

Mottakere etter liste

Deres ref.:
Vår ref.: 16/11175-2
Saksbehandler: Bjørn Jamtli
Dato: 14.04.2016

Høring - Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested

Bakgrunn

En av flere anbefalinger i Helsedirektoratets gjennomgang av helsetjenesteinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011¹ var at det måtte utvikles et oppdatert planverk for helsetjenestens organisering på skadested.

Oppdraget med å utarbeide et utkast til veileder ble i 2013 gitt til Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS). For å løse dette oppdraget etablerte NAKOS en bredt sammensatt arbeidsgruppe med representanter fra prehospital og intrahospital akuttmedisin, fagmedisinske foreninger og ideelle organisasjoner. Videre ble det etablert en referansegruppe med representanter fra det nasjonale akuttmedisinske miljøet og relevante nasjonale kompetansesentra. Det ble også etablert samarbeid med representanter fra Politihøgskolen og Norges Brannskole.

Etter at NAKOS leverte sitt forslag til veileder har Helsedirektoratet foretatt en nærmere gjennomgang og revisjon av innholdet. Som ledd i dette revisjonsarbeidet har Helsedirektoratet gjennomført dialogmøter med flere representanter for fagmiljøene, blant annet representanter for de regionale helseforetakene, Kommunenes sentralforbund (KS), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Innspill fra disse dialogmøtene er innarbeidet i høringsversjonen av veilederen.

Som vedlegg til dette høringsbrevet følger en nærmere redegjørelse for våre vurderinger av behovet for å endre titler på helsetjenestens ledelsesfunksjoner.

Høringen

Helsedirektoratet inviterer med dette høringsinstansene til å gi sine vurderinger av utkastet til Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested. Vi ber om at hørings svar sendes som e-post til postmottak@helsedir.no, merket med saksnummer 16/11175

Høringsfristen er 17. juni 2016.

¹ [IS-1984 Læring for bedre beredskap Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011](#)

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
divisjonsdirektør

Steinar Olsen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg 1: Helsetjenestens ledelsesfunksjoner – Helsedirektoratets vurderinger

Ledelsesfunksjoner og terminologi

Helsetjenestens sentrale lederfunksjoner på skadested har tradisjonelt vært delt mellom *Fagleder helse* og *Operativ leder helse/Taktisk leder helse*. Navnsettingen har vært opphav til forvirring og diskusjoner både rundt hvilke oppgaver den enkelte har, hvem som skal bekle rollene, hvem som skal være bindeleddet mot politiets innsatsleder og hvem som skal være overordnet hvem. I forbindelse med arbeidet med Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested har det derfor vært nødvendig å vurdere om en endring av terminologi/navnsetting på disse funksjonene kan bidra til en tydeligere og mer velfungerende organisering av helseressursene.

I disse vurderingene har Helsedirektoratet vektlagt at navnsetting bør være mest mulig intuitiv og korrespondere med den terminologi som benyttes av øvrige nødetater, dvs. politi og brann.

Hvorfor ikke videreføre Fagleder helse?

Helseinnsatsen på et skadested vil primært være rettet mot å foreta medisinske vurderinger og yte akuttmedisinsk behandling til pasienter med ulike skadetilstander. Ved en stor hendelse mobiliserer helsetjenesten ressurser fra flere organisasjoner, institusjoner, yrkesgrupper og fag. Dette inkluderer personell fra både sykehus, legevakter, prehospitale tjenester, distriktmedisinske senter, ambulansesarbeidere, sykepleiere, paramedics, leger fra ulike spesialiteter, redningsmenn, m.fl. Felles for dem alle er at de i initialfasen av en større hendelse foretar medisinske vurderinger og yter akuttmedisinsk behandling.

Ut fra en vurdering av at faget som utøves primært er medisin er det naturlig å slutte at dette arbeidet bør ledes av en lege og at *Fagleder helse* således må være en lege.

Fagleder helse skal, slik det per i dag er beskrevet i Politiets beredskapssystem (PBS), være kontaktperson for politiets innsatsleder og lede helsetjenestens samlede innsats på skadestedet.

Det er vår vurdering at helsetjenesteinnsatsen på et skadested må ledes fra det tidspunkt første helseenhet ankommer skadestedet. Erfaringer fra større hendelser viser at ambulansetjenesten ofte vil være første helseressurs på skadestedet.

Erfaringer fra større hendelser de senere år har også vist at størstedelen av ledelsesutfordringene og koordineringen mot de andre samvirkeaktørene ikke gjelder medisinsk-faglige spørsmål, men organisatoriske, operative og redningsfaglige forhold.

Ambulansepersonell er i kraft av sin funksjon erfarne brukere av kommunikasjonsutstyr i nødnett. Ved større hendelser vurderes dette å være av stor betydning for å sikre nødvendig dialog med eget innsatspersonell, AMK-sentral og øvrige nødetater.

Ut fra en samlet vurdering mener derfor Helsedirektoratet at helsetjenestens innsats på skadestedet bør kunne ledes av kvalifisert ambulansepersonell (ambulansesarbeider/paramedic), mens det medisinske arbeidet bør ledes av en lege.

Hvorfor ikke videreføre Operativ leder helse?

