanse. Et internasjonalt fagråd (International

Advisory Council) med helsedirektørene fra Sverige, Danmark og England, samt eksperter med katastrofemedisinsk og -psykiatrisk/-psykologisk erfaring fra de samme landene i tillegg til Finland, Island og Spania, har kommet med vurderinger og anbefalinger underveis. I utvelgelsen av fagrådet ble det lagt vekt på nordisk samarbeid, samt på å trekke erfaringer fra håndtering av terrorhendelser i England og Spania. Fagrådet har vært ledet av Generaldirektør Lars-Erik Holm ved den svenske Socialstyrelsen. Nasjonale eksperter fra alle helseregioner har lest tekstutkast og gitt tilbakemeldinger underveis.

Dette er Helse- direktoratets egen gjennomgang og læringsrapport av helsesektorens innsats. Samtidig foregår det mange andre arbeider som får betydning for en helhetlig vurdering. 22.7.-kommisjonen foretar en mer granskingspreget gjennomgang, også av helsesektorens innsats. Politiets egen gjennomgang vil være relevant også for helsesektoren, og det er igangsatt forskning på konsekvenser av terroren, som ser på ulike sider ved tjenestetilbudet. Når resultatene fra disse arbeidene foreligger, vil vi naturligvis vurdere om vår beskrivelse skal suppleres eller justeres.

Vår vurdering er at resultatene av helsetjenestens innsats gjennomgående er gode, og at helsearbeidere og frivillige som har deltatt, fortjener en stor takk. Mange gjorde langt mer enn det vi kunne forvente.

Samtidig avdekker gjennomgangen en rekke læringsmomenter og områder for forbedring. Det gjelder planverk, kommunikasjon, tekniske løsninger, samarbeidsrutiner og organisering mellom involverte enheter og oppfølgingen over tid.

I tiden fremover er det viktig at de begrunnede faglige rådene følges opp med praktisk handling på mange nivåer.

Bjørn-Inge Larsen
helsedirektør

Bjørn Guldvog
ass. helsedirektør

Innledning

OPPDRAGET GITT AV HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i brev av 7. september 2011 Helsedirektoratet i oppdrag å foreta en gjennomgang av helsesektorens innsats etter terrorangrepene 22. juli 2011. Den overordnede problemstillingen i oppdraget fra HOD var å belyse ” hvor godt helsetjenesten og helsemyndighetene ut fra sine forutsetninger bidro til å beskytte befolkningens liv og helse”.

Gjennomgangen har slik Helsedirektoratet oppfatter det, tre hovedmål:

1. Dokumentere og vurdere hvordan helsesektoren håndterte sine oppgaver, herunder å avdekke eventuelle læringsområder som kan gi grunnlag for å endre håndteringen av lignende situasjoner i fremtiden.
2. Gi korrekt grunnlag for informasjon om helsetjenestens handlinger, erfaringer og vurderinger. Dette arbeidet foregår parallelt med den øvrige vurderingen av terrorangrepet, som gjennomføres av den regjeringsoppnevnte 22. juli-kommisjonen.
3. Etter eventuell anmodning fra 22. juli-kommisjonen å bistå kommisjonen i deler av dens arbeid.

DATAINNHENTING OG ARBEIDSMETODER

Gjennomgangen vurderer helsetjenestens innsats ut fra gjeldende rett, særlig lov om helsemessig og sosial beredskap, og forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Gjennomgangen tar også utgangspunkt i Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan og de ulike aktørenes beredskapsplaner. Vi forsøker i vurderingene å ta hensyn til de ulike delene av helsetjenestens kapasitet og kompetanse. Vi bruker i denne rapporten konsekvent begrepet gjennomgang, slik oppdragsgiver har gjort, til forskjell fra evaluering. Med dette ønsker vi å markere at rapporten har blitt til etter en arbeidsprosess i Helsedirektoratet og ikke som et eksternt oppdrag eller en tilsynssak.

Helsedirektoratet har etablert en arbeidsgruppe som består av medlemmer med omfattende og mangesidig helsefaglig og annen relevant kompetanse. Flere har lang erfaring fra utøvende helsetjeneste på ulike nivåer, og fra den sentrale helseforvaltningen. Arbeidet har vært lagt opp med en omfattende informasjonsinnhenting fra og dialog med aktører i helsetjenesten som spilte en rolle 22. juli eller i det senere oppfølgingsarbeidet,

samt representanter for de rammede. Vi har også hatt dialog med Politiet og Forsvarets sanitet. Vi har gjort det klart for våre informanter at vår informasjonsinnhenting ikke er til en tilsynsrapport eller gransking. Vi har understreket at formålet er læring og forbedring for de enkelte leddene i helsetjenesten, med sikte på generaliserbarhet for hele landet. Vi har hatt konstruktive diskusjoner med de ulike aktørene.

Vi har hentet inn dokumentasjon, blant annet rapporter og beskrivelser. I de fleste tilfellene ville aktørene uavhengig av Helsedirektoratets behov ha skrevet rapporter til egne formål. Vi har også innhentet beredskapsplaner, prosedyrer for fagarbeid og samarbeidsrutiner som lå til grunn for aktørenes handlinger i den aktuelle situasjonen. På grunnlag av dokumentgjennomgangen og møtene har vi også formulert en rekke tilleggs-spørsmål som vi siden har fått svar på.

Vi har ansett det som nødvendig å få en samlet oversikt over pasientstrømmene fra første vurdering og prioritering (triagering) på skadestedene og frem til årsskiftet 2011-12, tidspunktet for vår sluttstrekk for datainnhenting med hensyn til psykososial oppfølging.

Det ble tidlig klart for oss at ingen enkeltaktør i helsetjenesten satt med noe nær en samlet oversikt over hendelsene og helseinnsatsen. Denne rapporten er til en viss grad også et forsøk på å gi en samlet oversikt, der vi til dels har måttet veie ulike kilder mot hverandre. Enkelte saksforhold har vi ikke klart å komme helt til bunns i, grunnet begrensninger rundt de tilgjengelige kildene og prosjektets tidsramme.

De ulike aktørene har i sine egne rapporter og i møter kommet med forslag til forbedringer. Disse har vi gått kritisk gjennom. Mange av forslagene har vi bygget på i våre egne anbefalinger.

Helsedirektoratet har sett det som viktig å kvalitetssikre egne vurderinger og har derfor oppnevnt to uavhengige grupper som har gitt oss råd.

Vi har oppnevnt et internasjonalt fagråd, International Advisory Council (IAC), med representanter fra de øvrige nordiske landene, Storbritannia og Spania. IAC er knyttet til de sentrale helsemyndighetene i de respektive landene, og fra flere av dem deltar helsedirektøren (Chief Medical Officer). IAC ledes av generaldirektør Lars-Erik Holm i Socialstyrelsen i Sverige. Fremstående eksperter på helsetjenestens krisehåndtering i de respektive landene deltar også. Flere av disse har erfaring med å håndtere terrorhendelser. IAC består av eksperter både innen somatisk akuttmedisin i og utenfor sykehus samt innen

psykososial oppfølging. Rådet har hatt to møter i Oslo, og Helsedirektoratet har hatt omfattende korrespondanse med medlemmene av IAC om rapportutkastene. Vi har særlig drøftet foreslåtte anbefalinger med rådet og hvilke faglige normer som bør legges til grunn for Helsedirektoratets anbefalinger.

Den andre gruppen har bestått av nasjonale eksperter innen ulike deler av somatisk akuttmedisin oppnevnt fra universitetssykehusene utenfor Helse Sør-Øst, eksperter innen psykisk helse oppnevnt fra relevante profesjonsorganisasjoner, samt direktøren for Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Ingen av disse ekspertene har vært involvert i oppfølgingsarbeidet etter 22. juli. I denne gruppen har medlemmene uavhengig av hverandre skriftlig kommentert et rapportutkast, i likhet med IAC, med særlig vekt på faglige normer og anbefalinger.

Rapporten er behandlet og godkjent av Helsedirektoratets ledelse. Selv om vi har benyttet nasjonale og internasjonale rådgivere, er Helsedirektoratet alene ansvarlig for rapportens innhold.

Helsedirektoratet er selv en viktig aktør under store beredskapshendelser. Dette er en følge av den rollen HOD har tildelt Helsedirektoratet, jamfør Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan. Flere av bidragsyterne til denne rapporten har også deltatt aktivt i Helsedirektoratets håndtering av hendelsene den 22. juli og i den videre oppfølgingen av de involverte. Det kan derfor innvendes at direktoratet har et habilitetsproblem i beskrivelsen av egen krisehåndtering, og kanskje også av hele den sentrale helseforvaltningens håndtering. Vi har ansett det som en del av vårt mandat å foreta en gjennomgang også av helseforvaltningens rolle. Synspunkter på sentrale beslutninger og handlinger er innhentet fra både interne og eksterne kilder.

RAPPORTENS OPPBYGGING

Rapporten starter med en beskrivelse av hvordan helseberedskapssystemet og dets beslutningslinjer er i Norge, både beredskapsplaner og i hvilken grad man har øvd på disse. Dernest følger en beskrivelse av hendelsene på de to åstedene 22. juli, og den akutte somatiske helseinnsatsen. Forhold knyttet til nødkommunikasjon, organisering, varsling og styring av akuttmedisinske helseressurser beskrives i tett tilknytning til øvrige akuttmedisinske temaer. Et omfattende kapittel er viet den psykososiale innsatsen, både i den akutte fasen og i oppfølgingsfasen. Arbeidet med psykososial oppfølging er en svært tidkrevende prosess og krever en mangesidig tilnærming. Måten dette håndteres på, fortjener bred omtale og er til dels nybrottsarbeid. Kommunikasjon og

informasjonshåndtering i forvaltningen og mellom forvaltningen og helsetjenesten, overfor berørte, publikum og i media har fått et eget kapittel. Helsedirektoratets egen krisehåndtering er kommentert flere steder i rapporten, men også som en del av fremstillingen av helseforvaltningens håndtering. Avslutningsvis kommer vi med noen refleksjoner rundt betydningene av øvelse og læring og en avsluttende kommentar. Anbefalinger er gitt underveis i teksten og er begrunnet i funnene og vurderingene vi har gjort. En beskrivelse av igangsatt forskning og forskningsbehov er tatt inn som vedlegg, likeledes en kort vurdering av helsetjenestens kapasitet og løsningsstrategier dersom omstendighetene rundt hendelsene hadde vært annerledes.

NÆRMERE OM INFORMASJONSKILDENE

[Rapporten er basert på data fra flere kilder:](#)

– skriftlige rapporter og møter med en rekke virksomheter

– logger og annen dokumentasjon av virksomhetenes egne aktiviteter

– intervjuer med enkelte av de ansatte i Helsedirektoratet

Se oversikt over kilder i vedlegg: ”M” og referansenummer i teksten refererer til møter, og ”D” tilsvarende til dokumenter.

Datainnsamlingen er i all hovedsak basert på ulike virksomhetsledelser sine fremstillinger av hendelsesforløpet, og i mindre grad på informasjon fra øvrig involvert personell. Dette er et bevisst valg basert på mandatet, men også på en vurdering om at Helsedirektorats informasjonsinnhentning ikke skal bidra til at innsatspersonell risikerer å bli retraumatisert. Ulempen ved å forholde seg til informasjon som er gjenfortalt, og ikke primærkildene, er at det kan svekke presisjonsnivået og muligheten til å avklare hendelsesforløpet på områder det ikke er fokusert på, eller som ikke er drøftet i virksomhetenes egne rapporter. På den andre siden har vi innhentet og sammenstilt informasjon fra flere kilder for å styrke påliteligheten i fremstillingen av hendelsesforløpet.

Det har vært begrenset med tid for arbeidet med denne rapporten, og enkelte sentrale aktører har ved vårt avsluttende arbeid ikke ferdigstilt rapportene sine. Et eksempel på dette er Vestre Viken HF som etter snart sju måneder fremdeles ikke har ferdigstilt sin rapport om helseinnsatsen på Utøya. Dette har bidratt til vesentlig merarbeid og har svekket mulighetene våre til å etterprøve andre opplysninger om hendelsesforløpet ved Utøya-aksjonen.

Sammendrag

OPPDRAGET OG PROSESSEN

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i brev av 7. september 2011 Helsedirektoratet i oppdrag å foreta en gjennomgang av helsesektorens innsats etter terrorangrepene 22. juli 2011. Den overordnede problemstillingen ble av HOD formulert som å belyse ” hvor godt helsetjenesten og helsemyndighetene ut fra sine forutsetninger bidro til å beskytte befolkningens liv og helse”.

Helsedirektoratets gjennomgang er utarbeidet av en faglig bredt sammensatt arbeidsgruppe. Vi har utført en omfattende informasjonsinnhentning fra, og i dialog med, aktører i helsetjenesten som spilte en rolle 22. juli eller i det senere oppfølgingsarbeidet, med politiet og med representanter for de rammede. For å sikre mest mulig objektivitet i vurderinger og anbefalinger etablerte Helsedirektoratet et internasjonalt fagråd av framstående helsefaglige eksperter fra de øvrige nordiske land, Spania og Storbritannia. For samme formål sendte også Helsedirektoratet et rapportutkast til en bredt sammensatt gruppe av norske helseeksperter som ikke var involvert i oppfølging av hendelsene 22. juli. Rådene fra begge instansene er i stor grad innarbeidet i den endelige rapporten.

HOVEDINTRYKK

Norsk helsetjeneste løste meget godt den største utfordringen den noensinne er stilt over for. Helsedirektoratet har ingen informasjon som tyder på annet enn gjennomført god kvalitet innen somatisk helsehjelp fra førstehjelp på skadested, legevaktstjenester via operasjoner og intensivbehandling til rehabilitering. Den psykososiale oppfølgingen av rammede og pårørende ble raskt ivaretatt på en god måte, til tross for en vanskelig og omfattende situasjon i den akutte fasen og de etterfølgende dagene. Tjenestene hadde god kapasitet, mobiliserte raskt, var fleksible og fungerte meget bra i denne fasen. Frivillige hjelpere, både organiserte og ikke-organiserte gjorde også en stor og viktig innsats. Kommunene har hatt det primære ansvaret for langtidsoppfølgingen. Dette har for det meste fungert godt og i tråd med myndighetenes anbefalinger. Både kommunene selv og brukerne har imidlertid påpekt de store utfordringene en slik omfattende katastrofe og langtidsoppfølging i etterkant representerer, både når det gjelder kapasitet og kompetanse.

[Det er flere grunner til at helsetjenesten løste sine oppgaver godt:](#)

– Hendelsene skjedde i en landsdel hvor det er stor kapasitet og erfaring, spesielt innen utrykningstjenester og skadekirurgi.

– Helsetjenesten har trening i beredskapsarbeid, og stor evne til å improvisere under vanskelige forhold.

– Helsetjenesten har lært mye av tidligere hendelser, også innen psykososial oppfølging.

– Innsatsviljen var formidabel og responstiden kort.

– Helsetjenesten hadde stor nytte av etableringen av mottaket på Sundvolden hotell og den frivillige innsatsen både der og i hjemkommunene.

SOMATISK AKUTTMEDISIN OG SYKEHUSBEHANDLING

Helseinnsatsen var betydelig, livreddende og over forventning i hele den akuttmedisinske kjeden. Helsetjenesten viste stor mobiliseringsevne og improvisasjonskompetanse. Frivillig innsats bidro i betydelig grad. Det gikk svært kort tid fra bomben eksploderte i regjeringskvartalet til ambulanspersonell fra Oslo universitetssykehus (OUS) var på plass. Redningsarbeidet fra brannmannskaper og helse begynte umiddelbart. Triagering (vurdering og prioritering på skadested) ble gjennomført, og hardt skadde pasienter ble fortløpende sendt til akuttmottaket på OUS. Den første pasienten ankom allerede etter få minutter. Helsepersonell rekvirerte en rutebuss, som ble fylt opp med personer med lettere skader. Disse ble sendt til Oslo legevakt, som også mottok selvevakuerte skadde. Dermed oppnådde man både raskt å rydde skadestedet for personer som ikke var nødt til å være der, og å få også de lettere skadde til behandling raskt. Triageringen ble meget godt utført, og var helt avgjørende for den videre innsatsen. Et par pasienter ble videresendt fra legevakten til OUS avdeling Aker. Verken OUS eller legevakten opplevde kapasitetsproblemer, og den mest hektiske fasen med operasjoner og sårstell var avsluttet da meldingene om skyting på Utøya ble kjent. I Oslo dro man fordel av at tidspunktet for eksplosjonen var kort før vaktskifte, slik at nytt skift var på vei inn samtidig som avgående skift ble værende. Dermed var det enkelt å øke helsetjenestens arbeidskapasitet. I tillegg strømmet øvrig personell til, langt ut over det man hadde behov for.

Da det ble klart at meldingene om skyting på Utøya var så alvorlige at store deler av de tilgjengelige utrykningsressurser burde styres til Utøya, var bil- og luftambulansetjenestens respons massiv. Politi fra nordre Buskerud distrikt og fra beredskapstroppen gikk i land på Utøya og arresterte gjerningsmannen. Blant beredskapstroppens folk var det flere med høy førstehjelps kompetanse. Fordi politiet regnet det som sannsynlig at det fortsatt var flere gjerningsmenn på øya var hovedfokus sikkerhet og gjennomføring av eventuelle

ytterligere pågripelser. Dette forsinket muligheten for å gi helsehjelp, men likevel utførte beredskapstroppen avanserte førstehjelpstiltak på de hardeste skadde de fant. Noe under en time etter arrestasjonen ankom helsepersonell i båt til Utøya. Politiet oppfattet da situasjonen som så trygg at helsepersonellet kunne arbeide med utgangspunkt i hovedhuset, der politiet hadde samlet de overlevende.

Anestesileger, allmennleger og ambulansesepersonell gjennomførte arbeidet med den primære triageringen på samle plassene ved Utvika kai og Elstangen. De mest alvorlig skadde pasienter ble sendt til OUS med helikopter og vanlige ambulanser, og noe lettere skadde pasienter til Ringerike sykehus. I den mest kaotiske fasen ble noen pasienter med alvorlige skader sendt til Ringerike sykehus og senere overflyttet til OUS. Enkelte pasienter ble også brakt til Bærum sykehus og Drammen sykehus. De pasientene som ikke var triagert til sykehus ble brakt til Sundvolden for behandling på framskutt legevakt.

Av 31 dels hardt skadde pasienter som ankom OUS etter de to hendelsene overlevde 30. Dette vitner om gode beslutninger ved triagering og at den medisinske behandlingen holdt høy kvalitet. Skuddskadene var til dels svært kompliserte, og flere av de skadde måtte gjennom en hel serie med operasjoner, og noen ble reoperert allerede mindre enn et døgn etter innleggelse. Faktisk overlevelse sett i forhold til alvorlighetsgrad av skadene på pasientene indikerer høy behandlingskvalitet.

Kommunikasjonssystemer til bruk ved katastrofer må utbedres og samkjøres bedre. Det synes klart at det er behov for hyppigere felles katastrofeøvelser mellom de ulike nivå i den operative del av helsetjenesten. Spørsmålet om helsepersonellens innsats i skarpe situasjoner må drøftes snarlig og avklares. Sentrale helsemyndigheter må sørge for nasjonale føringer for viktige arbeidsprosesser som for eksempel triage på skadested. Det må sikres årlig oppdatering av katastrofeplaner på de ulike nivå og på prosedyrer for samhandling mellom aktørene ved katastrofer. Katastrofeplanlegging må inngå i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

PSYKOSOSIAL INNSATS OG OPPFØLGING

Den psykososiale oppfølgingen av rammede og pårørende ble raskt ivarettatt på en god måte, til tross for en vanskelig og omfattende situasjon 22. juli og de etterfølgende dagene. En tydelig ledelse og meget god innsats av innsatspersonell i de aktuelle kommunene bidro til dette. Bruken

av Sundvolden hotell og den enestående måten hotellets ledelse og ansatte stilte opp på var svært viktig. Erfaringene tilsier at det må sikres gode forhold omkring overlevende og pårørende ved kriser, ulykker og katastrofer med forpleining og egne rom der man kan trekke seg tilbake, og at bruk av hotell bør inngå i kommunenes beredskapsplaner. Uorganiserte frivillige som gjestene ved Utvika camping, naboer, båteiere, campingplasseieren og andre frivillige gjorde en stor og viktig innstas i den akutte fasen.

Foreløpige tilbakemeldinger fra tjenestene i forhold til det psykososiale arbeidet, viser at de hadde god kapasitet, mobiliserte raskt, var fleksible og fungerte meget bra i den akutte fasen. Det ble gjort en stor og viktig innsats i kommuner, ved legevakt, sykehus og i bedriftshelsetjenesten i Regjeringskvartalet. Likevel er det også rom for forbedringer, og helsetjenestens beredskapsplaner for håndtering av pårørende må oppdateres. Opplæring i psykologisk førstehjelp og trening og forberedelser til håndtering av kriser, ulykker og katastrofer må prioriteres.

Kommuner og helseforetaks beredskapsplaner må revideres og bli mer omfattende på det psykososiale feltet, planene må jevnlig øves på og inkludere alle som forventes å ha en rolle. Kompetansemiljøenes rolle bør avklares. Rollen til de organiserte frivillige må tydeliggjøres, og det må avklares hvem som har overordnet ansvar for ledelsen av de organiserte frivillige sin innsats i krisehåndteringen.

Det må sikres gode og entydige rutiner for oppfølging av innsatspersonell og frivillige i etterkant av katastrofehendelser. Begrepet debrifing skal kun benyttes om gruppeintervensjon overfor innsatspersonell, og skal ikke gjennomføres før det har gått et døgn etter innsatsen.

22. juli besluttet Helse- og omsorgsdepartementet at Helsedirektoratet skulle ha et koordinerende ansvar for beredskapssituasjonen i helsetjenesten. For å sikre enighet om rådene til helsetjenesten om psykososiale oppfølgings tiltak, etablerte og ledet Helsedirektoratet et samarbeidsorgan og en ekspertgruppe, som ga råd om proaktiv oppfølging i kommunene og bedriftshelsetjenesten. Det var viktig at helsemyndighetene bidro til at det ble gitt samlete og entydige råd til tjenestene og befolkningen. Helsedirektoratet valgte en uvanlig aktiv rolle etter hendelsene for å forsikre seg så godt som mulig om at alle berørte fikk god oppfølging. På grunn av hendelsenes ekstraordinære omfang og karakter var dette hensiktsmessig. Man bør vurdere å utarbeide eksplisitte kriterier for når helsemyndighetene skal innta en aktiv og operativ rolle.

Helsedirektoratet har etablert et prosjekt for å lede og koordinere arbeidet med psykososial langtidsoppfølging. Kommunene har det primære ansvaret for oppfølgingen, og har rapportert at langtidsoppfølgingen for det meste har fungert godt og i tråd med myndighetenes anbefalinger. Enkelte kommuner melder at de ikke har gode nok rutiner og kan ha behov for mer kapasitet og kompetanse for å håndtere en så omfattende katastrofe og gi en god og enhetlig oppfølging over tid.

Tilbakemeldinger fra brukerrepresentanter ved AUF og Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene indikerer et større språk med hensyn til hvor fornøyde brukerne har vært med oppfølgingen. Datagrunnlaget som er innhentet i forbindelse med denne rapporten er for spinkelt til å trekke endelige konklusjoner om kvaliteten på den psykososiale oppfølgingen. AUF og Nasjonal støttegruppe har gitt uttrykk for at de har vært godt fornøyd med helsetjenestens innsats, men at den må lære av egne feil, bli bedre på informasjon, innhente mer kompetanse ved behov og skjerme de rammede og berørte mot media.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten bør fokusere på samarbeid om oppfølging og gjensidig kunnskapsoverføring, i forbindelse med langtidsoppfølging av berørte etter kriser, ulykker og katastrofer og ved utarbeidelse av sine samarbeidsavtaler. Det anses som viktig å følge opp etterlatte og overlevende over tid, og også følge opp foreldre og søsken til overlevende. Arbeidet bør evalueres, og forskning vil kunne bidra til å gi flere svar om hva som er den beste psykososiale oppfølgingen i akutt fase og over tid.

ANDRE FORHOLD

Hendelsene 22. juli førte til massiv omtale i mediene og omfattende aktivitet i sosiale medier. Helsetjenesten løste i hovedsak sitt informasjonsarbeid godt. Helse Sør-Øst Regionale helseforetak (RHF) og Oslo universitetssykehus så noe ulikt på det koordinerende ansvaret for informasjon. Det er ved ulykkeshendelser som involverer flere sykehus behov for utveksling av informasjon om innlagte pasienter for å gi bedre service til pårørende.

Godt koordinerte akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) er avgjørende for akuttmedisinsk innsats, og sentralene utførte betydelige oppgaver under vanskelige forutsetninger 22. juli. AMK både i Oslo og Akershus og i Buskerud ble overbelastet av de mange telefonhenvendelsene. I Oslo og Akershus førte dette til at de medisinske informasjonssystemene som holder oversikt over ambulanseressursene og oppdragene sviktet. Varslingsrutiner ble ikke

overholdt fullt ut. Dette fikk likevel ikke praktiske konsekvenser for utkalling av ressurser.

Den logistisk krevende evakueringen av skadde fra samle plass ved Utøya under vanskelige værforhold viste at det er stort behov for å etablere en flysikkerhetsløsning for luftambulansetjenestens helikoptre. Svakheter i systemet for ressursoversikter på tvers av AMK-områder ble også avdekket.

Hendelsene avdekket kommunikasjonsmessige utfordringer knyttet til overgangsfasen mellom gammel og ny sambandsløsning, bruk av mobiltelefoni, og til dels mangelfull utnyttelse av eksisterende nødnett. Nødkommunikasjonen i forbindelse med operasjonen ved Utøya foregikk for helsetjenestens del på gammelt helseradionett og på private mobiltelefoner. Dessuten var det tekniske problemer med bruken av helseradionettet. Svært viktige samtaler mellom helsepersonell på skadested og sykehus måtte foregå på privat mobiltelefon. Helsepersonell benyttet de kommunikasjonsløsningene de i øyeblikket fant mest hensiktsmessige, og mestret situasjonen.

Antallet døde som samtidig skulle identifiseres og undersøkes overgikk langt normal kapasitet ved Folkehelseinstituttets avdeling for rettspatologi og klinisk rettsmedisin. Stor praktisk improvisasjonsevne var med på å sikre en forsvarlig og prosedyremessig rettsmedisinsk håndtering.

ANBEFALINGER

I rapporten presenteres anbefalinger i sammenheng med funn og faglige vurderinger. Vi finner grunn til å fremheve et utvalg av de anbefalingene vi anser som mest sentrale:

Anbefalinger

Gjennomgangen av terrorhendelsene i Oslo og på Utøya har avdekket behov for en sterkere nasjonal organisering av fagfeltet akuttmedisin. Fagfeltet er i rask utvikling internasjonalt, og det er behov for en samlet kunnskapsbase for å oppnå ytterligere kvalitetsheving.

Sentrale helsemyndigheter bør i samarbeid med helsetjenesten utarbeide en helhetlig samling prosedyrer for helsetjenestens beredskapssystem på operativt nivå, som beskriver en enhetlig håndtering av ekstraordinære hendelser og kriser. Prosedyrer for samarbeid med øvrige nødetater bør inngå i dette. Forskning og undervisning innen akuttmedisin bør også styrkes.

Helsepersonell fikk ordre om ikke å gå ned på kaia mens frivillige utsatte seg for risiko ved å evakuere ungdommer fra Utøya.

Det må utarbeides nasjonale føringer for samarbeid mellom helsetjenesten og politiet/brann- og redningsetaten ved skarpe oppdrag og andre oppdrag i usikrede områder. Forsvarets sanitet bør med bakgrunn i kunnskap og erfaring fra sanitetsoppdrag i skarpe soner anmodes om bistand i dette arbeidet.

Helsetjenestens innfasing i nytt Nødnett er ikke geografisk parallell med politiets innfasing, og det ble en utfordring under Utøya-aksjonen.

Det må utarbeides retningslinjer for kommunikasjon mellom brukere av nytt digitalt Nødnett og analogt helseradionett i de kommende utbyggingsfasene av Nødnett.

Helsepersonell fra ulike helseforetak og kommuner benytter ulike triageringssystemer, med til dels ulik begrepsbruk eller inndeling. Dette kan skape usikkerhet i forhold til fordeling av pasienter mellom sykehus og behandlingsnivå.

Sentrale helsemyndigheter må sikre at det innføres et enhetlig nasjonalt system for triagering av pasienter.

Hendelsene 22. juli avdekket en mangelfull oversikt og styring av ambulanse- og flyambulanseresurser, uten at dette fikk konsekvenser for liv og helse.

De regionale helseforetakene må sikre at det etableres systemer som gjør det mulig å holde oversikt over ambulanse- og luftambulanseresurser på tvers av AMK-, foretaks- og regionale nivå.

22. juli ble det ved flere sykehus mobilisert store personellressurser som i liten grad ble brukt. Kvaliteten i behandlingen av de hardest skadde kunne blitt svekket dersom OUS hadde fått mange flere pasienter med lettere skader.

De regionale helseforetakene må utarbeide planer for fordeling av pasienter mellom sykehus med kirurgisk vaktberedskap, med tanke på ulykker/hendelser som medfører evakuering av et stort antall skadde i løpet av kort tid. Planene bør være basert på sykehusenes kirurgiske kompetanse og behandlingsskapasitet.

Flere av de berørte sykehusene rapporterer at de etter varsling ikke mottok ytterligere informasjon om utviklingen den 22. juli annet enn gjennom media.

De regionale helseforetakene eller det helseforetak de delegerer oppgaver med katastrofeledelse til, må sikre at alle involverte sykehus holdes fortløpende orientert om utviklingen i krisesituasjoner. Dette er viktig for at sykehusene skal kunne bestemme sitt beredskapsnivå.

Flere aktører gjennomførte varsling på gjennom oppringing til enkeltpersoner.

Helsevirksomheter med viktige beredskapsfunksjoner må etablere funksjonelle og sikre systemer for varsling av akuttmedisinske ressurser og innkalling av personell.

Helsedirektoratets gjennomgang av utvalgte beredskapsplaner viser at psykososiale tiltak gjennomgående omtales i begrenset grad.

Beredskapsplanene for tjenestene må bli mer omfattende på det psykososiale feltet, jevnlig øves på og inkludere alle som forventes å ha en rolle. Planene må beskrive kontaktpunkt for varsling, spesifikke tiltak og ansvarslinjer for de enkelte faser av kriser, og retningslinjer for innhenting av ekstern ekspertise. Kompetansemiljøenes rolle i forhold til beredskap må avklares.

Rekvireringen av Sundvolden hotell skapte en god ramme for det akutte oppfølgingsarbeidet overfor de ungdommer og pårørende som ble samlet der.

Det må sikres gode forhold omkring overlevende og pårørende med forpleining og egne rom der man kan trekke seg tilbake. Bruk av hotell bør inngå i de kommunale beredskapsplanene.

Det oppstod de første dagene situasjoner der det var usikkert for helsetjenesten og andre beredskapsaktører hva organiserte frivillige hadde kompetanse og ønske om å bidra til, og hvilken rolleforståelse de hadde.

Rollen til organiserte frivillige aktører må tydeliggjøres både med hensyn til hva de skal gjøre og hva de ikke skal gjøre. Det må klargjøres hvem som har overordnet ansvar for ledelsen av de frivilliges innsats i krisehåndteringen. Samarbeidsrutiner mellom helsepersonell og frivillige må tydeliggjøres, og kommunene bør inngå intensjonsavtaler med de frivillige organisasjonene.

Blant innsatspersonell ble det både akutt og i langsiktig oppfølging signalisert noe usikkerhet om hvordan man skulle forholde seg til traumatiserte rammede, og når det var nødvendig å benytte spesialisert helsepersonell som for eksempel psykolog.

Det bør legges vekt på undervisning av aktuelt helsepersonell i håndtering av pasienter med alvorlige psykososiale traumer, og helsepersonellet bør trenes/forberedes på håndtering av slike situasjoner.

Helsedirektoratet har fått signaler om kompetansebehov i ulike deler av tjenestene og usikkerhet om dialogen mellom helseforetak og kommuner er god nok.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene må fokusere på samarbeid om oppfølging og gjensidig kunnskapsoverføring i forbindelse med langtidsoppfølging av berørte etter kriser, ulykker og katastrofer, og når de utarbeider samarbeidsavtaler.

Helsedirektoratet skal ikke selv utføre helsetjenester, men etter 22. juli fulgte direktoratet svært nøye opp utøvende helsetjeneste for å forsikre seg om god kvalitet i oppfølgingen landet rundt.

Sentrale helsemyndigheter bør vurdere om det kan utvikles mer eksplisitte kriterier for når de skal innta en så aktiv rolle med tanke på framtidige hendelser.



Kapittel 1

Beredskaps- systemer

SIDE 18 – 23

15.28

Første ambulanse- og legeressurs var på skadestedet i regjeringskvartalet etter 3 minutter. Disse tok på seg rollen som fagleder helse og operativ leder helse, og etablerte en initial samle plass.



Justisdepartementet ble utpekt som lederdepartement ved terrorhendelsene 22.juli. Helsesektoren hadde relevante beredskapsplaner forut for hendelsene.

1.1 SENTRAL KRISEHÅNDTERING

Regjeringen etablerer ved behov kriseråd bestående av departementsrådene ved henholdsvis Statsministerens kontor, Justisdepartementet, Forsvarsdepartement, Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Andre kan inviteres til å delta avhengig av situasjonen. Kriserådet peker i den enkelte situasjon ut hvilket departement som skal være Lederdepartement, altså det koordinerende departementet. Justisdepartementet ble utpekt som Lederdepartementet ved terrorhendelsene 22.juli 2011.

Sentral krisestøtteenhet er et organisatorisk ledd/stab underlagt Justisdepartementet i det daglige, med lokaliteter og personell som Lederdepartementet kan bruke til ulike oppgaver og tiltak under en krise.

I krisesituasjoner der regjeringen får en rolle vil Helse- og omsorgsdepartementet mobiliseres. HOD delegerer kriseledelsen i helsetjenesten til Helse- og omsorgsdepartementet, og mottar daglig rapporter og drøfter viktige momenter fortløpende.

Helse- og omsorgsdepartementet oppretter sitt kriseutvalg (KU) under ledelse av helsedirektøren.

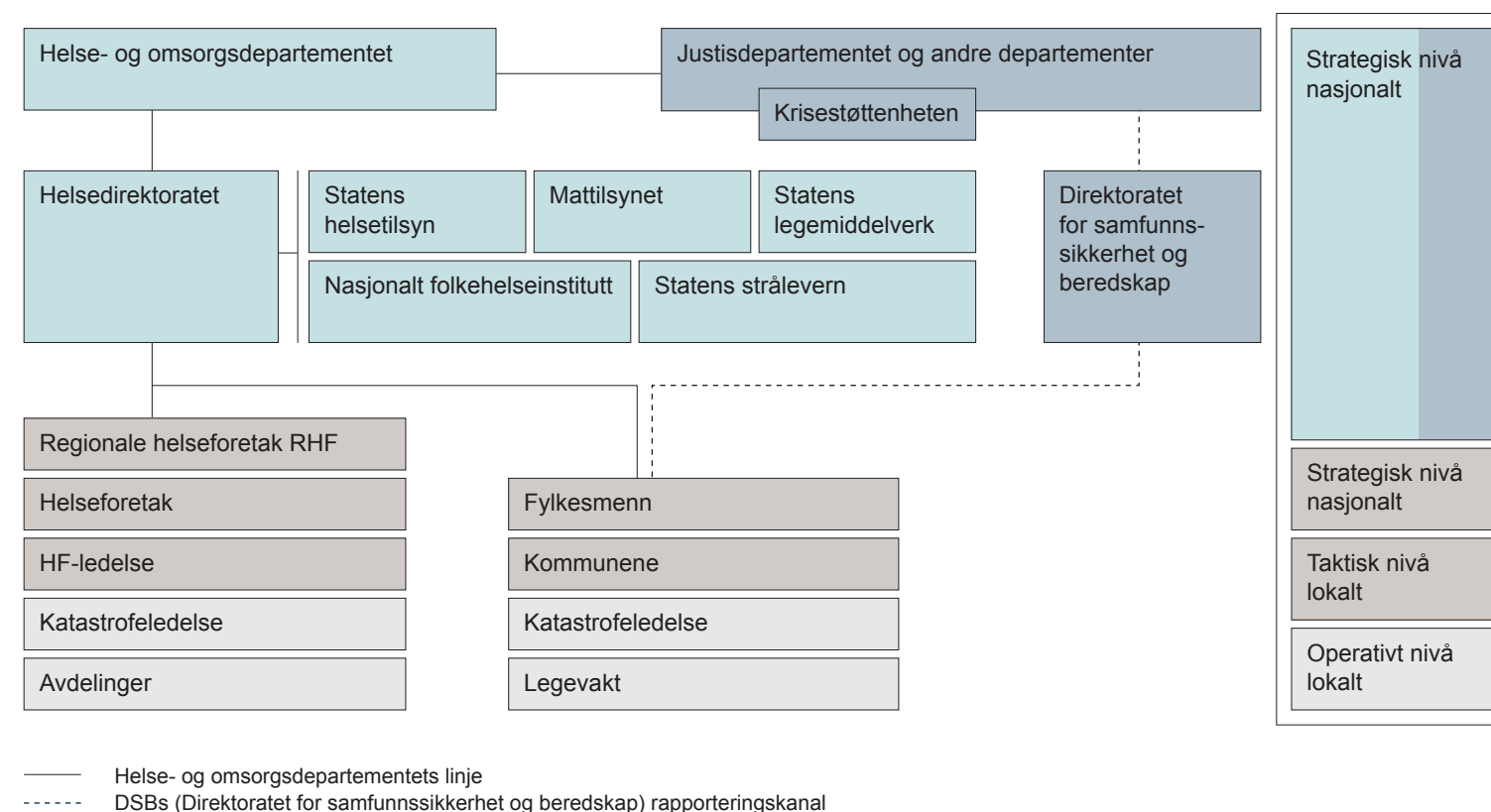
Ved kriser i fred, sikkerhetspolitiske kriser/krig gjelder ansvarsprinsippet med hensyn til ansvar og fullmakter. KU møtes ved behov under krisen og har som hovedoppgave å ha oversikt over situasjonen, behandle forslag etter fullført saksbehandling samt å beslutte tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet mottar daglig rapporter fra RHF og fra fylkesmennene. Nødvendige beslutninger tas på bakgrunn av disse opplysninger og rapporteres til HOD.

Varsling og rapporteringslinjer

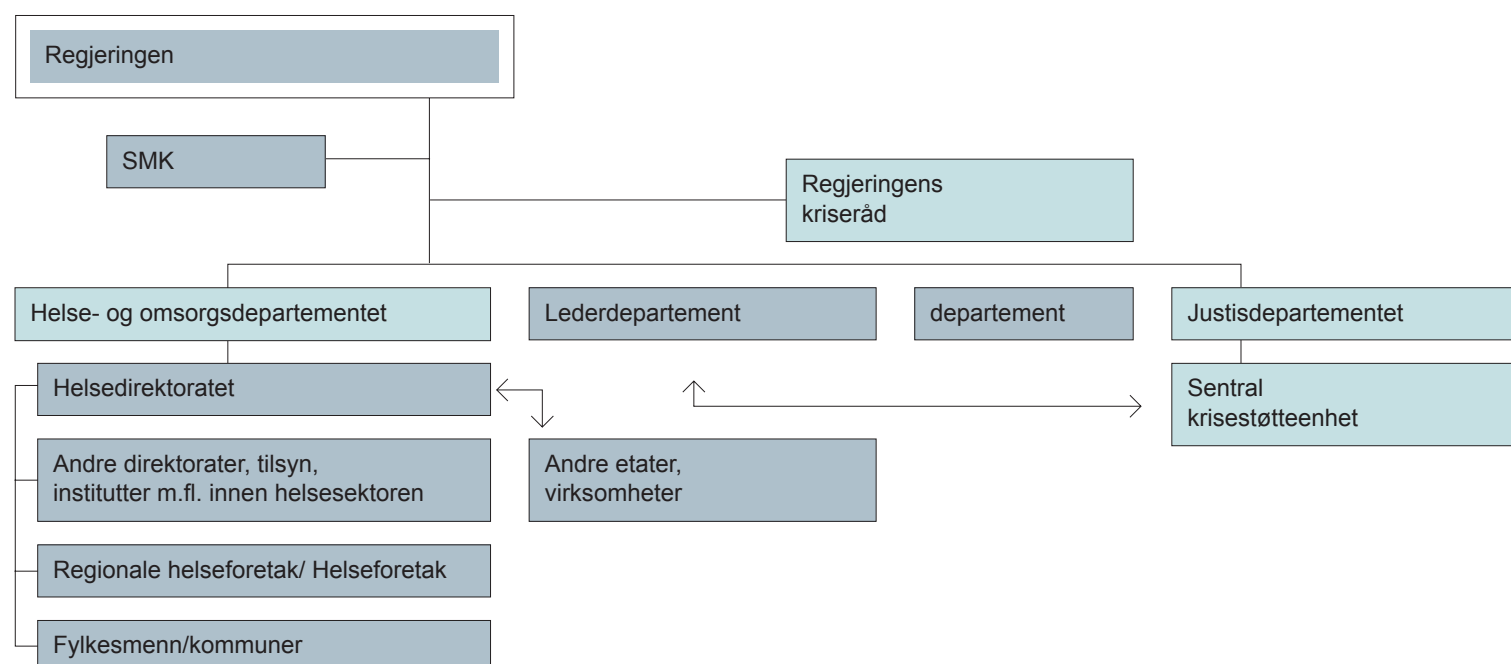
For å gi overordnede myndigheter tilstrekkelig grunnlag til å utarbeide et helhetlig situasjonsbilde for alle involverte, koordinere krisehåndteringen og å fatte beslutning om nye tiltak, må virksomheter som deltar i krisehåndteringen raskt være forberedt på å iverksette prosedyrer for rapportering til overordnet myndighet.

Figur 2: Varsling- og rapporteringslinjer i helsesektoren ved kriser

Ved utbrudd av smittsomme sykdommer vil nasjonalt folkehelseinstitutt varsle aktuell(e) kommune(r) og spesialisthelsetjenesten. Rokker ikke ved RHF-enes delegasjoner til Helseforetakene.



Figur 1: Sentral krisehåndtering,
jf. St. meld nr. 37 (2004-2005)



Det eksisterer klare varslings- rapporteringslinjer i helsesektoren ved kriser og når Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet fullmakt til å samordne helsesektorens innsats. Rapporteringen

Katastrofeplanlegging må inngå i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

i spesialisthelsetjenesten går fra sykehus (HF) via respektive regionale helseforetak (RHF), som igjen rapporterer til Helsedirektoratet. I primærhelsetjenesten starter rapporteringskjeden i kommunene og går via fylkesmannen til Helsedirektoratet.

Øvrige virksomheter (Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens legemiddelverk m.fl) i sektoren rapporterer også via Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet sammendrager deretter informasjonen og rapporterer på vegne av hele sektoren til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Ved atomhendelser går rapportene via Helsedirektoratet til Statens strålevern. Justissektoren har også en rapporteringskanal til/fra fylkesmannen.

1.2 BEREDSKAPSPLANER

Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 setter rammer for arbeidet med beredskapsplaner i helsesektoren. I tillegg til helseberedskapsloven finnes det en rekke lover og forskrifter som omhandler beredskapsarbeid og beredskapsplanlegging.

Ambulansebuss

Omfattende transportressurser ble mobilisert 22.juli.

Foto:
SCANPIX
Trond J.
Strøm



Kommuner, regionale helseforetak og helseforetak skal ha oppdaterte, øvede og koordinerte beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelser, og for effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser. En helhetlig beredskap innen helse- og sosialtjenestene må også fokusere på grensesnittet mot andre sektors ansvarsområder. Beredskapsplaner må være basert på ROS-analyser, oppdaterte og gjennomøvede. Rapport om øvelser må sendes til overordnet ledd.

Helse- og omsorgsdepartementet utga i januar 2007 en overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan. Planen ble utarbeidet som en oppfølging av Stortingsmelding nr. 37 (2004-

2005) om flodbølgekatastrofen i Sør-Asia. Planen beskriver aktørene i helsesektoren, deres oppgaver og ansvar og samhandlingen mellom dem under kriser. Når situasjonen krever at sektorens innsats koordineres sentralt, skal Helsedirektoratet være forberedt på å ivareta en operativ samordning etter delegasjon fra departementet. Dette betyr at direktoratet har et ansvar for å skaffe seg oversikt over situasjonen og om nødvendig iverksette tiltak på vegne av departementet. Om nødvendig vil direktoratet be om rapportering fra kommunene via Fylkesmannen, og fra spesialisthelsetjenesten ved de Regionale helseforetakene og Helseforetakene. Rapportene brukes som grunnlag for Helsedirektoratets rapport til departementet og danner grunnlaget for departementets

og regjeringens situasjonsforståelse. Departementet ivaretar den overordnede koordineringen mot andre departementer og regjeringen.

Helsedirektoratet har gjennomgått beredskapsplanverket til de kommunene og helseforetakene som var mest berørt i forbindelse med bomben i Oslo og skytingen på Utøya. Planverkene er ulike, men vurdert som adekvate og i tråd med de føringene som finnes i gjeldende lovverk.

Helsedirektoratet har i dialog med de ulike aktørene oppfattet at det er ulikt hvor ofte og hvordan man øver, og at det varierer hvorvidt det foregår øvelser som omfatter både primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi har fått opplyst at det er budsjettmessige utfordringer knyttet til omfang og hyppighet, ettersom spesielt større øvelser påvirker den daglige driften.

Det internasjonale fagrådet (IAC) peker på behovet for nasjonale operative føringer og dermed støtte til underliggende ledd i helsetjenesten. Behovet for nasjonale fagprosedyrer også i katastrofemedisin er til stede. Kvalifikasjonskrav til nøkkelpersonell med tilhørende utsjekk av om disse oppfylles er også sentralt her. Senere i rapporten omtales og begrunnes behovet for felles triagesystem i Norge. IAC påpeker at slike nasjonale føringer vil gi struktur til de regionale planene og samtidig gjøre det lettere å lage lokale planer.

Vurderinger

Helsedirektoratet mener at alle kommunene og helseforetakene som var direkte involvert i de to terrorhendelsene, hadde planer basert på tilstrekkelig relevante risiko- og sårbarhetsanalyser forut for 22. juli.

Manglende nasjonale prosedyrer på operativt nivå på skadestedet eller mellom sykehus fører til at de ulike aktørene opererer med ulike begrepsapparater og ulike operative manualer. Eksempler på dette kan være ulike triageringssystemer, ulik forståelse og håndtering av usikret åsted (hot zone), ulik forståelse av sentrale begreper som fagleder helse, operativ leder helse og strategisk, operativt og taktisk nivå. Spørsmålet om hvem som bør være Fagleder helse diskuteres nærmere under overskriften AMK- sentralenes og skadestedsledelsens funksjon ved større ulykker. Mangel på nasjonale føringer på operativt nivå er også kommentert i evalueringsrapporter fra flere store ulykker og øvelser som flyulykken på Stord, Sleipner- og Åsta-ulykkene og øvelsene Barents-Rescue og Øvelse Oslo. Vi mener at en samlet oversikt over sentrale operative momenter innen katastrofemedisin, som felles triagesystem, prosedyrer og samarbeidsformer ville bidra til å legge forholdene godt til rette for regionale og lokale praktiske løsninger på samme gode nasjonale nivå.

Helsedirektoratet oppfatter at samarbeidet med aktører i andre sektorer ved hendelsene 22.juli generelt fungerte godt. Vi mener likevel at det er grunn til å vurdere om samarbeidet i større grad bør formaliseres gjennom utarbeidelse av et felles planverk til bruk under kriser i fredstid.

Vi opplever at det er variasjoner med hensyn til hvor gjennomøvede planverkene er, og at det mangler øremerkede ressurser til dette formålet.

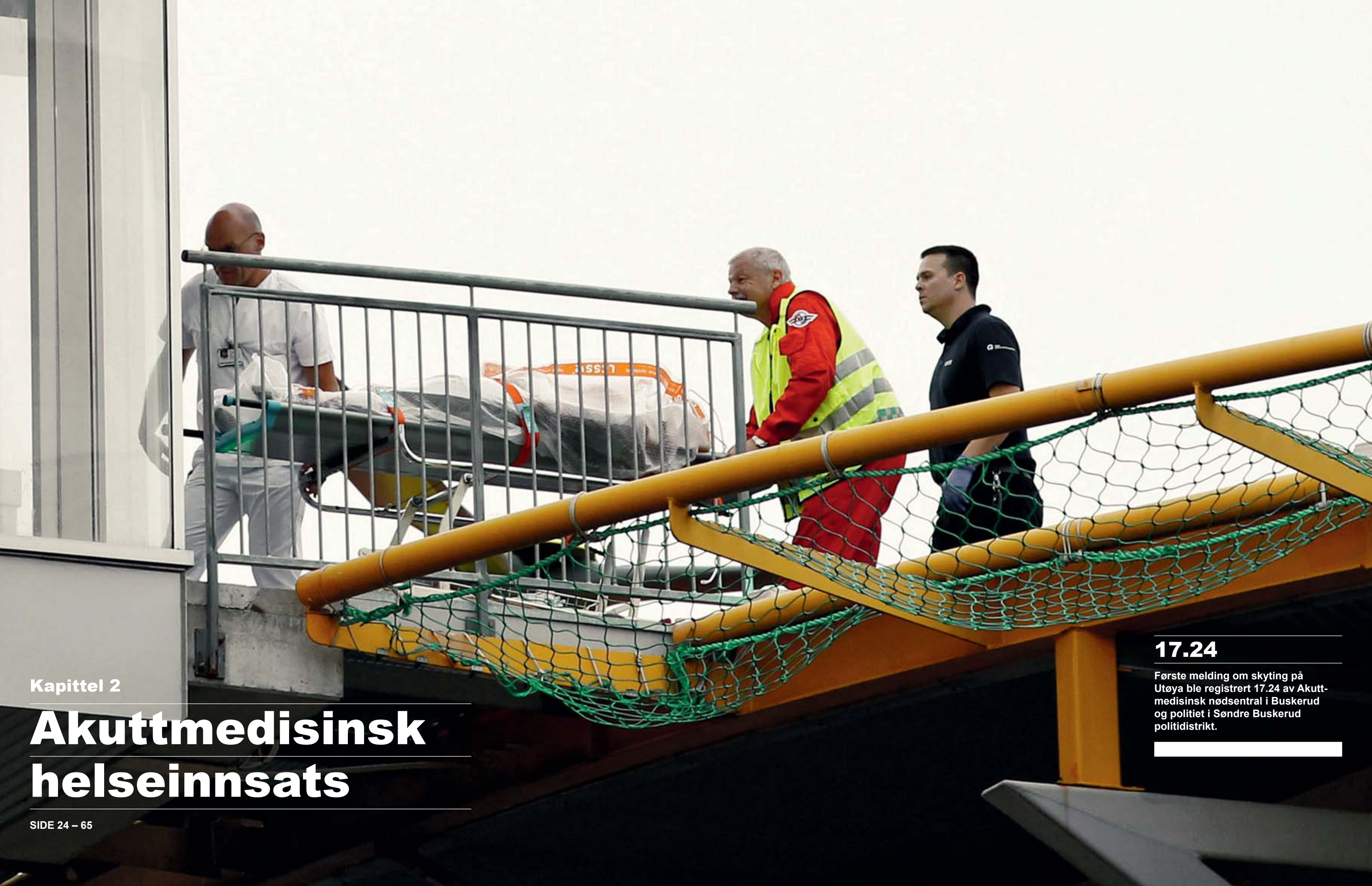
Det internasjonale fagrådet (IAC) peker på behovet for nasjonale operative føringer og dermed støtte til underliggende ledd i helsetjenesten. IAC påpeker at slike nasjonale føringer vil gi struktur til de regionale planene og samtidig gjøre det lettere å lage lokale planer.

Anbefalinger

Sentrale helsemyndigheter bør i samarbeid med helsetjenesten utarbeide en helhetlig samling prosedyrer for helsetjenestens beredskapssystem på operativt nivå, som beskriver en enhetlig håndtering av ekstraordinære hendelser og kriser. Prosedyrer for samarbeid med øvrige nødetater bør inngå i dette.

–
Sentrale helsemyndigheter bør ta initiativ til et felles planverk på strategisk nivå for kriser i fredstid, mellom de viktigste beredskapsaktører.

–
Sentrale helsemyndigheter bør i budsjettarbeidet fokusere særskilt på gjennomføring av beredskapsøvelser. Dette bør også tas opp i eierstyringen av de regionale helseforetakene.



Kapittel 2

Akuttmedisinsk helseinnsats

SIDE 24 – 65

17.24

Første melding om skyting på Utøya ble registrert 17.24 av Akuttmedisinsk nødsentral i Buskerud og politiet i Søndre Buskerud politidistrikt.

Helseinnsatsen etter terrorhandlingene var betydelig, livreddende og over normmessig forventning i hele den akuttmedisinske kjeden. Helsetjenesten viste stor mobiliseringsevne og improvisasjonskompetanse. Frivillig innsats bidro i stor grad.

I det følgende gir vi en beskrivelse av deler av hendelsesforløpet og den helsehjelpen som ble gitt i den akutte fasen etter bombeeksplosjonen i regjeringskvartalet og skytingen på Utøya. Helse-direktoratet anser det som viktig at leseren ser helseinnsatsen i sammenheng med det som til enhver tid var situasjonsforståelsen under de ulike aksjonene. Dette gjelder særlig politiets vurdering av sikkerhetssituasjonen på Utøya. På flere områder har vi derfor funnet det riktig å gjengi politiets situasjonsforståelse.

2.1 HELSEINNSATSEN I REGJERINGSKVARTALET

2.1.1 Regjeringskvartalet – de første minuttene

Kl. 15.25 detonerte gjerningsmannen en bil-bombe plassert i Grubbegata utenfor høyblokka i regjeringskvartalet. Bomben forårsaket massive bygningsmessige ødeleggelse i nærområdet, men også betydelige skader i en stor omkrets rundt selve eksplosjonsstedet. Eksplosjonen forårsaket også en brann i en av bygningene i regjeringskvartalet (R4). Ut fra de omfattende bygningsmessige skadene sto det klart for det første innsatspersonellet som ankom skadestedet, at det var mange døde og skadde.

Eksplosjonen utløste umiddelbart et stort antall automatiske brannalarmer fra regjeringskvartalet og andre omkringliggende bygg, noe som medførte at Oslo brann- og redningssentralers alarmsentral (110) i løpet av det første minuttet mottok i alt 66 automatiske brannalarmer. Hovedbrannstasjonen som bare befinner seg et par hundre meter fra eksplosjonsstedet, ble også påført betydelige skader. Blant annet ble 5 av 6 garasjeporter for brannvesenets utrykningskjøretøyer ødelagt. Dette medvirket til at det gikk 13 minutter før enhetene fra hovedbrannstasjonen kunne rykke ut til skadestedet. I mellomtiden hadde 110-sentralen utkalt mannskaper fra øvrige brannstasjoner i Oslo og anmodet om bistand fra brannvesenet i Nedre Romerike, Nordre Follo, Søndre Follo og Asker og Bærum.

I minuttene etter eksplosjonen mottok Oslo-politiets operasjonssentral (112) svært mange henvendelser fra publikum om det som først ble oppfattet som flere eksplosjoner på ulike steder i Oslo sentrum. Etter hvert ble det likevel klart at alle meldingene gjaldt samme hendelse, nemlig bilbomben i regjeringskvartalet. Ett unntak fra dette var en arbeidsulykke og gasseksplasjon i en bygning i Stortingsgaten 14 kl. 15.39.

Det gikk svært kort tid fra bomben

eksploverte i regjeringskvartalet til

ambulanspersonell var på plass.

Triageringen ble meget godt utført, og

var helt avgjørende for den videre

innsatsen.

Allerede kl. 15.26, det vil si bare ett minutt etter eksplosjonen, mottok Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Oslo og Akershus (AMK OA) ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, den første henvendelsen fra publikum om eksplosjonen. I minuttene som fulgte, mottok AMK totalt 80 henvendelser til medisinsk nødtelefon 113 om hendelsen i regjeringskvartalet. Av kapasitetmessige årsaker klarte man bare å besvare cirka halvparten av disse. AMK dirigerte umiddelbart 10 akuttambulanser, en legebil, en motorsykkellambulans og operativ leder for ambulansetjenesten i Oslo og Akershus til regjeringskvartalet. I det følgende ble det også sendt ytterligere ambulanser og legeressurser fra Oslo og Akershus-området. Parallelt med dette varslet man sykehusene i Oslo-regionen og anmodet om bistand fra blant annet ambulansetjenesten i Buskerud (Vestre Viken HF), Hedmark/Oppland (Sykehuset Innlandet HF) og Østfold (Sykehuset Østfold HF).

Kort tid etter eksplosjonen i regjeringskvartalet svikket AMK-sentralens medisinske informasjonssystem (AMIS). Dette medførte bl.a. at ambulansene ikke fikk tilsendt oppdrag digitalt fra AMK, og at man ikke fikk mulighet til å registrere innkomne telefon-samtaler og ambulanseressursenes posisjoner elektronisk på et kart. Det samme gjaldt statusmeldinger fra ambulansene og dokumentasjon av handlinger og tidspunkt for disse.

2.1.2 Hovedmomenter fra helseinnsatsen i regjeringskvartalet

Det er registrert 8 døde etter eksplosjonen. Samtlige av disse ble vurdert som døde på skadestedet.

Det er registrert ca. 100 skadde, hvorav 10 ble vurdert som så alvorlig skadd at de ble brakt direkte til traumesenteret ved Oslo universitetssykehus, Ullevål (OUS, Ullevål) i ambulans. Øvrige skadde ble brakt til Oslo kommunale legevakt / Skadelegevakten i Storgaten 40 i ambulanser og en ordinær rutebuss, som ble rekvirert av skadestedsledelsen.

Første ambulans- og legeressurs (operativ leder og legebil med ambulanspersonell) var på skadestedet allerede etter 3 minutter. Disse tok på seg rollen som fagleder helse (legen) og operativ leder helse (ambulanspersonellet) og etablerte en initial samleplass ved Høyesteretts plass i samarbeid med de øvrige nødetatene.

Funksjonen som fagleder helse ble overtatt av luftambulanslegen under aksjonen. Luftambulanslegen hadde direkte kontakt med traumeleder ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, på mobiltelefon.

Store ambulans- og helseressurser var raskt på skadestedet; det gikk 26 minutter fra bomben detonerte til man hadde 41 enheter tilgjengelig.

Første pasient ankom traumesenteret etter 26 minutter. 7 av 10 alvorlig skadde pasienter ankom traumesenteret innen 45 minutter etter eksplosjonen. De tre siste pasientene ankom traumesenteret hhv. 1 time og 15 min, 1 time og 39 minutter og 1 time og 50 minutter etter eksplosjonen.

Oslo kommunale legevakt og Skadelegevakten mottok og behandlet i alt 69 skadde fra regjeringskvartalet. 2 av disse pasientene ble senere overført til OUS, Aker for videre observasjon/behandling.

Diakonhjemmet sykehus mottok 2 pasienter fra regjeringskvartalet. Begge disse pasientene ble behandlet poliklinisk.

Legebil fra Lørenskog-basen transporterte 4 sittende pasienter til legevakten ved Bærum sykehus. Ingen av disse pasientene ble innlagt på sykehuset.

Redningsaksjonen ble trappet ned kl. 17.00, det vil si etter 1 time og 35 minutter.

2.1.3 Oslo kommunale legevakt og skadepoliklinikk ved Oslo universitetssykehus

Oslo kommune har et stort døgnbemannet legevaktsmottak sentralt plassert i Storgaten 40, noen få hundre meter fra episentret for eksplosjonen i regjeringskvartalet. I tillegg finnes det to mindre mottak andre steder i byen. Legevakten avlaster fastlegene med hensyn til øyeblikkelig hjelp også i fastlegenes kontortid. Legevakten i Storgaten er bemannet med stor bredde i kompetansen. Her

har kommunen både allmennlegevakt og sosial og ambulant akuttjeneste; og Oslo universitetssykehus har både en psykiatrisk legevakt og en skadepoliklinikk knyttet til ortopedisk avdeling. På skadepoliklinikken håndteres skader som ikke nødvendigvis krever innleggelse på sykehus, men som kan håndteres bedre av spesialisthelsetjenesten enn av en allmennlegebasert kommunal tjeneste. Den kommunale legevakten og skadepoliklinikken har felles ventetrom og administrasjon og fremstår utad som en integrert tjeneste.

Legevakten mottok den første pasienten allerede omtrent fem minutter etter eksplosjonen. Rundt kl. 15.50 ankom et stort antall pasienter samtidig i en rutebuss som var rekvirert av skadestedsledelsen. (D118). Mange andre kom også til legevakten på egne bein eller med ordinære transportmidler. Legevakten greide på kort tid å øke bemanningen, og i løpet av et par timer hadde alle pasientene blitt tatt hånd om, delvis på skadepoliklinikken og delvis på allmennlegevakten. Ledelsen ved legevakten gir uttrykk for at triageringen på skadestedet holdt meget høy kvalitet, ettersom skadelegevakten bare fant det nødvendig å sende to pasienter videre til sykehus (Aker). Det krevde mer inngående undersøkelse enn triagering på skadestedet for å kunne fastslå behovet for sykehusbehandling (M4).

Den raske oppbemanningen av legevakten var mulig ettersom hendelsen skjedde på et gunstig tidspunkt i forhold til vaktskifte, slik at avgående skift kunne holdes igjen. I tillegg meldte ytterligere personell seg selv til tjeneste etter å ha blitt kjent med hendelsen via media. Legevaktsledelsen oppfatter at kapasiteten ikke var presset utover det man håndterer en travel lørdag kveld, selv om svært mange skadepasienter ankom i løpet av uvanlig kort tid. Bare til skadepoliklinikken ankom det 64 pasienter i løpet av to timer. Dette førte blant annet til at man etter å ha behandlet 25 personer måtte lete opp mer materiell for behandling av sårskader (suturett).

De fleste pasientene hadde lettere sårskader, mange med behov for sutur. Det var noen sene- og nerveskader og slagskader, men ingen brudd. Etter de første to timene kom ytterligere et mindre antall personer fordelt utover kvelden. Befolkningen for øvrig reagerte på hendelsen ved å ikke oppsøke legevakten i like stor grad som vanlig denne dagen (M4, D108, D116).

Behandling på legevakt

Oslo legevakt håndterte et uvanlig stort antall skadde pasienter på kort tid. Dette ble godt håndtert gjennom høy mobilisering, effektive arbeidsrutiner og god arbeidsfordeling mellom allmennlegevakt og skadepoliklinikk.

Dato	Fra regjeringskvartalet		Fra Utøya		Totalt
	Allmenn	Skade	Allmenn	Skade	
22/7	112	69	2	2	185
23/7	6	3	2	1	12
24/7		3	1	2	6
25/7		5			5
Totalt	118	80	5	5	208

Figur 3: Behandling på legevakt

2.1.4 ANDRE SIDER VED OSLO KOMMUNES INNSATS

Kommunen satte raskt krisestab og handlet i samsvar med beredskapsplanene sine. Det var fra tidlig tidspunkt en hektisk og omfattende aktivitet med varsling av ledere/personell og planlegging av helseoppfølging i bydelene, tilstedeværelse i senter for berørte etablert av AUF i Folkets hus, og planlegging av seremonielle markeringer av hendelsene. De befolkningsrettede markeringene fortjener en egen omtale og må antas å ha hatt betydning også i et folkehelseperspektiv. Helsemyndighetene anser imidlertid ikke dette som sin oppgave, ettersom markeringene ikke primært var helsetiltak.

Det bør nevnes spesielt at eksplosjonen skapte hindringer for hjemmesykepleien, ettersom sju brukere bodde innenfor det avsperrede området rundt regjeringskvartalet. Disse fikk likevel etter det Helsemyndighetene forstår den mest nødvendige hjelpen. Etter dialog med kommunen flyttet politiet sperringene i løpet av 23. juli, slik at normal tilgang på hjemmetjenester raskt ble gjenopprettet.

Oslo kommune hadde en særlig viktig rolle i oppfølgingen av de som befant seg nær eksplosjonen, men ikke var ansatt i sentralforvaltningen. Dette var både forbipasserende og personell og kunder mv. i butikker og bedrifter i nabolaget. Bydel St. Hanshaugen skaffet på vegne av kommunen en oversikt over 70 personer i disse kategoriene og distribuerte navnene til rett bydel/bostedskommune, slik at disse personene kunne bli kontaktet av lokal helsetjeneste. Det er uklart om denne listen var komplett.

Enkelte av kommunens egne virksomheter ble i noen grad rammet av eksplosjonen. Det dreier seg blant annet om Brann- og redningsetaten, Beredskapsenheten, Overformynderiet og Helse- og sosialombudet. Ansatte her har fått oppfølging av de aktuelle bedriftshelsetjenestene.

Både Oslo-innbyggere rammet av bomben, og innbyggere som ble rammet av skytingen på Utøya, er kontaktet og fulgt opp av bydelene. Totalt dreier

dette seg om ca. 200 personer. Oslo legevakt har gitt bydelene råd om den videre oppfølgingen lokalt. Kommunen sentralt har inntrykk av at rutineene for kontakt og "purring" overfor de rammede har vært likt og lojalt gjennomført i bydelene. Imidlertid anes en noe ulik terskel for å henvise til videre behandling ved Distriktspsykiatriske senter (DPS) eller Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) (M21, D33). Se ellers omtale av den psykososiale oppfølgingen i eget kapittel.

2.1.5 VURDERING AV HELSEINNSATSEN I REGJERINGSKVARTALET

Varsling og utkalling av helseressurser

Basert på hendelsesforløpet slik det er skissert over, finner Helsemyndighetene at AMK Oslo og Akershus i hovedsak ivaretok funksjonen de har når det gjelder varsling og utkalling av helseressurser. Dette gjelder både på operativt og taktisk og strategisk nivå. Samtidig registrerer vi at AMK ikke foretok varsling eller utkalling av luftambulansseavdelingen på Lørenskog og vakthavende AMK-lege. Helseekspressen, som senere samme dag ble en viktig ressurs i forbindelse med Utøya-hendelsen, inngikk ikke i AMK-sentralens varslingsrutiner og ble heller ikke varslet initialt. Diakonhjemmet sykehus og Oslo Skadelegevakt ble heller ikke varslet om hendelsen av AMK.

Sikring av skadestedet

Etter eksplosjonen i regjeringskvartalet var politi og brannvesen raskt på stedet. Det ble tidlig klart at det måtte dreie seg om en terroraksjon og ikke en ulykke. Det forelå derfor en usikkerhet både rundt spørsmålet om det kunne være flere bomber, og om skadestedet kunne være forurenset av for eksempel gass eller radioaktivt materiale (såkalt skitne bomber).

Mannskaper fra politiet og brann- og redningsetaten foretok målinger av gass og radioaktivt materiale etter at de ankom skadestedet.

Evakuering av pasienter

Som hovedregel gjøres evakuering av pasienter fra usikre skadesteder av brannvesen og/eller politi. Ved denne hendelsen deltok også politiets beredskapstropp aktivt i å evakuere pasienter fra bygningsmassene.

Traumatiske skader er ofte assosiert med blødninger som kan være livstruende. Med unntak av blødninger fra ekstremitetsskader som vanligvis enkelt kan stanses ved hjelp av trykkbandasjer eller avsnøringer (tourniquet), vil tiden fra skadetidspunkt til mottak på sykehusavdeling med skadekirurgisk kompetanse være avgjørende for utfallet ved alvorlige blødningstilstander.

Innsatsen ved regjeringskvartalet

- 1 Høyesteretts plass, samle plass 1
- 2 Youngstorget, samle plass 2
- 3 Oslo kommunale legevakt/OUS skadepoliklinikk
- 4 OUS, Ullevål

Foto: norgebilder.no



De fleste pasientene fra regjeringskvartalet ble raskt evakuert og sendt til sykehus i ambulanse. Tre alvorlig skadde pasienter ankom imidlertid sykehus først etter henholdsvis 1 time og 15 min, 1 time og 39 min og 1 time og 50 min etter eksplosjonen. Sett hen til kort transporttid (maks. 5 min) og at det i situasjonen var tilnærmet ubegrenset med helsepersonell- og transportressurser (ambulanser), er det grunn til å tro at dette i hovedsak skyldtes det at det tok tid å søke etter og evakuere skadde fra bygningsmassene.

Skadestedet i regjeringskvartalet omfattet flere større bygninger og var lite oversiktlig og vanskelig tilgjengelig for søk etter skadde på grunn av sammenrast inventar. Etter noe tid fikk brannvesenet bistand fra politiet til å gjennomføre søk etter skadde i bygningsmassen. Søket i høyblokka, som var et av de hardest rammede byggene, startet først kl. 16.21, det vi si nesten en time etter at bomben ble utløst.

Involvert ambulanse- og luftambulanssepersonell har opplyst at helsepersonell observerte at brannvesenet bar ut enkelte døde fra bygningsmassene, og derfor tilbød seg å bistå brannvesenet med prioritering av skadde/døde. En luftambulansselege og en redningsmann ikledde seg verneutstyr og bisto brannmannskapene under søket etter skadde og overlevende i R4.

I slike situasjoner er det svært viktig at redningsressursene fordeler oppgaver på en slik måte at redningsinnsatsen blir mest mulig effektiv og samtidig tilstrekkelig sikker for innsatspersonellet.

Slik vi tolker situasjonen på skadestedet etter kl. 15.51, var det betydelige helseressurser på plass i regjeringskvartalet (41 enheter). Etter at skadestedet var blitt klarert med hensyn til andre bomber, eventuell gass og radioaktivitet, var det med unntak av brannen i R4 ingen andre forhold som tilsa at helsepersonell med nødvendig verneutstyr (hjelmer, støvmaske, ambulansedress, arbeidshansker og egnet fottøy) ikke kunne bevege seg inne i bygningsmassen. Etter vår vurdering kunne derfor ambulanssepersonell ha bistått brannvesen og politi med å vurdere, evakuere og bære ut skadde på et noe tidligere tidspunkt.

Livreddende førstehjelpstiltak / stabiliserende prehospitale behandlingstiltak

Med livreddende førstehjelpstiltak mener vi her å sikre frie luftveier hos bevisstløse, stanse større livstruende blødninger osv.

Helsemyndighetene har ikke detaljerte opplysninger om hva som ble gjort av livreddende førstehjelpstiltak eller stabiliserende behandlingstiltak på skadestedet. Vi legger imidlertid til grunn at godt kvalifisert ambulanssepersonell og leger fra Oslo

universitetssykehus var tilgjengelig tidlig, og etter hvert også personell fra luftambulansetjenesten. Vi anser det derfor som overveiende sannsynlig at det ble iverksatt nødvendige livreddende førstehjelps-tiltak på de pasientene som ble evakuert fra skadestedet og bygningsmassene.

Med stabiliserende prehospital behandlingstiltak menes bl.a. smertelindring, intravenøs væsketilførsel, oksygenbehandling, etablering av permanent frie luftveier (intubasjon), evakuering av pneumothoraks/hemothoraks mv.

Helsedirektoratet har ikke gjennomgått pasientjournaler med henblikk på å vurdere den medisinske behandlingen som ble gitt. Vi har imidlertid følgende refleksjoner rundt iverksatte behandlingstiltak:

Regjeringskvartalet i Oslo ligger ca. 3 km sør for Oslo universitetssykehus, Ullevål (OUS, Ullevål), som fungerer som regionalt traumesenter. Kjøretiden med ambulanse fra regjeringskvartalet til OUS, Ullevål er trolig mindre enn 5 minutter. At transporttiden fra skadested til sykehus var svært kort, begrenset behovet for stabiliserende behandlingstiltak prehospitalt. Med den medisinske kompetansen som var til stede på skadestedet, anser vi det som sannsynlig at nødvendige stabiliserende behandlingstiltak ble igangsatt før og under transport til sykehus.

Triage/beslutning om transport til adekvat behandlingsnivå

Med triage menes her at man vurderer pasientens tilstand og vurderer hastegraden både når det gjelder livreddende førstehjelps-tiltak og stabiliserende behandling, men også når det gjelder transport til adekvat behandlingsnivå, det vil si sykehus eller lege. Basert på skadetyper, for eksempel hodeskade og skader i brysthulen, er det viktig at den som triagerer pasienter på skadestedet, også vurderer hvilket sykehus som har kompetanse til å behandle ulike skader – både med henblikk på initial stabiliserende behandling og endelig behandling.

