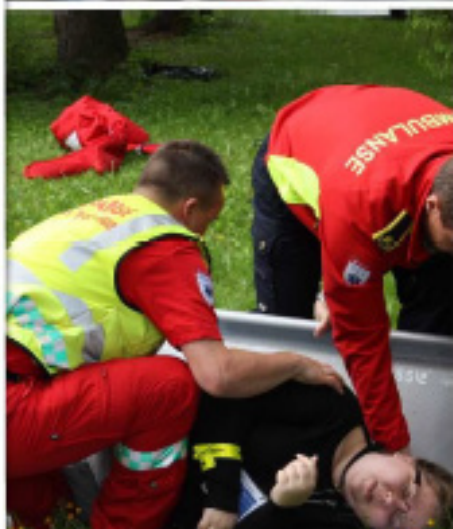


Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested

Nasjonal veileder

IS-2536



Publikasjonens tittel: Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested
Utgitt: 2020
Publikasjonsnummer: IS- 2536

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling akuttmedisin og beredskap
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo

Tlf.: 810 20 050
www.helsedirektoratet.no

Forsidefoto: Evind Nordvik Hauge / Helsedirektoratet
Figurer: Simen Gulliksen | Melkeveien Designkontor as





Forord

Innsatspersonell fra politi, brann og helsetjenesten samarbeider nesten daglig om rednings-innsats på mindre skadesteder. Masseskadehendelser og storulykker er derimot meget sjeldne og utgjør en særlig utfordring både for de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og øvrige nødetater og andre samvirkepartnere.

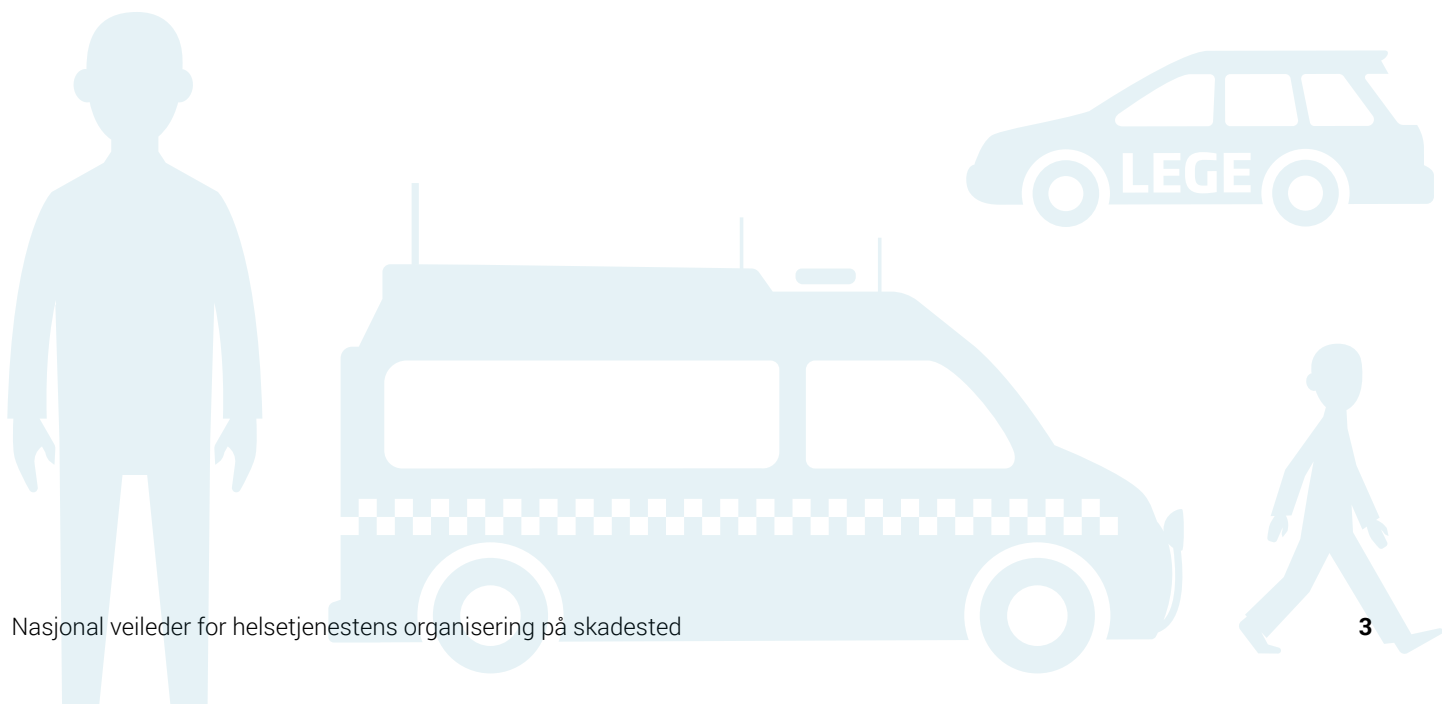
Hovedfokus for denne veilederen er å avklare ansvarsforhold og å skissere sentrale prinsipper og hovedoppgaver for helsetjenestens innsats både ved mindre hendelser, og ved storulykker og masseskadehendelser der ressurser fra flere nødetater samvirker.

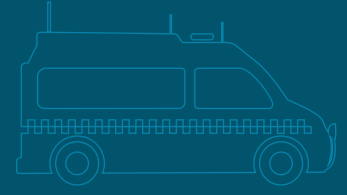
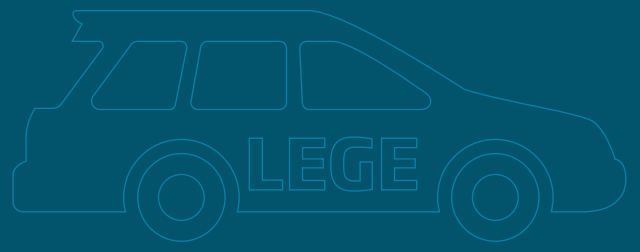
Å etablere en felles modell for helsetjenestens organisering på skadested har vært viktig, både for å styrke helsetjenesteinnsatsen ved ulykker og andre større hendelser, men også for å sikre at innsatspersonell fra alle nødetatene har en felles forståelse av hvordan effektiv

helseinnsats kan bidra til å redde liv og begrense skade. Veilederen har blitt oppdatert etter nyttegivelse av Håndbok for redningstjenesten og Nasjonal veileder for planverk og samvirke i redningstjenesten. Denne versjonen har utvidet omtalen av samvirkepartnere utenfor nødetatene, og gjelder også ved sikkerhetspolitisk krise og væpnet konflikt.

Veilederen skal danne grunnlag for opplæring og øving, både etatsspesifikt og i samarbeid mellom de ulike nødetatene og andre redningsressurser. At større hendelser opptre sjelden innebærer behov for systematisk opplæring og øving for å sikre at tjenestene er rustet til å håndtere slike hendelser på en god måte.

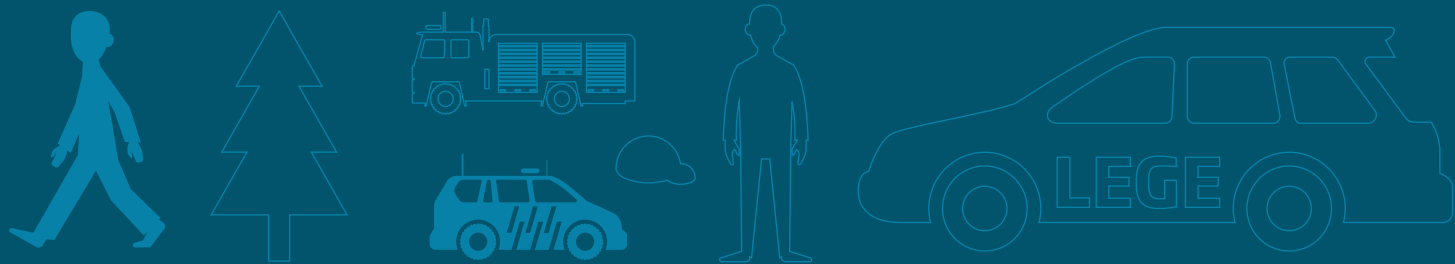
Bjørn Guldvog
Helsedirektør





Innhold

1. Innledning	5
1.1 Om veilederen	5
1.2 Avgrensning	5
2. Rammebetingelser og faglige føringer	7
2.1 Redningstjenesten	7
2.2 Tverretattlig samvirke	9
2.3 Helsetjenesten	13
3. Ledelse av helsetjenestens innsats	15
3.1 Fleksibel ledelsesorganisasjon	15
3.2 Fordeling av lederroller	15
3.3 Innsatsleder helse (IL HELSE)	16
3.4 Medisinsk leder helse (MLH)	17
3.5 Andre aktuelle lederroller helse	17
3.6 AMKs rolle	18
3.7 Legevaktsentralens rolle	19
4. Implementering	26
4.1 Tiltakskort	20
4.2 Varsling og utrykning	22
4.3 I innsatsområdet	23
5. Implementering	26
6. Referanser	27



1. Innledning



1.1 Om veilederen

Helseinnsatsen på et skadested vil primært være rettet mot å yte akutt helsehjelp til pasienter med ulike skadetilstander. Sekundært å yte akutt psykososial innsats overfor involverte uten alvorlige eller livstruende fysiske skader.

Et oppdatert planverk for helseinnsatsen på et skadested er viktig for planlegging og øvelse av helsetjenestens spesifikke innsats ved ulykker og andre større hendelser, men er også et virkemiddel for å sikre at øvrig innsattpersonell fra politi, brannvesen og andre samvirkeaktører har en felles forståelse av hvordan effektiv helseinnsats kan bidra til å redde liv, begrense skade og lindre lidelse.

Redningstjenesten i Norge utøves som et samvirke mellom offentlige organer, frivillige organisasjoner og private virksomheter og personer, under ledelse og koordinering av to hovedredningssentraler og underordnede lokale redningssentraler¹.

Planverket for redningstjenesten kan beskrives som tredelt, der redningstjenesten har felles og tverretatlige dokumenter som Håndbok for redningstjenesten og Nasjonal veileder for planverk og samvirke, helsetjenesten har nasjonale normative dokumenter som denne veilederen og Nasjonal veileder for Nødnett i helsetjenesten, mens regionale og lokale planer og prosedyrer beskriver hvordan helseforetak og kommuner operasjonaliserer de prinsippene som er skissert i de overordnede dokumentene.

1.2 Avgrensning

En nasjonal veileder skal beskrive hovedregler og hovedprinsipper for organisering i innsats-området og er ikke ment som en lærebok i skadestedsarbeid eller medisinsk behandling. Dette innebærer bl.a. at man ikke kan beskrive alle fasetter og eventualiteter. Det gis heller ikke faglige retningslinjer for behandling av ulike skadetilstander eller detaljerte krav til lokalt planverk.

