

# Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested

---

## Forord

Håndtering av større hendelser med mange alvorlig skadde opptrer sjelden og utgjør en utfordring både for de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og øvrige nødetater.

Formålet med denne veilederen er å avklare ansvarsforhold og skissere sentrale prinsipper og hovedoppgaver for helsetjenestens innsats ved masseskadehendelser og storulykker. En nasjonal veileder vurderes som et viktig virkemiddel for å sikre forutsigbarhet både for helsetjenestens innsatspersonell og innsatspersonell for andre samarbeidende nødetater.

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. Veilederen skal danne grunnlag for slik opplæring og øving, både etatsspesifikt og i samarbeid mellom de ulike nødetatene.

Bjørn Guldvog

helsedirektør

## Innhold

Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested .....	1
Forord .....	2
Del A - Innledning .....	4
A 1. Bakgrunn .....	4
A 2. Om veilederen .....	4
A 3. Avgrensning .....	4
Del B – Rammebetingelser og faglige føringer .....	6
B 1. Mål for innsatsen .....	6
B 2. Prinsipper for redningstjenesten – Ledelse i innsatsområdet .....	6
B 3. Relevante bestemmelser i helselovgivningen .....	8
B 4. Felles sambandsreglement .....	8
B 5. Masseskadetriage .....	9
B 6. Traumesystem og fordeling av pasienter .....	9
B 7. Akutte psykososiale tiltak .....	10
B 8. Dokumentasjon og registrering av pasienter .....	10
B 9. Aksjoner ved pågående livstruende vold (PLIVO) .....	10
B 10. Hendelser med kjemisk, biologisk, radiologisk eller nukleært agens (CBRN) .....	11
Del C – Ledelse av helsetjenestens innsats .....	12
C1. Mål for felles ledelsesinnsats på skadested .....	12
C 2. Fleksibel ledelsesorganisasjon .....	12
C 3. Aktuelle lederroller helse .....	13
C 4. Innsatsleder helse (ILH) .....	14
C 5. Medisinsk leder helse (MLH) .....	14
C 6. AMK .....	15
Del D – Gjennomføring av aksjoner .....	16
D 1. Tiltakskort .....	16
D 2. Før innsatsledelse er etablert i innsatsområdet .....	19
D 3. I innsatsområdet .....	19
Del E - Implementering .....	21
Del F – Referanser .....	22

## Del A - Innledning

### A 1. Bakgrunn

Innsatspersonell fra politi, brann og helsetjenesten samarbeider daglig om redningsinnsats på mindre skadesteder. Masseskadehendelser og storulykker er meget sjeldne og utgjør derfor en særlig utfordring.

Erfaringer fra masseskadehendelser og storulykker de senere år har vist at det er behov for et oppdatert planverk for helsetjenestens organisering av innsatsen på større skadesteder. Et oppdatert planverk er både viktig for planlegging og øvelse av helsetjenestens spesifikke innsats ved større hendelser, men også 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.

### A 2. Om veilederen

Redningstjenesten i Norge utøves som et samvirke mellom offentlige organer, frivillige organisasjoner og private virksomheter og personer, under ledelse og koordinering av to hovedredningsentraler og underordnede lokale redningsentraler<sup>1</sup>. Planverket for redningstjenesten kan beskrives som tredelt, der en fremtidig felles Redningshåndbok vil 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 prinsippene som er skissert i nivå 1 og 2-dokumentene.

Helseinnsatsen på skadesteder 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.

Helsetjenesten i Norge er organisert i to ulike forvaltningsnivåer; kommunenes ansvar for primærhelsetjenester og helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester. Kommunenes og helseforetakenes ansvar og oppgaver vil i utgangspunktet være de samme i normalsituasjoner som ved større hendelser. Samtidig må ikke helsetjenestens organisering hindre at pasienter får nødvendig helsehjelp. Konkret innebærer dette at hensynet til å redde liv og begrense skade, og ikke helsepersonellens ansettelsesforhold eller primæroppgaver må være styrende for helsetjenesteinnsatsen ved ulykker og andre akutte situasjoner. For eksempel vil det i initialfasen av en større hendelse med mange alvorlig skadde være naturlig at både ambulanspersonell, legevaktleger og annet helsepersonell samarbeider om å yte livreddende og skadebegrensende innsats uavhengig av hvilke primæroppgaver disse har i en normalsituasjon.