OUS, Ullevål er både lokalsykehus for store deler av Oslo og traumesenter i Helse Sør Øst, og har

i tillegg nasjonale funksjoner som traumesenter. Sykehuset har kompetanse til å foreta både stabiliserende og endelig kirurgisk behandling av de fleste skader, herunder hodeskader og skader i kar og brysthule (thorax).

Det var tidlig tilnærmet ubegrenset med transportressurser tilgjengelig i regjeringskvartalet. Etter kort tid var nesten 40 ambulanser tilgjengelig og transporttiden til sykehus var på mindre enn 5 minutter. OUS, Ullevåls mottaks- og behandlingsskapasitet for traumepasienter var først begrenset, men etter relativt kort tid hadde man kapasitet til å ta imot et større antall pasienter. Dette muliggjør rask transport av alle pasienter med skader til OUS, Ullevål uten hensyntagen til kapasitet verken i transport- eller behandlingsleddet.

Vi har følgende bemerkninger til den triageringen som ble foretatt på skadestedet:

Ingen pasienter fra regjeringskvartalet døde under transport eller etter at de ankom OUS, Ullevål. Bare 2 pasienter ble overflyttet til sykehus etter at de initialt hadde blitt vurdert ved legevakten. Dette viser at det ikke ble foretatt noen vesentlig undertriagering, det vil si feilvurdering av pasienter som enten skulle ha blitt brakt raskere til traumesenter eller brakt direkte til sykehus i stedet for til legevakt.

Fra traumeledelsen ved OUS er det i møte den 31. januar 2012 opplyst at 3 av 10 pasienter kunne vært behandlet ved et annet og mindre spesialisert sykehus. Dette understøttes også av de dataene Helsedirektoratet har mottatt om omfanget av pasientenes skader og hvor alvorlige de var. Vi anser likevel beslutningen om å bringe alle de 10 skadde pasientene fra regjeringskvartalet til OUS, Ullevål som hensiktsmessig, ut fra en vurdering om at sykehuset hadde nødvendig behandlingsskapasitet. Ved et betydelig større antall skadde, ville det likevel ha vært nødvendig å vurdere om pasienter med mindre alvorlige skader skulle ha vært brakt til et annet og mindre spesialisert sykehus enn traumesenteret ved OUS, Ullevål. Vi viser i den sammenheng til diskusjonen om dette under overskriften Triage av pasienter ved større ulykker.

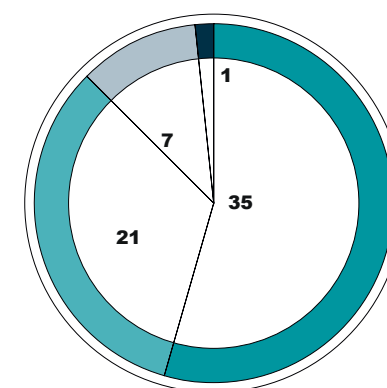
2.2 HELSEINNSATSEN PÅ OG VED UTØYA

2.2.1 Hovedmomenter fra hendelsesforløpet og helseinnsatsen ved Utøya

Helsedirektoratet legger til grunn at gjerningsmannen ankom Utøya ca. kl. 17.08, og at skytingen startet kort tid etter dette, det vil si ca. kl. 17.10, og ble avsluttet etter at han ble anholdt av politiet kl. 18.33. Vi anser derfor at skuddskadene ble påført i løpet av en periode på ca. 1 ½ time.

Det er registrert til sammen 69 døde etter skytingen på Utøya. 68 av disse ble erklært døde på Utøya. En person døde senere på sykehus.

De involverte sykehusene har rapportert om 65 skadde pasienter fra Utøya:



Antall skadde

Fordeling av pasienter på de ulike sykehusene

	Vestre Viken / Ringerike sykehus
	OUS / Ullevål sykehus
	Vestre Viken / Bærum sykehus
	Vestre Viken / Drammen sykehus

Figur 4

Vestre Viken, Ringerike sykehus:	35
OUS, Ullevål:	21
Vestre Viken, Bærum sykehus:	7
Vestre Viken, Drammen sykehus:	1

(I tillegg oppsøkte en person selv Drammen sykehus, men ble ikke innlagt)

Basert på opplysninger om at 7 pasienter fra Ringerike sykehus, og én pasient fra Drammen sykehus og én fra Bærum sykehus, ble overflyttet til OUS, legger vi til grunn at det samlede antallet pasienter fra Utøya som ble behandlet/vurdert ved sykehus, var 56. I tillegg til pasientene som ble brakt til

sykehus, ble et ukjent antall pasienter behandlet av primærhelsetjenesten, bl.a. ved legevakten som ble etablert på Sundvolden hotell.

Første melding om skyting på Utøya er registrert kl. 17.24 og ble mottatt av AMK-Buskerud (AMK-B) og politiet i Søndre Buskerud politidistrikt. Fra kl. 17.26 er det rapportert om stor og vedvarende pågang av henvendelser til politiets nødnummer 112. En feil hos en mobiloperatør medførte at flere anrop til politiets nødtelefon 112 fra Utøya ble rutet til Søndre Buskerud politidistrikts operasjonssentral i Drammen i stedet for til Nordre Buskerud politidistrikts operasjonssentral på Hønefoss. AMK-Buskerud registrerte 72 besvarte anrop til medisinsk nødnummer 113 i løpet av de første 34 minuttene. På grunn av begrenset linjekapasitet og manglende system for registrering av anrop til 113 er det ikke mulig å fastslå hvor mange anrop som ikke ble besvart.

Da den første meldingen om skyting på Utøya ble mottatt kl. 17.24, var AMK-Buskerud bemannet med 4 operatører. Etter kort tid ble sentralen oppbe-mannet til 5 operatører, og etter noe tid ble antallet operatører økt til 8. I tillegg innkalte man teknisk ekspertise.

Første ambulanse ble utkalt kl. 17.26 og ankom området ved Utøya kl. 17.33. Ambulansen måtte vente med å kjøre frem til Utvika kai (fergeleiet på landsiden) på grunn av manglende klarering av området fra politiet. AMK-Buskerud varslet Ringerike interkommunale legevakt om hendelsen på Utøya etter 10 minutter. Legevaktslege rykket ut i egen legebil.

Kl. 18.00, det vil si etter ca. 35 minutter, var minst to ambulanser, legevaktslege fra Ringerike interkommunale legevakt og politienhet fra Nordre Buskerud politidistrikt fremme ved Utvika kai, som ble definert som samleplass 1. Fra dette tidspunktet ankom det fortløpende ungdommer fra Utøya, enten svømmende eller fraktet over i private båter.

Politiet ga først beskjed til AMK om at oppmøtestedet for ambulanser skulle være Utvika kai. Etter kort tid besluttet politiet å flytte oppmøtestedet til hovedveien på oversiden av Utvika kai på grunn av nedslag av prosjektiler fra gjerningsmannens våpen i vannet nær brygga. Etter noe tid ble Utvika kai klarert av politiet. Adkomsten til fergeleiet var svært trang og skapte utfordringer mht. å få etablert et effektivt evakueringssystem med bruk av ambulanseskontrollpunkt. Det ble også opprettet flere evakueringspunkter fordi sivile båter kom i land med skadde på flere steder, herunder Utvika camping, som ligger noen hundre meter nord for Utvika kai.

Fra kl. 18.22 ventet 4 ambulanshelikoptre ved Sollihøgda på klarering til å fly til Storøya/Elstan-

Kl. 17.45 ble sykehusene i Vestre Viken HF satt i katastrofeberedskap etter varsling fra AMK Buskerud om skyting på Utøya. Drammen sykehus var på dette tidspunktet allerede i beredskap etter hendelsen i Oslo.

Anbefalinger

AMK-sentralenes rutiner for varsling av akuttmedisinske ressurser ved ekstraordinære hendelser og kriser må gjennomgås.

– Vakthavende AMK-lege skal rutinemessig varsles ved større hendelser. Dersom vakthavende AMK-lege har andre beredskaps- eller vaktfunksjoner, må det etableres rutiner for bakvakt/ stedfortreder.

gen, som ble definert som helikopterlandingsplass og senere samlingsplass 2. Pasientene ble fraktet fra Utvika kai til helikopterlandingsplassen ved Storøya/Elstangen i bilambulanse.

Ca. kl. 18.45 ankom 6 team med leger og sykepleiere/ambulanspersonell til Utvika kai. Frem til kl. 19.00 ankom det ca. 25 personer til Utvika kai, hvorav ca. 10 med meget alvorlige skader.

Da det ble klart at meldingene om skyting på Utøya

var så alvorlige at store deler av de tilgjengelige

utrykningsressurser burde styres til Utøya, var

bil- og luftambulansetjenestens respons massiv.

Funksjonen som fagleder helse ble ikke etablert ved samle plass 1 ved Utvika kai. Dette skyldes først og fremst at det i løpet av kort tid ankom mange alvorlig skadde pasienter fra Utøya, og at man derfor ikke hadde ressurser til å ivareta funksjonen som fagleder helse. Funksjonen som operativ leder helse ble ivaretatt av ambulanspersonell fra Vestre Viken HF.

Initialt oppsto det en misforståelse om at pasienter skulle bringes til Sundvolden hotell for sekundær triage/helikoptertransport. Minst én ambulanse med to pasienter måtte kjøre tilbake fra Sundvolden hotell til Elstangen, hvor pasientene ble tatt om bord i ambulanshelikopter og fløyet til OUS.

Første ambulanshelikopter landet på Storøya/Elstangen kl. 19.03. Kl. 19.15 var det til sammen 4 ambulanshelikoptre tilgjengelig på Storøya/Elstangen.

Ca. kl. 19.30 ga politiet ordre om å evakuere samle plass 1 ved Utvika kai, ut i fra en vurdering av at gjerningsmannens bil kunne inneholde sprengemidler. Samleplassen ble evakuert ca. kl. 19.45 og mottak av pasienter skjedde etter dette på samle plass 2 ved Storøya/Elstangen.

Ved samle plass 2 ved Storøya/Elstangen ble det etablert flere team med leger og sykepleiere/ambulanspersonell, som fortløpende mottok, triagerte og behandlet pasienter som ankom i båter fra Utøya. Det ble ikke offisielt oppnevnt fagleder helse ved samle plass 2, men funksjonen som fagleder helse ble ivaretatt av luftambulanslege.

Første pasient fra Utøya ankom OUS kl. 19.57, det vil si mellom 1 ½ og 3 timer etter antatt skadetidspunkt. Siste pasient ble transportert fra Utøya kl. 20.39, det vil si ca. 2 timer etter at gjerningsmannen var anholdt. Pasienten ankom OUS kl. 21.49, det vil si 1 time og 10 minutter etter evakuering fra Utøya og mellom 3 og 4 ½ timer etter antatt skadetidspunkt. Første pasient ankom Ringerike sykehus kl. 19.21, det vil si mellom 1 og 2 ½ timer etter antatt skadetidspunkt. Siste pasient ankom kl. 21.05, det vil si mellom 2 ½ og 4 timer etter antatt skadetidspunkt. Under perioden fra kl. 19.20 til 21.05 mottok sykehusene i alt 47 pasienter, hvorav 35 pasienter ble mottatt ved Vestre Viken, Ringerike sykehus, OUS, 10 pasienter til OUS – Ullevål, 1 pasient til Drammen sykehus, og 1 pasient til Bærum sykehus. I løpet av en periode på 9 minutter (20.16–20.25) mottok Ringerike sykehus i alt 7 pasienter, hvorav 5 senere ble overflyttet til OUS for videre behandling. Årsaken til at disse pasientene ble sendt til Ringerike i stedet for til OUS, er diskutert senere i dette kapitlet. En av pasientene som først ble brakt til Bærum sykehus i bilambulanse, ble senere overflyttet først til OUS, Rikshospitalet og deretter til OUS, Ullevål.

Totalt ble 16 pasienter fra Utøya fløyet til sykehus med ambulanshelikopter, hvorav 12 ble fløyet direkte fra Storøya/Elstangen. 4 ble overført fra andre sykehus etter initial stabilisering. 10 av pasientene fra Utøya ble transportert direkte til OUS, Ullevål med legebemannet ambulanshelikopter. En pasient ble fløyet til Drammen sykehus, ut fra luftambulanslegen vurdering av at sykehuset var kvalifisert til å behandle de aktuelle skadene. Øvrige pasienter ble brakt til sykehus i bilambulanse. Gjennomsnittlig flytid fra Storøya til traumemottaket ved OUS, Ullevål var mellom 15 og 20 minutter. Dette er noe mer enn normalt, men skyldes dårlige værforhold og et stort antall flybevegelser. Med inn- og utlasting brukte ambulanshelikoptrene i gjennomsnitt ca. 30 min på hver transport til sykehuset. Hver pasienttransport medførte derfor at den aktuelle ambulanshelikopterressursen var opptatt/fraværende i ca. 1 time.

Transportavstand med ambulanse fra Storøya/Elstangen til Ringerike sykehus er ca. 15 km. Transporttid med ambulanse på utrykning er beregnet til ca. 10 minutter. Transportavstand med ambulanse fra Elstangen ved Storøya til OUS, Ullevål er ca. 42 km. Transporttid med ambulanse på utrykning er beregnet til mellom 20 og 30 minutter.

Med unntak av den initiale fasen finnes det ingen indikasjoner på manglende bilambulanseresurser under aksjonen på Utøya. I løpet av perioden 20.14 til 20.20 var det ingen ledige ordinære ambulanshelikopterressurser på Storøya. Kort tid senere ankom imidlertid tre ambulanshelikopter-

ressurser til (kl. 20.20, 20.24 og 20.27). Fra 20.27 var det minst 3 ambulanshelikoptre ledige på Storøya.

2.2.2 Den somatiske helseinnsatsen til Hole og Ringerike kommuner

Ringerike interkommunale legevakt er lokalisert på Ringerike sykehus. Legevakten dekker seks kommuner, deriblant Ringerike og Hole. Kommuneoverlegen i Ringerike er legevaktsjef. Legevakten varslet Ringerike kommunes kriseteam kl. 16 på grunn av bomben i regjeringskvartalet. Man visste da at det på Utøya befant seg pårørende av de rammede. Kriseteamet var dermed allerede i beredskap da AMK Buskerud varslet legevakten om skytingen på Utøya. Legevaktsbil ble sendt av gårde umiddelbart, og i løpet av ca. femten minutter var legevaktsjefen varslet, ekstra personell innkalt, rådmennene i både Hole og Ringerike varslet, nevnte kriseteam aktivert og til sist kommuneoverlegen i Hole varslet. Han varslet Holes kriseteam og etablerte seg på Esso-stasjonen nær Sundvolden hotell rundt klokka 18. Ganske umiddelbart ankom de første overlevende ungdommene

til Esso-stasjonen. Kommuneoverlegen fikk kontakt med politiet, som tilskrev ham rollen som fagleder helse.

Ringerike kommune klargjorde Ringerike hotell på Hønefoss som senter for berørte kort etter kl. 18.00. Ca. kl. 18.15 rekvirerte kommuneoverlegen i Hole Sundvolden hotell som samlingsplass for overlevende og pårørendesenter. En del pårørende ventet midlertidig på Sollihøgda kafé, som også var blitt rekvirert. Sollihøgda kafé ligger flere kilometer i motsatt retning av Sundvolden, sett fra Utvika kai. Ringerike hotell ble avviklet som senter for berørte ca. kl. 19.15 etter at de to kommuneoverlegene hadde hatt en telefonsamtale. Etableringen av Ringerike hotell på Hønefoss som senter for berørte må ses i sammenheng med varsel fra politiet om at 6–8 ungdommer var på vei til hotellet der.

Rundt kl. 18.30 ankom kriseteammedlemmer fra Hole kommune til Sundvolden hotell, og teamet ble raskt operativt med registrering av overlevende. Samtidig ble en pårørendetelefon etablert, først bemannet av hotellet. Ressursene fra kriseteamet i Ringerike kommune ankom en times tid senere og

Innsatsen ved Utøya

- 1 Sollihøgda, oppmarsjsted ambulanser
- 2 Oppmarsjsted ambulanser 2
- 3 Utvika kai, samle plass 1
- 4 Utvika camping
- 5 Storøya/Elstangen, samle plass 2

Foto: norgebilder.no



tok over driften av pårørendetelefonen. Omtrent samtidig ankom et team fra sivilforsvaret. Disse bisto i registreringsarbeidet, blant annet med å omdanne håndskrevne lapper til elektroniske navnelister.

Legevaktspersonell deltok i helseinnsatsen på samle plassene ved Utvika kai og på Elstangen, i samarbeid med de ulike personellgruppene fra spesialisthelsetjenesten. På et ukjent tidspunkt begynte legevaktspersonell og helsepersonell som var ankommet med ambulanser, herunder leger tilhørende luftambulansetjenesten, å bevege seg ned på Utvika kai uten at politiet hadde gitt grønt lys for dette. Årsaken var at helsepersonell opplevde det som svært vanskelig å være vitne til at ungdom med behandlingsbehov kom i land uten å kunne hjelpe dem. Innsatsen her ble i liten grad ledet.

Legevaktspersonell på Elstangen deltok i arbeidet med sekundær triagering av ungdommer som ikke skulle sendes til sykehus. Ungdommene ble deretter sendt til Sundvolden. Inntrykket vårt er at det ble etablert god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og lederen for den kommunale helseinnsatsen på Sundvolden, som altså var den personen politiet hadde pekt ut som fagleder. Allerede på det tidspunkt kommuneoverlegen ble utpekt som Fagleder helse var det klart at det ville bli behov for helseinnsats på Utvika kai (samle plass 1). Det hadde vært en fordel med en triageringsleder/Fagleder helse på samle plass 1 som blant annet kunne kommunisere med Fagleder helse på Sundvolden. Luftambulansелеgen som tok ledelsen på samle plass 2 og den formelt utnevnte Fagleder helse ivaretok begge svært viktige deler av lederansvaret, uavhengig av formaliteter og begrepsbruk om roller.

Mange overlevende kom i land på Utvika camping, som ligger mellom de to samle plassene på Utøya kai og Elstangen. Her fikk de hjelp av campingeieren, andre frivillige og helsepersonell til å komme seg videre, både direkte til Sundvolden og via de to samle plassene. Det ble ikke gitt helsehjelp eller foretatt triagering på campingen.

Legevaktssjefen befant seg lenge på Ringerike sykehus, og hadde møte med sykehusledelsen før pasienttilstrømmingen startet. Pasientene som ankom sykehuset ble likevel sluset utenom legevakten. Kort tid etter at de første pasientene ankom, ble sykehusområdet stengt for publikum og vakthold etablert i sykehusets egen regi. Dette ble praktisert slik at sykehuset fortsatte å ta imot pasienter, mens legevakten stengte. Legevaktens mannskaper ble fra ca. kl. 20.00 hovedsakelig benyttet på Sundvolden i stedet.

Overfor andre pasienter benyttet legevakten en kombinasjon av hjemmebesøk og mottak på sykehjem, og tok også imot noen på en bensinstasjon i nærheten av sykehuset. Overfor ungdommene som kom fra Utøya, ble de første konsultasjonene gjennomført på bensinstasjonen ved Sundvolden og deretter på hotellet. Legevakten behandlet også noen pårørende og hjelpepersonell. Legevaksarbeidet på Sundvolden handlet for en stor del om sårstell, supplering av faste medisiner som var gått tapt, og psykososial førstehjelp.

En ulempe ved denne virksomheten utenfor ordinære lokaler var at det skapte problemer med hensyn til dokumentasjonen av behandlingen. Ikke all behandling ble registrert, men anslagsvis 50 pasienter fikk somatisk helsehjelp på Sundvolden den første kvelden og natta. Antallet samtaler der det ble gitt psykososial førstehjelp fra personell knyttet til legevakten, er ukjent. I løpet av 24.juli fikk man levert et forenklet journalprogram, som ble som ble brukt til å føre en egen database over legevaksaktiviteten på Sundvolden. Slik ble det mulig å føre inn opplysninger fra håndskrevne ark uten at mangelfull informasjon ved for eksempel fødselsdato hindret registrering (M15, M34, D95, D112, D113, D119).

De to kommunene mobiliserte en rekke tekniske og administrative støttefunksjoner som vi ikke beskriver nærmere av hensyn til denne rapportens formål. Den frivillige innsatsen – organisert som uorganisert – er nærmere omtalt under kapittel om det psykososiale arbeidet. Her kan vi kort nevne at AUF selv var en svært viktig ressurs i arbeidet med å registrere overlevende og gi informasjon til disse, samt at det først og fremst var AUF som hjalp medlemmene sine med å få reist hjem fra det tidspunktet politiet ønsket at de overlevende skulle forlate Sundvolden (M25).

2.2.3 Vurdering av helseinnsatsen under aksjonen på og ved Utøya

Varsling og utkalling av helse- og redningsressurser

Helsedirektoratet legger til grunn at AMK Buskerud, bl.a. som følge av samlokalisering med Vesterviken brann (110) og Søndre Buskerud politidistrikt (112) i politihuset i Drammen, sikret nødvendig varsling av øvrige nødetater (trippelvarsling).

AMK Buskerud iverksatte utkalling av tilgjengelige lokale ambulanseressurser og anmodet om bistand fra AMK Oslo og Akershus (AMK OA) om ytterligere ambulanseressurser. Etter dialog mellom AMK OA og AMK Buskerud ble det avgitt betydelige ambulanseressurser fra OUS, Sykehu-

set Innlandet og Sykehuset Østfold som på dette tidspunktet befant seg i Oslo etter eksplosjonen i regjeringskvartalet.

Ambulanseressursene som var tilgjengelige under aksjonen på Utøya, overskred transportbehovet. Dette tilskrives i noen grad at så vidt store ressurser var tilgjengelige etter bombeeksplosjonen i regjeringskvartalet.

AMK Buskerud varslet lokal legevakt, Ringerike interkommunale legevakt, etter 10 minutter. Legevaktsslege ble raskt sendt ut mot Utøya.

Kl. 17.45 ble sykehusene i Vestre Viken HF satt i katastrofeberedskap etter varsling fra AMK Buskerud. Drammen sykehus var på dette tidspunktet allerede i beredskap etter hendelsen i Oslo.

AMK Buskerud varslet ambulanshelikopteret fra Ål kl. 17.50 og fikk også bistand fra ambulanshelikopter 1-1 og 1-2 fra Lørenskog samt flere luftambulanselager fra regjeringskvartalet i Oslo. Øvrige ambulanshelikoptere fra Arendal, Dombås og Stavanger tok selv initiativ til å bistå i aksjonen. Initiativet deres til innsats medførte åpenbart en tidligere respons fra aktuelle luftambulanseressurser enn om de skulle ha ventet på rekvirering fra AMK. Vi viser i denne sammenheng til omtalen under overskriften Varsling, styring og koordinering av luftambulanseressurser.

Samlet sett anser vi at AMK Buskeruds utkalling og varsling av helse- og redningsressurser var adekvat.

Sikring av skadestedet / livreddende førstehjelp / evakuering av pasienter

Gitt de betydelige helsepersonellressurser og transportressurser som relativt raskt var tilgjengelige, anser vi at manglende tilgang til skadestedet var den mest begrensede faktoren når det gjelder helsetjenestens evne til å yte helsehjelp under Utøya-aksjonen. Dette skyldes dels at skadestedet var på en øy, men særlig at det tok tid for politiet å sikre skadestedet på grunn av den sikkerhetsrisikoen som forelå på grunn av skytingen, mistankene om flere gjerningsmenn samt risikoen for at det var utplassert sprenglegemer både i gjerningsmannens bil på Utvika kai og andre steder på Utøya. Manglende tilgang til skadestedet for helsepersonell medvirket til at det i all hovedsak var polititjenestemenn som kunne yte livreddende førstehjelp. Innsatsen deres er diskutert et annet sted i rapporten.

Utøvende helsepersonell har uttalt at AMK Buskerud fortløpende formidlet viktig informasjon om politiets sikkerhetsvurderinger. Helsedirektoratet anser at AMK Buskerud gjennom dette utøvde

funksjonen sin med hensyn til klarering av skadested før man sender inn helsepersonell.

Basert på den kritikken som har fremkommet i media om at helsepersonell ikke ble sendt ned til Utvika kai mens privatpersoner evakuerte skadde, mener vi at både AMK og ambulansetjenesten i samarbeid med politiet må gjennomgå rutinene sine for hvordan de skal håndtere situasjoner med økt risiko for helsepersonell. Vi viser i den sammenheng også til at problemstillinger knyttet til bruk av helsepersonell i usikre soner, er diskutert i kapitlet Akuttmedisinsk innsats på usikre skadesteder.

Med de betydelige helsepersonellressurser og transportressurser som relativt raskt var tilgjengelige, anser vi at manglende tilgang til skadestedet var den mest begrensede faktoren når det gjelder helsetjenestens evne til å yte helsehjelp under Utøya-aksjonen.

Triagering av skadde, stabiliserende prehospital behandling og transport til lege/sykehus for primær og/eller endelig behandling

Basert på den informasjonen vi har mottatt om helsehjelpen som ble gitt prehospitalt under Utøya-aksjonen, oppfatter vi at det er foretatt kvalifiserte medisinske vurderinger og igangsatt viktige behandlingstiltak for å stabilisere pasienter med alvorlige skadetilstander før transport til sykehus.

Helsedirektoratet anser at leger og sykepleiere fra luftambulansetjenesten hadde en viktig rolle i dette arbeidet. Luftambulansetjenesten medbrakte også viktig katastrofeutstyr (bårer, medisinsk utstyr osv), noe som illustrerer hvor viktig det er at luftambulansetjenesten varsles på et tidlig tidspunkt ved større ulykker.

Helsedirektoratet mangler noen konkrete data om hvilke behandlingstiltak som ble iverksatt av helsepersonellet som ankom Utøya. Uavhengig av dette anser vi at dette helsepersonellet hadde en viktig funksjon i forhold til politiets oppgave med å vurdere skadde og døde. Helsepersonellet tok seg over til Utøya før det var gitt klarering fra politiet til dette, men politiets innsatsleder på Utøya tillot dem likevel å komme i land. Av totalt 12 pasienter som ble transportert direkte til OUS, Ullevål fra Utøya, ble 10 transportert med ambulanshelikopter og 2 med bilambulans.

Ca. kl. 18.15 rekvirerte kommuneoverlegen i Hole Sundvolden hotell som samlingsplass for overlevende og pårørendesenter.

Omfattende innsats

Frivillige gjorde en omfattende innsats i redningsarbeidet.

Foto:
SCANPIX
Hans O.
Torgersen



Ca. kl. 19.30 ga politiet ordre om å evakuere samle plass 1 ved Utvika kai, ettersom man mistenkte at gjerningsmannens bil kunne inneholde sprenglegemer. Samleplassen ble evakuert ca. kl. 19.45 og mottak av pasienter foregikk etter dette på samle plass 2 ved Storøya/Elstangen.

En av pasientene som ble transportert direkte til OUS, Ullevål døde senere på sykehuset av omfattende skader. De øvrige pasientene overlevde.

En av pasientene som ble transportert til OUS med ambulanshelikopter, ble overtatt fra bilambulanse ved Sollighøgda på grunn av pasientens kritiske tilstand. Den aktuelle pasienttransporten ble iverksatt i initialfasen av aksjonen, og pasienten var den første som ankom OUS. Bruken av bilambulanse til transport av denne pasienten kan derfor forklares med at det på dette tidspunktet ikke var etablert noen "luftbro" til OUS.

Som det følger av kapittelet Alvorlighet og behandlingsresultater for de pasientene som ble innlagt på sykehus hadde alle de 21 pasientene som ble brakt til OUS, penetrerende skader. Median ISS-score for gruppen var 20 (maks. 59 og min. 1). Dette indikerer en pasientgruppe med alvorlige skader, men at det i pasientgruppen likevel var pasienter som kunne vært behandlet ved andre sykehus uten at behandlingskvaliteten ville blitt vesentlig redusert.

Ringerike sykehus' kompetanse til å behandle traumepasienter anses som god. Det vises i den sammenheng til at Helse Sør-Øst allerede i 2010 vurderte at akuttmottaket ved Ringerike sykehus nesten oppfylte samtlige krav for å bli definert som sykehus med traumefunksjon. Ringerike

sykehus mottok i alt 35 pasienter. 7 av disse hadde så vidt alvorlige skader at de senere ble overflyttet til traumesenteret ved OUS, Ullevål. Flere av pasientene hadde imidlertid ikke behov for sykehusinnleggelse. Dette indikerer sviktende prehospital triagering. Det ble ikke selektert pasienter som kunne ha blitt behandlet ved Ringerike interkommunale legevakt, som er samlokalisert med Ringerike sykehus. Dette medførte at alle pasientene ble sluset gjennom sykehusets akuttmottak, noe som vurderes som uheldig, særlig under perioden hvor sykehuset mottok et betydelig antall alvorlig skadde pasienter.

I løpet av en periode på 9 minutter (20.16–20.25) mottok Ringerike sykehus i alt 7 pasienter, hvorav 5 senere ble overflyttet til OUS for videre behandling. Det har i ettertid blitt satt spørsmålsteget ved hvorfor disse pasientene ble triagert og brakt til Ringerike sykehus i stedet for direkte til OUS. Helsedirektoratet har ikke lyktes med å bringe klarhet i dette, men vil bemerke følgende:

Som følge av pågående transport av flere pasienter mellom Storøya/Elstangen og OUS, var det i perioden kl. 20.10 til 20.25 begrensede ambulanshelikopterressurser tilgjengelig på Storøya/Elstangen. Eksempelvis viser tidslinjen for luftambulanseressurser at det mellom kl. 20.15 og 20.20 ikke var noen ordinære ambulanshelikoptre ledige på Storøya/Elstangen. Redningshelikopter

fra Rygge var tilgjengelig, men dette var etter det vi har fått opplyst, tenkt brukt ved behov for en eventuell masseevakuering.

Ca. kl. 19.30 ga politiet ordre om å evakuere samle plass 1 ved Utvika kai, ettersom man mistenkte at gjerningsmannens bil kunne inneholde sprenglegemer. Samleplassen ble evakuert ca. kl. 19.45 og mottak av pasienter foregikk etter dette på samle plass 2 ved Storøya/Elstangen.

Transportavstanden med ambulans fra Utvika kai til Ringerike sykehus er ca. 17 km. Transporttiden med ambulans på utrykning er beregnet til ca. 10 minutter. Under den aktuelle situasjonen er det grunn til å tro at transporttiden var noe lengre pga. tett trafikk. Vi har derfor lagt til grunn en transporttid på ca. 15 minutter. Vi regner med at transporten av de aktuelle 5 pasientene fra Utvika kai startet omkring kl. 20.00.

Det har ikke lyktes Helsedirektoratet å få helseforetakets vurdering av dette. Basert på foreliggende opplysninger anser vi det som mest sannsynlig at det er flere årsaker til at 7 alvorlig skadde pasienter ble brakt direkte til Ringerike sykehus i stedet for til OUS:

– Transporten ble iverksatt mens man var i ferd med å evakuere samle plass 1 ved Utvika kai og etablere en ny samle plass 2 ved Storøya/Elstangen.

– Det er sannsynlig at én eller flere av pasientene ble tatt i land på andre steder enn Utvika kai, for eksempel Utvika camping, og at beslutningen om hvor pasientene skulle bringes, derfor ikke ble tatt av skadestedsledelsen.

– Et stort antall pasienter ankom samtidig med at denne evakueringen foregikk.

– På det tidspunktet pasientene skulle transporteres var det også noe begrensede ambulanshelikopterressurser tilgjengelig på samle plass 2.

Uavhengig av årsaken til at Ringerike sykehus mottok 7 pasienter med alvorlige skader som senere ble overflyttet til OUS, illustrerer dette hvor viktig det er at også mindre sykehus har kompetanse til å motta, og yte stabiliserende kirurgisk behandling til, pasienter med alvorlige traumatiske skader. Hvordan man skal oppnå dette, er nærmere skissert i forslaget til Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-ene i oktober 2007.

Den kommunale helseinnsatsen

Ringerike interkommunale legevakt ble nødt til å etablere utstasjonerte tjenester på Sundvolden og å bidra til innsatsen på samleplassene ved Utvika kai og Elstangen. Kommunehelsetjenesten mestret disse oppgavene. Et spesielt viktig grep, som er et læringspunkt for fremtidige beredskapssituasjoner i Norge, er hvordan utfordringen knyttet til journalføring basert på mangelfulle opplysninger ble løst på Sundvolden gjennom å utvikle en forenklet elektronisk løsning.

Kommuneoverlegene i Hole og Ringerike viste handlekraft og improvisasjonsevne gjennom beslutninger om å rekvirere ressurser og etablere sentre for pårørende og overlevende. Ledelsesarbeidet deres hadde avgjørende betydning. Krise-teamene og de administrative støttefunksjonene gjorde også en stor innsats.

Anbefalinger

Sykehus og legevakter som er samlokalisert må gjennomgå rutinene de har for samarbeid og triagering av pasienter ved større ulykker eller andre hendelser som medfører stor tilstrømming av pasienter.

– **Både under aksjonen i regjeringskvartalet og på Utøya ble det etablert direkte kontakt mellom fagleder helse og traumeleder ved OUS. Helsedirektoratet anser dialogen mellom fagledere og sykehus som viktig og den bør derfor formaliseres, det vil si tas inn i beredskapsplanene for større ulykker.**

– **Dialogen mellom fagleder helse og traumeleder bør i fremtiden skje gjennom bruk av nødnett og ikke det ordinære mobilnettet, som raskt vil kunne bli overbelastet ved større ulykker.**

2.3

ALVORLIGHET OG BEHANDLINGS-RESULTATER FOR DE PASIENTENE SOM BLE INNLAGT PÅ SYKEHUS

Et viktig element når det gjelder å vurdere kvaliteten på diagnostikk og behandling, er å ha helseregistre. I akuttmedisin med skadebehandling vil både lokale og nasjonale skaderegistre være nødvendige elementer i dette arbeidet. I Norge er det opprettet et nasjonalt traumeregister, som venter på å bli realisert i nær fremtid. OUS, Ullevål har i mange år hatt et internt register på dette fagområdet (se egen omtale). Ved å beskrive personskadene alvorlighetsgrad med en angivelse av tallverdier for skadealvor legges det et grunnlag for både læring, sammenligning av kvalitet og bedre virksomhetsplanlegging på dette arbeidsområdet. Det er flere ulike skåringssystemer/graderinger for å fremstille kunnskap om skadealvor på en objektiv måte. Nedenfor er det angitt tabeller som er utarbeidet av behandlende personell.

22. juli hadde vi en situasjon med en rekke meget alvorlige skader. Behandlingsresultatene målt i overlevelse relatert til skadealvor viser klart at diagnostikk og behandling lå på et høyt kvalifikasjonsnivå.

2.3.1

Graderingssystemet

Trauma Score – Injury Severity Score (TRISS) er et instrument for å beregne sannsynligheten for overlevelse etter skader. TRISS beregnes ut fra total anatomisk skadegrad, det vil si ISS-score, fysiologisk status ved innleggelse (Revised Trauma Score), skademekanisme (stump vs. penetrerende skade) og alder.

AIS, ISS og TRISS er anerkjente skåringssystemer for å beskrive anatomiske skader, vurdere alvorlighet og sannsynlighet for overlevelse.

The Abbreviated Injury Scale (AIS) er et kodesystem for å beskrive anatomiske skader. Systemet omfatter beskrivelser av i alt ca. 1350 ulike anatomiske skader. Hver skade har en alvorlighetsgrad på en skala fra 1 (mindre skade) til 6 (skade det ikke er mulig å overleve). (OUS har presisert at skadekodene deres er kodet i henhold til AIS98.)

Den totale anatomiske skadegraden for den enkelte pasient angis ved bruk av Injury Severity Score (ISS-score). ISS beregnes ut fra høyeste AIS-score i 6 ulike kroppsdelene. ISS-skadegrad angis på en skala fra 1 (en mindre skade i 1 kroppsdel) til 75 (kritiske skader i 3 kroppsdelene). ISS-score ≥ 16 anses som alvorlig skade, mens ISS-score ≥ 25 anses som kritisk skade.

2.3.2

Resultatene

OUS, Ullevål

OUS, Ullevål mottok i alt 31 pasienter fra regjeringskvartalet (10 pasienter) og Utøya (21 pasienter). Basert på data mottatt fra Traumeregisteret ved OUS, fremkommer følgende:

Totalt

Skader:

30 av 31 pasienter hadde penetrerende skade som dominant skademekanisme.

ISS-score:
Median ISS –score = 20.
ISS < 16 = 11 pas
ISS \geq 16 = 20 pas
ISS max = 59, ISS min =1

Kjønn: 12 menn og 19 kvinner
Median alder: 19 (Max = 67 år, Min =14 år)
Forventet antall overlevende (TRISS): 26,4
Faktisk overlevelse: 30
Antall pasienter respiratorbehandlet: 13
Median respiratordøgn: 5
Median liggetid OUS, Ullevål: 18 dager

Regjeringskvartalet

Alle de 10 pasientene fra regjeringskvartalet ankom direkte til sykehuset med ambulanse fra skadestedet og ble innlagt.

Skader:

9 av 10 hadde penetrerende skade som dominant skademekanisme.

ISS-score:
Median ISS-score: 24
ISS < 16 = 4 pas
ISS \geq 16 = 6 pas
ISS max = 50, ISS min =1

Kjønn: 5 kvinner og 5 menn
Median alder: 29,5 (Max = 67 år, Min = 19 år)
Forventet antall overlevende (TRISS):7,5
Faktisk overlevelse: 10
Antall pasienter respiratorbehandlet: 4
Median respiratordøgn: 15,5
Median liggetid OUS, Ullevål: 16,5 dager

Utøya

OUS, Ullevål mottok i alt 21 pasienter fra Utøya, hvorav 12 ble brakt direkte til sykehuset i ambulanshelikopter eller bilambulanse, mens 9 ble overflyttet fra Ringerike sykehus (7), Bærum sykehus (1) og Drammen sykehus (1).

Skader:

21 av 21 pasienter hadde penetrerende skade som dominant skademekanisme.

ISS-score:
Median ISS-score: 20
ISS < 16 = 7 pas
ISS \geq 16 = 14 pas
ISS max = 59, ISS min =1

Kjønn: 7 menn og 14 kvinner
Median alder: 17 år (Max = 23 år, Min =14 år)
Forventet antall overlevende (TRISS):19,0
Faktisk overlevelse: 20
Antall pasienter respiratorbehandlet: 9
Median respiratordøgn: 4
Median liggetid OUS, Ullevål: 18 dager

Ringerike sykehus

Ringerike sykehus mottok i alt 35 pasienter direkte fra Utøya, hvorav 14 med skuddskader.

17 pasienter ble behandlet poliklinisk (ISS – score = 0 – 2)
18 pasienter ble innlagt i sykehuset (ISS-score = 1 – 41)
5 pasienter hadde alvorlige skader med skuddskader i bryst, buk (ISS –score > 15), hvorav en ble vurdert som kritisk (ISS-score = 41)
6 pasienter hadde moderate skader (ISS-score = 5 – 15)
11 pasienter ble operert første 24 timer (inkl 4 thoraxdren).
Gjennomsnittsalder: 18,3 år (Maks 26 år, min 10år)
Kjønnsfordeling: 15 kvinner, 20 menn.
7 pasienter ble overført til OUS ila 22. – 23. juli, hvorav 3 med ambulanshelikopter og 4 med bilambulanse
Alle pasientene som ble mottatt ved Ringerike sykehus overlevde
Forventet antall overlevende (TRISS):Ukjent
Faktisk overlevelse: 18 av 18
Median respiratordøgn: 4
Median liggetid OUS, Ullevål: 18 dager

Bærum sykehus

Bærum sykehus mottok i alt 7 pasienter direkte fra Utøya, hvorav 4 hadde skuddskader

2 pasienter ble behandlet poliklinisk og utskrevet samme dag
5 pasienter ble innlagt. En av disse ble innlagt på grunn av annen medisinsk problemstilling.
Av de 4 innlagte pasientene med skader, hadde disse en ISS-score fra 12 - 5.
1 pasient hadde alvorlig skade ISS-score= 12. Pasienten ble overflyttet til OUS, Ullevål samme kveld.
3 pasienter hadde moderate skader ISS-score =5
Kjønnsfordeling: 5 kvinner, 2 menn
Gjennomsnittsalder: 18,7 år (maks 26, min 16)
Forventet antall overlevende (TRISS): Ukjent - sykehuset opplyser at man ikke har systemer for beregning av TRISS.
Faktisk overlevelse: 5 av 5

Sentrale momenter ved traumesystemet

Det er utfordrende å skulle gi rask og korrekt diagnostikk og behandling til pasientgrupper med traumeskader. OUS, Ullevål har en sentral rolle i utvikling av et godt traumesystem i Norge. Det mangeårige traumeregisteret deres er en del av grunnlaget for dette. Ved ukentlige traumemøter gjennomgås vanskelige arbeidsoppgaver på dette fagområdet som en del av læringsprosessen. Dette gjør man også ved de øvrige store sykehusene som har omfattende oppgaver i personskaadebehandling. OUS, Ullevål har stor pågang av alvorlig skadde året gjennom. Sykehuset dekker mer enn halve landets befolkning når det gjelder å ta hånd om de alvorligste skadene, noe som forklarer den store pågangen og dermed den omfattende erfaringen med slikt arbeid. OUS, Ullevål er klassifisert som traumesenter gruppe 1. Sykehuset har bygget opp flere team av spesielt kvalifisert personell som trenes jevnlig. Teamlederne skolerer spesielt og gjennomgår sertifisering for å utføre oppgavene sine. Det er bygget opp en traumemanual hvor diagnostiske prosedyrer og behandlingsprosedyrer oppdateres årlig. OUS,

Ullevål avholder i likhet med St. Olavs Hospital og Haukeland Universitetssykehus kurs i avansert traumebehandling for kolleger fra andre sykehus. Behandlingen blir på den måten i økende grad lik ved de sykehusene som skal ta hånd om personer med alvorlige skader i Norge. Det legger et godt grunnlag for en styrking av kvaliteten på sykehusernes arbeid med disse pasientgruppene.

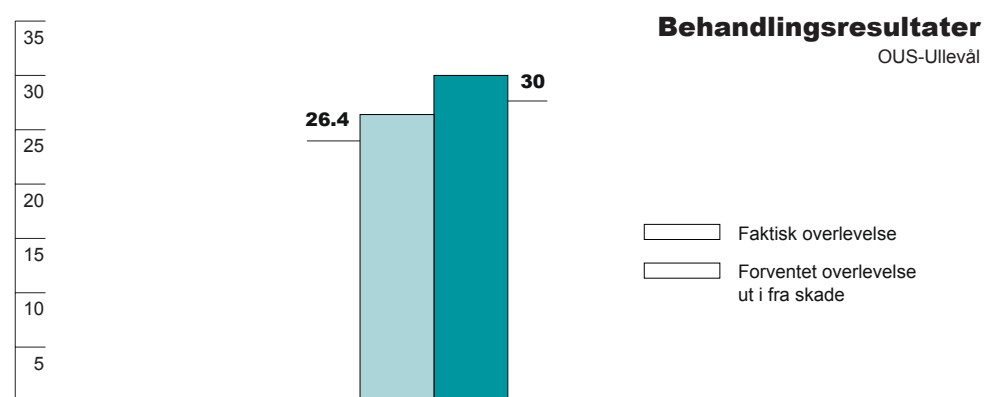
Helse Sør-Øst har delegert betydelig myndighet til OUS ved katastrofer. Dette går klart frem av katastrofeplanene både til regionen og sykehuset. Planen omfatter blant annet samarbeid med de øvrige sykehusene i regionen og en plikt til å koordinere innsatsen i katastrofesituasjoner. I denne sammenheng er samarbeidet med sykehusene i Oslo-området særlig viktig.

I forbindelse med hendelsene 22.juli avlastet flere av de øvrige sykehusene OUS, Ullevål for pasienter i andre kategorier enn traumepasientene. Det ga blant annet mulighet for en stor utvidelse av intensivkapasiteten ved OUS, Ullevål. Intensivkapasiteten er ofte en begrensende faktor ved stor pågang av alvorlig syke og skadde. På denne måten var både Ahus, Lovisenberg diako-

nale sykehus og Diakonhjemmet sykehus med på å gjøre det mulig for OUS, Ullevål å ha den store kapasiteten som var nødvendig ved disse katastrofene. Det førte også etter de opplysningene Helsedirektoratet har fått, til at pasienter i andre kategorier ble behandlet til den tid som var planlagt under normale forutsetninger.

Ahus, som er traumesenter gruppe 2, kunne gitt avlastning for OUS, Ullevål ved et enda større antall skadde, jamfør omtalen av større skadepotensial i regjeringskvartalet på tidspunktet for eksplosjonen der.

Ved Ringerike sykehus fins også akuttfunksjon hele døgnet. Sykehuset har jevn pågang av skadde hele året, grunnet stor trafikk på hovedveiene med mange trafikkulykker, store ferieområder med alpinanlegg og medfølgende skader osv. Dette, og en bevisst prioritering og opplæring av eget personell gjør at dette sykehuset er godt trent på skadebehandling. To av de øvrige sykehusene i Vestre Viken, Bærum sykehus og Drammen sykehus, har også døgnbemannet akuttfunksjon per i dag og behandler skader fra sine respektive nedslagsfelt.



Figur 5

I tillegg til skadde pasienter fra Utøya mottok Bærum sykehus 2 andre pasienter fra OUS med gastrokirurgiske problemstillinger den 22. juli. Pasientene ankom kl. 18.02 og 18.06, det vil si før pasientene fra Utøya. En av pasientene ble operert ved Bærum sykehus.

Fire pasienter ble brakt til Bærum sykehus fra regjeringskvartalet i luftambulansetjenestens legebil. Alle fire ble vurdert ved legevakten som er samlokalisert ved Bærum sykehus.

[Drammen sykehus](#)

Sykehuset mottok en pasient direkte fra Utøya i ambulanshelikopter. ISS-score for identifiserbare enkelt pasienter oppgis ikke.

En annen pasient oppsøkte selv sykehuset, men hadde ikke skader som gjorde det nødvendig med innleggelse på sykehus.

[OUS, Aker](#)

Sykehuset mottok 2 pasienter fra regjeringskvartalet. Etter det vi har fått opplyst, var begge pasientene henvist fra Oslo legevakt.

Helsedirektoratet har ikke kjennskap til pasientenes skader eller ISS-score.

[Diakonhjemmet sykehus](#)

To pasienter oppsøkte selv Diakonhjemmet sykehus fra regjeringskvartalet. Ingen av disse hadde alvorlige skader.

Det er noe ujevnt detaljeringsnivå på opplysningene fra de behandlende sykehusene. De pasientene som hadde de alvorligste skadene, ble behandlet ved OUS, Ullevål. Den høye kvaliteten på behandlingen går klart frem av de tallverdiene som foreligger. Registreringer som dette gir i tillegg til de ovenfor anførte momentene også et godt grunnlag for forskning.

2.4 RETTSMEDISINSK INNSATS

Med bakgrunn i møte med Folkehelseinstituttets avdeling for rettspatologi og klinisk rettsmedisin og rapport fra avdelingsdirektør om virksomheten etter katastrofene i Oslo og på Utøya 22. juli 2011, vil vi anføre følgende.

De siste 25 årene har Norge vært rammet av store hendelser med mange omkomne omtrent hvert femte år. Det er viktig at undersøkelsen og identifiseringen av de døde skjer verdig og raskt. Viktige elementer er at alle tekniske forhold er lagt godt til rette, og at det er tilstrekkelig med kvalifisert personell i ulike kategorier. De omkomne under 22. juli-tragedien ble undersøkt og identifisert i løpet av seks dager. Dette lyktes takket være stor frivillighet og høyt kvalifisert innsats, og vilje og evne til å improvisere.

Generelle forutsetninger

Ansvar for identifiseringsoppdrag etter hendelser med mange omkomne er lagt til ID-gruppen ved Kripes. Gruppen er opprettet ved kongelig resolusjon av 25. april 1975. Gruppen er ledet av en politimann og består for øvrig av kriminalteknikere, rettsodontologer, rettsmedisinere og rettsgenetikere.

Lokale forutsetninger

Store identifiseringsoppgaver lokaliseres helst til rettsmedisinske sentre. Det må være nok personale i de aktuelle kategoriene, nok plass og adekvat teknisk utstyr, inkludert god kjølekapasitet. Tidligere hadde man i Oslo tilstrekkelig plass og god øvrig kapasitet i det gamle OUS, Rikshospitalet. Det nye OUS, Rikshospitalet har ikke nok areal til å håndtere en større ulykke/terroraksjon. Flere alternative løsninger har vært diskutert for å løse denne store utfordringen.

22. juli 2011

Det store antallet omkomne gjorde det umulig å undersøke alle i lokalene ved avdeling for rettspatologi og klinisk rettsmedisins lokaler ved OUS, Rikshospitalet. Det var blant annet nødvendig med improvisert tilleggs kapasitet for kjøling. Dette lyktes

ved god hjelp fra eksterne firma samme kveld og natt til 23. juli. Man vurderte OUS, Ullevål og Anatomisk institutt ved Universitetet i Oslo som de mest aktuelle stedene for det videre arbeidet. Man valgte det sistnevnte stedet. Lokalene sto ledig grunnet sommerferie, og det var logistikkmessig det beste alternativet. Selve arbeidet med de døde ble lokalisert til Avdeling for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, OUS, Rikshospitalet og Anatomisk institutt med tilstøtende lokaler tilhørende Tannlegehøgskolen som logistikkrom. Det rettsgenetiske arbeidet ble utført ved Folkehelseinstituttets avdeling for familiegenetikk, med felles sekretariatsfunksjon med de øvrige delene av teamet i nærliggende bygg.

Øvrige tekniske forhold

Kjøleenheter ble plassert ved Utvika og ved OUS, Rikshospitalet på dertil egnede steder med god avskjerming. Avdeling for diagnostikk og intervensjon ved OUS stilte opp, slik at man fikk utført CT-undersøkelser med overføring til obduksjonsrommene. Øvrige nødvendige IT-installasjoner var på plass til rett tid, natten mellom 23. og 24. juli.

Identifiseringsgruppen ved Kripes

I tillegg til lederen (fra politiet) består gruppen av en utnevnt nestkommanderende, kriminaltekniker, fingeravtrykksekspert, rettsmedisinere, rettstannlege og rettsgenetiker. Gruppen trådte i funksjon den 22. juli om ettermiddagen. De hadde daglige møter inntil alle omkomne var identifisert.

Identifiseringsmetoder

Det ble benyttet såkalte primære identifikasjonsmetoder: rettsodontologi, rettsgenetikk og fingeravtrykk.

Sekundære metoder er: rettsmedisinske funn, kriminaltekniske funn og taktiske funn. Det kreves treff med to uavhengige metoder for at identiteten skal kunne fastslås.

Om kvelden den 28. juli var samtlige ofre identifisert. Deretter ble den siste gruppen av pårørende varslet. En uke etter katastrofene var alle omkomne frigitt og kunne avhentes.

Instituttets vurdering av situasjonen

Med det behovet man her hadde for omfattende

improvisasjon, siden det var sommer og mange måtte avbryte ferien for å reise til Oslo, må det anses som tilfredsstillende at hele oppdraget ble utført på en uke. Informasjon til de pårørende var en stor utfordring. Det ble opprettet et pårørendesenter på Gaustad sykehotell. Avdelingen antyder at det store informasjonsbehovet kunne ha vært bedre imøtekommet. Folkehelseinstituttet opplevde sterkt press fra OUS om å informere. Politiet er den instansen som skal informere i situasjoner som denne. Her ligger det et forbedringspotensial. Informasjonen skal gå gjennom én kanal, og det må da legges godt til rette for en slik løsning.

Personalsituasjonen

Mer enn 100 personer var engasjert i det rettsmedisinske arbeidet og støttefunksjonene til dette. Det var i ferietiden satt opp to rettsmedisinere i tjenesteplanen. Samtlige medarbeidere meldte seg imidlertid frivillig i ferien sin. Det kom også rettsmedisinere fra andre sentre i landet, slik at man var 13 rettsmedisinere i arbeid. Avdeling for familiegenetikk mobiliserte også slik at det var nok fagfolk til å gjennomføre DNA-analyser fra første dag. Et nytt dataprogram utviklet ved avdelingen, bidro til den raske identifiseringen. Elleve rettsodontologer mobiliserte og deltok i arbeidet. OUS, Klinikk for intervensjon og diagnostikk sørget for preparanter, radiologer, radiografer, portører, prestetjeneste, tekstilforsyningstjeneste, rengjøringspersonale og sikkerhetstjeneste. I tillegg kom fire preparanter fra andre sentre i landet. Anatomisk institutt stilte med rettsantropolog, preparant og rengjøringspersonell.

Gjennomføringen

Natt til 23. juli deltok rettsmedisinere med sikring av døde i regjeringskvartalet. Arbeidet ble deretter gjennomført av to team med aktuelle spesialister som deltakere. Utøya-ofrene ble undersøkt fra søndag den 24. juli. Opptil fem team var i arbeid samtidig. Skadetyperne gjorde at man utførte CT-skanning før videre tiltak. Det var hele tiden tredimensjonale CT-bilder tilgjengelig på skjerm i obduksjonsstuene, noe som var til stor hjelp i arbeidet. Det ble gjennomført fullstendig undersøkelse av alle ofre med alle de metodene for undersøkelse og ved de spesialistene som er aktuelle i denne sammenhengen.

De omkomne under 22. juli-tragedien ble undersøkt og identifisert i løpet av seks dager. Dette lyktes takket være stor frivillighet og høyt kvalifisert innsats, og vilje og evne til å improvisere.

Anbefalinger

Ved planlegging av virksomheten innen fagområdet rettsmedisin/rettspatologi må det tas høyde for katastrofesituasjoner. Det betyr at alle relevante funksjoner må skaffes plass, og at det må være plass for improviserte utvidede tekniske deløsninger. Det må være adekvat teknisk utstyr, herunder billeddiagnostisk utstyr som 3D CT og annet i obduksjonsrommene. Erfaringen etter 22. juli 2011 viser at det er behov for å vurdere samarbeidet om rutinene for informasjon til pårørende.

2.5 MEDISINSK NØDMELDETJENESTE

2.5.1 Ansvarsforhold og forutsetninger i den medisinske nødmeldetjenesten

I § 6 i akuttforskriften blir medisinsk nødmeldetjeneste definert på følgende måte:

”Med medisinsk nødmeldetjeneste menes et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjons-teknisk system for varling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten.”

I de påfølgende paragrafene beskrives ansvarsforholdet mellom kommunale legevaktssentraler (LV-sentraler) og akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler). Det legges vekt på at helsepersonell i vaktberedskap skal være tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett. Videre pålegges de regionale helseforetakene å sørge for nødvendig samordning med brannvesen, politi, hovedredningssentral og andre samarbeidspartnere. AMK- og LV-sentraler skal bemannes med helsepersonell.

I akuttforskriften § 9 reguleres AMK-sentralene på følgende måte:

AMK-sentralene:

- skal håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand
- skal prioritere, iverksette, gi medisinsk-faglige råd og veiledning og følge opp akuttmedisinske oppdrag, herunder varsle og videreformidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningssentralene, samt varsle andre AMK-sentraler som er berørte
- skal styre og koordinere ambulansoppdrag
- skal ha utstyr for logging av viktig trafikk, herunder alle telefonlinjer
- skal ha et system for opprinnelsesmarkering”

AMK-sentralene er enheter underlagt HF, med tett tilknytning til enkelte sykehus' akuttavdelinger. I akuttmedisinske situasjoner har AMK-sentralene viktige funksjoner. De skal motta henvendelser på medisinsk nødnummer 113, vurdere, prioritere og følge opp henvendelsene blant annet ved å aktivere ressurser. I noen situasjoner er tiden så avgjørende at AMK-operatøren må gi innringeren veiledning i akuttmedisinske prosedyrer som for eksempel hjerte- og lungeredning.

I AMK-sentralene er det sykepleiere som ivaretar operatørfunksjonene. I tillegg til sykepleierne er det ansatt ressurskoordinatorer som varsler og styrer innsatsressurser som ambulanserbiler

og ambulanserbiler, luftambulansse og legebiler samt kommunale helseressurser som legevaktslege eller hjemmesykepleiere. Forskriften beskriver ikke andre spesifikke kompetansekrav, men de fleste helseforetak stiller egne krav til sykepleierne og ressurskoordinatorene ved AMK-sentralene. Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har utarbeidet forslag til modulbaserte kompetanseplaner for personell på AMK- og LV-sentraler.

Kompleksiteten og tidspresset stiller store faglige og kommunikasjonsmessige krav til helsepersonellet som arbeider på AMK-sentralen. For å sikre gode faglige beslutninger er det utarbeidet et beslutningsstøtteverktøy som skal bidra til adekvat respons og god veiledning av innringer. Norsk indeks for medisinsk nødmeldetjeneste, som i dag brukes på alle AMK-sentralene og noen legevaktssentraler, er et nasjonalt konsensusdokument som bidrar til å sikre et likeverdig akuttmedisinsk helsetilbud i hele Norge. Norsk indeks for medisinsk nødmeldetjeneste er et unikt verktøy som sammen med helsepersonellens egen fagkompetanse bidrar til den høye standarden vi i dag har innenfor de akuttmedisinske tjenestene.

2.5.2 Tekniske løsninger for AMK- og legevaktssentraler

For å sikre nasjonale krav til kommunikasjons-tekniske løsninger ble det allerede i 1991 forskriftsfestet tekniske funksjonskrav til kommunikasjons-teknisk utstyr som skulle inngå i helsetjenestens nødmeldetjeneste. På tilsvarende vis er det stilt krav til det nye digitale nødnettet som nå er under utbygging.

Det finnes i dag ingen nasjonale krav eller anbefalinger med hensyn til IKT-løsninger i de akuttmedisinske tjenestene. I forbindelse med utbygging av nytt nødnett blir det stilt krav til de tekniske løsningene som installeres på akuttmottakene, AMK-sentralene og legevaktene.

Innenfor de akuttmedisinske tjenestene anvendes det mange ulike IKT-løsninger som i ulik grad kan kommunisere med hverandre, men alle landets AMK-sentraler har gått til innkjøp av to systemer som anvendes i forbindelse med oppdragshåndtering og ressursstyring.

AMIS (Akuttmedisinsk informasjonssystem) er et IKT-støttesystem som benyttes til oppdragshåndtering på alle landets AMK-sentraler og på enkelte større legevaktssentraler. AMIS skal bidra i AMK-operatørens oppfølging av den enkelte hendelsen og til å kunne dokumentere virksomheten ved sentralen. Systemet ble i sin tid utviklet gjennom

et samarbeidsprosjekt mellom daværende Ullevål universitetssykehus (UUS) og andre sykehus med AMK-/legevaktssentraler (LV-sentraler) og var helt frem til 2003 i UUS' eie. Produktet er nå overdratt til Nirvaco AS, som forvalter og videreutvikler produktet.

Blant AMIS' systemer finnes det et system som gjør det mulig å overføre eller videreformidle oppdragsbildet (AMIS-til-AMIS-kommunikasjon). Denne funksjonen er i dag tatt i bruk mellom sykehuset i Bodø og Universitetssykehuset i Tromsø, og mellom Ullevål universitetssykehus og Oslo legevakt. I AMIS-til-AMIS-kommunikasjon følger foreløpig ikke aksjonsloggen med i oppdragsbildet.

TransMed er et flåtestyringssystem som benyttes av alle AMK-sentraler i Norge. TransMed er et viktig beslutningsstøtteverktøy blant annet i forhold til å prioritere og koordinere ambulans- og luftambulanseresurser. Systemet bidrar til at AMK-operatørene får detaljerte kart som gir en oversikt over hvor alle aktuelle ressurser måtte finne seg, og om ressursen er ledig eller ikke. Gjennom TransMed vil de som ringer medisinsk nødnummer 113, bli posisjonert på et kartbilde og nødvendig oppdragsinformasjon og kartposisjon kan videregives på TransMobile PC til ambulansen.

De fleste av landets 19 AMK-sentraler har ikke mulighet til å avlaste hverandre ved større hendelser eller utnytte hverandres kompetanse og kapasitet fordi sentralen ikke kan se hverandres oppdragsbilder. AMK-sentralene er i dag frittstående enheter som i liten grad har mulighet til å samarbeide ved for eksempel situasjoner hvor en AMK-sentral får ekstraordinær pågang (overflow) av henvendelser på nødnummer 113. Det er også i liten grad etablert gode løsninger som kan ivareta bortfall eller redundans av en AMK-sentral.

2.5.3 Medisinskfaglig rådgiver – AMK-lege

Innenfor AMK-systemet er det medisinske ansvaret ofte blitt ivaretatt av en lege som har blitt definert som ”AMK-lege”. I all hovedsak har disse vært spesialister i anesthesiologi. Av landets 19 AMK-sentraler har 11 også et ansvar når det gjelder ambulanshelikoptertjenesten (AMK-LA). Svært ofte har vakthavende AMK-lege også vært vakthavende lege på luftambulanshelikoptre. Denne dobbeltrollen medfører at tilgjengeligheten til AMK-legen har blitt svekket, og at AMK-legen ikke har vært nok involvert i det daglige arbeidet på AMK-sentralene.

Ordningen med en slik sammenslått funksjon kan også være problematisk med hensyn til retningslinjer for bruk av luftambulansse. I disse fremkom-

mer det at behov for ambulanshelikopter meldes til lokal AMK-sentral. AMK vurderer behovet i henhold til spesifikke kriterier og varsler aktuell luftambulanssebase gjennom dennes AMK-LA. Når oppdraget haster, skal AMK-LA som hovedregel benytte den best egnede / nærmeste tilgjengelige luftambulanssebase, selv om denne ikke er den primære ressursen i det gjeldende AMK-LA-området. Vakthavende lege ved luftambulanssebasen har endelig beslutningsmyndighet for bruk. Dette skjer på grunnlag av medisinske vurderinger, hvor også ressurs-situasjonen og forhold knyttet til forventet helsegevinst blir ivaretatt. Ved uenighet mellom AMK-LA og luftambulansselegen når det gjelder prioritering ved samtidighetskon-

Mangel på tilgang til felles

oppdragsbilde hindret koordinering

på tvers av AMK- områder.

flikter eller hensyn til den totale beredskapen, har vakthavende AMK-lege beslutningsmyndighet, dersom aktuelt helseforetak ikke har egne retningslinjer som regulerer dette.

Slik disse retningslinjene er utformet, vil en dialog vedrørende bruk av luftambulanssehelikopteret med hensyn til samtidighetskonflikter eller av hensyn til den totale beredskapen i de fleste tilfeller bortfalle fordi AMK-LA-legen og luftambulansselegen er én og samme person.

2.5.4 Medisinsk nødmeldetjeneste og terrorhendelsene den 22. juli AMK Oslo og Akershus

AMK Oslo og Akershus er lokalisert til OUS, Ullevål og er landets største AMK-sentral med ca. 1 124 000 innbyggere i opptaksområdet. AMK-sentralen håndterer medisinske nødmeldinger på nødnummer 113 og styrer og koordinerer ambulanseresursene i Oslo og Akershus, herunder to ambulanshelikoptre med base på Lørenskog utenfor Oslo. Sentralen er underlagt prehospitalt senter ved Oslo universitetssykehus.

AMK-strukturen er basert på at AMK-sentralene er enheter tilhørende prehospital divisjon, eller akuttavdeling (sammen med akuttmottak) innenfor det enkelte foretak. Det er ulike muligheter til å se hverandres ressursoversikter. AMK Buskerud kan for eksempel ikke se ressursoversikten til AMK Oslo og Akershus, AMK Østfold eller AMK Telemark og Vestfold.

AMK Oslo og Akershus ivaretar også Regional AMK-funksjon (R-AMK) i Helse Sør-Øst. Den regionale AMK-sentralen er ment å skulle ha en støttende funksjon for lokal AMK og skal ikke ta over aksjonsledelsen fra lokal AMK. Det er utarbeidet prosedyrer for samhandling mellom regional og lokal AMK. AMK Oslo og Akershus etablerte seg som R-AMK ca. 70 minutter etter første melding om skyting på Utøya ble mottatt i Buskerud. Fra AMK Buskerud er det uttalt at AMK Oslo og Akershus ivaretok R-AMK-funksjonen på en god måte.

AMK Oslo og Akershus opplevde nedetid i driftssystemet, noe som ikke skal forekomme.

I henhold til rapport fra Oslo universitetssykehus om håndtering av terrorhendelsene i Oslo og Utøya 22. juli 2011 mottok AMK Oslo og Akershus (AMK OA) den første av ca. 80 nødmeldinger kl. 15.25.59. Grunnet kapasitetsutfordringer ble bare ca. 50 % av nødmeldingene besvart. AMK Oslo og Akershus har 12 operatørplasser og 4 beredskaps plasser. På dette tidspunktet var AMK Oslo og Akershus bemannet med 4 medisinske operatører, 4 ressurskoordinatører og 1 operasjonsleder. Etter ca. 35 minutter ankom ekstramannskaper, som stort sett besto av personer som skulle på neste vakt.

I evalueringsrapporten fra Luftambulansetjenesten ANS fremkommer det at ambulanshelikoptrene under store deler av Utøya-aksjonen ikke oppnådde kontakt med AMK Oslo og Akershus over helse radionettet/luftambulansenettet. Dette er også bekreftet i møte med prehospitalt senter ved Oslo universitetssykehus. Det var imidlertid god kontakt med AMK Buskerud, og mange pasienter ble meldt til sykehusene gjennom denne kontakten.

IKT-systemene ved AMK Oslo og Akershus

Under aksjonene etter terrorhandlingene i Oslo og på Utøya fredag 22. juli 2011 opplevde AMK Oslo og Akershus tregheter i den elektroniske kommunikasjonen mellom AMK og ambulansene via Transmed. Treghetene var tiltagende utover kvelden, og etter hvert oppfattet man systemet som ikke-fungerende. Dette medførte blant annet at ambulansene ikke fikk tilsendt oppdrag digitalt fra AMK, og at man ikke kunne få elektroniske registreringer av innkomne telefonsamtaler (såkalt opprinnelsesmarkering) og ambulanseressursenes posisjoner på et kart. Det samme gjaldt status-

meldinger fra ambulansene og dokumentasjon av aksjonstidspunkter.

Etter det Helsedirektoratet har brakt på det rene, var dette en konsekvens av at man som følge av pågående feilsøking i annen sak, hadde aktivert logging av alle meldinger fra AMIS til Transmed. Dette var meldinger om nye eller oppdaterte oppdrag som skal sendes ut til ambulansene. Loggingen var ressurskrevende, men hadde stått på en periode uten at dette hadde ført til problemer, fordi aktiviteten ved AMK var normal før terrorhendelsene rammet.

Terrorhendelsene førte til at det ble jobbet svært intensivt i AMIS, som da sendte uvanlig mange oppdateringsmeldinger til Transmed for distribusjon til ambulansene. Loggingen som var aktivert i Transmed, kombinert med det store antallet oppdateringer, gjorde at Transmed-serveren ikke klarte å formidle trafikken til og fra ambulansene. Resultatet var at oppdrag ikke ble sendt ut og statusmeldinger ikke kom tilbake.

Sykehuspartner har utarbeidet et notat som oppsummerer hendelsesforløpet, hvilke tiltak som er gjort, og hva som er planlagt videre. Notatet viser at det ble jobbet svært intenst med å lokalisere og løse problemene.

Sykehuspartner aktiverte beredskapsplanen sin ca. kl. 16.30 og etablerte etter dette krisestab på Ullevål. Omtrent 15 minutter etterpå ble Sykehuspartner varslet av AMK om problemer knyttet til kommunikasjon med ambulansene via Transmed. Innledningsvis mente man at tregheten lå i datakommunikasjonen via mobilnettet, og Telenor ble umiddelbart varslet. Telenor vurderte å sette opp en mobil basestasjon for å avhjelpe situasjonen. Dette ble imidlertid ikke gjennomført.

I forbindelse med en gjennomgang av operatørplassene ble det oppdaget feil på Transmed, og man trodde at årsaken til driftsproblemene lå i Transmed. Det ble tatt kontakt med Locus kl. 18.30, og feilsøkingen ble utvidet. Operative hensyn vanskeliggjorde feilsøking og tiltak, ettersom man ikke kunne risikere ytterligere forstyrrelser. Ved midnatt lokaliserte Locus feilen til å ligge i integrasjonen mellom AMIS og Transmed. Nirvaco ble varslet, og Nirvaco og Locus fortsatte feilsøkingen sammen utover natten. Til slutt fant de ut at det store antallet oppdrag registrert på to enkelthendelser, overbelastet Transmed. De konsentrerte deretter arbeidet om å endre måten AMIS sendte oppdateringer til Transmed på. Ca. kl. 04.30 kom det en programretting fra Nirvaco. Sykehuspartner og Nirvaco vurderte risikoen i forbindelse med å sette denne i drift og besluttet å gjøre endringen. Umiddelbart så det ut til å bedre situasjonen, men

Stor kapasitet

Mobiliseringen av helsepersonell og transportressurser var omfattende ved begge hendelsene.

Foto:
Peter
Mydske



forsinkelsene kom gradvis tilbake. Det ble gjort flere endringer med små bedringer av problemet. Kløkken 10.00 lørdag formiddag ble det besluttet å lage en endring i AMIS hvor problemhendelsene kunne filtreres ut fra integrasjonen. Denne ble levert av Nirvaco ca. kl. 12.30 og satt i drift ca. kl. 13.00. Etter dette er det ikke observert problemer som kan knyttes til dette.

Med bakgrunn i de erfaringene som ble gjort, ble det konkludert med at Transmed-installasjonen ved OUS ikke hadde tilstrekkelig kapasitet til å takle en belastning som man burde kunne forvente. Årsaken til dette ligger i at leverandørene har endret deler av arkitekturen og måten systemene AMIS og Transmed samhandler på, uten at kapasiteten i systemet har blitt tilpasset dette.

Det var helt nødvendig med en grundig gjennomgang av systemet og at nødvendige endringer ble gjennomført. Både Nirvaco og Locus har på eget initiativ tatt tak i dette, og Oslo universitetssykehus og Sykehuspartner synes at de får god fokus og oppfølging etter hendelsen. Andre AMK-sentraler som benytter Transmed-flåtestyring, det vil si samtlige sentraler, ble informert av leverandøren Locus om nødvendige tiltak for å hindre at det oppsto tilsvarende utfordringer som ved OUS, og de kom raskt med programrettinger.

AMK Buskerud

AMK Buskerud er som eneste AMK-sentral i Norge samlokalisert med alarmsentralene i sitt politidis-

trikt og brannvesen; Søndre Buskerud politidistrikt og Vestviken IKS 110, som er brannsentralen for brannvesenene i Vestfold og Buskerud. De tre sentralene er samlokalisert. Samlokalisering endrer ikke ansvarsforholdene, og de tre nødsentralene jobber i separate rom og mottar nødmeldinger på sine respektive nødnumre. AMK Buskerud har ca. 298 700 innbyggere i opptaksområdet.

De samlokaliserte nødsentralene for brann, politi og helse har ulike geografiske opptaksområder, og det er viktig å være oppmerksom på at Utøya er Nordre Buskerud politidistrikts ansvarsområde. Nordre Buskerud politidistrikt har nødsentralen lokalisert på Hønefoss. Under hendelsen på Utøya kom det allikevel et stort antall henvendelser på nødnummer 112 til Søndre Buskerud politidistrikt. Grunnen til dette var en feilkobling hos en mobil-leverandør (Netcom).

AMK Buskerud har totalt 8 operatørplasser. Normal bemanning er 4 operatører på dagtid, 3 på kveldstid og 2 om natten. I helgen er AMK Buskerud bemannet med 3 operatører på alle vakter. Hvert vaktlag skal ideelt sett ha en operasjonsleder i tillegg til vaktlagene, men dette har vist seg å være vanskelig å gjennomføre.

Den 22. juli 2011 var AMK Buskerud bemannet med én operasjonsleder og tre operatører, men etter bombehandelsen i Oslo ble AMK Buskerud bemannet opp før de første meldingene om skyting på Utøya ble mottatt. Ettersom AMK Buskerud

på dette tidspunktet ikke hadde tatt i bruk de nye kontrollromsløsningene som er knyttet til leveransen av det nye nødnett, er det ikke mulig å ta ut data om hvor mange 113-anrop som ble ringt inn til AMK-sentralen.

