

BEREDSKAPSPLAN FOR HELSETENESTA

LINDÅS KOMMUNE

Ajourført pr. februar 2008

<u>Beredskapsplan for helse- og sosialtenesta</u>	1-intro10		
1.1 KOMMUNENS HELSEBEREDSKAP I akutte og/eller ekstraordinære situasjoner		Initialer	Dato
	Skrive av		
	Kontrollert av		
	Godkjend av		
1.2 INTRODUKSJON			

1.3 INTRODUKSJON

Denne helseberedskapsplanen er utarbeidd på bakgrunn av framlegg til mal frå m.a. Fylkesmannen i Hordaland, Helseavdelingen (tidl. Fylkeslegen), Sentralskolen for sivilt beredskap, Norsk katastrofemedisinsk forening og Stiftelsen Norsk Luftambulanse.

Planen byggjer på krav i følgjande lovverk:

- krav i kommunehelsetjenestelova,
- lova om helsemessig og sosial beredskap, med forskrifter og kommentarar.
- publikasjonene fra Direktoratet for sivilt beredskap (DSB) om kommunal planlegging og
- retningslinene for den sivile redningsteneste.

Opplegget består av fire deler:

- A - Generell del
- B - Operativ del
- C - Resurser, nøkkelpersoner og varslingsliste
- D – Fag- og bakgrunnsstoff

Planen er satt saman for å kunne

- 1. gi ei oversikt over tiltak og aktivitetar som blir å sette i gong ved hendingar som blir oppfatta som katastrofar.**
- 2. vere hjelpemiddel i akuttsituasjonar.**

Planen er avgrensa til kommunens helseteneste i ein komande eller oppstått ekstraordinær situasjon.

Lindås kommune	Totalt tal sider:
-----------------------	-------------------

BEREDSKAPSPLAN FOR HELSE- OG SOSIALTENESTA Kommunens helseberedskap i akutte og/eller ekstraordinære situasjoner	Filnavn:		
		Initialer	Dato
	Skrive av		
	Kontrollert av		
A – GENERELL DEL	Godkjend av		
Prosedyre nr. ..	Skal reviderast kvart år innan		
Sist lagra:			

1	GENERELT	7
1.1	FØREMÅL	7
1.2	GRUNNLAG	7
1.3	HOVEDPRINSIPP	8
1.4	SAMORDNING	8
1.5	HOVUDMÅLSETJING	10
1.6	HOVUDPROBLEM	10
1.7	DEFINISJONAR	10
2	KOMMUNENS ANSVAR - HELSE	11
2.1	ANSVAR – KORT	11
3	ETABLERING AV KRISELEIING	12
	VARSLING AV DEN KOMMUNALE KRISELEIINGA	12
	Varslingsmønster	13
	Ved varsling av kommunal kriseleiing skal første tilgjengelege person frå lista under varslast:	13
3.1.1	Kommuneleiinga (ordfører/rådmann) innkaller	13
3.1.2	Kommunelegen (medisinsk-fagleg rådgiver) innkallaer	13

4	KOMMUNELEGENS TILTAK.....	14
4.1	KOMMUNELEGENS UMIDDELBARE TILTAK	14
4.2	KOMMUNELEGENS VIDARE TILTAK	15
5	AUKA BEHANDLINGSBEHOV	17
5.1	A - ATOMULUKKER, RADIOAKTIVT NEDFALL, IONISERANDE STRÅLING.....	17
5.2	B - BAKTERIER, VIRUS MV, SMITTE	17
5.3	C - KJEMIKALIAR	18
5.4	E – ENERGISKADER	19
5.5	E – EVAKUERING.....	19
5.6	F – FORSYNINGSSVIKT	19
5.7	F – FLYKTNINGAR OG EVAKUERTE	20
5.8	P – PSYKOSOSIAL STØTTE.....	20
6	REDUSERT BEHANDLINGSKAPASITET	21
6.1	INTERNE HENDINGAR	21
6.2	EKSTERNE HENDINGAR.....	21
7	RESSURSAR	22
7.1	RESSURSAR I KOMMUNEN.....	22
7.2	RESSURSAR FRÅ ANDRE KOMMUNAR ELLER HF	22
8	RISIKO OG SÅRBARHEITSANALYSAR	24
9	SAMORDNING AV PLANAR	26
10	VERKSEMDAE – DELTENESTENE	26
10.1	EIKERTUN.....	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
10.2	SUNNMOEN BOFELLESSKAP	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
10.3	DEMENSAVDELINGEN I VESTFOSSEN.....	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
10.4	BOFELLESSKAP FOR FUNKSJONSHEMMEDE	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
11	FAGKOMPETANSE	28

12	EVALUERING OG REVISJON	28
13	BAKGRUNNSTOFF - MEIR INFORMASJON.....	29
13.1	MEIR GENERELL INFORMASJON ER OM	29
13.2	FORKORTINGAR:	31

2 GENERELT

2.1 FØREMÅL

Planen skal medverke til å sikre forsvarleg handtering innan kommunens ansvarsområde ved akutte og ekstraordinære situasjonar - som har eller kan få betydning for befolkninga sin helse og/eller helsevesenets funksjonsdugleik.

2.2 GRUNNLAG

Kommunen plikter å utarbeide ein beredskapsplan for si helseteneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnast med kommunens beredskapsplanar elles (khl § 1-5).

Beredskapslova krev m.a. at kommunens helsetenester under ein ekstraordinær situasjon skal kunne halde fram, leggje om eller utvide si verksemd. Drifta under ein ekstraordinær situasjon skal vere basert på den daglige teneste, oppdatert planverk og regelmessige øvingar. IK-opplegg skal mogeleggjøre tilsyn.

1.1.1.1 Ekstraordinære situasjonar

- Halde fram
- leggje om



RSB 02

2.3 HOVEDPRINSIPP

Ansvar: Den som har ansvar i normalsituasjon har og ansvar ved ekstraordære hendinger.

Likskap: Den organisasjonen/organisering kommunen har med under kriser skal være mest mogeleg lik den ein har til dagleg.

Nærleik : Krisen skal bli handtert på lågast mogeleg nivå.

2.4 SAMORDNING

Ansvars-, likskaps- og nærleiksprinsippet tilseier at kommunens helseteneste skal ivareta sine ordinære funksjonar - så langt forholda gjer dette mogeleg.

Ein ekstraordinære situasjon får verknad for fleire sektorar i eit samfunn, større befolkningsgrupper er eller vil bli direkte eller indirekte ramma. Det er behov for samordning av tiltak.

Liv og helse skal bli prioritert , dvs det er helsefaglege utfordringar for kommunen. Kommunelegen er difor fast medlem av kommunens kriseleing.

Kommunelegen inngår i kommunens kriseleing. . Oppgåvene er særleg:

- rådgivning i forhold til helsemessige aspekt/problemstillingar,

- vurdere alternative tiltak,
- legg framje forslag til løysingar,
- ha oversikt over ressursar, samt medverke i prioritering og styring av desse,
- iverksetje tiltak i samsvar med kriseleiinga sine avgjerd,
- koordinering av tiltak innan helse- og omsorgstenesten sin innsats, med særleg fokus på samhandling mellom forvaltningsnivåa,
- medverke til å utforme og delta i utarbeiding av ein samla informasjonsstrategi.

Politiet er pålagt å stå for samordninga ved ein redningsaksjonar der liv og helse er trua.

- Det ekskluderar ikke dei ordinære lover - om helsepersonell, kommunehelseteneste, spesialisthelseteneste, smittevern eller tilsyn .
- Tvert imot, det skal gjere mogeleg ei effektiv samordning av de ulike samfunnssektorar, som har kvart sitt sjølvstendige ansvar.
- Ein lege (LRS-legen) inngår i redningsleiinga i politidistriktet.

Fylkesmannan kan ta avgjerd om å overta den koordinerande leiing ved hendinga som strekk seg ut i tid og/eller geografiske område.
Fylkeslegen inngår i Fylkesmannans leiing.

Ei koordinerande leiing legg til grunn at kvar delfunksjon i samfunnet utførar sine oppgåve i samsvar med gitt ansvar på dei einskilte forvaltningsnivåa.

Kommunelegen kan vere fagleg medisinsk bindeledd i forhold til:

- AMK
- LRS-legen
- Helsetilsynet i fylket.

Denne planen omfattar primært helsetenesta i kommunen, men kan vidareførast til og å omfatte sosial beredskap.

2.5 HOVUDMÅLSETJING

1. Førebyggje: Medverke til at sjukdom og skade ikkje oppstår, evt. at omfanget blir minst mogeleg.
2. Innsats: Medverke til størst mogeleg grad av overleving, helst med minst moglege seinkomplikasjoner. Deretter blir dyr, kulturskatter og andre materiell verdier å sikre.

2.6 HOVUDPROBLEM

- Oppståtte kritiske situasjonar for befolkninga sine liv og helse,
 - Auka behandlingsbehov, se pkt. 4 og B – Operativ del,
 - Redusert behandlingsskapasitet, se pkt. 5 og B – Operativ del,
- Situasjonar som kan utvikle seg til å bli kritiske.
- Situasjonar som av ålmenta kan bli oppfatta som kritiske (som ved stor mediadekning),

2.7 DEFINISJONAR

- *Ein krise eller katastrofe er ein situasjon av ekstraordinær karakter der det akutte hjelpebehov ikkje kan bli dekte av tilgjengelege ressursar og ordinære ansvarsforhold og kommandoforhold ikke strekk til, og omlegging eller ekstra tilførsel av ressursar er naudsynt.*¹

Konkret: Kan naudsynte tiltak bli iverksett tidsnok på godt nok nivå.

