

Regionale helseforetak, helseforetak og kommuner

Deres ref.:
Vår ref.: 16/11175-49
Saksbehandler: Bjørn Jamtli
Dato: 22.11.2016

Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested

Vedlagt følger ny nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested. Arbeidet med å utvikle veilederen har vært et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) og HelseDirektoratet, og har involvert ressurser fra flere deler av helsetjenesten og samarbeidende nødetater.

Formålet med veilederen er å bidra til avklaring av ansvarsforhold og skissere sentrale prinsipper og hovedoppgaver for helsetjenestens innsats, både ved mindre hendelser, storulykker og masseskadehendelser der ressurser fra flere nødetater samvirker.

Innholdet i denne veilederen må sees i sammenheng med andre relevante normerende dokumenter som f.eks. *Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015*, *Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO)*, *Felles sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere*, *Nasjonal veileder for masseskadetriage* m.fl.

Veilederen distribueres med dette til landets helseforetak og kommuner. HelseDirektoratet ber om at adressatene sørger at veilederen gjøres kjent for helsepersonell som inngår i den organiserte akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus. Vi ber videre om at prosedyren innarbeides i lokalt planverk og at personell gis anledning til å delta i planlagte opplærings- og implementeringsaktiviteter.

Som ledd i arbeidet med implementering av veilederen vil HelseDirektoratet i samarbeid med NAKOS tilby et eget e-læringsprogram. Programmet planlegges ferdigstilt i løpet av første kvartal 2017, og vil bli gjort tilgjengelig på NAKOS hjemmesider: www.nakos.no

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog e.f.
direktør

Johan Georg Røstad Torgersen
divisjonsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

HelseDirektoratet

Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste

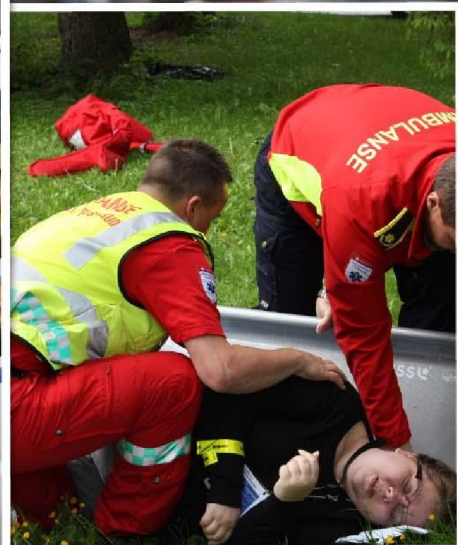
Bjørn Jamtli, tlf.: +4724163394

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Pilestredet 28, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helseDirektoratet.no

Kopi:

Hovedredningssentralene;Justis- og beredskapsdepartementet;STATENS
HELSETILSYN;Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap;Helse- og
omsorgsdepartementet;Politidirektoratet;Landets fylkesmenn



Nasjonal veileder
IS-2536

 HelseDirektoratet

Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested

Publikasjonens tittel: Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested

Utgitt: 1. desember 2016

Publikasjonsnummer: IS- 2536

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, 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 redningsinnsats 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.

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 vurderes som 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 skal også danne grunnlag for opplæring og øving, både etatsspesifikt og i samarbeid mellom de ulike nødetatene og andre redningsressurser. At større hendelser opptrer sjelden innebærer behov for systematisk opplæring og øving for å sikre at tjenestene er rustet til å håndtere slike hendelser på en god måte. Det påhviler den enkelte virksomhetsleder et ansvar for å sikre at innholdet i denne veilederen blir implementert og øvet.

Bjørn Guldvog

helsedirektør

INNHold

| | |
|--|----------|
| INNHold | 1 |
| 1. INNLEDNING | 3 |
| 1.1 Om veilederen | 3 |
| 1.2 Avgrensning | 3 |
| 2. RAMMEBETINGELSER OG FAGLIGE FØRINGER..... | 5 |
| 2.1 Mål for innsatsen på skadested | 5 |
| 2.2 Helsetjenestens organisering og ansvar | 5 |
| 2.3 Prinsipper for redningstjenesten | 6 |
| 2.4 Felles innsatsledelse på skadested | 7 |
| 2.5 Relevante bestemmelser i helselovgivningen | 8 |
| 2.6 Felles sambandsreglement | 8 |
| 2.7 Masseskadetriage | 9 |
| 2.8 Traumesystem og fordeling av pasienter | 9 |
| 2.9 Akutte psykososiale tiltak | 10 |
| 2.10 Dokumentasjon og registrering av pasienter | 10 |
| 2.11 Aksjoner ved pågående livstruende vold (PLIVO) | 11 |
| 2.12 Hendelser med kjemisk, biologisk, radiologisk eller nukleært agens (CBRN) | 11 |