AMK Buskerud har etablert et system med beredskapsvev som gjør det mulig å kommunisere med tilstedeværende personell på AMK-sentralen fra lokaliteter utenfor AMK.

I forbindelse med Utøya-aksjonen ble det etablert kontakt mellom lege på samleplassen og traumelederen ved Oslo universitetssykehus. Beslutningen om hvor pasientene skulle bringes, og med hvilken ressurs, ble stort sett tatt mellom disse aktørene. Dette førte til at AMK Buskerud kun i liten grad var involvert i fordelingen av de skadde fra Utøya.

Vurderinger

I utgangspunktet skal ikke en AMK-sentral ha nedetid. Publikum bør alltid kunne komme frem på medisinsk nødnummer 113, og AMK-sentralen må driftsmessig være så robust at den alltid kan ivareta funksjonene sine. Helsedirektoratet ser det som svært alvorlig at AMK Oslo og Akershus

hadde betydelige driftsproblemer i forbindelse med hendelsen i Oslo og på Utøya den 22. juli 2011.

Helhetlig og realistisk ende-til-ende-test av systemene med stor belastning blir ikke gjennomført grunnet manglende investering i testmiljøer. Testing i det operative miljøet må eventuelt gjøres med stor forsiktighet. Det må rutinemessig gjennomføres tekniske og operative sikkerhetsvurderinger av AMK-sentralene. Som en del av slike vurderinger må IKT-systemene belastningstestes. Dette er viktig før ny eller revidert programvare settes i drift.

Det haster med å få på plass nasjonale IKT-krav til AMK- og legevaktssentral-systemet. Målet må være å få på plass robuste løsninger som sikrer at alle AMK-sentraler henger sammen i ett og samme system som sikrer kontinuitet og kapasitet, slik at de ulike sentralene kan avlaste hverandre eller ta over for hverandre. Regional AMK må gis muligheten til å få tilstrekkelig oversikt og få en reell mulighet til å ivareta en koordinerende funksjon. Det må stilles krav til en felles teknologisk plattform som understøtter kravene til oppdragshåndtering, dokumentasjon og en effektiv drift og pasientflyt.

I normalsituasjoner vil AMK-sentralene ha oversikt over lokale akuttmedisinske ressurser, som for eksempel bilambulanser, ambulanshelikoptre, legevakter osv. Med hjelp av digitale kart, posisjoneringstjenester og statusmeldinger for de enkelte enhetene vil AMK-sentralene ha en oppdatert oversikt over tilgjengelige ambulanseressurser. AMK-sentralene har også lokal og regional kompetanse- og ressursoversikt når det gjelder sykehusressurser, og vil vanligvis være i jevnlig dialog med sykehusenes akuttmottak om innmelding av pasienter.

Det er forutsatt at AMK-sentralene skal ha en vakthavende AMK-lege som skal kunne bistå AMK-operatørene ved behov. Slik bistand vil være særlig viktig i komplekse situasjoner, som for eksempel større ulykker og katastrofesituasjoner. Erfaringsmessig inngår imidlertid vakthavende AMK-lege ofte i en annen vaktfunksjon, enten ved sykehusets anestesivdeling, eller som ambulanshelikopterlege, slik det er tilfelle ved AMK Oslo og Akershus og AMK Buskerud. Dette innebærer at AMK-legen i praksis ikke vil kunne bistå AMK-sentralene ved større hendelser. Ved aksjonen i regjeringskvartalet ble ikke vakthavende AMK-lege varslet.

Redningstjenesten i Norge er basert på samvirkeprinsippet, som innebærer at alle statlige, kommunale og private ressurser og organisasjoner – som er egnet for akutt innsats for å redde liv, skal kunne mobiliseres for innsats i redningstjenesten. Justisdepartementet har det administrative ansvaret og gir retningslinjer for hvordan redningstjenesten skal være organisert.

Håndbok for redningstjenesten beskriver organiseringen av skadestedsarbeidet. I håndboken blir det fastslått at funksjonen som fagleder helse skal ivaretas av legevaktslege. Den gjeldende håndboken er fra 1970 og er nå under revisjon. Helsedirektoratet legger til grunn følgende forståelse av fagleder helses funksjon og ansvar:

Fagleder helse skal organisere, lede og koordinere helseinnsatsen på skadestedet og samarbeide med øvrige helsetjenester. Dette innebærer ansvaret for å lede arbeidet med å undersøke, vurdere, prioritere og behandle tilskadekomne som er involvert i ulykken, med sikte på videre transport og behandling. Videre skal fagleder helse blant annet:

- Etablere kontakt med skadestedsleder og andre aktuelle funksjoner på skadestedet.
- Rekognosere skadestedet i samarbeid med operativ leder helse for å få best mulig oversikt over antall skadde og tilstanden deres.

– Ledet og koordinere den medisinske innsatsen og førstehjelpsinnsetningen på skadestedet.

– Samarbeide med aktuelle fagledere på skadestedet. Være skadestedsleders rådgiver i medisinske spørsmål.

– Påse at prioritering og evakuering foregår på en medisinsk hensiktsmessig måte.

– Ha kontakt med AMK- og LRS-legen (legen i lokal redningsentral) for å orientere om den medisinske situasjonen på skadestedet.

Fagleder helse vil ofte ha behov for bistand til å organisere og koordinere ambulanseressursene på skadestedet. Derfor utpekes det rutinemessig en operativ leder helse. Funksjonen som operativ leder helse ivaretas vanligvis av ambulanspersonell, som hovedregel det mest erfarne ambulanspersonellet i den første ambulansen som er fremme på skadestedet.

Vi har ikke registrert faglig uenighet om hvilket personell som skal ivareta funksjonen som operativ leder helse. Derimot synes det klart at det foreligger en viss begrepsforvirring med hensyn til skillet mellom fagleder helse og operativ leder helse. Det synes også å være behov for en nærmere beskrivelse av funksjonen som operativ leder helse.

Som nevnt innledningsvis har vi registrert en faglig uenighet om hvem som bør bekle funksjonen som fagleder helse. I håndbok for redningstjenesten fremgår at funksjonen fagleder helse skal ivaretas av legevaktslege. Helsepersonelloven gir imidlertid i § 4 en åpning for vurdering av hvem som skal ha denne oppgave. "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig". Dette betyr at legevaktslegen fortløpende må vurdere hvordan oppgaven som fagleder helse skal løses, og om det på et gitt tidspunkt er riktig å gi fra seg dette ansvaret til personell med mer erfaring og øvrige kvalifikasjoner i gitte situasjoner.

Det varierer hvilket helsepersonell som kommer til et skadested, og hvem som kommer først. Noen ganger vil ambulanspersonell være eneste helsepersonell på stedet. Andre ganger vil legevaktslegen være på skadestedet før ambulanspersonell kommer. I atter andre situasjoner vil ambulanspersonellet bare få bistand fra luftambulanslegen. Som følge av manglende helse-

Anbefalinger

Det må rutinemessig gjennomføres tekniske og operative sikkerhetsvurderinger av AMK-sentralene. Som en del av slike vurderinger må IKT-systemene belastningstestes. Dette er viktig før ny eller revidert programvare settes i drift.

– **Alle endringer i konfigurasjonen av AMIS/Transmed eller andre applikasjoner bør registreres i et endringshåndteringssystem, slik at man raskt kan gå inn og se hva som er gjort på systemet den siste tiden.**

– **Det må implementeres bedre logikk rundt håndtering av stor belastning på AMKs systemer ved at systemet automatisk nedprioriterer uviktige oppgaver og uviktig informasjon.**

2.5.5 AMK-sentralenes og skadestedsledelses funksjon ved større ulykker

En viktig observasjon både ved hendelsene i regjeringskvartalet og på Utøya er at styringen og koordineringen av helseressursene i stor grad ble flyttet ut fra AMK-sentralene og til skadestedsledelsen ved fagleder helse. Både ved hendelsene i regjeringskvartalet og på Utøya (samleplass 2 ved Elstangen/Storøya) tok fagleder helse direkte kontakt med traumeleder på OUS, Ullevål for å avtale mottak av pasienter. Kontakten foregikk via mobiltelefon og var basert på personlig kjennskap. Under Utøya-aksjonen var det ingen kommunikasjon mellom fagleder helse og traumeleder eller andre ved akuttmottaket på Ringerike sykehus.

Gruppen er gjennom møte med involvert helsepersonell gjort kjent med at leger fra spesialisthelsetjenesten som deltok i aksjonene i regjeringskvartalet og ved Utøya, har stilt spørsmål om legevaktsleger har den nødvendige kompetansen til å fungere som fagleder helse ved større ulykker (M17).

Innenfor rammene av arbeidsgruppens rapport vil det ikke være mulig å foreta noen detaljert gjennomgang helsetjenestens skadestedsledelse og oppgavefordelingen mellom AMK og skadestedsledelsen. De ovennevnte observasjonene gir likevel grunn til å gjøre noen refleksjoner over fremtidig organisering og oppgavefordeling mellom ulike aktører ved større ulykker:

Det haster med å få på plass nasjonale IKT-krav til AMK- og legevaktssentral-systemet. Målet må være å få på plass robuste løsninger som sikrer at alle AMK-sentraler henger sammen i ett og samme system som sikrer kontinuitet og kapasitet, slik at de ulike sentralene kan avlaste hverandre eller ta over for hverandre.

personellressurser vil det heller ikke alltid være mulig å etablere en funksjon som fagleder helse. Dette var eksempelvis situasjonen på samleplass 1 ved Utvika kai under Utøya-aksjonen. Erfaringene tilsier at man bør ha en mer fleksibel definisjon av hvem som skal bekle funksjonen som fagleder helse. Tilgjengelig faglig kompetanse og lokale tilpasninger bør tillegges vekt.

Helsedirektoratet mener at oppgavefordelingen mellom AMK, skadestedsledelsen og lederen/koordinatoren ved sykehusenes akuttmottak må avklares nærmere og sees i sammenheng med hvilken kompetanse som er til stede ved AMK-sentralen og på skadestedet. Eksempelvis bør det tas hensyn til om AMK-legen er til stede på AMK-sentralen ved aksjoner.

Anbefalinger

Helsetjenestens skadestedsledelse må gjennomgås. Helsemyndighetene må sikre at det utarbeides felles nasjonale kvalifikasjonskrav og funksjonsbeskrivelser for fagleder helse og operativ leder helse. Funksjonsbeskrivelsene må inngå i helsetjenestens planverk.

– Funksjons- og ansvarsfordelingen mellom AMK, skadestedsledelsen og lederen/koordinatoren ved sykehusenes akuttmottak må gjennomgås og avklares.

– Dialog mellom skadestedsledelsen (fagleder helse) og sykehusenes akuttmottak bør foregå gjennom en logget linje i digitalt nødnett og ikke via mobiltelefon.

2.5.6

Varsling, styring og koordinering av luftambulanseressurser

Norge har 12 anestesilegebemannede ambulanshelikoptre fordelt på 11 baser, 6 anestesilegebemannede redningshelikoptre og 9 ambulanssefly bemannet med spesialsykepleiere fordelt på 7 baser.

I motsetning til flyambulansetjenesten (FW) er ambulanshelikoptertjenesten (RW) ikke styrt, samordnet eller koordinert verken på regionalt eller nasjonalt nivå. Av gjeldende rekvireringsretningslinjer for luftambulansetjenesten følger det at behov for ambulanshelikoptre skal meldes til lokal AMK-sentral. Lokal AMK-sentral skal vurdere behovet og varsle aktuell luftambulansbase gjennom dennes AMK-LA. Vakthavende lege ved luftambulansbasen har den endelige medisinskfaglige beslutningsmyndigheten for bruk av ambulanshelikoptre. Fartøysjef har beslutningsmyndighet i forhold til flyoperative vurderinger.

Medisinskfaglig beslutning om bruk av ambulanshelikoptre skal skje på bakgrunn av medisinske vurderinger, hvor også ressursituasjonen og forhold knyttet til forventet helsegevinst, blir ivarettatt. Ved uenighet mellom AMK-LA og luftambulanslegen i prioritering ved samtidighetskonflikter, eller hensyn til den totale beredskap, har vakthavende AMK-lege beslutningsmyndighet, dersom aktuelt

helseforetak ikke har egne retningslinjer som regulerer dette.

Ved aksjonen på Utøya deltok totalt 6 ambulanshelikoptre fra Statens luftambulansetjeneste (Lørenskog 1-1 og 1-2, Dombås, Ål, Arendal og Stavanger). I tillegg deltok redningshelikoptrene fra Ørlandet og Rygge. 3 Bell-helikoptre fra 720-skvadronen på Rygge deltok også i aksjonen, men deltok på oppdrag fra politiet.

Ambulanshelikoptrene foresto 10 av i alt 12 pasienttransporter fra Utøya til OUS, samt én pasienttransport til Drammen sykehus. De overflyttet også i alt 3 pasienter fra Ringerike sykehus. I tillegg til pasienttransporter utgjorde Luftambulansetjenesten en viktig ressurs med hensyn til transport av akuttmedisinsk kompetanse og utstyr ut til samleplassene ved Utøya.

Basert på en gjennomgang av rapporten fra Luftambulansetjenesten ANS og øvrig informasjon Helsedirektoratet har innhentet, fremgår det at 3 av 6 ambulanshelikoptre selv tok initiativ overfor AMK Oslo og Akershus eller AMK Buskerud til å fly mot Utøya for å bistå under aksjonene. Med andre ord var ikke deltakelsen deres primært et resultat av en anmodning om bistand fra lokal AMK eller R-AMK.

At alle de nevnte helikopterressursene var på plass da evakueringen av pasienter fra Utøya startet, var

Luftambulanseressurser ved Utøya-aksjonen

Foto:
Arild R.
Hansen



også preget av tilfeldigheter. Det vises til at helikopteret fra Arendal avleverte en annen pasient på OUS kl. 18.12, og at helikopteret fra Dombås hadde levert en pasient på sykehuset i Lillehammer kl. 18.31. Når det gjelder ambulanshelikopteret i Stavangers deltakelse i Utøya-aksjonen, var dette et resultat av at vakthavende helikopterlege kontaktet AMK Oslo og Akershus, som anmodet om bistand til aksjonen i regjeringskvartalet. Helikopteret tok av fra Stavanger kl. 16.31, men måtte på grunn av dårlig vær følge kysten fra Stavanger til Oslo og landet derfor først på OUS, Ullevål kl. 18.41. Som kjent ble aksjonen i regjeringskvartalet avsluttet i 17-tiden.

Vurderinger

Vakthavende ambulanshelikopterlege fungerer også som vakthavende AMK-lege ved flere AMK-sentraler, herunder AMK Oslo og Akershus og AMK Buskerud. Dette medvirker til at planen om at AMK-lege skal delta i beslutningen om bruk av ambulanshelikoptre, ikke fungerer etter intensjonen. Dette kan i sin tur medføre at det blir fattet beslutninger om bruk av ambulanshelikoptre uten at det er foretatt nødvendige strategiske vurderinger.

AMK Oslo og Akershus varslet ikke luftambulansetjenesten om eksplosjonen i Oslo den 22.juli. Luftambulansetjenesten har en viktig funksjon ved større ulykker, både i forhold til transport av akuttmedisinsk kompetanse og katastrofeutstyr ut til skadestedet, men også transport av alvorlig skadde til

sykehus ved lang transportavstand. Luftambulansetjenesten må derfor varsles ved slike hendelser, slik som rutinene tilsier.

Det ble foretatt vesentlige omdisponeringer av luftambulanseressursene i Sør Norge den 22.juli. Nærmeste ledige ordinære ambulanshelikoptre var i Bergen. Dette viser at det er behov for en bedre overordnet beredskapsstyring og disponeringen av ambulanshelikoptre i situasjoner som denne. Det må også vektlegges at avstanden fra Utøya til Oslo er relativt kort.

I tråd med rapporten fra Luftambulansetjenesten ANS, legger vi til grunn at det som følge av manglende samordning av flåtestyringen ikke var mulig for lokal AMK-sentral, det vil si AMK Buskerud, å se luftambulanseressurser fra Lørenskog-basen (2 ambulanshelikoptre), Stavanger-basen og redningshelikopteret fra Rygge. Mangelen på slike ressursoversikter svekker etter vår vurdering AMK-sentralens mulighet for en samordnet flåtestyring av involverte luftambulanseressurser.

Luftambulansetjenesten ANS har innhentet flight following-data fra involverte AMK-sentraler den 22. juli. De har konkludert med at flight following-funksjonen for involverte ambulanshelikopterressurser var svært mangelfull under aksjonen den 22. juli. Dokumentasjonen fra involverte AMK-sentraler med flight following-ansvar er også

svært mangelfull. Det hersket også tvil om hvilke AMK-sentraler som faktisk hadde ansvaret for flight following i de ulike fasene av aksjonen. Luftambulansetjenesten ANS konkluderer med at mangelfull flight following innebærer økt flyoperativ risiko.

Helsedirektoratets vurdering er at det verken er satt av nødvendige ressurser eller kompetanse

ved lokale AMK-sentraler til å styre, samordne, koordinere og dokumentere bruken av ambulanshelikopterressurser. Vi mener det er viktig at dette ivaretas, enten på regionalt eller nasjonalt nivå. Etter vår oppfatning vil ansvaret for eksempel kunne tillegges én eller noen få AMK-sentraler med dedikert og kvalifisert personell.

Anbefalinger

De regionale helseforetakene må sikre at det etableres systemer som gjør det mulig å holde oversikt over ambulans- og luftambulanseresurser på tvers av AMK, foretaks- og regionale nivå. AMK-sentralene bør også kunne avlaste hverandre og utnytte hverandres kompetanse og kapasitet.

Flight following-funksjonen må gjennomgås og styrkes både ved AMK-LA-sentraler og med hensyn til R-AMK-funksjonen. Dette arbeidet bør ledes av Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS i samarbeid med utvalgte AMK-LA-sentraler.

2.6

Kommunikasjon mellom helseressurser og med øvrige nødetater

Rask og sikker kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom helsetjenestens ressurser og de andre nødetatene er avgjørende for å kunne begrense skade, redde liv og sikre innsatspersonellet ved større hendelser og katastrofer. Tilgang til nødvendige ressurser, tilstrekkelig kapasitet og signaldekning i kommunikasjonsløsningen er nødvendig for at helsetjenesten skal kunne løse oppgavene sine tilfredsstillende.

2.6.1

Overgang til bruk av Nødnett

Nødetatene i Norge benytter generelt separate analoge sambandsløsninger med egen etats-spesifikk infrastruktur og etatsinterne radiokanaler. Disse løsningene har begrensninger både når det gjelder radiodekning, kapasitet, interoperabilitet og funksjonalitet. Helsetjenesten har et eget landsdekkende helseradionett, mens politiet har ett nett for hvert politidistrikt og brannvesenene har over 200 lokale netter. For kommunikasjon mellom etatene er det etablert noen felles kanaler for samhandling.

18. desember 2006 vedtok Stortinget at Justis- og politidepartementet kunne starte arbeidet med å levere et nytt digitalt kommunikasjonsnett – Nødnett – til 54 kommuner i østlandsområdet. Radionettet var ferdig utbygget i dette området i forkant av 22. juli 2011. Oslo var omfattet av utbyggingen, mens Utøya i Hole kommune ligger utenfor utbyggingområdet. På bakgrunn av erfaringer med

implementeringen av Nødnett på Østlandet vedtok Stortinget 9. juni 2011 at Nødnett skulle bygges ut i resten av landet.

Nødnett er et nytt felles digitalt radionett med god radiodekning og høy kapasitet basert på den europeiske TETRA-standarden. Sambandet er kryptert for å skjerme mot avlytting. Teknologien gir bedre muligheter for styring, koordinering og samhandling enn de tradisjonelle analoge nettene som benyttes i etatene. Nødnett har gjennomgående redundante løsninger, det vil si doble linjetilknytninger til basestasjoner og AMK-sentraler som sikrer drift og funksjonalitet dersom enkeltlinjer faller bort. Nødnett regnes som et mer robust kommunikasjons-samband enn det kommersielle mobilnettet. Nettet skal tåle bortfall av for eksempel strømforsyning, mobilnett og fasttelefoni.

Helsetjenesten hadde den 22. juli 2011 kommet langt i å ta i bruk det nye nødnettet. AMK-sentralene og bilambulansetjenestene som omfattes av det første utbyggingsområdet, benyttet Nødnett som sitt ordinære radionett. Kommune- og luftambulansetjenesten hadde ikke tatt i bruk nettet. I planen for overgang fra nytt til gammelt nett hadde helsetjenesten planlagt for aksjoner hvor brukere med både gamle og nye løsninger skulle gjøre innsats sammen.

AMK og bilambulansetjenestene hadde derfor utstyr som gjorde at de kunne kommunisere både over det nye og det gamle nettet i hele det aktuelle området.

Direktoratet for nødkommunikasjon (DNK) har på bakgrunn av det dokumenterte datagrunnlaget etter terroranslaget 22. juli 2011 utarbeidet en rapport som viser sambandstrafikk, bruksmønstre og kapasitet, og som peker på forbedringsområder for nødnettet. Under hendelsene iverksatte DNK varsling av driftsansvarlig for å sikre overvåking av basestasjoner og nettverkselementer i hendelsesområdet, og kunne raskt etter konstatere at Nødnett ikke var rammet. Det ble kartlagt at brukerne hadde tilgang til alle tjenester og basestasjoner i de berørte områdene. DNK kontaktet etatens drifts-sentre for å meddele at nødnettet ikke var rammet, og for å få tilbakemelding fra etatene om eventuelle problemer med ytelse eller kvalitet. Etatens driftssentre iverksatte tiltak for tilgang til teknisk personell (D22). Ledelsen i DNK tok kontakt med Helsedirektoratet og meldte om status for Nødnett regelmessig den 22. juli og gjennom helgen.

2.6.2 Samtidig bruk av nytt Nødnett og gammelt helseradionett

Ved hendelsene i Oslo og ved Utøya var det helsepersonell som benyttet normalt Nødnett som samband, mens andre fortsatt bare var tilgjengelige i det analoge helseradionettet. Dette ga noen utfordringer, men ble i hovedsak løst siden det på forhånd eksisterte prosedyreverk og rutiner for slike situasjoner.

Oslo:

Ved innsatsen i Oslo deltok i alt 70 ulike enheter fra helsetjenesten. De fleste enhetene var tilkoblet Nødnett. DNK registrerte aktivitet i 268 radio-terminaler fra helsetjenesten i Oslo under hendelsen (D22, D100). DNK har i sin rapport vist at kommunikasjonen i all hovedsak forgikk i såkalte talegrupper (forhåndsdefinerte samtalegrupper). Én-til-én-samtaler og SDS-meldinger (tekst-meldinger i Nødnett) ble i liten grad benyttet.

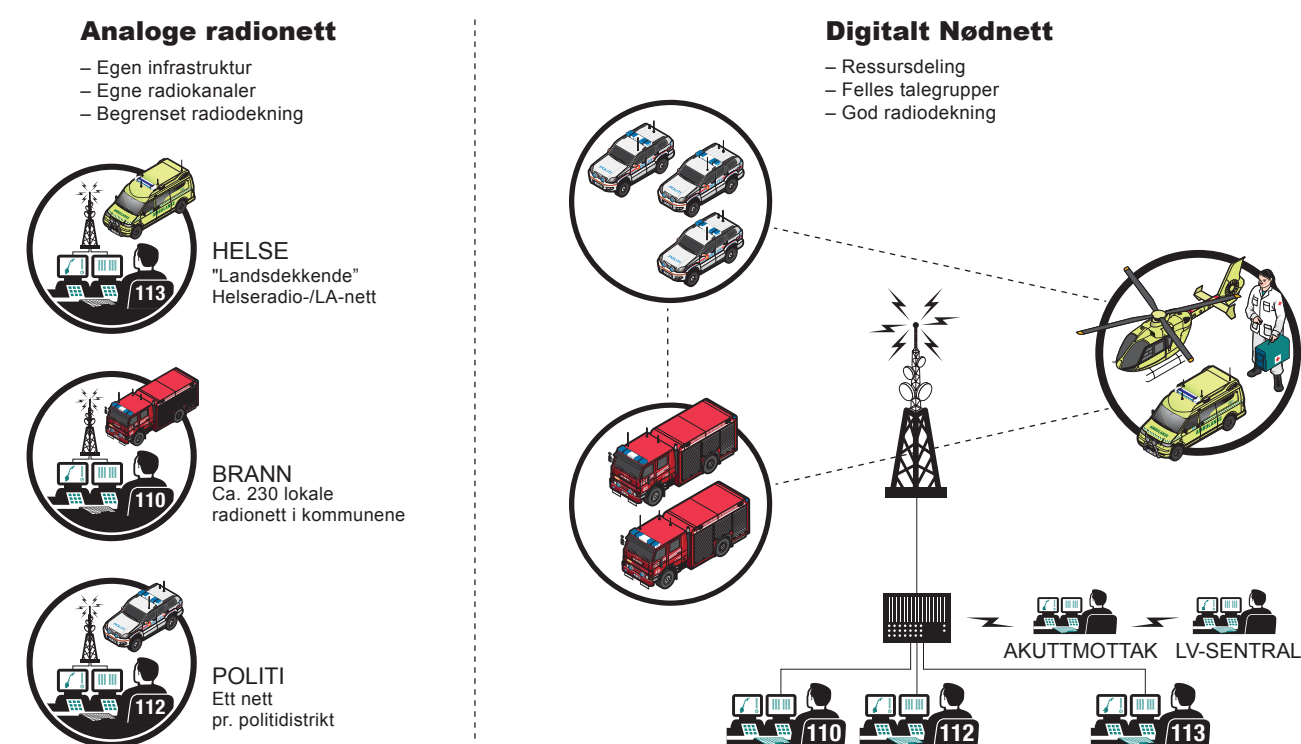
Aksjonen foregikk i Nødnett i ordinær talegruppe for ambulansetjenesten i Oslo. Generell drift ble flyttet til en annen talegruppe. AMK Oslo/Akershus aktiverte parallelt en kanal i helseradionettet for kommunikasjon med ressurser uten Nødnett. AMK beskriver trafikken der som minimal. Teknisk sammenkobling mellom nytt og gammelt nett ble ikke benyttet.

Ved innsatsen i Oslo ble det satt inn ekstra helse-team. Prehospital divisjon ved OUS har meldt at de ikke hadde tilstrekkelig sambandsutstyr til alle de ekstra helse-teamene, som derfor kun kommuniserte via mobilnettet.

Den felles tverretatlige talegruppen redning1 var ikke i bruk i initialfasen. Operativ leder helse oppgir at han ikke fikk kontakt med de operative lederne i de to andre etatene før de fikk visuell kontakt på

Hendelsene avdekket kommunikasjonsmessige utfordringer knyttet til overgangsfasen mellom gammel og ny sambandsløsning, bruk av mobiltelefoni, og til dels mangelfull utnyttelse av eksisterende Nødnett.

Figur 6: Overgang til digitalt Nødnett



skadestedet. Innsatsleders kommandoplass (KO) med fagleder brann, innsatsleder politi og operativ leder helse ble etablert etter ca. 27 min. Kommunikasjonen mellom disse lederne foregikk etter dette ansikt til ansikt. Det er ikke opplyst om noen manglende mulighet til å kommunisere mellom de tre etatenes innsatsledere fikk konsekvens for planlegging, gjennomføring og ivaretagelse av sikkerheten for innsatspersonellet.

Nødetatens operasjonssentraler i Oslo kommuniserte via telefonigrensesnittet på kontrollrommet. De tre sentralene har en dedikert talegruppe kalt 11X talegruppe. Denne talegruppen skal gi rask samtidig informasjonsutveksling mellom sentralene, hvor de tre sentralene simultant kan utveksle informasjon. Talegruppen ble ikke benyttet. Det opplyses at det ikke er etablert noen praksis for å benytte denne talegruppen ved trippelvarsling.

Helsetjenesten har meldt at brukerne opplevde at nødnettet fungerte godt. Vi har ikke fått noen opplysninger om hvordan ressursene som benyttet helseradionettet, opplevde kommunikasjonen og informasjonsflyten. De opplevde tilstrekkelig kapasitet og dekning for å kunne utføre sine oppgaver (D82,M17,M23).

All funksjonalitet var tilgjengelig under hele hendelsen. AMK Oslo/Akershus har meldt at nødnettet fungerte uten problemer også når flere av de andre styringssystemene i sentralen ikke klarte belastningen fra aksjonen (D82, M17, M23).

Utøya:

Ved hendelsen på Utøya var det til sammen 57 registrerte helseenheter som deltok i arbeidet (D100).

AMK-sentralen i Buskerud har som følge av Nødnett-utbyggingen fått delt operasjonsområdet i to:

- Søndre Buskerud, der Nødnett var utbygd.
- Nordre Buskerud, der Nødnett ikke var utbygd.

Dette er en følge av at utbyggingsområdene i første byggetrinn følger politidistrikt og ikke AMK-områder. Utøya ligger i nordre Buskerud, der Nødnett ikke er utbygd. I dette området benyttes hjemmehørende ressurser fra helsetjenesten og de andre nødetatene egne etatsvise analoge sambandsnett. Ambulansetjenesten som opererer i grenseområdet, har utstyr og kompetanse til å kommunisere over begge radionettene. Mange av ressursene som kom for å bistå i hendelsen, benyttet Nødnett som hovedsamband, mens andre var i det analoge helseradionettet. Nødnett hadde bare

delvis dekning. AMK Buskerud besluttet at kommunikasjonen skulle foregå over helseradionett, ettersom hendelsesstedet lå i Nordre Buskerud.

AMK iverksatte et aksjonssamband i området, og sambandet ble åpnet slik at brukerne ikke måtte sende oppkall for å kunne kommunisere over nettet. Det ble så vidt vi har forstått ikke benyttet felles redningskanal i de analoge nettene mellom nødetatene (M24). Kommunale helsetjenester kommuniserte i all hovedsak via mobiltelefon (D91,D95).

Ambulanseressursene, både de som var hjemmehørende i Buskeruds AMK-område, og de som ble sendt fra omkringliggende områder, hadde utstyr for å kommunisere over helseradionett.

Politiet i Nordre Buskerud og brannvesenet i henholdsvis Hole og Ringerike kommune opererte i sine analoge nett. Av innsatspersonell fra de ulike etatene og hjelpeorganisasjonene hadde mange nødnettutstyr, noen helseradionett, noen begge deler og noen kun mobiltelefon.

Det har ikke vært mulig å verifisere om den lokale redningsplanen for Nordre Buskerud politidistrikt og helsetjenestens beredskapsplaner inneholder en plan for hvordan samband i nye og gamle nett er tenkt å skulle benyttes ved en hendelse der dette er nødvendig.

Traumeleder ved Ringerike sykehus hadde ikke mulighet for kontakt med operativ leder / fagleder helse for å få oversikt over ventet pasientstrøm og dermed få oversikt over omfanget av hendelsen. Han var derfor i liten grad satt i stand til å kunne planlegge sine ressurser. Kontakt mellom ambulansene på stedet og akuttmottaket ved sykehuset var ikke mulig på grunn av stor pågang på telefonlinjene inn til akuttmottaket (M10).

Mobilnettet ble så langt det var mulig, benyttet som kommunikationsvei mellom fagleder helse og traumeleder ved OUS for å styre pasientstrømmen. Utrykkende team fra sykehusene hadde ikke med seg adekvat kommunikationsutstyr (D82,M10, M17 M24).

Direkte modus (DMO), en walkie talkie-funksjon mellom brukere med nødnettsradioer i helse, ble i liten grad benyttet. Helsetjenestens og de andre nødetatens brukere kunne ikke kommunisere i felles DMO-grupper som forutsatt, på grunn av ulik programmering av radioer i etatene.

Begrenset dekning og kvalitet på kommunikasjonen skapte usikkerhet ved kontrollpunkt for transport og evakueringssted på Storøya. Det kan ha vært medvirkende til at hardt skadde pasienter som ble triagert for direkte transport til OUS, ble kjørt

i ambulansetil Ringerike sykehus (D1). Flere har meldt at helseradionettet under hendelsen var ustabil og varierende og tidvis dårlig. Ved ett tilfelle tok operativ leder kontakt med AMK på mobiltelefon for å få AMK til å tilbake stille radiobetjeningsenheten som styrer helseradionettet lokalt, for å bedre funksjonaliteten og fremkommeligheten (D1, M17, M23, M24). Ulike aktører strevde med å få kontakt med hverandre grunnet ulike kommunikationsløsninger. Mobiltelefonnettet ble i området opplevd som ustabil, og innsatspersonellet kom tidvis ikke gjennom på nettet (M17, M23).

Vurderinger

Det fremkommer ikke av datainnsamlingen om det ved hendelsene i Oslo eller Utøya ble benyttet noen etablert plan for helsetjenestens kommunika-

sjon og sambandsbruk for store hendelser. Det kan synes som om det ikke foreligger noen planer for hvordan de tilgjengelige sambandene, helseradionettet og nødnettet skal sikre mulighetene for nødvendig kommunikasjon og informasjonsutveksling. Det kan se ut til at vurderinger og beslutninger om sambandsvei og kommunikationsløsning ble gjort fortløpende av helsepersonellet selv.

Opplysninger rundt hendelsene 22. juli, der aktørene hadde ulike kommunikationsløsninger, gir ingen holdepunkter for å si at innsatsen fra helsetjenesten ble hindret eller forsinket. Gjennomgangen av hendelsene viser at kommunikasjon mellom nytt Nødnett og det analoge helseradionettet skaper utfordringer og krever etablerte retningslinjer og planer for kommunikasjon.

Anbefalinger

Det må utarbeides retningslinjer for kommunikasjon mellom brukere av nytt digitalt Nødnett og brukere av analogt helseradionett i de kommende utbyggingsfasene av Nødnett.

– **Planer for organisering og bruk av samband må være etablert i organisasjonen for å gi oversikt ved hendelser og sikre informasjonsflyt. Planene må være omforent innad i helsetjenesten og avstemt med de andre etatene. Alt helsepersonell må være opplært og trent.**

– **Helsedirektoratet anbefaler i likhet med tjenestens egne vurderinger at ekstra sambandsutstyr bør anskaffes og være permanent tilgjengelig for ekstra innkalt personell og utrykkende team. Dette er viktig for å sikre samhandling, informasjonsflyt og koordinering.**

– **Etablerte rutiner for sammenkobling av og kommunikasjon over nytt og gammelt nett bør benyttes når man har tilreisende ressurser fra tjenesten utenfor utbyggingsområdet for Nødnett.**

2.6.3

Sårbarhet i bruk av offentlig mobilnett ved større hendelser

Under begge hendelsene 22. juli ble det offentlige mobilnettet utsatt for stor trafikkbelastning.

Belastningen på nettet ble enorm fra berørte og publikum, innsatspersonell uten radiotilknytting samt på grunn av tilstrømning av og aktivitet fra medieaktører som benytter seg av mobilnettet. Ekstra innsatspersonell som ikke opprinnelig var på vakt, men ble innkalt, hadde ikke tilgang til sambandsutstyr og kommuniserte via mobiltelefon. Kommunehelsetjenestene i Hole benyttet kun offentlig telenett i kommunikasjon under hendelsen, og Ringerike kommune var i liten grad tilgjengelig på helseradionettet og benyttet for det meste mobiltelefoni.

Kontakt mellom sentrale helseressurser som traume team, utrykkende team, kriseberedskap i kom-

mune, helseforetak og offentlig forvaltning foregikk via mobilnett.

Fra begge områdene beskrives mobilnettet av de sentrale aktørene i hendelsen som ustabil og tidvis utilgjengelig. Det skapte risiko og sårbarhet knyttet til tilgjengelighet av viktige ressurser, formidling av tidskritisk informasjon, oversikt, styring og koordinering av hendelse og innsats.

Informasjon som utveksles over mobiltelefon, er mellom to parter og fordrer at viktig informasjon videreføres til sentrale ressurser i hendelsen. Kommunikasjon over Nødnett gjør at det kan formidles informasjon samtidig til et stort antall aktører, og gir således en effektiviserings- og koordineringsgevinst.

Vurderinger

Bruk av mobiltelefon som kommunikationsvei ved større hendelser og katastrofer er sårbar. Risikoen

for at offentlig nett overbelastes er stor. Viktige aktører i hendelsen vil ikke ha prioritet ved redusert kapasitet. Mobilnettet er avhengig av kommersielle aktører og har ikke redundans ved skade på deler av nettet. Løsningen er derfor ikke robust slik at tidskritisk informasjon og nødvendig tilgjengelig-

het av sentrale ressurser kan sikres under store hendelser.

Ustabilitet og begrenset dekning vil kunne gi redusert talekvalitet og utgjøre en risiko for at det oppstår misforståelser og tap av informasjon.

Anbefalinger

Helsepersonell som er aktuelle ressurser i katastrofesituasjoner, og aktører som ivaretar kriseledelse og andre sentrale funksjoner, bør være definert som brukere og tilgjengelig i Nødnett.

2.6.4 Bruk av muligheter og funksjonalitet i nødnett

Terroranslaget i regjeringskvartalet var en stor og ekstraordinær hendelse med et stort antall skadde og berørte. Dette utløste mye kommunikasjons-trafikk og mange oppgaver som skulle løses.

Innføring av Nødnett har gitt helsetjenesten et mer robust sambandsverktøy. Sambandsutstyret er mer teknologisk utviklet og har funksjonalitet som kan effektivisere og sikre kommunikasjonen mellom aktørene i en hendelse.

Flere av enhetene som var involvert i innsatsen i Oslo, har meldt om problemer med å oppnå kontakt med AMK. De hadde tilgang i talegruppen, men fikk ikke svar fra AMK-sentralen. Problemet kan følgelig ikke tilskrives teknologien. Manglende kontakt må tilskrives manglende kapasitet i sentralen eller feil anvendelse av teknologien.

Sammenkobling av nytt og gammelt nett ble ikke foretatt, noe som ga AMK-personellet større utfordringer ved at de måtte overvåke aktiviteten i flere talegrupper og formidle nødvendig informasjon mellom disse.

Tekstmeldinger i Nødnett (SDS-meldinger) ble i liten grad benyttet. Ved å sende viktig informasjon via SDS-meldinger sikrer man at deltagere i en hendelse/aksjon mottar informasjonen samtidig. Informasjonen mottas av alle, uavhengig av om innsatspersonellet befinner seg i områder med mye støy, er opptatt med pasientbehandling eller i andre samtaler. Dette vil kunne redusere kommunikasjonsbehovet og øke tilgjengeligheten i AMK.

DNKs rapport fra hendelsen i Oslo viser at bare noen få av de tilgjengelige talegruppene i helsetjenesten ble benyttet. Overvåkingen viser stor aktivitet i aktive talegrupper. Mange aktører og stor aktivitet i talegruppen kan føre til at ressurser må

vente på tur for å få snakket. Kontinuerlig aktivitet og informasjonsflyt i talegruppen gjør det vanskelig for personellet å få med seg alt som blir sagt. Det å skille informasjon som er viktig for deres innsats kan være krevende. En seksjonering av innsatsen i flere talegrupper gjør at aktiviteten i hver gruppe blir mindre, og at informasjonsflyten og tilgjengeligheten for brukeren bedres.

Flere ressurser har meldt at de ikke fikk respons da de kalte opp AMK for å melde om viktig informasjon eller få nødvendige avklaringer. Operativ leder helse (OLH) har meldt at det er viktig av hensyn til organisering og styring av hendelsen at AMK er tilgjengelig for konferering. OLH ønsker prioritet i nettet for å sikre tilgang i talegruppe og kontakt med AMK. AMK-operatørene har muligheten til å velge hvilke talegrupper de skal overvåke. Overvåking av færre talegrupper gjør at operatøren har bedre forutsetninger for å skille ut og besvare oppkall uten å bli forstyrret av trafikk i flere talegrupper. En fordeling av og plan over hvilke talegrupper operatørene skal overvåke, bidrar til å fordele arbeidet i sentralen, sikre tilgjengelighet og på den måten bedre kvaliteten.

Seksjonering av innsats, bruk av flere talegrupper og fordeling med hensyn til overvåking av talegrupper i AMK krever en god beredskapsplan med en tilhørende sambandsplan. Den må være kjent av brukerne gjennom daglig bruk av prinsippene i planen også ved mindre hendelser. Valg og bytte av talegrupper krever at brukerne har fått god opplæring og føler seg trygge på hvordan de skal bruke utstyret. Slik trygghet kan bare opparbeides gjennom daglig bruk av utstyret og funksjonaliteten det består av.

Det ble ikke brukt en felles redningsgruppe med på tvers av alle nødetater, slik det var forutsatt i det overordnede sambandsreglementet for nødetatene og andre beredskapsbrukere. Dette kan ha ført til at tidskritisk informasjon i starten av hendelsen ikke

kom fram til alle etatene, og at etableringen av kommandoplass (KO) mellom den operative ledelsen i etatene ble forsinket av at de ikke klarte å finne hverandre på et uoversiktlig hendelsessted. Felles talegruppe for å sikre informasjonsflyt og tilgjengelighet mellom nødsentralene ble heller ikke benyttet.

Vurderinger

Nødnett fungerte godt under hendelsen i Oslo. Brukerne opplevde at forventet funksjonalitet var tilgjengelig, og at talekvaliteten og dekningen var tilfredsstillende.

Tilgjengelig funksjonalitet i Nødnett ble i liten grad benyttet. Helsetjenesten må ta nødnettsystemet i bruk på en slik måte at de utnytter mulighetene som ligger i det for å effektivisere og sikre innsatsen. Brukerne i helsetjenesten bør være kjent med og bevisst på hvordan nettet utnyttes optimalt, og ha etablerte retningslinjer for hvordan og når de forskjellige funksjonene skal benyttes. Det er viktig at funksjonalitet benyttes i brukernes daglige virke, slik at de opparbeider seg og vedlikeholder nødvendig kompetanse.

Anbefalinger

Tjenestene som er tilknyttet Nødnett bør ha gode planer og systemer for hvordan tilgjengelig funksjonalitet kan benyttes til å understøtte innsatser.

– **Helsetjenesten må ha omforente prosedyrer og regelmessige øvelser for samhandling i og bruk av Nødnett innad i egen organisasjon og med andre nødetater på lokalt plan. Alt helsepersonell i vakt bør omfattes av dette.**

2.7 UTVALGTE AKUTT MEDISINSKE LÆRINGSOMRÅDER

2.7.1 Innkalling av personell

Det var betydelig tilgang på helsepersonell den 22. juli. Tilgangen synes i noen grad å være et resultat av varsling fra arbeidsgiver, men også et resultat av at mange ble gjort kjent med hendelsene gjennom media. Hadde hendelsene skjedd om natta eller på et tidspunkt hvor langt færre følger med på mediebildet, ville trolig antallet helsepersonell som møtte frem uten å ha mottatt innkalling, vært sterkt redusert.

Flere av de involverte helsetjenestene har forklart at systemene de har for varsling og innkalling av personell, hovedsakelig baserer seg på at ledere manuelt må ringe eller sende tekstmeldinger (SMS) til ansatte.

Ordningene anses som ressurskrevende og personavhengig og med en betydelig risiko for svikt. Det vises i den sammenheng til at flere ledere erfarte at medarbeidere som var på ferie, ikke besvarte telefonhenvendelser, og at man derfor manuelt

måtte legge igjen talemelding på telefonsvarer eller sende SMS, noe som var svært tidkrevende. Fra prehospital divisjon ved OUS er det rapport om at varslingen ble noe tilfeldig, og at man hadde liten oversikt over hvem som hadde anledning til å møte og hvem som faktisk møtte.

Enkelte virksomheter har derimot etablert systemer for automatisert varsling av ansatte. Dette er systemer der meldinger sendes ut for eksempel som innleste talemeldinger eller SMS til mottakerne. Varslingssystemet kan nivådeles ved at man for eksempel varslar om obligatorisk oppmøte, beredskap i hjemmet eller oppdekking av vakter for arbeidende personell.

Varslingssystem kan også tilpasses slik at mottakerne responderer med tastevalg, for eksempel: 1 = hørt meldingen – kan ikke komme, 2 = hørt meldingen – kan møte i løpet av 3 timer, 3 = hørt meldingen – kan møte umiddelbart. På bakgrunn av denne responsen lager systemet en oppdatert rapport over det antallet personer som kan møte på jobb til ulike tidspunkter. Ved å dele inn i ulike personellgrupper kan man også få mer spesifikke ressursoversikter, for eksempel oversikter over leger, sykepleiere og annet personell.

Anbefalinger

Helsevirksomheter med viktige beredskapsfunksjoner må etablere funksjonelle og sikre systemer for varsling av akuttmedisinske ressurser og innkalling av personell.

2.7.2 Triage av pasienter ved større ulykker

Med triage menes systematisk kategorisering av pasientenes tilstand og behandlingsbehov ut i forhåndsdefinerte faste kriterier. Hensiktene er å skille mellom pasienter som er kritiske skadd, alvorlig skadd, lite skadd og døde. Noen triageringsystemer angir også hvordan pasientene skal fordeles mellom behandlingsnivåene i den stedlige helsetjenesten. Triagering på et skadested skal sikre at de pasientene som har alvorlig svikt i livsfunksjonene raskt får hjelp og først blir brakt til sykehus med riktig kompetanse. Samtidig skal systemene sørge for at pasienter med mindre behandlingsnivå systematisk blir vurdert og prioritert slik at de får hjelp uten å overbelaste behandlingsskapiteten innledningsvis.

Per i dag finnes det i Norge ikke noe nasjonalt system for triage av pasienter. Samtidig er det i ferd med å bli etablert flere ulike systemer ved ulike tjenester og helseforetak. Et eksempel på dette er sykehusområdet Vestfold og Telemark, som er i ferd med å implementere METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System).

OUS mottok i alt 31 pasienter fra hendelsene i regjeringskvartalet og på Utøya. Av disse hadde 20 pasienter en ISS-Score ≥ 16 , det vil si alvorlige skader. 11 pasienter hadde en ISS-Score < 16 , det vil si moderate til lettere skader. 1 av 31 pasienter døde etter ankomst til sykehus. I møte med Helsedirektoratet den 31. januar 2012 opplyste traumeledelsen ved OUS at 3 av 10 pasienter fra regjeringskvartalet kunne ha blitt behandlet ved

et annet og mindre spesialisert sykehus enn OUS Ullevål uten vesentlig tap av behandlingskvalitet. ISS-scoren for pasientene som ble brakt til OUS fra Utøya, indikerer også at én eller flere av disse pasientene kunne ha blitt behandlet ved et annet og mindre spesialisert sykehus enn OUS Ullevål uten vesentlig tap av behandlingskvalitet.

Samlet sett indikerer dette en god prehospital triagering av de pasientene som ble sendt til OUS, Ullevål. Likevel vises en viss tendens til overtriagering. Overtriageringen fikk ingen uheldige konsekvenser, siden OUS hadde betydelig utnyttet behandlingsskapiteten.

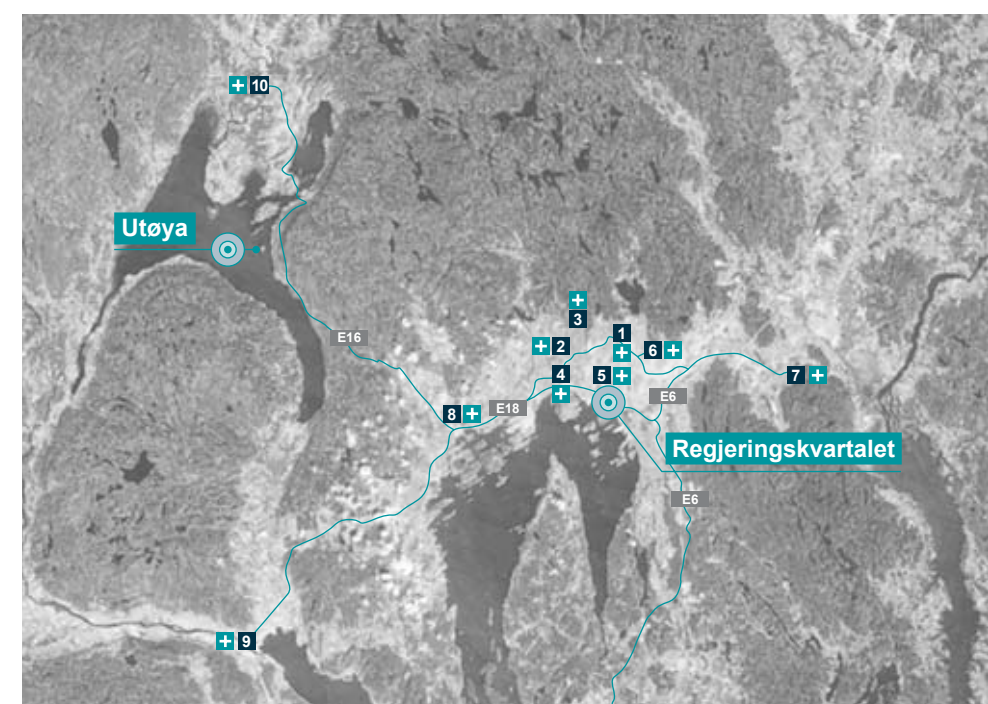
Ringerike sykehus mottok i alt 35 pasienter. 17 av disse ble behandlet poliklinisk, mens 18 ble innlagt på sykehuset. 7 av disse hadde så vidt alvorlige skader at de senere ble overflyttet til traumesenteret ved OUS, Ullevål. At et så stort antall pasienter uten behov for sykehusinleggelse ble transportert til Ringerike sykehus, kan dels forklares med at Ringerike interkommunale legevakt er samlokalisert med sykehuset, og at det derfor var naturlig å transportere pasienten dit. Alle pasientene ble tatt i mot i sykehusets akuttmottak. Legevakten mottok ingen av disse pasientene. Legevakten som var i beredskap med personell og utstyr, kunne ha avlastet akuttmottaket i stor grad. Hvorvidt det kan anses som feilvurderinger å transportere de 7 pasientene til Ringerike sykehus i stedet for til OUS direkte, er avhengig av begrunnelsen for valget. Det har ikke lyktes Helsedirektoratet å bringe klarhet i dette.

Sykehus i den berørte regionen

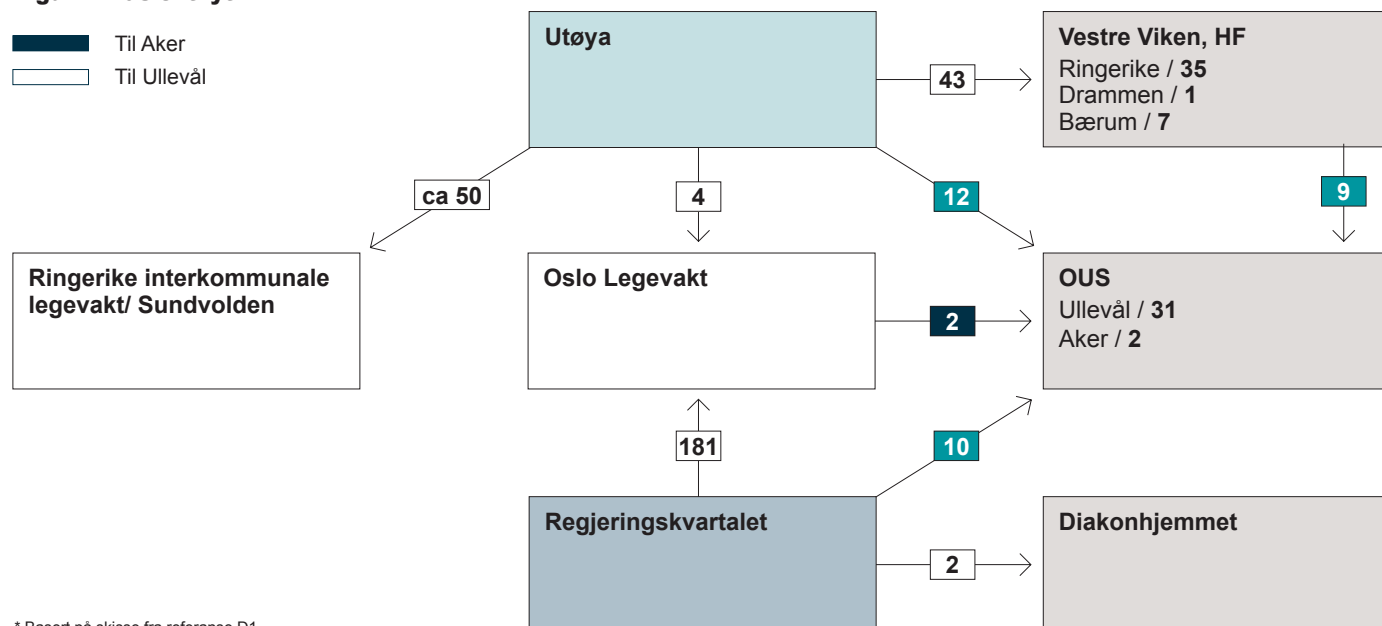
- 1 OUS, Ullevål
- 2 OUS, Rikshospitalet
- 3 Oslo kommunale legevakt/ OUS skadepoliklinikk
- 4 Diakonhjemmet
- 5 Lovisenberg
- 6 OUS, Aker
- 7 AHUS
- 8 Bærum sykehus
- 9 Drammen sykehus
- 10 Ringerike sykehus

+ Sykehus

Foto: norgebilder.no



Figur 7: Pasientflyt*



* Basert på skisse fra referanse D1

Den gode triage som ble utført prehospitalt har sammenheng med at det var rutinerne akuttmedisinere som foresto denne. I situasjoner der man ikke disponerer denne typen kompetanse, vil god triagering i stor grad være avhengig av at det er etablert enhetlige systemer for triagering.

At ulike helseforetak utvikler forskjellige systemer for triagering av pasienter, vurderes som svært uheldig, særlig i situasjoner der tjenester fra ulike foretak skal samhandle. Hendelsene i regjeringskvartalet og på Utøya den 22. juli er eksempler på dette.

Frem til de regionale helseforetakene (RHF-ene) og helseforetakene (HF-ene) ble etablert i 2002, hadde man et beredskapssamarbeid mellom sykehusene i Oslo-området, det såkalte HSBO (Hovedsykehus-beredskapen i Oslo-området). HSBO-planene for håndtering av kriser og katastrofer la opp til en fordelingsnøkkel av pasienter mellom Oslo-sykehusene ved større hendelser.

Etter at RHF-ene overtok ansvaret for organisering av spesialisthelsetjenesten, ble dette samarbeidet utviklet. Etter det Helsedirektoratet vet, er det ikke vedtatt noen ny nøkkel eller andre kriterier for fordeling av traumepasienter i Helse Sør-Øst enn de som fremgår av Helse Sør-Øst RHF's styresak 086/2010 av 16. desember 2010. Her fremgår det at traumepasienter skal bringes direkte til traume-

senter hvis transporttiden er på mindre enn 30 minutter. Dersom transporttiden til traumesenter er på mer enn 30 minutter, skal pasienten transporteres til lokalt sykehus med traumefunksjon for stabiliserende behandling. Sykehus med traumefunksjon er akuttisykehus med definert og etterprøvd minimumskompetanse og infrastruktur til å ta imot og behandle skadde pasienter samt klare kriterier for overflytting av alvorlig skadde pasienter til traumesenter.

Helsedirektoratet har fått opplyst at beslutningene om hvilke pasienter som skulle transporteres til hvilket sykehus fra både regjeringskvartalet og Utøya, i stor grad ble fattet gjennom en dialog mellom helsepersonell på skadestedet og leder for traumeteamet på OUS, Ullevål. AMK Buskerud og AMK Oslo og Akershus var i liten eller ingen grad involvert i disse beslutningene.

Både ved eksplosjonen i regjeringskvartalet og ved skytingen på Utøya ble det besluttet å bringe nær sagt alle skadde pasienter til OUS, Ullevål inntil man nådde kapasitetstaket.

OUS opplyser i sin evalueringsrapport at det i initialfasen var lite personell i akuttmottaket, noe som blant annet førte til situasjoner med mangel på utstyr og medikamenter. Deretter var det i praksis tilstrekkelig med ressurser til å ta imot et langt større antall pasienter.

Vurderingene knyttet til felles triage-system understøttes av erfaringene fra terroraksjonene i Madrid 11. mars 2004, som resulterte i 1800 mindre alvorlig skadde, 344 kritisk skadde og 192 døde. Et hovedfunn fra gjennomgangen av helseinnsatsen etter dette terrorangrepet var svikt i fordelingen av pasienter til ulike sykehus.



Utøya

Foto:
REUTERS
Lasse Tur

I henhold til politiets logg fra aksjonen forelå det frem til kl. 19.15 konkrete mistanker om at det befant seg ytterligere to gjerningsmenn på Utøya.

OUS, Ullevål har den beste kompetansen til å ta imot og behandle traumer i Helse Sør-Øst, og det er som hovedregel derfor vil riktig å bringe slike pasienter til OUS. Vi anser likevel at det vil være riktig å ha en alternativ plan for hendelser som innebærer evakuering av et stort antall skadde i løpet av kort tid.

Det er også viktig at prioritering av pasienter til traumesenter foretas med henblikk på å sikre behandling på adekvat nivå. Å transportere et stort antall skadde til et traumesenter vil bare være adekvat så lenge man har ledig behandlingsskapitet. Dersom dette blir til hinder for mottak og behandling av pasienter som har behov for den spesialkompetansen man har på traumesenteret, for eksempel innen nevro- og thoraxkirurgi, vil en slik prioritering likevel ikke være adekvat.

Vurderingene våre på dette punktet understøttes av erfaringene fra terroraksjonene i Madrid 11. mars 2004, som resulterte i 1800 mindre alvorlig skadde, 344 kritisk skadde og 192 døde. Et hovedfunn fra gjennomgangen av helseinnsatsen etter dette terrorangrepet var svikt i fordelingen av pasienter til ulike sykehus.

2.7.3 Politiets helseinnsats under aksjonen på Utøya

Tjenestemennene fra politiets beredskapstropp

og Nordre Buskerud politidistrikt var de første som kom i land på Utøya, og disse hadde en viktig funksjon med hensyn til å yte livreddende førstehjelp til skadde.

Situasjonsforståelse

I henhold til politiets logg fra hendelsene i Oslo og på Utøya, var det kjent for politiet allerede kl. 18.19 at bombebilen i Oslo var utleid til gjerningsmannen. Kl. 18.50 var det klart at fluktbilens eier var den samme. Fluktbilen ble identifisert på Utvika kai. På bakgrunn av dette besluttet politiet å evakuere samleplass 1 på Utvika kai.

Kl. 18.33 ble gjerningsmannen pågrepet av mannskaper fra politiets beredskapstropp. Basert på omfanget av skadde og døde på Utøya, vurderte tjenestemennene og innsatsleder det som overveiende sannsynlig at det måtte være mer enn én gjerningsmann. Den videre aksjonen ble planlagt ut fra denne situasjonsforståelsen.

I henhold til politiets logg fra aksjonen forelå det frem til kl. 19.15 konkrete mistanker om at det befant seg ytterligere to gjerningsmenn på Utøya.

Søk, evakuering og behandling av skadde

Livreddende førstehjelp innebærer å sikre vitale funksjoner som respirasjon og frie luftveier samt å stanse større blødninger. Traumatiske skader, og særlig skuddskader, er ofte assosiert med livstru-

ende blødninger. Ved indre blødninger i for eksempel bryst og mageregionen, som ikke er tilgjengelig på annen måte enn gjennom kirurgi, vil tiden fra skadetidspunktet til mottak på sykehusavdeling med skadekirurgisk kompetanse være avgjørende for utfallet.

Det vil vanligvis kunne etableres blødningskontroll på blødninger fra ekstremitetsskader ved hjelp av trykkbandasjer. Der dette ikke gir nødvendig effekt, eller man av andre hensyn, for eksempel tid, ikke har mulighet til å anlegge trykkbandasje, vil bruk av avsnøringer (tourniquet) kunne være livreddende. Skader i brysthulen vil kunne medføre sammenfall av lunge med mulighet for at hjertets pumpeevne blir påvirket, såkalt overtrykkspneumothorax. Drenasje av luft eller blod fra brysthulen vil da kunne være livreddende. Slik drenasje i en feltsituasjon som denne kan foretas ved å anlegge grove vene-kanyler.

Politiets beredskapstropp er organisert i lag/team med spesialkompetanse på ulike oppgaver. Hvert team har en Medic med særlig kompetanse i å yte livreddende førstehjelp. I tillegg til grunnutdanning i førstehjelp har disse også tatt diverse kurs, herunder krigskirurgikurs, Prehospital Trauma Life Support mv. Medic har fått delegert ansvar fra lege til å administrere morfin, opiatantidot og kvalmestillende og gi intravenøs væskebehandling på indikasjon. De har også utstyr for å sikre frie luftveier.

Etter pågripelsen ble det sendt ut flere lag fra politiets beredskapstropp med ordre om å lete etter flere gjerningsmenn, og samtidig prioritere identifisering og evakuering av skadde. Tjenestemennene har forklart at man under søket fant mange døde, men også noen overlevende med skuddskader i hode, bryst, mage og ekstremiteter. Av behandlingstiltak har tjenestemennene beskrevet at man hos flere pasienter anla tourniquet på blødende ekstremitetsskader. En pasient fikk anlagt svelgtube for å sikre frie luftveier. En annen pasient fikk anlagt thoraxdren på grunn av uttalt pustebevis, med to grove kanyler. Fra Ringerike sykehus er det også rapportert om at en pasient ankom sykehuset med trykkbandasje som var anlagt med et ammunisjonsmagasin. Helseinnsatsleder antar at dette er gjort av polititjenestemennene på Utøya.

Opplysningene fra polititjenestemennene stemmer godt overens med de opplysningene vi har mottatt fra involvert helsepersonell på samleplass 1 ved Utvika kai, som rapporterte at man fra ca. kl. 18.50 mottok flere pasienter med tourniquet, at en pasient med thoraxskade fikk anlagt thoraxdren, samt at to pasienter ble intubert.

Helseinnsatsleder har ikke pasientdata som gjør det mulig for oss å vurdere behandlingssinnsatsen

med hensyn til den enkelte pasient. Basert på de opplysningene vi har fått, vurderer vi det slik at polititjenestemennenes behandlingssinnsats bidro til å stabilisere pasienter med alvorlige blødnings-tilstander og ved å sikre frie luftveier. Tilsvarende anser vi at anleggelse av thoraxdren var stabiliserende hos en pasient med sannsynlig pneumothorax. Behandlingssinnsatsen anses å være i

Helseinnsatsleder vurderer at

politiets beredskapstropp utførte viktige

behandlingstiltak på høyt nivå hos alvorlig

skadde pasienter.

tråd med tjenestemennenes instruks og utdanning innen skadehåndtering. Helseinnsatsleder vurderer at politiets beredskapstropp utførte viktige behandlingstiltak på høyt nivå hos alvorlig skadde pasienter.

Av øvrige opplysninger som er innhentet fra involvert helsepersonell, fremgår det at overlevende som ankom Utvika kai, informerte om at det på Utøya befant seg flere pasienter med behov for medisinsk bistand fra helsepersonell. På tross av at Utøya på dette tidspunktet ikke var klarert, det vil si vurdert som sikker av politiet, tok en lege og tre fra ambulansetjenesten seg over til Utøya i båt. Det er anslått at disse ankom Utøya ca. kl. 19.40. Etter å ha kjørt rundt øya ankom de brygga på Utøya, hvor innsatsleder ga klarsignal til at de kunne komme i land. Ca. 10 minutter senere ankom neste båt med helsepersonell, tre leger, en sykepleier og tre fra ambulansetjenesten. Helsepersonellet etablerte seg i hovedhuset på Utøya under politibeskyttelse. Etter hvert deltok de også i søk og evakuering av skadde under politibeskyttelse. I møte med politiets beredskapstropp ble innsatsleder spurt om det ville ha vært mulig å tillate helsepersonell å komme i land på Utøya tidligere. Innsatsleder mente dette ikke hadde vært aktuelt på grunn av den uavklarte sikkerhetssituasjonen.

I ettertid er det reist spørsmål ved om helsepersonell med spesiell trening skal kunne operere i usikret område. Denne problemstillingen er diskutert i kapittelet Akuttmedisinsk innsats på usikre skadesteder.

2.7.4 Katastrofeberedskap og informasjonsflyt

Beslutningen om å iverksette katastrofeberedskap (grønn, gul eller rød beredskap) fattes i prinsippet av det enkelte sykehusets – eller helseforetakets

Politiets beredskapstropp er organisert i lag/team med spesialkompetanse på ulike oppgaver. Hvert team har en Medic med særlig kompetanse i å yte livreddende førstehjelp. I tillegg til grunnutdanning i førstehjelp har disse også tatt diverse kurs, herunder krigskirurgikurs, Prehospital Trauma Life Support mv. Medic har fått delegert ansvar fra lege til å administrere morfin, opiatantidot og kvalmestillende og gi intravenøs væskebehandling på indikasjon. De har også utstyr for å sikre frie luftveier.

– ledelse, men er i praksis delegert til koordinator eller leder av sykehusenes akuttmottak. Beslutningen om å avvike beredskap fattes etter de samme prinsippene.

Katastrofeberedskap og innkalling av personellressurser er svært kostnadskreven og bør bare iverksettes når det er behov for dette. Erfaringene fra hendelsene 22. juli har vist at behandlingsskapasiteten for alvorlig skadde er betydelig i Osloområdet. Erfaringene bør danne grunnlag for en revisjon av gjeldende beredskapsplaner.

Flere involverte sykehus som var satt i beredskap den 22. juli, har informert Helsedirektoratet om at de ikke ble holdt oppdatert på utviklingen i aksjonene og hvilket pasienttilfang man kunne forvente. Dette var en kilde til betydelig frustrasjon både for ledelsen og ansatte.

Å sikre god informasjonsflyt mellom ulike nivåer er en betydelig utfordring ved større ulykker, og omfatter ulike deler av helsetjenesten og helseforvaltningen:

- operativt nivå, det vil si skadestedsledelse, legevakt, sykehusavdelinger
- lokalt taktisk nivå, det vil si kommuneledelse, HF/sykehusledelse
- regionalt strategisk nivå, det vil si fylkesmenn, regionale helseforetak
- nasjonalt strategisk nivå, det vil si direktorat, departement og regjering

Erfaringer fra andre større ulykker, for eksempel Sleipner-ulykken, viste også svikt i informasjonsflyten mellom sykehus i beredskap. Sett i sammenheng med erfaringene fra hendelsene den 22. juli, tilsier dette at man bør planlegge slik informasjonsflyt på en bedre måte. Helsedirektoratet ser det som en naturlig del av de regionale helseforetakenes ansvar å gjennomgå dette.

Anbefalinger

De regionale helseforetakene eller det helseforetak de delegerer oppgaver med katastrofeledelse til, må sikre at alle involverte sykehus holdes fortløpende orientert om utviklingen i krisesituasjoner. Dette er viktig for at andre sykehus skal kunne bestemme sitt beredskapsnivå.

2.7.5

Akuttmedisinsk innsats på usikre skadesteder

De fleste pasientene fra regjeringskvartalet ble raskt evakuert og sendt til sykehus i ambulanse. 3 alvorlig skadde pasienter ankom imidlertid sykehus først etter henholdsvis 1 time 15 min, 1 time 39 min og 1 time 50 min etter eksplosjonen. Gitt at det var kort transporttid (maks 5 min) og at det var tilnærmet ubegrensede helsepersonell- og transportressurser (ambulanser) til stede, er det grunn til å tro at disse ankomsttidene i hovedsak skyldes at søk og evakuering av skadde fra bygningsmassene tok tid.

Skadestedet i regjeringskvartalet var stort, lite oversiktlig og vanskelig tilgjengelig for søk etter skadde på grunn av sammenrast inventar. Under aksjonen tok en lege og en redningsmann fra luftambulansetjenesten initiativ til å bistå brannmannskapene under søk etter skadde og overlevende i bygningsmassene.

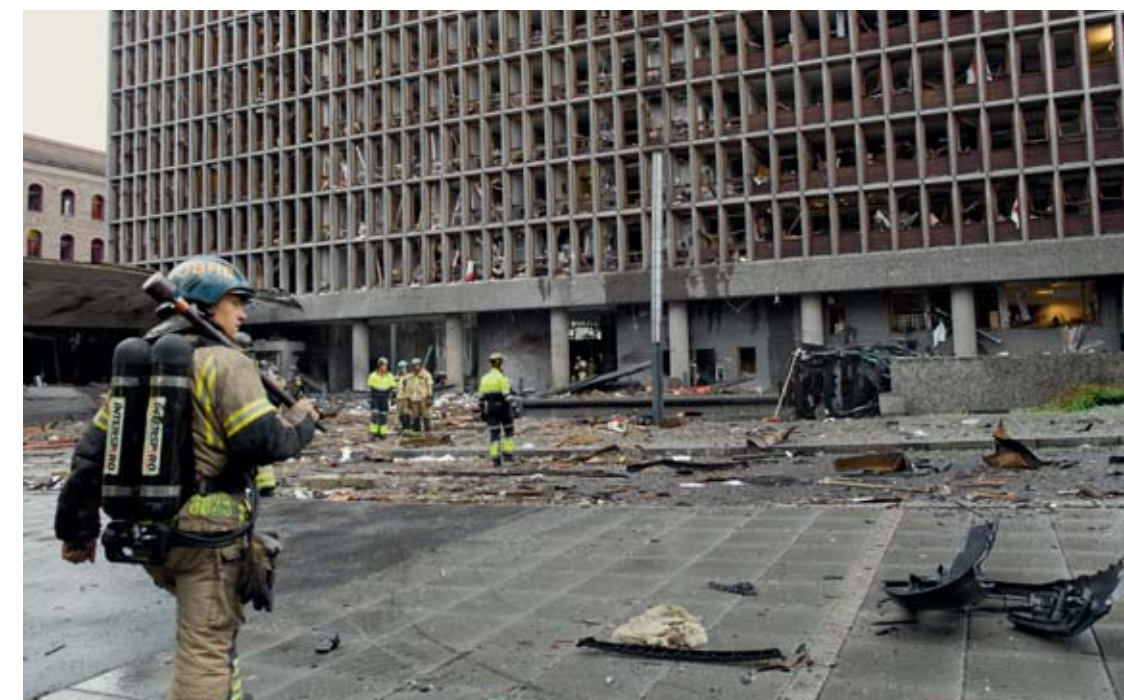
Under Utøya-aksjonen ble skadesteds- og motaksområdet lenge ansett som utrygt. Ved samle-plass 1 ved Utvika kai var denne risikovurderingen begrunnet i at man først observerte nedslag av prosjektiler i nærheten av samle-plassen. I tillegg mente man at det forelå betydelig risiko for at gjerningsmannens bil, som var parkert på brygga, kunne inneholde eksplosiver. Dette medførte at politiet initialt ikke tillot ambulanser å kjøre frem til Utvika kai. Man besluttet på et tidspunkt å evakuere samle-plass 1.

Politiet hadde lenge indikasjoner på at det befant seg flere gjerningsmenn på Utøya. Man hadde også mistanke om at gjerningsmannen hadde utplassert sprenglegemer der. Dette medførte at politiet initialt anså Utøya som usikkert område og de derfor ikke slapp helsepersonell i land.

Parallelt med dette bistod en rekke frivillige (turister og andre) med å evakuere skadde fra Utøya i båter, samt med å yte bistand til mottak og bæring av pasienter fra Utvika kai til ventende ambulanser.

Redningsmannskap ved regjeringskvartalet

Foto:
SCANPIX
Thomas
Winje
Øijord



Andre akuttmedisinske oppdrag med økt risiko

Også i normalsituasjoner vil ambulanspersonell måtte løse oppdrag med økt risiko. Eksempler på dette vil kunne være oppdrag med:

- Vold og slagsmål
- Husbråk
- Skyting/knivstikking
- Utagerende /voldelige pasienter
- Selvmordsforsøk med våpen

Utrykning til skadested/adresse hvor det antas at en gjerningsmann med våpen er til stede defineres som "skarpe oppdrag" og løses rutinemessig i samarbeid med politiet. Hovedregelen ved skarpe oppdrag er at helsepersonell ikke går inn før politiet har klarert/sikret åstedet, det vil si pågrepet gjerningsmannen eller forvisset seg om at gjerningsmannen ikke er til stede. At ambulanspersonellet i slike situasjoner avventer politiets klarering av åstedet har vært gjenstand for diskusjon både i media og i fagmiljøet fordi man mener liv kunne ha vært reddet ved tidligere helseinnsats. I det videre arbeid med denne problemstilling må man vurdere og definere grader av risikosoner. Forsvarets kunnskap og erfaring bør trekkes inn i dette arbeidet

Mer om aksjonen i regjeringskvartalet

Helsedirektoratet har ingen indikasjoner på at tidligere evakuering av skadde fra regjeringskvartalet ville hatt konsekvenser for utfallet for noen av de tilskadekomne. Samtidig anser vi at erfaringene

fra aksjonen gir grunnlag for å se nærmere på om helsepersonell skal kunne medvirke til raskere evakuering av skadde fra liknende skadesteder.