I medisinsk samanheng er problemstillinga

- talet på behandlingstrengjande i forhold til ressursar,
- det faglege nivå på ytingane dei einskilte ledd av behandlingsskjeden, og
- når denne behandlinga kan bli gitt i forhold til dei gitte biologiske tidsgrenser.

Med ei slik presisering kan en **gradert definisjon** vere:²

¹ Sosial- og helsedepartementets utredningen om helsemessig og sosial beredskap

² Solbraa-Bay, R: Sivilforsvarets sanitetsteneste i fred og krig, Samarbeid med helsevesen mv., DSB 1993 (justert –2003).

- **Ordinær situasjon:** Behovet for innsats blir dekt på naudsynt fagleg nivå av dei ressursar i området som umiddelbart kan bli aktivisert (dvs vakthavande personell med deira ordinære materiell).
- **Ekstraordinær situasjon:** Behovet for innsats er større enn kapasiteten til dei ressursar som umiddelbart kan bli aktivisert, men let seg løyse innan naudsynt tid på akseptabelt fagleg nivå ved forsterking av tilgjengelege ressursar.
- **Katastrofe:** Behovet for innsats overgår dei ressursar som er tilgjengelege innan naudsynt tid.

Sanitetstaktikk

er optimal utnytting av menneskelege og materielle ressursar, med tilhøyrande leiing.

Det krev:

- systematisk planlegging, skulering av personell og opplegg av materiell, samt øva leiing.
- innsikt i de biologisk gitte tidsgrenser sitt krav til behandling på ulike kompetansenivå, samt
- kjennskap til ansvarsforholda i ordinære og ekstraordinære situasjonar.

3 KOMMUNENS ANSVAR - HELSE

3.1 ANSVAR – KORT

- Landets kommunar skal sørge for naudsynt helseteneste for alle som bur eller mellombels oppheld seg i kommunen.
- Kommunens helseteneste skal m.a. omfatte hjelp ved ulukker og andre akutte situasjonar.
- Kommunelegen skal vere medisinsk-fagleg rådgjevar for helsetenesta.
- Helsetenesta skal medverke til at helsemessige omsyn blir ivaretekne av andre offentlege organ – dersom verksemda har betydning for helsetenesta sitt arbeid.
- Helsetenesta skal av eige tiltak gi informasjon om dei forhold som er nemnde [ovenfor] til dei offentlige organer som har ansvar for iverksetjing av tiltak som kan virke inn på helsa.

- Ved ulukker og andre akutte situasjonar som er årsak til ekstraordinær pågong av pasientar, kan kommunen påleggje helsepersonell som tenestegjer i kommunen, å utføre nærare tilvist arbeid.
- Dersom forholda tilseier det, skal helsetenesta i kommunen yte hjelp til andre kommunar ved ulukker og andre akutte situasjonar. Førespurnaden om hjelp skal bli fremma av den kommunen som har hjelpebehov.

Meir om ansvar og lovheimlar i del D, vedlegg 1.

4 ETABLERING AV KRISELEIING

Ekstraordinære situasjonar krev koordinerte tiltak frå fleire samfunnssektorar.

Forhold med betydning for liv og helse oppstår under tilnærma alle ekstraordinære situasjonar. Kommunelegen (medisinsk-fagleg rådgiver) inngår difor i kriseleiinga.

For å etterleve kommunen sitt ansvar blir kriseleiinga rådd til å etablere seg ved

- truande situasjon, med fåre for at ekstraordinær situasjon kan oppstå.
- ekstraordinær situasjon har oppstått.

Kven kan ta avgjerd om at kriseleiinga skal bli etablert (frå Plan for kommunal kriseleiing)

VARSLING AV DEN KOMMUNALE KRISELEIINGA

Kvar tilsett i Lindås kommune skal, når ho/han får kjennskap til ein krise eller at det kan være fåre for at ein krise kan oppstå, gjennomføre naudsynte **strakstiltak** for å hindre eller avgrense skaden. **Akutt informasjon** skal bli gitt til personar som kan være i fåre.

Ved **større kriser** skal den kommunale kriseleiinga bli varsla via overordna lineleiar. Dersom overordna ikke er tilgjengelig, skal varslast kriseleiinga direkte – gjennom vakthavande brannbefal: **mobiltlf.nr. 91861247**.

Mindre kriser og uhell forutset ein blir løyst av det daglege driftsapparat/ ”Kriseutvalet for Lindås og Meland ”- utan at kommunen si kriseleiing blir innkalla.

Varslingsmåte

Kommunal kriseleiing skal normalt varslast gjennom vakthavande brannbefal: **mobiltlf.nr. 9186247** - , eller via eitt av telefonnumra elles - som går fram av varslingslista, jfr. vedlegg nr. 1. Den som varslar ein person i kriseleiinga, skal forvisse seg om at vedkomande får varselet personleg. Dersom personleg kontakt ikkje blir oppnådd, skal den neste personen på lista over kommunal kriseleiing bli varsla, inntil personlig kontakt er oppnådd.

Varslingsmønster

Ved varsling av kommunal kriseleiing skal første tilgjengelege person frå lista under bli varsla:

Rådmann

Stadfortredande rådmann

Dagleg beredskapsansvarleg

Ordførar

Varaordførar

4.1.1 Kommuneleiinga (ordfører/rådmann) innkaller

Kommunelegen blir å innkalle saman med den øvrige kriseleiinga. Sjå plan for kriseleiing (Vedlagt i Del D)

4.1.2 Kommunelegen (medisinsk-fagleg rådgiver) innkallaer

Kommunens helseteneste kan ha behov for hjelp frå andre fagektorar ved ekstraordinære situasjonar som kan påvirke

- helsa til de som bor eller mellombels oppheld seg i kommunen (auka behandlingsbehov),

- helsevesenets yteevne (reduisert behandlingsskapasitet).

Kommunelegen må difor ha myndigheit til å innkalle heile eller deler av kommunens kriseleiing når liv og helse er eller kan bli trua. Kommunelegen kontaktar ordfører/rådmann for innkalling av kriseleiinga.

5 KOMMUNELEGENS TILTAK

Kva trengs av personell og materiell, samt ressursar frå andre samfunnssektorar,

- nå
- snart
- senere

Korleis skaffe det og disponere det.

5.1 KOMMUNELEGENS UMIDDELBARE TILTAK

- *Kva har skjedd?*
 - Kven, kva, kor, korleis?
 - Skaff rask informasjon, frå fleire kilder, t.d. lokal legevaktsentral, helseradionettet, vakthavande lege, AMK, næraste ambulansestasjon, politiet, brannvesenet, media.
- *Kva er problemet?*
 - Ekstraordinært behandlingsbehov. (Pkt 4, og B – Operativ del.)
 - Ekstraordinær reduksjon i behandlingsskapasitet. (Pkt 5, og B – Operativ del)
 - Anna.
- *Korleis kan hendinga utvikle seg?*
 - Døme i B – Operativ del
- *Kva tid er til rådvelde?*
 - Behandling på forkjellige kompetansenivå må være iverksett innan biologisk gitte tidsgrenser. (D – Fag- og bakgrunnstoff).

- *Korleis kan situasjonen løysast?*
 - Kva for medisinske ressursar er naudsynte umiddelbart?
 - Kva for medisinske ressursar er i kommunen?
 - Kva må umiddelbart bli tilført utanfrå?
 - Kva for kapasitet er det for overføring til annen line tenesta (ambulanse mv. og tidsnok behandling i sjukehus)?
 - Er det naudsynt å etablere hjelpeplass for mellombels behandling, inntil overføring til neste ledd i behandlingsskjeden er mogeleg/tenleg (Del D, vedlegg 3 og 6)
 - Er det naudsynt å etablere samlestasjon for lettare skadde og ikke skadde, inntil transport til eigna stad blir mogeleg?
 - Kva for ressursar frå andre sektorar i samfunnet er umiddelbart naudsynte for å sikre liv og helse, samt for at helsetenestene skal kunne utføre sine oppgåver?
- *Kva for tiltak skal jeg iverksetje?*
 - Sjekke at aktuelle lokale ressursar er aktivisert.
 - Sjekke at naudsynt umiddelbar assistanse utanfrå er aktivisert (AMK).
 - Sjekke at LRS-legen er alarmert, dersom en akutthending tilseier behov for hjelp frå andre samfunnssektorar (behov ut over det helsevesenet sjølv disponerer).
 - Informer kommunens leiing om tilstand og behov, samt kva som er aktivisert og når dette blir forventa i innsats.

5.2 KOMMUNELEGENS VIDARE TILTAK

Når de umiddelbare tiltak er sett i gong:

- skaff/opprettheld løpande informasjon om situasjonen,
- tenk/lag enkle alternative prognosar om forventa utvikling, ut frå en helsemessig bakgrunn,
- kva for tiltak vil desse gjere naudsynt, frå eigen og andre kommunar , frå helseforetak,
- legg fråm alternativa for kommunens kriseleiing,
- medverke til oppgåvefordeling ifølgje normalt ansvar, samt erfaring.