Veilederen omhandler de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, som omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste.² Veilederen vektlegger ledelse av helsetjenestens innsats i redningsaksjoner i samvirke med nødetatene og andre bistandsressurser, og dekker således ikke alle aktiviteter og tiltak som inngår i den samlede krisehåndteringen. Beredskapstiltak og styringslinjer i sykehus og kommuner berøres i liten grad; likeledes arbeidet i redningssentraler, hos fylkesmenn og sentrale helsemyndigheter. Legevaktsentraler (LVS) og akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK) har flere steder viktige oppgaver knyttet til å mobilisere og legge til rette for kommunens eller helseforetakets kriseledelse. Slike forhold hører hjemme i lokale planer og er ikke omhandlet i denne veilederen.

Langvarige hendelser uten akutt innsats på et avgrenset skadested er ikke omtalt spesielt i veilederen. Hovedvekten i fremstillingen er lagt på alvorlige hendelser³, men prinsippene gjelder også ved katastrofe og når det er hensiktsmessig ved mer ordinære redningsoppdrag. Veilederen gjelder også ved sikkerhetspolitisk krise og væpnet konflikt.

¹ Organisasjonsplan for redningstjenesten, Justis- og beredskapsdepartementet 2015

² Akuttmedisinforskriften, Helse- og omsorgsdepartementet 2015, §2

³ Håndbok for redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018, s 33-34

Viktige overordnede rammebetingelser og faglige føringer er å finne i allerede utgitte veiledere og prosedyrer som det bla. refereres til i kapittel 2, men som ikke gjen- gis i detalj på en slik måte at denne veilederen erstatter behovet for å sette seg inn i de aktuelle dokumentene.

Veilederen henter sine eksempler fra redningstjeneste på land. Redningstjenesten i Norge er integrert, noe

som innebærer at den omfatter alle typer redningsak- sjoner knyttet til land-, sjø- og luftredningstjeneste.⁴ Ved skadested på sjø og i lite tilgjengelige områder gjelder fortsatt prinsippene i denne veilederen. For eksempel vil organisering og håndtering kunne være den samme på mottakssted på land, om bord på stor båt eller oljeinstallasjon selv om skadestedet er i sjø.



⁴ Organisasjonsplan for redningstjenesten, Justis- og beredskapsdepartementet 2015



2. Rammebetingelser og faglige føringer

Denne veilederen tar utgangspunkt i sentrale prinsipper for redningstjenesten og den nasjonale helseberedskapen.^{5,6}

Det overordnede målet for aktørene som samvirker på et skadested er å redde mennesker fra død eller skade som følge av akutte ulykkes- eller faresituasjoner. Dette betyr konkret at ressursene primært settes inn på oppgaver som øker sjansen for livberging. Helseinnsatsen skal i tillegg bidra til å lindre lidelse, forebygge komplikasjoner og senskader, og ivareta grunnleggende omsorgsbehov overfor pasienter og pårørende når den livreddende virksomheten er tilført tilstrekkelige ressurser. Helsepersonell skal sekundært bistå samarbeidende nødetatene med oppgaver de ikke har ressurser til å dekke av sikkerhetsmessig, ulykkesforebyggende og verdibeskyttende art.

Innsatspersonellets og pasientenes sikkerhet må ivaretas under hele aksjonen. Ved vedvarende faresituasjoner på skadestedet vil dette bl.a. kunne ivaretas gjennom rask evakuering av pasienter til sikkert område før videre undersøkelse og behandling. Et eksempel på dette vil være helsepersonellets primær oppgave ved aksjoner mot pågående livstruende vold (PLIVO).

2.1 Redningstjenesten

Redningstjenesten er den offentlig organiserte innsatsen fra flere samvirkepartnere for å redde mennesker fra død eller skade som følge av akutte ulykkes- eller faresituasjoner, og som ikke blir ivaretatt av særskilt opprettede organer eller ved særskilte tiltak.⁷ Når nødetatene samvirker ved dagligdagse ulykker og hendelser er det som regel ikke definert som redningstjeneste, og redningssentralene er ikke involvert. Hva som utløser overgang til redningstjeneste er en vurdering i det enkelte tilfellet og er gjerne knyttet til behov for ressurser utover det nødetatene selv besitter.⁸

Søk- og redningsaksjoner på sjøen og i kystnære farvann koordineres normalt av Hovedredningssentralen (HRS), mens Lokal redningssentral (LRS) koordinerer aksjoner på land og i innsjøer og vassdrag. Aksjonene ledes på tre nivåer: Taktisk (innsatsstyrkene og deres organisering og ledelse på og ved innsatsområdet, som omtalt videre i denne veilederen), operasjonelt (LRS eller HRS) og strategisk (redningsledelsen ved LRS eller HRS).⁹

I noen tilfeller koordinerer LRS også aksjoner i kystnære farvann. Dette setter særskilte krav til nødetatenes planer for samband, fordi kommunikasjonen ikke primært vil foregå på Nødnett.

5 Håndbok for redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018

6 Nasjonal helseberedskapsplan, Helse- og omsorgsdepartementet 2018

7 Organisasjonsplan for redningstjenesten, Justis- og beredskapsdepartementet 2015

8 Håndbok for redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018

9 Håndbok for redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018

2.1.1 Prinsipper for redningstjenesten

Samvirkeprinsippet: Redningstjenesten utøves som et samvirke mellom offentlige etater, frivillige organisasjoner, private virksomheter og personer. Alle offentlige etater som har kapasitet, informasjon eller kompetanse egnet for redningsformål, plikter å bidra i redningstjenesten med til enhver tid tilgjengelige kapasiteter, kompetanse og fullmakter. Samvirkeprinsippet innebærer at alle aktører har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke både i det forberedende arbeidet og under redningsaksjoner.

Ansvarsprinsippet: Det organet som har ansvar for funksjoner eller oppgaver til daglig, har også ansvaret for disse under en redningsaksjon, uavhengig av omfang og årsak til denne.

Prinsippet om integrert tjeneste: Redningstjenesten er en integrert tjeneste, noe som innebærer at den omfatter alle typer redningsaksjoner knyttet til land-, sjø- og luftredningstjeneste.

Koordineringsprinsippet: Redningstjenesten koordineres i forberedelser og innsats gjennom hovedredningssentralene og underlagte lokale redningssentraler (operasjonssentralen i politidistriktet ivaretar funksjonen som lokal redningssentral¹⁰).

Likhetsprinsippet: Den nasjonale helseberedskapen baserer seg i tillegg på likhetsprinsippet som innebærer at den organisasjonen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig. Dette innebærer bl.a. at det er lokal AMK og LVS, altså de som dekker det geografiske området hvor en hendelse har inntruffet, som har ansvar for å mobilisere ressurser og iverksette helsetjenestens innsats ved ulykker eller andre hendelser. Det er politiets ansvar å iverksette, lede og organisere redningsinnsats der menneskers liv og helse er truet¹¹. Ansvarsforholdet endres ikke selv om politiet ikke fysisk er til stede¹².

2.1.2 Hastegrad og nivå på hendelsen

- Ved mottak av melding om hendelser vurderer hovedredningssentralene hastegraden av hendelsene etter internasjonalt regelverk i: Usikkerhet (hendelse som undersøkes nærmere, uten å sende søk- og redningsressurser), Beredskap (hendelse med personer som kan trenge assistanse, men ikke er i umiddelbar nød) og Nød (mottatt nødmelding eller observasjoner av personer i nød).
- Politiet, helsetjenesten og andre samvirkeaktører benytter ulike systemer for hastegradsvurdering og prioritering av oppdrag i daglig drift, tilpasset den enkelte virksomhetens oppgaver og behov. AMK og LVS gjør selvstendige vurderinger av hastegrad ved utalarming av ressurser til redningsoppdrag, som oftest HASTER (f.eks. søk, ikke kjent skade hos den savnede) eller AKUTT (f.eks. snøskred).
- Redningsoppdrag klassifiseres i tre nivåer ut fra hvor omfattende hendelsen er. Redningsoppdrag (nivå 1, vanlig ulykke eller redningsoppdrag), alvorlig hendelse (nivå 2, høyt antall skadde, kompleks evakueringssituasjon, behov for bistand utenfor egne ressurser på vakt i området) og katastrofe (hendelse som er så stor at det vil kreve ressurser og innsats i et nasjonalt perspektiv).¹³

2.1.3 Stadiene i en redningsaksjon

Gjennomføringen av redningsaksjoner foregår i fem faser: Stadium 1 Første melding (melding om eller observasjon av personer i mulig nød), Stadium 2 Første tiltak (tidlige tiltak mens man innhenter og evaluerer utfyllende informasjon), Stadium 3 Planlegging (utarbeide spesifikke operasjonsplaner), Stadium 4 Operasjon (alle aktiviteter involvert i selve operasjonen) og Stadium 5 Avslutning (retur av redningsressurser, etterarbeid).

10 PBS I, Politidirektoratet 2011

11 Politiloven, Justis- og beredskapsdepartementet 1995, § 27 og Politiinstruksen, Justis- og beredskapsdepartementet 1990, §12-2

12 PLIVO, Helsedirektoratet m.fl. 2017

13 Håndbok for redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018

Stadium 4 Operasjon kan på taktisk nivå struktureres ved å dele den inn i faser: A Førsteinnsats (den første tiden, der alle ressurser benyttes fortløpende etter hvert som de kommer og det ofte er ressursknapphet), B Fullskalainnsats (rikelig ressurser, godt etablert ledelsesstruktur), C Kvalitetssikringsfase (kvalitetssikring av den innsatsen som er gjort, gjerne ved avslutning av aksjonen), D Avventende fase (foreløpig ikke mulig å iverksette aksjon).

2.2 Tverretatlig samvirke

2.2.1 Felles innsatsledelse på skadested

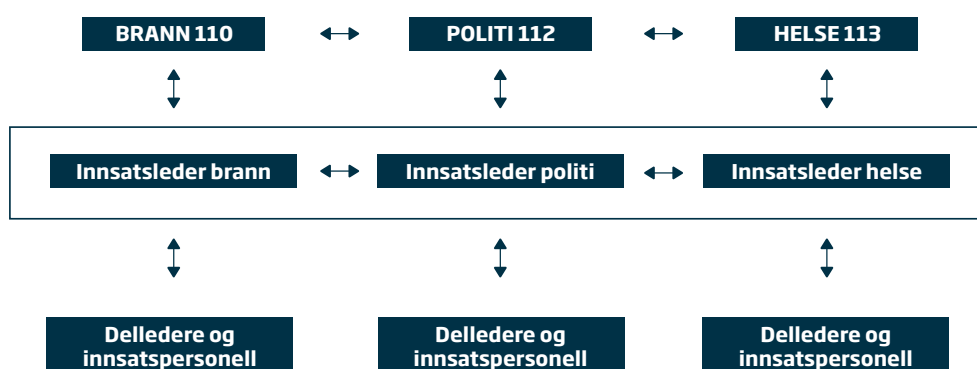
Politiets innsatsleder har det overordnede ansvaret for innsatsen på skadestedet og har løpende kontakt med politiets operasjonssentral/lokal redningssentral. Innsatslederrollen kan ved behov ivaretas av leder fra brannvesenet eller leder fra Sivilforsvaret inntil politiet ankommer området¹⁴.