Helsedirektoratet vurderer at helsepersonell med adekvat verneutstyr, dvs hjelm, adekvat bekledning, hansker, og eventuelt åndedrettsvern (maske/filter) vil kunne bistå brannvesen og politi med søk og utbæring av skadde fra sammenraste bygningsmasser. Ved terroraksjoner vil slik innsats forutsette at brannvesen eller politi har klarert skadestedet i forhold til andre risikofaktorer som for eksempel flere bomber, radioaktiv forurensning eller farlige gasser. En annen og viktig forutsetning er at helsepersonell som skal bistå i slike situasjoner har nødvendig opplæring, at de er øvet i samarbeid med brannvesen og politi, samt at innsatsen styres og koordineres av skadestedsledelsen.

Mer om aksjonen på Utøya

Helsedirektoratet har lagt til grunn at skytingen på Utøya startet ca kl 17.10 og at gjerningsmannen ble pågrepet kl. 18.33. Siste pasient ble evakuert fra Utøya kl. 20.39 og ankom OUS, Ullevål, kl. 21.49. Det at det forløp mer enn 2 timer mellom pågripelse og opphør av skytingen, og evakuering av siste pasient fra Utøya.

Rask evakuering av pasienter med alvorlige skader til sykehus med traumemottak har som tidligere nevnt betydning for utfallet, særlig ved skader i store blodårer, indre organer og hodet.

Med den kompetanse og det utstyr medisinsk utrykningspersonell har i dag for å kunne yte helsehjelp eller evakuering i høyrisikoområder, anser Helsedirektoratet det ikke som realistisk at helsepersonell kunne ha ytt helsehjelp på Utøya mens det fortsatt foregikk skyting der.

I ettertid er det blitt spekulert på om det hadde vært mulig å redde flere liv dersom politiet hadde pågrepet gjerningsmannen på et tidligere tidspunkt. Om flere liv kunne ha vært reddet ved tidligere pågripelse av gjerningsmannen, vil blant annet avhenge av om man gjennom dette kunne ha begrenset antallet ungdommer som ble skutt, og om flere av de som allerede var, eller ble skutt, kunne ha vært reddet gjennom tidligere helseinnsats.

Livreddende førstehjelpstiltak kan både ytes av politi og helsepersonell. Politiets behandlingsinnsats på Utøya er diskutert i eget avsnitt; *Politiets innsats under aksjonen på Utøya*. Politiet anså det som sannsynlig at det var flere gjerningsmenn og at det på bakgrunn av gjerningsmannens tidligere handlinger i regjeringskvartalet anså det som sannsynlig at han kunne ha utplassert sprenglegemer på Utøya eller på Utvika kai.

Med den kompetanse og det utstyr medisinsk utrykningspersonell har i dag for å kunne yte helsehjelp eller evakuering i høyrisikoområder, anser Helsedirektoratet det ikke som realistisk at helsepersonell kunne ha ytt helsehjelp på Utøya mens det fortsatt foregikk skyting der.

Helsedirektoratet har i møte med Folkehelseinstituttets avdeling for rettspatologi og klinisk rettsmedisin drøftet om de rettsmedisinske undersøkelsene har kunnet bringe på det rene om man gjennom tidligere helseinnsats kunne ha reddet livet til flere av de som døde på Utøya. Avdelingen anser det som vanskelig å fastslå om dette hadde vært mulig.

Vi er kjent med at ingen pasienter døde på vei til sykehus, en pasient døde på sykehus av omfattende skader.

Vurderinger

For å sikre at voldsofre med ikke umiddelbart dødelige skader skal kunne reddes ved tidlig helseinnsats må helseinnsats på usikre skadesteder diskuteres videre. Forsvaret med sin løpende erfaring fra helseinnsats i skarpe soner (bl.a. Afghanistan) har både kunnskap og praktisk erfaring som vil være viktige å få med i dette arbeidet.

Helsedirektoratet mener at man med utgangspunkt i aksjonene i regjeringskvartalet og på Utøya, men også andre skarpe oppdrag, må se nærmere på mulighetene for at helsepersonell skal kunne bistå politi – og eventuelt og brann- og redningsetaten med vurdering, behandling og evakuering av pasienter fra usikrede områder.

Erfaringer fra andre land

I Danmark har politiets spesialenhet (AKS) tilknyttet seg spesialutdannede leger som rykker ut sammen med AKS ved høyrisiko- oppdrag. Lege-nes funksjon er dels å kunne bistå ved eventuelle skader på polititjenestemennene, men også å kunne ta seg av sårede i risikoområder.

I Storbritannia er det etablert 15 baser med såkalte Hazardous Area Response Team (HART-team). HART-teamene skal ha kompetanse til å yte helsehjelp og drive evakueringsarbeid ved blant annet skarpe oppdrag, bratt lende, ulykker med farlige stoffer, ABC-hendelser mv. HART teamene består ved utrykning av ambulanspersonell (seks paramedics) og en teamleder. De 15 HART basene er helt identisk oppbygget både når det gjelder utstyr, bemanning og opplæring og skal ved behov derfor kunne fungere som en nasjonal enhet.

I Storbritannia er det også utviklet et konsept for håndtering av terrorangrep/skyting pågår. Det er politiet som kan definere og utløse en slik respons. Bakgrunnen for etableringen av dette konseptet var britiske myndigheters ønske om å etablere en beredskap for å håndtere terroraksjoner som terrorangrepet i Mumbai i India i november 2008. Terrorangrepene i Mumbai vedvarte over 3 dager og omfattet bl.a. angrep på togstasjonen, flere hoteller, kino og politiets hovedkvarter. Terroraksjonen der resulterte i 172 døde og 350 skadde.

Erfaring fra land som har etablert et utvidet samarbeid mellom helsetjenesten, politiet og andre vil være nyttige i det videre arbeidet med denne problemstillingen i Norge.

2.7.6 Bruk av utrykningsteam ved større ulykker

Personell fra Luftambulansesavdelingen ved OUS bisto under aksjonene både i regjeringskvartalet og ved Utøya. Det ble sendt ut minst to team av helsepersonell fra henholdsvis Vestre Viken, Bærum sykehus og Ringerike sykehus til Utøya.

Gruppene med luftambulanselager, flysykepleiere og ambulanspersonell fra Luftambulansesavdelingen ved OUS brakte med seg relevant medisinsk utstyr, både behandlingsutstyr, teppe og ikke minst lettbarer. Sistnevnte er av mange fremhevet som en viktig suksessfaktor når det gjelder å sikre leiring av pasienter, få pasienten opp fra kaldt underlag og ikke minst redusere antall omlastninger i forbindelse med bil- og helikoptertransport. Personellet hadde også med seg håndapparater og ekstra batterier for bruk i Nødnett. Personellet er gjennom sin daglige virksomhet i luftambulansetjenesten trent i prehospital innsats.

Fra Bærum sykehus ble det sendt ut to team med leger og sykepleiere, som hadde med seg noe

mobilt medisinsk utstyr. Ingen av teamene hadde med sambandsutstyr. Sykehuset har etter hendelsen gått til innkjøp av mobilt medisinsk utstyr og klær til personell som skal delta i utrykningsteam.

Fra Ringerike sykehus rykket det ut et kirurgisk team bestående av kirurg, anestesilege og anesthesi- og operasjonssykepleier. Fra møte med Vestre Viken og Ringerike sykehus er vi gjort kjent med at teamet ikke hadde med seg sambandsutstyr. Det sistnevnte medvirket til at modersykehuset, det vil si Ringerike sykehus, ikke var i stand til å komme i kontakt med teamet under aksjonen.

Vi erkjenner at en kirurg vil kunne være viktig med hensyn til triagering av pasienter på et skadested. Vi er imidlertid noe usikre på den medisinske nytteverdien av å sende ut utrykningsteam med kirurg og operasjonssykepleier i stedet for at disse deltar i mottak og behandling av pasienter på sykehus. På ett område anser vi likevel at det vil kunne være nyttig, nemlig i situasjoner hvor det må gjøres akutte amputasjoner på grunn av pasienter som sitter fastklemt, for eksempel ved trafikulykker.

Anbefalinger

Utrykningsteam med helsepersonell fra sykehus må medbringe eget mobilt medisinsk utstyr og sambandsutstyr som gjør det mulig å kommunisere med AMK, skadestedsledelsen og modersykehuset. Der det er etablert utrykningsteam, bør dette komme frem i virksomhetenes beredskapsplaner og være kjent for den lokale AMK-sentralen.

Anbefalinger

Det må utarbeides nasjonale føringer for samarbeid mellom helsetjenesten og politiet/brann- og redningsetaten ved skarpe oppdrag og andre oppdrag i usikrede områder. Forsvarets sanitet bør med bakgrunn i kunnskap og erfaring fra sanitetsoppdrag i skarpe soner anmodes om bistand i dette arbeidet.

– Helsetjenesten bør i samarbeid med brann og politi iverksette opplæring og samtrening av personell fra disse etater for håndtering av oppdrag i usikrede områder.

2.7.7 Identifisering av skadde og pasienter innlagt på sykehus

Helsepersonell og helsevirksomheter som yter helsehjelp, plikter å dokumentere pasientens identitet der dette er mulig.

Det er opplyst at det til sammen var 586 ungdommer og voksne på Utøya da skytingen startet. Ettersom overlevende ble brakt til Sundvolden hotell og ulike sykehus i østlandsområdet (OUS – Ullevål, Vestre Viken, Ringerike, Bærum og Drammen sykehus), ble det fra politiets side, samt fra helsepersonell og frivillige, jobbet med å identifisere og registrere disse.

Som følge av pasientenes tilstand ble det ikke foretatt noen identifikasjon av pasienter på skadestedet eller samleplassene ved Utvika kai og Elstangen/Storøya. Dette medførte at politi og

helsemyndigheter måtte fremskaffe navnelister fra hvert enkelt sykehus.

Nordre Buskerud politidistrikt har opplyst at de raskt etablerte et godt samarbeid med Ringerike sykehus om å få utlevert navnelister over pasienter som var mottatt ved sykehuset. Det viste seg imidlertid å være vanskelig og tidkrevende å få utlevert navnelister fra andre sykehus, da disse påberopte seg taushetsplikt. Dette bidro til at politiet først utpå natten lyktes med å fremskaffe fullstendige navnelister over skadde som var innlagt i øvrige sykehus.

HOD har delegert til Helsedirektoratet å fortolke helselovgivningen. Helsepersonell skal normalt innhente samtykke fra pasienten etter helsepersonelloven § 22 til å utlevere opplysninger til politiet. Ved samtykke kan opplysningene selvfølgelig utleveres.

Det finnes unntak fra taushetsplikten som i særlige situasjoner gir helsepersonell rett eller plikt til å utlevere opplysninger. Helsepersonelloven § 31 gir helsepersonell en plikt til å varsle politi eller brannvesen dersom varsling "er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom". Bestemmelsene omfatter også å avverge at en allerede inntrådt skade forverres til en alvorlig skade dersom det ikke varsles. Helsepersonell gis også rett til å utlevere opplysninger etter helsepersonelloven § 23 nr. 4 "når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre".

Hensynene som taler for å bryte taushetsplikten, må i disse tilfellene veie tyngre enn hensynet som taler for å bevare tausheten. I disse situasjonene settes taushetsplikten til side for å motvirke risiko for alvorlig skade på andre mennesker. Denne risikoen må anses som en mer tungtveiende interesse enn taushetsplikten.

I en katastrofesituasjon med mange savnede er det viktig for politiet å vite om noen fortsatt er savnet eller ikke, for å kunne lete etter de som faktisk er savnet, samtidig som de ikke binder opp ressurser ved å lete etter personer som ikke er savnet lenger. Da kan vilkåret i § 31 om plikt til å gi opplysninger være oppfylt.

2.7.8 Gjennomgang av de akuttmedisinske tjenestene

Akuttmedisinske tjenester ivaretas av både primær- og spesialisthelsetjenesten og omfatter blant annet medisinsk nødmeldetjeneste, akuttmedisinsk kommunikasjonssentral, ambulansetjeneste, legevaktssentral, legevakt, fastleger (beredskap dagtid), pleie- og omsorgstjenestene samt akuttmottak ved sykehus, innenfor både somatisk og psykiisk helsevern.

Terrorhendelsene som rammet Norge 22. juli 2011, var voldsomme og utløste den største medisinske redningsinnsatsen i moderne tid. Etablerte og planlagte systemer, evne til improvisasjon og en omfattende dugnadsånd blant svært dyktige helsearbeidere medvirket til at helseinnsatsen ble vellykket.

Mange av de strukturene og systemene som lå til grunn for den vellykkede håndteringen av hendelsene den 22. juli 2011, ble etablert med bakgrunn i NOU 1998:9 Hvis det haster og Stortingets behandling av denne gjennom St.meld. nr. 43 (1999-2000) (Akuttmeldingen) og den påfølgende forskriften om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus fra 1995.

I løpet av de tolv årene som har gått siden Stortinget behandlet Akuttmeldingen, har helsetjenesten vært gjennom en omfattende strukturrendring, og mye ny kunnskap har kommet til.

Ny nasjonal helse- og omsorgsplan, samhandlingsreformen og nye lover om folkehelsearbeid og kommunale helse- og omsorgstjenester har alle som mål å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og som er tilpasset den enkelte bruker. I akuttmedisinske situasjoner er tidsfaktoren og kompetansen viktig og avgjørende. Det er derfor nødvendig med et system som sikrer innsats på kort varsel. Arbeidsfordelig og ansvarsforhold må være avklart, og kommuner og helseforetak må ha planer og systemer for hvordan de skal håndtere slike situasjoner.

De akuttmedisinske tjenestene står overfor en rekke utfordringer de kommende årene. Befolkningsøkning, et stadig større antall eldre og strukturrendringer i helsetjenesten vil gi utfordringer med hensyn til kapasitet. Den akuttmedisinske kjeden er avhengig av at de ulike tjenestene som inngår i kjeden, er nøye avstemt i forhold til hverandre. Når det gjøres endringer, er det viktig at tjenestene i den akuttmedisinske kjeden involveres og tas med i planleggingen.

Innføring av Nødnett gir mulighet til å utvikle helsetjenesten og videreutvikle samvirket med de andre nødetatene. For å få til dette må helsepersonell være tilgjengelige og kompetente brukere. Utvikling av kompetanse og elektronisk innsamlings av pålitelige data som grunnlag for kunnskapsbasert utvikling vil være avgjørende for å kunne forberede den akuttmedisinske kjeden på å møte fremtidens utfordringer.

Behov for et styrket nasjonalt akuttmedisinsk kompetansesenter

Gjennomgangen av terrorhendelsen i Oslo og på Utøya har bl.a. avdekket behovet for en sterkere nasjonal organisering av fagfeltet akuttmedisin. Dette ble første gang belyst i en NOU fra 1998, og Stortinget sluttet seg til anbefalingen om et nasjonalt kompetansesenter i akuttmedisin i 1999. I november 2000 ble Norsk akuttmedisinsk kompetansesenter (NAKOS) etablert, finansiert av Stiftelsen Norsk Luftambulansesenter. Senteret ble overført til staten ved Ullevål universitetssykehus i november 2003 og ble etter hvert plassert organisatorisk i Avdeling for forskning og utvikling (FoU), Akutt-klinikken. Riktig navn på senteret er i dag Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin, som fremdeles er forkortet til NAKOS.

Akuttmedisinen er kompleks både med hensyn til medisinsk faglig innhold og hvordan tjenesten er organisert. Vi har mange gode dynamiske akuttmedisinske miljøer i Norge knyttet til helseforetak

og ulike forskningsmiljøer, men disse er fragmenterte og lite formelt sammenknyttet i et kraftfullt nasjonalt akuttmedisinsk kompetansesenter.

De akuttmedisinske tjenestene er viktige for befolkningens trygghet og skal ivareta en pasients rett til øyeblikkelig hjelp. Dette innebærer en plikt for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten til å hjelpe når det er påtrengende nødvendig. Akuttmedisinske tjenester er ressurskrevende, og behovet for disse tjenestene kommer til å øke.

Gjennomgangen av de akuttmedisinske tjenestene etter 22. juli 2011 har blant annet avdekket behovet for sterkere nasjonale føringer på en rekke områder. Helseinspektatet er av den oppfatningen at uten et dynamisk og offensivt nasjonalt kompetansemiljø, vil ikke de akuttmedisinske tjenestene bli tilført nødvendige faglig og organisatorisk kraft til å utvikle gode nasjonale føringer basert på omforente kunnskaper og praksis.

Anbefalinger

Arbeidet med forskning og fagutvikling innen akuttmedisin bør styrkes. Utvikling av undervisningsopplegg, prosedyrer og samarbeidsrutiner kan være deler av dette. Det er naturlig at landets akuttmedisinske kompetansemiljø står sentralt i dette arbeidet.

Innføring av Nødnett gir mulighet til å utvikle helsetjenesten og videreutvikle samvirket med de andre nødetatene. For å få til dette må helsepersonell være tilgjengelige og kompetente brukere.

Anbefalinger

Sentrale helsemyndigheter bør med bakgrunn i mange dokumenterte erfaringer ved katastrofene 22.juli, ny tilgjengelig teknologi og rask utvikling innen alle deler av katastrofemedisinen vurdere om de nasjonale føringer på dette feltet er sterke nok.

Akuttmedisinsk innsats i forbindelse med Utøya-aksjonen

Foto: Svein Gustav Wilhelmsen



Kapittel 3

Psykososial innsats og oppfølging

SIDE 66 – 101

02.00

Fra 22. juli tidlig på kvelden var det tilgjengelig helsehjelp på Sundvolden. Man hadde tilgang på kompetent fagpersonell som lege, psykiater, psykolog, sykepleier, prest og imam. Den psykososiale beredskapen ble organisert fra kl. 02.00 natt til 23. juli.



Den psykososiale oppfølgingen av rammede og pårørende ble raskt ivaretatt på en god måte, til tross for en vanskelig og omfattende situasjon 22. juli og de etterfølgende dagene. En tydelig ledelse og meget god innsats av innsatspersonell i de aktuelle kommunene bidro til dette.

Det psykososiale feltet knyttet til hendelsene 22. juli, er stort og sammensatt og omfatter oppfølging i den helt akutte fasen, den intermediære eller semi-akutte fasen de første ukene og langtidsoppfølging. I dette kapitlet fokuserer vi på fire hovedområder:

- Helsetjenestenes psykososiale innsats i akutfasen og etter akutfasen.
- Ivaretagelsen av involvert helsepersonell og frivillige.
- De sentrale myndighetenes føringer og bakgrunnen for dette.
- Langtidsoppfølging, i spesialisthelsetjeneste og kommuner, tilbakereiser, samlinger.

Befolkningsperspektivet, mediehåndteringen og befolkningens eksponering gjennom media er ikke tatt med i denne rapporten, selv om også disse har viktige psykososiale aspekter. Befolkningsperspektivet vil bli tatt opp i deler av den forskningen som er planlagt, og vi kommer derfor til å få mer kunnskap om dette på sikt.

3.1 HELSETJENESTENS PSYKOSOSIALE INNSATS I AKUTTFASEN OG ETTER AKUTTFASEN

3.1.1 Psykososial innsats i Oslo og regjeringskvartalet i akutfasen og etter akutfasen

Beredskapsplaner

Aktuelle helseforetak, kommuner og frivillige organisasjoner melder at psykososialt arbeid er omtalt i de respektive beredskapsplanene. Frivillige organisasjoner melder om at det psykososiale er beskrevet i styrende plandokumenter. Tjenestene og organisasjonene har rutiner for watchful waiting, og flere beskriver at de har god kompetanse om, og formelle eller uformelle modeller for, debrifing av eget personell.

Den overordnede planen for helsemessig og sosial beredskap i Oslo beskriver Oslo kommunes operative plan ved kriser og katastrofer. Beredskapsplanen har et eget kapittel om psykososial omsorg. Planen omtaler akuttinnsats overfor direkte berørte og evakuerte. Dette innbefatter pårørende, nærstående, vitner og tilskuere, og innsatspersonell med behov for å bearbeide psykiske reaksjoner knyttet til sjokk og sorg.

Beredskapsplanen uttrykker at “ved byomfattende hendelser eller hendelser der bydelens egne ressurser ikke strekker til, vil Sosial vaktjeneste ved Legevakten iverksette Byomfattende katastrofeplan (Beredskapsplan for byomfattende støttecentre ved katastrofer og større ulykker i Oslo kommune). Planen gjelder for katastrofer med et stort antall personer, og der politiet har besluttet å opprette psykososiale støttecentre for berørte, hjelpepersonell og pårørende.”

Beredskapsplanen for Legevakten beskriver rollen til Sosial og ambulant akuttjeneste (SAA) (D6). Dette inkluderer psykososialt støttesenter, krisearbeid på skadested og støttefunksjoner, inkludert transport. Sosial og ambulant akuttjeneste har ansvar for sosialt og psykososialt arbeid på Legevakten. SAA har også ansvar for psykososiale støttesentre som opprettes av politiet, og varsling av annet personell ved behov, for eksempel Psykiatrisk legevakt, psykisk helsevern for barn og unge (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, BUP) og bydel.

Faktiske hendelser

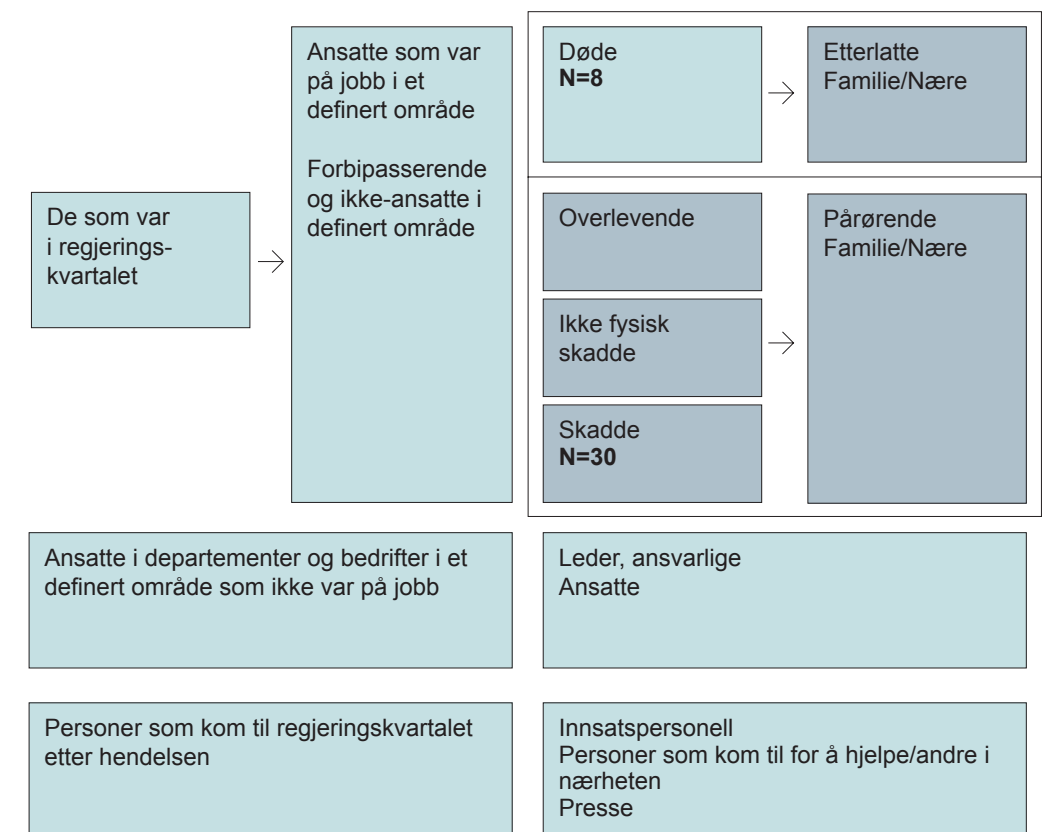
I akutfasen etter eksplosjonen var hovedfokuset på praktisk og somatisk førstehjelp, og psykologisk førstehjelp ble ivaretatt så godt som forutsetningene tilsa av ambulanspersonell og annet tilstedeværende helsepersonell, samt av kollegaer og forbipasserende. De skadde ble fraktet til legevakt og sykehus og ble ivaretatt av profesjonelt helsepersonell der. Helsedirektoratet har ikke fullstendig oversikt over hvordan psykologisk førstehjelp ble gitt i denne fasen, men forutsetter at dette ble gitt i henhold til rutiner av kompetent personell. Innsatsen til den kommunale allmennlegevakten anses å ha fungert meget bra under

katastrofen, og pasienter som trengte umiddelbar oppfølging av psykiske sjokkreaksjoner, ble ivaretatt der.

Hvorfor lærer vi ikke om psykologisk førstehjelp når vi har førstehjelpskurs?

Støttegruppen i regjeringskvartalet påpeker at det er behov for en mer allmenn kjennskap til psykologisk førstehjelp. “Hvorfor lærer vi ikke om psykologisk førstehjelp når vi har førstehjelpskurs?” (M16)

De rammede ble definert som døde, skadde og overlevende i regjeringskvartalet, ansatte og forbipasserende. De berørte ble definert som etterlatte, pårørende, familie, nære, ansatte i departementer og bedrifter i et definert område som ikke var på jobb, ledere, personer som kom til regjeringskvartalet like etter hendelsen, og innsatspersonell.



Figur 8: Kategorisering av rammede/berørte, Regjeringskvartalet
Kilder: NKVTS / Kripos (antall døde og skadde)

BEREDSKAP I KOMMUNENE

Beredskapsarbeidet i Norge er basert på ansvars-, nærhets- og likhetsprinsippet. Dette gjelder også håndtering av kriser, ulykker og katastrofer. I henhold til nærhetsprinsippet skal slike situasjoner løses på lavest mulig effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).

Kommunene er forpliktet til å ha forberedt beredskap for helse- og sosialtjenestene sine i samsvar med lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven) og lov om helsemessig og sosial bered-

skap. Helsemessig og sosial beredskap skal være samordnet med kommunens øvrige beredskapsplanverk, jf. § 14-15 i sivilbeskyttelsesloven, § 1-5 i lov om helsetjenesten i kommunene og § 2-2 i lov om helsemessig og sosial beredskap.

Lov om helsetjenesten i kommunen av 19. november 1982 nr. 66 var utgangspunkt for psykososial oppfølging av kriserammede innbyggere i 2011 (erstattet av nytt lovverk i 2012).

De kommunale oppgavene i krisesituasjoner omfatter:

- opprettholde kommunale funksjoner og tjenester
- kontinuerlig vurdere om kommunen har behov for støtte fra andre kommuner eller råd og veiledning fra sentrale instanser
- informere publikum og media
- skaffe til veie materielle ressurser og kompetanse
- hjelpe politiet med evakuering og innkvartering av skadde personer
- tilby psykososiale støttetiltak
- varsle og rapportere

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har utarbeidet en figur for kategorisering av rammede og berørte i regjeringskvartalet.

Bedriftsmodellen

Da bomben smalt i regjeringskvartalet, ble departementsansatte utsatt for en terrorhandling rettet mot deres arbeidsplass. Bomben rammet de ansatte i regjeringskvartalet, men også tilfeldig forbipasserende. 8 personer ble drept, 30 ble skadet. De ansatte i departementene ble fra tidlig fase fulgt opp av bedriftshelsetjenesten. Denne tjenesten er organisert under departementenes servicesenter (DSS) og hadde sommerstengt uken forut for bombeeksplosjonen, men var raskt på stedet og operative fra samme kveld. Bedriftshelsetjenesten (BHT) organiserte et treffsted på et hotell i nærheten med åpent hus for overlevende og pårørende. Der ble det foretatt avlastningssamtale (defusing) og gitt mulighet for å få støtte av personer tilgjengelig for samtale i større og mindre grupper.

Dagen etter ble alle personalsjefer innkalt til et møte som skulle finne sted 24. juli, og hvert departement fikk en kontaktperson. Det ble innkalt psykologer med krisekompetanse og etablert oppfølging for de ansatte og deres pårørende. Forbipasserende og deres pårørende ble henvist til Oslo legevakt, eller til å ta kontakt med det lokale hjelpeapparatet der de bodde. I departementene ble det innkalt til møter med personaltjeneste, vernetjeneste og tillitsvalgte. Det var gjennomgående et stort behov for informasjon i denne første fasen.

Denne bedriftsmodellen ble også valgt for videre oppfølging av de rammede i regjeringskvartalet etter den akutte fasen. I valget av denne modellen ble det lagt vekt på to faktorer som man har erfart har hjulpet mest når store virksomheter har vært rammet av eksplosjon; 1) å komme tidlig i gang igjen; 2) å være sammen med dem som var der da det smalt (M26).

Bedriftsmodellen innebærer at virksomhetens samlede menneskelige, faglige og organisasjonsmessige ressurser mobiliseres for å støtte den ansatte som er rammet eller berørt av terrorhandlingen mot arbeidsplassen. Modellen representerer nærhet og myndighet for de ansatte, vektlegger fellesskapets betydning og ivaretar arbeidsrelatert helse (M8). Bedriftsmodellen innebærer samarbeid mellom ledelsen, faglige tillitsvalgte, avdeling for Helse, miljø og sikkerhet (HMS) og ansatte.

BHT hadde enkelte utfordringer knyttet til kapasitet og kompetanse i startfasen av denne omfattende oppgaven, og fikk faglig støtte fra sentrale helsemyndigheter. Selv om bedriftsmodellen innebar en særskilt oppfølgingsoppgave for bedriftshelsetjenesten, lå det overordnede ansvaret for oppfølging hos kommunen i henhold til regelverket.

Det ble etter den første akutte fasen ansett som viktig med oppfølging via bedriftshelsetjenesten, siden hendelsen i stor grad preget hele arbeidsmiljøet. Det at bomben hadde hatt arbeidsplassen som mål var utfordrende for mange, som dermed knyttet sterkt negative følelser til stedet. Mange av de rammede hadde reaksjoner som sorg, økt sårbarhet, sinne, skvettenhet, irritabilitet, søvnvansker, konsentrasjonsvansker, økt slitenhet, arbeidsstress og skyldfølelse. Det kom også mange henvendelser fra andre ansatte som ikke var på jobb den aktuelle dagen eller hadde gått derfra like før bomben smalt. De rapporterte om mye av de samme symptomene. Det var mye skyldfølelse, både situasjonsbestemt og hypotetisk skyldfølelse, og dette preget arbeidsmiljøet, spesielt den første tiden. De ansatte i departementene følte seg angrepet, uavhengig av om de hadde vært til stede, ettersom det var en felles opplevelse av at det som hadde skjedd, var et angrep på identiteten deres (M26).

Alle som var på jobb i departementene da bomben smalt, fikk tilbud om en helsesamtale etter noen uker. FAD har opplyst at det var 592 innstemplede

PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP

Overfor personer som er rammet av en katastrofe, er det den første tiden aktuelt med psykologisk førstehjelp, med hovedvekt på å etablere trygghet og gi informasjon og praktisk støtte. Psykologisk førstehjelp består av kunnskapsbaserte og utprøvede strategier som kan iverettes i ulike krise- og katastrofesituasjoner. Metoden omfatter grunnleggende teknikker for informasjonsinnhenting, som kan bistå hjelpepersonellet i å foreta en rask vurdering av de overlevendes umiddelbare behov. Psykologisk førstehjelp er beregnet for bruk overfor mennesker som har vært utsatt for kriser (enkelthendelser), katastrofer eller terrorhandlinger, men kan også gis til utrykningsmannskaper og annet hjelpepersonell.

Som et ledd i å spre oppdatert informasjon om krisehåndtering oversatte og publiserte NKVTS en psykologisk førstehjelpsmanual i august 2011, utarbeidet av National Traumatic Stress Network og National Center for PTSD i USA. I manualen defineres psykologisk førstehjelp som en "kunnskapsbasert modulær tilnærming til å hjelpe barn, ungdom, voksne og familier i tiden umiddelbart etter katastrofer og terrorhandlinger". Psykologisk førstehjelp tar sikte på å redusere den første angsten som de traumatiske hendelsene har skapt, og legge til rette for adaptiv fungering og mestring på kort og lang sikt. Tilnærmingen er basert på en forståelse av at overlevende etter katastrofer og andre som er rammet av slike hendelser, vil oppleve et bredt spekter av umiddelbare reaksjoner.

Formålet med å gi psykologisk førstehjelp er å etablere menneskelig kontakt på en medfølende måte uten å være påtrengende, og å sette overlevende i kontakt med sosiale støttenettverk og være klar med hensyn til tilgjengelighet eller kobling til andre innsatsteam. Det er sentralt å mobilisere den kriserammedes familie og sosiale nettverk. Videre er det viktig å gi informasjon om de ulike psykiske reaksjonene som kan forekomme, og fortelle at disse reaksjonene er normale reaksjoner på en unormal situasjon. Det skal fokuseres på den kriserammedes egen mestringsevne og motstandskraft.

Det er viktig å skaffe kunnskap om de involverte norskunnskaper, om det eventuelt er nødvendig med tolk, og kulturell sensitivitet.

personer i departementene denne dagen, og at 310 av disse fremdeles var på jobb kl 15.20. Bedriftshelsetjenesten har opplyst at alle som var på jobb i departementene i løpet av denne dagen, har fått tilbud om en slik helsesamtale, og at ca 80 % har takket ja til dette. Etter hvert foretok bedriftshelsetjenesten yrkesmedisinske undersøkelser av ansatte, med bistand fra Statens arbeidsmiljøinstitutt og NSBs bedriftshelsetjeneste. Spørsmålet om arbeidsgivers ansvar, og om det forelå yrkesskade med grunnlag for erstatningskrav, var sentralt. Enkelte ble henvist videre til spesialist for utredning og behandling, også med henblikk på å fastslå omfanget av en eventuell yrkesskade.

De som hadde behov for samtale med psykolog, ble plukket ut. BHT har flere psykologer med god krisekompetanse og ble også forsterket med en psykolog fra Utenriksdepartementet. I tillegg samarbeidet man med krisepsykiater etter initiativ fra lederen av BHT, og med psykiater fra NKVTS.

Det ble anbefalt at de rammede ble innkalt til en 20 minutters konsultasjon med screeningskjema og vurdering av funksjon, arbeidsevne og nettverk. Den videre oppfølgingen ble anbefalt å være som i den kommunale modellen, med flere oppfølgingspunkter (etter 3–4 uker, 3–4 måneder og 12 måneder), men at dette skulle gjøres i BHT fremfor i det kommunale apparatet.

Ettersom BHT var hovedpunktet for kontakt med helsetjenesten for de rammede og berørte

fra regjeringskvartalet, ble det aktuelt for BHT å bevege seg noe utenfor det som vanligvis er kjerneoppgavene, og for eksempel gi behandling ved søvnvansker. Hvis det var behov for ytterligere behandling, ble det anbefalt å henvise videre til fastlege, som så eventuelt kunne henvise videre til spesialisthelsetjenesten.

Det ble anbefalt å foreta oppfølging også av familiene til de hardest rammede. Man anbefalte at dette ble gjort i regi av BHT/HMS-avdelingen der dette var mulig. Også etterlatte etter drepte ansatte ble anbefalt å få tilbud om inkludering i de tiltakene BHT/HMS-avdelingen iverksatte. De etterlatte vil ved slike katastrofer ofte ha behov for å møte kollegaer som kjente deres omkomne familiemedlemmer. For andre rammede i regjeringskvartalet, ikke ansatte i departementene, var det den enkelte kommunen/bydelen som var kontaktpunkt for videre oppfølging.

Man erfarte at behovet for oppfølging ikke var statisk, men fluktuerende. Mange hadde behov for støttende oppfølging i form av samtaler individuelt eller i grupper over lengre tid. Noen få ble henvist videre til spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet med første- og andrelinjetjenesten fungerte godt. Fastleger ble brukt for sykemeldinger. Sykefraværet har ikke økt i særlig grad. Flere har meldt tilbake om at de opplever et sterkt krav om å gå videre, noen er redde for å bli vurdert som dårlig arbeidskraft, eller redde for at de aldri skal bli bra (M 26).

FORSKNING

Internasjonal forskning på skyteepisoder og terrorangrep har vist at tallene på ofre som utvikler posttraumatisk stresslidelse (PTSD) etter slike hendelser, varierer mellom 5 og 50 prosent, med et omtrentlig gjennomsnitt på 30 prosent. Fysisk skade og tap av nære er viktige risikofaktorer. Studier etter terrorangrepene i New York 11. september 2001 viser at nivået av posttraumatisk stress er forhøyet

også i den generelle befolkningen. Faglig grunnlag for bedriftsmodellen bygger blant annet på erfaringer fra medarbeidere ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) etter eksplosjonen og brannen på Jotuns Gimle-fabrikk i 1976.

NKVTS har vist til tall som angir at 40 prosent kan få symptomer på PTSD av de som har vært tilstede nær en eksplos-

jon. Andelen synker for de som var litt unna, og særlig for dem som i ettertid får vite at de ikke var i livsfare.

Forskning på sorg og komplisert sorg har vist at i tillegg til de individuelle virkningene dødsfall får, resulterer det i betydelige påkjenninger i familien, med mange problemer og utfordringer knyttet til familiesamspill og kommunikasjon (Dyregrov & Dyregrov, 2007).

Vurderinger

Oslo kommune har beskrevet psykososiale tiltak i beredskapsplanene sine, som er vurdert som oppdaterte og gode. Likevel har det også vært rapportert om utfordringer i forbindelse med varsling og ansvarslinjer. Det psykososiale feltet beskrives i planene på en mindre systematisk og omfattende måte enn somatisk beredskap, og det vurderes derfor som hensiktsmessig å gjøre planene mer tydelige og omfattende på det psykososiale feltet. Tilbakemeldinger viser også at det bør etableres en mal og en rutine for hvordan man skal dokumentere det psykososiale arbeidet. Det er også behov for å spesifisere telefonlister for kriseomsorgsteam, og for å ha faste varamedlemmer som kan tre til under ferieavvikling eller lignende. Virksomheters beredskapsplaner bør være mer like og mer koordinerte. Sammensetningen av og kompetansen til psykososiale team bør avklares og vurderes. Psykososiale beredskapsteam har meldt behov for å heve kompetansen innen psykososial oppfølging utover selve akutthåndteringen.

Beredskapsplanverket for den sentrale kriseledelsen og virksomhetenes egne planverk ble fulgt. Alle bydeler satte sin kriseledelse, ettersom de fleste av disse var rammet eller berørt. Virksom-

heten la tidlig proaktive normaliseringsplaner og fulgte opp disse. Oslo kommune samarbeidet nært med eksterne aktører som Politiet, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Helsedirektoratet med fler (D33).

Den psykososiale innsatsen i den akutte fasen i Oslo fungerte overveiende meget bra etter forutsetninger og normer. Legevakten hadde tett kontakt med Psykiatrisk legevakt.

De ansatte i departementene ble ivaretatt på en god måte.

Bedriftsmodellen vurderes som en god modell og den beste til å ivareta arbeidsmiljøet når en stor arbeidsplass rammes. Fellesskapet vurderes som viktig, og det hadde derfor vært uheldig om alle berørte i departementene hadde vært henvist til oppfølging andre steder.

Det var et stort behov for informasjon som det var vanskelig å koordinere. På grunn av et komplekst skadeomfang måtte pårørende og andre involverte forholde seg til flere virksomheter, bydeler mv. I en fremtidig organisering må man se på mulighetene for en helhetlig koordinering av oppfølgingen av de forskjellige gruppene med involverte.

Anbefalinger

Beredskapsplanene for tjenestene må bli mer omfattende på det psykososiale feltet, jevnlig øves på og inkludere alle som forventes å ha en rolle. Planene må beskrive kontaktpunkt for varsling, spesifikke tiltak og ansvarslinjer for de enkelte fasene i kriser og retningslinjer for innhenting av ekstern ekspertise. Kompetansemiljøenes rolle i forhold til beredskap må avklares.

– Det må utarbeides planer for koordinering av informasjon mellom kommuner og bydeler.

3.1.2

Psykososial innsats på Utøya/Sundvolden i akutfasen og etter akutfasen

Beredskapsplaner

Hole og Ringerike kommune har beredskapsplaner som beskriver psykososial beredskap (D8). Hole kommune, den kommunen der hendelsene på Utøya fant sted, har en egen plan for kommunal kriseledelse, som ble vedtatt av Hole kommunestyre 14.06.99 (Beredskapsplan for Helse- og sosialtjenesten i Hole kommune 2002, revidert 2004, 2006, 2009). Krisepsykiatrisk innsats ved store kriser beskrives som en del av Plan for psykiatri i Hole kommune (D51).

Hole kommune har et kriseteam bestående av prest, kommunelege og personer fra sosialavdelingen. Kriseteamet i kommunen vil kunne yte psyko-

social hjelp til forulykkede og pårørende. Gruppen innkalles etter anmodning fra fagleder sanitet, kommunelege, kriseteamleder eller en av de andre medlemmene i teamet.

Når aksjonen er avsluttet, skal hjelpemannskapene få uformell debriefing av aksjonsledelsen og mer formell debriefing så snart som mulig. Kommunelege 1 har ansvar for at dette blir gjennomført. Ved behov innhentes det eksterne krefter til å lede den formelle debriefingen.

Faktiske hendelser

Da det ble meldt om skyting på Utøya, varslet AMK Ringerike interkommunale legevakt. Ringerike kommunes kriseteam var allerede satt i beredskap på grunn av bomben i regjeringskvartalet. Rådmannen i Ringerike og Hole ble varslet, og kriseteamet i Ringerike kommune og Hole kommune ble aktivert.

Kommuneoverlegen i Hole ble varslet, og han fikk oppgaven som fagleder helse og koordinerte og ledet helsetjenestenes innsats sammen med nestleder / assisterende leder og stedfortreder, kommuneoverlegen i Ringerike. Kommuneoverlegen i Hole rekvirerte Sundvolden hotell, som fungerte som akuttmottak for ofre og pårørende. Det var først etablert et pårørendemottak ved Ringerike hotell, men dette ble avvirket etter vel en time og overført til Sundvolden hotell. Kommuneoverlegen i Ringerike var ansvarlig kommuneoverlege for tiltakene utenfor Sundvolden og legevaktsjef ved Ringerike interkommunale legevakt.

Campingplassieren og gjestene ved Utvika camping, naboer, båteiere og andre frivillige gjorde en stor og viktig innsats i den akutte fasen. De tok imot de første ungdommene som kom til campingplassen rundt kl. 18 den 22. juli. Båteierne spilte en viktig rolle ved å hente ungdommene som svømte i vannet. Campingplassen ble et mottakssted der noen ungdommer ble tatt inn i huset til campingplassieren, mens andre ble fraktet i bil til Sundvolden. Eierne og gjestene på campingplassen samt huseiere i området ble kastet inn i en hendelse med stor dramatik der deres bosted i tillegg til å bli et mottakssted også ble definert som et usikret sted med bombefare. Til tross for disse vanskelige ytre omstendighetene og mangel på forberedelse, bidro mange frivillige med livsnødvendig praktisk hjelp, ga ungdommene varme tepper og brakte dem i sikkerhet.

Det var store ambulanseressurser og flere busser innredet som helseekspressbusser på veiene i området. Et stort antall uskadde personer passerte gjennom samleplatsen og ble evakuert opp til ventende busser i samarbeid med brannetaten. Lokale legevaktsleger undersøkte på nytt og ivaretok personene/pasientene om bord i bussene før de ble transportert til det mottaket som kommunehelsetjenesten hadde opprettet ved Sundvolden. Paramedics i bussene bisto under transporten fra E16 til Sundvolden hotell og deltok med psykologisk førstehjelp(D82, D112).

Helsepersonell fra Modum Bad var blant de som selv tok initiativ til å komme, uten å ha blitt tilkalt. I tillegg kontaktet øverste kliniske ansvarlige ved Modum Bad staben ved Sundvolden hotell 23. juli og tilbød å mobilisere helsepersonell med spesiell kompetanse på traumefeltet. Totalt 15 personer fra Modum Bad var involvert i den psykososiale oppfølgingen i akutfasen. Kommuneoverlegen i Hole sørget for at det ble ringt til nabokommuner og tilkalt hjelp fra Vestre Viken ved henholdsvis Ringerike distriktpsikiatriske senter (DPS) og avdeling Lier, Drammen sykehus. Et stort antall helsepersonell (ca. 65 personer) fra flere ulike steder i Vestre Viken kom og bidro i arbeidet. Via Asker og Bærum ved

kommunelegen i Bærum ble det tilkalt psykososial beredskap også fra andre steder, blant annet helsepersonell fra Asker og Bærum kriseteam, Ringerike psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og OUS – Ullevål. Det var etter hvert et stort oppmøte av helsepersonell, flere enn det var rekvirert. Sivilforsvaret kom og dannet et team på 4–5 personer. De bidro med å registrere de håndskrevne listene over de overlevende i alfabetisk rekkefølge på PC.

Fra 22. juli tidlig på kvelden var det tilgjengelig helsehjelp. Man hadde tilgang på kompetent fagpersonell som lege, psykiater, psykolog, sykepleier, prest og imam. Den psykososiale beredskapen ble organisert fra kl. 02.00 natt til 23. juli. Frem til dette satt kommuneoverlegen i Hole kommune med et betydelig koordineringsansvar. Sammen med kommuneoverlegen i Ringerike kommune ble det etablert en stab med IT-arbeidere, personalkoordinatør og leder av kriseteam i Hole kommune. Dette bidro til at det psykososiale arbeidet ble koordinert, at rett bemanning ble sikret samt at et midlertidig journalsystem ble opprettet. Det var lokale medarbeidere med linjekjennskap i ledelsesfunksjon, og disse bidro som rådgivere for å sikre riktig utnyttelse av ressursene. Det var en omfattende og langvarig lederoppgave å lede helseinnsatsen på Sundvolden, og 26. juli ble en medarbeider fra Helsedirektoratet satt inn som ledelsesstøtte, etter henvendelse fra Hole kommune og Fylkesmannen i Buskerud (D112).

Den psykososiale oppfølgingen av rammede og pårørende ble raskt ivaretatt på en meget god måte, til tross for en vanskelig og omfattende situasjon 22. juli og de etterfølgende dagene.

Tiltakene ble organisert i 4 enheter med helse-team på hvert sted. På Utvika camping, og på Herredshuset (for alle frivillige) var helseteamene utvidet med psykiater, psykolog og helsesøster, på Herredshuset ledet av helsepersonell fra Modum Bad. På Sollihøgda kafé var det et pårørendemottak ledet av beredskapsansvarlig ved Ringerike sykehus. På Sundvolden hotell var allmennlegevakt med lege og sykepleier utvidet med psykiater, psykolog, prest, imam og humanetiker.

Tilbudet på Sundvolden var tilgjengelig 24 timer i døgnet til og med 26. juli kl. 13. Det ble etablert gruppesamtaler, individuelle samtaler og helseundersøkelser. Psykolog og psykiater arbeidet i tillegg med rammede og pårørende. Helsepersonell

Bruken av Sundvolden hotell anses som svært viktig for den umiddelbare psykososiale innsatsen, og bruk av hotell eller liknende bør inngå i beredskapsplaner.

var til stede ved alle informasjonsmøter. I alt var det ca. 250 medhjelpere som jobbet skiftordning med tre skift per dag, og med brifing mellom hvert skift. Utover teamene som ble satt sammen av ledelse og stab, var Røde Kors til stede på hotellet med mellom 40 og 60 personer. De frivillige fra Røde Kors var samtalepartnere og "lytteposter", og hjalp til med informasjon og tilrettelegging, praktiske oppgaver på hotellet og praktisk hjelp ved hjemreise. Innsatsen fra Røde Kors varte fra 22. juli til Sundvolden stengt (D109).

Det var ulike behov i ulike faser. Det var hele tiden et stort behov for informasjon. For de fleste var opplevelsen av å bli tatt vare på og få dekket de basale behovene det viktigste i den akutte fasen, for eksempel tilgang til mat, seng og varme dyner. Det var enkelte individer og enkelte familier som hadde behov for mer spesialisert psykososial hjelp i denne fasen.

Det var 69 personer som ble drept i angrepet, 66 som ble skadet, og 585 overlevde uten fysisk skade.

Fylkeslaget fra AUF Troms kontaktet kriseteamet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Fire personer fra dette kriseteamet kom til Sundvolden 22. juli om kvelden for å etablere kontakt. De fulgte mange av ungdommene fra Troms og Finnmark til Tromsø med charterfly dagen etter.

Flere av de pårørende fra Nord-Norge hadde også kommet til Sundvolden for å møte sine der og var med charterflyet nordover. Alle de rammede hadde vært gjennom en kort kartlegging på Sundvolden, og mange hadde skrevet ned historien sin i korte trekk. Det var også gitt mye informasjon om vanlige reaksjoner ved katastrofer (M25, D26).

Man ble tidlig klar over den store innsatsen de uorganiserte frivillige fra campingplassen, båteiere, naboer og andre hadde gjort. Kommuneoverlegen var i kontakt med campingplassen 23. juli om morgenen og sendte deretter et psykososialt team dit. Samme kveld var det en samling for de frivillige. Den 24. juli kom KRIPOS og intervjuet de frivillige. Navnelisten fra disse intervjuene ble brukt som hjelp til å samle de frivillige til den første samlingen på Herredshuset samme kveld. Modum Bad hadde grupper for de uorganiserte frivillige og

hjelpere 24., 25. og 26. juli og deretter åpent hus på Herredshuset.

Hole kommune, Ringerike kommune og Vestre Viken opprettet et pårørendesenter og en pårørende-telefon på Sundvolden. Pårørendetelefonen hadde svært stor pågang. Den ble i oppstarten bemannet av hotellets personale, deretter av helsesøster og psykiatrisk sykepleier i vakter i hele perioden.

Kommuneoverlegen i Hole kontaktet Senter for Krisepsykologi (SfK) i Bergen, som kom med flere medarbeidere til Sundvolden hotell. Allerede i en tidlig fase ble debrifing etterspurt av ulikt innsatspersonell. Dette ble imøtegått, og det ble påpekt at dette skal gjøres på et senere tidspunkt. SfK bidro med å organisere debrifing av helsepersonell og annet personell som hadde vært operativt (D112). Det ble også innhentet ekstern ledelsesstøtte fra HelseDirektoratet.

Etter 1 ½ uke ble det arrangert et informasjonsmøte for innvandrere og flyktninger i Hole kommune. Ordfører, kommunalsjef og helsepersonell var til stede med helseberedskap fra Hole kommune og bistand fra psykologer fra Modum Bad. Det ble gitt informasjon om hendelsen, generell informasjon om psykologiske aspekter og potensiell retraumatisering (D31).

Vurderinger

Til tross for en svært vanskelig og uoversiktlig situasjon, fungerte den psykososiale innsatsen meget bra. Basale behov ble ivaretatt, og det ble gitt psykologisk førstehjelp med praktisk bistand og tilbud om støttende samtaler og videre oppfølging for de som trengte det. En viktig faktor som bidro til at dette fungerte, var tydelig ledelse av de to ansvarlige kommuneoverlegene, stor grad av lokalkunnskap, fleksibilitet og tilpasningsevne. Etablering av stab og organisering av helsehjelp gjennom en rask kartlegging og registrering av tilgjengelig helsepersonell var essensielt for å sikre et kontinuerlig helsetilbud i flere dager. Man tilstrebet at det psykososiale hjelpepersonellet skulle ha en klar rolle med en ledelse som formidlet hvordan god støtte skulle gis. I akutfasen etterspurte kriseledelsen spesielt personell med psykiatrisk og psykologisk kompetanse for å kunne ivareta en slik rolle. Det ble også innhentet fagfolk fra ulike yrkesgrupper med god og bred kompetanse.

HELSEDIREKTORATETS VEILEDER FOR PSYKOSOSIALE TILTAK



Veilederen, er basert på kunnskapsoppsummeringer fra forskning, erfaringsbasert kunnskap og retningslinjer og veiledere fra andre land. Dette kunnskapsgrunnlaget gir ingen entydige konklusjoner vedrørende effekten av ulike tiltak ved store ulykker, kriser og katastrofer. De helsefaglige anbefalingene i veilederen fremmes hovedsakelig på bakgrunn av erfaringsbasert kunnskap, men det er vesentlig også å ta hensyn til evidensbasert kunnskap, der dette

finnes. Veilederen understreker at helsetjenestens ordinære prinsipper om behandling på lavest mulig effektive omsorgsnivå vil gjelde også ved en krise, ulykke eller katastrofe. Behandlingsprinsippene går ut på å gi psykologisk førstehjelp i den akutte fasen, med trygging, ro og praktisk bistand. Deretter watchful waiting med observasjon, eventuelt støttende samtaler og screening av de som trenger mer oppfølging.

Hobfoll et al. 2007 samlet et ekspertpanel fra fagområdet for å skape en konsensus om ulike intervensjonsprinsipper. Disse 5 prinsippene danner grunnlaget for HelseDirektoratets veileder (IS-1810) og de anbefalingene som gis i akutfasen ved kriser, ulykker og katastrofer mht. ulike nivåer, både individuelle tiltak og gruppe- og miljøbaserte tiltak:

– sikre trygghet

– berolige

– skape mulighet for mestring

– bidra til samørighet

– stimulere håp

HelseDirektoratet vektlegger i veilederen også et sjette prinsipp;

– legge til rette for kontrollert reeksponering

HelseDirektoratets veileder for psykososiale tiltak legger vekt på det at utover tiltakene som skisseres, kan avventende overvåking (watchful waiting) være en nyttig strategi, som er anbefalt i retningslinjer av britiske National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE guidelines).

Screening av psykiske følgetilstander bør gjøres utover den akutte fasen og i et lengre tidsperspektiv. Veilederen peker på at beste praksis for målrettede tiltak for videre oppfølging er støttende samtaler, der behovet for hjelp vurderes på bakgrunn av kvalitet på søvn og hvile, sosial fungering og funksjonsnivå i familie-, skole- og arbeidsliv. Videre oppfølging bør følge prinsippene om watchful waiting. I det videre forløpet er det aktuelt med tilbud om traumefokusert kognitiv atferdsterapi for de med særskilte kliniske behov. For pasienter med kliniske symptomer er det best dokumentert effekt av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (Tf-CBT) og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Ledelsen innhentet ekstern ekspertise til debrifing av aktører som var til stede i akutfasen. Innsatsen til Senter for Krisepsykologi var av stor positiv betydning og fungerte godt. Det er vurdert som viktig at det ble innhentet ekstern ledelsesstøtte fra HelseDirektoratet, da ledelsen av dette arbeidet var svært omfattende og belastende og strakte seg over mange dager (D112). Ifølge fylkesmannen hadde ressursene i andre nærliggende kommuner også behov for hvile. Dette var derfor en praktisk og pragmatisk løsning.

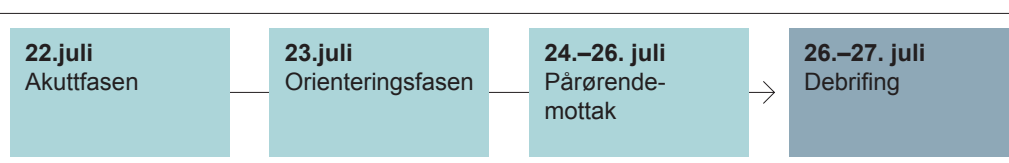
Det kom mange frivillige hjelpere, både organiserte og ikke-organiserte, og stort sett fungerte samarbeidet mellom de profesjonelle og de frivillige hjelperne godt. Ledelsen av de organiserte frivillige var imidlertid utydelig, og det har fremkommet uenighet for eksempel om hva slags praktiske arbeidsoppgaver de organiserte frivillige skulle ha på Sundvolden hotell (M15). Råd fra det internasjonale fagrådet: "Finnish Red Cross is more structured than the Norwegian due to historical development, all the members have the psychological training, when they arrive at the site of accident they do have to obey to the site coordinator and cannot coordinate themselves" (M28).

Under kriser må kommunen gjennom forberedte og øvede planer sikre at overlevende og pårørende blir ivaretatt på en systematisk og profesjonell måte. Det vurderes som vesentlig at man har et hotell i nærheten der man kan få dekket basale behov som trygghet, ro, varme, tørre klær, mat og drikke, søvn

og mulighet til å trekke seg tilbake. Disse momentene ble sterkt understreket av kommuneoverlegene i Hole og Ringerike kommuner etter erfaringene fra hendelsene. Man bør om det er mulig velge et hotell som har større bredde i sine tjenester enn vanlige overnattingssteder. Sundvolden hotell tok ansvar og løste sine oppgaver på en forbilledlig måte. Innsatsen deres står som et eksempel til etterfølgelse med hensyn til planlegging og systematisk oppgaveløsning overfor rammede etter katastrofer.

Det internasjonale fagrådet har understreket at sosionomer eller sosialarbeidere kan ha en viktig rolle mht. praktisk bistand i denne fasen (M28). Det vurderes derfor ikke som nødvendig at det er psykiatere og psykologer som utfører den psykososiale førstehjelpen. Dette kan også utføres av for eksempel prester, politi, brannmenn, sykepleiere, sosionomer eller frivillige hjelpere. Innsatspersonell bør imidlertid ha kompetanse, trening og erfaring i psykologisk førstehjelp og være personlig egnet til å stå i en vanskelig situasjon. På Sundvolden ble det vurdert som en viktig oppgave for psykologer og psykiatere at de også kunne gi faglige råd og forsikre andre hjelpere om at det de gjorde, var riktig. Det var vesentlig å være oppsøkende i kontakten og tilby støttende samtaler, siden mange av de rammede var barn og ungdommer som ikke av seg selv etterspurte den hjelpen de hadde behov for.

Det var bra at det ble etablert en egen stab for å koordinere og sikre korrekt bemanning av det psykososiale arbeidet. Rollen som psykososialt



Figur 9: Hjelpearbeidets faser

Kilde: Kommuneoverlegene i Hole og Ringerike

Opplæring i psykologisk førstehjelp må gis gjennom obligatoriske kurs til helsepersonell, annet hjelpemannskap og frivillige.

støttepersonell i en slik stor katastrofe er imidlertid uklar, og personellet har rapportert om behov for en tidlig klargjøring av hva som er viktig i den første kontakten (M8).

AUF har påpekt at det i noen tilfeller var for høy terskel for å få hjelp. Både Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene og AUF har gitt tilbakemeldinger om at informasjonen og tilbudet om psykologisk hjelp kunne vært bedre (M25, M27).

AUF har spesielt etterlyst en mer proaktiv oppfølging av de yngste og mer konkret hjelp til å håndtere media. Dette gjelder spesielt de yngste som hadde behov for å prate og ikke fikk nok hjelp til å skjerme seg mot å snakke med journalister. Ekspertene i det internasjonale fagrådet har også understreket hvor viktig dette aspektet er, og vist til forskning etter skoleskyting i Jokela, Finland (Haravuori H, Suomalainen L, Berg N, Kiviruusu O, Marttunen M. (2011). Effects and media exposure of adolescents traumatized in a school shooting. Journal of Traumatic Stress, Vol 24, No 1,70-77) (M6).

AUF har beskrevet at det i for liten grad ble tatt hensyn til organisasjonens særpreg med fylkesvis inndeling, og at dette kunne vært utnyttet bedre i den første fasen. AUF har også beskrevet at det var for lite ivaretagelse av praktiske behov, for eksempel i forbindelse med hjemreise (M25).

Det har vært rapportert om at den første tiden på Sundvolden ble opplevd som kaotisk med manglende struktur og for lite informasjon, og at driften av pårørendetelefonen var for dårlig organisert i starten (M25). Oppstarten og driften av pårørendetelefonen var vanskelig de første dagene fordi man manglet valide navnelister fra politiet. Politiet

var ikke involvert i etableringen, bemanningen eller oppfølgingen av telefonen. Det var problematisk at de pårørende selv måtte lete opp telefonnumre til de ulike sykehusene og ringe rundt til hvert enkelt sykehus for å oppspore familiemedlemmene sine. Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene har etterlyst fleksibilitet med hensyn til sensitiv informasjon ved en slik unntakstilstand (M27).

Det ble etablert en samhandlingsarena mellom legevaktsjefen og beredskapsledelsen på Ringerike sykehus, som fungerte svært bra. Det var en fordel å ha politi til stede på legevakten, ettersom de kunne bidra til å løse konkrete oppdrag raskt og effektivt (M15). Det var bra at det var ulike religiøse ledere til stede og vesentlig at det ble tatt hensyn til multikulturelle utfordringer i det psykososiale arbeidet, siden flere av de rammede hadde multikulturell bakgrunn.

Enkelte tjenester og kommuner har meldt om at de ikke har innarbeidet rutiner for å håndtere denne omfattende formen for katastrofe. Det har blitt fremhevet av enkelte at 22. juli-hendelsene var av en slik dimensjon og karakter at det overskred kapasitet og kompetanse med hensyn til en god og enhetlig oppfølging over tid. Råd fra det internasjonale fagrådet: "The teams should build cross-municipal networks in order to provide enough human resources" (D117).

Det har blitt avdekket et behov for å avklare hvor langt legevaktsjefens myndighet gjelder i de forskjellige kommunene i beredskapssituasjoner. Det har også blitt avdekket et behov for avklaring når det gjelder interkommunalt samarbeid mellom kommunenes kriseteam ved håndtering av store og kommuneovergripende hendelser.

Anbefalinger

Det må sikres gode forhold omkring overlevende og pårørende med forpleining og egne rom der man kan trekke seg tilbake. Bruk av hotell bør inngå i de kommunale beredskapsplanene.

– **Opplæring i psykologisk førstehjelp må gis gjennom obligatoriske kurs til helsepersonell og annet hjelpemannskap som gir akutt hjelp til berørte og rammede, samt til alle organiserte frivillige.**

– **Det bør beskrives i beredskapsplaner at rammede som tilhører en organisasjon, bør ivaretas innenfor denne organisasjonens rammer og utnytte denne organisasjonens særpreg, eventuelt med bistand fra helsepersonell.**

– **Lokalt ansvarlig for helsetjenesten må i krisesituasjoner sørge for registrering av antall og kategorier helsepersonell som er til disposisjon. Vaktturnus må settes opp så snart man har oversikt over behov for helsetjenester. Helsepersonellet må være tydelig merket med funksjon og innta er aktiv rolle i forhold til de rammede. Dette anses å være særlig viktig når barn og ungdom er rammet. Pårørende av savnede må holdes adskilt fra de overlevende.**

– **Helsepersonell må være aktive med å veilede rammede i forhold til mediekontakt.**

3.1.3 Psykososial innsats ved sykehusene og pårørendehåndtering Håndtering av pårørende

Den regionale beredskapsplanen for Helse Sør-Øst omhandler ansvarsforhold vedrørende psykososial omsorg (D37). Dette gjelder pasienter og deres pårørende, ivaretagelse av eget personell og pårørendesenter utenfor sykehuset. Den omhandler også informasjonstjenesten som ligger i grensesnittet opp mot psykososiale tjenester. Regional beredskapsplan ble godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF 6. mai 2010.

Pårørendesenter utenfor sykehus

Det er politiets og kommunens ansvar å etablere et pårørendesenter. Helseforetakene yter faglig bistand på forespørsel. Det er politiets ansvar å koordinere arbeidet.

Det er viktig å planlegge disse tjenestene helhetlig, slik at pårørende og skadde i størst mulig grad skjermes mot pressen og får tilgang på oppdatert, korrekt informasjon.

Ifølge Oslo politidistrikts beredskapsplan skal politiet opprette pårørendesenter på Plaza hotell for pårørende til savnede og antatt skadde. Sykehuset skal samarbeide med politiet, slik at pårørende blir sendt dit.

Pasienter og deres pårørende

Det enkelte helseforetak har selv ansvar for å etablere rutiner for å ivareta pårørende til pasienter som er kommet til sykehuset. Sykehuset har kun ansvar for pårørende til egne pasienter. Andre pårørende skal henvises til kommunens/politiets senter for pårørende.

OUS har ansvaret for å ivareta pårørende til pasienter som er innlagt der. Ved OUS har Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Ullevål det faglige ansvaret for håndtering av de pårørende og psykososial støtte. Psykososialt kriseteam ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, ivaretar pårørende til pasienter som er innlagt på sykehuset. Det er et tverrfaglig team som består av 14 personer: voksenpsykiatere, barne- og ungdomspsykiatere, sykepleiere, psykologer, sosionomer, kontorpersonell og prest. Ved behov forsterkes kriseteamet med ansatte fra akuttpsykiatrisk avdeling, og fra Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon.

I den første fasen ble skadde pasienter sendt til flere sykehus, først og fremst til Vestre Viken (35 pasienter til Ringerike sykehus, 7 pasienter til Bærum sykehus, 2 pasienter til Drammen sykehus). Hardt skadde pasienter ble sendt til Oslo Universitetssykehus (31 pasienter til OUS, Ullevål, 1 pasient til OUS, Aker) og 2 pasienter til Diakon-

Fase 1 (akutfase)	Fase 2 (oppfølging)	Fase 3 (oppfølging)	Fase 4 (oppfølging)
22–25/7-11	25/7	26/7	29/7– 5/8
Mottak, registrering og ivaretagelse av fremmøte – Pårørende-telefon	Psykologisk oppfølging av pårørende og pasienter – Individuelt og pårørendesentre Rikshospitalet og Ullevål	Debrifing av personell	Overføring av pårørende og pasienter til KL-enhet. Syning RH avsluttes.

Fase 1 Akutfase	Fase 2 Psykologisk oppfølging av pasienter/pårørende	Fase 3 Psykologisk ivaretagelse av personell	Fase 4 Psykologisk oppfølging av pasienter/pårørende
Pårørende 22/7 – Vel 200 pårørende fysisk tilstede – 23-24/7 – Vel 50 Telefoner 22/7 - > 600 henvendelser – 23-24/7 - > 250	32 hardt skadete pasienter og deres pårørende – De fleste pasienter innlagt overvåking – De fleste pasienter hadde flere operasjoner – 1 pasient: 1 team	Alle berørte avdelinger kartla behov – 15 gruppedebrifinger i løpet av uke 1 – 22 grupper er gjennomført – 9 individuelle samtaler	Barn/ungdom ble fulgt opp av barne- og ungdomspsykiatrien – Voksne ble fulgt opp av KL-enheten

Figur 10: Oversikt over de ulike fasene i OUS' arbeid
Kilde: OUS

hjemmet sykehus. De døde ble sendt til OUS, Rikshospitalet og rettsmedisinsk institutt. Pårørendesentre ble opprettet ved OUS, Ullevål for hardt skadde pasienter, og ved OUS, Rikshospitalet for savnede og døde.

På OUS, Ullevål møtte beredskapsleder ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet nestleder for Psykososialt kriseteam på akuttpsykiatrisk mottak en time etter at bomben smalt. Begge møtte på eget initiativ uten å være innkalt. Nestlederen for Psykososialt kriseteam åpnet pårørendesenteret kl. 16.45 etter gjeldende plan på Lærings- og Mestrings-senteret (LMS) på Pasienthotellet på Ullevål (D81).

De første pårørende etter eksplosjonen i regjeringskvartalet ankom OUS, Ullevål før pårørendesenteret for innlagte pasienter var etablert. Akuttmottaket hadde da ingen ressurser ledige til å ivareta dem. Pårørende ble samlet i kantinen inntil representanter fra Psykososialt kriseteam kom og fulgte dem over til Pasienthotellet.

Varsling av Psykososialt kriseteam hadde ikke funnet etter gjeldende plan, og lederen for teamet og sentrale medarbeidere ble først varslet over telefon kl. 17.15.

I løpet av kvelden 22. juli besøkte omtrent 200 antatt pårørende pårørendesenteret på OUS, Ullevål.

Riksdekkende medier oppga ettermiddag og kveld 22. juli telefonnummeret til et nasjonalt pårørendesenter som telefonnummeret for pårørendesenteret på OUS, Ullevål, i stedet for 815 02 800, som er politiets faste telefon for pårørende ved større hendelser. Dette ble ikke rettet før etter mange timer (M5). Pårørendesenteret for innlagte pasienter ved Ullevål besvarte omtrent 600 oppringninger. Man vet ikke hvor mange som ikke fikk svar på grunn av overskredet kapasitet på kun én inngående telefonlinje. Oppringningene ble besvart av sentrale medarbeidere i Psykososialt kriseteam samt frivillige fra akuttpsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus: psykiatere, sykepleiere, psykolog og sosionom. Registrering av innringere ble prioritert ut fra antatt tilknytning til innlagte pasienter. Mange henvendelser var fra nyhetssøkende, og disse ble ikke registrert.

Da det hadde gått en drøy time etter midnatt uten noen telefonhenvendelser, ble pårørendesenteret stengt for resten av natten ca. kl 01.30. Politiet gikk ut med antall døde midt på natten, og dette førte til et meget sterkt press på de ansatte i akuttmot-taket som betjente telefoner. Pårørendesenteret på Ullevål gjenopptok ansvaret for oppringninger fra pårørende fra tidlig morgen 23. juli og holdt etter dette døgnåpent for henvendelser. I løpet av 23. juli ble det registrert omtrent 200 telefoner.

Medarbeiderne ved pårørendesenteret fikk kontakt med de fleste av de pårørende av innlagte pasienter. Informasjon for de berørte ble de første dagene videreformidlet og bearbeidet på individuell basis, der Psykososialt kriseteam arbeidet med grupper som besto av den enkelte pasienten og dennes nærmeste pårørende.

Psykososialt kriseteam ble 22. juli informert om at det ikke skulle opprettes pårørendesenter for pårørende til savnede og antatt døde på Plaza hotell

etter gjeldende plan, men at det skulle flyttes til Stovner politistasjon. Om morgenen 23. juli ble det gitt informasjon om at politiets pårørendesenter ble endret til Anker hotell, like ved legevakten. Noen timer senere ble Psykososialt kriseteam informert om at politiet hadde flyttet pårørendesenteret for pårørende til savnede og antatt døde til Sundvolden hotell i Hole kommune, like ved Utøya. Samtidig opprettet Byrådet i Oslo en møteplass for sørgende i Oslo Domkirke. AUF opprettet sitt møtested for berørte på konferansesenteret, Folkets Hus.

Legevakten / Psykiatrisk legevakt i Oslo bisto i Domkirken og på Folkets Hus. Fungerende leder for Psykiatrisk legevakt sto i løpende kontakt med psykososial beredskapsleder i Oslo og informerte om oppdrag legevakten fikk, dels ved direkte henvendelser, dels via Oslo kommunes legevakt. Pårørendesenteret på Ullevål oppnådde ingen direkte kontakt med politiet. Verdifull informasjonsutveksling ble derfor forsinket.

Identifisering av alvorlig skadde

Akuttklinikken ved OUS, Ullevål hadde en sentral rolle i arbeidet med å identifisere pasientene. Psykososialt kriseteam bidro med identifisering ved hjelp av pårørende. Personell fra prestetjenesten, Akuttklinikken og akuttpsykiatrisk avdeling deltok i arbeidet ved pårørendesentrene. For størstedelen av Akuttklinikken skjermte pårørendesenteret på Ullevål arbeidet deres mot henvendelser utenfra. Ved de enhetene som likevel fikk pårørende-henvendelser var det noe uklarhet om planverket og kommunikasjonen med pårørendesenteret.

Identifisering av døde

Politiet opprettet midlertidig senteret for overlevende og pårørende til savnede på Sundvolden hotell fra 23. juli. Det ble i løpet av 23. juli klart at arbeidet med å identifisere døde måtte gjøres på Rettsmedisinsk Institutt, OUS, Rikshospitalet. Instituttet ligger i nærheten av Gaustad pasienthotell på OUS, Rikshospitalet. Det ble vurdert som hensiktsmessig å videreføre pårørende til savnede og antatt

døde fra Sundvolden til Gaustad pasienthotell, OUS, Rikshospitalet. Pårørendesenteret for antatt savnede og døde ble derfor etablert der. Prestetjenesten ved OUS, Rikshospitalet ble utpekt til å lede senteret for etterlatte. I tillegg ble ansatte ved psykisk helsevern for barn og unge (BUP), Oslo universitetssykehus, samt ansatte ved akuttpsykiatrisk avdeling mobilisert til å ta imot etterlatte på Gaustad hotell. Oslo sykehusservice bidro ved etablering av pårørendesenter på OUS, Rikshospitalet for håndtering av pårørende til de døde. Resepsjonen på Gaustad hotell bidro med ombooking og koordinerte avtalen med hotellet. Dette ble en ad hoc-løsning: den gamle beredskapsplanen for OUS, Rikshospitalet ble iverksatt og tilpasset for å løse denne oppgaven.