Ved innsats der liv og helse er trua, og fleire etatar skal samordnes,

- helsevesenet utfører sine oppgåver i samsvar med til ansvar gitt i helselovae,

- ved en ekstraordinær situasjon kan det bli naudsynt å utføre meir behandling innan kommunens helseteneste enn normalt, dette må avklarast i planar og under innsats,
- politiet er pålagt ansvaret for samordninga (av helsevesen, brannvesen, osb., osv),
- kommunar og andre er ressursleverandørar, og medverker med sine tenester, (kfr. m.a. kommunehelsetenestelova i pkt 2.1). Se meir i del D, vedlegg 1.

Tenk fråmover,

- kva for behov vil innsatspersonellet få om noko tid (meir materiell, ytterligere personell, drikke, mat, lys, varme osb.)
- korleis skaffe dette slik at det er på plass før behovet oppstår.
- kva for ytterligere behov vil oppstå om noko tid for
 - dei som er direkte berørt av hendinga
 - pårørande
 - innsatspersonell
- kor og med kven etablerast psykososiale støtteteneste for hhv. dei som er råka, pårørande og innsatspersonell.

Informasjon til befolkninga

- diffus angst i ei befolking, utløyst av en hending, gjer naudsynt omfattande og sakleg og lettfatteleg og gjenteken informasjon,
- ein akuttsituasjon som gjeld fleire, krev også sakleg og lettfattelig informasjon,
- kommunens leiing (ordfører/evt. rådmann) er ansvarleg for info-opplegget,
- kommunelegen hjelper til med med fagleg innspel til den info-ansvarlege, evt gjennomfører informasjon til befolkninga etter førespurnad frå ordfører/rådmann.

Etter førespurnad/pålegg rapportere til Helsetilsynet i fylket

(tlf nr faks nr mob.telf nr

- Hendinga si innverknad på:
 - befolkningas helsetilstand,
 - helsetenestenes høve til å utføre sin funksjon.
- Vurder spesielt om liv og helse er trua.

6 AUKA BEHANDLINGSBEHOV

Her blir nytta ei funksjonell systematisering, dvs. ut frå den biologiske verknad på kroppen, som igjen er bestemmande for innsatsbehovet. Under planlegging i kommunen blir denne funksjonelle inndelinga tilrådd samanhalde med kommunens ROS-analysar (pkt. 6), og planlagte tiltak. Helseaspektet må bli vektlagt i de lokale planane, ut frå denne evalueringa av eksisterande analysar og planar.

Meir detaljert hjelpemiddel, med tiltakskort for bruk under operativ innsats i eigen kommune: B – Operativ del, for A-, B- og C- situasjonar. Situasjonar elles er så avhengige av lokale forhold at kommunen sjølv må utforme tilsvarande tiltakskort.

6.1 A - ATOMULUKKER, RADIOAKTIVT NEDFALL, IONISERANDE STRÅLING

Se rettleiar til kommunane frå Statens strålevern, og tiltakskort i del B.

Ved uhell gir Kriseutvalet ved atomulukker råd og evt. pålegg om førebyggjande tiltak, som kommunen skal gjennomføre overfor eiga befolking.

Informasjon frå Kriseutvalet blir gitt i media og www.nrpa.no

Fylkesmannan formidlar informasjonen, råd og evt. pålegg, direkte til kommunane, via media og www.fylkesmannan.no/Buskerud (navn på eige fylke).

Svar på evt pålegg frå Fylkesmannan og Helsetilsynet i fylket: Del C – Sit-Rap.

Førebu fagleg basert informasjon tilpassa forholda i kommunen.

(Celler i rask deling er mest sårbare for ståling, evt førebyggjande tiltak blir difor særleg retta mot menneske i vekst, dvs kvinner som er gravide eller som gir brystmelk, spedbarn og barn, samt ungdom opp til 18-års alder.)

6.2 B - BAKTERIER, VIRUS MV, SMITTE

Se smittevernplanen og tiltakskort i del B.

Smittevernplanen skal bli oppdatert årleg, se mal www.helsetilssynet.no/prosjekt.htm
(dette nettstadet blir venteleg flytta til Sosial- og heledirektoratet www.shdir.no)

Meld årleg eller ved endring, til Fylkesmannans helseavdeling: Navnet og adresse på smittevernlegen og stadfortrederen, samt korleis man kan etablere rask kontakt.

Faginformatjon: Folkehelseinstituttet www.fhi.no/tema/smittevern, www.fhi.no/nyhetsbrev/msis , samt www.nti.org Skaff gjerne ein oversiktleg fagbok.

Stader for rensing (dvs grundig vasking = dekontaminering):

.....

.....

Bruk av stasjonære dusjanlegg med god kapasitet (i skoler, idrettshallar mv.), samt og/eller de mobile einingene. – (Personell i forureina sone må ha full kroppsvern. Den reine sone, dvs etter vasking/dusjing, må ikke bli forureina.)

6.3 C - KJEMIKALIAR

Transport av ”farleg gods”, produksjonsbedrifter, terror.

I Lindås kommune har ingen produksjonsbedrifter for farleg gods, men E går gjennom kommunen.

Informatjon: Se tiltakskort i del B.

Giftinformatjonssentralen døgnåpent tlf 22 59 13 00, samt evt www.sft.no , www.fhi.no, og www.dbe.no , samt www.nti.org

Brannvesenet har normalt oversikt over kjemikalier og deres eigenart. Fleire brannvesen har registrert kva for kjemikalier som er lagra i lokale bedrifter.

Vern av innsatspersonell: Avhengig av produkt og konsentrasjon, full vern kan være naudsynt (røykdykkere).

Fagfunksjonen på staden er normalt tillagt brannvesenet, evt bedriftens fagpersonar.

Helsevesenet overtek pasientene utanfor farleg område.

Viktig: Cl-, S-, N- og P-forbindingar kan gi raskt tiltakande lungeødem, etter inntil eit døgn latenstid. Tommelfingerregel: Dersom konsentrasjon slik at det har ”rive” i nasen -> skal bli innlagt i sjukehus for obs i minst eit døgn!

Vurdere evakuering frå utsette område:
Obs vindretninga, samt lågareliggjande område ved tunge gasser (som Cl).

6.4 E – ENERGISKADER

Kroppen blir utsett for unormal ytre energi, som rørsle og/eller varme.

Rørsle (kinetisk energi): Endringane i kroppens reguleringsmekanismer er tilnærma lik uansett årsak til den ytre energipåvikninga, som trafikkulukker (fly, tog, buss, båt), samanrasningar, eksplosjoner, flaum, ras (jord, leire, snø). Obs brann og røyk i tunnel.
Behandling på forskjellige faglege nivå må bli gitt innan biologisk gitte tidsgrenser (meir i del D, vedlegg 3).
Samordning av innsats i skadeområdet: normalt v/ politiet (meir vedlegg 2).

Varme/kulde (termisk energi): Etter umiddelbare tiltak i skadeområdet -> sjukehus med kompetanse og ressursar (brannskader -> evt Haukeland, kfr. AMK)

6.5 E – EVAKUERING

Årsaker kan være: fåre for ras, flaum, gass, eksplosjon, brann, osb.

Konsekvensar helsevesen: Er det personar i området som er avhengig av pleie og medisinsk hjelp under forflytninga. Vurder behov for helse- og anna personell på i evakuerings- området, under transporten og på mottaksstadene.

Se Kommunens kriseberedskapsplan (Del D)

6.6 F – FORSYNINGSSVIKT

Svikt i el-, drikkevatt- og/eller tele-forsyning til heimeboende eldre, familiar med småbarn, sjukeheim osb. (eks el-utfall hos pasientar med behov for elektromedisinsk apparatur, eller hos folk i bustader utan alternativ oppvarming).

Er transportkapasiteten frå større innsatsstad for liten, oppstår behov for etablering av hjelpeplass for naudsynt mellombels behandling og omsorg.

6.7 F – FLYKTINGAR OG EVAKUERTE

Mottak av mange evakuerte frå annan kommune: Helsepersonell på mottaksstadet.

Massiv tilstrøyming av flyktningar/asylsøkjare: Ansvar og oppgåver for helsevesenet, sjå Rettleiar - helsetilbodet til flyktningar og asylsøkjare, www.shdir.no og klikk vidare til publikasjonar -> nye publikasjonar. Konsentrat i MSIS 2003;31:3.

Se Kommunens kriseberedskapsplan (Del D)

6.8 P – PSYKOSOSIAL STØTTE

Kan oppstå ved angst for det ukjende, i samband med større ulukker, eller mangel på tryggleik ved nasjonale eller internasjonale situasjonar (særleg ved massiv mediedekning).

Sakleg, sann og lettfattelig informasjon til befolkninga, gjenta og gjenta. Må bli gitt av autoraktiv person (kommunelege, etter å ha sett seg grundig inn i aktuelle problem).

Se eige tiltakskort i del B.

Se vedlegg i Del D Plan for krise og sorgberedskap. Denne må bli sett i samanheng med Plan for kriseleing.

7 REDUSERT BEHANDLINGSKAPASITET

7.1 INTERNE HENDINGAR

Personell: Streik mv.

Materiell: Svikt i teknisk apparatur, datautstyr, mv.

Bygningsteknisk: Brann, svikt i strømproduksjon.

7.2 EKSTERNE HENDINGAR

Svikt i samfunnets infrastruktur (el-, vatn-, tele- forsyning til helseinstitusjonar mv).