Ved større hendelser etableres Innsatsleders kommandoplass (IL-KO). Ledere fra de forskjellige nødetatene samles i IL-KO for gjensidig informasjonsutveksling, koordinering og planlegging av innsatsen. De tre nødetatene har gjennom hele innsatsen hver sin leder i innsatsområdet. Ved større hendelser, som strekker seg over noe tid, overtas gjerne ledelsen for de enkelte etatene av høyere befal eller særskilt trent personell. Politiets innsatsleder skal ikke lede brannvesenets og helsetjenestens faginnsats¹⁵.

Innsatsleder brann er brannbefal, med både det faglige og operative ansvaret på sitt fagområde. Oppgaver er blant annet å bidra til sikring av skadestedet, beredskap for utvikling av brann, skaffe adkomst til eller frigjøre pasienter og kontakt med brannvesenets 110-sentral.

Ledere fra Sivilforsvaret og Forsvaret integreres i ledelsesstrukturen i innsatsområdet, benytter betegnelsene 'Leder Sivilforsvaret' og 'Leder Forsvaret' og merkes som det.

Det kan også være andre ledere tilstede avhengig av hendelsen, f.eks. Fagleder politi, Fagleder søk, Fagleder skred, Fagleder klatring, Fagleder jernbane eller Fagleder industri¹⁶.



Figur 1: Den tverretatlige organiseringen, med vekt på organiseringen i innsatsområdet.

¹⁴ Brann- og eksplosjonsvernloven, Justis- og beredskapsdepartementet 2002, §12

¹⁵ PBS I, Politidirektoratet 2011

¹⁶ Håndbok for redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018

2.2.2 Felles sambandsreglement

Felles sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere (Felles sambandsreglement) er utarbeidet i samarbeid mellom helse, politi, brann, HRS og Forsvaret og legger føringer og tilrettelegger for klare rutiner og effektiv kommunikasjon i samvirke mellom nødetatene.¹⁷

Et viktig prinsipp for Felles sambandsreglement er at den 11X-sentralen som først mottar melding om hendelser hvor det er fare for liv, helse, miljø eller materielle verdier har ansvar for å iverksette varsling av øvrige nødetater (trippelvarsling) uten unødig opphold for å sikre en rask og korrekt innsats. Ved redningshendelser skal 11X-sentralene også inkludere HRS i telefonkonferanse ved trippelvarsling (SAR-varsling)¹⁸.

Et annet grunnleggende prinsipp er at de ulike nødetatene benytter etatsspesifikke talegrupper for intern kommunikasjon og felles talegrupper for å samhandle, herunder kommunisere og dele tidskritisk informasjon på vei til skadested og derigjennom etablerer en felles situasjonsforståelse. Politiets innsatsleder koordinerer eventuell bruk av felles talegrupper under den videre innsatsen i innsatsområdet.

Sambandsreglementet angir også tiltak for å håndtere kapasitetsproblemer i Nødnett som kan oppstå ved større aksjoner med mange enheter i innsatsområdet.

Nasjonal veileder for Nødnett i helsetjenesten bygger på Felles sambandsreglement og skal være et verktøy for økt samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene ved at de skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune-, region- og helseforetaksgrenser.¹⁹

2.2.3 Masseskadetriage

Nasjonal veileder for masseskadetriage beskriver hvordan rask hastegradsvurdering av pasientene skal utføres i situasjoner hvor man ikke har tilstrekkelig ressurser til å gi hver og en optimal behandling.²⁰ Veilederen gir anvisninger for masseskadetriagering både for helsepersonell og annet innsatspersonell.²¹

Veilederen angir at pasienter som ved en masseskadehendelse skal transporteres til sykehus eller annet behandlingssted rutinemessig skal triageres som rød (akutt), gul (haster) eller grønn (vanlig). Veilederen gir også anbefalinger angående merkeutstyr til triagering.

2.2.4 Aksjoner ved pågående livstruende vold (PLIVO)

Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO) beskriver en felles og tverretatlig modell for å håndtere hendelser der det utøves livstruende vold mot flere personer.²² Handlingsmønsteret ved denne type aksjoner avviker på enkelte sentrale områder fra praksis i normalsituasjoner. Det forutsettes derfor at innsatspersonell fra helsetjenesten er kjent med prinsippene for håndtering av PLIVO-hendelser. Håndteringen av pasientene som er evakuert ut av områder med økt faregrad og trusselnivå følger de samme prinsippene som beskrevet i denne veilederen.



17 Felles sambandsreglement for Nødnett, Politidirektoratet 2018

18 Innføring av felles trippelvarslingsrutiner, Politidirektoratet 2019

19 Nødnett i helsetjenesten, Helsedirektoratet 2018

20 Nasjonal veileder for masseskadetriage IS-0380, Helsedirektoratet 2013

21 Håndbok for redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018

22 PLIVO, Helsedirektoratet m.fl. 2017

Ved sikkerhetspolitisk krise og væpnet konflikt vil det ikke i alle situasjoner være praktisk mulig for politi og militære styrker å sikre helsepersonell på skadested og langs evakueringsakser på en slik måte som er lagt til grunn i PLIVO-proseduren. Befolkningen har rett til helsehjelp og helsetjenesten har ansvar for å hjelpe, også ved væpnet konflikt. Grensen for hva som må regnes som akseptabel risiko for sivilt helsepersonell vil være en annen enn i en fredssituasjon. Utgangspunktet er likevel at de vanlige prinsippene for håndtering av PLIVO-hendelser opprettholdes så langt det lar seg gjøre.

2.2.5 Hendelser med kjemisk, biologisk, radiologisk eller nukleært agens (CBRNE)

Tverretattlig håndbok i håndtering av farlige stoffer og CBRNE-hendelser, omhandler hendelser der personer utsettes for farlige kjemiske stoffer, biologiske agens, radiologisk stråling, kjernefysisk materiale eller eksplosiver²³. Håndboken beskriver den initiale håndtering av hendelsene. Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade gir utdypende føringer for helsetjenestens håndtering²⁴. Den medisinske behandlingen er beskrevet i Håndbok for NBC-medisin²⁵. Også ved CBRNE-hendelser er grunnprinsippene for håndtering og organisering de samme som i denne veilederen.

2.2.6 Registrering av pasienter og varsling av pårørende

Politiet skal føre oversikt over savnede og omkomne, og har ansvar for registrering av alle berørte ved ekstraordinære hendelser. Slik registrering vil ikke nødvendigvis kunne utføres komplett i innsatsområdet og må ikke være til hinder for rask evakuering av pasienter til medisinsk behandling.

I en krise- eller katastrofesituasjon skal helsepersonell oppgi navn på pasienter som er ivaretatt av helsetjenesten til politiet, for at politiet skal få oversikt over savnede og ikke binde opp ressurser til leting etter personer som allerede er funnet. Dette innebærer at politiet kan henvende seg til sykehus og legevakt for å få oversikt over savnede og omkomne også etter at pasienter er evakuert fra et skadested²⁶.

Politiet skal varsle eller besørge varsling av pårørende til omkomne, saknede og personer som er kommet til skade²⁷. Helsetjenesten varsler pårørende til personer som er innlagt på sykehus²⁸.

2.2.7 Sivilforsvarets rolle som forsterkningsressurs til helsetjenestens beredskap

- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og Helsedirektoratet har inngått en avtale som beskriver hvordan direktoratene skal samarbeide for at Sivilforsvaret skal kunne bistå primær- og spesialisthelsetjenesten ved krig og kriser og katastrofer i fredstid²⁹:
- Bistand i forbindelse med mottak, registrering og administrering av personellressurser på et større skadested eller ved andre omfattende hendelser
- Bistå med organiserte avdelinger med grunnleggende førstehjelpskompetanse (kvalifiserte førstehjelpere) og førstehjelpsutstyr som bidrar til å styrke utholdenheten og kapasiteten på «hender, føtter og omsorg».
- Bistå med infrastruktur på skadested gjennom kommunikasjon/samband, telt, lys og varme
- Bistand ved etablering og drift av enkel samleplass gjennom avsperring, merking, telt, lys, varme, bærer førstehjelpsutstyr, ulltepper og enkle organiserte pleie- og omsorgstjenester
- Bistand ved etablering og drift av mottakssenter for evakuerte, pårørende og/eller skadde

23 Farlige stoffer – CBRNE, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap 2014

24 Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade, Helsedirektoratet 2017

25 Håndbok for NBC-medisin, Nasjonalt kompetansesenter for NBC-medisin 2012

26 Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet IS-9-2015, Helsedirektoratet 2016

27 Veileder – Politiets håndtering av pårørende og evakuerte ved store hendelser, Politidirektoratet 2014

28 Nasjonal veileder for planverk og samvirke i redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018; jfr. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, Helse- og omsorgsdepartementet 1999

29 Avtale mellom DSB og Hdir om Sivilforsvarets rolle som forsterkningsressurs til helsetjenestens beredskap, 2010

- Bistå med innbringertjenester/båreforflytning mellom skadested og samle plass/ambulanse
- Dekontaminering av forurenset personell før videre behandling, ved hjelp av Sivilforsvarets egne mobile enheter
- Forpleiningstjenester ved langvarige og store hendelser
- Bistand i forbindelse med planlegging, gjennomføring og evaluering av beredskapsøvelser, samvirkeseminar og/eller møter der samvirke med Sivilforsvaret er et sentralt øvingsmoment
- Eventuell annen bistand i henhold til lokale behov
- Når nødetatene eller andre myndigheter har behov for bistand fra Sivilforsvaret, skal bistandsanmodning rettes til stedlig distriktssjef.

2.2.8 Forsvarets bistand til helsetjenesten

Forsvaret kan yte bistand til sivile helsemyndigheter med de til enhver tid tilgjengelige ressurser eller kapasiteter som er pålagt beredskap.³⁰ Helsedirektoratet og Forsvarets operative hovedkvarter har laget en avtale som gjelder i fred, krise og væpnet konflikt og omtaler disse ressursene:

- Innen 24 timer etter anmodning
- Ett fly av type B737-400 med medisinsk utrustning og medisinsk personell
- ECMO-transport (Ekstrakorporal membranoksygenering)
- Transport av organer og donorteam
- 36 timer etter anmodning
- Nok ett fly av type B737-400 med medisinsk utrustning og medisinsk personell

- 72 timer etter anmodning
 - Sanitetskapasiteter, herunder militære ambulanser og fartøy
 - Kapasiteter for luftevakuering med helikopter
 - Lett feltsykehus (ROLE 2 og kirurgiske team)
 - Transport og annen administrativ støtte der Forsvaret har en særskilt teknisk kapasitet eller kompetanse

2.2.9 Felles samarbeidsavtale mellom de fire regionale helseforetakene og organisasjonene Norsk Folkehjelp og Røde Kors

- De regionale helseforetakene har laget en felles samarbeidsavtale med Norsk Folkehjelp og Røde Kors som gir rammer for lokale avtaler med helseforetakene³¹. Avtalen gjelder:
 - Beredskapsambulanse
 - Akutthjelper
 - Samarbeid med spesialisthelsetjenesten når organisasjonene har:
 - Sanitetsvakt
 - Tilstedevakt på egne etablerte vaktsteder uten forutbestemt oppdrag eller oppdragsgiver
 - Bistand ved katastrofer og større ulykker
 - Oppdrag utenfor vei

Tema som er omtalt er aktuelle ressurser, kompetansekrav, uniformering, merking, samhandling, operativ utførelse, dokumentasjon, taushetsplikt, felles øvelser og forsikringer.