Ivaretagelse av hardt skadde pasienter og deres pårørende

Psykososialt kriseteam ble bemannet til i alt 43 personer, ut fra den gjeldende planen, dels ved tilkalling, dels ved ansatte som meldte seg på eget initiativ fra: BUP på OUS, Ullevål og OUS, Rikshospitalet. Prestetjenesten ved OUS, Rikshospitalet, ansatte ved akuttpsykiatrisk avdeling ved Oslo universitetssykehus, ansatte fra andre avdelinger ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet, ansatte fra Psykiatrisk divisjon ved Akershus universitetssykehus (Ahus) og andre. Psykososialt kriseteam ble inndelt i tre vaktskift per døgn. Hovedtyngden av arbeidet ble prioritert mellom kl. 08.00 og kl. 18.00. Pårørende ble anbefalt å tilstrebe en normal døgnrytme, søke ro og unngå følelsesmessig overbelastning de siste timene av det våkne døgnet. Pårørendesentrene hadde enkeltstående episoder med uenighet med representanter for en frivillig organisasjon som ønsket å være til stede inne på pårørendesenteret også om natten (M5).

Kontinuitet i behandlingen ble etterstrebet. Pasienten og pasientens nærmeste pårørende ble ivaretatt av samme team. I enkeltsaker ble det satt inn flere team ved behov. Noen pasienter hadde flere nære omsorgspersoner i tillegg til biologiske foreldre. Medarbeidere til hvert pasientteam ble utpekt på grunnlag av pasientens alder. Psykisk helsevern for barn og unge tok seg av pasienter i alderen opp til og med 18 år. Fag-sammensetningen mellom psykiatere/psykolog og sykepleier/sosionom i det enkelte team ble vurdert etter familiens totale belastning. Henvendelser over telefon avtok til rundt 50 om dagen. Pårørende til 31 innlagte pasienter oppsøkte pårørendesenteret på Ullevål. Mer enn 20 oppsøkte pårørendesenteret på OUS, Rikshospitalet.

Et felles informasjonsmøte for pasienter og pårørende ble holdt 26., 27. og 28. juli. Den 26. juli informerte tre ledende tjenestemenn innen politiet. Mer enn 45 pårørende møtte opp på Ullevål. Den

27. juli ga sykehusets ledelse samme informasjon på OUS, Rikshospitalet som politiet hadde gitt på Ullevål. Over 40 møtte opp. Den 28. juli besøkte statsministeren pårørendesenteret på Ullevål i lukket møte. Rundt 70 pasienter og pårørende møtte opp.

Nedrigging av pårørendesenter, overgang til normal sykehusdrift

OUS, Rikshospitalets pårørendesenter for pårørende til savnede og antatt døde ble stengt 30. juli.

Siste døde var da identifisert, og etterlatte hadde kunnet ta farvel med sine. Ullevål stengte pårørendesenteret for pårørende til hardt skadde pasienter 3. august. Konsultasjons- og Liaison-enheten ved Ullevål/Aker overtok den videre oppfølgingen av de som fortsatt var innlagt. Siste pasient ble skrevet ut 11. oktober og overført til Sunnaas.

Sunnaas sykehus

Sunnaas sykehus har hatt 8 pasienter innlagt som følge av skader etter terrorhandlingene. Samtlige ble overflyttet dit etter akuttbehandling ved Oslo universitetssykehus. Ved siden av at det fysiske skadeomfanget hos flere av pasientene var omfattende, hadde også psykiske faktorer knyttet til den ekstreme opplevelsen, hos mange av pasientene en stor betydning. Dette gjaldt også i stor grad reaksjoner hos pårørende/familie og venner.

Samtlige pasienter hadde behov for et lengre tilbud fra et bredt tverrfaglig team med blant annet lege, psykolog, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, spesialpedagog og andre grupper. Lengden på oppholdet har vært avhengig av rehabiliteringsbehovet og har variert fra 6 uker til flere måneder.

Kriseteamet på sykehuset var i beredskap fra dag én og har gitt tilbud til pasienter og pårørende etter behov, samtidig som de har vært veiledere/rådgivere for kliniske team som har hatt behandlingsansvar for pasientene. Ansatte på klinikken i Sunnas sykehus har i utgangspunktet lang erfaring med det å takle mennesker som har vært utsatt for store traumer. Likevel skapte situasjonen rundt det å skulle ta imot pasienter 22. juli til dels sterke reaksjoner hos ansatte, og det var behov for ekstra oppfølging gjennom samtaler og veiledning.

Interessen fra media rundt inneliggende pasienter fra 22. juli var stor helt fra starten av.

Det ble tidlig kartlagt hvilke forhold pasientene selv ønsket til media.

Representanter for kriseteamet ved Sunnaas sykehus bidro inn mot Nesodden kommune

PÅRØRENDEHÅNDTERING

Ved katastrofer er pårørendetelefon en funksjon som snarest skal opprettes av det berørte politidistriktet eller hovedredningsentralen for å ivareta informasjonsbehovet fra politi til pårørende. Det er opprettet et nasjonalt kontaktnummer for pårørende – **815 02 800**. I en akutfase vil det kunne være svært krevende å betjene slike telefoner, og det er derfor viktig med trenet personell.

Det er politiets oppgave å opprette pårørendesenter og telefon for

pårørende, men hjelp til å drive et slikt senter vil kunne være en sentral oppgave for det kommunale psykososiale kriseteamet ved store kriser, ulykker og katastrofer.

Ved større katastrofer vil det være nødvendig for det psykososiale kriseteamet å samarbeide med de ordinære hjelpeinstansene i kommunen og spesialisthelsetjenesten med hensyn til fordeling av oppgaver. Ved store hendelser med en stor og geografisk spredt gruppe pårørende er det viktig at politiet eta-

blerer en fungerende kontaktenhet i den akutte fasen, i samarbeid med helse- og sosialtjenesten.

Kommunen bør sikre at det finnes personer med kompetanse i forhold til multikulturelle utfordringer i bemanning av et pårørendesenter.

Som hovedregel bør senter for pårørende/etterlatte og senter for overlevende være fysisk atskilt, siden de har ulike behov for psykososial støtte og omsorg.

gjennom samtaler med helsesjef, leder for kriseteamet, fagpersoner og andre representanter som bisto i oppfølgingsarbeidet. Kriseteamet tilbød også tjenestene sine til Askim kommune (D46).

Vurderinger

Vi vurderer det slik at det psykososiale arbeidet overfor pasienter og pårørende var meget bra organisert og koordinert i akutfasen. I en så krevende situasjon vil det alltid kunne være noen svakheter og mangler, men hovedinntrykket er positivt. Helse Sør-Øst delegerte ansvaret for koordineringen til Oslo universitetssykehus i henhold til plan. Det ble opprettet et pårørendesenter ved alle sykehus i samarbeid med politiet.

Til tross for ferie var det nok personell, dels på grunn av innkalling, dels på grunn av at helsepersonell som var på ferie, meldte seg på eget initiativ. Flere av de faste medlemmene i Psykososialt kriseteam hadde ferie 22. juli, men avbrøt denne for å delta i arbeidet. Sammen med akutt-psykiatrisk avdeling sørget de for en fleksibel mobilisering av personell. Psykososialt kriseteam startet tidlig bearbeiding av traumer, og skjermet

samtidig ansatte i den somatiske delen av helse-tjenesten mot stor pågang av pårørende. Pårørende til døde fikk individuell omsorg. Ansatte fikk tidlig mulighet til å bearbeide opplevelsene.

AUF har rapportert at de var fornøyd med helse-tjenestens innsats, men at sykehusenes taushetsplikt var til hinder for informasjon, og at det var mangelfull informasjon både om innlagte pasienter og til innlagte pasienter på sykehus i den akutte fasen. Noen ungdommer var alene og trodde de var de eneste overlevende etter hendelsene (M25).

Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene har også sagt at helsetjenesten fungerte bra, men at sykehusenes taushetsplikt var til hinder for at det ble gitt nok informasjon. Videre har de etterlyst en nettside med informasjon i den akutte fasen. De har vært opptatt av at KRIPOS' språkbruk ble vel teknisk, med bruk av altfor direkte ord som var støtende for noen (M27). Både AUF og støttegruppen har understreket betydningen av å bli skjermet mot media.

Sundvolden Hotel

Foto:
Sundvolden



Anbefalinger

Rollen til organiserte frivillige aktører må tydeliggjøres; hva de skal gjøre, og hva de ikke skal gjøre. Det må klargjøres hvem som har det overordnede ansvaret for ledelsen av de frivilliges innsats i krisehåndteringen. Samarbeidsrutiner mellom helsepersonell og frivillige må tydeliggjøres, og kommunene bør inngå intensjonsavtaler med de frivillige organisasjonene.

– **Beredskapsplanen for håndtering av pårørende i helsetjenestene må oppdateres. Kunnskap om at pårørendehenvendelser skal gå til pårørendesenteret må være kjent og integrert i tjenestene. Samarbeidet mellom helsetjenestene og politiet må gjennomgås, inkludert rutiner for informasjonsutveksling og kontaktpunkter.**

– **Pårørendetelefon må ha nødvendig kapasitet og bemanning. Pårørendetelefon til sykehusene må koordineres.**

3.2 IVARETAKELSE AV INVOLVERT HELSEPERSONELL OG FRIVILLIGE Debrifing

Debrifing er en formalisert form for posttraumatisk innsats som har endret seg gjennom årene. Det er derfor ikke et entydig begrep. Begrepet brukes imidlertid svært ulikt og ofte vilkårlig av både utøvere og forskere for å beskrive en rekke ulike aktiviteter, fra uformelle samtaler til svært strukturerte intervensjoner. Debrifing er i bruk mange steder, selv om det er stor variasjon i trening og supervisjon (Regel, 2007).

En kort, tidlig samtale om følelser har noen ganger blitt benyttet og feilaktig blitt kalt for debrifing. Det

er imidlertid konsensus om at en slik intervensjon ikke er tilrådelig.

Debrifing er et forvirrende begrep, og hvis det skal benyttes, er det vanligvis for å beskrive gruppeintervensjon overfor innsatspersonell minimum et døgn etter innsatsen.

Det skal ikke benyttes de første 24 timene, og det skal ikke åpnes opp for å snakke om følelser i en tidlig fase, da dette i verste fall bidrar til å senere vonde følelser.

Det er en pågående kritisk debatt om begrepet debrifing. Fagmiljøer både i Norge og i utlandet stiller spørsmålstegn ved om debrifing er nyttig eller

bør erstattes av andre teknikker med mer fokus på teknisk gjennomgang av faktiske hendelser og kollegastøtte.

Råd fra det internasjonale fagrådet: "The common understanding of debriefing varies substantially. There is little evidence supporting the effectiveness of debriefing in the framework of one or a few sessions after the crisis". "There is today no clear consensus internationally regarding support to emergency services personnel. There are however probably components of group sessions that can be useful, such as providing support within the group, being able to evaluate the performance of the group (what went well, what could we do better) and thereby obtain an overall description of the incident".

Det har også kommet kritikk av kritikerne. (Hawker, D. M., Durkin, J., & Hawker, D. S. J. 2011. To debrief or not to debrief our heroes: That is the question. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 543-463).

I Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak defineres begrepet debrifing slik: "Debrifing er en term som benyttes for samtaler som gjennomføres når det har gått mer enn 24 timer etter hendelsen."

Defusing defineres samme sted slik: "Avlastnings-samtale eller defusing refererer til samtaler som skjer samme dag."

Anbefaling fra Senter for Krisepsykologi:

- Innsatsmannskaper som har opplevd svært sterke inntrykk, bør få mulighet til å reflektere over og integrere sine opplevelser.
- Metodene som benyttes, må imidlertid være gjennomtenkte og basert på erfaring og oppdatert kunnskap.
- Organisering av fakta og struktur på opplevelsene er viktigere enn emosjonell ventilerings.

3.2.1 Ivaretagelse av helsepersonell

Det enkelte sykehus skal ha rutiner både for debrifing av innsatspersonell og oppfølging av eget personell etter interne ulykker eller tragedier blant de ansatte.

Ivaretagelse av medarbeidere generelt er et lederansvar som ivaretas i avdelingene, og som håndteres litt ulikt avhengig av avdelingens oppgaver og drift. De mest eksponerte enhetene, som ambulansetjenesten og akuttmottak, har rutiner for støtte og oppfølging av medarbeidere som eksponeres for slike sterke inntrykk, noe det var mange av under denne hendelsen. Oslo universitetssykehus forberedte tidlig et opplegg for oppfølging av egne medarbeidere hvor OUS, Ullevål, Klinikk for psykisk helse og avhengighet sto for den faglige og praktiske gjennomføringen til

støtte for enhetene i foretaket. EFOK (Emosjonell førstehjelp og krisehåndtering-gruppen) har som en av hovedoppgavene ansvar for å bearbeide emosjonelle inntrykk etter hendelser.

Arbeidet på Sundvolden hotell

På Sundvolden hotell ble det foretatt debrifing av innsatsgruppene, som først og fremst omfattet helsepersonell, men også brannmannskaper og enkelte Røde Kors-tilknyttede samt ansatte ved Sundvolden hotell. Koordineringen av arbeidet ble 26. og 27. juli ledet av en medarbeider fra Helse-direktoratet.

Arbeidet i debrifingsgruppene ble ledet av representanter for Senter for Krisepsykologi. Arbeidet tok sikte på å få frem fakta om terrorhendelsen samt innsatspersonellens tanker og inntrykk. Deltakerne skulle få anledning til å beskrive sin egen funksjon og således få vise at de hadde bidratt med noe positivt når det gjaldt den aktuelle katastrofen. Dette skulle bidra til deltakernes helhetsforståelse av det som hadde skjedd. Videre ble det minnet om at man måtte kunne trekke lærdom av erfaringene som ble gjort. Et overordnet prinsipp for tilordning til en gruppe var tidspunktet for når innsatspersonellet kom med i krisearbeidet; om de var med allerede fra 22./23. juli, eller om de kom med i arbeidet på et senere tidspunkt, 23./24. juli eller dagene etterpå.

Den 26. og 27. juli var det tre debrifingsteam som hver hadde inntil tre grupper pr dag.

De ulike gruppene besto av:

1. Ansatte i Ringerike Distriktpsykiatriske senter (DPS) og ansatte i kommunehelsetjenesten i Hole og andre omkringliggende kommuner som hadde vært med fra starten av (22./23. juli). Det var også noen prestere med i denne gruppen.
2. Ansatte i Ringerike DPS og ansatte i kommunehelsetjenesten i Hole og andre omkringliggende kommuner som kom med 23./24. juli eller senere. Også her var det prestere med.
3. Innsatsledere brann.
4. Legevaktsleger.
5. De to kommuneoverlegene i Hole og Ringerike kommune.
6. Brannmenn.
7. Representanter fra kommunehelsetjenesten i Hole og Ringerike og representanter fra Asker DPS og Modum Bad. Prestere og imam.
8. Hole kommunes ledelse.
9. Engelsktalende gruppe for hotellansatte fra Latvia og Estland.
10. Hotellansatte og en Røde Kors-ansatt.

Det ble til sammen gjennomført rundt 15 ulike møter for innsatspersonell og psykososialt støttepersonell. I tillegg ble det i løpet av de første ukene holdt kurs for ledere samt oppfølgingsmøter for noen av personene blant innsatspersonellet.

Prehospitalt senter

EFOK-gruppen i Prehospitalt senter gjennomførte samtaler/oppfølging med personell fra følgende avdelinger/aktører: ambulanseavdelingen, luftambulanseavdelingen, AMK, pasientreiser og Norsk folkehjelp.

Etter terrorhendelsene etablerte EFOK et mottak for personell som hadde vært i innsats, og dette ble etablert i ambulansetjenestens lokaler i sentrum. Man sikret på denne måten at innsatspersonell fra hendelsen i regjeringskvartalet ble registrert og fikk nødvendig oppfølging og informasjon om videre tiltak før de gikk hjem. Det ble foretatt en rask kartlegging med hensyn til individuelle emosjonelle behov. Alle fikk beskjed om at det senere ville bli avholdt en teknisk gjennomgang og en psykologisk debrifing.

Senere samme kveld/natt ankom personell fra Utøya. De ble samlet, registrert og gitt samme informasjon som første gruppe. Det ble foretatt en såkalt "debrifingsscreening", og noen fikk tilbud om å overnatte på ambulanseseksjonen. Videre ble personellet informert om hvilke tiltak EFOK ville iverksette de neste dagene. Hensikten med samlingene var å kunne sette et første felles punktum. Det ble gitt informasjon om at hendelsen og inntrykkene var for ferske til at en debrifing var hensiktsmessig, og at det burde gå minimum 24 timer før debrifing kunne gjennomføres.

Alt personell som var i innsats og/eller beredskap ved hendelsene, fikk beskjed om å møte til teknisk gjennomgang 24. juli. Det var stort oppmøte fra samtlige avdelinger ved Prehospitalt senter, samt fra 330-skvadronen ved Rygge flystasjon.

Den 24. juli var gruppedebrifing gjennomført med alle som var registrert og hadde vært involvert i terrorhendelsene. 67 personer var registrert for gruppedebrifing, og alle var fulgt opp. Enkelte grupper gjennomførte flere oppfølgingsamtaler med hele gruppen eller enkeltpersoner. Flere ansatte ble fulgt opp med 1-1-samtaler. Videre ble det gjennomført avlastningssamtaler enten ansikt til ansikt eller via telefon for 20–30 ansatte. Dette var personell som ikke hadde vært direkte involvert i hendelsene, men som hadde vært i beredskap.

Det ble foretatt en teknisk gjennomgang 25. juli i auditoriet på Ullevål sykehus. Alle som hadde vært involvert på en eller annen måte, ble invitert til å møte. Like i etterkant av den tekniske

gjennomgangen ble det foretatt en gruppedebrifing av personell.

Den 26. juli ble det gjennomført en psykologisk debrifing på Holtet videregående skole. Det ble utarbeidet en plan for selve gjennomføringen, der personellet ble inndelt i grupper. Samtalene ble gjennomført gruppevis, og det ble avtalt nye møter med 2 av gruppene i tillegg til flere individuelle oppfølgingsamtaler. Senere ble det etablert 2 nye grupper for debrifingssamtaler. Totalt ble det registrert 86 personer tilknyttet prehospitalt senter som gjennomførte debrifing (D23).

Oslo legevakt og Oslo universitetssykehus

Noen av de ansatte, spesielt de som sto i front på mottaket ved Legevakten i Oslo, meldte om stressreaksjoner i etterkant. Avdelingen valgte derfor å gi alle involverte tilbud om en felles samtale og gjennomgang av hendelsen allerede samme helg. Dette ble gjennomført med ca. 25 deltagere 24. juli. Det ble også gitt tilbud om videre oppfølgingsamtaler.

Allerede om kvelden 22. juli var de tyngst belastede enhetene ved Oslo universitetssykehus i gang med systematisk oppfølging av ansatte. Avdelingene som hadde de mest sentrale rollene i behandlingen av pasientene, iverksatte tiltak for rullering av ansatte for å gi rom for hvile, og for å fordele arbeidsbelastningen. Mange enheter hadde godt med ressurser tilgjengelig i avdelingen gjennom helgen, slik at nødvendig hviletid og pauser kunne ivaretas på en god måte.

De nærmeste dagene etter hendelsene ble det gitt tilbud om en debrifing med psykososialt team. Noen enheter hadde egne møter hvor hendelsen ble gjennomgått i detalj. Det ble fokusert på hvordan beredskapsplanen fungerte, og om det var forslag til endringer samt refleksjoner rundt påkjenninger. I noen enheter ble det gjennomført møter, slik at ansatte som var til stede, kunne dele erfaringer med ansatte som var på ferie eller av andre grunner var fraværende under hendelsen. Deler av det mobiliserte personellet som ikke ble direkte involvert i arbeidet med de skadde, spesielt på OUS, Aker og OUS, Rikshospitalet, har gitt uttrykk for frustrasjon over ikke å bli benyttet, da de hadde et stort ønske om å bidra.

Foretakets beredskapsledelse holdt tre like informasjonsmøter i plenum for alle ansatte ved OUS, Aker, OUS, Rikshospitalet og OUS, Ullevål. Etter dette har Psykososialt kriseteam ledet grupper samt gitt individuell samtale til de som har hatt behov for det. Der det har vært nødvendig med videre bearbeiding, har den enkelte blitt henvist til fastlege, DPS/poliklinikk eller annen hjelp. Siste

debrifing på gruppenivå ble holdt 10. august 2011.

Det ble også avholdt et møte hvor ledelsen deltok sammen med politi og rettsmedisinsk institutt, for de som var involvert i arbeidet med å støtte identifiseringsarbeid og rettsmedisinsk obduksjon.

Vurderinger

EFOK er et etablert system som benyttes ved store, alvorlige hendelser. Det vurderes som viktig at det er et etablert system og en tydelig instruks som sikrer at alle involverte fanges opp. Det er vesentlig at det ikke er den enkeltes ønske om eller vurdering av behov for emosjonell oppfølging som styrer, men hendelsens omfang. Det vurderes som positivt at EFOK var raskt inne og foretok registrering, emosjonell kartlegging og deretter individuell oppfølging og debrifing, samtidig som det ble understreket at det ikke var aktuelt med debrifing i den helt akutte fasen da inntrykkene var for ferske.

Det er positivt at det tidlig ble satt fokus på å ivareta medarbeiderne. Mange enheter har gode rutiner for oppfølging og iverksatte tiltak allerede i akutfasen. Gruppesamtaler og individuell oppfølging ble iverksatt de neste dagene. Det er etablert opplegg for dette arbeidet også for langsiktig oppfølging, slik at ledere og den enkelte medarbeider kan få videre støtte om det er nødvendig og ønskelig.

Tilbakemeldingene tyder på at debrifing praktiseres ganske ulikt, og at det er behov for å gjennomgå og tydeliggjøre begrepet. Det trengs mer entydige modeller for eventuell bruk av debrifing og ledelsesforankrede planer for hvordan dette i tilfelle skal gjennomføres.

Erfaringene som rapporteres, er at noen har bearbeidet inntrykk i samtaler med kollegaer de jobbet sammen med, og hadde mindre behov for debrifingsgruppene som ble opprettet.

Innsatspersonellet har fått tilbud om en strukturert screening, debrifing og individuelt tilpasset oppfølging. Det forventes at etterarbeidet vil strekke seg over tid, ettersom det er ulike behov ut fra hva

den enkelte ansatt har vært eksponert for. Det antas at ikke alle ansatte som har vært involvert, er fanget opp, som følge av at det ikke finnes noen tilstrekkelig oversikt. Under den tekniske gjennomgangen har det imidlertid vært gitt informasjon om at de som ikke hadde fått noen henvendelse fra EFOK-gruppen, selv måtte ta kontakt.

Forsvarets sanitet (Fsan) har et kompetansemiljø innenfor oppfølging av traumatisert personell og har beredskap med 2 psykologer på hjemnevakt. De er bedt om å komme med forslag til tiltak som kan bedre samarbeidet mellom Fsan og sivil helse-tjeneste når det gjelder psykososial oppfølging av personell som har vært utsatt for ekstreme situasjoner (M11).

Som ledd i vurderingen har Helsedirektoratet i ettertid spurt aktører innenfor helsetjenesten, kommuner, frivillige organisasjoner og andre yrkesgrupper som deltok direkte eller indirekte i den akutte fasen, om håndteringen og oppfølgingen.

Flere yrkesgrupper og organisasjoner er fremdeles påvirket, med nedsatt funksjon i arbeid og dagligliv,

et halvt år etter terroren. Det gjelder spesielt de som hadde mannskap til stede under selve terrorhandlinger. Flere beskriver også en emosjonell belastning knyttet til den direkte og vedvarende oppfølgingen av rammede og pårørende. Flere tjenester har egen kompetanse på traumebehandling, der enkelte personer har spisskompetanse innen krisehåndtering. Tilbakemeldingene viser at kommuner og tjenester har god psykiatrisk og psykologfaglig kompetanse og mange steder også god kunnskap om psykologisk førstehjelp, mens det andre steder er behov for mer opplæring i dette.

Videre kan tilbakemeldingene tyde på at debrifing praktiseres ganske ulikt, og at det er behov for å gjennomgå og tydeliggjøre begrepet. Det trengs mer entydige modeller for eventuell bruk av debrifing og ledelsesforankrede planer for hvordan dette i tilfelle skal gjennomføres.

Videre tyder tilbakemeldingene på at det bør gjøres tydelig at debrifing for innsatspersonell ikke er aktuelt før det har gått minimum 24 timer etter hendelsene.

Anbefalinger

Det bør utarbeides en overordnet plan for oppfølging av innsatspersonell som har vært utsatt for store påkjenninger i arbeidet, med oversikt over hvor etaten kan henvende seg for faglig støtte.

–

Det bør legges vekt på undervisning av aktuelt helsepersonell i håndtering av pasienter med alvorlige psykososiale traumer, og helsepersonellet bør trenes/forberedes på å håndtere slike situasjoner.

–

Helsepersonell som er mest trent, må brukes i første linje, mens de som har mindre trening, må skjermes mot den mest emosjonelt belastende delen av arbeidet. Det må settes av tid til oppfølging av helsepersonell i etterkant. Personell bør ikke sendes direkte ut på nye oppdrag uten at de har fått mulighet til å hente seg inn igjen først.

–

Dersom debrifing skal gjennomføres, må det være en tydelig plan for dette, for når og hvordan det skal gjennomføres, og for hvordan begrepet debrifing skal benyttes. Debrifing bør defineres entydig som gruppeintervensjon for innsatspersonell; en intervensjon som ikke skal gjennomføres før det har gått minst ett døgn etter hendelsen.

3.2.2

Ivaretagelse av frivillige aktører – organiserte og ikke-organiserte

Norsk Folkehjelp og Røde Kors er frivillige organisasjoner med beredskap som fagområde, mange medlemmer over hele landet og mye erfaring. De kan være der det skjer, kan raskt komme til og bidra ved store hendelser. Medlemmene i de frivillige organisasjonene har et stort engasjement og kan spille en viktig rolle som erfarne medmen-

nesker, gi støtte, praktisk bistand og være et viktig supplement til de profesjonelle hjelperne.

Ett av formålene med "Samarbeidsavtalen mellom Norges Røde Kors og Helsedirektoratet om materiell- og støttegruppeberedskap knyttet til framtidige kriser og katastrofer" er å regulere roller og oppgaver ved å etablere støttegrupper for overlevende og pårørende etter katastrofer.

Ved store hendelser vil det også være ikke-organiserte frivillige, forbigående, lokalbefolkning eller andre grupper som er på stedet, og som bidrar med rask hjelp som medmennesker.

Norsk Folkehjelp hadde 8 personer på Utøya. Norsk Folkehjelp sentralt ble først varslet etter medieoppslag om bombing i Oslo via AMK, og ble deretter varslet om skytingen på Utøya direkte fra Norsk Folkehjelp, avdeling Hadeland, som hadde forskanset seg sammen med ungdommer inne på skolestua på Utøya. Norsk Folkehjelp dro til Utvika, der det var mange skadde ungdommer, og var fremme ca. kl. 19.00. Deretter ble alle evakuert pga. varsel om ny bombefare. 50 ungdommer ble samlet i et hus. 2 av disse var skadet. Norsk Folkehjelp startet psykologisk førstehjelp med praktisk bistand og reetablering av trygghet. De var deretter med til Storøya og bisto ved registrering og videre transport til Sundvolden. De hjalp også til videre i det psykososiale arbeidet på Sundvolden (D68).

Norsk Folkehjelp sentralt har i ettertid spesielt bistått Norsk Folkehjelp, avdeling Hadeland, som mistet en av sine medarbeidere som var på Utøya. De har også hjulpet til med å opprette lokale pårørendesentre rundt om i landet. Norsk Folkehjelp har deltatt i samarbeidsorganet i Helsedirektoratet, med oppfølging i Regjeringskvartalet, ved tilbakereisene til Utøya, og ved møtet mellom overlevende og etterlatte. Alle involverte fra Norsk Folkehjelp meldte at de fortsatt var påvirket flere måneder etter hendelsene. Oppfølging av egne innsatsmannskaper har ikke vært organisert med særskilt oppfølging, utenom tilbud om debrifing gjennom EFOK. Man har benyttet watchful waiting og bedt personalet om selv å søke hjelp, hvis de har hatt behov for videre oppfølging (M3).

Røde Kors opprettet krisestab 22. juli, men ble ikke varslet av myndighetene. De tilbød bistand til politiet. Da det ikke var behov for slik bistand, dro de til regjeringskvartalet og derfra til Domkirken. Røde Kors hadde 26 frivillige som var i aktivitet i Oslo.

Røde Kors i Buskerud møtte opp ved Utvika kai og bisto politiet der. På Sundvolden ble det bestemt at Røde Kors fra Vestfold skulle lede de ca. 40–60 frivillige fra Røde Kors. På pårørendesenteret på Sundvolden var det en avklart rolle med hensyn til de profesjonelle hjelperne. Røde Kors sin rolle gikk ut på å bistå som medmennesker, gi informasjon og henvise videre hvis det var behov for medisinsk, psykiatrisk eller psykologisk bistand. De frivillige fra Røde Kors hadde en praktisk, ikke-terapeutisk rolle. Da pårørendesenteret på Sundvolden ble lagt ned, ble det overflyttet til Ullevål sykehus. Der oppsto det en diskusjon og uenighet om hvilken rolle Røde Kors skulle ha. Noen

pårørende ønsket å ha sin faste kontakt fra Røde Kors med seg kontinuerlig, men dette ble avvist fra Ullevål på grunn av behovet for ro og hvile.

Røde Kors hadde Åpent hus rundt i landet. Ca. 65 lokalforeninger holdt Åpent hus fra 22. juli til 31. juli. Organisasjonen hadde også telefontilbudet kors på halsen og kom med råd til berørte barn, ungdommer og voksne samt rettledninger/instruksjoner til frivillige. Organisasjonen hadde også en rolle i opprydningen på Utøya og hjalp til med å finne eiendeler og lignende.

Røde Kors har påtatt seg oppgaven med å tilrettelegge for stiftelse og drift av nye støttegrupper i en oppstartfase og bidro som fasilitator med administrativ og praktisk tilrettelegging da Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene skulle opprettes. Røde Kors påtok seg rollen som vertskap for stiftelsesmøtet 21. august og var aktivt involvert i prosessen sammen med Nasjonalt Støttegruppenettverk (NSN).

Lokalforeningene i Røde Kors tilstreber å være en del av den lokale kommunale beredskapsplanen, og her er erfaringen at samarbeidet har fungert godt.

Det var ingen på oppdrag fra Røde Kors som ble drept, men 3 av ungdommene fra AUF som ble drept, hadde tilknytning til Røde Kors, enten som leder av lokallag eller tillitsvalgte i organisasjonen.

Ikke-organiserte frivillige spilte en viktig rolle i hjelpearbeidet, og det er behov for at kommunene utarbeider mer enhetlige planer for ivaretagelse av slike frivillige i etterkant av krisesituasjoner.

I etterkant har Røde Kors engasjert et firma, SOS-CON, til å foreta profesjonell debrifing og oppfølging av de frivillige. Oppfølgingen består i et helhetlig, ettårig obligatorisk program med 2 gruppesamtaler, oppfølging etter 3 måneder og 12 måneder samt individuelle samtaler ved behov (M7).

Ikke-organiserte frivillige var medmennesker som kom først til stedet, både i regjeringskvartalet og ved Utvika camping. De frivillige i Oslo var det liten oversikt over. De forbigående som ble frivillige hjelpere, ble i stor grad overlatt til seg selv, og til å skulle søke hjelp lokalt. Noen ble fanget opp i forbindelse med Åpent hus i regjeringskvartalet i den første fasen, og noen forbigående og butikkansatte ble kontaktet via bydel St. Hanshaugen.

Campingplasseieren, gjestene ved Utvika camping, båteiere, naboer og andre frivillige gjorde en stor innsats. De bidro med å redde mange ungdommer som svømte i sjøen, tok imot dem på campingplassen og fraktet dem til Sundvolden. Omfanget av frivillige hjelpere var ikke avklart 22. juli om kvelden. Neste formiddag ble det etablert et team med psykiater, psykiatrisk sykepleier og helsesøster, som reiste ut til campingplassen denne dagen og neste dag. Det ble holdt samlinger på kafeen på campingplassen. De neste dagene var det åpent hus på Herredshuset i Hole kommune for alle frivillige. Der deltok også et team av helsepersonell. I starten var det få frivillige som møtte opp. I den første tiden var det vanskelig å få etablert en dekkende oversikt over de frivillige som deltok i det akutte redningsarbeidet på sjøen og på land, blant annet fordi navnelistene ble endret av KRIPOS.

Etter et møysommelig arbeid der representanter fra psykososialt team i Hole kommune etter spurte navn på andre frivillige fra de som møtte opp, og ringte rundt og ga de frivillige tilbud om å komme og registrere seg, har Hole kommune fått en ganske god oversikt. Det ble også benyttet lokalpresse og lokalradio i etterlysningen av de frivillige hjelperne. Totalt ble ca. 150 personer registrert, og ca 100 ønsket å delta i den videre oppfølgingen. Alle fikk tilbud om samtale, og svært få takket nei. Noen kom til oppfølgingsamtale flere ganger i de 3 ukene kommunen annonserte at ekstra helsepersonell var tilgjengelig. De som ønsket å delta i den videre oppfølgingen, ble invitert til Sundvolden hotell 7. september. De fikk en offisiell takk for innsatsen fra ordføreren i kommunen, samt fra helseministeren. I tillegg fikk de informasjon om innsatsstress og mulige ettervirkninger. Uken etter opprettet lederen for Hole kommunes psykososiale team (klinisk sosionom) grupper med jevnlig oppfølging sammen med lederen for Ringerike psykiatriske senter (psykiater). Det har vært ukentlige grupper med ca. 20–30 deltakere hver gang. Gruppen ble ledet av en psykiater og en klinisk sosionom. Enkelte gruppemøter har vært arrangert som temamøter, blant annet med informasjon fra politi, og fra kommunikasjonsmedarbeidere i Helsedirektoratet.

Spesielt i starten var det stor aktivitet på e-post, med mange spørsmål som skulle besvares. De ikke-organiserte frivillige fikk tilbud om oppfølging i kommunen eller spesialisthelsetjenesten hvis det var behov for det. Få blant de frivillige har vært sykemeldt, men noen har trengt tilrettelegging eller sykemelding i perioder. Imidlertid har det vært problematisk at flere har fått opplyst fra advokater at de må være sykemeldt for å ha rett på erstatning (muntlig kommunikasjon med leder for Hole kommunes psykososiale team).

Oppfølgingen var planlagt å fortsette ut oktober 2011 og bli avsluttet da, men gruppen har ønsket å fortsette videre, og fra november gikk man over fra ukentlige møter til månedlige samlinger. Dette er planlagt å fortsette frem til sommeren 2012, da det planlegges avslutning og et besøk til Utøya i begynnelsen av juni. Etter dette besøket planlegger man å holde en seremoni der man hedrer de frivillige ved Sundvolden hotell. Hedringen skal foretas av Norges Livredningsselskap.

Vurderinger

Det er uklart hvem som har ansvar for å varsle frivillige. Dette førte til at varslingen ble tilfeldig og forsinket 22. juli. Samhandlingen på stedet og hvem som har ansvar for den overordnede ledelsen av de frivillige, har vært utydelig. Oppfølgingen av de involverte fra de ulike frivillige organisasjonene har vært ulikt praktisert i etterkant, fra en tilnærming med watchful waiting, der det er opp til den enkelte frivillige selv å søke hjelp om det er behov for det (Norsk folkehjelp), til et organisert og strukturert opplegg over ett år (Røde Kors).

Oppfølgingen av ikke-organiserte frivillige har vært komplisert fordi man ikke hadde registrert de frivillige i den akutte fasen, ikke hadde navnelister eller oversikt over hvem de var, og måtte spore dem opp i etterkant. Det tok derfor noe tid før man fikk en slik oversikt, og det kan være en fare for at man ikke har fått tak i alle. Det var også uklart hvem som hadde ansvaret for å gi denne gruppen oppfølging. De ikke-organiserte frivillige har heller ikke fått den anerkjennelsen mange andre hjelpearbeidere har fått, for eksempel med samme grad av besøk fra det offisielle Norge.

3.3 DE SENTRALE MYNDIGHETERS FØRINGER OG BAKGRUNNEN FOR DETTE

3.3.1 Helsedirektoratets rolle i Overordnet helse- og sosialberedskapsplan

"Helsedirektoratet skal være forberedt på å kunne forestå operativ samordning av helsesektorens krisehåndtering når en krisesituasjon har oppstått eller er i ferd med å oppstå" (Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan).

Det koordinerende ansvaret innebærer ikke at direktoratet overtar ansvar eller oppgaver som hører til andre sektorer eller virksomheter.

Direktoratet skal ved kriser:

- koordinere iverksettingen av tiltak på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).
- være forberedt på å koordinere tiltak på vegne av Arbeidsdepartementet (AD).
- iverksette tiltak for å sikre at befolkningen tilbys nødvendig helsehjelp, pleie og omsorg, og sosiale tjenester.
- forvalte lov om helsemessig og sosial beredskap med fullmakter.
- gi faglige råd til helse- og sosialtjenesten.
- koordinere informasjon om situasjonen og hvordan den utvikler seg, gjennom å innhente situasjonsrapporter fra regionale helseforetak og fylkesmenn samt øvrige nivå-2-virksomheter under HOD og videreformidle informasjon fra sentralt til lokalt nivå.
- sette opp et helhetlig informasjonsbilde. Dersom HOD er lederdepartement, skal Helsedirektoratet være i stand til å koordinere informasjon på tvers av sektorer.

3.3.2 Myndighetenes håndtering

22. juli besluttet Helse- og omsorgsdepartementet at Helsedirektoratet skulle ha et koordinerende ansvar for beredskapssituasjonen i helsetjenesten knyttet til terrorhendelsene. Helsedirektoratet etablerte en krisestab samme ettermiddag.

Helsedirektoratet hadde i juli 2011 nettopp ferdigstilt sin veileder om psykososiale tiltak (se egen faktaboks under 3.1.2), og denne fikk stor betydning for direktoratets arbeid.

23. juli ble det, etter forslag fra assisterende helsedirektør, besluttet å opprette et samarbeidsorgan og å sette i gang tiltak for å sikre psykososial oppfølging etter hendelsene 22. juli. Hensikten var å sikre en enhetlig psykososial oppfølging og en faglig forankring i ulike fagmiljøer, samt å unngå unødige diskusjoner mellom eksperter i mediene.

Helsedirektoratet ved Helsedirektøren hadde telefonmøte med landets fylkesmenn 23. juli. Helsedirektoratet sendte ut et oppdragsbrev til landets fylkesmenn 23.07.11. Fylkesmennene ble bedt om å:

1. Forsikre seg om at alle kommuner i eget fylke hadde tilgjengelige kriseteam, og at telefonnumrene til disse var gjort kjent på kommunenes hjemmesider.
2. Forsikre seg om at kommunene var kjent med nasjonal veiledning for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer og bidra til dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene om tilbudet.
3. Fremskaffe en oversikt over kontaktnummeret som pårørende og andre berørte kunne henvende seg til, for samtlige kommuner i eget fylke.
4. Daglig rapportere (inntil videre) om antall berørte og tilbudet til disse.

I forbindelse med oppfølgingsarbeidet i Helsedirektoratet ble det etablert et samarbeidsorgan, der man blant annet samarbeidet med og koordinerte innsatsen til de ulike kompetansemiljøene som deltok i en ekspertgruppe.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har en rolle som Helsedirektoratets kompetansesenter for problemstillinger i forbindelse med ekstreme situasjoner som denne. Senteret ble derfor raskt kontaktet for å få råd om håndtering og oppfølging av de rammede. I tillegg ble Senter for Krisepsykologi i Bergen (SfK) kontaktet.

Samarbeidsorgan

23. juli iverksatte Helsedirektoratet arbeidet med å etablere et samarbeidsorgan bestående av sentrale aktører innen frivillig og offentlig sektor, det vil si aktører som ble ansett å være av betydning i arbeidet med helsemessig og psykososial oppfølging. Det fantes ingen oversikt over slike aktører, og heller ingen kontaktinformasjon. Det ble derfor etter skjønn gjort et utvalg av aktuelle deltakere, som ble kontaktet i løpet av dagen via de kanalene som var tilgjengelige.

Deltakere som ble valgt ut til å sitte i samarbeidsorganet, var representanter fra Fylkesmanns-embetene, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Norske kvinners sanitetsforening, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Senter for Krisepsykologi (SfK), Norsk psykologforening, Norsk sykepleierforbund, Legeforeningen, Mental helse, Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Redd barna, Barneombudet, UNICEF Norge, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Politiet, Politidirektoratet, Human-etisk forbund, Den norske kirke, Islamsk råd, Nasjonalforeningen for folkehelsen,

Anbefalinger

Det må avklares hvem som i en krisesituasjon har ansvaret for å varsle aktuelle frivillige organisasjoner.

– Frivillige organisasjoner bør ha tydelige planer for ivaretagelse og eventuell debrifing av eget hjelpepersonell.

– Kommunene bør utarbeide mer enhetlige planer for ivaretagelse av frivillige hjelpere.

Kommunenes sentralforbund, Arbeiderpartiet, Helse Sør-Øst, Rådet for Sosial- og helsetjenester ved migrasjon (SOHEMI) og Helsedirektoratet.

Samarbeidsorgan for helsemessig og psykososial oppfølging ble etablert 24. juli for å skape en arena for å koordinere fagmiljøer, statlige aktører og frivillige organisasjoner. Målet for det første møtet var gjensidig orientering om pågående tiltak i den akutte fasen og drøfting av videre samarbeid. Det ble diskutert hvorvidt hjelpeapparatet aktivt burde oppsøke involverte og tilby hjelp, eller om det skulle være opp til den enkelte selv å oppsøke hjelpeapparatet ved behov.

Arbeidsutvalgsmøte ble avholdt 27. juli for planlegging av ekspertgruppen. Til stede var: NKVTS, SfK, Arbeiderpartiet, Nasjonalt kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) og Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet ga anbefalinger til alle norske

kommuner om oppfølging av berørte og rammede etter

terrorhandlingene i Oslo og på Utøya 22. juli.

Helsedirektoratets råd ble sendt ut til kommunene

gjennom landets fylkesmenn.

Etter etableringsmøtet har det vært avholdt fem møter i samarbeidsorganet: 29. juli, 3. august, 26. august, 20. oktober og 16. desember. Neste møte i samarbeidsorganet er berammet til 14.03.12. Helseberedskap i forbindelse med rettssaken samt forskning vil stå på dagsordenen.

Ekspertgruppe

Ekspertgruppen ble etablert som en undergruppe av samarbeidsorganet med utgangspunkt i NKVTS og SfK. Deltakerne i ekspertgruppen var 4 representanter fra NKVTS, 2 fra SfK, 1 fra Norsk psykologforening, 1 fra Bufdir, 1 fra Kontor for psykiatri og stressmestring ved Forsvarets sanitet, 1 fra Kommunenes Sentralforbund, 1 fra Norsk psykiatrisk forening, 2 fra Legeforeningen, 1 fra Helse Sør-Øst, 1 fra NAKMI, 1 fra Den norske kirke, 1 fra politiet og 1 fra Arbeiderpartiet.

Helsedirektoratet har også hatt møter med AUF, og etter at Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene ble dannet, har det vært holdt jevnlig møter med denne støttegruppen. Både Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene og Nasjonalt Støttegruppenettverk (NSN) ble invitert med i samarbeidsorganet.

Informasjon og råd til befolkningen ble utarbeidet av Helsedirektoratet, NKVTS og SfK og publisert på

nettsiden helsenorge.no. På helsedirektoratet.no/terrorangrepet ble det lagt ut informasjon til helsepersonell og andre fagpersoner.

NKVTS skisserte en tiltakskjede basert på tre prinsipper:

1. Benytte eksisterende modeller for helse-tjenester.
2. Proaktiv holdning overfor de rammede og berørte.
3. Kontinuitet i oppfølgingen. Det ble foreslått at alle fikk en primær kontaktperson.

Kriseutvalg

I Kriseutvalget 28. juli mottok Helsedirektoratet enkelte tilbakemeldinger om at befolkningen i noen kommuner opplevde at det var vanskelig å få kontakt med hjelpeapparatet og/eller fastlegen.

I et notat av 28. juli 2011 fra NKVTS ble det foreslått en modell for oppfølging av berørte og rammede av terroranslaget i Oslo og på Utøya. Den fikk tilslutning fra SfK og andre faginstanser. Modellen ble presentert for Helsedirektoratet etter oppdrag fra ekspertgruppen og var en sentral del av de anbefalingene som Helsedirektoratet sendte ut til fylkesmenn/kommuner.

Allerede i formøtet for etablering av en ekspertgruppe hadde NKVTS anbefalt en modell for aktiv oppfølging av de rammede, og NKVTS, SfK og Arbeiderpartiet var enige om en slik modell. Etter råd fra ekspertgruppen ble det valgt en kommunemodell for oppfølging av overlevende fra Utøya og en bedriftsmodell for oppfølging av overlevende fra regjeringskvartalet.

Helsedirektoratet ga anbefalinger til alle norske kommuner om oppfølging av berørte og rammede etter terrorhandlingene i Oslo og på Utøya 22. juli. Helsedirektoratets råd ble sendt ut til kommunene gjennom landets fylkesmenn. På bakgrunn av hendelsenes ekstraordinære karakter og omfang og beskrivelsene fra NKVTS om risikoen for å utvikle posttraumatisk stress for ulike grupper, ble det valgt en proaktiv tilnærming der alle rammede skulle kontaktes av en egen kontaktperson i kommunen.

I oppfølgingen ble det anbefalt å gjennomføre en enkel kartlegging av psykiske reaksjoner og andre helseplager hos de som oppholdt seg på Utøya. Helsedirektoratet ønsket med sin faglige oppfølging å understøtte kommunenes arbeid. Vi har derfor arbeidet etter en kommunemodell som ble utarbeidet i samarbeid med kompetansemiljøene ved NKVTS og SfK, og etter en bedriftsmodell for de ansatte i departementene. Det har vært konsensus om den faglige retningen for oppfølgingsarbeidet.

Helsedirektoratets veileder om psykososiale tiltak legger vekt på prinsippet om watchful waiting. Prinsippet innebærer et aktivt ansvar om å følge med og gir rom for tolkning med hensyn til hvor aktiv oppfølgingen bør være. I samarbeid med samarbeidsorganet og ekspertgruppen ble det innledningsvis drøftet hvorvidt det var behov for oppsøkende oppfølging, og hvilken del av kommunenes hjelpeapparat som i tilfelle skulle stå for en slik aktiv oppfølging.

Det ble videre drøftet hvorvidt det skulle gis anbefalinger om å forankre oppfølgingen av rammede og etterlatte hos fastlegene. Et argument mot dette var at fastlegene er en del av helsetjenesten, og at dette kunne innebære en medikalisering av de overlevende og etterlatte. Et argument som talte for å legge denne oppfølgingen til kommunenes kriseteam, var å unngå medikalisering, samtidig som kommunene gjennom den enkelte rammedes kontaktperson da ville være oppmerksomme på den enkeltes utvikling over tid og kunne bistå hvis det oppsto behov for medisinsk/psykiatrisk/psykologisk behandling. Disse argumentene, sammen med erfaringer fra forankring hos fastlegene etter tsunamien, med varierende grad av oppfølging og uenighet knyttet til takstbruk, førte til at Helsedirektoratet besluttet å ikke gi råd om en hovedforankring av oppfølgingen hos fastlegene, men hos kommunenes kriseteam.

NKVTS var viktige rådgivere i arbeidet med å utvikle en oppfølgingsmodell for dem som ble rammet. De ga klare råd om at det var viktig at bedriftshelsetjenesten (BHT) skulle stå for oppfølgingen i regjeringskvartalet, fordi de ansatte ble rammet på jobb. De ansatte ville miste en viktig dimensjon ved oppfølgingen dersom de skulle følges opp i kommunene, ettersom det er sannsynlig at de største utfordringene vil oppstå på jobb med hensyn til utrygghet på arbeidsplassen, fobier og PTSD.

Kommunemodellen ble valgt for de som ble rammet av terrorhandlingene på Utøya. De faglige anbefalingene gikk ut på at kommunene aktivt skulle etablere kontakt. Hensikten med en proaktiv modell var å sikre kontinuitet i relasjonen mellom rammede/berørte og støtteapparatet og en god og jevnlig vurdering av sosial støtte og funksjon. Dette skulle være grunnlaget for en vurdering av behov for ytterligere tiltak.

Kontakt med lokale kriseteam

Helsedirektoratet anbefalte at oppfølgingsarbeidet skulle bygges på etablerte strukturer i kommunen og lokalsamfunnet generelt. De frivillige organisasjonene var viktige aktører i det langsiktige arbeidet. Det frivillige arbeidet ble organisert hovedsakelig lokalt, og lokallag ble trukket inn på ulike måter. Enkelte organisasjoner (Den norske kirke, Norsk Folkehjelp) ble trukket inn i kommunenes kriseteam.

Implementering av aktiv oppfølging

Kommunene ga aktiv oppfølging, og dette innebar at hjelpeapparatet tok initiativ til kontakt med de rammede. En fast kontaktperson tilbød personlig møte og kontinuitet i kontakten gjennom oppfølgingsperioden på minst ett år. Det ble anbefalt at kontaktpersonen skulle ha helsefaglig eller sosial/pedagogisk utdanning, og at det skulle være hyppig kontakt den første tiden, for eksempel ukentlig, og deretter tilpasset individuelle behov. Det ble fokusert på stabilisering, praktisk hjelp og konkret støtte.

Kontakt med minoritetsbefolkningen

Nasjonalt kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) inviterte til et fagmøte 16. august. Det ble opprettet en egen arbeidsgruppe i Helsedirektoratet som har ivarettatt dette perspektivet i oppfølgingsarbeidet. Innvandrerdømsom er ikke en homogen gruppe, og mottak/kommuner har hatt behov for konkrete, tilpassede råd. Retraumatisering og angrepet på det multikulturelle samfunnet har vært temaer som har blitt vektlagt. Det har spesielt blitt arbeidet med å følge opp beboere på mottak og enslige mindreårige. Helsedirektoratet har utarbeidet informasjon til innvandrerdømsom generelt, og til lærere og andre voksne som arbeider med innvandrerdømsom. Man har bidratt til å finne egnede omsorgspersoner for dem som har vanskelig for å ha tillit til støtteapparatet, og har informert helsesøstre og andre aktuelle grupper om faren for retraumatisering og hvor viktig det er å gjenskape følelsen av trygghet.

NKVTS har hatt flere roller:

- a) Ga råd til helsemyndighetene i tråd med deres generelle mandat
- b) Bisto med operative team i forbindelse med tilbakereisene
- c) Bidro med kompetanseheving gjennom opplæringsseminarer og kunnskapsformidling via web/informasjonsmateriell
- d) Bidro til formidling av informasjon og kunnskap via media
- e) Forskning

SfK har hatt flere roller:

- a) Ga råd og innspill til Helsedirektoratet om organisering, samt om praktisk gjennomføring av tiltak for de rammede, inklusiv innsatspersonell. Bisto Arbeiderpartiet med råd og veiledning om psykososial oppfølging
- b) Bisto med operative team i forbindelse med tilbakereisene
- c) Utarbeidet ”manualer” og skrev i forbindelse med gjennomføring av samlinger for etterlatte og overlevende
- d) Utarbeidet forslag til forskning på sorgområdet
- e) Ledet det utvidede kriseteamet for alle berørte kommuner i Hordaland

Helsedirektoratets veileder om psykososiale tiltak legger vekt på prinsippet om watchful waiting. Prinsippet innebærer et aktivt ansvar om å følge med og gir rom for tolkning med hensyn til hvor aktiv oppfølgingen bør være.

Prosjekt i Helsedirektoratet: Helsemessig og psykososial oppfølging etter 22.07.11

Etter hendelsene etablerte Helsedirektoratet et prosjekt for å lede og koordinere arbeidet med psykososial oppfølging. Prosjektet ble forankret og ledet i divisjonen for primærhelsetjeneste, avdeling for psykisk helse og rus. Mange medarbeidere har vært involvert i arbeidet, som har vært omfattende, og som fortsatt pågår per februar 2012. Medarbeiderne i prosjektet har hatt jevnlig kontakt med Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene, samt med kompetansemiljøene Regionalt ressurs-senter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og NKVTS som driver med kunnskapsoppbygging. De har koordinert arbeidet med fagdag, skoleoppfølgingen og arrangementen av de kollektive samlingene. Medarbeidere på prosjektet har også hatt kontakt med forskningsmiljøene og koordinert forskningsinnsatsen.

Kartlegging

I tillegg til den individuelle oppfølgingen anbefalte Helsedirektoratet en kartlegging av plager og symptomer for ungdom og voksne som befant seg på Utøya. Kartleggingsverktøyet ble utviklet på grunnlag av erfaringer fra skoleskytinger og terroranslag i USA 11. september 2001, og fra naturkatastrofen Katrina. I tillegg rådførte man seg med engelske kolleger med erfaring fra den psykososiale oppfølgingen av ofre for bombingene i London. Rådene og sjekklisten ble tilpasset norske forhold og den aktuelle katastrofen. Det ble også brukt erfaringer med kartlegging av posttraumatiske stressreaksjoner hos norske ungdommer etter tsunamien.

Helsedirektoratet anbefalte etter tilråding fra ekspertgruppen, at kartleggingsverktøyet skulle brukes i kommunehelsetjenesten av personell med tilstrekkelig helsefaglig kompetanse. Kartleggingsverktøyet inneholder elementer som klinisk erfaring tilsier er vesentlige å følge opp. Flere studier viser også til at det er lettere å spørre om traumeerfaringer dersom dette innføres som rutine (Saltzman, Layne, Steinberg, Arslanagic, & Pynoos, 2003).

Kartleggingsverktøyet med veiledning ble sendt ut til landets fylkesmenn og de regionale helseforetakene 19. august. Det ble da sendt ut kartleggings-skjema, veiledning til kartleggings-skjemaet, råd for oppfølgingen og tillegg til veileder om psykososial oppfølging ved kriser og katastrofer. Kartleggingen er et frivillig tilbud, men man anbefalte at den ble gjennomført minimum ved tre tidspunkter: 5–6 uker, 3 måneder og 12 måneder etter hendelsene. Hensikten med kartleggingen er å fange opp reaksjoner og plager som ikke nødvendigvis kommer frem i samtaler, og sikre at alle som trenger videre hjelp, får det. Kartleggings-skjemaet er spesifikt

utviklet til bruk i oppfølgingen av overlevende på Utøya, men er videreutviklet for å kunne brukes til flere grupper, som frivillige og innsattpersonell.

Fagdag om den psykososiale oppfølgingen

Det ble arrangert fagdag om den psykososiale oppfølgingen 6. september. Invitasjon ble sendt ut til alle kommuner og andre aktuelle instanser. Evaluering fra fagdagen ble besvart av 203 unike respondenter, hvorav halvparten arbeidet direkte med oppfølging av rammede og berørte, mens den andre halvparten arbeidet organisatorisk/administrativt.

Ca. 80 % av de spurte oppga at de hadde den nødvendige kunnskapen til å gjennomføre oppfølgingsarbeidet. Samtidig svarte 50 % at de trengte mer informasjon om symptomer og plager, og 50 % svarte at de kunne trenge mer kunnskap om kort-siktig oppfølging. Over 85 % svarte at de trengte mer kunnskap om langsiktig oppfølging.

Om lag halvparten av de spurte sa at oppfølgingsarbeidet i kommunene fungerte bra, og at alle fikk den hjelpen de trengte. Imidlertid svarte over en tredjedel (73 respondenter) at noen falt utenfor. Oppfølgings-spørsmålet om hvem som falt utenfor, ble besvart av 68 av de 203 respondentene, og svarene fordelte seg slik: pårørende til overlevende (46 %), pårørende til etterlatte (38 %), overlevende (34 %), innsattpersonell (28 %) og andre (29 %). Halvparten av respondentene oppga at alle overlevende fikk tilbud om fast kontaktperson i kommunen, mens en tredjedel ikke visste. Bare 3 respondenter oppga at kommunen ikke tilbød fast kontaktperson. Bare halvparten av respondentene hadde kjennskap til bruk av kartleggings-skjemaet. 5 % (10 respondenter) oppga at ingen de visste om, hadde fått tilbud om kartlegging.

Vurderinger

Myndighetene valgte en uvanlig aktiv og operativ rolle etter hendelsene. Helsedirektoratet skal ikke selv utføre helsetjenester, men etter 22.juli fulgte direktoratet svært nøye opp utøvende helsetjeneste for å forsikre seg om god kvalitet i oppfølgingen landet rundt. Helsedirektoratet har ledet samarbeidsorganet og ekspertgruppen, hatt jevnlig kontakt med Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene og Nasjonalt Støttegruppenettverk (NSN), gitt tjenestene føringer for bruk av en proaktiv kommunemodell og bedriftsmodell og kartlagt kommunenes oppfølging. På grunn av hendelsenes ekstraordinære omfang og karakter vurderes dette som hensiktsmessig.

Myndighetenes rolle kan diskuteres ut fra ulike perspektiver, for aktiv versus for passiv, og ut fra kulturelle forskjeller når det gjelder forventninger



Figur 11: Aktiv oppfølging

til det offentlige. I Norge er det neppe aksept for svikt fra myndighetenes side. Befolkningen forventer at helsetjenestens spesialister er til stede i slike krisesituasjoner. Det samme tilsier behovene de rammede har rapportert om. Samtidig bør det vurderes om det kan være en fare for å bidra til et forventningsgap med for høye forventninger til oppfølging og til hva behandling kan utrette.

Helsedirektoratets kriseutvalg anså at det var behov for å bringe sammen fagmiljøene på feltet for å skape en enhetlig prosess og gi samlede og entydige råd til tjenestene og befolkningen. Fagmiljøene har samarbeidet godt, og det har i stor grad vært konsensus om den faglige retningen for oppfølgingsarbeidet. Det vurderes å være av stor positiv betydning at fagmiljøene snakket fra et felles ståsted i tiden etter 22. juli. Hensikten var å få problemstillinger og anbefalinger vurdert fra ulike ståsted i en åpen prosess hvor toneangivende miljøer skulle bli hørt.

Ekspertene i det internasjonale fagrådet har berømmet Helsedirektoratets innsats med å lede langtidsoppfølgingen på det psykososiale området i prosjektet "Helsemessig og psykososial oppfølging etter 22.07.11" (The follow-up project). Gruppen har også berømmet Helsedirektoratet for å ha koordinert fagmiljøene i ekspertgruppen: "The organization, coordination and implementation of the acute psychosocial response and the follow-up project for this national large-scale event are admirable".

"Establishing the systematic follow-up project and need-based support and treatment by collecting together all relevant actors and organizations, and avoiding unnecessary public disagreements among experts, was excellent" (M 28).

Den lokale mobiliseringen vurderes å være ivarettatt ved at en kommunemodell og en bedriftsmodell ble valgt. I disse modellene skulle kommunen eller bedriftshelsetjenesten stå for oppfølgingen på lavest mulig effektive omsorgsnivå, samtidig som rollen deres skulle understøttes med råd og veiledning fra sentrale myndigheter og ekspertgruppen.

Ifølge overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan har Helsedirektoratet ansvar for å gi faglige råd til helse- og sosialtjenestene. Allerede dagen etter terroranslagene ble det besluttet å igangsette tiltak for oppfølging av psykososiale behov. Helsedirektoratet har underveis understreket at valget av kommunemodell og bedriftsmodell ble tatt på grunnlag av føringer og sterke anbefalinger.

Det vurderes som en vanskelig balansegang på den ene siden å skulle ivareta psykososial oppfølging på en god måte, og på den andre siden ikke bidra til sykeliggjøring. Helsedirektoratet valgte bevisst oppfølging gjennom kommunenes kriseteam for å unngå en medikalisering av de rammede og berørte. Det var vesentlig at det ikke ble dannet en oppfatning av at det beste for de rammede og berørte var en rolle der de passivt mottar hjelp. Tidligere forskning peker på to

Proaktiv holdning fra primærhelsetjeneste, kriseteam eller HMS-tjeneste etter prinsipp om aktiv oppfølging, som muliggjør kontinuerlig vurdering av hjelpebehov

Kontinuitet i kontakt med de rammede/berørte

– Hyppighet i kontakt tilpasses individuelt, men planlegges i utgangspunktet gradvisavtagende

– Kartlegginger med standardisert kartleggingsverktøy på faste tidspunkter gjennom det første året

overordnede hensyn. På den ene siden vil mange oppleve en naturlig tilheling, og overdreven oppmerksomhet på symptomer og plager i den første tiden kan føre til negative forventninger og øke risikoen for helseproblemer. På den andre siden er det en økt risiko for varige helseproblemer, og tidligere studier har vist at altfor få oppsøker og får behandling for plagene sine.

Det internasjonale fagrådet (IAC) har understreket at "Commonsense proactive screening and interaction is a first-choice approach" (D117).

Foreløpige tilbakemeldinger fra kommunene, bedriftshelsetjenesten i departementene og rammede/berørte tyder på at valget av en proaktiv fremgangsmåte med oppsøkende hjelp, kommunemodell og bedriftsmodell var fornuftig, og at oppfølgingen stort sett har fungert bra. Dette må imidlertid evalueres videre etter lengre tids obser-

vasjon og grundigere og mer systematisk innhenting av fakta. Hjelpeapparatet har gitt sprikende tilbakemeldinger om hvor nyttig det var å bruke kartleggingsskjemaet.

Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene har understreket at nytten av en kommunemodell er helt avhengig av at kommunene er aktive på en kompetent måte, og at de er raske til å søke hjelp og veiledning hos spesialisthelsetjenesten eller andre med mer kompetanse hvis de mangler kompetanse eller kapasitet selv. De har understreket at brukernes erfaringer med hjelpeapparatet spriker, at kompetansetilgangen i kommunene er av variabel kvalitet, og at noen brukere har rapportert om for dårlig eller ingen oppfølging fra kommunen. De har også understreket at det kan være vanskelig å klage på oppfølgingen på små plasser med gjennomslittige forhold og manglende anonymitet (M27).

Anbefalinger

Sentrale helsemyndigheter bør vurdere om det kan utvikles mer eksplisitte kriterier for når de skal innta en så aktiv rolle med tanke på framtidige hendelser.

– **Helsemyndighetenes føring om å benytte en proaktiv tilnærming med kommunemodell og bedriftsmodell må evalueres.**

3.4 LANGTIDSOPPFØLGING

3.4.1 Oppfølging av overlevende og pårørende i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal understøtte og veilede kommunehelsetjenesten i arbeidet og ta imot henvisninger og behandle de som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (Tf-CBT) er en manualbasert metode og den mest anbefalte terapimetoden for barn, unge og voksne som har vært utsatt for traumatiserende hendelser (NICE guidelines). Formålet med metoden er å redusere vansker knyttet til de traumatiske hendelsene. Det er satt i gang nasjonal implementering av Tf-CBT i regi av NKVTS og i samarbeid med de fem RVTS-ene (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging).

Etter 22. juli har det vært stor pågang fra terapeuter og andre tjenesteytere som er i kontakt med rammede og pårørende, med et ønske om å øke kompetansen. På bakgrunn av dette arrangerte NKVTS

sammen med Norsk Psykologforening to seminarrekker i Oslo og en i Bergen hvor til sammen over 500 terapeuter fikk opplæring i prinsipper for tidlig intervensjon og Tf-CBT. I tillegg ble det i samarbeid med Helsedirektoratet arrangert et todagers seminar i tidlig intervensjon etter katastrofer, og i Tf-CBT.

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har bistått med implementering av Helsedirektoratets veileder om psykososiale tiltak. Alle de regionale helseforetakene har vært involvert i det psykososiale arbeidet i akuttfasen etter terrorhandlingene, og også i den videre oppfølgingen etter den akutte fasen. I rapportene har de beskrevet at de ulike helseforetakene har vært involvert i varierende grad. Noen steder har de vært svært aktive, og mange BUP-er og DPS-er rundt i landet har hatt en aktiv rolle i oppfølgingen av de rammede og berørte. Alle detaljene fra rapportene fra spesialisthelsetjenestene rundt i landet gjengis ikke, men noen hovedpunkter trekkes frem.

Det ble i forbindelse med kartleggingen av oppfølgingen i kommunene i september/oktober rapportert at ca. 360 personer fikk oppfølging i spesialisthelsetjenesten på det tidspunktet.

OPPFØLGING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Veileder IS-1810 understreker at behovet for henvisning til spesialisthelsetjenesten må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Når overlevende/pårørende ikke er i stand til å fungere i det daglige livet (sosialt, skole- eller yrkesmessig), bør de settes i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Faktorer som kan indikere behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten, er sterke og akutte stressreaksjoner med symptomer på realitetsbrist, eller at de psykologiske ettervirkningene fortsatt er sterke og vedvarende etter 4 uker, og at de heller øker enn avtar. Det er også av betydning for videre henvisning til spesialisthelsetjenesten om den overlevende/pårørende endrer atferd med sosial tilbaketrekning, økende angst, symptomer på depresjon, økt søvnløshet, kroppslige symptomer eller økende rusproblemer. Det skal være lavere terskel for å henvise hvis den overlevende/pårørende tidligere har hatt en psykisk lidelse eller tidligere har vært utsatt for alvorlige traumer/tap. Fordi mange av de overlevende også har opplevd tap, vil sorgreaksjoner også kunne forventes,

men her er tidshorisonten annerledes, slik at en eventuell screening først vil komme langt senere.

OPPFØLGING I KOMMUNENE

I henhold til lov om helsemessig og sosial beredskap, skal alle kommuner ha en beredskapsplan knyttet til helsemessig og sosial beredskap. Helsedirektoratet har etter 22. juli hatt kontakt med kommunene via fylkesmannsembetet, og kommunene har fått i oppgave å skaffe alle rammede en kontaktperson og drive proaktiv oppfølging.

TILBAKEREISER

I Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak blir det lagt vekt på et prinsipp om tilretteleggelse for kontrollert reeksponering. Rammede kan ha et ønske om å møte andre rammede, og det bør lages en faglig ramme rundt slike møter som sikrer en struktur og sammenheng i opplevelsen. Erfaringen etter tilbakereisene til stedet for tsunamien tilsa at det er noe helende ved å komme tilbake til stedet der en katastrofe skjedde, og at dette kan gi noen svar som bidrar til ro. NKVTS og

SfK anbefaler slike besøk, så lenge de er godt styrt og kompetent personell deltar. Å gjennomføre slike besøk vil erfaringsmessig kunne ha en helende effekt og vil også kunne ha en sterk symboleffekt for samfunnet.

KOLLEKTIVE SAMLINGER

Sentrale helsemyndigheter har ikke tidligere stått ansvarlige for felles samlinger for berørte etter kriser, ulykker og katastrofer. Man mangler til en viss grad kunnskap om hvilke spesifikke intervensjoner som kan forebygge traumerelaterte psykiske lidelser, komplisert sorg og andre sorgrelaterte tilpasningsvansker. Generelle risikofaktorer er imidlertid godt dokumentert og beskrevet, samtidig som det foreligger brukerstyrte undersøkelser som igjen gir viktige føringer og råd med hensyn til behov og ønsker hos de rammede selv. Disse resultatene vektlegger blant annet betydningen av likemannsstøtte som et verktøy for å utvikle resiliens. Det er primært Senter for Krisepsykologi som har erfaring med å gjennomføre felles samlinger for etterlatte etter tidligere katastrofer (Norne-, Sleipner- og Åstaulykkene).

Helse Sør-Øst RHF

Spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst har hatt flere funksjoner i forbindelse med terroranslagene.

OUS, Ullevål overførte psykososial oppfølging av pasienter og pårørende til neste behandlingsnivå ved at pasienter som kunne utskrives til hjemstedet, ble overført til den lokale spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern / DPS – poliklinikk, som umiddelbart overtok ansvaret for videre oppfølging. Oppfølging av pårørende på eget hjemsted ble vurdert etter behov og tilbud. Pasienter som skulle behandles videre på somatisk sykehus, ble overført til konsultasjons-/liaisonenheten (K-L-teamet) på sykehuset.

Vestre Viken bistod katastrofeledelsen i akuttfasen på Sundvolden hotell med ca. 65 personer. Klinikken for psykisk helse og rus i Vestre Viken etablerte også et system for oppfølging for de 26 kommunene som ligger innenfor deres område. Det er fortsatt beredskap i forhold til å bistå kommunenes psykososiale team og administrasjon.

Akershus universitetssykehus og DPS-ene har hatt et omfattende samarbeid med helsetjenestene i kommunene.

Sykehuset Innlandet ved DPS Gjøvik, Hadeland poliklinikk, deltok ved Utøya, da de ble utkalt i den akutte fasen. Den første uken var det tett og daglig kontakt med overlevende og deres pårørende. I tillegg var det tett samarbeid med kommunene. Alle overlevende fra regjeringskvartalet og Utøya som soknet til poliklinikken, familiene deres og frivillig hjelpepersonell fra Norsk Folkehjelp fikk tilbud om oppfølging via Hadeland Poliklinikk. Alle takket ja, og flere er fremdeles under behandling. Hadeland poliklinikk tilbød innsatspersonell debriefing i grupper, og hadde debrifingsgrupper med brannmenn og pårørende til disse.

Fra rapporten til Hadeland poliklinikk:

"Nøkkel til god oppfølging etter en slik stor hendelse antas å ligge i det tette samarbeidet DPS Gjøvik, Poliklinikk Hadeland har med sine kommuner (Jevnaker, Gran og Lunner). Via etablert ressursgruppe har vi god oversikt over eksisterende kompetanse både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det gjør det enkelt å dirigere rett oppfølgingsperson dit hen det trengs. En avgjørende faktor i oppfølgingsene er at koordineringspersonen har god kjennskap til både politiske og administrative toppnivåer i kommunene for å mobilisere i riktig rekkefølge innsatsen. God tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er nøkkelfordet."

Kommunene har det primære ansvaret for oppfølgingen og har rapportert om at langtidsoppfølgingen for det meste har fungert godt og i tråd med myndighetenes anbefalinger. AUF og Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene har gitt mer sprikende tilbakemeldinger om hvor fornøyde brukerne har vært med oppfølgingen.

Generelt er det rapportert om et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det har vært etablert kontakt mellom helseforetakene og kommunene for å bistå i det psykososiale arbeidet. Helse Sør-Øst har bistått kommunene med fagpersonell og kompetanse der kommunene har bedt om dette. Oslo universitetssykehus har bistått bydelene i Oslo med psykososiale ressurser samt på senteret som ble åpnet i Oslo Domkirke.

Helse Midt-Norge RHF

Spesialisthelsetjenesten har vært i direkte kontakt med overlevende, gitt tilbud om oppfølging i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og psykisk helsevern for voksne (VOP). Alle pårørende har fått tilbud om oppfølging fra kommunen, og ved videre behov også fra spesialisthelsetjenesten.

Godt tverrfaglig og tverretattlig

samarbeid er nøkkelordet.

St. Olavs Hospital har meldt at de har nødvendig kompetanse og kapasitet, og at de har fått henvendelser om oppfølging av rammede som er aktuelle for behandling på DPS-nivå. Det har vært et nært samarbeid med kommunene og lav terskel for henvisninger. Det er etablert et samarbeid mellom VOP og BUP for å ivareta familieperspektivet og berørte i familien til pasienten. En gruppe har vurdert kompetansen i Psykisk helsevern med tanke på undervisningsoppdrag og har laget en oversikt over ressurspersoner til ulike oppdrag.

Fra Nord-Trøndelag var det i alt 30 ungdommer som hadde vært til stede på Utøya. Av disse soknet 20 til BUP Levanger sitt opptaksområde. I utgangspunktet var det lav bemanning ved enheten da hendelsen inntraff. Folk ble kalt inn fra ferie etter behov. Det ble gitt tilbud til 16 av de 20 og familiene deres. I starten ble det gitt tilbud til foreldre og søsken i like stor grad som til de overlevende ungdommene, og etter hvert hovedsakelig til ungdommene, men også til venner og kjærester. 10 personer har fremdeles tilbud.