Svikt i transport (eks forsyning av eingongsartikler, forsendelse av lab-prøver, transport av mat, avfall)

Årsaker: Streikar i andre samfunnssektorar (transport, avfallshåndtering, osv), verforhold, terror, mv.

Kfr. undersøkingar, vurderingar og tiltak før år 2000.

8 RESSURSAR

8.1 RESSURSAR I KOMMUNEN

Lag enkel oversikt i Del C - Ressursar, nøkkelpersonar og varslingsliste over:

- Ambulansar, stasjonert i eigen kommune.
- Personell, (enkel oversikt over leger med avtale, samt nøkkelpersonar som kan varsle personell elles i dei lokale verksemdar, samt sorggrupper, frivillige organisasjonar, mv).
Avgrense til nøkkelpersonell, (m.a. pga. behov for oppdatering).
Kvar verksemd (sjukeheim, pleie/omsorg, helsesøsterteneste, mv.) må ha eigen varslingsliste.
- Materiell, (enkel oversikt over vesentlig materiell i akutteiningar, sjukeheim, Sivilforsvaret, frivillige organisasjonar, mv.).
Kva er det (grovinndeling, som SORA-einingar for helsepersonell, ulltepper, mv.), kor er det og korleis få det aktivisert.

8.2 RESSURSAR FRÅ ANDRE KOMMUNAR ELLER HF

Vedlegg med oversiktleg oversikt over

- Ambulansar, stasjonerte i nærliggjande kommunar .
- Personell, (nøkkelpersonar som kan varsle legesentra, lokale verksemdar, sorggrupper)
- Materiell, (akutteiningar, FIG- einingar, spesialutstyr)

Det kjem fram av *kommunehelsetenestelovas* § 1-6 m.a.

Dersom forholda tilseier det, skal helsetenesten i kommunen yte hjelp til andre kommunar ved ulukker og andre akutte situasjonar.

Førespurnad om hjelp skal fremjast av den kommunen som har hjelpebehovet. Den kommunen som mottok hjelp, skal yte kommunen som medverker med hjelp, kompensasjon for utgifter som blir pådratt, med mindre noko anna er avtalt eller er bestemt i medhald av første ledd.

Tilsvarende føresegn er gitt for sjukehusene i *spesialisthelsetenestelova*.

Slik nabohjelp er vanleg ved litt større hendingar i kvardagen.

Lindås kommune

Beredskapsplan for helse- og sosiale tenester

Av omsyn til tidsfaktorens betydning er det lagt opp til at AMK som vanleg aktiviserar dei ressursar som umiddelbart blir sett på som naudsynte.

9 RISIKO OG SÅRBARHEITSANALYSAR

I pkt. 4 og 5 er nytta en funksjonell systematisering. For A-, B-, C- og P- situasjonar gjelder allmenne tiltak, se tiltakskorta i del B.

Lindås kommune har gjennomført risiko- og sårbarheitsanalysar (ROS analyse) for hele kommunen. Dette er en detaljert gjennomgong og vurdering av moglege område kor det kan skje kablr teketrofar. Med denne som grunnlag er det laga spesielle operative tiltak i del B.

ROS analyse er aktuelt å gjennomføre i forhold til:

1. Forureining av drikkevatn
2. Svikt i vatnforsyning
3. Svikt i el.forsyning
4. Svikt i avløpssystem
5. Olje, gass, kjemikalieforureining
6. Ulukker vei
7. Ulukker tog
8. Flyulukker
9. Leirras/jordras
10. Skogbrann
11. Industribrann
12. Flaum
13. Brot i telekommunikasjonar
14. Bortfall av transportnett
15. Sambandsbrot
16. Brann i institusjonar
17. Epidemiar/smittsomme sykdommeir.

Mindre aktuelle tema er ikke teke med i Del B, operativ del:

- Sabotasje og hærverk, inngår i andre punkter
- Radioaktivt nedfall, blir teke hånd om av andre myndigheiter

- Eksplosjoner inngår evt. i andre punkter
- Storm/orkan/jordskjelv blir sett på som mindre aktuelt
- Rasistiske miljøer, blir ivareteke på annen måte, ikke under ROS
- Narkotika/alkoholproblem blir ivareteke på annen måte, ikke under ROS
- Snøskred, mindre aktuelt.

10 SAMORDNING AV PLANAR

Plan for helsemessig og sosial beredskap skal samordnast med kommunen sine beredskaps- planar elles.

- Plan for kommunens helsemessige beredskap må bli utarbeidd av - eller i nær kontakt med - kommuneoverlegen/medisinsk-fagleg rådgiver og den administrative leiar av helsetenestene.
- Eksisterande kommunale beredskapsplanar skal være basert på risiko- og sårbarheitsanalysar (ROS- analysar)
 - Det er eit enkelt verktøy for vurdering av uønska hendingar, med opplysning av pårekna førekomsttal og konsekvens.
 - Merksemd blir særleg retta mot hendingar som kan påreknast å kunne skje ofte og gi alvorlege konsekvensar, (se meir www.dsb.no).
 - Korleis kan risikoen for den uønska hendingar bli redusert, kva for tiltak må bli iverksett dersom den tross dette skjer.
- Ved ROS- analysar og kommunale beredskapsplanar må bli vektlagt de forhold som kan gi
 - auka behandlingsbehov,
 - redusert behandlingsskapasitet.
- Dei medisinske aspekt, dvs. sikre liv og helse er grunnleggande for all innsats, og derved for planleggingen.
- Vurder difor den medisinsk funksjonelle systematisering i pkt 3 og 4 mot dei (ofte meir teknisk prega) ROS-analysar som allereie er gjort i kommunen. Derved oppnår ein samstundes ei evaluering og nyansering av eksisterande planar.
- Oppgåve/ansvarsdeling ved større ekstraordinære situasjonar mellom ansvarleg helsepersonell på innsatsstad, kommunelege og LRS-lege, se del D, vedlegg 4.
-

11 VERKSEMDA – DELTENESTENE

For kvar einskild verksemd/delteneste skal det bli laga en praktisk, enkel og funksjonell plan som opplysar om

1. tiltak dersom det oppstår ekstraordinær belastning, se pkt. 4
2. tiltak dersom det oppstår redusert kapasitet, se pkt. 5.

Verksemda sin leiar har ansvar for at planen blir utarbeidd, gjort kjent for de tilsette i verksemda og revidert minst ein gong i året (t.d. 15. november).

Døme:

ad 1 - Akutt mottak i sjukeheim av eit større tal pleietrengjande etter ei ekstraordinær hending, kriseetablering av smitteisolat i kommunen (kfr smittevernlova) osb.

ad 2 – Teknisk svikt, manglande oppvarming, streik mv.

Alle institusjonar må ha evakueringsplan i tilfelle brann, eller teknisk svikt.

Planen må er på institusjonen og hos overordna administrativ leiar (i kommunehuset). Planen må m.a. innehalde:

- varslingsplan for tilsette, faste og ofte brukte vikarer,
- kontaktpersonar for å tilkalle hjelp av frivillig personell (besøksteneste mv.),
- byggetegninger av institusjonen, med m.a. naudutgonger (leverast også til brannvesenet),
- avtale som sikrar transporten (t.d. busselskap), samt kontakttelefon,
- alternative stader som det kan bli evakuert til.

Verksemda sine planar skal samordnast av den som er i lineleiinga - nivået over verksemda. Dette skjer i samarbeid med kommunelegen.

Kopi av de godteke planane for kvar enkelt verksemd inngår som vedlegg til hovedplanen for kommunenes helse- og sosialteneste.

Alle planar som skal brukes i ekstraordinære situasjonar må være i papirutgåve i tilfelle strømsvikt.

- avtale som sikrar transporten (t.d. busselskap), samt kontakttelefon,
- alternative stader som det kan bli evakuert til.

- avtale som sikrar transporten (t.d. busselskap), samt kontakttelefon,
- alternative stader som det kan bli evakuert til.

12 FAGKOMPETANSE

I forskrifta til lova om helsemessig og sosial beredskap heter det m.a.:

Verksemda skal sørge for at personell som er tiltenkt oppgåver i beredskapsplanen er øva og har naudsynt vernsutstyr og kompetanse. (§ 7).

Det blir rådd til at helsepersonell som grunna stilling eller funksjon kan få oppgåve som:

- Ansvarleg helsepersonell på ein innsatsstad: Dugleik i akuttmedisin, samt kjennskap til grunnleggjande sanitetstaktikk og samvirke med akuttetatar elles.
- Kommunelege og LRS-lege: Kjennskap til akuttmedisin og sanitetstaktikk, samt stabs- erfaring og samvirke med andre etatar.

Aktuelle tilbod er på www.norskluftambulanse.no og www.beredskapsnett.no

13 EVALUERING OG REVISJON

Planen skal evalueres, med evt revisjon:

- etter kvar gong planen har vore brukt, og
- minst en gong i året (1. september).

Varslingsplanen skal bli revidert to gonger i året (1. september og 1. mars).

Revisjonen skal skje gjennom beredskapssjef, kommunelege og avdelingssjefar for aktuelle tenester.

14 BAKGRUNNSTOFF - MEIR INFORMASJON

Denne planen er avgrensa til det mest aktuelle for kommunens helseteneste i ein komande eller oppstått ekstraordinær situasjon.