| | |
|--|-----------|
| 3. LEDELSE AV HELSETJENESTENS INNSATS | 12 |
| 3.1 Fleksibel ledelsesorganisasjon | 12 |
| 3.2 Andre aktuelle lederroller helse | 13 |
| 3.3 Fordeling av lederroller | 13 |
| 3.4 Innsatsleder helse (ILH) | 14 |
| 3.5 Medisinsk leder helse (MLH) | 15 |
| | |
| 4. GJENNOMFØRING AV AKSJONER..... | 16 |
| 4.1 Tiltakskort | 16 |
| 4.1.1 AMK | 16 |
| 4.1.2 Innsatsleder helse | 17 |
| 4.1.3 Medisinsk leder helse..... | 18 |
| 4.2 Varsling og utrykning | 19 |
| 4.2.1 AMKs rolle | 19 |
| 4.2.2 Situasjonsavklaring og trippelvarsling..... | 20 |
| 4.2.3 Kommunikasjon under utrykning..... | 21 |
| 4.3 I innsatsområdet | 22 |
| 4.3.1 Felles ledelsesinnsats | 22 |
| 4.3.2 Evakuering og disponering av personell og ressurser | 22 |
| 4.3.3 Fysisk organisering av innsatsområdet | 24 |
| | |
| 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 både 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 innsatspersonell fra politi og brannvesen 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 en felles Redningshåndbok skal utgjøre nivå 1, mens denne nasjonale veilederen og andre normative nasjonale dokumenter for helsetjenesten utgjør nivå 2. Nivå 3 vil være regionale og lokale planer og prosedyrer som beskriver hvordan helseforetak og kommuner sikrer ivaretagelse av de prinsipper som er skissert i nivå 1 og 2-dokumentene.

1.2 Avgrensning

En nasjonal veileder skal beskrive hovedregler og hovedprinsipper for organisering i innsatsområdet 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. Dette inkluderer kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste.² Veilederen

¹ Organisasjonsplan for redningstjenesten

² Akuttmedisinforskriften §2

vektlegger ledelse av helsetjenestens innsats i redningsaksjoner i samvirke med de andre nødetatene og eventuelt andre aktører, 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, fylkesmenn og sentrale helsemyndigheter.

Langvarige hendelser uten akutt innsats på et avgrenset skadested er ikke omtalt spesielt i veilederen. Veilederen omhandler heller ikke sikkerhetspolitiske kriser eller krig.

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

Legevaktsentraler (LVS) har en nøkkelrolle i å varsle og mobilisere kommunens kriseledelse og kommunale ressurser knyttet til omsorg for pårørende og uskadde. Flere akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler) har et nært samarbeid med og fysisk samlokalisering med helseforetakenes kriseledelse. Slike lokale forhold hører hjemme på nivå 3 og er ikke diskutert i denne veilederen.

Veilederen henter sine eksempler fra redningstjeneste på land. Redningstjenesten i Norge er integrert, noe som innebærer at den omfatter alle typer redningsaksjoner knyttet til land-, sjø- og luftredningstjeneste.³ Ved skadested på sjø og i lite tilgjengelige områder gjelder fortsatt prinsippene i denne veilederen.

³ Organisasjonsplan for redningstjenesten

2. RAMMEBETINGELSER OG FAGLIGE FØRINGER

2.1 Mål for innsatsen på skadested

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 nødetater med oppgaver de ikke har ressurser til å dekke av sikkerhetsmessig, ulykkesforebyggende og verdibeskyttende art.

Innsatspersonellens 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 helsepersonellens primæroppgave ved aksjoner mot pågående livstruende vold (PLIVO)

2.2 Helsetjenestens organisering og ansvar

Helsetjenesten i Norge er organisert i to forvaltningsnivåer; kommunene har ansvar for primærhelsetjenester (bl.a. legevakt, legevaktsentral, kriseteam) og helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenester (bl.a. sykehus, bil-, båt- og luftambulanse og AMK-sentraler). 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 Prinsipper for redningstjenesten

Denne veilederen tar utgangspunkt i sentrale prinsipper for redningstjenesten og den nasjonale helseberedskapen.^{4,5}

Samvirkeprinsippet: Redningstjenesten utøves som et samvirke mellom offentlige organer, frivillige organisasjoner, private virksomheter og personer. Alle offentlige organer 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 (HRS) og underlagte lokale redningssentraler (LRS) (som i det daglige er politiets operasjonssentral, men benevnes LRS ved redningstjeneste).