### A 3. Avgrensning

Veilederen omhandler de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Med dette menes medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten<sup>2</sup>. Veilederen vektlegger ledelse av helsetjenestens innsats i redningsaksjoner i samvirke med de andre nødetatene og

---

<sup>1</sup> Organisasjon for redningstjenesten

<sup>2</sup> Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

eventuelt andre aktører, og dekker således ikke alle aktiviteter og tiltak som inngår i den samlede krisehåndteringen. Beredskapstiltak i sykehus og kommuner berøres i liten grad.

Flere legevakt-sentraler (LV-sentraler) 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.

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

En nasjonal veileder skal beskrive hovedregler og hovedprinsipper for organisering i innsatsområdet. Dette innebærer at man ikke kan beskrive alle fasetter og eventualiteter. Det gis heller ikke faglige retningslinjer for behandling av den enkelte skadde pasient eller detaljerte krav til lokalt planverk.

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<sup>3</sup>. Ved skadested på sjø og i lite tilgjengelige områder gjelder fortsatt prinsippene i denne veilederen.

---

<sup>3</sup> Organisasjonsplan for redningstjenesten

## Del B – Rammebetingelser og faglige føringer

### B 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.

Innsatspersonell og pasientenes sikkerhet må ivaretas under hele aksjonen. Ved en vedvarende faresituasjon på skadestedet vil dette bl.a. kunne ivaretas gjennom rask evakuering av pasienter til sikkert område før videre undersøkelse og behandling.

### B 2. Prinsipper for redningstjenesten – ledelse i innsatsområdet

Denne veilederen tar utgangspunkt i sentrale prinsipper for redningstjenesten og den nasjonale helseberedskapen.<sup>4,5</sup>

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.

Det er lokal AMK-sentral og LV-sentral, 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. Den samlede, tverretatlige innsatsen i innsatsområdet ledes imidlertid av lokal redningssentral (LRS), med en kommandolinje fra operasjonsleder på

---

<sup>4</sup> Organisasjonsplan for redningstjenesten

<sup>5</sup> Nasjonal helseberedskapsplan

politiets operasjonssentral til politiets innsatsleder i innsatsområdet. Det er politiets ansvar å iverksette, lede og organisere redningsinnsats der menneskers liv og helse er truet<sup>6</sup>. Ansvarsforholdet endres ikke selv om politiet ikke fysisk er til stede.<sup>7</sup>

*FIGUR (IKKE FERDIGTEGNET TIL HØRINGSVERSJONEN): Den tverretatlige organiseringen av redningstjenesten, med vekt på organisering i innsatsområdet*

Ved større hendelser etableres Innsatsleders kommandoplass (ILKO). Ledere fra de forskjellige nødetatene samles i ILKO for gjensidig informasjonsutveksling og planlegging av innsatsen. Politiets innsatsleder har løpende kontakt med politiets operasjonssentral/lokal redningssentral, blant annet for å skaffe nødvendige ressurser.

De tre nødetatene har gjennom hele innsatsen hver sin leder i innsatsområdet. Politiets innsatsleder skal ikke lede brannvesenets og helsetjenestens faginnsats.<sup>8</sup> Det kan også være andre ledere tilstede avhengig av hendelsen, f.eks. Fagleder jernbane eller Fagleder skred.

Fagleder 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 fungere som innsatsleder 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 spesialutdannet personell.

---

<sup>6</sup> Politiloven § 27

<sup>7</sup> Nasjonal prosedyre for nødetatenes samhandling ved pågående livstruende vold

<sup>8</sup> PBS I

### B 3. Relevante bestemmelser i helselovgivningen

Helsepersonellets virksomhet reguleres av en lang 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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>11,12</sup>

Akuttmedisinforskriften oppstiller nærmere krav til innholdet i de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.<sup>13</sup>

### B 4. 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.<sup>14</sup>

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.

Et viktig prinsipp for felles sambandsreglement er at den 11X-sentralen som 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 veg til hendelsen.