Opplegget består av fire deler:

A - Generell del

B - Operativ del

C - Ressursar, nøkkelpersonar og varslingsliste

D - Fag- og bakgrunnstoff

I tillegg til det som er teke inn i del D – Fag- og bakgrunnstoff, blir det tilrådd at det blir lagt med som eigne vedlegg i papirutgåve (evt. også i den elektroniske utgåva) - det som forventast å kunne bli aktuelt i en ekstraordinær situasjon.

14.1 MEIR GENERELL INFORMASJON ER OM

- helseberedskap www.dep.no/hd/norsk/beredskap/index-b-n-a.html
- Helsedepartementet www.dep.hd.no Søk vidare på beredskap
- Helsetilsynet www.helsetilsynet.no Se m.a. Regelverk og Helsetilsynet i fylkene
- Sosial- og helsedirektoratet www.shdir.no Søk på beredskap
- Folkehelseinstituttet www.fhi.no
- Statens næringsmiddeltilsyn www.snt.no
- Statens strålevern www.nrpa.no
- fylkesmennenes nettstader www.fylkesmannan.no
- politiet www.politi.no
- tryggleiksteneste www.pst.politiet.no
- sivilt beredskap www.dsb.no
- atomuhell www.nrpa.no
- smitte www.fhi.no/tema/smittevern
- brann og redningsteneste www.dbe.no
- hovedredningssentrale www.hovedredningssentralen.no
- flaum mv www.nve.no

Lindås kommune

Beredskapsplan for helse- og sosiale tenester

- forureining www.sft.no
- internasjonalt katastrofemedisinsk fagtidsskrift www.pdm.medicine.wisc.edu <http://wadem.medicine.wisc.edu/>
- Norsk katastrofemedisinsk forening www.katastrofe.org og www.disaster2004.org

14.2 FORKORTINGAR:

HD	Helsedepartementet	khl	kommunehelsetenestelova
Htil	Statens helsetilsyn	shl	spesialisthelsetenestelova
SHDir	Sosial- og helsedirektoratet	svl	smittevernlova
		hpl	helsepersonellova
FM	Fylkesmannen	hsbl	lov om helsemessig og sosial beredskap
FM, HA	Fylkesmannen, Helseavdelingen		
HtilBu	Helsetilsynet i Buskerud		
NRPA	Statens strålevern		
Fhi	Folkehelseinstituttet		
SNT	Statens næringsmiddeltilsyn		

Lindås kommune	I alt Side 32 av 108		
<u>Beredskapsplan for helse- og sosialtenesta</u>			
Kommunens helseberedskap i akutte og/eller ekstraordinære situasjoner		Initialer	Dato
	Skrive av		
	Kontrollert av		
	Godkjend av		
B – OPERATIV DEL			
	Blir revidert ein gong i året		

Lindås kommune..... **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

ATOMUHELL RADIOAKTIVT NEDFALL IONISERENDE STRÅLINGSULUKKER..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

BIOLOGISKE AGENS FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

KJEMISKE AGENS (GASSAR OG FLYTENDE AGENS) FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

FORUREINING AV DRIKKJEVATN..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

SVIKT I VATNFORSYNINGEN FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

SVIKT I STRAUMFORSYNING..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

SVIKT I AVLØPSYSTEMET FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

ULUKKER: VEI, TOG, FLY FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

SVIKT I LEGEMIDDEL LEVERINGAR FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

SVIKT I LEVERINGAR AV MEDISINSKE FORBRUKSVARAR..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

PSYKOSOSIALE FORHOLD..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

PSYKO PSYKOSOSIALE FORHOLD..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

PSYKO SOSIALE FORHOLD..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

STØTTE STØTTEKORT..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

UVENTA HENDING SOM UTVIKLAR SEG TIL EIN KATASTROFE..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

ANDRE AKTUELLE KATASTROFESITUASJONER..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

1. FLYULUKKER **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**
2. LEIRRAS/JORDRAS **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**
3. SKOGBRANN..... **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**
4. INDUSTRIBRAN **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**
5. FLAUM **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**
6. BROT I TELEKOMMUNIKASJONER **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**
7. BRANN I INSTITUSJONAR **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**
8. EPIDEMIER/SMITTSOMME SJUKDOMMER..... **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

3A¹⁵ ATOMUHELL RADIOAKTIVT NEDFALL IONISERENDE STRÅLINGSULUKKER

Hovudmoment

15.1.1.1 I Situasjonsorientering

- Kva slags ulukke (type). Ved *atomulukke, nedfallsscenarier og omfattande strålingsulukker* vil Kriseutvalet ved atomulukker koordinere, leie og iverksetje tiltak. Ved *mindre strålingsulukker* av lokal karakter, vil desse bli handtert av lokal redningsleiing utan at Kriseutvalet etableres. **Kommunen MÅ forholde seg til desse aktørane og gjennomføre sine tiltak på grunnlag av deira avgjerd.**
- Kor ligg ulukkesstaden?
- Når skjedde ulukken og kor alvorleg er den?
- Verforholda med prognosar (transportveggar for spreining, nedbør, tidsaspekt)?
- Er personar skada? (stråledosen blir bestemt av kjeldens strålingsstyrke, avstanden til strålekjelden, tida personen blir eksponert og skjerming mellom strålekjelde og person)
- Er Statens strålvern informert? vakttelefon hele døgnet 67 16 26 00 (eige organisasjonskart – se støttekort)
- Opprett kontakt med ansvarleg myndigheit
- Innhent generell bakgrunnsinformasjon vedkoeinde radioaktivitet og risiko, jfr. del D
- Prognose for ulukkesutvikling – kva er det verste som kan skje?
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert – kva er evt. behovet
- Opprett kontakt med spesialisthelsetenesta og matilsynet for samhandling

Tiltakskort

4.1.1.1 AKUTT

- Er det pålagt sikring av område som er sterkt forureina?
- Er det pålagt akutt evakuering lokalt?
- Skal rensing av forureina personar bli iverksett?
- Skal det bli gitt råd om innandørsopphald for befolkninga?
- Skal det bli gitt råd om opphald i tilfluktsrom?
- Skal det bli gitt råd om bruk av jodtablettar? (gravide, spedbarn, barn, ungdom)
- Skal det bli gitt råd om kosthald evt. andre dosereduserande tiltak/restriksjonar? (utandørsaktivitetar, eksport/import, flytrafikk, kontroll av personar fra utlandet, biler, skip, reiseverksemd til utsette område, bruk av snø/regnvatn til drikk, bruk av bær/frukt/sopp, kunstig vatning)
- SE DEL D (Rettleiar for den kommunale atomberedskapen)
- Koordinering av ressursbruken i kommunehelsetenesta (pleie og omsorg, fastlegar, helsesøstre, skular, barnehagar, legevakt osv.)
- Etablere gode samarbeidsrelasjonar for informasjonsflyt mellom myndigheiter, og mellom myndigheiter og media (motstridande informasjon mellom fleire etatar og eksperter leder til forvirring og svekker truverda).
- Koordinere og oppdatere informasjon i dialog med ansvarleg myndigheit– innhent opplysningar om fakta, vurderingar, måleresultat, tiltak (vurder balansen mellom behovet for å skape et korrekt bilete av krisa og behovet for å vere raskt på banen)

15.1.1.2 II Situasjonsforståing

- Set deg raskt inn i myndigheitenes tolkning og handtering av krise
- Kva for tiltak er beslutta iverksett fra sentralt hald
- Kva for informasjon kan bli formidla fra sentralt hald
- Set deg inn i medias fortolkning og handtering av krise
- Prøv å få fatt i det einskilde individs subjektive oppfatning av krise og eventuell risiko
- Vurder befolkningas helse fysisk (stråledosar) og psykisk (frykt, angst)

4.1.1.2 HASTAR

- Overvak mediebildet
- Hjelp til med å få til ei god og samordna informasjonshandtering til presse og publikum (fagleg kompetanse er ein føresetnad for truverde – å informere raskt styrkar tilliten ytterligare – gi publikum et naudsynt grunnlag for å handle rasjonelt)
- Vurder aktivering/oppretting av psykososialt beredskapsteam



ATOMUHELL
RADIOAKTIVT NEDFALL
IONISERENDE STRÅLINGSULUKKER

7 DEL B

Hovudmoment

15.1.1.3

15.1.1.4 II Situasjonsforståing(framhald)

- På kva for måte grip ulukken inn i næringskjeda? (reduisert tilgong på råvarar, pålagte kontrollrutinar, transport, import av basisvarar)
- Spreiingsprognosar
- Konsekvensanalysar
- Måleresultat nasjonalt/internasjonalt, evt. tiltak iverksett i andre land

Tiltakskort

7.2.1.1 VANLEG

- Vurdere verknaden av iverksette tiltak
- Vurdere informasjonsbehov
- Skal det bli pålagt kortsiktige tiltak i produksjon av næringsmidlar?