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-sentral 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. Videre at den samlede, tverretatlige innsatsen i innsatsområdet ledes av lokal redningssentral (LRS), med en kommandolinje fra operasjonsleder på politiets operasjonssentral til politiets innsatsleder i innsatsområdet. Det er politiets ansvar å iverksette, lede og organisere redningsinnsats der menneskers liv og helse er truet⁶. Ansvarsforholdet endres ikke selv om politiet ikke fysisk er til stede⁷.

⁴ Organisasjonsplan for redningstjenesten

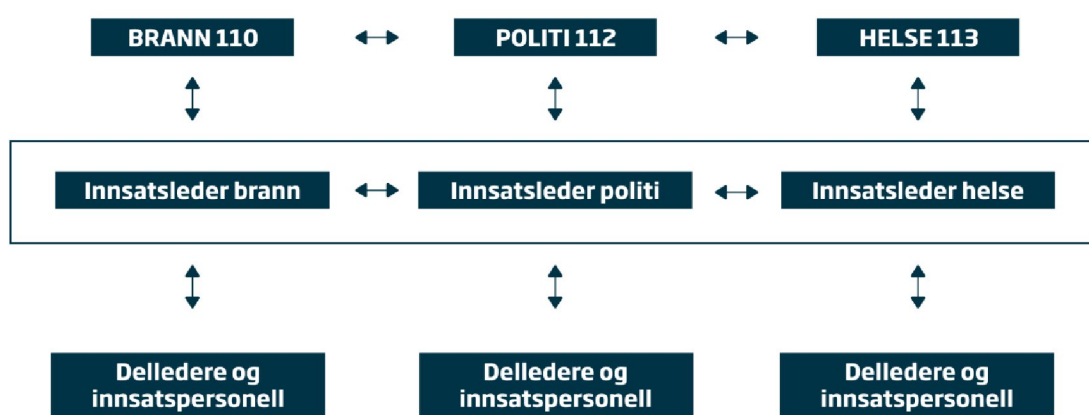
⁵ Nasjonal helseberedskapsplan

⁶ Politiloven § 27 og Politiinstruksen §12-2

⁷ Nasjonal prosedyre Nødetatenes samhandling ved pågående livstruende vold

2.4 Felles innsatsledelse på skadested

Ved større hendelser etableres Innsatsleders kommandoplass (ILKO). Ledere fra de forskjellige nødetatene samles i ILKO for gjensidig informasjonsutveksling, koordinering og planlegging av innsatsen. Politiets innsatsleder har det overordnede ansvaret for innsatsen og har løpende kontakt med politiets operasjonssentral/lokal redningsentral.



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

De tre nødetatene har gjennom hele innsatsen hver sin leder i innsatsområdet. Politiets innsatsleder skal ikke lede brannvesenets og helsetjenestens faginnsetts⁸. Det kan også være andre ledere tilstede avhengig av hendelsen, f.eks. Fagleder jernbane eller Fagleder skred.

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. Vedkommende har betydelige fullmakter, og skal blant annet lede innsatsen på skadestedet inntil politiet ankommer og overtar denne oppgaven.

Ved større hendelser, som strekker seg over noe tid, overtas gjerne ledelsen for de enkelte etatene av høyere befal eller særskilt trent personell.⁹

⁸ PBS I

⁹ PBS I

2.5 Relevante bestemmelser i helselovgivningen

Helsepersonellets virksomhet reguleres av en rekke lover og forskrifter. Det vil derfor føre for langt å gi en fullstendig oversikt over dette i denne veilederen. Når vi likevel har valgt å henvise til enkelte bestemmelser er dette ut fra en vurdering av at disse har en særlig relevans i forhold til 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.¹⁰

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.^{11,12}

Akuttmedisinforskriften oppstiller nærmere krav til innholdet i de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.¹³

2.6 Felles sambandsreglement

Felles sambandsreglement for nødetatene er utarbeidet i samarbeid mellom helse, politi og brannvesen og legger føringer og tilrettelegger for klare rutiner og effektiv kommunikasjon i samvirke mellom nødetatene.¹⁴

Nasjonal veileder for Nødnett i helsetjenesten bygger på Felles sambandsreglement for nødetatene 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.¹⁵

¹⁰ Helsepersonelloven §§ 4 og 7

¹¹ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a

¹² Helse- og omsorgstjenesteloven

¹³ Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.

¹⁴ Felles sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere

¹⁵ Nasjonal veileder for nødnett i helsetjenesten IS 2370, Helsedirektoratet 2015

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.

Et annet viktig 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.

2.7 Masseskadetriage

Nasjonal veileder for masseskadetriage¹⁶ beskriver hvordan rask hastegradsvurdering av pasientene skal utføres i situasjoner hvor man ikke har tilstrekkelig ressurser til å gi hver og en optimal behandling. Veilederen gir anvisninger på masseskadetriagering både for helsepersonell og annet innsatspersonell.