³⁰ Avtale mellom Helsedirektoratet og Forsvaret ved Forsvarets operative hovedkvarter vedrørende gjensidig bistand, 2011

³¹ Felles samarbeidsavtale mellom de 4 regionale helseforetakene og organisasjonene Norsk Folkehjelp (NF) og Røde Kors (RK), Avtalepartene 2018

2.3 Helsetjenesten

2.3.1 Helsetjenestens organisering og ansvar

Helsetjenesten i Norge er organisert i to forvaltningsnivåer; kommunene har ansvar for primær-helsetjenester (bl.a. legevakt, legevaktsentral og kriseteam) og helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenester (bl.a. sykehus, bil-, båt- og luftambulansse og AMK). Alle disse ressursene har en viktig rolle i helsetjenestens innsats for å yte nødvendig helsehjelp ved ulykker og andre større hendelser.

Kommunenes og helseforetakenes ansvar og oppgaver vil være de samme som i hverdagen også ved større, komplekse, langvarige eller flere samtidige hendelser. Helsetjenestens organisering må ikke vanskeliggjøre samvirke på skadested eller hindre at ressursene utnyttes effektivt til å gi pasientene nødvendig helsehjelp. Med andre ord må hensynet til å redde liv og begrense skade, og ikke helsepersonellens ansettelsesforhold eller primæroppgaver være styrende for helse-tjenesteinnsatsen ved ulykker og andre akutte situasjoner.

2.3.2 Relevante bestemmelser i helselovgivningen

Helsepersonellens virksomhet reguleres av en rekke lover og forskrifter. Det vil derfor føre for langt å gi en fullstendig oversikt over alle relevante bestemmelser i denne veilederen. Når vi likevel har valgt å henvise til enkelte bestemmelser er det ut fra en vurdering av at disse har en særlig relevans for innholdet i denne veilederen.

Helsepersonell har en selvstendig plikt til å foreta nødvendige undersøkelser og yte helsehjelp ved akutt sykdom eller skade. Plikten opphører dersom annet kvalifisert personell påtar seg ansvaret for å yte nødvendig helsehjelp.

Helsepersonell plikter å samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det. Ved samarbeid mellom lege og annet helsepersonell skal legen ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.³²

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven oppstiller en plikt for hhv. kommuner og regionale helseforetak til å etablere en akuttmedisinsk beredskap og yte helsehjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner.^{33,34} Kommunene og helseforetakene skal ha samordnede beredskapsplaner.

Akuttmedisinforskriften oppstiller nærmere krav til innholdet i de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.³⁵

2.3.3 Traumesystem og fordeling av pasienter

Nasjonal traumeplan beskriver hvordan behandling av alvorlig skadde pasienter best organiseres.³⁶

Traumeplanen er basert på prinsippet om at pasienter med mistenkt eller påvist alvorlig skade raskest mulig skal transporteres til det sykehus som kan ferdigbehandle dem. Ved lang transporttid til traumesenter skal alvorlig skadde pasienter transporteres til nærmeste akuttisykehus med traumefunksjon.

Grunnprinsippene for fordeling av pasienter er de samme ved store hendelser med mange pasienter som ved hverdagshendelser. Det betyr at hver av pasientene i utgangspunktet evakueres dit de ville blitt transportert dersom de var den eneste pasienten i hendelsen.

32 Helsepersonelloven, Helse- og omsorgsdepartementet 1999, §§ 4 og 7

33 Spesialisthelsetjenesteloven, Helse- og omsorgsdepartementet 1999, § 2-1 a

34 Helse- og omsorgstjenesteloven, Helse- og omsorgsdepartementet 1999

35 Akuttmedisinforskriften, Helse- og omsorgsdepartementet 2015

36 Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge

Beslutning om hvor pasientene skal bringes vil normalt skje gjennom dialog mellom behandlingsansvarlig for den enkelte pasient, mottakende enhet (dvs. sykehus eller legevakt) og AMK. Ved store hendelser vil denne dialogen sjelden gjelde hver enkelt pasient, men være en mer overordnet avklaring av fordelings-prinsippene og behov for kapasitet ved de mottakende enhetene. Behandlingsansvarlig er likevel den nærmeste til å ta avgjørelser om leveringssted for den enkelte pasient.

I noen tilfeller, med stort antall alvorlig skadde pasienter, knapphet på transportressurser, streng kulde eller annen vedvarende fare-situasjon i innsatsområdet, kan det være nødvendig å transportere pasienter til andre sykehus i påvente av tilgjengelig transport til de sykehus som normalt ferdigbehandler slike pasienter. Sykehuset benyttes i slike tilfeller som samleplass og triagepunkt med utvidede muligheter for stabiliserende behandling.

2.3.4 Akutte psykososiale tiltak

Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer gir retningslinjer for den akutte psykososiale oppfølgingen av berørte³⁷. Ivaretagelse av disse oppgavene er en viktig del av kommunenes helseberedskap.

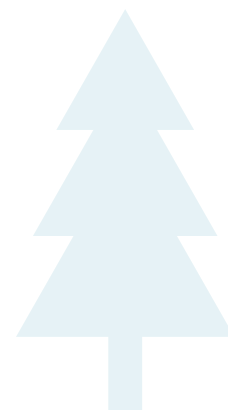
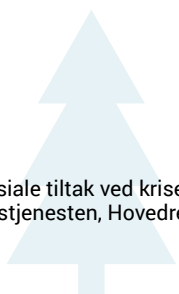
Veilederen gir råd om organisering av kommunal beredskaps- og krisehåndtering, og vektlegger betydningen av evnen til et fleksibelt, effektivt og målrettet samarbeid mellom de ulike aktørene som deltar i krisehåndteringen.

2.3.5 Dokumentasjon

Helsepersonelloven, pasientjournalloven og forskrift om pasientjournal oppstiller krav til dokumentasjon ved ytelse av helsehjelp. Dokumentasjonskravet er i utgangspunktet det samme ved store hendelser som i normalsituasjoner, men må avveies mot kravet til å yte forsvarlig helsehjelp. Ved masseskade-situasjoner vil man ofte måtte nedprioritere dokumentasjonen så lenge det er ubalanse mellom antall skadde og tilgjengelige ressurser. Ordinære dokumentasjonsprinsipper skal benyttes så tidlig som mulig.

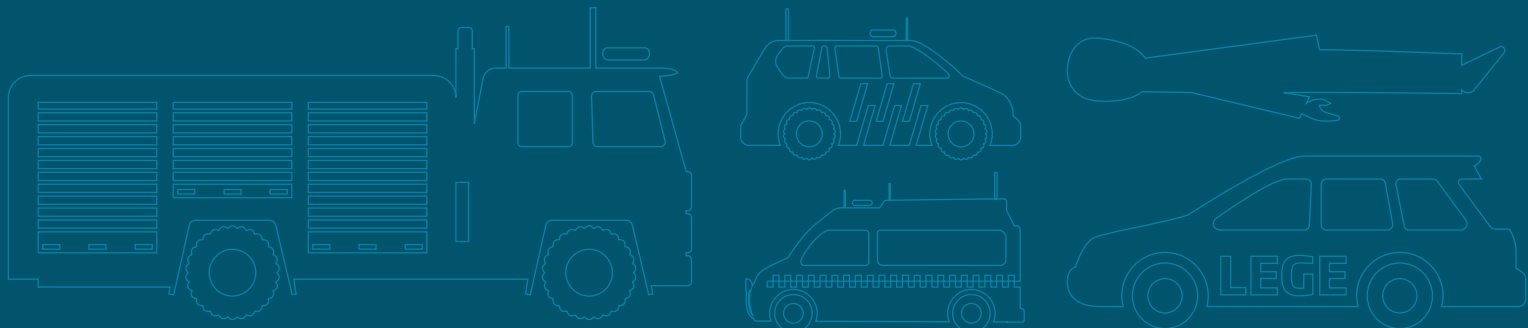
2.3.6 Merking av ledere

Innsatsleder helse og Medisinsk leder helse bærer hvite refleksvester med «Innsatsleder helse» og «Medisinsk leder helse»³⁸. Øvrig personell bærer arbeidsklær og merkevester som ved hverdagshendelser.



37 Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer IS-2428, Helsedirektoratet 2016

38 Håndbok for redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018



3. Ledelse av helsetjenestens innsats



Helsetjenestens innsats ledes av Innsatsleder helse (IL HELSE)³⁹ og Medisinsk leder helse (MLH). Deres oppgaver beskrives mer inngående i de påfølgende avsnittene.

Det vil variere hvilke øvrige lederroller det er hensiktsmessig å ta i bruk. Særlig vil antall pasienter og geografiske forhold påvirke dette. De fleste hendelser vil håndteres uten behov for flere ledere.

3.1 Fleksibel ledelsesorganisasjon

Ved en begrenset hendelse vil som oftest nødetatens ordinære ressurser være tilstrekkelig for å håndtere hendelsen. Innsatspersonellet utfører sine oppgaver i nært samarbeid, innen et begrenset geografisk område (samtaleavstand), og det er lite behov for ressurser på ledersiden.

Store hendelser gjør det nødvendig med oppbygning av en større ledelsesstruktur, fra det første helsepersonell begynner innsatsen på skadestedet til hele behandlings- og evakueringslinjen er effektivt fungerende.

En modell for helsetjenestens ledelsesorganisering må være tilpasset disse vekslende forholdene, være skalerbar og samtidig være lett forståelig og gjenkjennelig fra hendelse til hendelse. Med skalerbar menes at det forventede antallet ledere øker med økende utfordringer i innsatsområdet og tilgjengelighet av personell. Organisasjon og lederroller må stå i forhold til ressursene som er på stedet. Innsatsen vil også endres over tid, ofte ved at ledelsesorganisasjonen ivaretas av første enhet på stedet, utvides når flere kommer til og reduseres når antall pasienter og enheter i innsatsområdet avtar.

Samme ledelsesmodell gjelder uansett hendelsens art, omfang og kompleksitet. Lederoppgaver og kjernefunksjoner må dekkes av de tilgjengelige ressurser så godt som mulig til enhver tid.