Støtteinformasjon

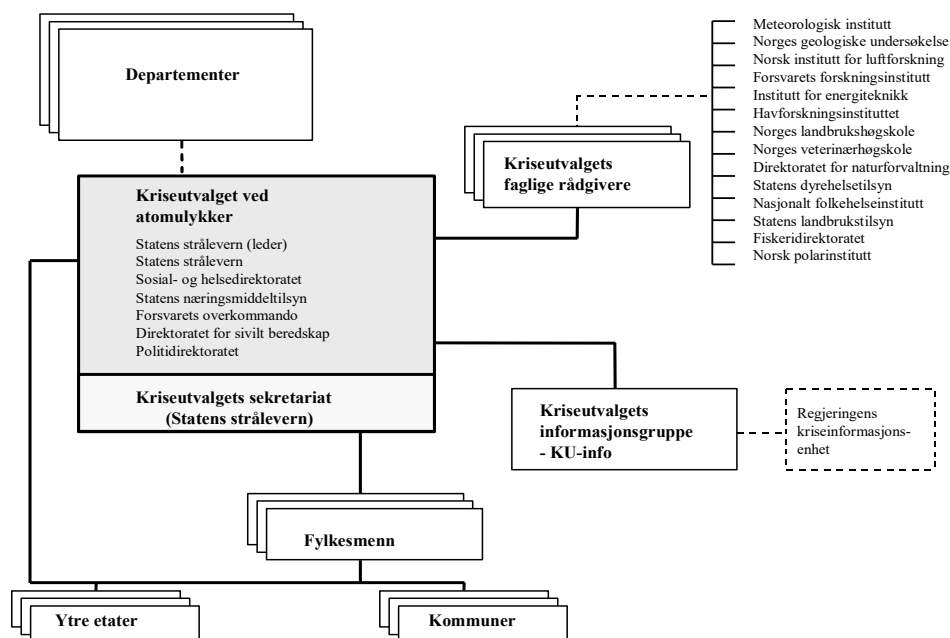
Ulukkestyper:

Ansvarsfordeling ved de einskilde typene -> neste side

9A

ATOMUHELL RADIOAKTIVT NEDFALL IONISERENDE STRÅLINGSULUKKER STØTTEKORT

Organisering



Ansvarsfordeling



16

BIOLOGISKE AGENS

16.1.1.1 I Situasjonsorientering

- Kor har utbrotet skjedd
- Tidspunkt for første sjukdomstilfelle
- Pårekna smittetidspunkt for første tilfelle
- Tidspunkt for førebels siste sjukdomstilfelle
- Tal meldte syke personar
- Tal eksponerte personar (pårekna)
- Hovudsymptom
- Pårekna smitemåte
- Mistenkt smittekjelde
- Mistenkt patogen/toksin
- Er det teke prøver til mikrobiologisk/toksikologiske undersøkingar?
(evt. ja, gi opplysningar om, prøvemateriale, prøveresultat, laboratoriets navn og påvisningsmetode)
- Er næringsmidlar/drikkjevatn en mogeleg smittekjelde?
- Innhent generell bakgrunnsinformasjon, jfr. smittevernplan og smittevernlova m. forskrifter i del D
- Prognose for utvikling – kva er det verste som kan skje?
- Er smittevernlegen/legevakten/sjukehuset/sjukehushygienikar/folkehelseinstituttet varsla?
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert – kva er evt. behovet?
- Opprett evt. kontakt med "utbrotsgruppa" ved Folkehelseinstituttet tlf. 22 04 22 00
- Opprett evt. kontakt med mattilsynet

11 DEL B

SJÅ SMITTEVERNPLANEN!

11.2.1.1 AKUTT

- Er det kontroll i forhold til mistenkt smittekjelde (isoleringstiltak, førebyggjande vernstiltak osv.)
- Er det aktuelt å fatte hastevedtak, jfr. smittevernlova obs. myndigheit kommunestyre/smittevernlege/kommunelege
- Ved tvangstiltak må smittevernlegen/kommunelege kontakte helseavd. hos fylkesmannen og regionens smittevernlege
- Skal spesielle tryggingstiltak iverksetjes
- Kartlegging og kontinuerlig overvakning av situasjonen – informasjon til helsepersonell
- Sikre behandling og oppfølging av smitta personar (smittevernlege, fastlege, helsesøster, spesialisthelsetenesta)
- Informasjon til (se også støttekort):
 - helsepersonell (legar, legevakt, sjukehusets smittevernlege)
 - pasientar og pårørande (om sjukdomsforløp og tiltak for å hindre smittespreiing)
 - institusjonar (skular, barnehagar, bedrifter for å gi et riktig bilete av alvorlegheitsgrad og auka aktsemd)
 - lokalbefolkninga via media (for å hindre smittespreiing, auke aktsemd ved tidlig sjukdom og begrense bekymring)
 - Folkehelseinstituttet og helseavd. hos fylkesmannen

16.1.1.2 II Situasjonsforståing

- Er det oppdaga liknande utbrot i andre kommunar/andre stader i landet
- Er patogen/toksin laboratorieverifisert
- Er det en kjent/ukjent form for utbrot av smittsom sjukdom/patologisk agens
- Inntreer meldeplikta i samsvar med lovverket (utbrot og allmennfarlig smittsom sjukdom)
- Vurder befolkningas risiko med omsyn til fysisk helse
- Vurder befolkningas risiko med omsyn til psykisk helse (frykt, angst)
- Konsekvensanalyse
- Lage spreiiingsprognose
- Oppfølgjing av resultat av laboratorieprøver

11.2.1.2 HASTAR

- Vurder førebyggjande antibiotikabehandling for dei som er mest utsette for smitte, eller tilby behandling straks etter eksponering for smittestoff med vaksine eller spesifikkje antistoffar
- Vurder vaksinasjon som førebyggjande tiltak (meningokokk type C og hepatitt A og B)
- Er det spesielt utsette grupper som bør bli tilbydd helseundersøking organisert av smittevernlege?
- Sjå eigne tiltakskort i smittevernplanen vedr. vatnbore infeksjon, matbore infeksjon, tuberkulose, infeksjon med dråpesmitte, infeksjon med blodsmitte, varslings osv.
- Informasjon/kontakt med media



BIOLOGISKE AGENS

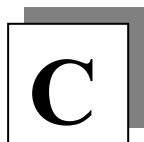
Støtteinformasjon

- Smittevernlegen/kommunelegen er tillagt oppgaver i samsvar med Smittevernlov med forskrifter og leiar smittevernarbeidet i kommunen. Smittevernarbeidet kan krevje drastiske tiltak som lova gir høve til, men dette er sjeldan naudsynt. Smittevernleigen må da førebu sak til politisk organ eller fatte hastevedtak med heimel i smittevernlova om naudsynt. Myndighetsdeling i kommunen til å fatte vedtak om bruk av særlege virkemiddel i smittevernarbeidet er:
Kommunestyret
§ 4-1 første ledd: vedta div. smitteverntiltak: møteforbod, stenging av verksemd, isolering, desinfeksjon m.m.
§ 4-1 femte ledd : bruke og skade andre sin eigedom, jfr. 1 ledd
§ 4-6 første ledd: vedta forholdsreglar ved gravferd
§ 4-9 første ledd: påleggje helsepersonell å ta opplæring
§ 4-9 andre ledd: påleggje deltaking i smittevernarbeid
§ 4-9 fjerde ledd: påleggje legar å delta i førebyggjande arbeid, undersøking, behandling etc.
§ 7-1 femte ledd: bruke og skade andres eigedom i samanheng med tiltak etter § 3-1 og 3-8 (undersøking/vaksinerings)
Smittevernleigen/kommunelege:
§ 2-2 sjuende ledd : krevje taushetsbelagte opplysningar
§ 3-8 tredje ledd: treffe forholdsreglar for uvaksinerte
§ 4-1 femte ledd: handle på kommunestyrets vegne i hastesaker om div. smitteverntiltak etter § 4 (i forhold til næringsmiddelverksemd kan hastevedtak på samme måte iverksetjes av Mattilsynet)
§ 4-2 andre ledd: Nedleggje arbeidsforbod
§ 4-5 første ledd: Vedta obduksjon av avdød smitta person
§ 5-8 første ledd: Treffe hastevedtak om tvangsundersøking (i særlege tilfelle der det kan bli aktuelt med tvangstiltak må smittevernlegen kontakte fylkesmannens helseavdeling og fylkets smittevernlege)

Tiltakskort

VANLEG

Informasjon som må vurderast ved utbrot av smittsom sjukdom	Ansvarleg
Helsepersonell • For å auke aktsemd og gi informasjon vidare (legar, legevakta, helsesjefen, smittevernleigen ved HF)	Smittevernleigen/Kommuneleigen
Den/dei som er sjuke samt nære pårørande • For å gi riktig bilete av alvorlighetsgrad og auke aktsemd. Skriftleg og muntleg informasjon bør bli gitt fortløpande	Allmennlege saman med helsesøster, evt. bedriftshelseteneste
Lokalbefolkning via media • For å hindre smittespreiing • Auke aktsemd ved tidleg sjukdom • Begrense bekymring	Smittevernlege/Kommunelege – vurderar pressemelding for å sikre korrekt informasjon
Folkehelseinstituttet og fylkesmannens helseavdeling	Smittevernlege/Kommunelege



17 KJEMISKE AGENS (GASSAR OG FLYTENDE AGENS)

Hovudmoment

Tiltakskort

I Situasjonssorientering

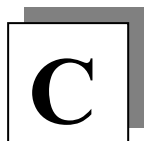
- Kva slags ulukke (kva slags type gass - se støttekort), ta kontakt med redningsleiing/brann- og redningsetaten
- Se www.fhi.no og www.dbe.no
- Kor ligg ulukkesstaden
- Er ulukkesstaden opent eller i et lukka/delvis avstengd rom (tank e
- Verforhold med prognosar (NB. vindretning og temperatur)
- Er personar skada
- Kor mange oppheld seg/har opphalde seg i en mogeleg faresone
- Prognose for ulukkesutvikling - kva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert - kva er evt. behovet kommunale ressursar
- Skal det i samråd med redningsleiing/politi bli gjort førebuingar til eller bli oppretta evakueringscenter (NB! plassering i forhold til gass)
- Innhent generell bakgrunnsinformasjon om det aktuelle stoff, jfr. del D og relevante nettstad (sjå over).