Fra rapporten til BUP Levanger:

”Vi opplever at det i Nord Trøndelag har vært et sterkt behov for en 2.linjetjeneste som har hatt kompetanse på krise og krisehåndtering da det er store variasjoner i forhold til dette innenfor den enkelte kommunen”.

Veiledning av kommunens personell ble raskt iverksatt og fulgt opp. Levanger kommune ble særlig hardt rammet i katastrofen. Helse Nord-Trønde-

lag satte inn ekstra hjelp der, bidro med personell til gruppetilbudet i regi av Levanger kommune og i jevnlig møter med fokus på veiledning og koordinering av tilbudet. Spesialisthelsetjenesten har deltatt i debrifing av involvert helsepersonell sammen med kommunene og ved noen tilfeller alene. Før skolestart var det kontakt med alle videregående skoler.

Helse Nord RHF

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) bidro med fire personer fra kriseteamet de har. De kom til Sundvolden hotell i den akutte fasen 22. juli om kvelden for å etablere kontakt. De fulgte mange av ungdommene fra Troms og Finnmark til Tromsø med charterfly dagen etter. I det videre forløpet ble det overført pasienter fra Oslo universitetssykehus. Psykisk helsevern ble koblet inn ved innleggelse av skadde pasienter for å bistå pasient og pårørende. UNN bidro også til lokal organisering og organiserte et lite team som bisto de kommunale kriseteamene.

Man startet med å kartlegge behov og ressursene som var tilgjengelig. I den hardest rammede kommunen ligger Viken senter for psykiatri og sjelesorg. Det har mye kompetanse på traumearbeid og bidro i arbeidet. Forsvarets stressmestringsteam Nord bidro også etter hvert med ressurser for å møte de rammede ungdommene.

Ledelsen ved UNN sendte en beskjed til alle enheter om at terrorutsatte skulle prioriteres, og man kunne ved behov gå utenom vanlige rutiner for henvisning til spesialisthelsetjenesten. På grunn av ferieavvikling var det mindre ressurser i kommunene. Personer i kriseteamene var også selv rammet, enten direkte eller som nære venner og kolleger.

Fra rapporten til Helse Nord:

”Noen DPS rapporterer om henvendelser fra personer som ikke er berørt av denne saken, men som nå er retraumatisert. Dette håndteres også innenfor normal drift.”

Det har vært flere alvorlige hendelser i nord de siste årene, der det har vært samarbeid mellom kriseteamene i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Man hadde derfor hatt en evaluering av samarbeidet. Ved større kriser er det de kommunale kriseteamene som har styringen, og spesialisthelsetjenesten kommer inn på anmodning fra disse.

Helse Vest RHF

Spesialisthelsetjenesten i helseregion Vest var i omfang relativt lite utfordret av terrorhendelsene.

I Sør-Rogaland var det Egersund som fikk de største utfordringene ressursmessig når en ser det

i forhold til antall ansatte. Det har vært relativt få henvisninger, og det har vært kapasitet til å starte behandling relativt raskt og innen vanlige frister. Helsetjenesten i de aktuelle kommunene synes å ha ivaretatt aktuelle behov på en god måte, uten at det har vært mye bruk av veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

I Nord-Rogaland, Helse Fonna-området har de hatt rundt 5 pasienter til oppfølging, og det er gitt veiledning til primærhelsetjenesten etter behov. Flere ungdommer har fått behandling hos privatpraktiserende spesialister.

Det har vært nær kontakt med krisesenteret i Hugesund kommune, som koordinerer tilbudet i Nord-Rogaland, og med kriseteamet i Odda. Helse Fonna har stilt psykologspesialist til rådighet for veiledning og har hatt fokus på støtte mot det kommunale hjelpeapparatet i tiden rundt skolestart.

I Helse Stavanger har det vært god kapasitet og lav terskel for å få hjelp og oppfølging, men lite etterspørsel etter spesialisthelsetjenesten.

Fylkeslegen har anbefalt at alle psykiatrienhetene deltar i en felles ressursgruppe som det er lett å få kontakt med. Den skal ha traumebehandling som spesialområde.

Helse Vest har gitt helseforetakene melding om at det er inngått avtale med Forsvarets sanitet om støtte fra ressursgruppe de har innen krisepsykiatri.

Helse Bergen har rapportert om at både poliklinikker ved DPS og BUP har håndtert endringene i pågangen knyttet til hendelsene 22. juli innenfor de ordinære ressursene i spesialisthelsetjenesten.

I Helse Bergen-området ble SfK bedt om å innta en lederrolle innen det utvidede kriseteamet. De berørte kommunene i Hordaland koordinerte tiltakene på utvidede kriseteamsmøter. Henvisning til spesialisthelsetjenestene har skjedd på vanlig måte.

Fra rapporten til Helse Vest:

”Videre arbeid må være av høy faglig kvalitet, vi må tenke både på mellomlang og lang sikt, og vi må sikre at alle hjelpere er koordinert og i tråd med de unges behov, deres pårørende og næres behov.”

”Fra spesialisthelsetjenesten er det viktig at vi kan tilby god faglig støtte, men dette vil gå begge veier. Fagfolkene i kommune og helseforetak må være samsnakket og ha et felles faglig fundament. Det vil være behov for at nasjonale kompetansesentra samler til seminarer og kurs for spesifikke målgrupper hjelpere, og dette bør skje raskt.”

Generelt er det rapportert om et godt samarbeid. Helse Bergen har beskrevet et svært godt samarbeid med de 7 kommunene som er involvert. Dette samarbeidet har vært koordinert gjennom Senter for Krisepsykologi. Det har vært god oversikt over alle involverte personer, og kommunene har gjort en god jobb når det gjelder etterlatte, overlevende og pårørende. Det holdes jevnlig møter mellom Senter for Krisepsykologi, kriseteamene i kommunene, Hordaland universitetssykehus og fylkeslegen. Det er Senter for Krisepsykologi som leder nettverket.

Vurderinger

Det har variert hvor omfattende psykososiale oppgaver spesialisthelsetjenesten i helseforetakene rundt i landet har hatt etter terrorhendelsene. De regionale helseforetakene har gitt tilbakemelding om at de i de fleste tilfeller har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ivareta nødvendig behandling og den langsiktige oppfølgingen. De har rapportert at dette arbeidet ikke har gått på bekostning av lengre ventetid for andre pasienter, men at dette har blitt løst ved ekstra innsats. Det har vært høy tilgjengelighet og godt samarbeid med kommunene. Det har vært regelmessig kontakt med førstelinjen og fylkesmannen mange steder.

Spesialisthelsetjenesten har vært aktiv og bidratt med kunnskapsoverføring i samarbeid med kommunene og kommunale kriseteam. Tilbakemeldingene fra tjenestene selv har stort sett fokusert på det som har fungert, mens brukergruppene i større grad har bidratt til å nyansere bildet ved å fremholde at selv om mye har vært bra, har de også erfart at det er ulik kompetanse og tilgjengelighet rundt om i landet (M27).

3.4.2

Oppfølgingen i kommunene

Etter hendelsene 22. juli fikk norske kommuner tilleggsbevilgninger på til sammen 80 millioner kroner i 2011 til psykososial oppfølging. I tillegg er det bevilget 50 millioner kroner over statsbudsjettet i 2012 til dette.

NKVTs fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å utvikle et kartleggings skjema over de rammede og veiledningsmaterieell for å understøtte oppfølgingsarbeidet i kommunene. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) ble gitt i oppdrag å veilede kommunene i dette arbeidet.

Spørreundersøkelse om kommunenes oppfølging av rammede¹

Etter at den første kartleggingen av de rammede var gjennomført, publiserte Helsedirektoratet i oktober 2011 en rapport om berørte kommuners egen vurdering av det psykososiale oppfølgingsarbeidet.

¹ rapport Helsemessig og psykososial oppfølging av rammede etter 22.07.11. Oppsummering av spørreskjema til kommunene. http://old.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00350/Helsesmes-sig_og_psyk_350529a.pdf

Hensikten med statusundersøkelsen var å avdekke hvor mange rammede som hadde fått oppfølging, hvordan denne hadde fungert, om det eventuelt hadde vært svikt i oppfølgingen, og kommunenes kapasitet, kompetanse og ressurser. Rapporten berørte også oppfølging av personer som hadde flyttet, og oppfølging av personer med innvandrerbakgrunn.

Spørreskjemaet ble sendt ut til relevante kommuner via fylkesmennene 20. september. I tillegg ble et eget innrapporteringskjema ettersendt. Landets fylkesmenn ble bedt om å rapportere til Helse- og beredskapsdirektoratet samlet for kommunene innen utgangen av september. Fylkesmennene ble også bedt om å kode kommunene av hensyn til personvern.

Statusrapporten oppsummerte resultatene fra undersøkelsen på et nasjonalt nivå. Det er viktig å presisere at rapporten reflekterer kommunenes egen vurdering av det psykososiale oppfølgingsarbeidet. Kommunenes vurdering og rapportering er derved ikke nødvendigvis sammenfallende med hvordan andre aktører – som de rammede selv – oppfatter oppfølgingsarbeidet. Helse- og beredskapsdirektoratet har ønsket å finne ut hva andre aktører mener om oppfølgingsarbeidet på andre måter, blant annet gjennom en løpende dialog med Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene.

Rapporten bygget på 150 aktuelle kommuner som hadde svart på 19 åpne spørsmål. Dette utgjorde en svarprosent på 90, ettersom det ble anslått at 165 kommuner er berørt. Rundt 1700 rammede har fått eller får oppfølging i kommunene. Dette må anses som et grovt anslag, for i denne rapporten var det hvem kommunene hadde telt med i det oppgitte antallet rammede som får hjelp; ungdommer som var på Utøya, og familiene deres, etterlatte etter Utøya, rammede familier og etterlatte etter bomben i regjeringskvartalet, venner, hjelpepersonell, helsepersonell, frivillige, vitner, innsatspersonell og kommuneansatte.

Kommunene oppga at 3,6 prosent (61 personer av 1700) ikke har ønsket noen kontaktperson. Halvparten av alle fylkene (9 fylker) har kommuner som har rammede med innvandrerbakgrunn. Ifølge denne rapporteringen har alle med innvandrerbakgrunn fått tilbud om tilpasset oppfølging.

Rapportering om bruk av kartleggingsskjema i oppfølgingen

Kommunene har vurdert sin egen kapasitet og kompetanse i innrapporteringen. Rapporten viste at det store flertallet av kommunene (85–95 %) vurderte egen kapasitet, kompetanse og egne ressurser som god eller tilfredsstillende. Hovedinntrykket var at kommunene har prioritert dette arbeidet, men at det i flere tilfeller har gått ut over

den ordinære driften, spesielt innen psykisk helsearbeid i kommunene.

Totalt oppga 69 kommuner av de 150 kommunene som svarte, at de var ferdig med å kartlegge aktuelle kommuner. De vanligste svarene på spørsmål om årsaker til at kartleggingsskjemaet ikke hadde vært benyttet, var at de rammede selv ikke ønsket det. Det var også flere kommuner som vurderte skjemaet som ikke aktuelt, da man benyttet seg av andre metoder for vurdering av belastning. Andre beskrev at skjemaet ikke var benyttet fordi de rammede ble fulgt opp av spesialisthelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten eller psykolog med annet relevant kartleggingsverktøy.

Håndtering av svikt i oppfølgingen

Til sammen tjue prosent av kommunene (30 av 150) hadde fanget opp svikt i oppfølgingen av de rammede. I disse kommunene så det ut til at den påviste svikten hadde blitt fulgt opp og håndtert på en god måte. Flere kommuner har beskrevet at de har etablert et system for å fange opp eventuell fremtidig svikt. Eksempler på innrapportert svikt: utilstrekkelig tilbud, vanskelig å få hjelp, problem med å henvise til spesialist, problem med å fange opp de rammede og sviktende oppfølging ved skoler.

Oppfølging i skole og skolehelsetjeneste

Helse- og beredskapsdirektoratet har samarbeidet med Utdanningsdirektoratet om psykososial oppfølging av elever i skolen. Helsefaglige råd både når det gjelder akuttoppfølging og langsiktig, psykososial oppfølging, har blitt formidlet til elever, lærere og skoleledelse gjennom ulike informasjonskanaler. Kompetansebyggende tiltak mot skoleledelsen ved skoler med berørte elever har vært gjennomført av ulike fagmiljøer med kompetanse på sorg, traumer og psykososialt arbeid. Både skolehelsetjeneste og studenthelsetjeneste har gitt støtte og behandling til elever og studenter. Det formelle samarbeidet mellom direktoratene vil pågå utover i 2012 for å sikre helsemessig og psykososial rådgivning og kompetansebygging for skoler før og etter rettsaken mot terrorstøtete.

Vurderinger

Arbeidet med oppfølging i kommunene har krevd mye ressurser, og noen kommuner har savnet kompetanse på enkelte områder. Dette kan være et viktig innspill for fylkesmennenes videre arbeid med å understøtte kommunene i oppfølgingen av rammede etter 22. juli, og for RVTS-ene som skal tilby kommunene faglig bistand i bruk av kartleggingsverktøyet og i implementering av Helse- og beredskapsdirektoratets veileder om psykososiale tiltak.

Kommunene har i sin egen rapportering beskrevet at de stort sett har god kompetanse og kapasitet, og at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten

Tilbakereise til Utøya

Foto:
SCANPIX
Cornelius
Poppe



har fungert godt. Det vil kunne være en fare for underrapportering av svikt og problemer i en slik egenvurdering. Undersøkelsen bør derfor følges opp med en ny undersøkelse med mer konkrete spørsmål, der det rapporteres mer konkret i kategorier enn som svar på åpne spørsmål. I det videre arbeidet kan det også være et behov for å etablere en mal og rutine for hvordan dokumentere og vurdere kompetanse og kapasitet i det psykososiale arbeidet i kommunene, da fremgangsmåter, behandlingstilbud og metoder kan variere.

Nasjonale støttegrupper etter 22. juli-hendelsene: "Det er helt greit med en kommunemodell, men da må kommunene ha lav terskel for å søke hjelp og bistand hvis de ikke har nok kompetanse."

3.4.3 Tilbakereisene til Utøya

I møte med ekspertgruppen kom spørsmålet om tilbakereiser tidlig opp.

I samråd med de politiske partiene på Stortinget besluttet regjeringen å arrangere en nasjonal minneseremoni etter terrorhendelsene i regjeringskvartalet og på Utøya 19.–21. august. Ansvar for minneseremonien var delegert til Kulturdepartementet. Fornyings- og administrasjonsdepartementet hadde ansvar for å arrangere møte for rammede og berørte etter bombingene i regjeringskvartalet.

I brev av 5. august 2011 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helse- og beredskapsdirektoratet i oppdrag å bistå i

planleggingen og gjennomføringen av markeringen i Oslo Spektrum 21. august, bistå i planlegging og gjennomføring av en mottakelse for de etterlatte 21. august samt planlegge og stå for gjennomføringen av et møte mellom etterlatte og deltakere på AUFs sommerleir lørdag 20. august.

I tillegg ble det på et møte initiert av HOD 5. august besluttet at man skulle tilby deltakerne tilbakereiser til Utøya². Ansvar for tilbakereisene var delegert til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Helse- og beredskapsdirektoratet hadde ansvar for å gi helsefaglige råd i forberedelsen og gjennomføringen av tilbakereisene, samt for å organisere helsetjenestens tilbud/beredskap i tilknytning til tilbakereisene. De som ikke hadde anledning til eller ønske om å reise tilbake til Utøya på dette tidspunktet, fikk opplyst at det ville komme en anledning senere. Disse tilbakereisene ble arrangert 1. oktober, med samlinger for henholdsvis overlevende og middag for etterlatte senere samme dag.

Ekspertgruppen ble konsultert ved to anledninger. Deretter ble det opprettet direkte kontakt med NKVTS og SfK, som bisto fortløpende med innspill på spørsmål og oppdrag. I tillegg ble det innhentet råd fra NAKMI og fagpersoner i Helse- og beredskapsdirektoratet.

Planlegging av beredskap under arrangementene

Helse- og beredskapsdirektoratet tok til seg anbefalingen fra ekspertmiljøene om å – så langt som mulig – benytte det samme personellet som var til stede

² På grunn av at Utøya ville bli frigitt tidligere enn antatt, ble det 5. august bestemt at man skulle tilby etterlatte og overlevende å reise tilbake til Utøya i forbindelse med minneseremonien 21. august. Tidligere vurderinger var at tilbakereisene skulle skje i månedsskiftet september/oktober.

3 Hole kommune og fylkesmannen i Buskerud ble kontaktet 8. august for å få på plass helseberedskap. På møte i Hole kommune 11. august ble det avklart at både Fylkesmannen og Hole kommune ønsket at Helsedirektoratet koordinerte helseinnsatsen.

22.–26. juli. Videre brukte man erfaringene fra tilbakereisene til Thailand etter tsunamien og råd fra helsepersonell som var involvert etter 22. juli, for å dimensjonere og sette sammen helseteam. Dette ble brukt som utgangspunkt, men forsterket på grunn av at tilbakereisene til Utøya var tidligere i tid, og at man hadde begrenset kunnskap om reaksjoner og behov for helsehjelp. Ordinære linjer ble fulgt med hensyn til akuttberedskap (Vestre Viken Helseforetak). Man fulgte også tradisjoner fra tidligere AUF-arrangementer på Utøya, og Norsk Folkehjelp hadde ansvar for førstehjelp under arrangementene. Helsedirektoratet organiserte og koordinerte helseinnsatsen³.

Forberedelse til arrangementene

Tiden frem til arrangementene fra det ble besluttet å gjennomføre dem, var svært kort (ca. 14 dager), derfor ble noen forespørsler og råd foretatt muntlig, og noen i form av korte notater. Helsedirektoratet utarbeidet et notat med anbefalinger om forberedelse av deltakerne før arrangementene, antall deltakere, råd med hensyn til innkvartering og tilstedeværelse av helsepersonell. Notatet ble oversendt til Kulturdepartementet 4. august samt gitt til Arbeiderpartiet på det første møtet de holdt om Utøya. Det ble også utarbeidet et notat for å ivareta minoritetsperspektivet.

SfK bidro aktivt i forbindelse med organiseringen av selve besøket, og i den praktiske gjennomføringen av arrangementene. I forkant av tilbakereisene ble det utarbeidet separate skriv som gikk

til etterlatte og overlevende og deres pårørende, med råd om gjennomføring. Bilder tatt av bygninger og steder på Utøya, ble plassert på kaiene for at deltagerne skulle være best mulig forberedt på hva som ville møte dem.

Fylkesmennene ble holdt løpende orientert for å sikre god informasjon til kommunenes kriseteam og hver enkelt deltaker, slik at de kunne forberede seg, samt for å sikre at invitasjonene kom frem til hver enkelt. De regionale helseforetakene ble varslet om samlingene.

Gjennomføring av tilbakereisene

19. august ble det gjennomført tilbakereise til Utøya for etterlatte. Hver familie fikk dekket reise og opphold for inntil 10 personer + en helsearbeider. Totalt deltok i snitt 6 personer per familie, og det var ca. 850 personer totalt på Utøya den 19. august. Den 20. august ble det gjennomført tilbakereise for overlevende som kunne ha med seg en ledsager, og totalt var det ca. 450 personer på Utøya den 20. august. I tråd med anbefalingene ble det etablert helseteam fra instanser som var involvert i dagene etter 22. juli. Helseteamene og et sjelesorgteam kom fra henholdsvis Hole kommune, Ringerike kommune, Modum Bad og Vestre Viken. De samme instansene stilte med helseteam 1. oktober.

Den 19. og 20. august stilte i tillegg NKVTS og SfK med hvert sitt helseteam. Det var 3–5 personer i hvert helseteam med lege og psykososialt



Tilbakereise til Utøya

Foto: SCANPIX Cornelius Poppe

personell. Teamene var fordelt på ulike steder på Utøya og rapporterte på bestemte tidspunkter til kommandosentralen på Utøya.

Den 20. august ble det om ettermiddagen (på Oslo Plaza) arrangert et møte som gjorde det mulig for etterlatte og overlevende å komme i kontakt med hverandre. Helsedirektøren holdt en innledning som ga føringer for denne kontakten for å unngå unødig belastning for deltagerne. Møtet bidro til at det ble opprettet viktige kontakter. Det ble gitt uttrykk for at begge parter fikk stilt spørsmål og fikk svar. Noen familier ble imidlertid alene, siden de ikke fant noen som kunne gi dem informasjon eller svar på spørsmålene de hadde.

1. oktober ble det arrangert en ny tilbakereise for etterlatte fra ca. kl. 10.00 til 13.00, mens overlevende var invitert til Utøya fra ca. kl. 14.00 til 18.00. Denne ble arrangert for at de som av ulike grunner ikke deltok på den tidligere tilbakereisen, skulle få muligheten til å dra tilbake. Det var betydelig færre deltagere på disse tilbakereisene.

Røde Kors bisto ved tilbakereisene til Utøya med frivillige som fungerte i en vertsrolle for de enkelte familiene. Dette var en rolle som praktisk tilrettelegger og ikke en helsefaglig rolle. 90 personer deltok ved første gangs tilbakereise, og 40 personer den andre gangen.

Vurderinger

Det er ikke foretatt noen evaluering av tilbakereisene eller arrangementene, men tilbakemeldinger fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Kulturdepartementet (KUD) og de involverte helseteamene⁴ tyder på at tilbakereisene og de øvrige arrangementene var viktige for deltakerne og i hovedsak ble gjennomført på en god måte⁵.

Det var utfordringer med hensyn til logistikken. KRIPOS fulgte hver enkelt familie til funnstedet, der familien fikk god tid. Dette medførte lang ventetid for mange. Logistikken kunne vært planlagt bedre i samarbeid med KRIPOS.

AUF har gitt tilbakemelding om at arrangementene ble gjennomført på en god måte, kom på et riktig tidspunkt og var svært viktige for å komme seg videre etter hendelsen. Mange følte seg som "helere mennesker" etter å ha fått anledning til å reise tilbake til åstedet og bearbeide hendelsene der. Det var imidlertid mange overlevende som syntes det ble svært vanskelig bare å velge én ledsager til å være med på tilbakereisen (M25). Både AUF og Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene har gitt uttrykk for at det skulle vært tilstrebte mer fleksible løsninger med mulighet til å ha med for eksempel begge foreldrene (M25, M27).

3.4.4 Felles samlinger for etterlatte og overlevende

Felles samlinger for etterlatte

I samråd med Helsedirektoratets ekspertgruppe og samarbeidsorgan besluttet Helsedirektoratet å arrangere samlinger for rammede og berørte⁶. Det ble understreket at samlingene ikke skulle være behandling, men at innholdet i samlingene skulle utarbeides av et relevant fagmiljø, og at det skulle være helsepersonell til stede under samlingene.

Senter for Krisepsykologi fikk 5. august i oppdrag av Helsedirektoratet å utarbeide et opplegg for kollektive samlinger/grupper, med forslag til organisering, innhold og forankring.

Det ble tidlig drøftet hvorvidt man skulle arrangere felles samlinger for alle de etterlatte (Utøya og regjeringskvartalet), men man kom frem til at dette ikke ville være faglig gjennomførbart på grunn av det store antallet etterlatte. Det ble derfor besluttet å arrangere separate helgesamlinger for de to gruppene, og at gruppene skulle få det samme tilbudet. Av hensyn til deltakerantallet og rammene for den faglige gjennomføringen ble målgruppen for samlingene definert som foreldre/steforeldre, søsken/stesøsken, barn og ektefelle/samboere/partnere av avdøde.

Det ble etablert en arbeidsgruppe for å planlegge fellessamlingene for de etterlatte etter personer som omkom på Utøya, med representanter fra Helsedirektoratet, Senter for Krisepsykologi, Modum Bad, Seksjon for sorgstøtte på Akershus universitetssykehus (Sorgsenteret) ble valgt som leverandører av det faglige innholdet til samlingene (Utøya og regjeringskvartalet), er at disse er landets fremste fagmiljøer med spesialkompetanse på sorg og krisepsykologi. De har særlig kompetanse på å møte tapsrammede i grupper og understøtte likemannsarbeid, som utgjør hovedfundamentet i samlingene. Miljøene har også særlig god kunnskap og erfaring med å møte barn og unge i sorg (individuelt og i grupper), noe som har vært spesielt viktig for valget av nettopp disse miljøene. Institusjonene kunne også stille med tilstrekkelig fagpersonell på kort varsel. Av hensyn til de rammede var det vesentlig at de samme fagmiljøene (og gruppene) var til stede under hele samlingsprosessen, som er tidsbegrenset til 3 helger i løpet av ett år. Senter for Krisepsykologi, Modum Bad og Akershus universitetssykehus (Sorgsenteret) vil derfor få avslutte sitt engasjement som ble oppstartet i forbindelse med 22. juli 2011, etter siste samling, som blir avholdt 20.–22. juli 2012.

Arbeidet med felles samlinger for etterlatte etter personer som omkom i regjeringskvartalet, involverte Helsedirektoratet, Modum Bad, Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet (FAD), Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene, bedriftshelsetjenesten for departementene og Norges Røde Kors. Samlingene ble lagt til 10.–12. februar, 11.–13. mai og 21.–23. september 2012. For at de etterlatte skulle få et tilbud før jul, ble det besluttet å supplere helgesamlingene med en kveldssamling den 8. desember 2011.

Felles samlinger for etterlatte etter Utøya

Helsedirektoratet var vertskap for samlingene, mens Senter for Krisepsykologi fikk hovedansvaret for det faglige opplegget, sammen med Modum Bad, Seksjon for sorgstøtte på Akershus

4 Helseteamene rapporterte hver halvtime til en representant fra Helsedirektoratet og fylte i tillegg ut et vurderingsskjema ved slutten av dagen.

5 Det var utfordringer knyttet til logistikken. KRIPOS tok med hver enkelt familie til funnstedet, og alle fikk bruke god tid på spørsmål og sorgseremoni. For en del etterlatte var det noe lang ventetid for å komme ut til det enkelte funnstedet.

6 Målgruppen var primært overlevende og deres pårørende og etterlatte.

7 På grunn av behovet for rask iverksetting av tiltaket ble det ikke gjennomført noen offentlig anbudsprosess, jf. FOA § 2-1 (2) c. Bakgrunnen for at Senter for Krisepsykologi, Modum Bad og Akershus universitetssykehus (Sorgsenteret) ble valgt som leverandører av det faglige innholdet til samlingene (Utøya og regjeringskvartalet), er at disse er landets fremste fagmiljøer med spesialkompetanse på sorg og krisepsykologi. De har særlig kompetanse på å møte tapsrammede i grupper og understøtte likemannsarbeid, som utgjør hovedfundamentet i samlingene. Miljøene har også særlig god kunnskap og erfaring med å møte barn og unge i sorg (individuelt og i grupper), noe som har vært spesielt viktig for valget av nettopp disse miljøene. Institusjonene kunne også stille med tilstrekkelig fagpersonell på kort varsel. Av hensyn til de rammede var det vesentlig at de samme fagmiljøene (og gruppene) var til stede under hele samlingsprosessen, som er tidsbegrenset til 3 helger i løpet av ett år. Senter for Krisepsykologi, Modum Bad og Akershus universitetssykehus (Sorgsenteret) vil derfor få avslutte sitt engasjement som ble oppstartet i forbindelse med 22. juli 2011, etter siste samling, som blir avholdt 20.–22. juli 2012.

universitetssykehus (Ahus) og Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI).

Samlingen 11.–13 november⁸ kombinerte plenumssamlinger, valgfrie foredrag, samtalegrupper og uformelle aktiviteter. Plenumssamlingene fokuserte på avgrensede temaer med formål å fremme selvforståelse, normalisere opplevelser og gi kunnskap om reaksjonsmønstre. Lederen av 22. juli-kommisjonen var invitert som ekstern foreleser for å orientere om kommisjonens arbeid.

Gjennom avgrensning og temastyring av samlingene ønsket man å forhindre at det dannet seg nye ”sorgnettverk” eller ”identitetsdannelse”. Hver gruppe⁹ ble ledet av to gruppeledere. Det ble utarbeidet en skriftlig veiledning til gruppelederne før hver samling for å sikre at gruppeoppleggene ble gjennomført med et felles format. I tillegg til gruppeledere var tre personer (én med minoritetskompetanse) og to leger (psykiatere) tilgjengelig for oppfølging av deltakere utenfor gruppene.

Helsedirektoratet som arrangør var ansvarlig for helheten. Staben¹⁰ og stabsarbeidet ble ledet av en person fra Senter for Krisepsykologi.

Fylkesmennene ble holdt orientert om samlingen for å sikre god informasjon til kontaktpersoner i kommunene. Helsedirektoratet fulgte direkte opp kommuner med etterlatte med innvandrerbakgrunn.

Felles samlinger for etterlatte etter Regjeringskvartalet

Helsedirektoratet var vertskap for samlingene for de etterlatte etter Regjeringskvartalet, mens Modum Bad fikk det faglige ansvaret for innholdet i samlingene¹¹. Kveldssamlingen den 8. desember ble holdt på Røde Kors’ konferansesenter. Et viktig moment i forhold til de etterlatte (regjeringskvartalet) var å ha arbeidsgiversiden representert under samlingene. Formålet med samlingen var å legge til rette for et felles møte mellom de etterlatte og samtidig formidle råd og verktøy for å gå julen i møte. Informasjon om de kommende helgesamlingene ble også formidlet. Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene var representert under hele samlingen og ga uttrykk for at de var svært tilfredse med gjennomføringen. Samlingen ble ikke evaluert. I forbindelse med helgesamlingene vil det gjennomføres evalueringer.

Vurderinger

Det ble gjennomført en evaluering av den første felles samlingen for etterlatte (Utøya) både blant deltakere og stab. Evalueringen fra deltakerne¹² viste at 94 % av voksne foreldre og 96 % av voksne søsken syntes samlingen hadde vært til meget stor eller stor hjelp. Det var også gode

tilbakemeldinger fra barn og unge som var med. Alle deltakerne – også barne- og ungdomsgruppene – hadde størst utbytte av smågrupper, hvor de kunne møte andre i samme situasjon. Deltakerne meldte om høy grad av tillit til de som ledet samlingen og smågruppene, høy grad av profesjonalitet, at det følte trygt å dele erfaringer i smågrupper, og at de følte seg vel ivaretatt under samlingen. Foreldre, ungdom og barn ga svært positive tilbakemeldinger på aktivitetstilbudet fra Røde Kors.

Staben ga også uttrykk for at de var svært fornøyde med gjennomføringen, både med hensyn til programmet for deltakerne og det organisatoriske rundt samlingen. Enkelte forbedringspunkter samsvarte i stor grad med tilbakemeldingene fra deltakerne. Disse tilbakemeldingene vil bli fulgt opp i forhold til planlegging av de neste felles samlingene.

Flere av deltakerne meldte om altfor tettpakket program og ønsket mer tid i gruppene og mer tid til uformell samtale. De ønsket også en tettere kobling mellom foreldre og barne- og ungdomsgruppene, og at programmet utenom samtalegruppene hadde vært bedre tilpasset for ungdom og unge voksne.

Planlagte felles samlinger for overlevende og pårørende fra Utøya

SfK har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet et opplegg for kollektive samlinger, med forslag til organisering, innhold og forankring. Formålet med samlingene er å legge tilrette for likemannsstøtte under veiledning fra helsepersonell, samt psykoedukasjon om vanlige reaksjoner.

Gjennomføring av felles samlinger er gitt bred støtte i ekspertgruppen. Slike samlinger kan tjene bearbeidingsformål i form av å formidle mestringsmetoder og bidra til å normalisere reaksjoner og gi en opplevelse av felles støtte. Det vil også fokuseres på informasjon om den forestående rettssaken og skolens rolle. Behovet for samlinger for overlevende og deres pårørende har også blitt understreket av Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene, AUF og flere kommuner.

Flere samlinger har allerede blitt organisert i regi av Arbeiderpartiet, AUF og enkelte kommuner. Dette har vært uformelt igangsatt eller gjennomført etter at kriseteam eller andre deler av helsetjenesten har tatt initiativ til dette. SfK har anbefalt at det organiseres regionale samlinger uavhengig av tilbudene som allerede er gitt i enkelte kommuner. Målgruppen for samlingene er overlevende og nære pårørende, herunder foreldre/steforeldre og søsken/stesøsken. Det regnes et romslig anslag på fem pårørende per overlevende.

Organisering og avgrensning

Det store antallet overlevende spredd over hele landet gjør det formålstjenlig å arrangere dette fylkesvis, slik AUF er organisert. Der det er praktisk gjennomførbart, anbefales det å ha samlinger for overlevende og pårørende samtidig. Dette støttes av den nasjonale støttegruppen etter 22. juli-hendelsene. Første samling ble anbefalt gjennomført så tidlig som mulig på nyåret 2012, mens andre samling vil være i forbindelse med årsdagen for terrorhandlingen.

Roller og oppgaver

Helsedirektoratet er oppdragsgiver for samlingene. Kompetansesentrene har sammen hovedansvaret for å koordinere det faglige innholdet. Brukerperspektivet må ivaretas i organiseringen av samlingene. Man må heller ikke glemme de utenlandske gjestene som var på Utøya da hendelsene inntraff. En representant fra Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene er med i arbeidsgruppen, og Helsedirektoratet har en dialog med AUF om planlegging av samlingene.

Overlevendesamlingene kommer sent på grunn av kapasitetshensyn, og fordi det har vært uenighet i kompetansemiljøene. AUF har kommet med innspill om at samlingene burde kommet tidligere, da det var større behov for slike samlinger på et tidligere tidspunkt, og at samlingene må foregå fylkesvis.

3.5 Avsluttende vurderinger om den psykososiale innsatsen og oppfølgingen

Myndighetene valgte en uvanlig aktiv rolle etter hendelsene. På grunn av hendelsenes ekstraordinære omfang og karakter vurderes dette som hensiktsmessig.

Aktuelle helseforetak, kommuner og frivillige organisasjoner rapporterer at psykososialt arbeid er omtalt i de respektive beredskapsplanene, og at fagkompetansen finnes. Flere av planene er imidlertid lite konkrete, og det psykososiale omtales kortfattet og usystematisk. Planene må revideres og bli mer omfattende på det psykososiale feltet. Beredskapsplanen for pårørendehåndtering i helsetjenesten må oppdateres.

Foreløpige tilbakemeldinger fra tjenestene viser at de hadde god kapasitet, mobiliserte raskt, var fleksible og fungerte meget bra i den akutte fasen. Den videre oppfølgingen har også for det meste fungert godt og i tråd med myndighetenes anbefalinger.

Enkelte tjenester og kommuner melder at de ikke har innarbeidet gode nok rutiner for å håndtere denne omfattende formen for katastrofe. Det

fremheves av enkelte at 22. juli-hendelsene var av en slik dimensjon og karakter at det overskred kapasitet og kompetanse med hensyn til en god og enhetlig oppfølging over tid.

Tjenestene har selv pekt på en rekke forslag til justeringer og forbedringer, og dette understøtter det generelle inntrykket av at de er reflekterende og lærende organisasjoner.

Tilbakemeldinger fra AUF og Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene indikerer et sprik med hensyn til hvor fornøyde brukerne har vært med oppfølgingen. Datagrunnlaget som er innhentet i forbindelse med denne rapporten, er for spinkelt til å konkludere om kvaliteten på den psykososiale oppfølgingen, siden det ikke har blitt innhentet noen systematisk evaluering fra brukerne.

Brukerrepresentanter fra AUF og Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene har gitt uttrykk for at de var godt fornøyd med helsetjenestens innsats, men at helsetjenesten må lære av egne feil, bli bedre på informasjon, innhente mer kompetanse ved behov og skjerme de rammede og berørte mot media. AUF har også vektlagt at organisasjonens særpreg må benyttes i oppfølgingen. Det er viktig å samarbeide nært med støttegrupper i forbedringsarbeidet.

Ulikt helsepersonell kan ha en viktig rolle med praktisk bistand i den akutte fasen, men det må sikres mulighet for kvalifisert faglig veiledning og råd.

Det må fokuseres på opplæring i psykologisk førstehjelp og trening og forberedelser til å håndtere kriser, ulykker og katastrofer. Det må sikres gode og entydige rutiner for oppfølging og eventuell debrifing av innsatspersonell i etterkant.

Vi mener det er viktig å følge opp etterlatte og overlevende over tid, og også følge opp foreldre og søsken til overlevende. Arbeidet bør evalueres, og forskning vil kunne bidra til å gi flere svar på hva som er den beste psykososiale oppfølgingen i akutt fase og over tid. Det er viktig at forskning og andre spørreundersøkelser i størst mulig grad koordineres, slik at de etterlatte og overlevende ikke blir kontaktet for mange ganger med de samme spørsmålene.

Det er fortsatt ulike faglige oppfatninger om hva som er beste praksis på feltet. Videre forskning er aktuelt for å gi tydeligere retningslinjer for behandlingen.

Forskningen er helt i startfasen og vil kunne gi føringer for anbefalinger som kan komme på et senere tidspunkt.

^[8] Alle samlingene for de etterlatte – Utøya avholdes på et hotell på Gardermoen.

^[9] Det var i alt 9 grupper for foreldre og ektefelle/partnere av avdøde, 3 grupper for voksne søsken og 5 grupper for barn og unge under 18 år.

^[10] Staben inkluderte vertskapet (Helsedirektoratet), fagpersonene fra Senter for Krisepsykologi, Ahus, Modum og NAKMI og aktivitetslederne fra Røde Kors.

^[11] Helgesamlingene for de etterlatte (regjeringskvartalet) som vil gjennomføres i 2012, vil finne sted på Modum Bad.

^[12] Evalueringen (deltakerne) fokuserte på utbytte av samlingen, profesjonalitet knyttet til gjennomføringen av samlingen, tillit til de som gjennomførte samlingen og samtalegruppene, følelsen av trygghet knyttet til det å dele inntrykk og reaksjoner i smågrupper, og følelsen av å bli ivaretatt under samlingen. I tillegg ble det stilt spørsmål knyttet til funksjonsnivå (fravær fra jobb og skole) og kontakt med helsetjenester.



Kapittel 4

Kommunikasjon og publikumsinformasjon

SIDE 102 – 107

16.35

Oslo universitetssykehus la ut melding på sine nettsider klokken 16.35 om at det var en eksplosjon i Oslo sentrum, og at de hadde iverksatt høynet beredskap som følge av eksplosjonen.

Hendelsene 22. juli førte til massiv omtale i mediene og omfattende aktivitet i sosiale medier. Helsetjenesten løste i all hovedsak kommunikasjonsarbeidet svært godt.

Hendelsene 22. juli var av en slik art at det synes klart fra første stund for de involverte aktører i helsesektoren at den kommunikasjonsmessige kriseledelsen i dette tilfellet ikke lå i helsetjenesten. De sentrale organene i helsetjenesten, som Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, måtte derfor ikke bære ansvaret med å lede og koordinere kommunikasjonen overfor andre samfunnssektorer. Likevel var helsetjenesten en svært sentral aktør med betydelig ansvar for kommunikasjon med og fra sin sektor.

Dette kapitlet vil i hovedsak konsentrere seg om hvordan de sentrale aktørene i Helse Sør-Øst og Helsedirektoratet håndterte utfordringene rundt kommunikasjon gjennom den første helgen fra 22. til 24. juli. For Oslo og Hole kommunes del er det vanskelig å avgrense hva som er kommunikasjon innenfor helsesektorens ansvarsområde, og hva som tilhører totalkommunikasjonen. Kommunikasjonen deres blir derfor ikke vurdert her. Temaene som omtales, vil særlig dreie seg om pressehåndtering, pårørendetelefoner, intern informasjonsflyt og koordinering, nettinformasjon og sosiale medier.

Hendelsene førte til ca. 250 000 Twitter-meldinger de første døgnene fra 22. juli¹³. Det var totalt over 150 000 omtaler i skriftlige medier i løpet av 2011, og det gjør dermed dette til den mest omtalte nyhetssaken siden 1945¹⁴. Det er ikke foretatt noen egen medieanalyse av nyhetssaker knyttet til helsetjenestens arbeid i forbindelse med 22. juli. Hvordan helsetjenestens samlede kommunikasjonsinnsats ble oppfattet i befolkningen, er heller ikke tema i dette kapitlet.

4.1 KOORDINERING, ANSVAR OG KOMMUNIKASJONSHÅNDTERING

Retningslinjene for statens kommunikasjonspolitikk angir ansvarsforhold i en krise¹⁵:

”Krisekommunikasjon handler om å gi innbyggere rask og konkret informasjon som gjør dem i stand til å håndtere en uønsket hendelse best mulig. Kommunikasjonen skal synliggjøre ansvarsforhold, myndighetskoordinering og opplyse hvor berørte kan få ytterligere informasjon og eventuelt hjelp og støtte. Ansvaret for krisehåndtering ligger hos

den virksomheten som har ansvaret for fagområdet i en normalsituasjon. God krisekommunikasjon forutsetter jevnlig øvelser og evaluering i etterkant av reelle hendelser.”

Når dette er definert som statens kommunikasjonspolitikk, betyr det også at det ikke nødvendigvis er gjeldende for kommunale eller ikke-offentlige organer. Det er likevel en gjeldende norm i krisehåndtering at den som har ansvar i normalsituasjonen, også skal ha ansvar under krisen.

Beredskapsplaner

Alle de institusjonene som umiddelbart ble berørt av hendelsene 22. juli, har egne avsnitt med omtale av krisekommunikasjon i beredskapsplanene sine.

Spesialisthelsetjenesten:

Helse Sør-Øst omtaler i sin plan forholdet mellom det regionale helseforetaket og Oslo universitetssykehus (OUS) i en krise. Dersom krisen er et regionalt anliggende og OUS ivaretar et regionalt koordineringsansvar, skal OUS ha informasjon knyttet til foretaksgruppens kapasitet til å takle selve beredskapssituasjonen, mens Helse Sør-Øst skal ha informasjon knyttet til ivaretagelse av ”sørge for-ansvaret og konsekvenser for virksomheten i andre deler av helseforetaksgruppen som følge av beredskapssituasjonen. Det anbefales videre at informasjon om den helsemessige håndteringen av krisen kun utgår fra OUS, og at Helse Sør-Øst har lenker til OUS sine aktuelle sider på Internett.

Videre er det tydelig avklart at politiet har hovedansvaret for informasjon ved ulykker og katastrofer. Helsetjenesten må derfor koordinere og samordne informasjonen med politiet og være klar over hvilken informasjon som kun skal gis av politiet (D7, D37, D85).

Helsedirektoratets kriseplan beskriver at ”Helsedirektoratet skal være forberedt på å kunne forestå operativ samordning av helsesektorens krisehåndtering når en krisesituasjon har oppstått eller er i ferd med å oppstå”¹⁶ (D104).

Direktoratet skal ved kriser:

– Koordinere iverksetting av tiltak på vegne av HOD.

– Iverksette tiltak for å sikre at befolkningen tilbys nødvendig helsehjelp, pleie, omsorg og sosiale tjenester.

– Forvalte lov om helsemessig og sosial beredskap med fullmakter.

– Gi faglige råd til helse- og sosialtjenesten.

– Koordinere informasjon om situasjonen og hvordan den utvikler seg, gjennom å innhente situasjonsrapporter fra regionale helseforetak og fylkesmenn samt øvrige nivå 2-virksomheter under HOD og videreformidle informasjon fra sentralt til lokalt nivå.

– Sette opp et helhetlig informasjonsbilde. Dersom HOD er lederdepartement, skal Helsedirektoratet være i stand til å koordinere informasjon på tvers av sektorer.

4.2 VARSLING, BEMANNING OG PRESSE

Fungerende kommunikasjonsdirektør i Helsedirektoratet varslet beredskapsavdelingen i direktoratet om en eksplosjon i Oslo sentrum klokken 15.32. I løpet av kort tid ble det også opprettet kontakt med kommunikasjonssjefen i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), som reiste til Oslo samme kveld på grunn av hendelsene. Eksplosjonen i Oslo medførte at informasjonsavdelingen i HOD ble hardt rammet og satt ut av spill. Helsedirektoratets fungerende kommunikasjonsdirektør fikk raskt innkalt tilstrekkelige ressurser til kommunikasjonsavdelingen. (D105, D115).

OUS fikk tidlig stor pressepågang. De melder i sin rapport at ”Kommunikasjonsstaben ble raskt varslet og var på plass med tilstrekkelige ressurser på sykehuset i løpet av kort tid. De første timene var det svært stor pågang fra norske og utenlandske medier. Pågangen avtok gradvis, men det var stor pågang i flere uker etter 22. juli.” Videre melder OUS at ”Kommunikasjonsstaben hadde for liten kapasitet til å ta imot mediehenvendelser. Presse-telefonen var opptatt store deler av tiden og en del anrop ble ikke besvart.” OUS hadde trolig i løpet av helgen henvendelser fra omkring 40 utenlandske medier, ca. 20 norske medier og seks ambassader. Enkelte av mediene ringte kun én gang, mens de fleste ringte tre, fire, fem og opptil tjue ganger i løpet av ettermiddagen og kvelden 22. juli (D81, D96).

OUS hadde tre pressebriefere den første kvelden og to den 23. juli. Henvendelser fra media ble besvart av ledelsen og traumeteamet med støtte fra kommunikasjonsstaben. Ifølge OUS var de ikke godt nok forberedt på pågangen fra utenlandske medier, og det tok noe tid før de stilte til intervjuer med blant annet Al Jazeera, CNN og BBC. Det ble fortløpende lagt ut oppdatert informasjon på norsk og engelsk på sykehusets nettsider (D81, D96). Også de andre sykehusene hadde stor pressepågang (D71).

Ifølge loggen til Helse Sør-Øst, tilbød fungerende kommunikasjonschef klokken 17.43 medievakten ved OUS assistanse ved behov. Dette tilbudet ble

vurdert på OUS, som mente de var mange nok på jobb.

Helse Sør-Øst hadde ingen mediehenvendelser med spørsmål til det regionale helseforetaket den første helgen, men veiledet media til pressekontakt ved OUS (D42, D103).

Helsedirektoratet hadde ingen pressepågang den første helgen. Media ble etter hvert brukt mer aktivt til å informere om helsemessig og psykososial oppfølging, og for å få kommunene til å mobilisere (D105, D115).

Oslo kommune forsterket legevakten med én informasjonsmedarbeider. Hole kommune hentet også inn informasjonsbistand i løpet av det første døgnet. Både Oslo kommune og Hole kommune hadde massive utfordringer rundt kommunikasjon. Hole kommune etablerte raskt et pårørende- og overlevendesenter på Sundvolden hotell, hvor det var stor pressepågang (D31, D33, D63, D95, M15).

Intern informasjonsflyt og koordinering

Akuttfasen i kriser beskrives ofte som kaotisk. Flyten av informasjon – og da særlig av autorisert informasjon – er ofte mangelfull, noe som fører til at sentrale aktører blir tilbakeholdne. Helsedirektoratet fikk ingen autorisert informasjon fra noen aktører i andre samfunnssektorer den første kvelden før direktoratet fikk etablert en liaison i Politidirektoratet etter klokken 19.00.

Helsedirektoratet fikk raskt etablert kontakt med OUS, Helse Sør-Øst og Helse- og omsorgsdepartementet (D115).

Pårørendenumre

De ulike aktørene (politi, OUS, Oslo kommune, pårørendesenteret Sundvolden, Vestre Viken osv.) publiserte flere pårørendenumre man kunne ringe i løpet av kvelden 22. juli. For mer informasjon om dette, se kapitlet om psykososial oppfølging.

Internett

OUS la ut melding på sine nettsider klokken 16.35 om at det var en eksplosjon i Oslo sentrum, og at Oslo universitetssykehus hadde iverksatt høynet beredskap som følge av eksplosjonen¹⁷. Klokken 17.50 la Helse Sør-Øst ut info på nettsidene sine der de henviste til informasjon på OUS, blant annet med telefonnummer for pårørende¹⁸. Helsedirektoratet publiserte de første sakene på www.helsedirektoratet.no og www.helsenorge.no først like før midnatt. Etter hvert ble det tydelig på www.helsenorge.no hvor man kunne få hjelp i kommunene, råd og relevant informasjon for de som var berørt, og det ble henvist til et telefonnummer man kunne ringe (D96, D103, D105, D115).

¹³ <http://www.nrk.no/terror-twitter/>

¹⁴ Tall fra medieanalysebyrået Retriever, her fra <http://www.siste.no/Innenriks/article5863746.ece>

¹⁵ http://www.regjeringen.no/upload/FAD/Vedlegg/Informasjonspolitikk/Sta-tens_kom_pol_web.pdf

¹⁶ Formuleringen er hentet fra Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan

¹⁷ <http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter/Sider/eksplosjon-i-oslo-sentrum.aspx>

¹⁸ <http://www.helse-sorost.no/aktuelt/nyheter/Sider/eksplosjon-i-oslo-sentrum.aspx>

Sosiale medier omtales særskilt senere i dette kapitlet.

Samarbeidsorganet

Helsedirektoratets arbeid med samarbeidsorganet for helsemessig og psykososial oppfølging startet søndag 24. juli, og var et utstrakt kampanjearbeid. Det ble jobbet med felles budskap, enighet om de mest nødvendige tiltakene og koordinering av informasjonstiltak mellom en rekke aktører fra departementer, direktorater, frivillige aktører og religiøse miljøer. Dette førte til massiv spredning av budskap.

Vurderinger

I følge Helse Sør-Øst, vil bemanningen på informasjonsavdelingene i HF raskt bli for lav i en krisesituasjon. Informasjonsavdelingene skal derfor ved en krise/katastrofe kunne få ressurser fra øvrige HF og Helse Sør-Øst RHF. OUS mente de ikke hadde behov for en slik støtte. Samtidig erfarte de underveis at de ikke klarte å besvare alle mediehenvendelser. OUS meldte også at informasjonsflyten mellom beredskapsledelsen og kommunikasjonsstaben ikke var optimal (D96, D103).

Erfaringene vi nå sitter inne med i etterkant tilsier at man i slike situasjoner bør ha lav terskel for å takke ja til ekstra resurser, for å håndtere den massive mediepågangen og de koordineringsutfordringer som oppstår i slike situasjoner.

Det synes som om det både er ulik forståelse av hva koordinering betyr, og hva som forventes av koordinatoren.

OUS vurderte det slik at selv om beredskapsplanen deres og den regionale beredskapsplanen åpner for at ansvaret for å koordinere informasjon om situasjonen og spesialisthelsetjenestens innsats kan overføres fra Helse Sør-Øst til Oslo universitetssykehus, forble dette ansvaret hos Helse Sør-Øst den 22. juli. Flere andre aktører oppfattet det som at OUS hadde fått dette ansvaret 22. juli (D96, D103, D115, M25).

Helsedirektoratet forsto koordineringsansvaret sitt slik at de skulle bidra til slik koordinering innenfor helsesektoren. Det var derfor krevende for Helsedirektoratet at OUS ikke koordinerte informasjonen, men viste til hvert enkelt sykehus. Helse Sør-Øst sier at de i denne situasjonen henviste pressen til OUS. Betyr dette at pressen og andre aktører kunne forvente at OUS koordinerte informasjon fra alle involverte sykehus innenfor Helse Sør-Øst, og at OUS kunne svare på vegne av alle sykehus og ha nettsider som formidlet totalbildet for alle sykehusene? Dette synes uklart, og det synes uklart om OUS oppfattet rollen sin slik (D103, D115).

Det er politiets og ikke sykehusenes ansvar å informere om antall skadde og savnede med mer. Samtidig er det viktig at sykehusene legger til rette for at politiet raskt får tilgang på den informasjonen som etterspørres. Hendelsene 22. juli, med mange pasienter fordelt på legevakt og flere sykehus, stiller store krav til koordinert kommunikasjon. Når det er reist spørsmål ved om OUS virkelig hadde fått det koordinerende ansvaret, vil det nødvendigvis føre til at mange etterspør informasjon flere steder. Enkelte har oppgitt at sykehusene ikke koordinerte pasientinformasjon seg imellom, slik at pårørende måtte gjenta spørsmålene sine mange ganger i kontakt med flere sykehus. Dette medførte mer belastning for de pårørende som etterspurte informasjon, det ble vanskeligere å få et totalbilde av situasjonen, og det medførte også økt belastning på de som arbeider ved det enkelte sykehus (M25, D105, D115).

Kommunikasjonen på nett ble i hovedsak raskt etablert hos OUS og andre etater som opplevde stort medietrykk. Det tok tid før andre instanser kom med informasjon på nettet. Helsedirektoratet burde ha kommet med et budskap om koordineringsansvaret de hadde, og hva de jobbet med, langt tidligere på kvelden. Det ble i starten dessverre henvist til en rekke forskjellige telefonnumre hvor pårørende kunne ringe. Dette skapte forvirring. Dessuten hadde flere av disse telefontjenestene dårlig linjekapasitet.

4.3

Sosiale medier

Medievanene er i endring. Retningslinjene for statens kommunikasjonspolitikk vektlegger også dette når den sier at "elektronisk kommunikasjon skal være den primære kanalen for dialogen mellom innbyggerne og offentlige virksomheter". Retningslinjene tilsier dermed at det skal søkes dialog.

Hendelsene 22. juli medførte omfattende bruk av sosiale medier, og dette gjelder kanskje særlig for bruken av Twitter. NRK foretok en henvendelse til nettstedet Twitter og ba om å få tilsendt meldingene som inneholdt noen på forhånd definerte nøkkelord. NRK mottok da 244 034 tweets¹⁹ som de senere har gjort et redaksjonelt utvalg av før de presenterte dem på nettsiden <http://www.nrk.no/terrortwitter/>.

Det er påfallende hvor lite tilstedeværende offentlige helsemyndigheter var i sosiale medier ettermiddagen og kvelden 22. juli. Oslo universitetssykehus er unntaket. De twitret flere ganger om presse-briefer, om hvilke telefonnumre pårørende kunne ringe, og om behov for og senere at man hadde fått tilgang på tilstrekkelig antall blodgivere²⁰. Oslo kommunes ene tweet handlet om at Oslo kommunes legevakt hadde alle tilgjengelige ressurser på plass²¹.

Twitter-meldingene i NRKs oversikt viser likevel at kommunikasjonen og informasjonsflyten var rask og i sum overraskende pålitelig uten at offentlige etater bidro vesentlig til dette. Det informasjonsvakuemet som ble skapt, ble raskt fylt med meldinger som man kunne tenke seg at offentlige etater burde kunne gått ut med selv. Likevel var det flere uklarheter og rykter som med fordel kunne vært demotert eller fulgt opp. For eksempel kom det ikke-offentlige meldinger om at blodgivere ikke lenger behøvde å melde seg – og noe senere på kvelden at de burde melde seg.

Sosiale medier og nødetatene

Flere av de Twitter-meldingene som står omtalt i NRKs gjennomgang, omhandler situasjonen før gjerningsmannen ble pågrepet på Utøya. Blant meldingene finner vi oppfordringer til folk i båt om å hjelpe til, om ikke å ringe i mobiltelefon for ikke å overbelaste telenettet, om ikke å ringe til noen av de som befinner seg på Utøya, om at ambulanser er på vei, at det høres skudd med mer.

Et spørsmål i denne sammenheng er hvorvidt nødetatene kunne eller burde ha brukt sosiale medier i kommunikasjonen, både for å lytte til hvilke meldinger som kom, men også for selv å komme med informasjon. En slik kommunikasjon vil nødvendigvis kreve høy grad av presisjon. Samtidig er det slik at teknologien eksisterer, og stadig flere kommuniserer via sosiale medier.

En annen grunn til å stille spørsmålet om hvorvidt nødetatene bør vurdere å ta i bruk sosiale medier, er at det finnes flere sammenhenger hvor telefonsamtaler helst bør unngås. Dette kan enten være

i sammenhenger hvor en samtale vil avsløre for en gjerningsmann hvor man befinner seg. Men det kan også være i sammenhenger hvor lydnivået er for høyt til å kommunisere via telefonsamtaler, for eksempel ved konserter.

Avsluttende vurderinger

Helsetjenestens kommunikasjonsarbeid ble i all hovedsak utført i tråd med de planer som eksisterer. Det er i seg selv imponerende, tatt i betraktning at hendelsene skjedde sent fredag ettermiddag i den normalt mest sommerstille uken. Nødvendig og tilstrekkelig mannskap kom raskt på plass i de ulike kommunikasjonsavdelingene.

Siden dette var en krise med Justisdepartementet som lederdepartement, gikk mye av pressens oppmerksomhet dit. Helsetjenestens oppgave var sånn sett å understøtte den sentrale kriseledelsen. Selv om OUS hadde problemer med å besvare alle mediehenvendelsene i startfasen, så kom de raskt frem på med flere pressebriefere hvor helsepersonellet som behandlet de skadde, gjorde en imponerende jobb med å formidle hvilken oppgave de sto oppe i.

Det er likevel behov for å se nærmere på hva som ligger i koordineringsansvaret, og når man får dette på helseforetaksnivå. I tillegg til dette var det uheldig at det var opplyst om til dels mange telefonnumre som pårørende kunne ringe i løpet av første kvelden. De involverte aktørene i helsetjenesten kunne også med fordel vært tydeligere til stede og med større kvalitet på kommunikasjonen i sosiale medier.

Anbefalinger

Det må avklares tydeligere i beredskapsplanene til de regionale helseforetakene hva som ligger i å ivareta et regionalt koordineringsansvar innenfor kommunikasjonsfaget. Dette må avstemmes med de forventningene Helse- og omsorgsdepartement og Helsedirektoratet har til hva dette ansvaret innebærer.

– **Det må avklares tydeligere mellom de enkelte helseforetakene, andre aktører og kommunene innenfor foretakenes område hvilke telefonnumre som vil bli benyttet som pårørendetelefonnummer i kriser. Antall telefonnumre bør begrenses, og linjekapasiteten bør være tilstrekkelig til å håndtere et stort antall telefoner.**

– **Ved kriser som omfatter flere sykehus, må det sikres raskere oppdatering av lister over tilstedeværende pasienter og uskadde.**

– **God kommunikasjon via sosiale medier bør gis større prioritet i krisekommunikasjonsarbeidet. Ved større kriser må også aktører i helsetjenesten i større grad være i stand til å lytte, gå i dialog og informere via sosiale medier.**

– **Det bør utredes om nødetatene bør ta i bruk sosiale medier i kommunikasjonen.**

¹⁹ <http://nrk.no/vitenskap-og-teknologi/1.7769521>

²⁰ <http://twitter.com/Oslouniv-sykehus>

²¹ <http://twitter.com/Oslo-kommune>



15.45

Departementsråden i Helse- og omsorgsdepartementet hadde første telefonkontakt med helsedirektøren kl. 15.45.

Kapittel 5

Helseforvaltningens håndtering av terrorhendelsene

Som kjent var Helse- og omsorgsdepartementet ett av flere departementer som ble rammet av bomben i regjeringskvartalet. Dialogen mellom departementet og Helsedirektoratets var tett i akutfasen, og rapporteringen fra helsetjenesten ble igangsatt tidlig.

5.1 HOVEDMOMENTER FRA HELSE-FORVALTNINGENS HÅNDTERING AV HENDELSEN I REGJERINGSKVARTALET

Bomben i regjeringskvartalet ble utløst kl. 15.25.
Ledelsen i sentral, regional og lokal helseforvaltning ble kjent med hendelsen etter kort tid og etablerte kriseledelse på ulike nivåer.
Beredskapsstaten i Oslo kommune ble varslet umiddelbart, siden de har kontorer i Arne Garborgs plass 1, som ble rammet av eksplosjonen.
Fungerende kommunikasjonsdirektør i Helsedirektoratet varslet beredskapsvakt og fungerende helsedirektør etter 7 minutter. Kriseutvalget ble etablert etter ca. 50 minutter, og det første møtet ble avholdt etter ca. 1 ½ time.
Fungerende direktør ved Oslo universitetssykehus (OUS) ble varslet etter 7 minutter og etablerte krisestab etter ca. en time.
Departementsråden i Helse- og omsorgsdepartementet ble varslet på SMS etter 9 minutter. Krisestab i HOD ble etablert etter ca. 3 ½ time.
Departementsråden i Helse- og omsorgsdepartementet hadde første telefonkontakt med helsedirektøren kl. 15.45.
Landets fylkesleger ble varslet på SMS etter 9 minutter.
Beredskapsvakten ved Direktoratet for nødkommunikasjon ble kjent med hendelsen etter 9 minutter.
Ledelsen i Helse Sør-Øst RHF ble varslet etter ca. en halv time og etablerte kriseledelse etter ca. en time.
Fylkeslegen i Oslo og Akershus varslet Fylkesmannen i Oslo og Akershus etter 15 minutter.
Det ble etablert kontakt- og rapporteringsrutiner på strategisk nivå etter få timer.
Fylkesmannen og Fylkeslegen i Oslo og Akershus kontaktet Helsedirektoratet, politimesterne i de respektive politidistriktene, Oslo og Akershus Sivilforsvarsdistrikt, HV-02, Oslo kommune og Statsministerens kontor for å orientere seg om status, ressurser og behov etter ca. en halv time.
Første telefonmøte mellom ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og ledelsen ved helseforetakene ble avholdt etter ca. 3 timer.
Første kontakt mellom Helsedirektoratets kriseutvalg og de regionale helseforetakene var få minutter etter kriseutvalgets samling.
HOD mottok første skriftlige rapport fra Helsedirektoratet etter 5 ½ time.
Fylkesmannen i Oslo og Akershus orienterte Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap om situasjonen i Oslo etter ca. 3 ½ time.

5.2 HOVEDMOMENTER FRA HELSE-FORVALTNINGENS HÅNDTERING AV HENDELSEN PÅ UTØYA

Helsedirektoratet er informert om at gjerningsmannen ankom Utøya ca. kl. 17.08, og at skytingen startet kort tid etter dette, det vil si ca. kl. 17.10. AMK Buskerud ble varslet om skytingen kl. 17.24. AMK Oslo og Akershus ble varslet kl. 17.28.
Kl. 17.50, det vil si ca. en halv time etter at AMK var gjort kjent med skytingen på Utøya, ble beredskapsledelsen ved OUS orientert om dette.
Kl. 18.03 ble Helsedirektoratets kriseutvalg gjort kjent med at det kunne dreie seg om inntil 50 skuddskadde pasienter fra Utøya. Det var imidlertid ikke mulig å verifisere opplysningene.
Kl. 18.07 varslet helsedirektøren i Helse Sør-Øst RHF om rykter om skyting på Utøya.
Kl. 18.30 ble fungerende Fylkesmann i Buskerud varslet av Fylkesmannen i Oslo og Akershus om at det foregikk en større politiaksjon på Utøya med et ukjent antall involverte. Fungerende Fylkesmann i Buskerud etablerte etter dette krisestab.
Kl. 18.33 ble gjerningsmannen pågrepet. Fra dette tidspunktet var aksjonsledelsen orientert om at det dreide seg om et betydelig antall døde og skadde på Utøya.
Kl. 19.50, det vil si ca. en og en halv time etter pågripelsen av gjerningsmannen, fremsto situasjonsforståelsen for Utøya-hendelsen som uavklart for kriseutvalget i Helsedirektoratet.
På bakgrunn av de rapportene Helsedirektoratet har mottatt fra ulike forvaltningsorganer, synes det klart at det foreligger svært ulike rutiner for dokumentasjon og rapportering etter større beredskapshendelser.

5.3 VURDERING AV HELSEFORVALTNINGENS HÅNDTERING

Til tross for at eksplosjonen i regjeringskvartalet den 22. juli fant sted en fredags ettermiddag i fellesferien, ble ledelsen i sentral, regional og lokal helseforvaltning varslet om hendelsene etter svært kort tid. Dette anses i stor grad for å være et resultat av flere heldige faktorer, blant annet følgende:

- tid på døgnet, det vil si det at hendelsen fant sted på dagtid
- det at hendelsen fant sted midt i Oslo og ble observert av mange, og at flere ansatte og pårørende til ansatte i helseforvaltningen raskt ble kjent med hendelsen
- det at hendelsen ble gjenstand for massiv mediedekning

Ved terrorhandlinger vil det være en risiko for flere samtidige handlinger som kan ramme andre fylker og kommuner, slik det jo også gjorde den 22. juli 2011. Dette tilsier at landets fylkesmenn rutinemessig bør varsles ved denne typen hendelser. I en terrorsituasjon er Justisdepartementet på vegne av regjeringen ofte lederdepartement. Helse- og omsorgsdepartementet / Helsedirektoratet har i henhold til Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan av 31. januar 2007 ansvar for å

varsle berørte deler av landets helsetjeneste dersom situasjonen tilsier det.

Direktoratet for nødkommunikasjon (DNK) eier og driver Nødnett, som benyttes som kommunikasjons-system for alle nødnetene, det vil si politi, helse og brann. Den daglige driften ivaretas av Nokia Siemens Networks (NSN), som blant annet har ansvar for overvåkning, retting av feil, forebyggende vedlikehold og optimalisering av nettet. DNK har etablert et operasjonsrom som er reservert for operatøren, og har også selv mulighet til å overvåke nettet, slik det også ble gjort den 22. juli. Direktoratet for nødkommunikasjon, som et direktorat som utfører viktige tjenester for helsetjenesten, bør tas inn i varslingslistene i relevant planverk. Det er hensiktsmessig at denne varslingen går direkte fra helsetjenesten.

Ved terrorhandlinger vil det også være risiko for såkalt "skitne bomber" det vil si bomber med radioaktivt materiale, forurensning med helsefarlige gasser og/eller biologisk materiale. I slike situasjoner vil det være avgjørende at man umiddelbart har tilgang til nødvendig ekspertise på de nevnte områdene. Dette tilsier at Statens strålevern, Nasjonalt folkehelseinstitutt og eventuelt NBC-senteret ved OUS etter særskilt vurdering bør varsles ved terrorhendelser. Helse- og omsorgsdepartementet / Helsedirektoratet har der det vurderes relevant i henhold til Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan av 31. januar 2007 ansvar for å varsle Statens strålevern og Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet har en sentral rolle med hensyn til å overvåke smittsomme sykdommer for å kunne oppdage tilfeller av overlagt spredning av smittestoffer, såkalt bioterrorisme.

Helsedirektoratet varslet ikke Statens strålevern og Folkehelseinstituttet om bombeeksplosjonen i

regjeringskvartalet. Politiet ved bombegruppen sjekket imidlertid rutinemessig skadestedet i Regjeringskvartalet for mulig forurensning knyttet til bomben. NBC-senteret ved OUS sjekket samtlige pasienter fra regjeringskvartalet ved innleggelse.

Ifølge lov om helsemessig og sosial beredskap, kan Helse- og omsorgsdepartementet delegerer myndigheten til å styre og samordne landets helseressurser til Helsedirektoratet ved kriser og katastrofer.

Helse- og omsorgsdepartementet er også eier av landets regionale helseforetak og sykehus. Dette innebærer blant annet at spesialisthelsetjenesten rutinemessig rapporterer til departementet som eier. I situasjoner der Helse- og omsorgsdepartementet delegerer myndigheten til å styre landets helseressurser til Helsedirektoratet, vil rapporteringen fra spesialisthelsetjenesten skje til Helsedirektoratet, som samordner denne med informasjon fra øvrige deler av helsetjenesten.

Som kjent var Helse- og omsorgsdepartementet ett av flere departementer som ble rammet av bomben i regjeringskvartalet. Departementets funksjonsevne var etter dette vesentlig redusert. Omfanget av hendelsen og risikoen for ytterligere terrorangrep var etter Helsedirektoratets vurdering betydelig, noe som også kommer til uttrykk i politiets risikovurderinger etter hendelsen i regjeringskvartalet.

Av Helsedirektoratets logg fremgår det at Helse- og omsorgsdepartementet først delegerte ansvaret for styring og nasjonal samordning av helsetjenesten til Helsedirektoratet kl. 19.51. På bakgrunn av samtaler med involverte i kriseledelsen i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet er det brakt på det rene at departementet delegert styrings- og samordningsansvaret til Helsedirektoratet kort tid etter eksplosjonen i regjeringskvartalet, men at dette først ble formalisert skriftlig kl. 19.51.

Direktoratet for nødkommunikasjon, som et direktorat som utfører viktige tjenester for helsetjenesten, bør tas inn i varslingslistene i relevant planverk.

Anbefalinger

Alle helseforvaltningsorganer bør gjennomgå de interne rutine for intern og ekstern varsling ved større ulykker og ekstraordinære situasjoner.

– Helsedirektoratet må ved terrorhandlinger vurdere særskilt varsling av: Statens strålevern Folkehelseinstituttet og eventuelt NBC-senteret ved OUS

– Varsling til DNK bør i utgangspunktet skje direkte fra helsetjenesten, fra AMK og/eller Legevaktssentral.

– Forvaltningsorganenes verktøy og rutiner for dokumentasjon og rapportering etter større ulykker og ekstraordinære situasjoner bør forbedres og standardiseres.



Kapittel 6

Evaluering og læring av beredskaps- hendelser

SIDE 112 – 145

21.00

Helse- og omsorgsdepartementet mottok første skriftlige rapport fra Helsedirektoratet ca 5 ½ time etter den første terrorhendelsen, basert på omfattende informasjon fra helse-tjenesten.

I Norge er det en mangeårig tradisjon for å iverksette offentlige granskninger eller evalueringer etter større ulykker og andre alvorlige hendelser. Dette arbeidet er et godt eksempel på dette.

Beredskapsøvelser anses som et viktig redskap for å evaluere og forbedre planer for helsemessig og sosial beredskap. Virksomhetene er derfor pålagt å gjennomføre slike beredskapsøvelser, jf. Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid.

Reelle hendelser, slik som hendelsene i regjeringkvartalet og på Utøya den 22. juli, vil åpenbart ha stor læringsverdi med hensyn til å evaluere og forbedre virksomhetenes beredskapsplaner. Det er derfor viktig at virksomhetsledelsen erkjenner dette og benytter erfaringene fra slike hendelser til egen forbedring og utvikling.

Helsedirektoratet har gjennom sitt arbeid erfart at enkelte helsevirksomheter først har iverksatt interne evalueringer etter lang tid, og at noen ikke har ferdigstilt evalueringene etter snart 7 måneder.

At det går lang tid mellom hendelsen og evalueringen, fører både til å vanskeliggjøre dokumentasjonen av hendelsesforløpet, men også til å svekke organisasjonens motivasjon til læring. Helsedirektoratet har manglet et formelt hjemmelsgrunnlag for å innhente informasjon fra ulike aktører. Disse forholdene har vanskeliggjort og begrenset informasjonsinnhentingen.

Virksomhetene vil selv være de nærmeste til å evaluere egen innsats og identifisere mulige forbedringspunkter. Egenevalueringer vil ofte kunne ha betydelig læringsverdi for andre lignende virksomheter.

Mulighetene til å dokumentere egen innsats under beredskapshendelser reduseres med tiden som forløper. Tilsvarende har man erfart at arbeidsinnsatsen for slik dokumentasjon øker proporsjonalt. Virksomheter som har vært involvert i større ulykker eller andre alvorlige hendelser, vil erfaringsmessig bli evaluert av mange ulike aktører. Under Helsedirektoratets møte med Hole og Ringerike kommuner ble det eksempelvis opplyst at kommunene deltok i til sammen 11 ulike grupper som evaluerte deres innsats etter 22. juli. Dette illustrerer etter vår oppfatning hvor viktig det er at alle aktører søker å dokumentere sin egen innsats snarest mulig etter større ulykker og andre alvorlige hendelser.

Anbefalinger

Helsevirksomheter som er involvert i større ulykker og andre alvorlige hendelser, må kort tid etter hendelsen rutinemessig dokumentere egen innsats og benytte erfaringene til å evaluere og forbedre egen virksomhet.

I planleggingen av denne type gjennomganger må hjemmelsgrunnlag for informasjonsinnhenting avklares.

Sluttord

Prosjektleder professor dr.med. Inggard Lereim, NTNU

Katastrofene i regjeringkvartalet og på Utøya 22. juli 2011 går inn i historien som den største tragedien i fredstid i Norge. De direkte og indirekte rammede, helsetjenesten, andre redningsetater og samfunnet som helhet ble satt på en hard prøve. Dette har preget hverdagen i ettertid på mange områder.