Organisering og ledelse må ikke gå på bekostning av behandling og evakuering av pasienter og uskadde når det er knapphet på ressurser, men det er heller ikke hensiktsmessig å vente med å opprette lederfunksjoner til man har ressursoverskudd.

3.2 Fordeling av lederroller

3.2.1 Initial innsatsledelse ved første helseressurs

Uavhengig av hendelsens omfang og tilgang på ressurser skal første helseressurs som kommer frem til et skadested både iverksette akutte medisinske behandlingstiltak og ivareta initial innsatsledelse for helse.

3.2.2 Fordeling av lederroller når flere ressurser kommer til

Erfaringen fra store hendelser i Norge er at de som er tilstede i innsatsområdet er i dialog seg imellom og fordeler og refordeler lederoppgavene ut fra forholdene på skadestedet og personlig kompetanse og forutsetninger. En slik praktisk tilpasning bidrar til fleksibilitet i ledelsesorganisasjonen.

IL HELSE utnevner de øvrige nødvendige ledere og oppgaveansvarlige personell som er hensiktsmessig ut fra den aktuelle situasjonen.

³⁹ Nasjonal veileder for planverk og samvirke i redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018, s 29

Rollen som MLH bekles av lege, og benyttes ikke når ikke lege er til stede. MLH er en lederrolle som ved store hendelser skal fungere over tid. Kommer det flere leger, vil det være naturlig at disse – ut fra en vurdering av situasjonen – avklarer hvem som skal ivareta hvilke oppgaver (som å lede det medisinske arbeidet inne på selve skadestedet, utføre triage, forstå og lede behandlingen i påvente av transport osv.).

3.2.3 Omfordeling av lederroller

Etter hvert som det ankommer ytterligere helseressurser er det naturlig å revurdere hvem som skal ivareta ulike deler av ledelsesinnsatsen. Det er da verdt å veie fordelene ved kontinuitet i lederrollen mot behovet for kompetanse og erfaring.

Noen ambulansetjenester har etablert en egen operativ lederfunksjon som er i kontinuerlig funksjon for ambulansetjenesten. Dette personellet har særskilt kompetanse til å ivareta rollen som IL HELSE, og vil oftest overta dette ansvaret fra annet helsepersonell når de ankommer innsatsområdet.



3.3 Innsatsleder helse (IL HELSE)

IL HELSE skal lede helsetjenestens samlede innsats i innsatsområdet.

En sentral lederoppgave er å fordele ressursene slik at oppgavene løses på best mulige måte. IL HELSE har spesielt ansvar for å vurdere ressursbehov, ivareta sikkerheten for helsepersonell, organisere helseinnsatsen på skadestedet og eventuelle samlesteder, samt etablere evakueringslinjer til sykehus og legevakt. IL HELSE melder behov for personell og materiell til lokal AMK.

IL HELSE er primært kontaktpunkt for AMK, øvrige helseressurser og ledere fra øvrige nødetater og organisasjoner gjennom hele aksjonen. IL HELSE har sin faste plass i innsatsleders kommandoplass (ILKO) når dette er opprettet, men vil ved ankomst skadestedet og også senere ha nytte av å skaffe seg oversikt over innsatsområdet og situasjonen ved selvsyn.

Når lege er tilstede som MLH, eller IL HELSE i mangel av dette oppretter en lederrolle med ansvar for pasientbehandlingen, vil IL HELSE kunne fokusere på organisatorisk ledelse og logistikk.

Dersom IL HELSE har behov for å utnevne flere ledere skal disse gis et tydelig oppdrag med spesifikke oppgaver som den enkelte skal løse. Lederne jobber selvstendig, uten at alle detaljer må godkjennes av eller fortløpende rapporteres til IL HELSE.

IL HELSE har kallesignal «I-L HELSE» (ikke fonetisk bokstavering) i Nødnett⁴⁰.

40 Felles sambandsreglement for nødnett, Politidirektoratet (2018)

3.4 Medisinsk leder helse (MLH)

MLH er øverste medisinske leder og IL HELSE sin medisinsk-faglige rådgiver.

MLH har som hovedoppgave å lede arbeidet med akutt-medisinske vurderinger, prioriteringer og behandling av pasienter. MLHs normale plassering er sentralt på skadestedet, for eksempel ved evakueringspunkt, eller på en eventuell samle plass dersom det er ventetid på transportressurser.

MLH har ansvar for å prioritere og sørge for nødvendig behandling av pasientene i innsatsområdet, samt bidra til at den enkelte pasient kommer tidsnok til videre behandling på adekvat faglig nivå og at de som tar imot pasienten mottar nødvendig informasjon. Dette krever god kjennskap til den daglige funksjonsfordelingen mellom de legevakter og sykehus som mottar pasientene.

Det er verdt å merke seg at det å inneha det overordnede medisinsk-faglige ansvaret ikke innebærer at MLH egenhendig skal undersøke alle pasienter for å gjøre en klinisk vurdering. Ved en masseskadehendelse vil det være en umulig oppgave, og ved mindre ulykker med flere pasienter vil dette kunne forsinke pasienttransport og endelig behandling. MLH er en lederrolle og jo flere pasienter, jo mindre vil denne funksjonen være involvert i det medisinske arbeidet med enkeltpasienter.

MLH har kallesignal «medisinsk leder helse» i Nødnett.



3.5 Andre aktuelle lederroller helse

Kommer det mange ambulanser og andre helseressurser vil det være vanskelig for IL HELSE å fordele hver enkelt ressurs til konkrete arbeidsoppgaver. Det kan da være aktuelt å utpeke en Ressurskoordinator helse som tar imot ressursene ved ankomst innsatsområdet og står for denne fordelingen. Også ved store hendelser og katastrofer vil det som regel være hensiktsmessig om aktørene jobber med de pasientgrupper de vanligvis gjør.

Dersom det er behov for å forflytte pasientene fra skadestedet til et mer egnet opplastningspunkt for ambulanse, og det samtidig er mangel på transportressurser, kan det være hensiktsmessig å utnevne en leder for arbeidet inne på skadestedet Leder evakuering og en leder ved opplastningspunktet Leder samle plass. De vil da koordinere arbeidet i hvert sitt område, med fokus på livbergende tiltak og hurtig transport av de mest alvorlig skadde.

Spesielt utfordrende oppgaver kan ha nytte av en egen leder. Det kan også være effektivt å organisere seg slik at lederne har en nestkommanderende som kan ta seg av spesielle problemområder som dukker opp under veis.

Forsterkningsressurser som deltar i helseinnsatsen har gjerne egne ledere som plasseres inn i ledelsesorganisasjonen.

Ledelsesorganisasjonen må tilpasses forholdene i innsatsområdet. Flere adskilte adkomstveier (som ved en tunnelulykke der ressursene kommer inn fra to ender) kan gjøre det hensiktsmessig å ha ledere med samme ansvarsoppgaver, men i hver sin geografiske sektor.⁴¹

41 Håndbok for redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018

3.6 AMKs rolle

AMK har ansvar for å mobilisere ressurser og iverksette nødvendig akuttmedisinsk respons⁴². Dette inkluderer varsling av LVS og legevaksressurser.

AMK har videre ansvar for å styre og koordinere ambulanseressurser (bil, båt og luftambulanse) på vegne av involverte helseforetak. Ved hendelser på grensen mellom AMK-områder må de involverte AMK avklare hvilken sentral som skal håndtere hendelsen.

Ved store hendelser og masseskade vil den ordinære bemanningen på AMK kunne være utilstrekkelig. AMK må ha verktøy og retningslinjer for å kunne mobilisere ekstra personell til å oppbemanne sentralen i slike situasjoner⁴³.

Ansvarsdelingen mellom AMK og IL HELSE er at AMK koordinerer helseressurser på vei til og fra innsatsområdet, mens IL HELSE disponerer og koordinerer ressursene i innsatsområdet.

AMK er i løpende kontakt med IL HELSE, og sørger for nødvendig informasjonsflyt mot aktuelle helseforetak i henhold til lokale rutiner og planer. Kontaktbehovet mot andre deler av helsetjenesten og andre samarbeidspartnere vil være betydelig ved større hendelser. I slike situasjoner vil det være viktig at AMK-legger er tilgjengelig for konsultasjon og beslutningsstøtte ved behov, og AMK skal kunne bistå lederne i innsatsområdet med råd om evakuering og fordeling av pasienter.

De regionale helseforetakene har en gjensidig plikt til å bistå hverandre ved behov⁴⁴. Koordinerende AMK har en sentral rolle i å formidle til naboregioner behov for støtte med prehospitale ressurser eller behandlingsplasser når det måtte være nødvendig^{45,46,47}. Det vil oftest være mer hensiktsmessig å be om konkrete bidrag enn å forsøke å kartlegge ledige behandlingsplasser og ressurser når hendelsen har oppstått.

AMK skal ha rutiner for å kunne motta liaison fra Forsvaret og samhandle med militær pasientkoordiningsenhet når det er aktuelt.

42 Akuttmedisinforskriften, Helse- og omsorgsdepartementet 2015, § 15 bokstav c)

43 Akuttmedisinforskriften, Helse- og omsorgsdepartementet 2015, § 15 bokstav o)

44 Spesialisthelsetjenesteloven, Helse- og omsorgsdepartementet 1999, § 2-1 c

45 Akuttmedisinforskriften, Helse- og omsorgsdepartementet 2015, §14 bokstav e)

46 Nasjonal veileder for planverk og samvirke i redningstjenesten, Hovedredningssentralen 2018

47 Håndbok Kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner, Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap 2018



3.7 Legevaktsentralens rolle

Legevaktsentralen (LVS) har ansvar for å mobilisere ressurser fra primærhelsetjenesten og iverksette nødvendig akuttmedisinsk respons i de berørte kommunene⁴⁸. LVS har videre ansvar for å koordinere primærhelseressurser (leger og sykepleiere) som mobiliseres til innsatsområdet. Ved hendelser på grensen mellom LVS-områder må de involverte sentralene koordinere sin håndtering av hendelsen.

Ved store hendelser og masseskade vil den ordinære bemanningen på LVS kunne være utilstrekkelig. LVS bør ha verktøy og retningslinjer for å kunne mobilisere ekstra personell til å bemanne sentralen.

LVS skal dele informasjon om hendelsen og redningsarbeidet med AMK, lytte på Nødnett til kommunikasjonen i innsatsområdet og være tilgjengelig for involverte primærhelseressurser⁴⁹. Informasjonen viderefremmes til de som er involvert i den kommunale innsatsen.

Ved store hendelser kan det være mange lett skadde som skal behandles ved legevakt og involverte som trenger ivaretagelse og eventuelt legeundersøkelse. Dette vil ofte kreve en betydelig mobilisering av ekstra personell og praktisk tilrettelegging av lokalene. Praktiske anbefalinger for legevaktens beredskapsplaner finnes i Nasjonal veileder for legevakt.⁵⁰ En viktig vurdering vil være når legevaksressursene gjør mest nytte i innsatsområdet og når det er størst behov på legevakten eller annet lokale de uskadde og lettere skadde blir evakuert til.