AKUTT

- Er forureinade område sikra og er evakuering lokalt aktuelt?
- Etablere gode kommunikasjonslinjer for samhandling mellom de ulike verksemder og i forhold til media.
- Vurder førebuing til oppretting av evakueringscenter i samråd med redningsleiing/politiet, jfr. eigen plan
- Avklar evt dekontamineringsbehov for kommunale ressursar med redningsleiinga

HASTAR

- Overvak mediebildet
- Hjelp til med ei god og samordna informasjonshandtering for presse og publikum
- Vurdering aktivisering/oppretting av psykososialt beredskapsteam, jfr. eigen plan
- Gå aktivt ut med relevant medisinsk faglig informasjon til helsepersonell i kommunen
- Vurder fortløpande behovet for dekontamineringstiltak for kommunale ressursar



KJEMISKE AGENS
(GASSAR OG FLYTENDE AGENS)

Hovudmoment

Tiltakskort

II Situasjonsforståing

- Vurder tryggleiksaspektet for befolkninga
- Vurder befolkningas helserisiko fysisk og psykisk
- Set deg inn i evt. sentrale myndigheiter og medias fortolkning handtering av hendinga
- Spreiingsprognosar
- Konsekvensvurdering

VANLEG

- Vurder verknaden av iverksette tiltak
- Vurdere informasjonsbehov
- Vurdere behov for langsiktige tiltak i forhold til evt. evakuerte personar
- Opprett kontakt med sosialtenesta

Støtteinformasjon

Ved gassar som fortrengr oksygen (tunge gassar, som Cl) må dei som driv redningsarbeid ha fullt røykdykkerutstyr for ikkje å bli kvalt.

Også ved gassar med molekylstorleik som dei normale komponentane i luft (som CO og CO₂) må det bli brukt full åndedrettsvern da desse gassane passerer vanleg gassmaskefilter.

I opne område må ferdsel i utkanten av området berre skje i samråd med fagleiar brann som skal klarere området. Ved gassulukker i lukka eller delvis avstengte rom (tanker) bør det først og fremst bli skaffa ventilasjon framfor å gå inn i området utan røykdykkerutstyr. Ved henting av skadde i opne gassområde må transport skje på tvers av vindretninga i størst mogeleg grad.

Hovudregel er at gassen vil spre seg fra utsleppstaden i en sektor på 30-60° med vinden.

Røyking eller bruk av ild må ikkje skje – fordi mange gassar er eksplosive.



18

1 Gassar som irriterar slimhinner (klor, svoveldioksyd, amoniakk og nitrose gassar)

Sokalla "kvelegassar" reagerar med vatn på slimhinnene og lagar da irriterende/etsende bindingar som er årsak til dei toksiske effektene. Avhengig av kor "tørr" gassen er og kor lett den reagerar med fuktigheit, vil ein få irritasjon i henholdsvis øvre eller nedre delar av luftvegane. Tørre gassar som trengjer langt ned i luftvegane før dei reagerar med fuktigheit i slimhinnene, t.d. nitrose gassar, representerar en større fare mht. utvikling av lungeødem enn dei meir vatnløyslege gassane amoniakk og svoveldioksyd. Ved større eksponeringar vil dei to siste også nå helt perifert i luftvegane.

Klinikk: Lettare tilfelle gir irritasjon frå auge og luftvegar med renning fra nase/auge, sårheit i hals med hoste og evt. lettare pusteproblem og smertar i brystet. Høg gasskonsentrasjon medfører hoste, dyspnoe, uro og hodepine med utvikling av larynx- og lungeødem. Hudkontakt kan gi etseskadar som blir behandla som brannsåar.

Behandling: Pasienten blir evakuert snarest på forsvarleg måte fra gassområdet. Pasienten bør bli halde mest mogeleg i ro då meir respirasjon aukar risiko for lungeskade. Gassmaske eller fuktig klut foran nase/munn er nyttig under evakueringa. Auge skylles med vatn eller helst isotont saltvatn. Ved pusteproblem bli gitt oksygen m/bruk av reservoar og ellers symptomatisk behandling. Alle pasientar eksponert for irriterende gassar med symptom fra

luftvegane, skal bli observert i sjukehus i 24 timar da utvikling av lungeødem kan komme fleire timar etter eksponering.

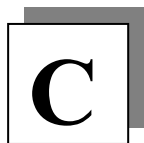
2 Gassar som fortrengar oksygen (karbondioksyd, nitrogen, metan og propan)

Dette er gassar som ikkje har eigentleg toksiske effektar, men som i lukka rom, grøfter, dalsøkk etc. vil skape et hypoksisk miljø fordi gassane er tyngre enn oksygen som derved vil bli fortrengd. Gassar som propan og metan medfører stor eksplosjonsfare.

Klinikk: I lettare tilfelle inntreer svimmelheit, hodepine, slappheit og likegladheit. I alvorlegare tilfelle ser ein hyperventilasjon, koma, metabolsk acidose, krampar, hjerteinfarkt og hjerneødem.

Behandling: Ved redningsarbeid i lukka rom må pressluftutstyr bli nytta for å betre forholda inn til alle kan bli evakuert. Full åndedrettsvern for innsatspersonellet.

Behandlingen er oksygen m/bruk av reservoar, samt symptomatisk behandling.



KJEMISKE AGENS
(GASSAR OG FLYTENDE AGENS)
STØTTEKORT

15 DEL B

3 Gassar som hemmar transport og omsetning av oksygen - (karbonmonoksyd, cyanid og hydrogensulfid).

Karbomnonoksid

CO har meir enn 200 ganger så høg affinitet til Hgb som oksygen. Ved høg konsentrasjon av Hgb-CO vil tilbodet av oksygen til vevene bli redusert, og det oppstår hypoksi og metabolsk acidose. I tillegg blir oksygenets dissosiasjonskurve forskyvd mot venstre.

Vevshypoksien blir dermed meir uttalt enn kva reduksjon i blodets oksygenbærende kapasitet skulle tilseie. Ei direkte hemming av respirasjonskjeda fremkalt av CO kan og inntre.

Klinikk: I lettare tilfelle inntre hodepine, svimmelheit, forvirring, uro og lett hyperventilering. Typisk ellers er tachykardi, dyspnoe, koma, arytmier og evt. hjerteinfarkt. Nevropsykiatriske senfølger ser ein hos pasientar med alvorleg grad av forgiftning.

Behandling: Pasienten må snarast blir evakuert og bli gitt vanleg livreddande førstehjelp. Oksygen blir gitt på maske, med reservoar inn til sjukehus.

Cyanid:

Klinikk: Hodepine, kvalme, brekningar, lufthunger og evt. sløra bevisstheit. Etter kvart kan det inntre karidale arytmier, metabolsk acidose og hypotensjon. Ved inhalasjon av høgare konsentrasjonar ser ein et akutt sjukdomsbilete med voldsomme respirasjonsrørslar, krampar og bevisstløyshet. Ved perorale inntak ser ein ein lokal irriterende effekt på slimhinnene i tillegg til ovennemnde symptom.

Behandling: Pasienten blir fjerna fra dampen og blir tilført oksygen med reservoar, evt., livreddande førstehjelp (basal/avansert hjerte-lunge-redning), elles: symptomatisk behandling.

Hydrogensulfid:

Klinikk: Vanleg er irritasjonsfenomen fra auge og luftvegar. I tillegg ser ein sentralnervøs depresjon med svimmelheit, sløvheit og evt. koma og krampar. Pneumoni og lungeødem kan skje etter fleire timars intervall. Rytmeforstyrningar skjer også. Effekt på cytokromene gir metabolsk acidose. Ved inhalasjon av høg konsentrasjonar ser ein raskt koma, respirasjonsdepresjon, og død i løpet av 15-30 min. Betring av tilstanden vil inntre langsamt, men oftast fullstendig. Mentale forstyrningar med amnesi, bradykardi og andre karidale og nevrologiske symptom kan vedvare lenge. Langvarig eksponering over tid kan medføre hjerneskade.

Behandling: Sikre frie luftvegar og oksygentilførsel med reservoar.

4 Gassar som påvirkar livsviktige enzymer (arsener, krigsgassar, plantevernmidlar).

Hudskadar blir behandla som brannskadar, mens systemeffektar blir behandla symptomatisk under transport til sjukehus.

5 "Sniffegassar" fra organiske løsemidlar (bensin, eter, kloroform, toluen, xilen).

Klinikk: Varigheita og intensiteten av ”sniffingen” er av stor betydning for den toksiske effekten. Det er særleg lever- og nyreskadar som er rapportert, men dødsfall pga. ventrikkjelflimmer og respirasjonssvikt skjer. Ukarakteristiske abdominalsymptom er ofte ei av de første symptom.

Behandling: Symptomatisk under transport til sjukehus.

6 Branngassar (giftgassar ved brann i syntetiske stoffar + CO)

Co er som oftast den viktigste giftgass ved vanlege branner, men cyanid, amoniakk, fosgen, hydrogenfluorid, ioscyanater, saltsyre og svoveldioksid er andre giftgassar som kan utviklar ved brann i syntetiske stoffar eller brannisolasjonsmaterialer.