Norge har en godt utbygd helsetjeneste. Dette gjelder også evnen til å takle katastrofer av de

fleste slag. Vi har godt kvalifisert personell i ulike kategorier, sykehus med gode rutiner og beredskapsplaner bygget på relevante risiko- og sårbarhetsanalyser. De andre store katastrofene som har rammet Norge de senere tiår, har ført til en sterkere bevisstgjøring i samfunnet på slike utfordringer. Vi er bedre forberedt på at også vårt land kan bli rammet av hendelser med tap av mange liv, og med alvorlige personskader. Men en katastrofe av denne dimensjonen var overveldende og uventet.

Mange sykehus har daglige utfordringer med å ta hånd om ulykkesofre med alvorlige skader. Dette har sammen med opplæring og utsjekk av kunnskap og ferdighet gitt høy kvalifikasjon hos sentrale medarbeidere. Jevnlig oppdatering av prosedyrer er et annet viktig element. Den norske helsetjenesten gjorde en fremragende innsats under og etter denne katastrofen. I tillegg til det store antallet drepte hadde mange svært alvorlige skader. Overlevelsen hos de skadde var klart høyere enn det man kunne forvente, bedømt etter skadealvoret.

Alle ledd i den akuttmedisinske kjeden, fra første diagnostikk- og behandlingsinstans, primærbehandling og transport til siste operasjon ved traumesenter og andre sykehus, fortjener stor takk og honnør.

Mye arbeid ble lagt ned også på andre felt. Den psykososiale innsatsen på katastrofestedene, under evakuering, på samle plassene og i tiden etterpå har vært omfattende. Dette er et arbeid som tar mye lengre tid enn den akuttmedisinske innsatsen på de somatiske arbeidsområdene. Den psykososiale innsatsen omfatter både de direkte rammede, deres pårørende, indirekte berørte, kolleger og andre. Alt dette gir store og tidkrevende utfordringer for behandlingsapparatet og det øvrige hjelpeapparat, både sentralt og lokalt. For noen rammede vil denne prosessen kanskje fortsette i lang tid fremover. Dette må det tas høyde for både kunnskapsmessig og ressursmessig.

Frivillige gjorde en stor innsats på mange områder. Redningsarbeidet utført med små båter med fare for eget liv, var særlig viktig og en stor heltedåd. Kontakten med representanter for de pårørende har gjort et spesielt sterkt inntrykk. Mennesker som for kort tid siden har opplevd det verst tenkelige i livet, har gitt oss konstruktive innspill som kan gi bedre løsninger på flere av helsetjenestens arbeidsområder. Vi er dypt takknemlige.

Den store og gode innsatsen som ble vist ved 22. juli-katastrofene og i tiden etterpå gir likevel læring for en enda bedre beredskap. Helsedirektoratet har gjennom omfattende informasjonsinnhenting, vurdering og kunnskapsutveksling med nasjonale og internasjonale fageksperter pekt på en rekke områder hvor læring kan gi forbedring.

Medisin- og helsefag utvikler seg raskt. Det må også katastrofemedisinen i alle dens faser og fagdeler gjøre. Læring av erfaring er en nødvendig konsekvens. Fremfor alt skylder vi ofrene for disse bunnløse tragediene å følge opp det vi lærer av 22. juli 2011. Det er en forventning om reell beslutningsmessig og praktisk realisering i nær fremtid. Her må alle ledd i helsetjenesten oppfylle sine forpliktelser.

Bidragstyttere til rapporten

HELSEDIREKTORATETS ARBEIDSGRUPPE

Leder: Professor dr. med. Inggard Lereim, NTNU

Medlemmer: Rut Prietz, Mali Strand, Even Klinkenberg, Merete Ellefsen, Gunnar Misvær, Vegard Nore, Gase Handeland, Bjørn Jamtli (sistnevnte ble utlånt fra Statens helsetilsyn).

En rekke medarbeidere i Helsedirektoratet har gitt innspill underveis. Direktoratets avdeling for beredskap har vært til stor hjelp. Det har også Hedda Bie, Gry Hay, Astrid Nylenna og Gitte Huus, som har gitt skriftlige bidrag. Vi retter også en spesiell takk til leder for Helsedirektoratets psykososiale oppfølgingsprosjekt etter 22. juli-katastrofene; Freja Ulvestad Kärki.

NASJONALE KOMPARENTER

Helsedirektoratet forespurte de tre regionale helseforetakene som ikke dekker Østlandet, profesjonsorganisasjonene innen psykisk helse og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) om å bistå oss ved å oppnevne nasjonale komparanter som ikke hadde vært involvert i oppfølgingen av hendelsene 22. juli. Disse fikk i oppgave å lese gjennom relevante deler av et første utkast av rapporten for å kommentere denne med særlig vekt på anbefalingene.

[De som bidro på denne måten var:](#)

Bjørn Ole Reid / overlege i kirurgi St. Olav HF
Steinar Hunskår / professor i allmenntidmedisin, direktør for Nklm, Universitetet i Bergen

Eldar Søreide / prof.dr.med., anestesi og akuttmedisin, Stavanger Universitetssykehus HF
Erlend Sundland / avdelingsleder ambulansetjenesten, St. Olav HF

Kristian Bartnes / overlege i kirurgi – Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Anne Karoline Tyssøy / leder AMK – Haukeland Universitetssykehus HF

Øyvind Sørensen / fagansvarlig ambulanseskoordinator og AMK – Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Bent-Åge Rolandsen / overlege i kirurgi – St. Olav HF

Ida Garløv / spesialist i psykiatri – leder i Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening

Anders Skuterud / psykolog – fagsjef i Norsk psykologforening

Tone Skjerven / spesialist i psykiatri – leder i Norsk psykiatrisk forening

Tor Levin Hofgaard / president i Norsk psykologforening

Vedlegg

VEDLEGG 1. STATEMENT OF THE INTERNATIONAL ADVISORY COUNCIL

The Norwegian Directorate of Health decided to establish an International Advisory Council to give advice on its review of the Norwegian health sector's response to the terrorist attack in Norway

on July 22, 2011. The Council is requested to give guidance on what areas the review should cover, and also present a statement with its recommendations.

The Health Directorate appointed the following persons as members of the International Advisory Council.

Country	Name	Role and/or competency
Sweden	Dr Lars-Erik Holm	Chairman of the Council, Director General of Socialstyrelsen, Chief Medical Officer (CMO)
	Ms Taina Bäckström	Chief of staff at Socialstyrelsen, civil engineer, responsible for emergency preparedness
Denmark	Dr Else Smith	Director General of Sundhedsstyrelsen, CMO
	Dr Annize Troest	Senior Medical Officer, Sundhedsstyrelsen
Finland	Dr Markus Henriksson	Medical Counsellor, Adjunct Professor, Psychiatrist, National Supervisory Authority for Health and Welfare
	Dr Ari Leppäniemi	Chief Emergency Surgeon, Adjunct Professor of Surgery, Department of Surgery Meilahti Hospital, University of Helsinki
Iceland	Dr Sveinn Magnússon	Director General of Department of Welfare Services, Ministry of Welfare
	Dr Viðar Magnússon	Head of prehospital services in Iceland's National Hospital (Landspítali), anesthetist
Great Britain	Dame Sally Davies	Chief Medical Officer (CMO), Department of Health, Prof. MD Ph.D
	Dr Simon Wessely	Director, King's Centre for Military Health Research, King's College London, Prof. MD Ph.D
	Mr Philip Storr	Head of Resilience & Preparedness Implementation, Department of Health
Spain	Dr Enrigo Corral Torres	General Subdirector of the Emergency Medical Services in Madrid city (SAMUR)
	Dr Fernando Prados Roa	Chief of Department of Civil Protection of SAMUR

The International Advisory Council met twice in Oslo between November 2011 and January 2012, when the Norwegian Directorate of Health provided information regarding the response to the attack. The Council has also read the English preliminary Summary of the Health Directorate's report including its recommendations. In addition information was shared at several occasions via e-mails to members.

[The Council focused its evaluation on the following core questions in its report:](#)

1. What are the existing plans, how well were they being followed and can they be improved? This item includes planning, organization, personnel, equipment, activation system, leadership and communication.
2. How can we maximise survival rates while limiting the risk to providers?
3. What lessons can be learned from the psychosocial response?

1. INTRODUCTION

The Council is impressed by the way the Norwegian health system managed to deal with the somatic and the psychosocial aspects of the catastrophic incidents that took place on 22 July, 2011. The mobilisation of the emergency medical response, including tens of ambulances, several helicopter emergency medical services (HEMS) and two SAR helicopters, and several mobile medical teams from local hospitals, within a short time frame, is commendable. Many individuals within the health

care system mobilised to respond to the incident, despite this being a Friday afternoon during the summer holiday, when reserve capacity is classically at its lowest. They did so responding to information disseminated through media, and through direct activation by means of SMS text messaging. Further, the preparation of the hospitals in Oslo to create capacity for, and then receive, the critically injured on the one hand and the walking wounded on the other hand was equally impressive. That only one person should die, of those that reached healthcare providers alive, is an attest to the efforts of the healthcare system.

2. PLANNING

2.1. Preparedness plan

There are local preparedness plans available for individual hospitals and individual units, but there is no coordinating plan for regional or national scale events. Patients presented in a contained and controlled manner due to the incident being located on an island. During the incident, discussions were had and plans made as to how to escalate response and where to send the patients, if many more patients had arrived. There is a lack of all encompassing emergency medical services (EMS) plans across health regions and institutions.

Advisory Council Recommendations

- There is a need for a national preparedness plan, giving structure to regional plans, which then should facilitate the local plans. This structure would allow for local flexibility and give structure to

deal with situations that overwhelm the resources available. The national plan should support and facilitate local plans, rather than taking primacy.

- The Council recognises the need for a liaison plan, to coordinate the efforts of the various agencies responding to major incidents. This should outline the roles and responsibilities of the emergency services (EMS, fire, police, air ambulance, and others), and should allow for a better structure on the whole and facilitate communication between the responding services.
- Ideally, emergency preparedness planning should reflect every-day situations as much as possible. Training for these incidents should be with normally available resources and should be carried out with other agencies/services.
- Placing all of the eggs in one basket (i.e. the MTC) leaves the trauma system vulnerable if it becomes overwhelmed by too many patients arriving there, or even more so if it would be incapacitated by the actual event (e.g. earthquake). Major trauma patients could then be transferred out of their region (or abroad if more appropriate), but capacity should also be increased locally by providing doctors at local hospitals as well, such that they will be trained and equipped to deal with trauma at their hospitals.

2.2. Triage plan

Triage is a critical element in the medical management of any incident, and allows clinical and logistical decisions to be made in order to maximise patient outcomes. Whilst recognising the autonomy

of clinicians to practise and provide what they feel is the best possible care for their patients, it is important, during a major incident that may require numerous medical providers to contribute to that response, to work to a common set of triage principles.

There was no coordinated triage plan, so each service was working according to its individual protocol. However, robust criteria are being developed with respect to who should be sent to the trauma centre. Communications problem affected the clearing of casualties from Casualty Clearing Station 1, but this worked well nonetheless due to the experience of the attending teams. Casualty Clearing Station 2 was better organised, but received a lesser burden of critical patients. Main asset for triage and treatment was clinical experience (and number of teams available). Teams were well equipped and trained, but not good at interacting between agencies.

Based on the available information about the severity of the patients' injuries and the recently published flow chart of the total of 172 patients treated, and making the following assumptions that:

- the 105 patients initially seen at the GP outpatient clinic (100 from government scene and 5 from Utøya) had only minor injuries, and the one transferred to Oslo University Hospital (OUH) was not transferred because of erroneous assessment of the severity of the injuries
- 2 patients sent from the government scene to the Diakonhjemmet had minor injuries not requiring major treatment procedures, the patients can be grouped in the following severity categories:

It is the understanding of the Advisory Council that Norway does not use colour-coding for field triage, e.g. red for urgent, yellow for severe but not immediately life-threatening and green for mild injuries (walking wounded). The Council finds the use of such water-proof cards very useful.

Parameter	Government scene	Utøya	Total
Total no. of injured	112	60	172
Severity by clinical assessment			
Severe injuries	7	21	28
Directly to OUH	7	12	19
To non-trauma centre	0	9	9
Minor/moderate injuries	105	39	144
Directly to OUH*	3	0	3
To non-trauma centre	102	39	141
Overtriage rate	3/10	0/12	3/22 (14%)
Undertriage rate	0/7	9/21	9/28 (32%)
Severity by Injury Severity Score (ISS ≥ 16)	6	14	20
Directly to OUH	6	9	15
To non-trauma centre	0	5	5
ISS < 16	106	46	152
Directly to OUH	4	3	7
To non-trauma centre	102	43	145
Overtriage rate	4/10	3/12	7/22 (32%)
Undertriage rate	0/6	9/21	9/28 (32%)

* Based on the information that 3 patients transported directly from the government scene to OUH could have been treated in another hospital in the Oslo region without significant reduction in treatment quality.

Overall, the triage from the government scene went well and the OUH trauma centre was not overwhelmed with patients with minor injuries. There were a few patients that in retrospect could have been treated elsewhere but their transfer to the OUH did not seem to affect the treatment of the more severely injured. Nine of the 10 patients had penetrating injuries with a median Injury Severity Score (ISS) of 24 (range 1-50) and no mortality.

From Utøya, 12 clinically severely injured patients (9 with ISS > 16) were transferred directly to OUH. In addition, 5 patients with minor injuries were seen at the GP outpatient clinic.

Ringerike hospital received 35 patients (14 with gunshot wounds), 18 requiring admission with 5 major (ISS > 16, thoracic or abdominal gunshot wounds, one critically injured with ISS = 41), 6 moderate (ISS 5-15) and 7 (ISS 1-4) minor injuries. Including chest drainage, 11/18 patients were operated at Ringerike. Seven patients required transfer to OUH. Bærum hospital received 7 patients (4 with gunshot wounds), 5 were admitted (4 for injuries). One patient (ISS = 12) was transferred to OUH. Drammen hospital received one patient from Utøya with unknown injury severity, and the patient was transferred to OUH.

The triage process from Utøya was affected by the security situation that required change of the initial casualty clearing station and might have contributed to the somewhat high undertriage rate (9/21 = 43%). However, in retrospect it can be stated that the 9 moderately to severely injured patients undergoing secondary transfer to the OUH might have been better served by direct transfer to OUH provided that the OUH capacity would not have been overwhelmed. In the future, a good communication system from the scene to the OUH could secure the optimal distribution of the severely injured patients among the major hospitals in the region.

In general, the 31 patients (30 with mainly penetrating injuries) treated at the OUH had an ISS range from 1 to 59, with 20 having an ISS > 16. Thirteen required ventilator management. The actual survival rate was 30/31 that testifies to the high quality of care at the OUH. With the total number of immediate survivors (brought alive to a hospital) with ISS >16 being 20 and one patient dying, the Critical Mortality Rate (CMR) was 1/20 (5%). Regarding the application of extremity tourniquet as first aid measure done by the police, there is lack of agreed indications for when to do this.

It is the understanding of the Advisory Council that Norway does not use colour-coding for field triage, e.g. red for urgent, yellow for severe but not immediately life-threatening and green for mild injuries (wal-

king wounded). The Council finds the use of such water-proof cards very useful. The field triage could primarily involve selecting the patients with red and yellow cards to be transferred directly to the trauma center (to minimise undertriage) and patients with green cards would be transferred to other hospitals (non-trauma centers) to avoid trauma center overtriage.

Advisory Council Recommendations

- There is a need for a unified and national triage system for major incidents.
- There should be a closer cooperation between and possibly unification of the Emergency Communications Centres (at the very least a coordinated plan).
- The capability of the receiving hospitals will depend on critical resources including ED, OR, and ICU capacity. When receiving large amounts of patients over time, the ICU capacity may become the limiting factor.
- There should be agreed indications for when to apply extremity tourniquet as first aid measure done by the police.
- The use of colour-coding for field triage should be considered to minimise undertriage and overtriage.

2.3 Organisational framework

Managing disastrous events requires cross-sector cooperation, coordination and communication. The head-actors always involved are the police, fire-and-rescue, and the health area. There is thus a need to coordinate the efforts of the various agencies responding to major incidents.

This raises the question: Does the organisational framework facilitate the above mentioned recommendations on national and regional plans, and working cross-sector at all levels (at scene, regionally and nationally)? The three sectors always involved should agree on a line of directions for operations at scene and in the cross sector crisis staffs.

To cooperate and coordinate plans, as mentioned above, it could be profitable to consider the organisational framework. It expresses which units are involved in the action, and how to adjust and cooperate to carry out the efforts as a whole, so the final result is satisfying.

The Council has noted that the number of EMC in Norway is numerous and the area of responsibility geographically is relatively small. It is also noted from the event, that the EMC in Oslo broke down and concern has been expressed whether or how even bigger events might be managed. This could call for considerations on uniting EMCs in Norway into bigger and fewer units, taking into consideration the cooperation and coordination with other involved partners.

Advisory Council Recommendations

- There should be a closer cooperation between and possibly unification of the Emergency Communications Centres (at the very least a coordinated plan).
- An organisational framework that would allow for local flexibility and give structure to deal with situations that overwhelm the resources available should be considered. The national level should support and facilitate the local level, rather than taking primacy.
- The roles and responsibilities of the emergency services (EMS, fire, police, air ambulance, and others) should allow for a better structure on the whole and facilitate communication between the responding services.
- Training should be cross-sectorial.

2.4. Equipment

There was good availability of helicopters for transport within healthcare system. However, there was a lack of coordination between areas and in this incident HEMS units from other areas heard of the incident through media and offered their assistance. There was also a lack of air traffic control for helicopters and this makes a large action such as this dangerous. At one point a medical helicopter was forced to hover over nearby Sandvika, as it could not enter the area due to a media helicopter hovering over the area. There was good use of light emergency stretcher systems.

Advisory Council Recommendations

- There is a need for a system to keep tabs on the helicopter traffic within an area, especially under major actions with much traffic, as this severely increases the risk of accidents.

2.5. Activation System

Many healthcare providers learned of the incident through media and were “activated” to the incident.

Advisory Council Recommendations

- SMS text messaging can be used for activation, but also distribution of information, e.g. to units outside the actual region to request them to be on stand-by.

2.6. Leadership

The Oslo EMCC (AMK) does not have a doctor available 24/7 and relies on doctors from HEMS units and the ALS ambulance in Oslo for medical direction and control. If these doctors get directly involved in an incident, there is no one in the “back office” with medical command. On a strategic level, decisions can be made to try and influence the influx of people into the hospital system by keeping them informed regarding what is happening and pointing to other available options

Advisory Council Recommendations

- There is a need for good communication within the leadership structure. It is difficult for one person to communicate effectively (in dialogue) with much more than five persons.
- When an incident covers several regions, there is a need for one person to be in charge for the entire operation.

2.7. Communication

The emergency medical communications centre (EMCC/AMK) in Oslo broke down during incident. There was limited cooperation and coordination between ECCs in different areas and between communication centres for the various emergency services. Communications between triage and MTC and EMC were limited. Information sent by youngsters via mobile devices directly from scene was already being distributed on Twitter before conventional media had the chance to inform the public what was happening.

Experience suggests that to provide effective internal communications between organisations providing medical care, a national protocol is needed that is understood by providers and health care system managers to ensure each organisation understands their role and place within the system during a major incident.

The protocol is most effective when it has been designed to enable it to expand depending on the scale and type of incident. Therefore, it should build on a principle that supports the management of the incident at the most appropriate local level possible. The protocol should reflect strategic national coordination arrangements for the health sector, including an expression of intent as to how different providers will work together during an incident, and how system managers will provide support and coordination when the local response becomes overwhelmed by events.

A clear framework is required between all the emergency services allowing each agency to integrate its operational response whilst recognising the individual responsibilities and accountability of each individual organisation. The framework needs to be sufficiently flexible to accommodate a wide range of incidents, but sets the principles of command, control and coordination each of the emergency services/first responders will follow.

Advisory Council Recommendations

- Communications between triage and MTC and EMC need to be improved.
- New technologies for distributing information, e.g. social media (Twitter, Facebook) should be considered to supplement the emergency response.

- A national strategic command arrangement protocol should be produced for use internally within and across the health sector of Norway. This should form the framework by which local health providers plan for major incidents.
- A common liaison document should be produced, setting out the strategic level parameters/framework for multi-agency coordination and communication between the emergency services. The arrangements detailed in the document should be exercised and tested regularly including being reviewed, as a minimum, every three years.

3. HOW CAN WE MAXIMISE SURVIVAL RATES WHILE LIMITING THE RISK TO PROVIDERS?

It is difficult to assess whether there was potential for saving further lives on scene prior to evacuation. We discussed several points regarding inserting EMS in tactical gear into the "hot zone" vs. increasing the medical training of the police (and military) units responding to such incidents. In Norway there are within the special Delta police unit individuals with EMT training.

Advisory Council Recommendations

- The Directorate of Health should explore with the police how to facilitate more rapid extrication from the scene or whether it is possible to insert medical teams in the "hot zone" earlier.
- Proper triage will further aide in preserving those lives that can be salvaged.
- There is a need to make sure that the EMSs are working according to up to date protocols and that they follow these.
- Key performance indicators (e.g. time to CT for head injuries, time to operation for abdominal GSW) should be audited to ensure that treatment is up to standard.

4. PSYCHOSOCIAL RESPONSE

The Advisory Council is of the opinion that the Norwegian authorities should be commended for the organisation, coordination and implementation of the acute psychosocial response and for the follow-up project for this national large-scale event.

The acute response was coordinated by primary services, something which illustrates the strength of the Norwegian primary service system. The role of volunteers was important, but the coordination and documentation of their contribution remains somewhat unclear.

Establishing the systematic follow-up project and need-based support and treatment by bringing together all relevant actors and organisations, and avoiding unnecessary public disagreements

among experts, was excellent. The coordination of the psychosocial support and services via county governors and leading primary health care physicians has been well-planned and comprehensive.

The psychosocial project has been evidence-based and in line with international guidelines (such as NICE). Overall, the principles in providing pragmatic psychological first aid, active watchful waiting and providing support and specific treatment for those in need, have been sound. The aftermath of these national terror events has been tackled comprehensively and pragmatically.

4.1. Medical staff working in hot zone

Providing medical staff with the ability to work within the hot zone of an incident presents unique challenges, especially those incidents involving high velocity firearms. In general, the focus should be either to make the hot zone cold to enable medical response teams to work in safety, or provide sufficient training resource and capability for certain medical response teams to work within the zone. Limited medical care can be undertaken in the hot zone due to the complexity of the environment and/or the safety of the responders and the patients. Where medical staff are resourced and trained to enter the hot zone, the level of medical care to be provided should be reviewed and limited to those skills that can add immediate life saving affect. Any additional interventions can compromise the safety of responders and also the wider care of patients.

Also, medical staff working in the hot zone can only be achieved successfully if supported by the other emergency services, and any hot zone capability is integrated into the three emergency services joint operating plan.

Advisory Council Recommendation

- The UK has developed a specialist medical capability called Hazardous Area Response Teams (HART) that are embedded with the UK regional ambulance services. Joint working between the Health Directorate and the UK ambulance services could assist in the scoping of any potential capability and feasibility of hot zone working for medical personnel in Norway.

4.2.

Helping the public to help themselves

During a major incident, the call demand on health services can increase significantly. In order to provide the best possible care to the most patients, a critical part of any major incident plan should also focus on the ability for the health advice to be shared as widely as possible by as many communication media as possible. Good

clear public health messaging in the pre-incident planning phase can assist the population to provide assistance to themselves and other injured citizens when an incident occurs. Experience from military combat indicates that rapid intervention that provides basic life support skills (e.g. stemming blood loss) can increase the patient survival rates following significant trauma events. This 'immediate self help' can assist medical services respond to incidents that present a logistics challenge through either geography or the safety of responding personal.

During periods of increased call demand experienced during major incidents, experience from the UK indicates that telephone advice on first contact with the caller can filter out calls to allow clinicians to prioritise deployment of resources. Using simple questioning within the call can allow initial 'telephone triage' to route patients to suitable care. Through using evidence based algorithms this first stage telephone triage can be completed by non-medically trained personnel, freeing clinicians to focus on those callers referred to second stage telephone advice. For those callers identified in the first wave telephone triage as requiring emergency assistance, or where a response may be delayed due to incident location or safety of responding personnel, immediate first aid advice or public safety advice can be provided to the caller.

Meeting the increased demand for medical response during a major incident will always present unique challenges to responding agencies due to the unexpected nature of the scale and location of the incident. Building an evidence base to support planning for a major incident is difficult due to the low frequency of large-scale incidents, therefore data should be considered from other major incidents in other countries to allow a comparison to be made. However, call data and demand analysis of routine call activation and patient outcomes can develop a good foundation for setting up a response to a major incident.

Due to the dynamic nature of providing emergency health care, a demand management process that continually reviews performance and clinical outcome data can assist emergency planning; health care management and clinical professionals develop detailed crisis plans that can reflect local requirements, allowing national strategic planning to be integrated with the local community.

At a national level, the Health Directorate should be linked into the work of the intelligence and enforcement agencies. Through health being viewed as an equal trusted partner in the central

government planning process realistic and sustainable health emergency plans can be developed to maximise investment in common risks from cross-government departments and ensure an integrated response by all responding agencies. This work can be further enhanced through establishing a national risk assessment process that health partners are included in, that looks at the threats and hazards Norway faces.

Advisory Council Recommendation

- A national programme of training the population in the essentials of basic first aid, especially focusing on injuries caused by major trauma should be considered.
- The use of telephone advice that provides first stage triage and public health/safety advice should be considered as part of health emergency planning.
- Establishing a process that links resource demand data and clinical outcomes to support pre-incident planning should be considered.
- The Health Directorate should be included in any cross-government risk analysis process and considered an equal partner in this work. The output from this work should inform strategic national decision making for health emergency planning including investment in developing capability and capacity.

4.3. Other

Some issues should be clarified for the future, not necessarily because they are problematic in Norway, but because the information that the Council received so far may provoke these questions:

Advisory Council Recommendations

- The role of volunteers should be clarified for the preparedness planning.
- Legislation or guidelines for the registration of the victims and families should be clarified for screening and follow-up projects.
- The adequate training for acute volunteers should be defined, as well as the coordination of their role and the organisation of their need-based support.
- The organisation of "hot-lines" (telephone numbers, e-mail-centers) for relatives should be defined, as well as the support for the relatives or others linked to the perpetrator.
- The Health Directorate should clarify whether (and if so, how) the victims and their families and friends could be more actively protected against potentially harmful media interaction without limiting freedom of the press.
- Collaboration of the work in schools (universities etc.) and the follow-up project needs to be ensured.

VEDLEGG 2. OVERSIKT OVER MØTER OG DOKUMENTER

Under følger en oversikt over de møter Helse- direktoratets arbeidsgruppe har hatt, samt over de mest sentrale dokumenter som er innhentet for gjennomgangen. I tillegg har Helse- direktoratet hatt omfattende muntlig og skriftlig korrespon- dance med omtalte eksterne aktører og interne medarbeidere. Vi har som omtalt også fått betyd- ningsfulle innspill fra nasjonale og internasjonale fagrådgivere. I rapporten er det referert til møter (M) og dokumenter (D) der vi har ansett dette som hensiktsmessig, mens hovedinntrykk og vurderin- ger gjerne er basert på summen av opplysninger fra en rekke kilder og våre faglige refleksjoner.

Møter:

Referanse	Dato	Møtepart
M1	02.11.11	22. juli-kommisjonen (sekretari- atet og helseansvarlige)
M2	07.11.11	Deltok på assisterende direktør Bjørn Guldvoogs møte med Psykologbistand A/S, som bistår kommisjonen
M3	15.11.12	Norsk folkehjelp
M4	17.11.12	Oslo legevakt, både kommunal del og OUS HF's skadelegevakt
M5	21.11.12	Oslo universitetssykehus HF
M6	28.11.12	International Advisory Council
M7	29.11.12	Røde Kors
M8	29.11.12	Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS)
M9	02.12.12	Avdeling for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, Nasjonalt folkehelseinstitutt
M10	05.12.12	Vestre Viken HF (sykehusene Ringerike, Drammen og Bærum til stede)
M11	06.12.11	Forsvarets sanitet
M12	06.12.11	Departementsråden i HOD
M13	07.12.11	22. juli-kommisjonen (sekretari- atet og helseansvarlige)
M14	08.12.11	Politidirektoratet
M15	09.12.11	Hole og Ringerike kommuner, Sundvolden hotell
M16	14.12.11	Støttegruppa i regjering- kvartalet
M17	14.12.11	Norsk luftambulans AS
M18	20.12.11	Helse Midt-Norge RHF
M19	02.01.12	Helse Sør-Øst RHF
M20	04.01.12	Politiets beredskapstropp
M21	05.01.12	Oslo kommune

M22	05.01.12	Akershus universitetssykehus HF
M23	10.01.12	OUS HF ved AMK og prehospi- talt senter
M24	11.01.12	Vestre Viken HF ved AMK Buskerud
M25	13.01.12	AUF
M26	17.01.12	Bedriftshelsetjenesten i regjering- kvartalet
M27	18.01.12	Nasjonalt støttegruppe for pårørende og permanent støttenettverk ved katastrofer
M28	24.01.12	International Advisory Council
M29	30.01.12	Helse Sør-Øst RHF ved direktøren
M30	31.01.12	OUS HF
M31	02.01.12	Telefonmøter med hhv Diakon- hjemmet sykehus og Lovisen- berg diakonale sykehus
M32	06.02.12	Bærum sykehus
M32	08.02.12	22. juli-kommisjonen (sekretari- atet og helseansvarlige)
M33	08.02.12	Departementsråden i HOD
M34	03.02.12	Hole og Ringerike kommuner

Dokumenter:

Referanse	Aktør	Dokument
D1	Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medi- cine 2012, 20:3	Sollid et al: Oslo government district bombing and Utøya island shooting July 22, 2011: The immediate prehospital emergency medical service response
D2	Akershus univer- sitetssykehus	Beredskapsplan
D3	Bydel Grünerløkka	Beredskapsplan
D4	Bydel Nordstrand	Beredskapsplan
D5	Bydel Vestre Aker	Beredskapsplan
D6	Oslo kommune legevakten	Beredskapsplan
D7	Oslo univer- sitetssykehus	Beredskapsplan
D8	Hole kommune	Beredskapsplan
D9	Sykehuset Østfold	Beredskapsplan: Akuttmottak
D10	Sykehuset Inn- landet	Beredskapsplan: Ansvar og oppgavefordeling
D11	Sykehuset Inn- landet	Beredskapsplan: Ansvar og oppgavefordeling AMK
D12	Sykehuset Inn- landet	Beredskapsplan: Kriseledelse
D13	Sykehuset Inn- landet	Beredskapsplan: Tiltakskort AMK leder
D14	Sykehuset Inn- landet	Beredskapsplan: Tiltakskort AMK personell
D15	Sykehuset Inn- landet	Beredskapsplan: Varsling og rapporteringsrutiner

D16	Oslo brann og redningsetat	Brev til 22.juli- kommisjonen ang. dokumenter
D17	RVTS Nord	Brev til Helse Nord om bistand til berørte Utøya
D18	Akershus univer- sitetssykehus	Brev til Helse- direktoratet (unntatt offentlighet)
D19	RVTS Nord	Brev til Helse- direktoratet om kapasitetsutfordringer
D20	Helse Nord	Brev til Helse- direktoratet om Vivat selvmordsforebygging
D21	Ringerike kom- mune	Brosjyre til befolkningen
D22	Direktoratet for nødkommuni- kasjon	Bruk av Nødnett 22.juli 2011
D23	Oslo univer- sitetssykehus	EFOK rapport
D24	Sykehuspartner	E-post ang. AMK Oslo og Akershus
D25	Helse Nord	E-post ang. kapasitet og kompetanse ved Nordland- ssykehuset
D26	Helse Nord	E-post med redegjørelse almenpsykiatrisk klinikk, samt vedlegg om spesialisthelse- tjenesten (Randi Nesje Myhr)
D27	Forsvarets sanitet	E-post med redegjørelse personell i stridssituasjoner
D28	Diakonhjemmet sykehus	E-post til Helse- direktoratet
D29	Oslo kommune	Evakueringsplan
D30	Helse- direktoratet: Nødnett	Evaluerings- samvirke på skadested
D31	Ringerike kom- mune	Evalueringsnotat til Helse- direktoratet
D32	Luftambulan- setjenesten ANS	Evalueringsrapport
D33	Oslo kommune	Evalueringsrapport
D34	Oslo brann og redningsetat	Evalueringsrapport til DSB
D35	Sykehuset Østfold	Funksjonsbeskrivelse vakt- havende leder
D36	Oslo brann og redningsetat	Hovedrapport 22.07.2011, vedlegg 1
D37	Helse Sør-Øst RHF	Intern beredskapsplan
D38	Ringerike kom- mune	Kommunikasjonstrategi 22.juli- tiltakene
D39	Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap	Logg
D40	Nordre Buskerud Politi- distrikt	Logg
D41	Fylkesmannen i Oslo og Akershus	Logg
D42	Helse Sør-Øst RHF	Logg: eksplosjon i Oslo og skyting på Utøya
D43	Akershus univer- sitetssykehus	Mandat Traumeutvalg

D44	Diakonhjemmet sykehus	Notat
D45	Nasjonalt støtte- gruppenettverk	Notat til Helse- direktoratet
D46	Sunnaas sykehus	Notat til Helse- direktoratet
D47	Folkehelseinsti- tuttet	Notat til Helse- direktoratet ang. rettsmedisinske utfordringer
D48	Helse Sør-Øst RHF	Notat: Prehospitalt IKT-prosjekt
D49	Sykehuspartner	Notat: Tregheter i Transmed 22.07.2011
D50	Oslo kommune	Overordnet beredskapsplan
D51	Hole kommune	Plan for kommunal kriseledelse
D52	Oslo univer- sitetssykehus	Plan for massetilstrømming
D53	Politidirektoratet	Politiets spesialmagasin om 22.juli
D54	Vestre Viken	Presentasjon: 22.juli Vestre Viken
D55	Sykehuset Inn- landet	Presentasjon: Erfaring flom i Grudbrandsdalen juni 2011
D56	Oslo univer- sitetssykehus	Presentasjon: Erfaringer BUP/ voksenpsykiatriens arbeid
D57	Luftambulan- setjenesten ANS	Presentasjon: Erfaringer fra den prehospitalt innsatsen
D58	Helse Sør-Øst RHF	Presentasjon: Erfaringer fra sykehusene
D59	Helse- direktoratet	Presentasjon: Erfaringer og refleksjon Oslo legevakt
D60	Vestre Viken	Presentasjon: Erfaringer Ringerike Sykehus 22.07
D61	Norsk luftambu- lanser/OUS	Presentasjon: Hvordan fungerte evakueringskjeden 22.07.2011
D62	Oslo univer- sitetssykehus	Presentasjon: IKT- hendelser på OUS
D63	Ringerike kom- mune	Presentasjon: Kommunikasjons- strategi etter 22.juli
D64	Politidirektoratet	Presentasjon: orientering om politets evalueringsprosess
D65	Vestre Viken	Presentasjon: Presentasjon- tasjon av Ringerike sykehus med traumebriller
D66	Helse Sør-Øst RHF	Presentasjon: Regionalt bered- skapsseminar 2011
D67	Helse- direktoratet	Presentasjon: Ringerike interkommunale legevakt
D68	Norsk Folkehjelp	Presentasjon: Terrorangrepet 22.07
D69	Oslo univer- sitetssykehus	Presentasjon: Terror- handlingene 22.07.11
D70	Helse Sør-Øst RHF	Presentasjon: Utfordringer og oppsummering (Avslutning og oppsummering av mer omfat- tende Presentasjonstasjon)
D71	Vestre Viken	Presentasjon: Vestre Vikens håndtering av 22.07
D72	Akershus univer- sitetssykehus	Presentasjon: IKT- hendelse 18.- 19. juni 2011

D73	Forsvarets sanitet	Presentasjon: Oppfølging etter 22. juli
D74	Politidirektoratet	Presentasjonsebrief: status evaluering
D75	Oslo universitetssykehus	Problemnotat IKT PHT
D76	Oslo universitetssykehus	Prosedyre: Skyting pågår
D77	Oslo universitetssykehus	Prosedyre: CRBNE
D78	Sykehuset Østfold	Rammeplan - beredskap
D79	Sykehuset Østfold	Rammeplan - samarbeid med politiet
D80	Akershus universitetssykehus	Rapport 22.07.11
D81	Oslo universitetssykehus	Rapport om håndteringen av terrorhendelsene
D82	Oslo universitetssykehus	Rapport prehospitall senter
D83	Helsedirektoratet	Rapport: Oppsummering av spørreskjema til kommunene
D84	Helse Sør-Øst RHF	Referat Regionalt beredskapsutvalg
D85	Helse Sør-Øst RHF	Regional beredskapsplan
D86	Norsk luftambulans AS	Retningslinjer for bruk av luftambulans, operativ manual
D87	Akershus universitetssykehus	Rutine for mottak av alvorlig skadde pasienter
D88	Sykehuset Østfold	Rutine for varsling og inkalling av personell
D89	Norsk luftambulans AS	Sluttrapport: arbeidsgruppen for økt flysikkerhet i Statens luftambulans
D90	Norsk luftambulans AS	Systembok Del H
D91	Ringerike kommune	Søknad til fylkesmannen; oppfølgingsarbeid
D92	Nordre Buskerud Politidistrikt	Tidslinje
D93	Oslo politidistrikt	Tidslinje
D94	Politidirektoratet	Tidslinje
D95	Hole kommune	Tilsvaret til Helsedirektoratet
D96	Oslo universitetssykehus	Tilsvaret til Helsedirektoratet angående kommunikasjon
D97	Røde Kors	Tilsvaret til Helsedirektoratet
D98	Sykehuset Østfold	Tiltakskort Akuttinntak
D99	Sykehuset Østfold	Tiltakskort AMK nødmedjetjeneste
D100	Direktoratet for nødkommunikasjon	Utdrag om helsetjenesten fra evalueringsrapport
D101	Oslo kommune	Utfylt skjema psykososial innsats og oppfølging

D102	Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2012, 20:4	Artikkel av Lockey: "Lessons for the international EMS community"
D103	Helse Sør-Øst RHF	Tilsvaret til Helsedirektoratet ang. kommunikasjon
D104	Helsedirektoratet	Beredskapsplan
D105	Helsedirektoratet	Egenevaluering av innsats 22.juli
D106	Direktoratet for nødkommunikasjon	Oversikt over redningsressurser - fra avd. Nødnett
D107	Vestre Viken	E-post til Helsedirektoratet ang. rutiner for styring og nødkommunikasjon
D108	Oslo kommune	E-post til Helsedirektoratet ang. pasienter Oslo legevakt
D109	Røde Kors	Oppsummering av innsats 22.juli
D110	Nasjonale komponenter	Innspillslogger fra den enkelte
D111	Universitetet i Bergen	Informasjon om forskning
D112	Ringerike kommune	Notat til Helsedirektoratet, oppfølging av møte 3. februar
D113	Ringerike kommune	Notat til Helsedirektoratet 21. desember
D114	Oslo universitetssykehus	Dokumentasjon fra traumeregistret
D115	Helsedirektoratet	Kommunikasjonsavdelingens innspill til internevaluering 22.juli
D116	Oslo universitetssykehus	Oversikt over behandling på skadepoliklinikken
D117	International Advisory Council	Statement of the International Advisory Council
D118	Oslo kommunale legevakt	telefonsamtale med Jan Magne Linnsund
D119	Hole kommune	E-post til Helsedirektoratet ang. antall pasienter på legevakt
D120	Oslo universitetssykehus	Traumemanual
D121	Norsk luftambulans	Logg 22.07.2011
D122	NAKOS	Presentasjon: The Utøya Shootings
D123	FAD	Brev ang. antall ansatte til stede under terrorangrepet
D124	FAD	E-post ang. antall ansatte til stede under terrorangrepet
D125	International Advisory Council	Statement of the International Advisory Council

VEDLEGG 3. KUNNSKAPSRUNNLAG, PSYKOSOSIAL INNSATS OG OPPFØLGING

Etter traumatiske hendelser er de vanligste etterreaksjoner psykiske stressreaksjoner, somatiske plager og adferdsendringer. Psykiske etterreaksjoner kan være preget av posttraumatiske stressreaksjoner (gjenopplevelse, unngåelsesadferd, økt fysiologisk respons), sinne, konsentrasjonsvansker og hukommelsesproblemer, sorg, traumatiske sorgreaksjoner, depresjon, generalisert angst, fobier eller søvnforstyrrelser (Bonnano, Brewin, Kaniasty, & Greca, 2010; Goenjian et al., 1995; Neria, Digrande, & Adams, 2011). Somatiske plager etter traumer kan være hodepine, magesmerter eller forverring av somatisk sykdom. Adferdsvansker kan være skulking av skole, hyperaktivitet, aggressiv adferd, økt bruk av rusmidler eller beroligende (røyk, alkohol, narkotika eller medikamenter), skjødesløshet i forhold til egen eller andres liv og helse eller suicidalitet (Pat-Hoencyk et al., 2007). Selv moderate plager kan hos ungdom medføre vansker i forhold til normale utviklingsutfordringer, som for eksempel å flytte hjemmefra (Eisenberg & Silver, 2011; Shafii & Shafii, 2001). Posttraumatiske stressreaksjoner som konsentrasjonsvansker og søvnproblemer hos barn og unge kan påvirke yteevnen og skoleresultater og dermed få langvarige konsekvenser. Det samme er tilfelle etter dødsfall (Dyregrov, 2004; Dyregrov, 2006; 2009). Hos voksne vil fungering i arbeidsliv kunne bli påvirket, og spesielt utsatt er arbeidsmiljøet der en arbeidsplass har vært angrepet.

Forekomststall for posttraumatisk stressforstyrrelse i internasjonale studier varierer mye, men som et anslått gjennomsnitt vil 30 % av barn og ungdom utsatt for katastrofer ha vedvarende eller gradvis økende symptomer i løpet av første 1-2 år (Bonnano, et al., 2010). Studier etter skyteepisoder i barnehage eller på skoler, viser at ca 1/3 utvikler posttraumatisk stress disorder (PTSD) målt ved 1 til 14 måneder etter hendelsene (Pynoos et al., 1987; Schwarz & Kowalski, 1991; Trappler & Friedman, 1996). Oppsummert finner man at ung alder, nærhet til hendelsene, tap av nære, funksjonstap knyttet til skade, og familiære forhold har stor betydning for ungdoms utvikling av psykopatologi, somatiske plager og adferdsvansker i etterkant av terror (Neria, et al., 2011; Norris, et al., 2002)

Både for barn og voksne utsatt for katastrofer er det dokumentert virkning av kognitive teknikker i forebyggelsen av langvarig posttraumatisk stresslidelse. Kognitive terapeutiske tiltak fremmer aktiv handling, individuelle ferdigheter og selvhjelp. (National Institute for Health and Clinical Excellence. Posttraumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guidelines Number 26. London: Cromwell Press; 2005).

På bakgrunn av erfaringer hentet fra tidligere katastrofer, har Senter for Krisepsykologi beskrevet tiltak for grupper av etterlatte etter katastrofer, tiltak som også er nyttig og evaluert i Finland (Dyregrov & Straume, 2003; Dyregrov, Straume & Saari, 2009) etter ulike typer katastrofer.

Konsekvensene av plutselige dødsfall

Det finnes både nasjonal og internasjonal kunnskap om etterlattes situasjon ved traumatisk død når de skjer enkeltvis. Kari Dyregrovs doktorarbeid viste at krybbedød, ulykker og selvmord medfører sterke ettervirkninger for foreldre i form av posttraumatiske reaksjoner og kompliserte sorgreaksjoner (Dyregrov, 2003). Studien viste også at gjenlevende søsken slet i betydelig grad med skole- og daglig fungering (Dyregrov et al., 2000; Dyregrov & Dyregrov, 2005). I tillegg til de individuelle virkningene dødsfall medfører, resulterer det i betydelige påkjenninger innen familien, med mange problemer og utfordringer knyttet til familiespill og kommunikasjon (Dyregrov & Dyregrov, 2007). Internasjonale studier viser økning i dødelighet blant etterlatte foreldre og etterlatte søsken (Harper et al., 2011; Li et al., 2003; Rostila & Saarela, 2011). Nyere forskning omkring foreldrekapasitet i kjølvannet av traumatiske hendelser og psykiske belastninger, tilsier at dette området bør vektlegges mer både innen forskning og foreldreveiledning (se Dyregrov, 2006). I tillegg ses andre helsemessige konsekvenser hos etterlatte (Stroebe et al., 2011). Etterlattes situasjon etter ulike naturkatastrofer er undersøkt i ulike studier (Arnberg et al., 2011; Levin, 2004; Raphael, 1985), også en norsk (Kristensen et al., 2009; 2010) og viser varierende grad av traumatisering og kompliserte sorgreaksjoner. Samlet sett viser nyere sorgforskning at sorg utgjør et alvorlig helseproblem som kan føre til uhelse, prematur død og sterkt forringet livskvalitet.

VEDLEGG 4. REFERANSER, PSYKOSOSIAL INNSATS OG OPPFØLGING

På dette fagområdet har vi ansett det som spesielt aktuelt for rapportens lesere å kjenne til kildedokumentasjon for også de ulike faglige betraktningene og kunnskapsgrunnlaget.

Arnberg, F. K., Eriksson, N. G., Hultman, C. M., & Lundin, T. (2011). Traumatic bereavement, acute dissociation, and posttraumatic stress: 14 years after the MS Estonia disaster. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 183–190.

Bonnano, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & Greca, A. M. L. (2010). Weighing the Costs of Disaster. *Psychological Science in the Public Interest, 11*(1), 1-49. doi: 10.1177/1529100610387086

Dyb, G., Holen, A., Brønne, K., Indredavik, M. S., & Aarseth, J. (2003). Parent-child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident (Vol. 57): *Nordic J Psychiatry*.

Dyregrov, A. (2004). Educational consequences of loss and trauma. *Educational and Child Psychology*, 21, 77–84.

Dyregrov, K. (2006). Skolens viktige rolle etter selvmord. *Bedre skole*, 1, 46–51.

Dyregrov, K. (2009). The important role of the school following suicide. New research about the help and support wishes of the young bereaved. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 59, 2, 147–161.

Dyregrov, A., & Straume, M. (2003). Kollektiv ivaretagelse etter katastrofer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 92–101.

Dyregrov, A., Straume, M., & Saari, S. (2009). Long-term collective assistance for bereaved following disaster: A Scandinavian approach. *Counseling and Psychotherapy Research*, 9, 33–41.

Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death studies*, 26, 647-669.

Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2007). Sosial nettverksstøtte ved brå død. Hvordan kan vi hjelpe? Bergen: Fagbokforlaget.

Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27, 143-165.

Dyregrov, A. (2006). *Sorg hos barn. En håndbok for voksne*. Bergen: Fagbokforlaget (ny, oppdatert utgave).

Dyregrov, K. (2003). The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help. Doctoral dissertation (dr. philos). HEMIL, Faculty of Psychology. University of Bergen. ISBN 82-7669-099-8.

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2005). Siblings after suicide – "the forgotten bereaved".

Suicide and Life Threatening Behaviour, 35(6), 714-724.

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2007). Sosial nettverksstøtte ved brå død. Bergen: Fagbokforlaget.

Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2000). Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen.

Eisenberg, N., & Silver, R. C. (2011). Growing up in the shadow of terrorism: Youth in America after 9/11. *The American psychologist*, 66(6), 468-481. doi: 10.1037/a0024619

Goenjian, A. K., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Asarnow, J. R., Karayan, I., . . . Fairbanks, L. A. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1174-1184. doi: 10.1097/00004583-199509000-00015

Harper M, O'Connor R. E, & O'Carroll R. C. Increased mortality in parents bereaved in the first year of their child's life. *BMJ Supportive & Palliative Care* (2011), doi:10.1136/bmjspcare-2011-000025

Jensen, T. K., Dyb, G., & Nygaard, E. (2009). A longitudinal study of posttraumatic stress reactions in Norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(9), 856-861. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.151

Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2009). Psychiatric disorders among disaster bereaved: An interview study of individuals directly or not directly exposed to the 2004 Tsunami. *Depression & Anxiety*, 26, 1127–1133.

Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2010). Predictors of complicated grief after a natural disaster: A population study two years after the 2004 South-East Asian tsunami. *Death Studies*, 34, 137-150.

Kronenberg, M. E., Hansel, T. C., Brennan, A. M., Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., & Lawrason, B. (2010). Children of Katrina: lessons learned about postdisaster symptoms and recovery patterns. *Child Development*, 81(4), 1241-1259. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01465.x

Levin, B. G. L. (2004). Coping with traumatic loss: An interview with the parents of TWA 800 crash victims and implications for disaster mental health professionals. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 25–31.

Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361, February 1, 1–5.

Neria, Y., Digrande, L., & Adams, B. G. (2011). Posttraumatic stress disorder following the September 11, 2001, terrorist attacks: A review of the literature among highly exposed populations. *The American psychologist*. doi: 10.1037/a0024791

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 Disaster Victims Speak: Part I. An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981–2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 207-239. doi: 10.1521/psyc.65.3.207.20173

Pat-Horenczyk, R., Abramovitz, R., Peled, O., Brom, D., Daie, A., & Chemtob, C. M. (2007). Adolescent exposure to recurrent terrorism in Israel: posttraumatic distress and functional impairment. *Am J Orthopsychiatry*, 77(1), 76-85. doi: 10.1037/0002-9432.77.1.76

Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., . . . Fairbanks, L. (1987). Life Threat and Posttraumatic Stress in School-age Children. *Arch Gen Psychiatry*, 44(12), 1057-1063. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800240031005

Raphael, B. (1985). Mental and physical health consequences of disasters. *The Medical Journal of Australia*, 143, 180–181.

Saltzman, W. R., Layne, C. M., Steinberg, A. M., Arslanagic, B., & Pynoos, R. S. (2003). Developing a culturally and ecologically sound intervention program for youth exposed to war and terrorism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 319-342, x.

Schwarz, E. D., & Kowalski, J. M. (1991). Malignant Memories: PTSD in Children and Adults after a School Shooting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 936-944. doi: 10.1097/00004583-199111000-00011

Shafii, S. L., & Shafii, M. (2001). *School violence: assessment, management, prevention*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, A., Brymer, M., Decker, K., & Pynoos, R. (2004). The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Current Psychiatry Reports*, 6(2), 96-100. doi: 10.1007/s11920-004-0048-2

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe W. (2011). Helsemessige følger av sorg. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 883–897.

Trappler, B., & Friedman, S. (1996). Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklyn Bridge shooting. *American Journal of Psychiatry*, 153, 705-707.

VEDLEGG 5. FORSKNING

Mange av de store katastrofer som har funnet sted de senere 10-år har ført til både forskning og fagutvikling på mange områder. Mye av denne forskning har gitt ny kunnskap om diagnostikk, behandling, praktiske løsninger, ROS-analyser og annet grunnlagsarbeid for bedre planlegging.

I det somatiske arbeidsområdet har slik klinisk forskning gitt nye rasjonelle behandlingsopplegg kombinert med kvalitet til lave kostnader. Mange av de største katastrofer har rammet resurssvake nasjoner. Kostnadsaspektet har også av den grunn særlig betydning. Forskning med praktiske løsninger som mål vil bidra til å lette arbeidet for de rammede miljø når den store skare av internasjonale hjelpeinstanser er reist. Mange prosjekter er både utført av og finansiert av hjelpende nasjoner med større resurser, men det er nødvendig å involvere lokale miljøer.

I katastrofepsykiatrien gjennomføres omfattende langtidstudier på store populasjonsgrupper både i de land katastrofene har funnet sted og med rammede i eget land som objekter for forskningen. Norsk katastrofepsykiatri har markert seg sterkt internasjonalt på dette fagfelt. Spesialistene i dette faget i IAC har poengtert dette sterkt. I noen land, som i Sverige, har man opprettet katastrofemedisinske forskningsentra ved alle universitetssykehus. Virksomheten ved disse finansieres hovedsakelig ved bevilgninger fra Sosialstyrelsen. Dette gir en god spredning i forskningsaktiviteten basert på de særlige kvalifikasjoner de enkelte forskningsmiljø representerer. Prosjektene som foreslås her er gjenstand for omfattende vurdering av en oppnevnt ekspertgruppe. Dette gir bred vurdering både av metodikk, kvalitet og relevans.

De store katastrofene som fant sted 22.juli 2011 har også i Norge medført rask oppstart av arbeid som forberedelse til forskning. Kort tid etter hendelsene vurderte representanter for både somatisk medisin og katastrofepsykiatrien hva man kunne granske nærmere omkring katastrofene i Oslo og på Utøya. Søknader ble forberedt, skrevet og sendt til Regional etisk komité (REK). Noen søknader ble raskt innvilget og prosjektene igangsatt. Enkelte publikasjoner er alt godtatt i internasjonale og nasjonale fagtidsskrifter. Mange flere prosjekter forventes å komme, både i den nære fremtid og som oppfølgingsprosjekter over årrekker.

Det kan også hende at momenter fra den her foreliggende rapport kan gi grunnlag for og ideer til forskning på flere tema i tiden som kommer.

Eksempler på oppstartede prosjekter følger nedenfor:

Somatikk (akuttmedisin/anestesi/kirurgi): Oslo universitetssykehus (OUS) har per 15.12.2011 satt i gang følgende kvalitetsstudier:

- ”Behandling av pasienter i Oslo universitetssykehus etter bombeeksplosjon i Oslo og skytetragedie på Utøya 22.juli 2011”
- ”The July 22nd events in Oslo and Utøya from an orthopaedic perspective”
- ”The 22 July events in Oslo and Utøya, Neuro- and maxillofacial surgery in a trauma centre.”
- ”Utøya shooting and Oslo bombing 22nd July 2011: The immediate pre- hospital medical service response”

OUS har publisert en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening: ”Blodbanken i Oslo 22.juli 2011”.

OUS har etablert en rådgivende Koordineringsgruppe for forskningsaktiviteter for terrorhandlingene.

Følgende artikkel er publisert i Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency medicine 2012, 20:3: ”Oslo government district bombing and Utøya island shooting July 22, 2011: The immediate prehospital emergency medical service response”

Psykososial innsats og oppfølging

Kompleksiteten i traumatiserende hendelser og ettervirkningene av dem, tilsier at forskningen bør fokusere på samspillet mellom individuelle faktorer og samfunnsmessige forhold. NKVTS er i gang med forskning etter Terroraksjonen 22. juli. Målsettingen med forskningsprogrammet er å få mer kunnskap om terrorens betydning for berørte, hjelpere og for befolkningen og hvordan samfunnets institusjoner spiller inn. Forskningsperspektivene rommer både individ- gruppe og samfunnsnivå, noe som er nødvendig når det skal utvikles kunnskap som skal danne grunnlag for individuelle eller samfunnsmessige tiltak (WHO, 2011). Resultatene skal gi økt innsikt i terrorens konsekvenser, og kunnskap om hvordan disse konsekvensene skal kunne forebygges eller begrenses. Programmet skal også bidra til kunnskap om hjelpetiltak og danne grunnlag for råd for håndtering av seinere katastrofer.

Studier av terrorens virkninger på de eksponerte

I studier etter terroraksjoner finner man at de fleste berørte (gjennomsnittlig over 70 prosent) etter hvert fungerer og utvikler seg normalt til tross for belastningene, med støtte i eksisterende sosiale strukturer, venner, familie, skole og fritids-

aktiviteter (North, Smith, & Spitznagel, 1994; Schwarz & Kowalski, 1991; Verger et al., 2004). Dette varierer noe avhengig av hvilken eksponering de utsettes for. Studier viser at omtrent en tredjedel får så store problemer at de ikke kan fungere i dagliglivet. Disse vil ha behov for mer eller mindre hjelp og støtte fra hjelpeapparatet. Hvor mange som får slike problemer, vil variere sterkt avhengig av blant annet hva de har opplevd, hvor sårbare personene er før hendelsen, hvilken støtte og hjelp de får i etterkant, og hvor lang tid det har gått siden terroraksjonen (Neria, Nandi, & Galea, 2008; Norris et al., 2002). De vanligste reaksjoner etter slike hendelser er posttraumatisk stress lidelse (PTSD), depresjon, angst og sorgreaksjoner, eventuelt kompliserte sorgreaksjoner, etter tap av nære. I Norge har det vært gjort studier om personer som har opplevd katastrofale hendelser, slik som krig (Askevold, 1976; Egede-Nissen, 1978; Major, 1996; Sund, 1976), fangenskap (Eitinger, 1964; Strøm, 1968), ulykker (Dyb, 2005; Eid, Johnsen, & Thayer, 2001; Herlofsen, 1994; Holen, 1990; Malt, 1986; Malt & Ugland, 1989; Weisæth, 1984) eller voldtekt (Dahl, 1989, 1992; T. K. Jensen, 2004). Det ble initiert et stort norsk forskningsprogram i regi av NKVTS etter tsunamien i sørøst Asia i 2004. Andre norske studier har fokusert på behandling av voksne (Sveas, 2000; Varvin, 2002) eller barn (Dodge & Raundalen, 1991; Dyregrov, 1997; Hukkelberg & Jensen, 2011; T. K. Jensen, 2011) som har opplevd slike traumer. Det er imidlertid lite forskning i Norge på konsekvenser av terroraksjoner. Langtidsoppfølging av barna 47 år etter terroranglaget i Televåg påviste øket forekomst av angstlidelser, posttraumatiske og psykosomatiske plager, og mulighets tidlig debut av alvorlige legemlige lidelser (Andersson, 1996; Weisæth, 2004).

Internasjonalt er det gjort forskning etter terroraksjoner, både etter bombeaksjoner og etter skyting. Det har blant annet blitt gjort en systematisk gjennomgang av forskningen på PTSD etter terroraksjonen 11. september 2001 (Neria, Digraude, & Adams, 2011). Gjennomgangen konkluderte med at det er en stor mangel på longitudinelle studier. Forskningen etter terroraksjoner har i første rekke fokus på helsemessige konsekvenser for individer, og da spesielt PTSD. Det er imidlertid vesentlig mindre forskning og kunnskap om andre konsekvenser, som depresjon, angst og psykosomatiske lidelser (Norris et al., 2002). Det er svært lite kunnskap om hvordan slike terroraksjoner påvirker samfunnet og slik indirekte former individers reaksjoner på terroren.

Studier av sorgreaksjoner hos de etterlatte

Det fins flere norske studier om foreldre og søskens sorg- og traumereaksjoner etter traumatiske

dødsfall. Disse viser at foreldre sliter med somatiske, psykososiale og eksistensielle vansker i betydelig grad og over lang tid når barn og unge dør plutselig ved unaturlige dødsfall (selvmord, ulykker og plutselig barnedød). Forskningen viser blant annet at kvinner, de som ikke er i arbeid, de som isolerer seg, og de som mister eneste barn er spesielt i faresonen for å utvikle alvorlige vansker etter et barns død (Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2003). Internasjonale studier understreker de alvorlige konsekvensene ved økt tidlig død, alvorlig somatisk sykdom hos foreldre som mister barn (Harper et al., 2011; Li et al., 2003; Rostila & Saarela, 2011). Den norske forskningen viser også at etterlatte foreldre ved slike brå dødsfall etterspør tidlig, utstrekende, fleksible, familie-relatert og behovstilpasset hjelp fra fagfolk – og over tid (Dyregrov, 2002). I tillegg peker de på at den aller viktigste støtten kommer fra sosiale nettverk og likemenn (Dyregrov & Dyregrov, 2007). Søskene etter traumatiske dødsfall rapporterer også behov for hjelp og støtte, og etterspør i særdeleshet støtte fra skolen (Dyregrov & Dyregrov, 2009). Annen norsk forskning på nære familiemedlemmer etter Tsunamien understøtter den tidligere forskningen (Kristensen, Weisæth, & Heir, 2010).

Tema for forskning etter 22. juli ved NKVTS

Forskningsprogrammet vil studere berørte både fra Regjeringskvartalet og Utøya. I tillegg vil det bli gjennomført en befolkningsundersøkelse for å få mer kunnskap om befolkningens reaksjoner og holdninger etter et slikt anslag. Forskningsprogrammet har derfor som mål å gi innsikt om forløp både i forhold til berørte og på samfunnsnivå.

- 1 Befolkningsundersøkelsen: Denne undersøkelsen skal studere opplevelser, reaksjoner, tillit og holdninger hos ungdom og voksne i den norske befolkning etter terroraksjonene 22 juli 2011. En sekundær målsetting er å etablere sammenligningsgrupper for undersøkelsene av de som ble direkte berørt av terrorhandlingene, det vil si overlevende ungdom og unge voksne fra Utøya, deres foreldre og/eller søsken, ansatte i Regjeringskvartalet og etterlatte familier. En delstudie av befolkningssstudien gjelder en gruppe som har opplevd traumatiske hendelser tidligere. Delstudien retraumatisering hos personer tidligere utsatt for traumatiserende hendelser har som målsetting å skaffe kunnskap om hvordan terroraksjonen og samfunnets takling av situasjonen påvirket flyktninger/innvandrere som tidligere har vært utsatt for voldsomme hendelser slik som krig, fangenskap eller tortur.

- 2 Utøya: Prosjektet skal studere opplevelser og reaksjoner hos barn, ungdom og voksne som overlevde terroren på Utøya. Det er et mål å undersøke de direkte berørte og foreldre for å se hvilken effekt den direkte eksponeringen har hatt for psykisk og somatisk helse, funksjonsnivå og livskvalitet i et langsiktig perspektiv. Posttraumatisk vekst og mestring vil også bli studert. Prosjektets første datainnsamling er ferdigstilt og det er gjennomført i overkant av 300 intervjuer med barn og ungdom, og et tilsvarende antall intervjuer med foreldre. Intervjuere over hele landet har deltatt i datainnsamlingen. Flere delprosjekter er planlagt gjennomført, blant annet om somatiske plager, Erfaringer fra de rettslige prosessene, og skolens håndtering av katastrofen.

- 3 Regjeringskvartalet. Prosjektet skal studere de direkte og indirekte berørte i regjeringskvartalet. Hensikten med undersøkelsen er å kartlegge de ansattes helse, trivsel og arbeidsevne etter bombeeksplosjonen, å kartlegge de ansattes opplevelse av sikkerhet på arbeidsplassen, samt å undersøke terrorens konsekvenser for fysisk og psykososialt arbeidsmiljø, samt faktorer som fremmer eller hemmer helse, trivsel og arbeidsevne. Studien gjøres i samarbeid med STAMI.

De tre studiene vil være longitudinelle og det skal brukes mest mulig sammenlignbare metoder og instrumenter. Det vil bli benyttet telefonintervju i befolkningsundersøkelsen og personlig intervju i undersøkelsene av de direkte berørte fra Utøya. For ansatte i Regjeringskvartalet vil det bli benyttet spørreskjema. Man vil også be om samtykke til å benytte informasjon fra Bedriftshelsetjenesten. Felles for de tre studiene vil være at de innhenter informasjon om hva de har opplevd, deres reaksjoner under og etter hendelsen, psykisk helse, livskvalitet, familierelasjoner, sosial støtte mm. Materialet vil legge grunnlag for analyser om de prosesser som enkeltpersoner erfarer, men også samfunnsmessige reaksjoner som kommer i kjølvannet av en terroraksjon.

Tema for forskning ved Senter for Krisepsykologi

- 4 Etterlatteforskning. Senter for Krisepsykologi sendte inn skisse, ”Etterlatte foreldre, søsken og venner etter 22.07” den 7.12.11.

Målsettingen med forskningsprosjektet er å øke kunnskap om ulike grupper etterlatte sin situasjon etter drapene på Utøya.

Studien vil ha tre delprosjekt:

- 1) Etterlattes foreldre
- 2) Etterlattes søsken
- 3) Venner av avdøde

Det tas sikte på å gjennomføre en prospektiv longitudinell ikke-eksperimentell studie. Den vil undersøke forekomst av og mulige sammenhenger mellom traume- og sorgreaksjoner, belastningene etter drapene, og hjelp- og støttetiltak. Det vil også kartlegges subjektiv opplevelse av ytterligere behov for hjelp. Det vil innhentes både kvantitative (spørreskjema) og kvalitative data (fokus-gruppe/dybdeintervju).

Tema for forskning ved Modum Bad

5 Forskning om hjelpere

Modum Bads Forskningsinstitutt har gjennom en henvendelse til Helsedirektoratet 20.12.11 påpekt at Modum Bad bør ha en rolle i forskning etter 22.07. Modum Bad ønsker å kartlegge og rette forskning inn mot innsatspersonell og organiserte og frivillige hjelpere.

Modum Bad ønsker å kartlegge gjennom bruk av spørreskjema flere dimensjoner av innsatspersonell og hjelpernes opplevelse under og i etterkant av terroranslagene, bl.a. umiddelbare reaksjoner og senvirkninger, grad av eksponering, betydning av psykososial støtte i akuttfasen, kollegastøtte og debrifing til hvilke tidspunkter, betydning av forberedelser og opplæring i forkant av en krisehåndtering, betydningen av egen sårbarhet og resiliens og hvilken type mottatt hjelp som har vært tilgjengelig og av betydning.

Tema for forskning ved universitet

6 Pågående og igangsatt forskning ved universitet

Universitetet i Bergen

Ved UiB er det tre institutt som har eller planlegger forskningsprosjekt relatert til 22. juli. Institutt for klinisk psykologi skal bidra med veilederkompetanse inn mot et Phd-prosjekt med fokus på politiets vitneavhør etter Utøya hendelsen.

Ved Institutt for samfunnspsykologi har det over en lengre periode vært et forskningsprosjekt som ser på terrortrussel og turisme. Her foreligger data fra ulike utvalg før 22. juli og det er under planlegging å videreføre dette prosjektet ved å samle inn ytterligere data etter terroranslaget 22. juli. Instituttet har også en forskningsgruppe på Operativ

psykologi som har forsket på innsatspersonell (politi, forsvar, helsepersonell) reaksjoner på kritiske hendelser og under krevende operasjoner.

Ved Institutt for Pedagogikk er det planlagt, men per januar 2012 ikke ferdigstilt, et forskningsprosjekt knyttet til 22. juli.

Det har vært etiske betenkeligheter knyttet til forskningen, og det at den kan bidra til at de rammede og berørte risikerer å bli oppsøkt svært mange ganger med de samme spørsmålene om sine reaksjoner på hendelsene. Det har likevel vært vurdert som viktig å samle systematisk erfaring og foreta studier for å få mer sikker kunnskap om hva som er den beste psykososiale oppfølgingen etter store kriser, ulykker og katastrofer. Det er her viktig at brukerperspektivet vektlegges.

VEDLEGG 6. UTVIDET SCENARIO

Som det går frem av beskrivelse og vurdering av helseinnsatsen etter terrorhendelsene i Oslo og på Utøya 22.juli hadde helsetjenesten god kapasitet i alle berørte ledd til å klare utfordringene både i volum og kvalitet. De angitte anbefalingene til oppfølging rokker ikke ved dette.

En refleksjon rundt omstendighetene for terrorhendelsen i Regjeringskvartalet åpner for en bredere diskusjon om beredskapskapasiteten nasjonalt. Bomben gikk av på en tid da det var relativt få ansatte på sine respektive arbeidsplasser, offisielt anslått til 310 av ca 3500 ansatte (D123). Det var fredag ettermiddag i ferietiden. Arbeidstiden var slutt for mange kl 15 i sommertiden. Bomben gikk også av en time senere enn planlagt, grunnet forsinkelse i trafikken. I Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet var det nær 50 % flere til stede en time tidligere, men vi vet ikke om dette er representativt for hele regjeringskvartalet (D124). Dette indikerer at det på dette tidspunktet kunne blitt en del flere drept og skadet, men situasjonen ville fortsatt vært håndterlig. Dersom bilbomben hadde blitt plassert slik at høyblokka hadde rast sammen, eller eksplosjonen hadde skjedd midt på dagen utenom ferietid kunne antallet drept og skadet blitt mangedoblet. Med slike forutsetninger kunne situasjonen i verste fall blitt uhåndterlig for helsetjenesten med hensyn til muligheten for å gi alle pasienter tidskritisk behandling. For å få til et så godt resultat som mulig for flest mulig ville det vært avgjørende å foreta en fordeling av pasienter på mange sykehus. Realisering av det internordiske samarbeidet i helsesektoren kunne være en nødvendig del av løsningen. Det gjelder både sykehusbehandling og sykestransportoppgaver.

Et eksempel på realisering av sistnevnte så vi 22.juli da ambulanser fra Västra Götaland støttet Østfold med sykestransport.

Tidspunktet og stedet for eksplosjonen var forutsetninger som gjorde det mulig å få til en særdeles rask og god helseoppfølging. Det var kort vei fra OUS, Ullevål og Oslo legevakt til katastrofestedet. Høyt kvalifisert redningspersonell og rikelig teknisk utstyr var raskt på plass. Triagering og primærbehandling kunne iverettes kort tid etter eksplosjonen. At det var sommerferie medførte også at det var mindre belegg ved sykehusene enn ellers i året. Dermed var det noe reservekapasitet forutsatt at man fikk inn personell. Dette lyktes man med av grunner omtalt i rapporten. Dersom en stor katastrofe hadde skjedd om natten kunne det ha blitt vanskelig å få så rask respons fra de mange ansatte som ikke var på vakt.

Godt samarbeid med nabosykehus medførte at OUS, Ullevål kunne sende over andre innlagte pasienter. Det ga igjen større intensivkapasitet, noe som ellers kan være en begrensende faktor. I Oslo-området er det mange sykehus som kan fordele pasientene seg mellom. Det gjelder i første rekke alle enheter ved OUS, men også Ahus (som er traumesenter gruppe 2). I tillegg har Helse Sør- Øst samarbeidsavtaler med de private sykehusene Lovisenberg og Diakonhjemmet. Oslo har en stor legevakt og skadepoliklinikk i Storgata 40 med god kapasitet som ikke nådde kapasitetsgrensen. Transportmidler, både som vanlige ambulanserbiler og mange redningshelikoptre, ble raskt mobilisert. De kom både fra geografisk "nærrområde" og fra andre deler av Sør Norge. De korte transportavstandene fra åsted til legevakt og sykehus i Oslo bidro også sterkt til at transportkapasiteten var større enn behovet.

Det er ikke vanskelig å forestille seg katastrofehendelser som ville utfordret helsetjenestens kapasitet. Noen eksempler kan være:

- Et stort cruiseskip som forliser eller brenner utenfor kysten et sted over hundre kilometer fra nærmeste sykehus
- Brann i et passasjertog eller kollisjon mellom tog på høyfjellet
- Flyulykke langt fra nærmeste sykehus med traumekompetanse
- Eksplosjoner og branner på offshore-installasjoner

I slike situasjoner kan selve redningsarbeidet være svært krevende, og lang tid vil kunne gå før pasienter ankommer sykehus. Dersom nærmeste sykehus er et lokalsykehus eller annet sykehus

med ingen eller begrenset kapasitet og erfaring i traumebehandling må noen pasienter transporteres videre for at disse skal kunne få god behandling. Transportkapasiteten kan være en alvorlig flaskehals, selv om ambulanserbiler og helikoptre tilkalles på tvers av helseregioner. Det vil kunne være helt avgjørende at man ved triagering har vurdert nøye hvem som må direkte til et traumesenter selv om dette kan bety flere timers transport, hvem som må få stabiliserende behandling ved lokalsykehus før videre transport, og hvem som kan håndteres fullt ut lokalt.

Ved sykehus som har begrenset daglig trening i å ta hånd om alvorlig skadde kan det som en del av opptrapping av beredskap være aktuelt å få tilført personell utenfra. Selv om mange vil kunne bli sendt videre til et traumesenter må man sikre triage basert på erfaring og kunnskap. Utlån av spesialister med denne kompetanse vil kunne være aktuelt. Utlån av hele operasjonsteam er en tilleggsmulighet. Å arbeide med utstyr man kanskje ikke bruker til vanlig og med annen logistikk er også utfordringer i slike situasjoner. Med den improvisasjonsevne som erfarne katastrofeteam opparbeider seg, kan likevel midlertidig overflytting til annet arbeidssted være en realistisk del av løsningen i første fase ved storulykker og katastrofer.