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.

2.8 Traumesystem og fordeling av pasienter

Nasjonal traumeplan beskriver hvordan behandling av alvorlig skadde pasienter best organiseres.¹⁷

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 hverdags hendelser. Det betyr at hver av pasientene i utgangspunktet evakueres dit de ville blitt transportert dersom de var den eneste pasienten i hendelsen.

¹⁶ Nasjonal veileder for masseskadetriage IS-0380, Helsedirektoratet 2013

¹⁷ Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015

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 den nærmeste til å ta avgjørelser om leveringssted for den enkelte pasient.

I noen tilfeller, med stort antall alvorlig skadde pasienter, knapphet på transportressurser og 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.

2.9 Akutte psykososiale tiltak

Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer gir retningslinjer for den akutte psykososiale oppfølgingen av berørte¹⁸. 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.

2.10 Dokumentasjon og registrering av pasienter

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. I praksis vil det utføres ved at ambulansjournal fylles ut på vanlig måte.

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

¹⁸ Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer IS-2428, Helsedirektoratet 2016

I en krise- eller katastrofesituasjon skal helsepersonell oppgi navn på pasienter som er ivaretatt av helsetjenesten til politiet for at disse skal få oversikt over savnede og ikke binde opp ressurser til leting etter personer som allerede er funnet¹⁹. Dette muliggjør at politiet kan henvende seg til sykehus eller legevakt for å få oversikt over savnede og omkomne også etter at pasienter er evakuert fra et skadested.

2.11 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. 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 prinsipper som beskrevet i denne veilederen.

2.12 Hendelser med kjemisk, biologisk, radiologisk eller nukleært agens (CBRN)

Tverretatlig 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 eksplosiver²⁰. Retningslinjene beskriver den initiale håndtering av hendelsene. Den medisinske behandlingen er beskrevet i Håndbok for NBC-medisin²¹. Også for denne type hendelser er grunnprinsippene for håndtering og organisering de samme som i denne veilederen.

¹⁹ Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet IS-9-2015, Helsedirektoratet 2016

²⁰ Farlige stoffer – CBRNe

²¹ Håndbok for NBC-medisin

3. LEDELSE AV HELSETJENESTENS INNSATS

3.1 **Fleksibel ledelsesorganisasjon**

Ved en begrenset hendelse vil som oftest nødetatenes ressurser på stedet være tilstrekkelig for å håndtere hendelsen. Innsatspersonellet utfører sine ordinære 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 ledelsesroller må stå i forhold til ressursene som er på stedet. Innsatsen vil også endres over tid, gjerne slik at ledelsesorganisasjonen starter med første enhet, 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.

Denne veilederen tar utgangspunkt i at helsetjenestens innsats skal ledes av **Innsatsleder helse (ILH)** og **Medisinsk leder helse (MLH)**. Deres oppgaver beskrives mer inngående i de påfølgende avsnittene. ILH og MLH bærer hvite refleksvester med «Innsatsleder helse» og «Medisinsk leder helse». Øvrig personell bærer arbeidsklær og merkevester som ved hverdags hendelser.

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.

3.2 Andre aktuelle lederroller helse

Kommer det mange ambulanser og andre helseressurser vil det være vanskelig for ILH 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.

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 samleplass**. 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. For eksempel kan pilot på første luftambulans koordinere lufttrafikken dersom flere helikopter ankommer innsatsområdet. 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 ulike sektorer eller geografiske områder.

3.3 Fordeling av lederroller

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.

Konkret innebærer dette at dersom ambulanse ankommer først vil det som hovedregel være fartøysjefens ansvar å ivareta helsetjenestens innsatsledelse, mens annet ambulanspersonell primært yter medisinsk behandling. Dersom lege i vakt ankommer først, vil legen ta et samlet ansvar for helseinnsatsen inntil annen ressurs ankommer og eventuelt overtar.

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.

Rollen som MLH bekles alltid av lege. 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, forestå og lede behandlingen i påvente av transport osv.). MLH er en lederrolle som ved store hendelser skal fungere over tid.

Ved hendelser hvor lege ikke er til stede er det ILH (med støtte av eventuelle andre ledere som blir utnevnt) som ivaretar de oppgaver som tilligger MLH.

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

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.

Som eksempel vil det ved begrensede hendelser med få pasienter kunne fungere godt at luftambulansелеge som kommer til litt ut i hendelsen, fokuserer på klinisk arbeid med de hardest skadde pasientene og rask transport til sykehus, framfor å skulle overta og deretter gi fra seg rollen som MLH. Ved større hendelser med mange pasienter som må vente på transportressurser vil det kunne ha større verdi å beholde legen i innsatsområdet.