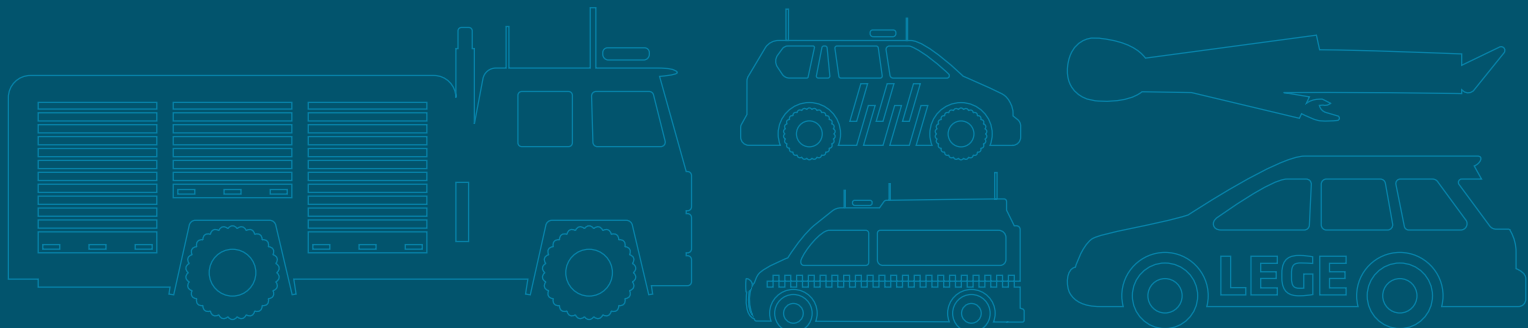
Primærhelsetjenesten vil ofte være involvert i etterarbeid og langvarig oppfølging av involverte og pårørende etter store hendelser. LVS har en viktig rolle i å bidra til en god informasjonsoverføring fra nødetatene til legevakt i overgangen fra en pågående redningsaksjon til den akutte lokale oppfølgingen, og til fastlege og andre aktuelle kommunale ressurser i etterarbeidet. Det samme kan gjelde også ved mindre hendelser.



48 Akuttmedisinforskriften, Helse- og omsorgsdepartementet 2015, §13 bokstav c)

49 Akuttmedisinforskriften, Helse- og omsorgsdepartementet 2015, §12 bokstav g)

50 Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral, Helsedirektoratet 2020



4. Gjennomføring av aksjoner ved større hendelser

4.1 Tiltakskort

4.1.1 Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)

A - MOBILISERE RESSURSER OG IVERKSETTE NØDVENDIG AKUTTMEDISINSK RESPONS

1. Trippelvarsling/SAR-varsling
2. Beslutte bruk av aksjonstalegruppe for helse samt formidle valg av felles talegruppe for samvirke mellom alle utrykkende enheter
3. Varsling av lokale ressurser
4. Sikre at utrykkende enheter tar med ekstra bårer og annet nødvendig materiell
5. Aktivering av luftambulans og redningshelikopter fra AMK-LA/HRS
6. Sykehus varsles på vanlig måte
7. Vurdere behov for tiltak for å styrke kapasiteten i Nødnett
8. Støtte av enheter fra naboregioner
9. Vurdere aktivering av beredskapsambulanser
10. Vurdere aktivering av helsebuss eller helseekspres for transport av uskadde eller lettere skadde
11. Regelmessig informasjonsdeling med øvrige 11X-sentraler, LVS og involverte nabo-AMK

B – VURDERE BEHOV FOR SPESIELLE RESSURSER OG TILTAK

1. Vurder å øke kapasiteten i AMK ved å kalle inn ekstra personell og lederstøtte
2. Innkalling av ekstra helsepersonell, frivakter
3. Vurdere behov for utrykningsteam fra sykehus
4. Vurdere behov for bistand fra frivillige organisasjoner, sivilforsvaret og forsvaret - varsles via politiet
5. Spesialiserte redningsgrupper - varsles via politiet
6. Hvis skadestedet ligger utenfor vei – be om rekvirering av egnet kjøretøy

4.1.2 Legevaktsentral (LVS)

A – BISTÅ AMK OG MOBILISERING AV RESSURSER

1. Være tilgjengelig i Nødnett
2. Bistå AMK ved behov
3. Sammen med AMK vurdere behovet for ekstra helsepersonell i innsatsområdet og eventuelt aktivere disse etter lokal prosedyre
4. Varsle og mobilisere kommunens kriseledelse
5. Vurdere å øke kapasiteten i LVS ved å kalle inn ekstra personell
6. Bidra med oppdatert informasjon til legevakten for å kunne aktivere nødvendige ressurser og egnede lokaler for å ta imot lettere skadde pasienter, uskadde og pårørende
7. Regelmessig informasjonsdeling med involverte AMK og LVS

4.1.3 Innsatsleder helse

A - IGANGSETTE SIKKERHETSTILTAK OG GI TILBAKEMELDING

1. Opprette og beholde sambandskontakt internt for helseressursene i innsatsområdet
2. Opprette sambandskontakt med politiets og brannvesenets innsatsleder og øvrige ledere.
3. Etterspørre medisinsk utstyr og flere transportressurser hvis nødvendig.
4. Bidra med nødvendig sikring av skadested. Informere om risikofaktorer til alle involverte via dedikert talegruppe.
5. Fortløpende info om skadested, omfang og risikofaktorer, samt antatt behov for ressurser.

B - PLANLEGGE OG IVERKSETTE EVAKUERINGSLINJER

1. Legge en plan for praktisk evakueringslinje og organisere ut fra dette.
2. Organisere evakuering fra skadestedet f.eks. ved å benytte uskadde, sivile og personell fra andre etater
3. Tidlig identifisere flaskehalser i evakueringen og sette inn tiltak for å motvirke disse.
4. Vurdere behovet for å utpeke Leder evakuering

C - ETABLERING OG DRIFT AV SKADESTED OG SAMLEPlass

1. Styre prioritert evakuering fra skadested.
2. Etablere medisinsk bistand på skadested til fastklemte og andre som vanskelig kan evakueres
3. Om nødvendig bygge opp samleplass(-er) og sørge for effektiv drift av dem
4. Vurdere behovet for å utpeke Leder samleplass

D - FORSTERKE EVAKUERINGSLINJENE OG MOTVIRKE FLASKEHALSER

1. Organisere evakueringslinjer fra skadested til ambulanse og helikopter.
2. Koordinere ambulansetraffikk etter pasientenes antall, prioriteringsgruppe, tidsaspektet og kapasitet.
3. Ivareta nødvendig logging og dokumentasjon

4.1.4 Medisinsk leder helse

A - IGANGSETTE INFORMASJONSDELING, LOKALISERING OG SIKRE AT NØDVENDIGE MEDISINSKE RESSURSER ER VARSLET

1. Sikre at AMK varsler spesialiserte medisinske ressurser.
2. Bidra med nødvendig medisinsk informasjon til involverte ressurser via riktig talegruppe i Nødnett
3. Starte det medisinske pasientforløpet ved å lokalisere de skadde, yte livreddende førstehjelp og starte triage.
4. På enkelte skadesteder vil umiddelbar evakuering fra fare være prioritert før videre medisinske tiltak.

B – IVERKSETTE TRIAGE OG ORGANISERE TEAM

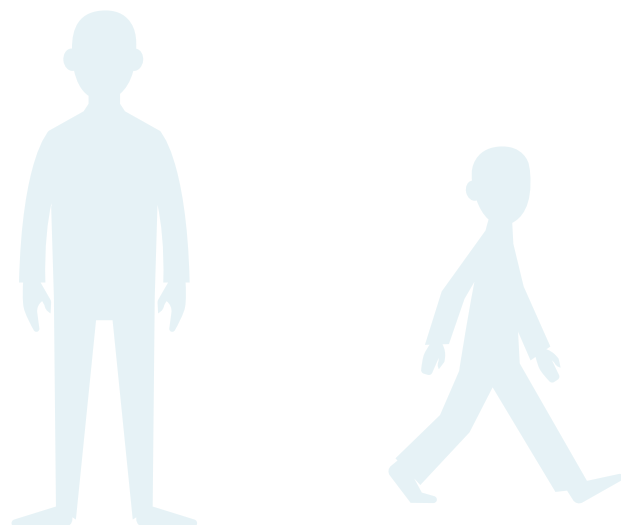
1. Informere og faglig lede helsepersonellet som utfører triage og livreddende behandling.
2. Skille ut og gruppere de lettere og ikke skadede som kan måtte vente til nødvendige tiltak er gjennomført for de med høyere prioritet.

C - LIVREDDENDE TILTAK OG ØVRIG NØDVENDIG MEDISINSK BEHANDLING

1. Sørg for at retriage utføres på egnet sted i evakueringslinjen
2. Sørg for at nødvendige livreddende behandlingstiltak blir utført
3. Sørg for at mobilisert medisinsk personell benyttes slik at kapasiteten for behandling og effektiv evakuering er tilstrekkelig etter hvert som aksjonen utvikler seg.
4. Vurder de øvrige pasientene og iverksett nødvendig behandling av disse når kapasiteten gjør det mulig. F.eks. ved å etablere en utvidet og fremskutt legevaktjeneste i området (f.eks. på en skole eller annet egnet lokale)
5. Bistå politiet i å ivareta uskadde
6. Observere spesielle behov hos de involverte eller pårørende til skadde eller savnede.

D – FORDELING AV PASIENTER

1. Opprette dialog med sykehusenes traumeledere om pasientfordeling ved stort antall pasienter
2. Beslutte hastegrad og behandlingsnivå



4.2 Varsling og utrykning

4.2.1 Situasjonsavklaring og trippelvarsling

AMK skal innhente opplysninger for rask identifisering av situasjonen og dens utviklingspotensial og iverksette hurtig trippelvarsling/SAR-varsling. Videre har AMK ansvaret for å utalarmere innsatsenheter og sørge for fortløpende informasjonsdeling mellom involverte nødetater.

Omfang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antatt antall involverte mennesker inkludert lett skadde 2. Antatt antall skadde med behov for sykehusbehandling 3. Antatt antall døde og omfang av materielle skader
Sikkerhets-situasjon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brann- eller eksplosjonsfare? 2. Fare for farlig gods eller CBRNE? 3. Fare for snøskred, ras eller kollaps av bygninger? 4. Nødvendig med evakuering av fastboende? 5. Fare for ekstremvær? 6. PLIVO-hendelse?
Operative forhold og begrensninger	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er skadested langt fra vei? 2. Behov for helikopter, båt eller spesi-alkjøretøy for evakuering? 3. Pasienter fastklemt/innesperret? 4. Liten bærekapasitet eller få som kan hjelpe til med bæring? 5. Vanskelig å etablere en effektiv evakueringslinje 6. ? 7. Landingsmulighet for helikopter?
Årstid og værforhold	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuldepåvirkning og risiko for nedkjøling av skadde? 2. Vær som gjør effektiv bruk av helikoptre vanskelig? 3. Kan været påvirke innsatsmannskaper? 4. Er det natt/mørkt eller vil innsatsen gå inn i mørke?
Avstand og kapasitet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transporttid til nærmeste traumesykehus og regionalt traumesenter? 2. Sykehusenes kapasitet? 3. Avstand til egnet samlingslokale? 4. Avstand og bemanning på nærmeste legevakter og sykehjem?