Ved hendelser på land benyttes BAPS-talegruppe når kun nødetatene deltar, eller samvirke-talegruppe ved samhandling av andre beredskapsbrukere. Ved samhandling med andre beredskapsbrukere på sjø og vann benyttes SAR-talegruppe.

---

<sup>9</sup> Helsepersonelloven § 7

<sup>10</sup> Helsepersonelloven § 4

<sup>11</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a

<sup>12</sup> Helse- omsorgstjenesteloven § 3-2

<sup>13</sup> Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)

<sup>14</sup> Felles sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere



Politiets innsatsleder koordinerer bruken av felles talegrupper under den videre innsatsen i innsatsområdet.

### **B 5. Masseskadetriage**

Nasjonal veileder for masseskadetriage beskriver hvordan rask hastegradsvurdering av pasientene skal utføres for å hjelpe innsatspersonellet til å gjøre det viktigste først i situasjoner hvor man ikke har tilstrekkelig ressurser til å gi hver og en optimal behandling.<sup>15</sup>

Valg av triagemetode avhenger av forholdet mellom ressurser og oppgaver, og hvor i evakueringskjeden triage utføres.

Pasienter som ved en masseskadehendelse skal transporteres fra skadested til sykehus eller annet behandlingssted skal triageres som rød (akutt), gul (haster) eller grønn (vanlig).

Det er verdt å merke seg at ingen triagegrupper må vente på et skadested og at det ofte vil være hensiktsmessig å få transportert bort pasienter med mindre/ingen skader for å få oversikt på skadestedet.

### **B 6. Traumesystem og fordeling av pasienter**

Nasjonal traumeplan beskriver organiseringen av behandling av alvorlig skadde pasienter<sup>16</sup>.

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 akuttisyrkehus 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.

I noen tilfeller, med stort antall alvorlig skadde pasienter, knapphet på transportressurser og streng kulde eller annen vedvarende fare-situasjon på skadested kan det være nødvendig å transportere pasienter til nærmeste sykehus i påvente av tilgjengelig transport til de sykehus som normalt ferdigbehandler slike pasienter. Sykehuset benyttes i slike tilfeller som samleplass og triagepunkt og det påhviler AMK et særskilt ansvar for å mobilisere ressurser raskt for at slik etappetransport ikke skal forsinke transport til endelig behandlingssted.

Beslutning om hvor pasientene skal bringes vil som hovedregel skje gjennom dialog mellom behandlingsansvarlig på skadested, AMK og mottakende enhet, dvs. sykehus eller legevakt. 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 på skadested er den nærmeste til å ta avgjørelser om leveringssted for den enkelte pasient.

---

<sup>15</sup> Nasjonal veileder for masseskadetriage

<sup>16</sup> Nasjonal traumeplan 2015

Dersom pasienten ved ankomst til valgt behandlingssted (sykehus, legevakt) viser seg å oppfylle kriteriene for alvorlig skade, skal det tas kontakt med traumeleder ved traumesenter for rask overføring dit.

### **B 7. Akutte psykososiale tiltak**

Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer gir retningslinjer for den akutte psykososiale oppfølgingen av involverte.<sup>17</sup> 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.

### **B 8. Dokumentasjon og registrering av pasienter**

Helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal oppstiller krav til dokumentasjon ved ytelse av helsehjelp. Dokumentasjonskravet er 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 ordinær 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 pasientene.

I en krise- eller katastrofesituasjon skal helsepersonell oppgi navn på pasienter som er ivarettatt av helsetjenesten til politiet for at disse skal få oversikt savnede og ikke binde opp ressurser til leting etter personer som er funnet.<sup>18</sup> Dette muliggjør at politiet kan henvende seg til sykehus eller legevakt for å få oversikt over savnede og omkomne også etter at pasienter er transportert bort fra et skadested og derfor ikke trenger å binde opp egne ressurser til dette på skadestedet.

### **B 9. Aksjoner ved pågående livstruende vold (PLIVO)**

Den nasjonale prosedyren Nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO) beskriver en felles og tverretattlig 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 prinsippene som beskrevet i denne veilederen.