I noen deler av landet har ambulansetjenesten etablert en egen operativ lederfunksjon for ambulansetjenesten. Dette personellet har særskilt kompetanse til å ivareta funksjonen som ILH, og vil som hovedregel overta dette ansvaret fra annet helsepersonell.

3.4 Innsatsleder helse (ILH)

Innsatsleder helse (ILH) skal lede helsetjenestens samlede innsats i innsatsområdet.

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

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

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

Når ILH 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 ILH.

3.5 Medisinsk leder helse (MLH)

Medisinsk leder helse (MLH) er øverste medisinske leder og ILHs medisinsk-faglige rådgiver.

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 som hovedoppgave å lede arbeidet med akuttmedisinske vurderinger, prioriteringer og behandling av pasienter. MLH sin normale plassering er sentralt på skadestedet eller på en eventuell samleplass ved 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.

4. GJENNOMFØRING AV AKSJONER

4.1 Tiltakskort

4.1.1 AMK

A - MOBILISERE RESSURSER OG IVERKSETTE NØDVENDIG AKUTTMEDISINSK RESPONS

1. Aktivering av lokale ressurser
2. Støtte av enheter fra naboregioner
3. Aktivering av luftambulansse og redningshelikopter fra AMK-LA/HRS
4. Etablere sambandskontakt mellom alle utrykkende enheter
5. Sikre at utrykkende enheter tar med ekstra bærer og annet nødvendig materiell
6. Sykehus varsles på vanlig måte
7. Vurdere aktivering av helsebuss eller helseekspres for transport av uskadde eller lettere skadde
8. Vurdere beredskapsforflytning (forflytning av ambulansse, annet utstyr eller personell) av beredskapshensyn for andre akutthendelser

B – VURDERE BEHOV FOR SPESIELLE RESSURSER OG TILTAK

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

4.1.2 Innsatsleder helse

A - IGANGSETTE SIKKERHETSTILTAK OG GI TILBAKEMELDING

1. Opprette og beholde sambandskontakt internt for helseressursene.
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. Første enhet fremme skal gi situasjonsrapport til involvert innsatspersonell og 11x-sentraler i felles talegruppe.
6. Fortløpende info om skadested, omfang og risikofaktorer, samt antatt behov for ressurser.

B - PLANLEGGJE OG IVERKSETTE EVAKUERINGSLINJER

1. Legge en plan for praktisk evakueringslinje og organisere ut fra dette.
2. Organisere evakuering fra selve skadestedet f.eks. ved å benytte uskadde, sivile og personell fra andre etater
3. Tidlig identifisere flaskehals 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. Bygge opp samleplass(-er) om nødvendig 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 loggføring og dokumentasjon

4.1.3 Medisinsk leder helse

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

1. Sikre at spesialiserte medisinske ressurser varsles. Dette bør gjøres på veg ut til skadestedet.
2. Bidra med nødvendig medisinsk informasjon til de involverte ressurser (spesielt viktig ved CBRN-hendelser) via riktig talegruppe.
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/eller livreddende behandling.
2. Skille ut og gruppere de lettere og ikke skadete som kan måtte vente til nødvendige tiltak er gjennomført for de med høyere prioritet.

C - LIVREDDENDE TILTAK OG ØVRIG NØDVENDIG MEDISINSK BEHANDLING

1. Sørge for at retriage utføres på egnet sted i evakueringslinjen
2. Sørge for at nødvendige livreddende behandlingstiltak blir utført
3. Sørge for at mobilisert medisinsk personell benyttes slik at kapasiteten for behandling og effektiv evakuering er tilstrekkelig etter hvert som aksjonen utvikler seg.
4. Vurdere de øvrige pasientene og iverksette nødvendig behandling av disse når kapasiteten gjør det mulig. F.eks. ved å etablere en utvidet og fremskutt legevaktstjeneste i området
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 AMKs rolle

AMK-sentralen har ansvar for å styre og koordinere lokale ambulanseressurser (bil, båt og luftambulanse) på vegne av involverte helseforetak. AMK-sentralen har videre ansvar for å mobilisere ressurser og iverksette nødvendig akuttmedisinsk respons²². Ved hendelser på grensen mellom AMK-områder må de involverte AMK-sentralene avklare hvilken sentral som skal håndtere hendelsen.

Ansvarsdelingen mellom AMK-sentralen og ILH er at AMK-sentralen koordinerer helseressurser på vei til og fra innsatsområdet, mens ILH disponerer og koordinerer ressursene i innsatsområdet.

AMK er i løpende kontakt med ILH, 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. AMK-lege skal være tilgjengelig for konsultasjon og beslutningsstøtte ved behov, og AMK skal kunne bistå lederne i innsatsområdet med råd om evakuering og fordeling av pasienter.