Tilgjengelige ressurser og mannskaper

1. Behov for mobilisering?
2. Assistanse fra nabodistrikt?
3. Behov for bistand/varsling av R-AMK (Regional AMK)?
4. Behov for anmodning om bistandsressurser?

Kommunikasjon under utrykning

Basert på informasjon fra nødsentralene og eventuelle enheter på stedet utnytter personell på vei til innsatsområdet tiden til de når fram til å etablere situasjonsforståelse. All tidskritisk informasjon skal meddeles i felles talegruppe i Nødnett. Annen informasjon meddeles i etatsspesifikke talegrupper.

Eksempler på tidskritisk informasjon er:⁵¹

- kjørevei
- møteplass
- innsatsområde
- skadeomfang
- melder, vitner. mv.
- risiko/fare
- situasjonsrapport fra første enhet på stedet
- viktig informasjon for den videre planlegging av ressurser, i form av materiell, personell, beredskap osv.

Den første enheten på skadestedet, uavhengig av etat, skal gi en situasjonsrapport i felles talegruppe. Meldingen skal som minimum inneholde følgende informasjon:

- ankomst på stedet
- hva som blir sett og hørt
- om planlagt oppmarsjområde/adkomstvei er OK
- tiltak som iverksettes

51 Felles sambandsreglement for Nødnett, Politidirektoratet 2018

4.3 I innsatsområdet

4.3.1 Felles ledelsesinnsats

Så lenge det er pasienter i innsatsområdet må alle etater ha fokus på:

1. Sikkerhet – identifisering av farer for pasient og redningspersonell, sikring av skadestedet og deretter raskest mulig tilgang til de skadde
2. Pasient – antall pasienter, skadepanorama, triage, livreddende tiltak, hypotermiforebygging og nødvendig behandling
3. Evakuering – effektiv evakueringskjede med fokus på transport av skadde i riktig rekkefølge til riktig nivå i helsetjenesten

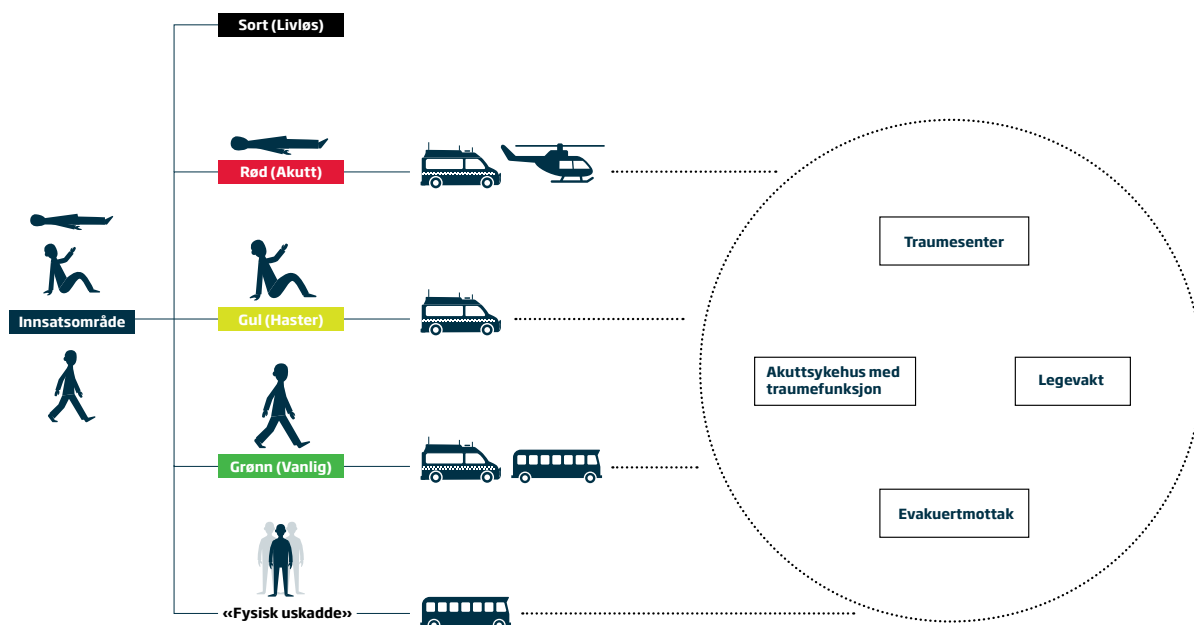
Basert på denne tommelfingerregelen samarbeider lederne om å legge en felles plan, som så iverksettes i de samarbeidende etatene og eventuelt andre deltakende organisasjoner. Planen gis som en kortfattet redegjørelse til innsatspersonellet om hvordan redningsinnsatsen i hovedtrekk skal gjennomføres. Dette for å sikre mest mulig effektiv og sikker innsats i innsatsområdet. Lederne kontrollerer og støtter, og justerer felles plan ved behov.

4.3.2 Evakuering og disponering av personell og ressurser

I tråd med målet om å redde liv og helse vil det være et vesentlig poeng å få de hardest skadde pasientene fram til en behandlingsinstitusjon som kan gi livsnødvendig behandling så raskt som mulig. Helsetjenestens innsats skal derfor ha et betydelig fokus på å etablere rask og effektiv evakuering av pasienter, snarere enn å etablere en form for statisk kontroll over pasienter og andre berørte i innsatsområdet.

I en stor ulykke eller masseskadehendelse er det behov for flere evakueringslinjer:

1. Traumepasienter til traumesenter/akuttisyrkehus med traumefunksjon
2. Moderat skadde til andre sykehus
3. Lettere skadde til legevakt
4. Fysisk uskadde til evakuert-mottak



Figur 2: Det kan være behov for flere evakueringslinjer fra skadested til ulike behandlings- og mottakssteder, gjerne med bruk av ulike transportressurser i de ulike evakueringslinjene.

Helseressursene prioriteres primært etter hvilken evakueringslinje som er viktigst for total overlevelse. Ved ressursknapphet kan involverte og folk som er på stedet være en vesentlig ressurs i startfasen, ikke minst til bæring og til å sitte sammen med lett skadde som venter på transport. God organisering av bæreleg reduserer tidstapet for liggende pasienter som ikke er direkte tilgjengelig for transport.

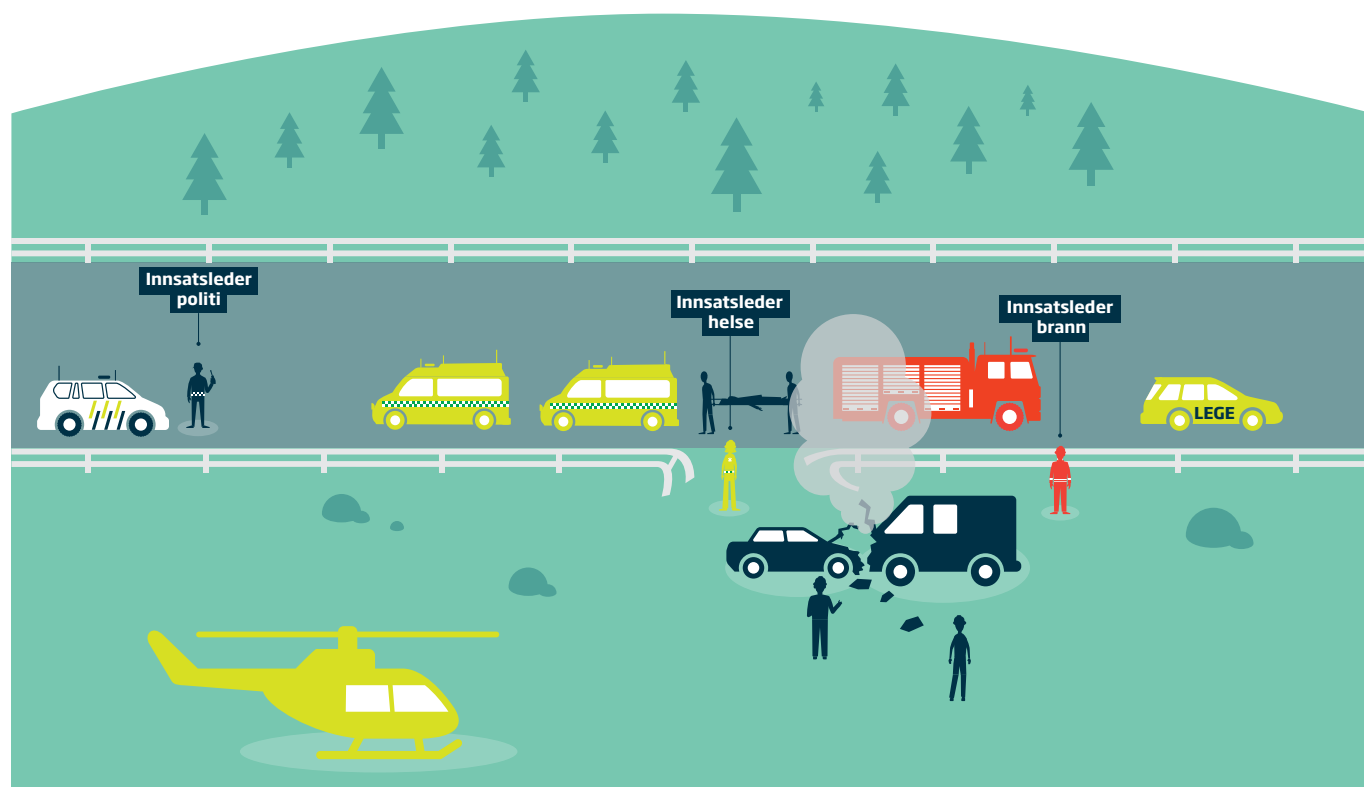
I tillegg til de som er alvorlig skadet, vil det normalt være et (langt) større antall fysisk uskadde som trenger ivaretagelse. Det bør settes av noe ressurser også til dette arbeidet. Det er ikke nødvendigvis slik at alle de alvorligst skadde kan transporteres først ut fra innsatsområdet. Lett skadde og uskadde transporteres ofte med buss, mannskapsbiler og annet.

I tillegg til å varsle og mobilisere ressurser og holde oversikt over tilgjengelig ambulanskapasitet har AMK også en viktig oppgave med å holde oversikt over hvor pasienter bringes med ambulanse.