---

<sup>17</sup> Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer

<sup>18</sup> Rundskriv IS- 9-2015: Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet

## **B 10. 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 eksplosiver<sup>19</sup>. Retningslinjene beskriver den initiale håndtering av hendelsene. Den medisinske behandlingen er beskrevet i Håndbok for NBC-medisin<sup>20</sup>. Også for denne type hendelser er grunnprinsippene for håndtering og organisering de samme som i denne veilederen.

---

<sup>19</sup> Farlige stoffer – CBRNe

<sup>20</sup> Håndbok for NBC-medisin

## Del C – Ledelse av helsetjenestens innsats

### C1. Mål for felles ledelsesinnsats på skadested

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 i påvente av transportmulighet
- 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 på skadestedet. Lederne kontrollerer og støtter, og justerer felles plan ved behov.

### C 2. Fleksibel ledelsesorganisasjon

Helsetjenestens respons ved en hendelse vil avhenge av flere faktorer, som hendelsens art og kompleksitet, hvor mange som er rammet, hvilke ressurser som er tilgjengelige innen hvilken tid, hvor tilgjengelig skadestedet er, samt hvordan de andre nødetatene responderer. Innsatsen vil også endres over tid.

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.

Nøkkelen til å oppnå dette er å fokusere på oppgavene som skal utføres. Disse oppgavene er i stor grad de samme uavhengig av aktuelle hendelse, selv om det kan variere betydelig hvor vanskelige de er å løse, hvor mye tid og innsats de krever og hvem som utfører dem.

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.

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

Uavhengig av hendelsens omfang og tilgang på ressurser skal første helseressurs som kommer frem til et innsatsområde både iverksette akutte medisinske behandlingstiltak og ivareta initial innsatsledelse for helse. Konkret innebærer dette at dersom lege i vakt ankommer først, vil legen måtte ta et samlet ansvar for helseinnsatsen inntil annen ressurs ankommer. Dersom ambulansen ankommer først vil det som hovedregel være fartøysjefens ansvar å ivareta helsetjenestens innsatsledelse, mens annet ambulanspersonell primært yter medisinsk behandling.

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 personlige forutsetninger. En slik praktisk tilpasning bidrar til fleksibilitet i ledelsesorganisasjonen. Etter hvert som det ankommer ytterligere helseressurser er det naturlig å revurdere hvem som skal ivareta ulike deler av ledelsesinnsatsen.

### C 3. Aktuelle lederroller helse

Denne veilederen tar utgangspunkt i at helsetjenestens innsats på et skadested skal ledes av **Innsatsleder helse (ILH)** og **Medisinsk leder helse (MLH)**. Deres oppgaver beskrives mer inngående i de påfølgende avsnittene. De to lederne bærer hvite refleksester med «Innsatsleder helse» og «Medisinsk leder helse». Øvrig personell bærer arbeidsklær og merkevester som ved hverdagshendelser.

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.

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 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.

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.

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.

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.

#### **C 4. Innsatsleder helse (ILH)**

Innsatsleder helse (ILH) skal lede helsetjenestens samlede innsats i innsatsområdet og er primært kontaktpunkt for AMK-sentralen, øvrige helseressurser og ledelsen for øvrige nødetater gjennom hele aksjonen. ILH har spesielt ansvar for å vurdere ressursbehov, ivareta sikkerheten for helsepersonell, organisering av helseinnsatsen på skadestedet og eventuelle samleplasser, samt etablere evakueringslinjer til sykehus og legevakt. ILH melder behov for personell og materiell til lokal AMK-sentral.

Rollen som ILH vil oftest bli utført av fartøysjef på første bilambulanse, men kan også ivaretas av annet helsepersonell, for eksempel legevaktslege. 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 dersom ikke lokale prosedyrer eller andre tungtveiende hensyn tilsier noe annet.

ILH har sin faste plass i innsatsleders kommandoplass (ILKO) når dette er opprettet og må være tilgjengelig på felles talegruppe dersom ILKO forlates for å gjennomføre rekognosering eller liknende. ILH utnevner de nødvendige ledere og oppgaveansvarlige personell ut fra den aktuelle situasjonen. Disse må være fysisk plassert der de skal utøve sin ledelse, samtidig som de må ha sambandsmessig kontakt med ILH. ILKO må derfor oppfattes som et sted der disse møter for regelmessig oppdatering, men ikke det sted der man bedriver sin ledelse av egne styrker.