Betegnelsen «operativ» forveksles ofte med «operasjonell» som politiet benytter om sine operasjonssentraler, med referanse til hierarkiet strategisk – operasjonelt – taktisk. Eksempelvis ledes politiets operasjonssentral av en operasjonsleder. Operasjonell betyr et nivå i dette hierarkiet, operativ betyr praktisk eller utførende. Man kan egentlig være operativ på både strategisk, operasjonelt og taktisk nivå. Sammenholdt med Forsvarets (og NATOs) bruk av disse begrepene vil både politidistrikt, operasjonssentral og skadestedsledelse være på taktisk nivå. Ut fra et slikt resonnement kan man utlede at helsetjenestens innsats på skadestedet burde ledes av en «Taktisk leder helse». Dette har vært diskutert, særlig i lys av at denne termen er benyttet i Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO).

I helsetjenesten har man tidligere både forvekslet begrepene og stokket om på rekkefølgen, til strategisk – taktisk – operativ. I gjeldende versjon av Nasjonal helseberedskapsplan har man derfor forlatt disse begrepene helt, til fordel for nasjonal – regional – lokal. Også her dekker for øvrig «lokal» både operasjonssentral- og skadestedsnivå.

For å unngå unødige misforståelser knyttet til denne begrepsbruken er det ønskelig å unngå både strategisk, operasjonell, taktisk og operativ i navnsettingen på lederfunksjonene på skadested.

Begrepene er dessuten i liten grad intuitive; det er ikke umiddelbart lett å forstå hvilke oppgaver en «taktisk leder helse» skal ha og ikke ha.

Politets innsats på et innsatsområde ledes i dag av *Innsatsleder politi*. Politiet har tidligere benyttet termen *Skadestedsleder* for denne funksjonen. Et viktig argument for å erstatte denne termen med *Innsatsleder politi* har vært at politiet, på samme måte som øvrige nødetater, også skal lede innsats ved hendelser som ikke omfatter skadde, f.eks. beredskap ved større arrangementer som statsbesøk, konserter osv.

Brann- og redningstjenesten benytter termen *Innsatsleder brann* i situasjoner der brannvesenet leder innsatsen på et skadested i påvente av politiet.

Hvorfor innføre Innsatsleder Helse (ILH) og Medisinsk leder helse (MLH)

Som det følger av utkastet til veileder har Helsedirektoratet foreslått å innføre to primære ledelsesfunksjoner for helsetjenestens innsats på skadested/innsatsområde; *Innsatsleder helse* og *Medisinsk leder helse*.

Innsatsleder helse (ILH) leder helsetjenestens samlede innsats på skadestedet/innsatsområdet. ILH har sin faste plass i ILKO (innsatsleders kommandoplass) når dette er opprettet og skal alltid være tilgjengelig på felles talegruppe i nødnett. ILH tar beslutning om utnevning av andre nødvendige ledere og oppgaveansvarlige personell ut fra aktuelle situasjon og tilgjengelige ressurser.

ILH er ambulanseoperativt ansvarlig og sambandsmessig kontaktpunkt for helseressursene og andre nødetater gjennom hele aksjonen. ILH har spesielt ansvar for sikkerheten til personellet, logistikk, organisering av virksomheten på skadested/innsatsområde og eventuelle samleplasser, samt organisering av evakueringslinjer til sykehus og legevakt. ILH skal være i kontinuerlig dialog med AMK om behov for personell og materiell.

Rollen som ILH vil oftest bli utført av fartøysjef på første bilambulansse. I noen deler av landet har ambulansetjenesten etablert en egen operativ lederfunksjon for ambulansetjenesten. Dette personellet vurderes å ha særskilt kompetanse til å ivareta funksjonen som ILH, og vil som hovedregel overta dette ansvaret fra annet ambulanspersonell dersom ikke andre tungtveiende hensyn tilsier noe annet.

Medisinsk leder helse (MLH) er øverste medisinske leder. Rollen bekles av lege. MLH er underlagt ILH og samarbeider med denne. Ved hendelser der lege ikke er til stede er det ILH som leder både samvirke og medisinske vurderinger.

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 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.

Tilpasninger av andre styrende dokumenter

Etter at Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested er vedtatt vil Helsedirektoratet ta initiativ til å endre terminologien i andre relevante dokumenter, bl.a. Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO), Politiets beredskapssystem (PBS) og Nasjonal veileder for Nødnett i helsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet
Justis- og beredskapsdepartementet
Politidirektoratet
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
Folkehelseinstituttet
Statens helsetilsyn
Direktoratet for nødkommunikasjon
Landets fylkesmenn
De regionale helseforetakene
Helseforetakene
Landets kommuner
Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS)
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)
Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KOKOM)
Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-Traume)
Nasjonal kompetansetjeneste for distriktmedisin (NSDM)
Luftambulansetjenesten ANS
Helsetjenestens driftsorganisasjon
Nasjonal IKT
Hovedredningssentralene
Forsvarets 330-skvadron
Kommunenes sentralforbund
LO
Arbeidsgiverorganisasjonen Spekter
Den norske legeförening
Delta
Norsk sykepleierforbund
Fagforbundet
Frivillige organisasjoners redningsfaglige forum (FORF)
Røde kors
Norsk folkehjelp
Norsk førstehjelpsrad
Norsk legevaktforum
Norsk resuscitasjonsrad
Stiftelsen norsk luftambulanse