4.3.3 Fysisk organisering av innsatsområdet

For helseinnsatsen skal den fysiske organiseringen først og fremst understøtte effektiv evakuering. Det er ikke noe mål i seg selv å samle eller sortere pasienter og andre involverte.

Ved et oversiktlig antall pasienter, tilstrekkelig ambulanskapasitet og rimelig transportavstand til neste ledd i behandlingsskjeden er det generelt ikke behov for en definert samleplass, og pasientene kan evakueres direkte fra der de befinner seg på skadestedet.⁵²



Figur 3: Eksempel på fysisk organisering og plassering av ledere ved trafikkulykke med et oversiktlig antall pasienter og tilstrekkelig ambulanskapasitet.

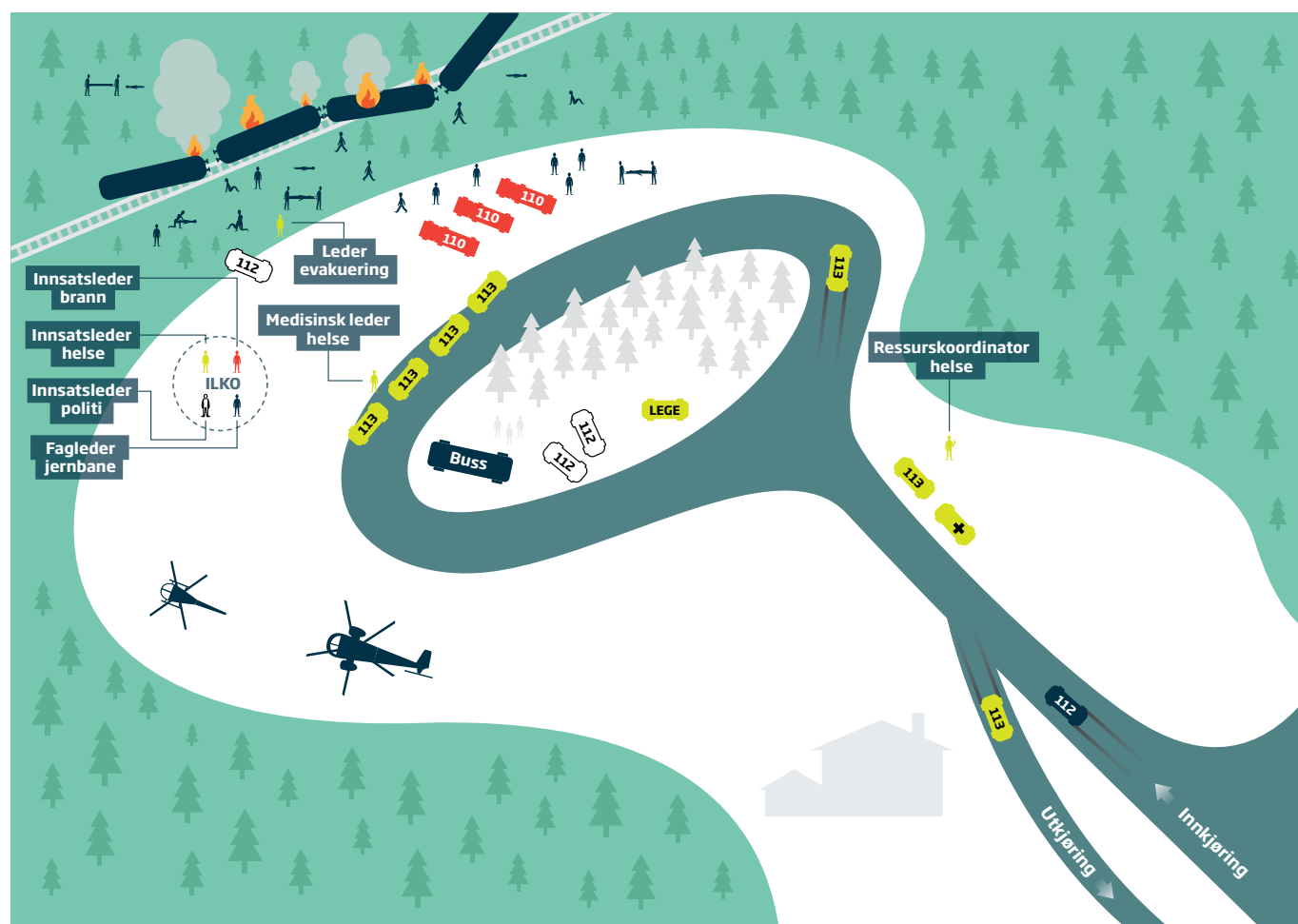
52 Behovet kan likevel være tilstede, avhengig av antall pasienter i forhold til antall helsepersonell og evakueringskapasitet, samt tiden frem til neste ledd i behandlingsskjeden. Videre er det aktuelt hvis det er avstand fra skadestedet til der ambulanser kan overta pasientene, for eksempel i påvente av snøscooter eller annet terrenggående kjøretøy. Temperatur- og værforhold kan gjøre det nødvendig å prioritere å gi de involverte ly og varme. Jo mer venting (og det er ønskelig å unngå), jo mer ressursbesparende vil det være å samle de som venter. Erfaringene fra store hendelser i Norge de siste tiårene viser imidlertid at det heller ikke her var behov eller mulighet for å bygge opp «tradisjonelle» samleplasser for skadde med utvidede behandlingsmuligheter.

I aksjoner der mange enheter deltar er det spesielt viktig å ikke blokkere inn- og utkjøringsveier. Ressursene må kunne komme seg helt inn dit de skal i innsats og pasienttransporten gå raskt og uhindret. Dette må lederne i innsatsområdet være oppmerksomme på helt fra start.

Dersom det er ventetid før tilgang til pasientene (som ved skred, skadested i vann eller husbrann) kan det være hensiktsmessig å holde ressursene samlet ved ankomstpunktet i påvente av arbeidsoppgaver.

Sikkerhetshensyn kan gjøre at det er hensiktsmessig å dele inn innsatsområdet i soner, slik det er beskrevet i rutine for PLIVO- og for CBRNE-hendelser. Sonene har som funksjon å sikre trygge arbeidsforhold, for eksempel ved at man må benytte særskilt sikkerhetsutstyr i en sone.

Ledere må være fysisk plassert der de skal utøve sin ledelse, og ha sambandsmessig kontakt med hverandre i Nødnett.



Figur 4: Eksempel på fysisk organisering og plassering av ledere ved stor ulykke.



5. Implementering

Implementering av Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested vil kreve en kontinuerlig innsats knyttet til opplæring og øving av personell for å dyktiggjøre personellet i lederoppgaver og organisering. Erfaring fra implementering av liknende veiledere viser at e-læring og systematisk, praktisk trening er gode virkemidler.

De organisatoriske prinsippene må også øves i samvirke med de andre nødetatene og andre samarbeidspartnere, og være øvingsmål i de jevnlig beredskapsøvelser som helseforetakene og kommunene gjennomfører.

Det påhviler den enkelte etatsleder, den lokale virksomhetsledelse og det enkelte personell, et ansvar for å gjøre seg kjent med innholdet i denne veilederen, samt prioritere å trene og øve på denne i samarbeid med øvrige relevante etater og aktører.

Kommunene og virksomhetene bør gjennomgå sine planer og prosedyrer for å sikre at de er i samsvar med prinsippene i veilederen.

Grunnleggende opplæring er nødvendig for å kunne fungere i skadestedsorganisasjonen. Opplæring i organisering på skadested må derfor inngå i ambulansearbeiderutdanningen, paramedicstudiet, kurs i akuttmedisin for allmennleger, nettkurs i akuttmedisin for legevaktspersonell og opplæring for AMK- og LVS-operatører.





6. Referanser

[Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap \(2014\). Håndbok for nødetatene - Farlige stoffer – CBRNe](#)

[Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Helsedirektoratet \(2010\). Avtale mellom Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap \(DSB\) og Helsedirektoratet \(Hdir\) om Sivilforsvarets rolle som forsterkningsressurs til helsetjenestens beredskap.](#)

[Helse- og omsorgsdepartementet \(1999\). Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#)

[Helse- og omsorgsdepartementet \(1999\). Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)

[Helse- og omsorgsdepartementet \(1999\). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\).](#)

[Helse- og omsorgsdepartementet \(2011\). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#)

[Helse- og omsorgsdepartementet \(2015\). Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\)](#)

[Helse- og omsorgsdepartementet \(2018\). Å verne om liv og helse. Nasjonal helseberedskapsplan](#)

[Helsedirektoratet \(2013\). Nasjonal veileder for masseskadetriage.](#)

[Helsedirektoratet \(2016\). Helsepersonellens taushetsplikt – Rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet. IS 9-2015.](#)

[Helsedirektoratet \(2016\). Mestring, samhörighet og håp - Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. IS-2428.](#)

[Helsedirektoratet \(2017\). Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade. IS-2593](#)

[Helsedirektoratet \(2018\). Nødnett i helsetjenesten. Nasjonal veileder.](#)

[Helsedirektoratet \(2020\). Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral](#)

Helsedirektoratet og Forsvarets operative hovedkvarter (2011). Avtale mellom Helsedirektoratet og Forsvaret ved Forsvarets operative hovedkvarter vedrørende gjensidig bistand, 7. desember 2011

[Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap \(2017\). Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold \(PLIVO\).](#)

[Hovedredningssentralen \(2018\). Håndbok for redningstjenesten. Systembeskrivelser – prinsipper – verdier.](#)

[Hovedredningssentralen \(2018\). Nasjonal veileder for planverk og samvirke i redningstjenesten.](#)

[Justis- og beredskapsdepartementet \(1990\). Alminnelig tjenesteinstruks for politiet \(politiinstruksen\)](#)

[Justis- og beredskapsdepartementet \(1995\). Lov om politiet \(politiloven\).](#)

[Justis- og beredskapsdepartementet \(2002\). Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver \(brann- og eksplosjonsvernloven\)](#)

[Justis- og beredskapsdepartementet \(2015\). Organisasjonsplan for redningstjenesten.](#)

[Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi \(2017\). Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge](#)

[Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap \(2018\). Håndbok Kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner](#)

[Nasjonalt kompetansesenter for NBC-medisin \(2012\). Håndbok i NBC-medisin.](#)

[Politidirektoratet \(2011\). Politiets beredskapssystem Del 1. Retningslinjer for politiets beredskap \(PBS I\)](#)

[Politidirektoratet \(2014\). Veileder Politiets håndtering av pårørende og evakuerte ved store hendelser.](#)

[Politidirektoratet \(2018\). Felles sambandsreglement for Nødnett. Politiets beredskapssystem del II \(PBS II\)](#)

[Politidirektoratet \(2019\). Innføring av felles trippelvarslingsrutiner](#)

[Regionale helseforetak, Norsk Folkehjelp & Røde Kors \(2018\). Felles samarbeidsavtale mellom de 4 regionale helseforetakene og organisasjonene Norsk Folkehjelp \(NF\) og Røde Kors \(RK\)](#)



Postadresse: Pb. 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon:+47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no