#### **C 5. Medisinsk leder helse (MLH)**

Medisinsk leder helse (MLH) er øverste medisinske leder. Funksjonen MLH bekles av lege. MLH er underlagt ILH og samarbeider med denne. Ved hendelser hvor lege ikke er til stede er det ILH (med støtte av eventuelle andre ledere som blir utnevnt, se pkt. C 3) som ivaretar de oppgaver som tilligger MLH.

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 på skadested, samt bidra til at den enkelte pasient kommer tidsnok til videre behandling på adekvat faglig nivå, i tett samarbeid med ILH og med faglig støtte fra AMK-lege.

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.

På samme måte vil det ikke nødvendigvis være slik at legen med mest spisset akuttmedisinsk kompetanse ivaretar rollen som MLH. MLH er en funksjon som ved store hendelser skal bekles over tid. Kommer det flere leger, vil det være naturlig at disse – ut fra en vurdering av situasjonen – avklarer hvem som ivaretar hvilke oppgaver (som å lede det medisinske arbeidet inne på selve skadestedet, utføre triage, forestå og lede behandlingen i påvente av transport osv.).

Ved begrensede hendelser vil det som eksempel fungere godt at luftambulanseseleger 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 akuttmedisinsk kompetanse i innsatsområdet.

## C 6. AMK

Den 11X-sentralen som mottar melding om hendelser som krever innsats fra politi, brann og helse har ansvar for å iverksette varsling av øvrige nødetater (trippelvarsling) uten unødig opphold.

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 respons.<sup>21</sup> AMK-sentralens oppfølgingsansvar gjelder frem til annet kvalifisert helsepersonell er fremme på hendelsessted/skadested og kan foreta mer kvalifiserte vurderinger av behovet for helsehjelp.

Ansvarsdelingen mellom AMK-sentralen og ILH er at AMK-sentralen koordinerer helseressurser på vei til og fra skadestedet, mens ILH disponerer og koordinerer ressursene på selve skadestedet/innsatsområdet. I tillegg til å varsle og mobilisere ressurser og holde oversikt over tilgjengelig ambulansekapasitet har AMK også en viktig oppgave med å holde oversikt over hvor pasienter bringes med ambulanse.

AMK sørger for informasjonsflyt mot aktuelle helseforetak (sykehusenes akuttmottak og helseforetakenes kriseledelse) og i løpende kontakt med ILH. AMK-leger er tilgjengelig for konsultasjon og beslutningsstøtte, og AMK skal bistå lederne i innsatsområdet i beslutninger om evakuering og fordeling av pasienter.

De regionale helseforetakene har en gjensidig plikt til å bistå hverandre ved behov.<sup>22</sup> AMK har en sentral rolle i å formidle behov for prehospitalt ressurser fra og behandlingsplasser i naboregioner.

AMK holder også kontakt med lokal redningssentral/politiets operasjonssentral(112-sentral), brannvesenets 110-sentral og lokal LV-sentral. Ved etablering av stab i lokal redningssentral skal AMK-sentralen etablere kontakt med helsetjenestens representant i LRS. Hvis hendelsen tilsier at Fylkesmannen beslutter å overta den koordinerende ledelsen av aktuelle samfunnssektorer, bør AMK etablere kontakt med Fylkesmannens helseavdeling. Ved hendelser som krever spesiell kompetanse eller ressurser, kan det være hensiktsmessig med kontakt til Helsedirektoratet som har oversikt over nasjonale og internasjonale fagmiljøer og mulige bistandsfunksjoner.