Ved store hendelser og masseskade vil bemanningen på AMK kunne være utilstrekkelig. AMK må ha verktøy og retningslinjer for å kunne mobilisere ekstra personell til å bemanne sentralen²³.

De regionale helseforetakene har en gjensidig plikt til å bistå hverandre ved behov²⁴. Regional AMK har en sentral rolle i å formidle behov for prehospital ressurser fra og behandlingsplasser i naboregioner når det måtte være nødvendig.

²² Akuttmedisinforskriften § 15 bokstav c)

²³ Akuttmedisinforskriften § 15 bokstav o)

²⁴ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 c)

4.2.2 Situasjonsavklaring og trippelvarsling

AMK skal innhente opplysninger for rask identifisering av situasjonen og dens utviklingspotensial og iverksette hurtig trippelvarsling. 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 skadde2. Antatt antall skadde med behov for sykehusbehandling3. Antatt antall døde og omfang av materielle skader |
| Sikkerhetssituasjon | <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 spesialkjøretøy for evakuering?3. Pasienter fastklemt/innesperret?4. Liten bårekapasitet eller få som kan hjelpe til med bæring?5. Vanskelig å etablere en effektiv evakueringslinje?6. 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 | <ol style="list-style-type: none">1. Behov for mobilisering?2. Assistanse fra nabo-distrikt?3. Behov for bistand/varsling av R-AMK (Regional AMK)? |

4.2.3 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. Annen informasjon meddeles i etatsspesifikke talegrupper.

Eksempler på tidskritisk informasjon er:²⁵

- kjørevei
- møteplass
- innsatsområde
- skadeomfang
- melder, vitner. mv.
- farlig område
- 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

²⁵ Felles sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere

4.3 I innsatsområdet

4.3.1 Felles ledelsesinnsats

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

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

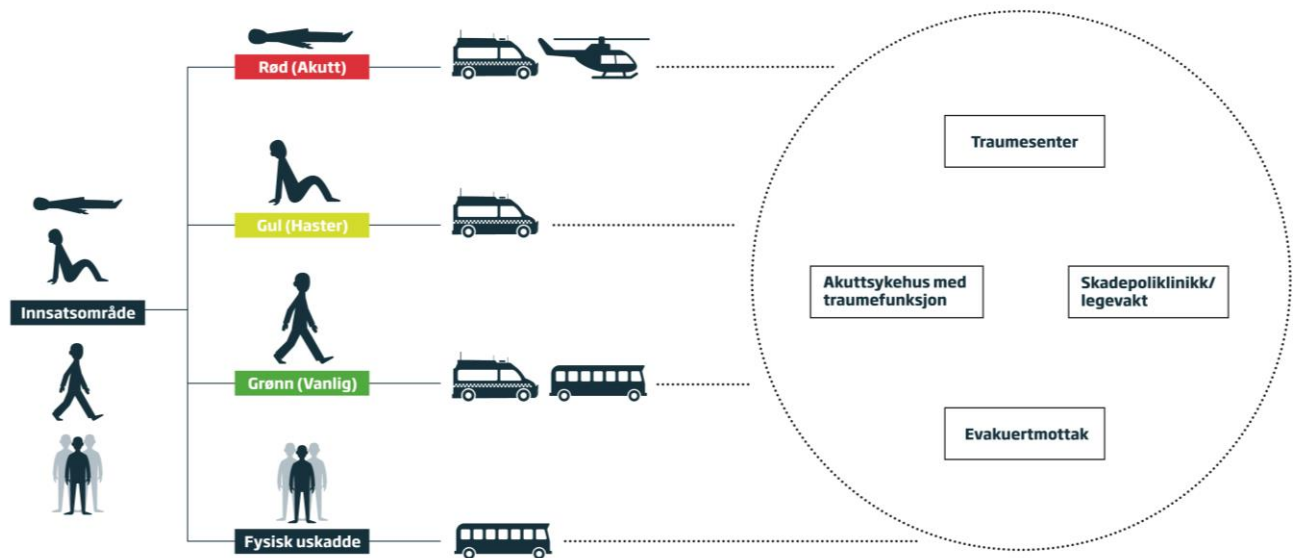
Basert på denne tommelfingerregelen samarbeider lederne om å legge en felles plan, som så iverksettes i de samarbeidende etatene og eventuelt andre deltakende organisasjoner. Planen gis som en kortfattet redegjørelse til innsatspersonellet om hvordan redningsinnsatsen i hovedtrekk skal gjennomføres. 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/akuttsykehus med traumefunksjon
2. Moderat skadde til sykehus
3. Lettere skadde til legevakt
4. Fysisk uskaddetil 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 kunne 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 båretag reduserer tidstapet for liggende pasienter som ikke er direkte tilgjengelig for transport.