VEDLEGG 7. TIDSLINJER

KILDER

TS	Terje Strand
OBRE	Oslo Brann og Redningsetat
VVHF	Vestre Viken HF
OUS	Oslo universitetssykehus
ANS	Luftambulansetjenesten ANS
RIKO	Ringierrike kommune
HoKO	Hole kommune
Pol	Politiet
VVSB	Vestre viken sykehuset Bærum
VV	Vestre Viken
Sth	Statens helsetilsyn
HSØ	Helse Sør-HØst RHF
OsKo	Oslo kommune
SO	Steinar Olsen
OKL	Oslo kommunale legevakt

Utøvende helsetjeneste				Kilde
Kl.	Tid 1	Tid 2	Aktivitet	Kilde
FREDAG 22. JULI				
15:25	00:00		Bomben detoneres i regjeringskvartalet	Pol
15:26	00:01		Ambulanse som befinner seg i Storgaten hører kraftig smell og melder fra til operativ leder for ambulansetjenesten om "mulig eksplosjon"	OUS
15:26	00:01		AMK Oslo og Akershus (AMK) mottar første meldinger fra publikum om eksplosjonen. Initialt uklart hva som er skjedd og hvor det har skjedd. I det følgende mottar AMK til sammen ca 80 henvendelser om eksplosjonen ca. 50 prosent ble besvart.	OUS
15:26	00:01		Politiets operasjonssentral i Oslo (PO) varsler AMK om flere meldinger om eksplosjoner i Oslo sentrum	Pol
15:27	00:02		Brannvesenets 110-sentral mottar trippelvarsling fra AMK om hendelsen i regjeringskvartalet	OBRE
15:28	00:03		2 ambulansenheter fra OUS ankommer regjeringskvartalet	OUS
15:28	00:03		AMK melder til PO om flere skadde etter at noe har falt ned fra taket i VG-bygget	
15:29	00:04		AMK utkaller til sammen 10 ambulanser til regjeringskvartalet	OUS
15:30	00:05		Samleplass 1 blir opprettet på Høyesteretts plass.	
15:32	00:07		Fungerende administrerende direktør OUS får melding om hendelsen i regjeringskvartalet. Kontakter AMK og iverksetter innhenting av informasjon og innkalling av beredskapsledelsen ved OUS	
15:33	00:08		Operativ leder for ambulansetjenesten i Oslo og Akershus som er på skadestedet anmoder AMK om katastrofevarsling	OUS
15:33	00:08		Politipatrulje iverksetter samling av evakuerte på Youngstorget	
15:33	00:08		Første pasient til Oslo kommunale legevakt (OKL) til fots	OUS/TS
15:34	00:09		Første pasient transporteres fra skadestedet til Ullevål sh.	
15:35	00:10		Operativ leder helse rekvirerer rutebuss på stedet til transport av skadde til legevakten	OUS
15:37	00:12		Politiet anmoder HRS Sør-Norge om bistand fra 330-skvadronens helikopter på Ørlandet til transport av (IEDD-lag)	
15:40	00:14		Vakthavende lege ambulanshelikopter/legebil 1-1 og AMK-lege, kontakter AMK etter at han gjennom media er gjort kjent med at det har vært en eksplosjon i regjeringskvartalet. Iverksetter etter dette utrykning med legebil 1-1 og 1-2 til regjeringskvartalet. Flyger på ambulanshelikopter 1-1 benytter varebil til transport av LESS- bærer til regjeringskvartalet	ANS
15:40	00:15		Politiet gir beskjed til AMK om at Youngstorget skal være samle plass for skadde og oppmøtested for ambulanser	
15:47	00:22		AMK kaller ut ambulanshelikopter/legebil 1-2 til regjeringskvartalet	TS
15:48	00:23		Sentralbordet på OUS mottok melding fra koordinator ved akuttmottaket om å iverksette GUL beredskap	
15:50	00:25		AMK OA varsler akuttmottaket ved Bærum sykehus om eksplosjonen i regjeringskvartalet - sh avventer iverksetting av tiltak	VVSB
15:50	00:25		AMK beslutter å etablere seg som Regional AMK (R-AMK) og ber om ambulanseressurser fra Vestre Viken (Buskerud) Sykehuset Innlandet og Sykehuset Østfold, samt tilleggsberedskap fra Oslo Røde Kors Hjelpekorps og Norsk Folkehjelps Sanitet Oslo.	
15:50	00:25		Rutebuss med lettere skadde pasienter fra regjeringskvartalet ankom Oslo legevakt	OKL
15:51	00:26		Pasient nr. 1 og 2 ankom akuttmottaket på Ullevål sh.	OUS
15:51	00:26		41 ambulans- og legeenheter fra OUS har ankommet regjeringskvartalet	OUS

15:55	00:30		Avdelingssjef Luftambulansavdelingen OUS rykker ut til regjeringskvartalet fra OUS - overtar funksjon som Fagleder helse ved ankomst til Regjeringskvartalet	
15:55	00:30		Ambulanshelikopterlege og redningsmann fra ambulanshelikopter 1-1 Lørenskog, ankommer Youngstorget i legebil.	
15:56	00:31		Politiets innsatsleder etablerer Youngstorget som samle plass for evakuerte og skadde.	
16:00	00:35		Pasient nr 3 og 4 ankom akuttmottaket på Ullevål sh.	OUS
16:02	00:37		AMK Buskerud utkaller ambulanshelikopter fra Ål til OUS etter eksplosjonen i regjeringskvartalet	ANS
16:02	00:37		Det sendes ut katastrofealarm (SMS) til Luftambulansavdelingen OUS etter beslutning fra avdelingsleder.	TS
16:08	00:43		Sentralbordet på OUS mottok melding fra koordinator ved akuttmottaket om å iverksette RØD beredskap	
16:10	00:45		Pasient nr 5, 6 og 7 ankom Ullevål	OUS
16:10	00:45		Lege og redningsmann ambulanshelikopter 1-2 ankom Youngstorget i legebil. Legen blir anvist til ambulanskontrollpunkt - men ikke behov for dette. Dimmitert noe senere. Tilbake i beredskap på Lørenskogbasen kl. 17:58	VV
16:21	00:56		Politiet har gjennom søk R4 mht flere bomber, brannvesenet starter slukking av brannen, søk i S-blokken gjennomført av politipatrulje, søk i Høyblokka starter.	
16:25	01:00		Ambulanse (174) med ambulansarbeider, anestesilege, 2 flysykepleiere og en paramedic medbringer beredskapsutstyr og reiser fra Lørenskogbasen til regjeringskvartalet.	SO
16:26	01:01		Politiet starter søk i Høyesteretts bygningen	
16:30	01:05		Lege og redningsmann ambulanshelikopter 1-1 ankom Regjeringskvartalet i legebil.	VV
16:30	01:05		En anestesilege, 2 flysykepleiere og en paramedic med beredskapsutstyr fra luftambulansavdelingen rykker ut fra LA-basen Lørenskog	VV
16:30	01:05		Sea King redningshelikopter tar av fra Ørlandet flystasjon	
16:30	01:05		Ny melding fra AMK OA til akuttmottaket ved Bærum sykehus. Sh iverksetter gul beredskap	VVSB
16:32	01:07		AMK anmoder HRS Sør-Norge om bistand fra Sea King redningshelikopter fra Rygge til pasienttransport	
16:40	01:15		Pasient nr 8 ankom akuttmottaket på Ullevål sh.	OUS
16:40	01:15		Lege og redningsmann ambulanshelikopter 1-1 bistår OBRE i søk etter skadde i R4	OUS
16:45	01:20		Ambulanser fra Sh. Innlandet, Vestre Viken og Sh. Østfold på plass på samle plass 2.	
16:45	01:20		Etablering av pårørendesenter ved Ullevål hotell påbegynnes	
16:45	01:20		Sea King redningshelikopter tar av fra Rygge	VV
16:45	01:20		OBRE har satt stab	OBRE
16:48	01:23		Lege og redningsmann ambulanshelikopter Ål reiser mot regjeringskvartalet	VV
16:50	01:25		Anestesilege, 2 flysykepleiere og en paramedic med beredskapsutstyr fra luftambulansavdelingen OUS ankommer regjeringskvartalet og melder seg for operativ helseledelse (se 16:55)	
16:50	01:25		Politiets beredskapstropp ber om bistand fra 720-skvadronen ved Rygge	
16:51	01:26		Lege og redningsmann ambulanshelikopter 1-2 returnerer til Lørenskog-basen	VV
16:52	01:27		Luftambulansavdelingen sender en anestesilege og 3 flysykepleiere til OUS for å delta i mottak og behandling av pasienter fra regjeringskvartalet	
16:55	01:30		Ambulanse 174 med en anestesilege, 2 flysykepleiere og en paramedic med beredskapsutstyr fra Luftambulansavdelingen OUS ankommer Akersgaten og melder seg for operativ helseledelse	SO
16:56	01:31		Politiets leder for samle plass for skadde og evakuerte på Youngstorget opplyser at samle plassen er tom.	Pol
17:00	01:35		Pasient overføres fra Oslo legevakt til Aker sh.	
17:00	01:35		Ambulansetjenestens innsats i regjeringskvartalet trappes ned	OUS
17:00	01:35		OUS har etablert beredskapsledelse	
17:00	01:35		Lege og redningsmann ambulanshelikopter Ål ankommer regjeringskvartalet og bistår i pasientbehandling	VV
17:04	01:39		Pasient nr 9 ankom akuttmottaket på Ullevål sh.	OUS
17:08	01:43		Antatt tidspunkt for gjerningsmannens ankomst til Utøya	RIKO
17:09	01:44		Sea King redningshelikopter fra Rygge lander på Voldsøkka. Lege og redningsmann sendes til akuttmottaket Ullevål for å bistå med mottak av pasienter.	VV+Pol
17:15	01:50		Pasient nr 10 ankom akuttmottaket på Ullevål sh.	OUS

17:20	01:55		Legebil 1-2 Lørenskog returnerer til Lørenskog-basen	ANS
17:24	01:59	00:00	Første melding til AMK-Buskerud (AMK-B) om skytingen på Utøya. Fra AMIS: "Skyter vilt rundt seg Automatvåpen i bruk. Flere døde. Utkledd som politi, sier han kommer fra PST. Høy, blond mann ca 35 år. Innringer ser 6 døde"	VV
17:25		00:01	AMK-B varsler Nordre buskerud politidistrikt om skytingen på Utøya	VV
17:26		00:02	Oslo politidistrikt mottar første telefon om at det pågår skyting på Utøya	
17:26		00:02	Første ambulanse (05-2 fra Ringerike sykehus) utkalt til Utøya	VV
17:28		00:04	AMK OA mottar første nødmelding fra pårørende om skyting på AUF leiren på Utøya	OUS
17:29		00:05	Oslo politidistrikt verifiserer at opplysningene til AMK om skyting på Utøya er korrekt	OUS
17:30		00:06	2 anestesileger, 2 flysykepleiere og en paramedic kjører fra regjeringskvartalet mot Utøya	VV
17:32		00:08	Ambulanseheliokopter 1-2 Lørenskog utkalles til Utøya	OUS/ANS
17:33		00:09	AMK-OA melder til politiets operasjonssentral at det foregår skyting på Utøya. Opplyser også at det er en brann på øya.	
17:33		00:09	Første ambulanse fra VV ankommer området men avventer klarering fra politiet for å kjøre frem til Utvika brygge	OUS/VV
17:34		00:10	AMK-B varsler Ringerike interkommunale legevakt om skyting på Utøya	RiKo
17:35		00:11	AMK OA utkaller ambulanseheliokopter 1-2 Lørenskog	ANS
17:35		00:11	AMK frigir ambulanseressurser fra Vestre Viken som er i Oslo	
17:35		00:11	Ambulanseheliokopter 1-1- (pilot) kontakter AMK OA og får oppgitt sikker posisjon Sollihøgda - tok av umiddelbart mot Sollihøgda med 4 ekstra innkalte anestesileger	ANS
17:40		00:16	Lege og redningsmann ambulanseheliokopter 1-1 reiser i legebil 1-1 fra Oslo retning Sollihøgda	ANS
17:40		00:16	AMK frigir ambulanseressurser fra Sh Innlandet og Østfold i Oslo, som sendes til Sundvolden.	
17:42		00:18	Ambulanseheliokopter 1-2 Lørenskog tar av fra Lørenskog-basen mot Sollihøgda	VV/ANS
17:42		00:18	AMK OA kontakter AMK-Buskerud (AMK-B) og tilbyr alle tilgjengelige ambulanseressurser	
17:45		00:21	Bærum sykehus, Ringerike og Drammen sykehus settes i katastrofeberedskap (rød beredskap)	OUS/VV
17:48		00:24	Ringerike interkommunal legevakt varsler kommuneoverlege Bernt Ivar Gaarder i Hole kommune om skytingen på Utøya	
17:50		00:26	Lege på ambulanseheliokopter Ål blir varslet av AMK Buskerud om skyting på Utøya - reiser sammen med redningsmann til OUS hvor helikopteret venter.	VV/ANS
17:50		00:26	Ambulanseheliokopter 1-1 fra Lørenskogbasen (uten lege og redningsmann) utkalles til Utøya	VV
17:50		00:26	AMK OA sender 21 ambulanser, 2 helseekspresser (busser) og en motorsykkelenhet til Sollihøgda	OUS
17:50		00:26	AMK OA varsler akuttmottaket OUS, Ullevål sh om skyting på Utøya.	OUS
17:50		00:26	OUS Ullevål beslutter stenging og sikring av sykehuset, herunder evakuering av ikke-arbeidende personell/publikum og anmoder om politibeskyttelse.	OUS
17:51		00:27	Første politipatrulje tar seg ned til Utøya kai	Pol
17:53		00:29	Ambulanseheliokopter 1-1 med 4 ekstra luftambulanseleger tar av fra Lørenskogbasen og går mot Sollihøgda.	OUS
17:54		00:30	NBP informerer AMK-Buskerud om at oppmøtested for politi og ambulanse er Utøya kai.	Pol
17:55		00:31	Politipatrulje på Utøya kai melder til NBP om fri sikt fra Utøya til oppmøtested på kaia. Gir beskjed om å flytte oppmøtested opp til hovedveien.	POI
17:55		00:31	Anestesilege og avdelingsleder luftambulanseavdelingen OUS Terje Strand avvikler i samråd med skadestedsleder fra politiet sin funksjon som Fagleder Helse i regjeringskvartalet. Sammen med ambulansearbeider (Steinar Olsen), 2 flysykepleiere og en paramedic med beredskapsutstyr fra luftambulanseavdelingen OUS reiser de i ambulanse 174 retning Utøya på bakgrunn av melding om skytingen der.	SO
17:56		00:32	Politipatrulje på Utøya kai melder til NBP at det kommer en robåt med personer i, samt at det er personer på svøm fra Utøya.	Pol
17:57		00:33	Første ambulanse fremme på Utvika brygge	VV
17:57		00:33	Ambulanseheliokopter Ål flyr uten lege og redningsmann mot Sollihøgda	VV
17:58		00:34	Lege og redningsmann ambulanseheliokopter 1-2 tilbake i beredskap på Lørenskogbasen etter oppmøte/innsats i regjeringskvartalet	
18:00		00:36	De første overlevende ungdommene ankommer Esso- stasjonen på Sundvolden.	HoKo
18:00		00:36	Legevaktbil fra RIL fremme ved Utøya brygge- politi og ambulanse er allerede fremme	Riko

18:01		00:37	Privatperson melder til NBP at han har med 12 uskadede i egen båt på veg til Utvika camping. Opplyser om flere personer som svømmer fra Utøya - er kalde og begynner å få krampe	Pol
18:05		00:41	Tre ambulanser trekkes tilbake fra Utvika brygge av politiet på grunn av skyting	VV
18:08		00:44	Ambulanseheliokopter fra Arendal utkalles til Utøya	VV
18:10		00:46	Ambulanseheliokopter fra Ål lander på Sollihøgda	VV
18:11		00:47	Sea King redningsheliokopter fra Rygge forlater Voldsløkka og flyr retning Utøya (NB se også 18.30)	VV+OUS
18:12		00:48	Ambulanseheliokopter fra Arendal flyr mot Utøya	VV
18:15		00:51	Ambulanseheliokopter 1-1 fra Lørenskogbasen lander på Sollihøgda	VV/ANS
18:15		00:51	Brifing og team- gruppering av luftambulanspersonell på Sollihøgda	TS
18:15		00:51	Ambulanse med anestesilege/flysykepleiere/paramedic ankommer oppstillingsplass ambulanser på Sollihøgda. Møter u trykningsteam fra SAB. Ca 10 ambulanser er på Sollihøgda.	SO
18:22		00:58	Ambulanseheliokopter fra Arendal flyr lander på Sollihøgda	VV
18:23		00:59	Redningsheliokopter fra Ørlandet lander på Lutvann leir	Pol
18:24		01:00	Ambulanseheliokopter fra Dombås utkalles til Utøya	VV
18:25		01:01	Første politienhet er i land på Utøya	Pol/OUS
18:25		01:01	Ambulanseheliokopter 1-2 Lørenskog lander Sollihøgda etter å ha sirklet over Utøya	ANS
18:30		01:06	AMK-B gir beskjed om ny oppstillingsplass for ambulanser ved Sønsterud-tunnelen. På dette tidspunktet stort antall ambulanser tilgjengelig	SO
18:30		01:06	Sea King redningsheliokopter fra Rygge forlater Voldsløkka og flyr retning Utøya	Pol
18:31		01:07	AMK melder til akuttmottak OUS at skyting fortsatt pågår på Utøya	
18:33		01:09	Gjerningsmannen pågripes av politiet på Utøya	Pol
18:35		01:11	Redningsheliokopter fra Rygge dirigeres til Sylling (Sør-enden av Tyrifjorden) for å være i beredskap ved tilskyning av området rundt Sollihøgda	VV
18:35		01:11	Politiets aksjonsleder (AL) på Utøya melder til NBP om flere personer som er skutt, både skadde og drepte. Anmoder om rask evakuering med helikopter.	Pol
18:36		01:12	Politiets innsatsleder på land (P05) spør innsatsleder (IL) om brann- og ambulanspersonell skal fraktes ut til Utøya. Dette blir bekreftet av innsatsleder som også anmoder om at sykehusene settes i alarmberedskap på grunn av veldig stort antall skadde.	Pol
18:37		01:13	AMK Oslo og Akershus definerer seg som R-AMK	VV
18:43		01:19	Politiets er usikker på om det er flere gjerningsmenn på Utøya. Det foreligger mistanke om at det er eksplosiver på Utøya.	Pol
18:47		01:23	Politiets har ikke sikret gjerningsmannens bil på Utøya kai. Beslutter at evakueringsmottaket må flyttes til golfbanen	Pol
18:50		01:26	Første organiserte samle plass (samleclass 1) ved Utvika brygge etableres - Ambulanse 174 kjører ned til Utøya kai med 6 helsepersonell	OUS/VV
18:50		01:26	Beskjed fra Operativ leder Helse om at pasienter fra Utøya skal transporteres til Sundvolden hotel for triage mht. helikoptertransport til sykehus	SO
18:52		01:28	Ambulanseheliokopter 1-2 fra Lørenskog flyr kirurg som sitter fast i trafikken fra Sollihøgda til Ringerike sykehus	VV/ANS
18:55		01:31	Ambulanse 174 forlater Utøya kai med 2 pasienter. Kjører initialt til Sundvolden hotel men snur og kjører til Storøya hvor pasientene blir evakuert til sykehus i ambulanseheliokopter.	SO
18:57		01:33	Det første Bell-helikopteret fra 720-skvadronen tar av fra Rygge	
19:02		01:38	Ambulanseheliokopter 1-2 fra Lørenskog lander Ringerike sykehus med kirurg - går umiddelbart til Storøya /Elstangen	ANS
19:03		01:39	Ambulanseheliokopter fra Dombås lander på Storøya - lege og redningsmann tar del i skadestedsarbeidet	VV
19:05		01:41	Samleclass 2 ved Elstangen/Storøya etablert	OUS
19:05		01:41	Luftambulanseleger starter pasienttransport med ambulanse mot Sundvolden	VV
19:06		01:42	Ambulanseheliokopter 1-1- Lørenskog tar av fra Sollihøgda mot Storøya/Elstangen	ANS
19:08		01:44	Ambulanseheliokopter 1-2 Lørenskog lander på Storøya/Elstangen	VV/ANS
19:08		01:44	Det iverksettes triage av pasienter ved Storøya av lege- og ambulanspersonell	OUS
19:15		01:51	Politiets innsatsstyrke på Utøya mistenker at det kan være ytterligere to gjerningsmenn som har forskanset seg i skolestua på Utøya	Pol
19:16		01:52	Ambulanseheliokopter 1-1 Lørenskog og Ål lander på Storøya/Elstangen	VV/ANS

20:14	02:50	Ambulanshelikopter fra Dombås forlater Storøya med 3 pasienter (pas nr 6-8) til OUS	VV
20:15	02:51	OUS mottar pasient nr. 5 direkte fra Utøya i bilambulanse	VV
20:15	02:51	AMK melder til akuttmottak OUS at det fortsatt er mange skadde og et stort antall døde på Utøya. Området delvis usikret.	
20:16	02:52	Ringerike sh mottar pasient nr 17. Pas overflyttes senere til OUS	VVHF
20:17	02:53	Ringerike sh mottar pasient nr 18.	VVHF
20:19	02:55	Ringerike sh mottar pasient nr 19 og 20 Pas nr 19 overflyttes senere til OUS	VVHF
20:20	02:56	Ringerike sh mottar pasient nr 21. Pas overflyttes senere til OUS	VVHF
20:20	02:56	Ambulanshelikopter Arendal lander og er ledig på Storøya	VV
20:23	02:59	Ringerike sh mottar pasient nr 22. Pas overflyttes senere til OUS	VVHF
20:24	03:00	Ambulanshelikopter Stavanger lander og er ledig på Storøya	VV
20:26	03:02	Ringerike sh mottar pasient nr 23. Pas overflyttes senere til OUS	VVHF
20:27	03:03	Ambulanshelikopter Ål lander og er ledig på Storøya	VV
20:30	03:06	Sea King redningshelikopter fra Ørlandet lander på Storøya	
20:30	03:06	Ringerike sh mottar pasient nr 24.	VVHF
20:31	03:07	OUS mottar pasient nr.6 - 8 direkte fra Utøya med ambulanshelikopter fra Dombås. Returnerer etter avlevering til Storøya	VV
20:32	03:08	Ringerike sh mottar pasient nr 25.	VVHF
20:38	03:14	Ringerike sh mottar pasient nr 26.	VVHF
20:39	03:15	Siste skadde pasient blir transportert ut fra Utøya med ferge.	SO
20:40	03:16	Ringerike sh mottar pasient nr 27.	VVHF
20:40	03:16	Ambulanshelikopter 1-1 fra Lørenskog tar av fra Storøya med en pasient til OUS (pas nr 10)	VV
20:43	03:19	OUS mottar pasient nr.9 direkte fra Utøya med ambulanshelikopter 1-2 fra Lørenskog.	VV
20:44	03:20	Ringerike sh mottar pasient nr 28.	VVHF
20:46	03:22	Ringerike sh mottar pasient nr 29.	VVHF
20:49	03:25	Ringerike sh mottar pasient nr 30.	VVHF
20:51	03:27	Ringerike sh mottar pasient nr 31.	VVHF
20:53	03:29	Ringerike sh mottar pasient nr 32.	VVHF
20:54	03:30	Ringerike sh mottar pasient nr 33.	VVHF
20:55	03:31	Ambulanshelikopter 1-2 Lørenskog forlater OUS og går til Storøya/Elstangen	ANS
20:57	03:33	Ambulanshelikopter fra Dombås lander og er ledig på Storøya	VV
20:57	03:33	Melding til AMK om at det stadig blir funnet døde og skadde på Utøya	
21:04	03:40	OUS mottar pasient nr.10 direkte fra Utøya med ambulanshelikopter 1-1 Lørenskog. Returnerer etter avlevering til Storøya	VV
21:05	03:41	Ambulanshelikopter fra Ål tar av fra Storøya med en pasient (pas nr 11) til OUS	VV
21:05	03:41	Ringerike sh mottar pasient nr 34	VVHF
21:16	03:52	Bærum sh mottar pasient nr 2 fra Utøya	VV
21:17	03:53	Ambulanshelikopter 1-2 Lørenskog lander og er ledig på Storøya	VV/ANS
21:29	04:05	OUS mottar pasient nr.11 direkte fra Utøya med ambulanshelikopter fra Ål.	VV
21:30	04:06	Bærum sh mottar pasient nr 3 fra Utøya	VV
21:30	04:06	Ambulanshelikopter Ål dimiteres fra OUS	VV
21:40	04:16	Bærum sh mottar pasient nr 4 fra Utøya	VV
21:43	04:19	Ambulanshelikopter 1-1 Lørenskog lander og er ledig på Storøya	VV
21:45	04:21	Brigadesjef fra OBRE ankommer Storøya for å starte søk etter personer i vannet. Etter noe tid startes det overflatesøk med mannskaper fra ulike brann- og redningsetater med utgangspunkt i brygga på Utøya.	OBRE
21:45	04:21	Bærum sh mottar pasient nr 5 fra Utøya	VV
21:46	04:22	Ambulanshelikopter Arendal dimiteres fra Storøya	VV

19:17	01:53	Redningshelikopter fra Ørland dirigeres til Sylling	VV
19:20	01:56	Akuttmottaket OUS får melding fra om mange skadde på Utøya men at hjelpemannskapene ikke kommer inn og avventer instruks fra politiet.	
19:21	01:57	Ringerike sh mottar pasient nr 1 fra Utøya	VVHF
19:21	01:57	Politiets innsatsleder på Utøya melder at de har behov for hjelp til evakuering av ca 30 tungt skadde fra sydsiden av Utøya.	Pol
19:23	01:59	Ringerike sh mottar pasient nr 2, 3 og 4 fra Utøya	VVHF
19:25	02:01	Første team med helsepersonell ankommer Utøya i båt	VV
19:27	02:03	Ambulanshelikopter fra Stavanger lander på Sollihøgda og overtar kritisk skadet pasient fra bilambulanse	VV
19:28	02:04	Redningshelikopter fra Ørlandet lander i Sylling	VV
19:28	02:04	Politiets innsatsleder (PO5) reiser spørsmål om helsepersonell kan sendes til Utøya. Får beskjed av NBP at øya ikke er sikret.	Pol
19:29	02:05	Ringerike sh mottar pasient nr 5	VVHF
19:30	02:06	Politiets beslutter å evakuere Utvika brygge på grunn av mistanke om bilbombe	VV
19:30	02:06	Første Bell helikopter fra 720 skvadronen lander på Storøya	
19:30	02:06	Evakuering av pasienter fra Elstangen ved Storøya med helikopter og busser iverksettes	
19:30	02:06	Ringerike sykehus stenger sykehusområdet for andre enn skadde og involverte fra Utøya	RiKo
19:35	02:11	Andre team med helsepersonell ankommer Utøya	VV
19:35	02:11	Ambulanshelikopter 1-1 Lørenskog forlater Storøya med 2 pasienter (pas. Nr 3 og 4) til OUS	VV
19:35	02:11	Luftambulanseleger ankommer samle plass 2, Elstangen ved Storøya	VV
19:36	02:12	Ambulanshelikopter Arendal forlater Storøya med pasient til OUS	VV
19:39	02:15	AMK melder til akuttmottak OUS at det er usikkert om man vil finne flere skadede i regjeringskvartalet. Ambulanser på veg til Utøya - gjerningsmannen er tatt.	
19:40	02:16	Ambulanshelikopter Ål forlater Storøya med pasient til Sykehuset i Drammen	VV
19:41	02:17	Ringerike sh mottar pasient nr 6	VVHF
19:44	02:20	Ringerike sh mottar pasient nr 7 og 8	VVHF
19:45	02:21	Evakuering av samle plass 1 ved Utvika brygge fullført	OUS
19:45	02:21	Bell helikopter nr 2 fra 720 skvadronen lander på Storøya	
19:46	02:22	Ringerike sh mottar pasient nr 9. (Overflyttes senere til OUS ?)	VVHF
19:49	02:25	Pasient nr 2 med lettere skader fra regjeringskvartalet innlegges på Aker sh.	
19:53	02:29	Ringerike sh mottar pasient nr 10	VVHF
19:54	02:30	Ringerike sh mottar pasient nr 11	VVHF
19:57	02:33	OUS mottar første pasient (pas nr 1) direkte fra Utøya med ambulanshelikopter fra Stavanger. Returnerer til Storøya	OUS
19:59	02:35	Ringerike sh mottar pasient nr 12	VVHF
20:00	02:36	OUS mottar pasient nr 2 direkte fra Utøya med ambulanshelikopter fra Arendal. Returnerer til Storøya	VV
20:00	02:36	Legevaktsleger fra Ringerike interkommunale legevakt har etablert utvidet allmenmedisinsk og psykososial legevakt på Sundvolden hotel	RiKo
20:01	02:37	Ringerike sh mottar pasient nr 13	VVHF
20:02	02:38	Sea King redningshelikopter fra Rygge lander på Storøya- lege og redningsmann tar del i skadestedsarbeidet	VV
20:02	02:38	Ringerike sh mottar pasient nr 14	VVHF
20:05	02:41	OUS mottar pasient nr. 3 og 4 direkte fra Utøya med ambulanshelikopter 1-1 fra Lørenskog. Returnerer etter avlevering til Storøya	VV
20:08	02:44	Ringerike sh mottar pasient nr 15	VVHF
20:09	02:45	Ambulanshelikopter 1-2 Lørenskog forlater Storøya med pasient (pas nr 9) til OUS	VV
20:10	02:46	Ringerike sh mottar pasient nr 16	VVHF
20:10	02:46	Ambulanshelikopter Ål leverer pasient Sykehuset i Drammen - returnerer til Storøya (pasienten overflyttes senere til OUS)	VV
20:10	02:46	Bærum sykehus mottar pasient nr 1 fra Utøya. Pasienten overflyttes senere til OUS RH og deretter OUS Ullevål	VV

21:48		04:24	Ambulanshelikopter Dombås dimitteres fra Storøya	VV
21:49		04:25	OUS mottar pasient nr.12 direkte fra Utøya	VV
21:50		04:26	Ambulanshelikopter 1-2 Lørenskog forlater Storøya og flyr til Ringerike sh for overflytting av pasient til OUS	VV
21:57		04:33	Ambulanshelikopter 1-2 Lørenskog lander Ringerike sh	ANS
21:58		04:34	Ambulanshelikopter Stavanger dimitteres fra Storøya	VV
22:15		04:51	Bærum sh mottar pasient nr 6 fra Utøya	VV
22:20		04:56	Bærum sh mottar pasient nr 7 fra Utøya	VV
22:20		04:56	Ambulanshelikopter 1-1 Lørenskog forlater Storøya	OUS
22:44		05:20	Ambulanshelikopter 1-2 Lørenskog forlater Ringerike sh med pasient til OUS	ANS
23:00		05:36	Samlepass 2 ved Elstangen/Storøya avvikles	OUS
23:04		05:40	Ambulanshelikopter 1-2 Lørenskog lander OUS	ANS
23:08		05:44	OUS mottar pasient nr.13 fra Utøya - pas overflyttet fra Ringerike sh	VV
23:22		05:58	OUS mottar pasient nr.14 fra Utøya - pas overflyttet fra Ringerike sh	VV
23:22		05:58	Ambulanshelikopter 1-1 Lørenskog dimitteres fra OUS	VV
23:30		06:06	Søk etter personer i vannet ble avsluttet	OBRE
23:43		06:19	Ambulanshelikopter 1-2 Lørenskog tar av fra OUS mot Ringerike for å hente ny pasient til OUS. Må avbryte pga dårlig vær og returnerer Lørenskog-basen. Pas. Overført OUS med bilambulans	ANS
23:46		06:22	OUS avvikler rød beredskap og iverksetter GUL beredskap	
23:54		06:30	Ambulanshelikopter 1-2 Lørenskog dimitteres fra SBR	VV

LØRDAG 23. JULI				
01:07			OUS mottar pasient nr.15 fra Utøya - pas overflyttet fra Ringerike sh	
01:30			Siste helsepersonell fra OUS forlater Utøya etter å bistått med liksyning.	
02:45			Avdøde fra Regjeringskvartalet fraktes bort fra åstedet og til Rettsmedisinsk institutt	
08:57			Dykkere fra Oslo brann og redningsetat (OBRE) starter søk etter omkomne	OBRE
09:35			OUS mottar pasient nr.16 fra Utøya - pas overflyttet fra Ringerike sh	
11:50			OBRE gjør funn av død person i vannet utenfor Utøya	OBRE
12:45			OUS mottar pasient nr.17 fra Utøya - pas overflyttet fra Ringerike sh	
13:17			OUS mottar pasient nr.18 fra Utøya - pas overflyttet fra Ringerike sh	
16:20			OUS mottar pasient nr.19 fra Utøya - pas overflyttet fra Ringerike sh	
16:27			OUS mottar pasient nr.20 fra Utøya - pas overflyttet fra SAB	

SØNDAG 24. JULI				
21:45			OUS mottar pasient nr.21 fra Utøya - pas overflyttet fra VV, Sykehuset i Drammen	

MANDAG 25. JULI				
			Status OUS: Mottatt til sammen 33 pas. 3 er utskrevet og 1 døde.	

Tidslinje helseforvaltning				
Kl.	Tid 1	Tid 2	Aktivitet	Kilde
FREDAG 22. JULI				
15:25	00:00		Bomben detoneres i Regjeringskvartalet	PoI
15:25	00:00		Ansatte i Beredskapsstaten i Oslo kommune, som har kontorer Arne Garborgs plass 1, ble rammet av eksplosjonen og ble gjennom dette umiddelbart alarmert om hendelsen	OsKo
15:29	00:04		Direktør Lars E. Hanssen (LHA) i Statens helsetilsyn blir varslet av ansatt om eksplosjonen i regjeringskvartalet	Sth
15:32	00:07		Fungerende kommunikasjonsdirektør i HelseDirektoratet, Margrete Halvorsen (MHA), varsler Beredskapsvakten i HelseDirektoratet, Ragnar Salmen (RSA) om eksplosjon i regjeringskvartalet. RSA informerer ass dir. Bjørn Guldvåg (BJG) og avd dir Beredskap, Morten Ranmæl (MRA). MHA informerer fung helsedirektør Toril Lahnstein (TOLAH)	Helse-direktoratet
15:32	00:07		Fungerende administrerende direktør OUS får melding om hendelsen i regjeringskvartalet. Iverksatte innhenting av informasjon og innkalling av beredskapsledelsen ved OUS	OUS
15:34	00:09		LHA varsler departementsråd i HOD, Anne Karin Lande Hasle (AKLH) og landets fylkesleger om eksplosjonen per SMS	Sth
15:34	00:09		Direktoratet for Nødkommunikasjons (DNK) beredskapsvakt og driftsleder ble kjent med eksplosjonen i regjeringskvartalet. Ansvarlig for daglig drift av Nødnett (NSN) blir informert om hendelsen. Deretter direktøren i DNK.	
15:34	00:09		Akerhus universitetssykehus (AHUS) mottar melding fra AMK i Oslo og Akershus om hendelsen i regjeringskvartalet og iverksetter gul beredskap	
15:40	00:15		AKLH kontakter Fung. Dep råd Anne Marie Løseth (AML)	
15:40	00:15		Fylkeslegen i Oslo og Akershus Petter Schou, varsler Fylkesmann Røsjorde om eksplosjonen i regjeringskvartalet	
15:45	00:20		AKLH kontakter helsedirektør Bjørn Inge Larsen (BIL) (som er på veg tilbake til Oslo fra utenlandsreise)	
15:46	00:21		NSN melder til DNK at Nødnett ikke er rammet av hendelsen i regjeringskvartalet.	
15:47	00:22		LHA er i telefonisk kontakt med AKLH	Sth
15:48	00:23		Oslo politikammer varsler Oslo kommunes beredskapsteam	PoI
15:50	00:25		Fung kommunikasjonsdirektør Anne-Brit Bøe i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) varsler fung adm dir Steinar Marthinsen om eksplosjon i Oslo sentrum	HSØ
15:50	00:25		DNK aktiverte systemer for nettverksovervåkning av taletrafikk og radioterminaler i Nødnett.	DNK
15:56	00:31		Fung. Avd. dir. Statens helsetilsyn i kontakt med beredskapsvakten i HelseDirektoratet for å forsikre seg om at HelseDirektoratet er varslet om eksplosjonen i Oslo	Sth
16:00	00:35		Krisestab ved Prehospitallt senter OUS operativ. Ledet av senterleder Arild Østergaard	
16:00	00:35		Fylkesmann Røsjordet og Fylkeslege Schou møtes på fylkesmannskontoret. Kontakter HelseDirektoratet, politimesterne i respektive politidistrikter, Oslo og Akershus Sivilforvarsdistrikt, HV-02, Oslo kommune og Statsministerens kontor for å orientere seg om status, ressurser og behov. FM fant det ikke nødvendig å sette stab men innkaller nøkkelpersonell.	
16:00	00:35		Direktoratet samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) etablerer krise- og rådgivningsstab	
16:00	00:35		Ringerike interkommunale legevakt varsler Ringerike kommunes kriseteam om eksplosjonen i regjeringskvartalet. Kriseteamet settes i beredskap.	RiKo
16:02	00:37		BIL melder til RSA at han er på veg fra Gardermoen til Oslo	Helse-direktoratet
16:03	00:38		Helse- og omsorgsminister Strøm-Erichsen som befinner seg Nord på Svalbard blir orientert om hendelsen per satelittelefon	HOD
16:15	00:50		RSA ankommer HelseDirektoratet og kriseutvalget i HelseDirektoratet settes under ledelse av Fung helsedirektør TOLAH	Helse-direktoratet
16:18	00:53		Kriseledelse i HSØ etablert. Adm dir Bente Mikkelsen er orientert. Oslo universitetssykehus (OUS) har etablert rød beredskap og fått delegert det operative ansvaret for håndtering og koordinering av sykehusene i HSØ. Øvrige HF varslet og bedt om å etablere kapasitet for å kunne støtte OUS.	HSØ
16:24	00:59		Beredskapssjefen ved OUS, Inge Solheim melder til HelseDirektoratet at de har mottatt 10 pasienter fra Regjeringskvartalet og at krisestab er under etablering ved OUS. Sykehusene i Helse SørØst (HSØ) er varslet. Ber HelseDirektoratet kontakte Oslo kommune og Legevakten i Oslo mht kapasitet/behov	
16:24	00:59		Oslo kommunes krisehåndteringsteam melder til politiet at de er etablert i Oslo Rådhus	
16:30	01:05		Regjeringens kriseråd samles i Forsvarsdepartementets lokaler.	
16:30	01:05		DNK opplyser at de var i kontakt med driftsansvarlige for politi, brann og helse som melder at Nødnett fungerte problemfritt.	
16:35	01:10		AHUS høyner beredskapen til rød beredskap	
16:35	01:10		Første meldinger om eksplosjonen i regjeringskvartalet legges ut på OUS hjemmesider og intranett	

16:40	01:15		Helsedirektoratet kontakter ledelsen for legevakten i Oslo som opplyser at legevakten er vel etablert og har behandlingskapasitet. Ber om at Helsedirektoratet tar seg av nasjonale infotiltak	
16:42	01:17		BIL ankommer Helsedirektoratets lokaler i U2 og overtar ledelsen av kriseutvalget	Helse- direktoratet
16:50	01:25		AKLH ber om at HOD kan innløses i Helsedirektoratets lokaler	
16:50	01:25		IT-driftssenter og Krisetelefon i Helsedirektoratet bemannet. Det etableres vakt hold i inngangspartiet ved Helsedirektoratet.	Helse- direktoratet
16:58	01:33		Direktoratet for nødkommunikasjon melder til Helsedirektoratet om økende trafikk på nødnett, men stabilt nett.	
17:00	01:35		Fylkeslege Schou, ankommer Helsedirektoratet for å delta i krisestab, ledet av BIL med tilsammen 7 andre medarbeidere	
17:00	01:35		Krisestaben i Helsedirektoratet vurderer spørsmål om utflytting fra U2, men forkastes. Spm om risikovurdering, herunder sikring av sykehus og legevakt besluttet tatt opp med HOD	Helse- direktoratet
17:05	01:40		OUS etablerer pårørendetelefon for innlagte pasienter	
17:10	01:45		Politiet bekrefter overfor Helsedirektoratet at eksplosjonen i regjeringskvartalet var en bombe.	
17:24	01:59	00:00	Første nødsamtale til AMK-Buskerud om skyting på Utøya	
17:24	01:59	00:00	HSØ i kontakt med HOD og Shdir om rapporteringsrutiner etter hendelsen i regjeringskvartalet	
17:30	02:05	00:06	Sikkerhetssjefen OUS iverksetter skallsikring av sykehuset	OUS
17:34	02:09	00:10	AMK-Buskerud varsler Ringerike interkommunale legevakt (RIL) om skyting på Utøya - legevaktbil mobiliseres	RiKo
17:35	02:03	00:11	Første pressebrief OUS om sykehusets mottak av pasienter fra regjeringskvartalet med fung adm dir og repr for traumeteamet OUS.	OUS
17:35	02:03	00:11	OUS legger ut engelskspråklig informasjon om hendelsen i regjerringskvartalet på sin hjemmeside. Pressesenteret på Søsterhjemme UUS åpnes.	OUS
17:43	02:09	00:19	RIL varsler legevaktsjef Karin Møller om skyting på Utøya - innkaller annen lege og varsler rådmannen i Ringerike og Hole kommune.	RiKo
17:45	02:11	00:21	Ringerike kommunes kriseteam aktiveres	RiKo
17:48	02:23	00:24	Legevaktsjef Karin Møller, Ringerike kommune orienterer kommunelege Bernt Ivar Gaarder i Hole kommune om skyting på Utøya	HoKo
17:49	02:24	00:25	AKLH kontakter sysselmannen på Svalbard og ber om at statsråd Strøm-Erichsen reiser tilbake til Oslo	HOD
17:50	02:25	00:26	Akuttmottaket Ullevål sh orientert om skyting på Utøya - anmoder beredskapsledelsen ved OUS om sikring av sykehuset, herunder politibeskyttelse (se tidslinje utøvende)	
17:55	02:30	00:31	Politiets innsatsleder i Oslo melder at Regjeringens kriseråd er samlet i Forsvarsdepartementets lokaler.	
18:00	02:35	00:36	HSØ legger ut informasjon på egne nettsider hvor man henviser pårørende til info fra OUS, herunder telefonnummer for pårørende	HSØ
18:00	02:35	00:36	Politiet opplyser at pårørendetelefon i Oslo er operativ.	
18:00	02:35	00:36	Kommunelege Gaarder varsler kriseteamleder i Hole kommune Jane Nordhagen. Nordhagen varsler kommunens kriseteam	HoKo
18:00	02:35	00:36	Kommunelege Gaarder kontakter politiet på Sundvolden etablerer seg som fagleder helse Esso Sundvolden/Sundvolden hotel	HoKo
18:03	02:38	00:39	Divisjonsdirektør Cecilie Dae, Helsedirektoratet varsles via SMS fra ansatt om 50 skuddskadde pasienter på Utøya. Dae kontakter fungerende divisjonsdirektør Marit Endresen og informerer henne om dette.	SO
18:03	02:38	00:39	OUS anmoder politiet om vakt hold på ved Ullevål sykehus	
18:07	02:42	00:43	BIL orienterer HSØ om rykter om skyting på Utøya	
18:09	02:44	00:45	Ringerike kommunes kriseteam har klargjort Ringerike hotell for mottak av pårørende	Riko
18:15	02:50	00:51	Kommunelege Gaarder rekvirerer Sundvolden hotel som samleplass for skadde etter avtale med ordfører i Hole kommune.	HoKo
18:15	02:50	00:51	Beredskapsansvarlig ved Ringerike sykehus, Idun Eid, rekvirerer Sollihøgda turistkafe som samlingsplass for skadde etter avtale med ordfører i Hole kommune.	HoKo
18:18	02:53	00:54	Politiet anmodes på nytt om vakt hold på UUS	
18:20	02:55	00:56	Første samhandlingsmøte mellom legevaktsjef RiKo og beredskapsledelsen ved Ringerike sykehus	Riko
18:29	03:04	01:05	Politiet oppretter vakt hold på UUS	
18:30	03:05	01:06	AKLH deltar i Regjeringens kriseråd - Justisdepartementet er lederdepartement	
18:30	03:05	01:06	HSØ avholder telefonmøte med administrerende direktører for HFene i HSØ. Orienterer om situasjonen, herunder økt behov for sikkerhet rundt sykehusene, samt ubekreftede meldinger om skyting på Utøya. Vester Viken HF orienterer om at de har etablert rød beredskap og er i gang med etablering av pårørendesenter på Sundvolden hotel.	

18:30	03:05	01:06	Fylkemannen i Oslo og Akershus, Hans Røsjordet varsler fungerende fylkesmann i Buskerud og Fylkeslege, Ketil Kongelstad om at det foregår skyting på Utøya, usikkert hvor mange ungdommer som var involvert, en større politiaksjon var igangsatt. Kongelstad varsler beredskapsjef Peter Aamodt, og begge reiser til FM kontoret i Drammen for å opprette krisestab. Ila kvelden i kontakt med kommuneoverlegen i Hole, kommuneoverlegen i Ringerike og besøker AMK Buskerud.	
18:30	03:05	01:06	Medlemmer av Hole kommunes kriseteam ankommer Sundvolden hotel og starter registrering av ungdommer som ankommer hotellet fra Utøya.	HoKo
18:30	03:05	01:06	Det opprettes pårørendetelefon ved Sundvolden hotel.	HoKo
18:30	03:05	01:06	OUS legger ut Twittermelding med info om hendelsen i regjeringskvartalet og pårørendetelefon.	
18:33	03:08	01:09	Gjerningsmannen pågripes av politiet på Utøya	Pol
18:40	03:15	01:16	Oslo kommune melder til Helsedirektoratet at de har satt krisestab.	
18:45	03:20	01:21	BIL melder at HOD har satt krisestab i forsvarsdepartementets lokaler.	
18:45	03:20	01:21	Fylkeslege Schou kontakter Fylkeslegen i Buskerud, Kongelstad om hendelsene på Utøya	
18:55	03:30	01:31	AKLH bekrefter at HOD tar i bruk lokaler i U2 fra lørdag morgen	
19:00	03:35	01:36	Politidirektoratet (POD) melder at de ønsker liason fra helsetjenesten. Dette etterkommes, Helene C fra beredskapsavdelingen Helsedirektoratet sendes til POD	
19:00	03:35	01:36	FM Røsjorde i Oslo og Akershus orienterer Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) om situasjonen i Oslo.	
19:15	03:50	01:51	Even Klinkenberg Helsedirektoratet (EKL) har vært i kontakt med ledelsen for alle RHFfor å forsikre seg om at de følger utviklingen av situasjonen	
19:15	03:50	01:51	Legevaktsjef i Ringerike kommune, Karin Møller kontakter kriseledelsen i Hole kommune og opplyser at de har etablert mottak for involverte fra Utøya på Hotel Ringerike i Hønefoss. Avtaler flytting og samordning ved Sundvolden hotel.	HoKo
19:25	04:00	02:01	Beredskapssjefen ved OUS, Inge Solheim kontakter Helsedirektoratet og ber om sikring av de sykehus som mottar skadde – primært Ullevål sh. BIL kontakter AKLH om dette.	
19:30	04:05	02:06	Ringerike sykehus stenger sykehusområdet for andre enn skadde og involverte fra Utøya	RiKo
19:33	04:08	02:09	HODs krisestab innkalles til møte den 23/7 kl.09.00 i Helsedirektoratets lokaler	
19:43	04:18	02:19	HSØ sender første statusrapport til Helsedirektoratet og adm dir i HFene i HSØ	
19:45	04:20	02:21	Fung beredskapssjef i beredskapsetaten Oslo kommune melder til FM at de har satt stab og har hatt møte med ledelsen i Oslo kommune	
19:50	04:25	02:26	Situasjonsforståelse Helsedirektoratets krisestab: 55 skadde, 7 døde i eksplosjonen, 2 kritisk skadde, 8-10 (alvorlig) skadde, minst 5 skadde på Utøya, men melding om 50 skadde , fortsatt uavklart situasjon. Høynet beredskap Vestre Viken HF, OUS og Aker sh. Tilstrekkelig behandlingskapasitet. Tilstrekkelig kapasitet ved Oslo legevakt, tilstrekkelig kapasitet i ambulansetjenesten.	Helse- direktoratet
19:51	04:26	02:27	HOD delegerer ansvar for nasjonal samordning av helsetjenesten til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet gis i oppgave å sende situasjonsrapporter til HOD. AKLH har vært i kontakt med PST om sikkerheten ved Legevakten i Oslo og OUS - venter på avklaring	
20:00	04:35	02:36	Hole kommunes kriseteam har etablerer seg ved Sundvolden hotel	HoKo
20:03	04:38	02:39	HOD mottar statusrapport fra Helse Sørøst RHF.Etablert rød beredskap ved OUS, AHUS og Vestre Viken HF. OUS har det operasjonelle ansvaret og koordinerer spesialisthelsetjenestens innsats.	
20:10	04:45	02:46	Fung adm dir Steinar Marthinsen HSØ informerer styreleder Frode Alhaug om situasjonen	
20:30	05:05	03:06	Statusmøte beredskapsledelsen OUS: OUS mottatt 10 pas fra regjerringskvartalet og 5 fra Utøya. Det er meldt flere pas fra Utøya.	
20:30	05:05	03:06	Hole kommunes ledelse ankom Sundvolden hotel og etablerer kommunens kriseledelse	HoKo
20:45	05:20	03:21	AKLH og statssekretær i HOD, Robin Kåss (RMK) i møte med statsministeren og meste berørte statsråder/embetsverk	
20:40	05:15	03:16	Legevaktsjef i Ringerike kommune, Karin Møller avtaler med politiets innsatsledelse at pasienter uten behandlingstrengende fysiske skader skal utskrives fra Ringerike sykehus og legevakten via psykiatrisk poliklinikk til Sundvolden hotel for registrering	RiKo
21:00	05:35	03:36	HSØ avholder telefonmøte med administrerende direktører for HFene i HSØ - statusgjennomgang.	
21:00	05:35	03:36	HOD mottar 1. situasjonsrapport fra Helsedirektoratet	
21:00	05:35	03:36	Helsedirektoratet starter arbeidet med å koordinere hvilke telefonnumre som skal gjelde for pårørende	
21:15	05:50	03:51	FL Schou orienterer FM om kontakt med fung adm dir. og beredskapssjef Andersgård ved OUS, fagdirektør HSØ Peter Martin og fung sjef for byrådsavdelingen for helse og velferd i Oslo kommune. For øvrig løpende kontakt med Helsedirektør BIL, direktør LHA og kommunaldirektør Bjørg Månun Andersson i byrådsavdelingen for aldre og sosiale tjenester Oslo kommune.	
21:15	05:50	03:51	Statusrapport HSØ: OUS har siden kl 20 mottatt pas fra Utøya, så langt 8 hardt skadde. Fortsatt god kapasitet for mottak av nye pas. Ikke forventet flere fra Regjeringkvartalet.Godt samarbeid med VV og AHUS om kapasitet og fordeling. Vurderer fortløpende behov for overflytting. Etablert psykososialt team. Stor pågang fra pårørende og presse. Fått ekstra telefonlinjer fra Sykehuspartner. Ringerike sh mottatt 35 pas, hvorav 6 skuddskadde ellers mange lettere skadde. En pas til sh i Drammen for opr. meldt ytterligere 2 pas. 2 pas til SAB. AHUS melder om fortsatt god behandlingskapasitet, nok blod og etablert psykososialt team. Sykehusene har etablert økt sikkerhet med vakt hold av innganger.	
21:15	05:50	03:51	OUS legger ut telefonnummer for blodgiver på sine hjemmesider	

21:30	06:05	04:06	Beredskapsledelsen ved OUS beslutter at andre ØH pasienter skal rutes til andre sykehus i Oslo-området (se utøvende)	
21:30	06:05	04:06	Statusmøte beredskapsledelsen OUS: Det vil komme flere pas fra Utøya.Andre ØH pas rutes til andre sykehus	
22:00	06:35	04:36	HSØ informerer Fylkeslege Petter Schou om status	
22:15	06:50	04:51	Pressebrief OUS	
22:30	07:05	05:06	AKLH møter i regjeringens kriseråd	
22:34	07:09	05:10	HSØ sender ny situasjonsrapport til Helseidrettoratet og adm dir for HFene i HSØ basert på telefonmøte kl. 21:15	
22:57	07:32	05:33	Statusmøte beredskapsledelsen OUS: OUS har mottatt 23 pasienter. Beslutter å redusere sykehusets beredskapsnivå til GUL og dimitere et antall ambulanser og personell. Sykehuset vurderes å kunne være mål for evet ytterligere aksjoner. OUS anmoder Helseidrettoratet om å formidle anmodningen om beskyttelse/vakt til politiet.	
23:00	07:35	05:36	HSØ avholder telefonmøte med administrerende direktører for HFene i HSØ - statusgjennomgang.	
23:15	07:50	05:51	Statusrapport HSØ:OUS har mottatt 23 pas - 10 fra regjeringkvartalet og 13 fra Utøya. Venter 2 pas fer Ringerike sh. Forøvrig ikke ventet flere pas til OUS. Ringerike sh mottatt 35 pas, 2 overføres til OUS, 13-15 fortsatt inneliggende, resten utskrevet. En pas til Sh i Drammen, operert, meldt 1 ny pas. 6 pas til SAB. OUS, AHUS og VV trapper ned beredskap til gul. Sykehuset i Vestfold og Telemark avvikler forsterket beredskap.	
23:17	07:52	05:53	Politiet melder til involverte sykehus at alle avdøde skal til obduksjon ved Rettsmedisinsk institutt på RH.	
23:19	07:54	05:55	RMK orienterer Helse- og omsorgsminister Strøm-Erichsen om status	
23:20	07:55	05:56	Ullevål sykehus kontakter avdelingsdirektør Erik Normann i Helseidrettoratet og insisterer på forsterket vakt hold i akuttmottaket som pt er begrenset til to politimenn. Forespørselen formidles til POD via Helseidrettoratets liason i POD, HEC.	
23:30	08:05	06:06	Ringerike sykehus og Ringerike interkommunale legevakt avvikler rød beredskap	RiKo
23:30	08:05	06:06	Statsministeren, RMK, og BIL besøker Oslo universitetssykehus, Ullevål (OUS)	
23:37	08:12	06:13	Helseidrettoratet sender første statusrapport til landets FM og RHFer basert på statusgjennomgangen kl. 21:00	
23:37	08:12	06:13	Helseidrettoratet legger ut første melding om hendelsene på Helseidrettoratet.no	
23:41	08:16	06:17	POD tar anmodningen om forsterket vakt hold på Ullevål alvorlig og vurderer bruk av politireserven og/eller UP	
23:47	08:22	06:23	Helseidrettoratets liason i POD melder om 72 døde på Utøya	
23:58	08:33	06:34	HSØ sender statusrapport til HFene i HSØ. Status: OUS har mottatt i alt 23 pasienter 10 fra Oslo og 13 fra Utøya. 2 pasienter planlegges overflyttet fra Ringerike sykehus ila kvelden/natten. Det ventes ikke flere pas til OUS. Ringerike sh har mottatt 35 pasienter, 2 overføres OUS for videre behandling. 13-15 pas fortsatt inneliggende, en pas mottatt og operert ved sykehuset i Drammen, meldt en pas til. 6 pas sendt til Sykehuset Asker og Bærum. OUS, AHUS og Vestre Viken trapper ned beredskapen til gul. Sykehuset i Vestfold og Telemark avslutet forsterket beredskap.	

LØRDAG 23. JULI				
00:01	08:36		Kriseledelsen hos Fylkesmannen i Buskerud gjennomgår situasjonen. Situasjonsforståelse: 72 omkomne på Utøya, 35 skadde brakt til Ringerike sykehus. Innsatsen fra politi og helse har vært bra og etatene har nødvendige ressurser. Fylkesmann Kirsti Kolle Grøndahl er på ferie i Nordland. Mangel på ledige flyseter gjør at hun ikke kan innfinne seg før søndag 24/7.	
00:01	08:36		HSØ sender ny situasjonsrapport til Helseidrettoratet og adm dir for HFene i HSØ	
00:02	08:37		Helseidrettoratet legger ut første informasjon om hendelsene på Helsenorge.no	
00:22	08:57		Helseidrettoratet sender andre statusrapport til landets FM og RHFer basert på statusgjennomgangen kl. 21:00	
01:10	09:45		Helseidrettoratets liason i POD melder at politireserven er innkalt for vakt hold på Ullevål sh	
01:17	09:52		RMK har møte med AKLH om status	
01:20	09:55		Fung adm dir Steinar Marthinsen HSØ informerer adm dir Bente Mikkelsen om situasjonen	
01:25	10:00		Helseidrettoratet kontakter kommunelege Gaarder i Hole kommune og forsikrer seg om at de har nødvendige ressurser for psykososial oppfølging. Gaarder opplyser at man har tilstrekkelige ressurser	
02:00	10:35		Helseidrettoratets liason i POD melder at antallet døde på Utøya er justert opp til 84.	
03:00	11:35		Helseidrettoratet i kontakt med politiet som opplyser at pårørendesenteret ved Thon Hotel Sandvika er avviklet og flyttet til Sundvolden hotel og Ringerike hotell.	
03:45	12:20		Helseidrettoratets liason i POD melder om gjentatte henvendelser om at politiets system for kollegastøtte og oppfølging fra Hjelpe24 er utilstrekkelig	
04:45	13:20		Helseidrettoratets liason i POD melder at kun ett pårørende-telefonnummer er operativt; 81502800. Øvrige telefonnummer som ligger på Helseidrettoratets hjemmeside må fjernes	
04:50	13:25		Strøm-Erichsen forlater Longyearbyen, Svalbard i fly	

05:00	13:35		RMK har møte med justisminister Storberget	
07:00	15:35		Kriseledelsen HSØ møtes	
07:20	15:55		HSØ sender ny situasjonsrapport til Helseidrettoratet og adm dir for HFene i HSØ: Opplyser siden sist at en pas fra Sykehuset Asker og Bærum overført OUS. OUS mottatt i alt 26 hardt skadde. Ingen døde etter ankomst. Ingen nye pas etter kl. 01.00. Eget pårørendetelefonnummer opprettet ved OUS og Vestre Viken.	
07:45	16:20		Strøm-Erichsen lander på Gardermoen	
07:57	16:32		Kriseledelsen hos Fylkesmannen i Buskerud har varslet kommunene i Buskerud om å opprette beredskap for å ivareta rammede og berørte.	
08:00	16:35		AKLH møter i regjeringens kriseråd.Utilstrekkelige ressurser for psykososial oppfølging av ansatte involverte departementer. HOD påtar seg å bistå i arbeidet med å finne ytterligere ressurser.	
08:00	16:35		Møte i Helseidrettoratets kriseutvalg. Situasjonsforståelse: Til sammen 84 personer er bekreftet døde på Utøya og i Oslo.Det antas å ha vært mellom 550 - 750 personer på Utøya. Helseidrettoratet har mottatt en foreløpig og ufullstendig navneliste. Helseidrettoratet har bedt HSØ om navneliste på de som er registrert inn i sykehus i HSØ. Tilstrekkelig kirurgisk kapasitet i sykehusene. 26 personer brakt til OUS, 8 til Sykehuset Asker og Bærum, 35 til Ringerike sh, 2 til Aker sh. AHUS i beredskap. Tilsammen 90 personer behandlet ved Skadelegevakt/Oslo legevakt. Alle kommuner har etablert kriseteam for psykososial oppfølging. Helseidrettoratets veileder om krisestøttarbeid legges ut på netett ila dagen.	
08:00	16:35		Politi/kommunehelsetjenesten i Hole kommune ber om bistand fra Helseidrettoratet til håndtere lister over involverte, savnede og pårørende, samt bistå ift spørsmål fra pårørende. Helseidrettoratet sender to ansatte til Sundvolden hotel.	
08:00	16:35		HSØ kontakter fagdirektørene i OUS ig Vestre Viken HF for å utarbeide navnelister på skadde som er behandlet ved sykehusene. Navnelistene skal videreformidles til politiet	
08:00	16:35		Statusmøte beredskapsledelsen OUS: OUS har mottatt 27 pasienter. Ingen nye pasienter etter kl. 03. Fortsatt behandlingsskapasitet.	
08:54	17:29		Helseidrettoratet kontakter HSØ med anmodning om at OUS bare henviser til poliets pårørendetelefonnummer	
09:00	17:35		Møte i HODs krisestab i Helseidrettoratets lokaler i U2. Strøm-Erichsen, Helseidrettor BIL, assisterende helseidrettor Bjørn Guldvåg og RMK deltar under deler av møtet	
10:00	18:35		Strøm-Erichsen møter med statsministeren og repr for de mest berørte departementer	
10:00	18:35		HOD legger ut informasjon om myndighetenes håndtering av hendelsene, samt informasjon til ansatte i HOD på regjeringens hjemmesider	
10:00	18:35		Helseidrettoratet har første møte med NKVTS om retningslinjer for psykososial oppfølging av involverte, etterlatte og innsatspersonell	
10:00	18:35		Pressebrief OUS	
11:00	19:35		Utvidet kriseledelse hos Fylkesmannen i Buskerud avholder møte ledet av assisterende fylkesmann Runar Schau Carlsen.	
11:00	19:35		Helseidrettoratet har telefonmøte med alle RHFene	
11:00	19:35		Statusmøte beredskapsledelsen OUS: 19 av pasientene mottatt ved OUS alvorlig skadd. Pårørendesenter for etterlatte etablert på RH. Rettsmedisinsk kapasitet under etablering.	
12:00	20:35		Helseidrettoratet har telefonmøte med fylkesmennene (FM). Det gis beskjed om at foreløpig oppdragsbrev vil bli sendt FM til uttalelse innen kl 14. Oppdraget vil være å: 1. sikre at alle kommuner har etablert kriseteam og bekjentgjort tif nr. 2.Kommunene er kjent med Helseidrettoratets veileder for krisestøtethåndtering, 3. skaffe oversikt over kontakt tilfr. for berørte kommuner 4. Daglig rapport til Helseidrettoratet innen kl. 07.30	
12:00	20:35		Pressebrief OUS	
12:20	20:55		DNK trapper ned egen beredskap ift monitorering av Nødnett til normal beredskap	
12:30	21:05		Helse- og omsorgsminister Strøm-Erichsen besøker Sundvolden hotel	
12:53	21:28		HSØ sender ny situasjonsrapport til Helseidrettoratet og adm dir for HFene i HSØ. Siden sist rapport: OUS venter overføring av 4 pasienter fra andre sh. Ringerike sh planlegger overflytting av en pas til OUS/Sykehuset i Vestfold, en til UNN og en til SUS. Etablert pårørendesenter ved Vestre Viken - Ringerike og drammen sh., samt OUS. Det opprettes pårørendesenter ved RH til døde som skal til rettsmedisinsk obduksjon i samarbeid med politiet. Sykehuset Østfold sendte flere ambulanser til Oslo/Utøya. Disse ble erstattet med ambulanser fra Sverige og Røde kors. Sykehuspartner, Helsevesenets driftsorganisasjon og det regionale forsynings-senteret har hatt økt bemanning det siste døgnnet.	
13:00	21:35		HSØ avholder telefonmøte med administrerende direktører for HFene i HSØ - statusgjennomgang.	
13:29	22:04		Helseidrettoratet sender ut foreløpig oppdragsbrev til FM	
13:30	22:05		Møte i Helseidrettoratets kriseutvalg.	
14:00	22:35		HSØ oppretter regional styring av intensivkapasiteten i HSØ. OUS koordinerer arbeidet.	
14:30	23:05		HSØ oppretter ruting av pasienter med behov for Ø-hjelp gastrokirurgi og ortopedi fra OUS opptaksområde til AHUS	
15:00	23:35		HSØ orienterer Fylkeslege Petter Schou om situasjonen, herunder behov for omdirigering av pasienter pga kapasiteten ved OUS.	

15:30	24:05		HSØ sender oppdatert statusrapport til Helsedirektoratet og adm dir i HFene i HSØ. Opplyser bla.at OUS utover dagen har hatt behov for omdirigering av pasienter med behov for ØH til andre sykehus i hovedstadsområdet.	
18:00	26:35		Helse- og omsorgsminister Strøm-Erichsen besøker Ringerike sykehus og Bærum sykehus	
18:30	27:05		AKLH møter i regjeringens kriseråd	

SØNDAG 24. JULI				
07:20			HSØ sender ny situasjonsrapport til Helsedirektoratet og adm dir for HFene i HSØ. Opplyser at OUS behandler 31 pasienter, hvorav 20 er kritisk skadd. En pas sendt til SUS.Daglige telefonkonferanser om intensivkapasitet i regionen.	
09:00			Møte i kriseledelsen HSØ	
10:00			Kriseledelsen hos Fylkesmannen i Buskerud bekrefter at alle kommuner i Buskerud har lagt ut telefonnummer på sine hjemmesider som rammede og berørte kan benytte ved behov. Telefonnummerene er også lagt ut på Fylkesmannens hjemmesider	
10:30			Statusmøte beredskapsledelsen OUS: 18 hardt skadde pasienter. En døde i natt.	
11:00			Møte i Helsedirektoratets kriseutvalg: Situasjonsforståelse; 92 personer døde, 4 savnet. OUS melder om 18 alvorlig/kritisk skadde, samt 20 lettere skadde, Vestre Viken, Drammen sh 1 kritisk skadet. Alle kommuner har etablert kontaktelefon. Telefonlister til kriseteam i kommunene sendt Kripos.	
11:00			Strøm-Erichsen deltar i minnegudstjeneste Oslo Domkirke	
12:00			OUS iverksetter GRØNN beredskap	
13:00			Møte i Helsedirektoratet vedrørende Nasjonalt samarbeidsorgan for oppfølging av berørte	
14:00			Kongehuset besøker OUS, Ullevål sh	
14:00			HOD mottar 2. situasjonsrapport fra Helsedirektoratet	
14:00			Kongehuset besøker OUS, Ullevål sh.	
15:00			HSØ avholder statusmøte med adm dir i HFene i HSØ	
16:00			Strøm-Erichsen og helsedirektør BIL deltar i møte med Regjeringens kriseråd	
			Kommuneoverlegen i Ringerike kontakter Fylkeslegen i Buskerud og anmoder om bistand til å lede/organisere debrifing av innsattpersonell. Fylkeslegen kontakter Helsedirektoratet om dette. Helsedirektoratet beslutter å sende tidl. kommuneoverlege i Bærum og fylkeslege i Akershus, Anders Smith for å bistå.	
			Helsedirektoratet inviterer frivillige organisasjoner, offentlige og private fagmiljøer til en nasjonal samarbeidsgruppe for å samordne og sikre samarbeidet på det psykososiale området etter hendelsene.	
			Helsedirektoratet publiserer Veileder i psykososial krisestøttearbeid på internett	

MANDAG 25. JULI				
07:15			HSØ sender ny situasjonsrapport til Helsedirektoratet og adm dir for HFene i HSØ. Status: OUS mottok i alt 32 pas. 3 er skrevet ut. En er død etter ankomst. 18 av 28 inneliggende pasienter er hardt/kritisk skadet. Vestre Viken har innlagt 2 pas ingen livstruende skadet. Sykehuset i Østfold har mottatt 4 pas 3 fra Ringerike 1 fra OUS. AHUS mottatt 5 øh pas. innen gastrokirurgi og ortopedi, samt en intensivpas etter omringing fra OUS opptaksområde. Sykehuspartner bistår Rettsmedisinsk institutt med å øke IT-kapasiteten.	
08:30			Møte i kriseledelsen HSØ	
09:00			Atle Brynestad overtar som fung adm dir for HSØ og leder for kriseledelsen i HSØ	
09:00			Møte i Helsedirektoratets kriseutvalg: Situasjonsforståelse; 86 personer døde på Utøya og i Oslo, hvorav en døde på OUS, 18-19 pasienter alvorlig/kritisk skadde innlagt ved OUS	
09:00			HOD flytter inn i erstatningslokaler hos Helsedirektoratet i U2.	
09:08			HOD mottar 3. situasjonsrapport fra Helsedirektoratet	
14:00			Strøm-Erichsen deltar på pressekonferanse med Kunnskapsministeren og Barne- og likestillingsministeren om hvordan man bør forholde seg til barn og informasjon om terroraksjonene	
22:00			AKLH deltar i Regjeringens kriseråd som fastslår at krisen er over. Kriserådet erstattes av "Gjenoppbyggingsråd" ledet av FAD	

TIRSDAG 26. JULI				
07:20			HSØ sender ny situasjonsrapport til Helsedirektoratet og adm dir for HFene i HSØ: OUS innlagt 25 pas hvorav 18 ved intensiv/overvåkingsavd en pas innlagt ved Ringerike sh. AHUS har gjennom helgen mottatt 10-12 fødende fra OUS for å spare anestesiresurser. Vestre Viken Hf gjennomfører debrifing av de som har vært involvert fra khtj, shtj, og frivillige fra Røde kors.	
08:30			Møte i kriseledelsen HSØ	

09:00			Møte i Helsedirektoratets kriseutvalg: Situasjonsforståelse: Totalt 76 døde, 68 fra Utøya, 8 i Oslo. Det foreligger oversiktslister over skadde, døde og savnede, samt hvilke kommuner som er direkte berørt av krisen.	
11:00			Ruting av ortopediske øh pasienter til AHUS avvikles, Ruting av gastorkirurgiske øh opprettholdes	
12:30			Møte mellom HSØ og fagdirektør OUS. OUS ber om at HSØ hjelper dem med å begrense besøksvirksomheten noe pga hensynet til pasienter og pårørende, men også pga arbeidsbelastningen for sykehuset.	
			To ansatte i Helsedirektoratet tilrettelegger for debrifing av ansatte i HOD	
			Anders Smith overtar koordineringen av psykososial oppfølging av innsattpersonell på Sundvolden hotel	
			Helsedirektoratet etablerer en tverrfaglig prosjektgruppe som skal forberede besøk til Utøya for overlevende og pårørende	

ONSDAG 27. JULI				
07:00			Statusrapport HSØ: OUS 25 pas hvorav 17 på intensiv eller overvåkingsavdeling. Vestre Viken ingen pas fra hendelsen. AHUS mottatt 10 gastrokirurgisk pas + en int pas fra OUS opptaksområde. Psykiater fra AHUS bistår OUS i arbeid med pasienter som var direkte rammet, samt pårørende til disse. Vestre viken har gjennomført debrief av hp fra khtj og shtj, samt noen journalister og personell ved Sundvolden hotel. Debrifingen skjer under veiledning av Atle Dyregrov fra Senter for krisepsykiatri. OUS arbeider med oppfølging av egne ansatte.	
09:00			Møte i Helsedirektoratets kriseutvalg.	

TORSDAG 28. JULI				
07:00			Statusrapport HSØ: OUS innlagt 23 pas hvorav 17 int/overvåkingsavd. ØH gastropas rutes fortsatt til AHUS som har inneliggende 12 gastrokir pas + 4 andre øh pas og en nyfødt fra OUS opptaksområde.	
09:20			Møte i Helsedirektoratets kriseutvalg. Helsedirektoratet har mottatt informasjon om at befolkningen i enkelte kommuner opplever det vanskelig å få kontakt med hjelpeapparatet og/eller fastlege. Dette tas opp med FM i telefonmøte kl. 11.15. Det sendes videre ut et oppdragsbrev til FM om oppfølging av kommunenes kriseteam og utvidede ansvar for det psykososiale oppfølgingstilbudet.	
14:00			Ruting av gastrokirurgiske pasienter til fra OUS opptaksområde til AHUS oppheves	
			Helsedirektoratet gir innspill til Regjeringen ift personer med helsefaglig bakgrunn med helsearbeid til 22. juli kommisjonen	
			Helsedirektoratet har etablert nasjonalt samarbeidsprosjekter for psykososial oppfølging fordelt på 3 organer; Nasjonalt samarbeidsutvalg (30-40 medl), Ekspertgruppe (ca 20 medl) og Arbeidsutvalg (repr fra NKVTS, Ap, Senter for krisepsykologi og Helsedirektoratet) (ca 6-8 medl)	

FREDAG 29. JULI				
07:00			Statusrapport HSØ: OUS innlagt 23 pas hvorav 18 ved int/ova. AHUS totalt 21 gjestepas fra OUS opptaksområde	
09:30			Møte i Helsedirektoratets kriseutvalg.	
12:00			Kriseledelsen ved HSØ avvikles	
09:30				

ONSDAG 3. AUGUST				
			Politiet avvikler pårørendetelefon	

FREDAG 5. AUGUST				
			OUS beredskap avvikles	

TIRSDAG 11. OKTOBER				
			Siste pas utskrives fra OUS til Sunnaas sh	





Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no