Ved store hendelser og masseskade vil bemanningen på AMK kunne være utilstrekkelig. I tillegg vil kontaktbehovet mot andre deler av helsetjenesten og andre samarbeidspartnere være betydelig. AMK må ha verktøy og retningslinjer for å kunne mobilisere ekstra personell til å bemanne sentralen, og ledere som kan utføre stabsoppgaver.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Akuttmedisinforskriften § 15 bokstav c)

<sup>22</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 c

<sup>23</sup> Akuttmedisinforskriften § 15 bokstav o)

## Del D – Gjennomføring av aksjoner

### D 1. Tiltakskort

#### D 1.1 AMK

##### D 1.1.1 Situasjonsavklaring

<b>Omfang</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Antatt antall involverte mennesker inkludert lett skadde</li><li>2. Antatt antall skadde med behov for sykehusbehandling</li><li>3. Antatt antall døde og omfang av materielle skader</li></ol>
<b>Sikkerhetssituasjon</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Brann eller eksplosjonsfare?</li><li>2. Fare for farlig gods eller CBRNe?</li><li>3. Fare for snøskred, ras eller kollaps av bygninger?</li><li>4. Nødvendig med evakuering av fastboende?</li><li>5. Fare for ekstremvær?</li><li>6. PLIVO-hendelse?</li></ol>
<b>Operative forhold og begrensninger</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Er skadested langt fra vei?</li><li>2. Behov for helikopter, båt eller spesialkjøretøy for evakuering?</li><li>3. Pasienter fastklemt/innesperret?</li><li>4. Liten bærekapasitet og/eller få sivile som kan hjelpe til?</li><li>5. Samleplass med fysiske (plass, adkomst) begrensninger?</li><li>6. Vanskelig å etablere en effektiv evakueringslinje?</li><li>7. Ingen landingsmulighet for helikopter?</li></ol>
<b>Årstid og værforhold</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kuldepåvirkning og risiko for nedkjøling av skadde?</li><li>2. Vær som gjør effektiv bruk av helikoptre vanskelig?</li><li>3. Kan været påvirke innsatsmannskaper?</li><li>4. Er det natt/mørkt eller vil innsatsen gå inn i mørke?</li></ol>
<b>Avstand og kapasitet i sykehus og kommunehelse</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Transporttid til nærmeste traumesykehus og regionalt traumesenter?</li><li>2. Sykehusenes kapasitet?</li><li>3. Avstand til egnet samlingslokale?</li><li>4. Avstand og bemanning på nærmeste legevakter og sykehjem?</li></ol>
<b>Tilgjengelige ressurser og mannskaper</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Behov for mobilisering?</li><li>2. Assistanse fra nabolokaler?</li><li>3. Behov for bistand/varsling av R-AMK (Regional AMK)?</li></ol>

##### D 1.1.2 Tiltak

- Aktivering av lokale ressurser
- Aktivering av luftambulans og redningshelikopter fra AMK-LA/HRS
- Sikre at utrykkende enheter tar med nødvendig materiell
- Etablere sambandskontakt mellom alle utrykkende enheter
- Støtte av enheter fra naboregioner
- ILH avklares så tidlig som mulig og gis prioritet på sambandet
- Vurder å øke kapasiteten i AMK med å kalle inn ekstra operatører og evt. sette stab
- Vurdere aktivering av helsebuss eller helseekspress for transport av uskadde eller lettere skadde
- Aktivering av ekstra helsepersonell, frivakter



- Sykehus varsles på vanlig måte
- Vurdere varsling/innkalling av personell fra eventuelle lokale tverrfaglige team, samt fra lokale sykehjem og hjemmebaserte tjenester
- Vurdere behov for bistand fra frivillige organisasjoner og sivilforsvaret
- Vurdere behov for utrykningsteam fra sykehus
- Spesialiserte redningsgrupper varsles/aktiveres via politiet
- Hvis skadestedet ligger utenfor vei - rekvirering av egnet kjøretøy
- Vurdere beredskapsforflytning (forflytning av ambulanse, annet utstyr eller personell) av beredskapshensyn for andre akutthendelser
- Vurdere å ta i bruk flere talegrupper i nødnett

### *D 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 definert talegruppe (BAPS/Samvirke).
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 utbæring fra selve skadestedet f.eks. ved å benytte uskadde, sivile og personell fra andre etater
3. Identifisere flaskehalsen tidlig og sette inn tiltak for å redusere disse.
4. Vurdere behovet for å utpeke Leder evakuering

#### **C - ETABLERING OG DRIFT AV SKADESTED OG SAMLEPLASS**

1. Styre prioritert utbæring fra skadested.
2. Hvis pasienter er f.eks. fastklemt må det etableres medisinsk bistand på skadested.
3. Bygge opp nødvendige samle plasser og sørge for effektiv drift av dem.
4. Vurdere behovet for å utpeke Leder samle plass