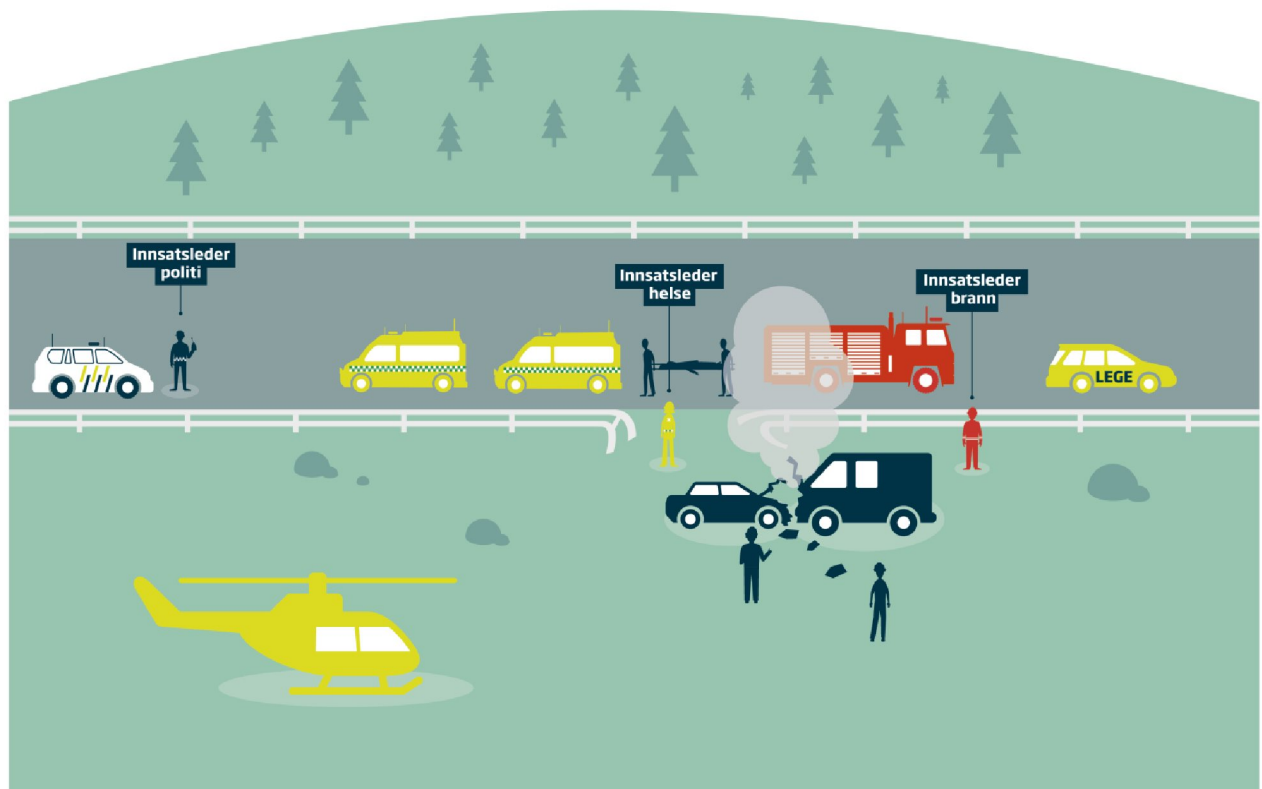
I tillegg til de som er alvorlig skadet, vil det normalt være et (langt) større antall fysisk uskadde som trenger ivaretagelse. Det bør settes av noe ressurser også til dette arbeidet. Medisinske og ressursmessige vurderinger gjør også at det ikke nødvendigvis er slik at alle de alvorligst skadde transporteres 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.