#### **D - FORSTERKE EVAKUERINGSLINJENE OG MOTVIRKE FLASKEHALSER**

1. Organisere transportlinjer fra skadested til ambulanse og helikopter.

2. Koordinere ambulansetrafikk etter pasientenes antall, prioriteringsgruppe, tidsaspektet og kapasitet.
3. Sikre nødvendig loggføring og dokumentasjon

### *D 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 (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 transport vekk fra fare være prioritert før videre medisinske tiltak.

#### **B – IVERKSETTE TRIAGE OG ORGANISERE TEAM**

1. Informere og styre mobilisert helsepersonell i team 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. Organisere mobilisert medisinsk personell for størst mulig kapasitet 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 legevaktjeneste 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. Beslutte hastegrad og destinasjon i samarbeid med ILH og AMK
2. Opprette dialog med sykehusenes traumeledere om pasientfordeling dersom antall pasienter på skadested er stort

## D 2. Ansvar og roller før innsatsledelse er etablert

**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.

Basert på informasjon fra nødsentralene og eventuelle enheter på stedet utnytter **personell på vei til skadestedet** 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<sup>24</sup>:

- 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 oppmarsj område/adkomstvei er OK
- tiltak som iverksettes

## D 3. I innsatsområdet

### D 3.1 Trygt inn – Raskt ut

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.

En fri kjørevei er likevel ikke mye verdt hvis den ikke benyttes til nødvendig transport, slik at det også er nødvendig å sikre at ambulanser ikke blir stående uvirksomme på en oppstillingsplass når det er pasienter klar for opplasting og transport.

### D 3.2 Evakuering og disponering av personell og ressurser

En sentral lederoppgave er å fordele ressursene slik at oppgavene løses på best mulige måte. ILH skal gi tydelige oppdrag til øvrige helseledere om hvilke spesifikke oppgaver den enkelte skal løse og (om nødvendig) gi en beskrivelse av måten oppdraget skal gjennomføres på.

---

<sup>24</sup> Felles sambandsreglement for nødetatene

I tråd med målet om å redde liv og helse vil det være et vesentlig poeng å få de hardest skadede 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 involverte på skadestedet.

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

1. Traumepasienter til traumesenter/akuttisykehus med traumefunksjon (rød gruppe)
2. Moderat skadde til sykehus (gul gruppe)
3. Lettere skadde til legevakt (grønn gruppe)
4. Fysisk uskadde/overfladisk skadde til evakuert-mottak

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. Personell fra de andre nødetatene kan brukes som sjåfører på ambulanser. Redningsmann og pilot kan transportere pasient til sykehus uten lege i helikopteret. På den måten kan man beholde helsepersonell med avansert akuttmedisinsk kompetanse på skadestedet uten å måtte utsette evakuering av kritisk skadde pasienter.

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 skadestedet. Lett skadde og uskadde transporteres ofte med buss, mannskapsbiler og annet.

### ***D 3.3 Fysisk organisering av innsatsområdet***

For helseinnsatsen i innsatsområdet 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 ambulansekapasitet og rimelig tidsavstand 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.

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» samlesteder for skadde med utvidede behandlingsmuligheter.

*FIGUR (IKKE FERDIGTEGNET TIL HØRINGSVERSJONEN): Eksempel på fysisk organisering av et innsatsområde.*

## Del E - 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 jevnlige 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 prosedyren, trene og øve på denne i samarbeid med øvrige relevante etater og aktører.

Kommunene og virksomhetene bør sikre at planer og prosedyrer oppdateres slik at de er i samsvar med prinsippene i veilederen.

## Del F – Referanser

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

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

[Helse- og omsorgsdepartementet \(2000\). Lov om helsemessig og sosial beredskap \(Helseberedskapsloven\)](#)

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

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

[Helse- og omsorgsdepartementet \(2014\). Nasjonal helseberedskapsplan Versjon 2.0](#)

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

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

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

[HelseDirektoratet \(2012\). Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede.](#)

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

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

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

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

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

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