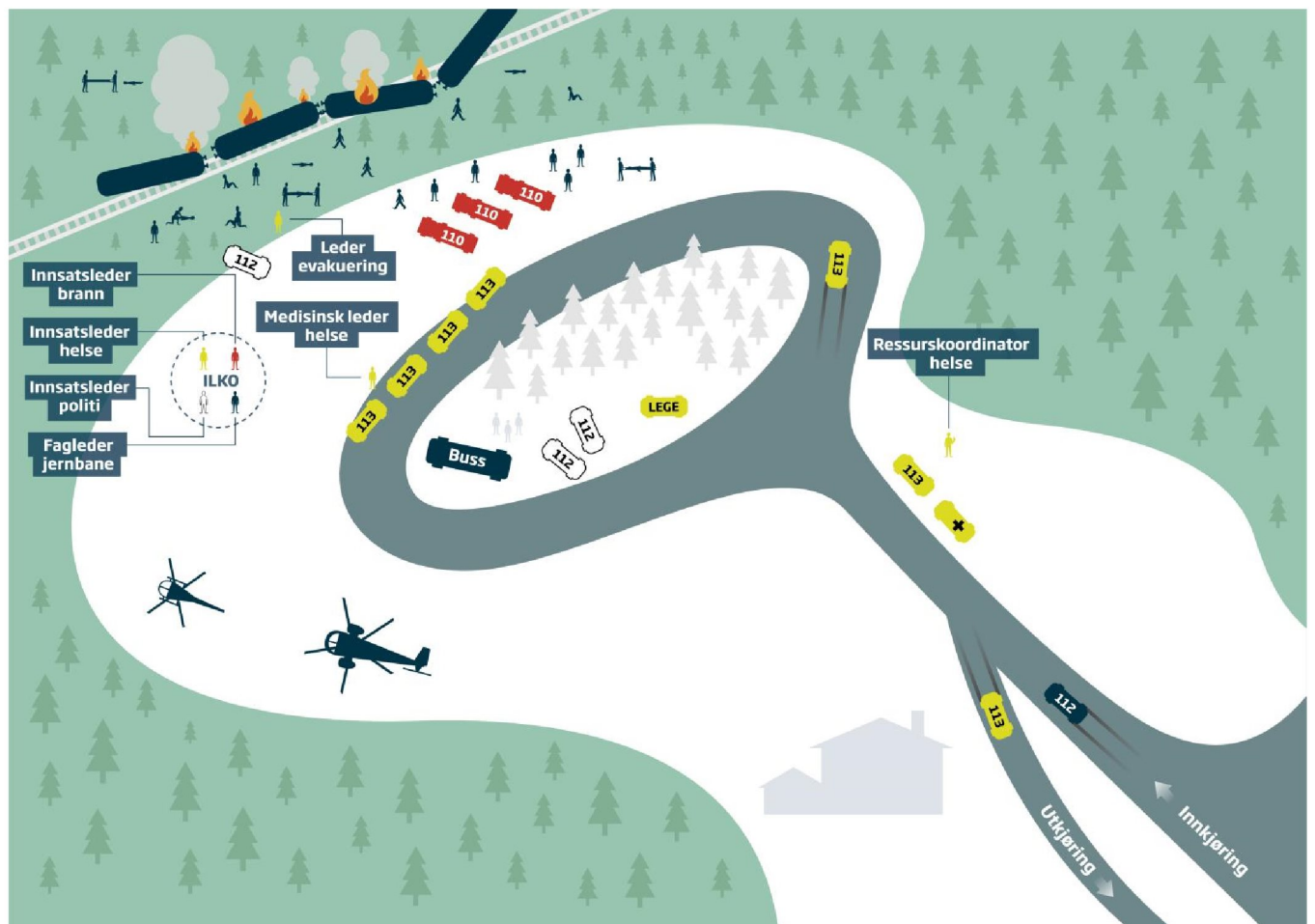
Figur 3: Eksempel på fysisk organisering og plassering av ledere ved trafikkulykke med et oversiktlig antall pasienter og tilstrekkelig ambulanskapasitet.

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. 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.

Et ambulanseoperativt moment som er spesielt vesentlig i aksjoner med samling av store ressurser er å sikre inn- og utkjøringsveier slik at de nødvendige ressursene kommer seg helt inn dit de skal i innsats og pasienttransport går raskt og uhindret. Dette må få ledelsesmessig oppmerksomhet helt fra start, slik at ikke kjøreveier blokkeres.

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.

Ledere må være fysisk plassert der de skal utøve sin ledelse, samtidig som de må ha sambandsmessig kontakt med ILH.



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

5. IMPLEMENTERING

Implementering av veilederen for helsetjenestens organisering i innsatsområdet ved store hendelser vil kreve en betydelig 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 nødvendig for å fungere i skadestedsorganisasjonen skal inngå i ambulansesarbeiderutdanningen, paramedicstudiet og kurs i akuttmedisin for allmennleger.

6. REFERANSER

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

[Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Helsedirektoratet og Politidirektoratet \(2013\). Felles sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere. Versjon 3.](#)

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

[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 \(2014\). Nasjonal helseberedskapsplan Versjon 2.0](#)

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

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

[Helsedirektoratet \(2015\). Nasjonal veileder for nødnett i helsetjenesten IS-2370](#)

[Helsedirektoratet \(2016\). Helsepersonellets 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, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap \(2015\). Nasjonal prosedyre for pågående livstruende vold – PLIVO.](#)

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

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

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

[Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi \(2015\). Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015](#)

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

[Politidirektoratet \(2011\). Politiets Beredskapssystem \(PBS\), del I.](#)



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

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no