Behandling: Tilførsel av oksygen med reservoir samt livreddande førstehjelp.



19 FORUREINING AV DRIKKJEVATN

Tiltakskort

19.1.1.1.1 Hovudmoment

I Situasjonssorientering

- Kva har skjedd. Kor har det skjedd?
- Hendingsforløpet
- Kor mange personar er involvert - tilstanden til dei involverte
- I kva for grad blir det ordinære hjelpeapparatet påverka
- Skal det bli oppretta umiddelbar kontakt med eksterne instansar på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå
- Prognose for utviklinga – kva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert - kva er evt. behovet
- Innhent bakgrunnsinformasjon , jfr. del D

II Situasjonsforståing

- Set deg raskt inn i myndigheitenes og medias handtering og tolkning av hendinga
- Vurder befolkningas fysiske og psykiske helse
- Vurder behovet for samordning og koordinering av tiltak og bruk av ressursar
- Oppfølging og evaluering av iverksette tiltak
- Utarbeide prognosar og konsekvensanalysar

AKUTT

- Er forureiningskilden kjent?
- Vurder behovet for tiltak
- Få info fra andre instansar
- Informasjon til beredskap
- Ta vatnprøver
- Må innbyggerne til å drikke anna vatn
- Varsle rådmannen

HASTAR

- Avklare kva som har skjedd
- Etablere aksjonspunkt
- Kommunelegen skal vurderast behov for kontakt med helsevesen
- Avklare kontakt med beredskap
- Etablere info/forhold
- Etablere alternativer
- Vurder førebyggjande tiltak mest utsett for eksponering etter eksponering
- antistoffar. (Og evt. helseundersøking)
- Er det spesielt behov for helseundersøking
- Sjå eigne tiltak for vatnhåren infeksjon

VANLEG

- Avklare behovet for vatn. Prioritering
- Vurder verkne
- Vurder informasjon
- Vurder behovet for vatnforsyning
- Gjennomføre og evt endre



20

SVIKT I VATNFORSYNINGEN

20.1.1.1.1 Hovudmoment Tiltakskort

I Situasjonssorientering

- Kva har skjedd
- Hendingsforløpet
- Kor mange personar er involvert - tilstanden til de involverte
- I kva grad blir det ordinære hjelpeapparatet påverka
- Skal det bli oppretta umiddelbar kontakt med eksterne instansar på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå
- Prognose for utviklinga – kva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert - kva er evt. behovet
- Innhent bakgrunnsinformasjon , jfr. del D

II Situasjonsforståing

- Set deg raskt inn i myndigheitenes og medias handtering og tolkning av hendinga
- Vurder befolkningas fysiske og psykiske helse
- Vurder behovet for samordning og koordinering av tiltak og bruk av ressursar
- Oppfølging og evaluering av iverksette tiltak
- Utarbeide prognosar og konsekvensanalysar

AKUTT

- Er det personar som har behov for hjelp?
- Avklar omfanget av vatnsumiddelbarhet
- Etabler alternativt vannforsyningsnett

HASTAR

- Kontakt med beredskapsstyrke
- Avklar alternativt vannforsyningsnett
- Sikre kvaliteten på vannet
- Vurder oppfølgingen av situasjonen
- Vurder kommunens informasjonssituasjon

VANLEG

- Vurder vannforsyningsnettet
- Vurder informasjonssituasjonen
- Vurder behovet for vannforsyningsnett
- Gjennomfør tiltak og evt. endringer



21 SVIKT I STRAUMFORSYNING

21.1.1.1.1 Hovudmoment Tiltakskort

I Situasjonssorientering

- Kva har skjedd
- Hendingsforløpet
- Kor mange personar er involvert - tilstanden til de involverte
- I kva grad blir det ordinære hjelpeapparatet påverka
- Skal det bli oppretta umiddelbar kontakt med eksterne instansar på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå
- Prognose for utviklinga – kva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert - kva er evt. behovet
- Innhent bakgrunnsinformasjon , jfr. del D
- OBS sjekk ut ROS analyseskjema!

II Situasjonsforståing

- Set deg raskt inn i myndigheitenes og medias handtering og tolkning av hendinga
- Vurder befolkningas fysiske og psykiske helse
- Vurder behovet for samordning og koordinering av tiltak og bruk av ressursar
- Oppfølging og evaluering av iverksette tiltak
- Utarbeide prognosar og konsekvensanalysar

AKUTT

- Undersøke og skade.
- Sjekk ut kom data?
- Er sjukehjem gong?

HASTAR

- Omfanget, o
- Kontakt E-v beredskapspl
- Er omfanget kalt saman?
- Gå gjennom Omsorgstene
- **Vurdere bel det er kaldt.**

VANLEG

- Evaluering a samarbeid m sosialkontore



22 SVIKT I AVLØPSYSTEMET

22.1.1.1.1 Hovudmoment Tiltakskort

I Situasjonssorientering

- Kva har skjedd
- Kor har det skjedd?
- Hendingsforløpet
- Kor mange personar er involvert - tilstanden til de involverte.
- I kva grad blir det ordinære hjelpeapparatet påverka
- Skal det bli oppretta umiddelbar kontakt med eksterne instansar på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå
- Prognose for utviklinga – kva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert - kva er evt. behovet
- Innhent bakgrunnsinformasjon , jfr. del D

II Situasjonsforståing

- Set deg raskt inn i myndigheitenes og medias handtering og tolkning av hendinga
- Vurder befolkningas fysiske og psykiske helse
- Vurder behovet for samordning og koordinering av tiltak og bruk av ressursar
- Oppfølging og evaluering av iverksette tiltak
- Utarbeide prognosar og konsekvensanalysar

AKUTT

- Sjekk ut om
- Avløp og K
- Vurdere sn
- Evt sikre/s

15.2.1.1.1 HASTA

- Kontakt med
- Etablere info
- Etablere alte
- Dersom brot
- må bruk av a

VANLEG

- Evaluere tilta
- Gå gjennom



23 ULUKKER: VEI, TOG, FLY

23.1.1.1.1 Hovudmoment Tiltakskor

I Situasjonssorientering

- Kva slags ulukke (*Lokalsamfunnsulukke, Bedriftsulukke, Transportulukke*)
- Hendingsforløp
- Kor ligg ulukkesstaden
- Kor mange personar er involvert - tilstanden til de involverte
- Kva for personar er direkte berørt av ulukken
- Kva for personar er indirekte berørt av ulukken
- Prognose for ulukkesutvikling - kva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert - kva er evt. behovet
- Skal det bli gjort førebuingar til eller bli oppretta informasjons- og støttesenter eller evakueringssenter (Sjå planverk del D)
Se også ark P: psykososiale forhold!
- Innhent generell bakgrunnsinformasjon jfr. del D

23.1.1.2 II Situasjonssforståing

- Set deg raskt inn i myndigheitenes og medias handtering og tolkning av hendinga
- Vurder befolkningas fysiske og psykiske helse
- Vurder behovet for samordning og koordinering av tiltak og bruk av ressursar
- Oppfølging og evaluering av iverksette tiltak
- Utarbeide prognosar og konsekvensanalysar

- Vurder i samråd med ansvarleg myndigheit behovet for informasjonsflyt ut over eige geografisk ansvarsområde (ved transportulukker kan dei som er ramma ha sin sosiale forankring i mange delar av landet og utanlands).
- Oppfølging av iverksette tiltak (informasjonsflyt, rolleavklaring, langtidsopplegg)
- Hjelp til med riktig forankring av tiltak i støtte- og omsorgspyramiden: Innsatsen blir organisert fra bunnen av pyramiden, og høgare nivå involverast ikkje - med mindre det er naudsynt. **Råd** kan sjølvstendig bli innhenta frå overordna instans.

AKUTT

- Opprett ko
- Etabler um
- myndighei
- informasjo
- informasjo
- tiltak i aku
- Varsle råd
- Etablere k
- Ved behov
- kontaktper
- Sjå plan fo
- Etablere e
- av dei som
- Hjelpe til m

15.2.1.1.2 HASTA

- Etablere et p
- Etablere et in
- Etablere grup
- kriser. Vurde
- Ved langvari
- avløysingsm
- Ved langvari
- innsatsmann

VANLEG

- Vurdere verk
- Vurdere vide
- Vurdere beh
- individorien
- (informasjon
- helsesurvey/
- informasjon
- Videreføre in
- kan finne tilb
-



24
25

SVIKT I LEGEMIDDEL LEVERINGAR

25.1.1.1.1 Hovudmoment Tiltakskort

I Situasjonssorientering

- Kva har skjedd
- Hendingsforløpet, kva slags type svikt er det?
- I kva for grad blir det ordinære hjelpeapparatet påverka:
Legevakt, sjukeheim, heimebuande pasientar
- Skal det bli oppretta umiddelbar kontakt med eksterne instansar på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå
- Prognose for utviklinga – tidsperspektiv - kva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert - kva er evt. behovet
- Innhent bakgrunnsinformasjon , jfr. del D

II Situasjonsforståing

- Set deg raskt inn i myndigheitenes og medias handtering og tolkning av hendinga
- Vurder befolkningas fysiske og psykiske helse
- Vurder behovet for samordning og koordinering av tiltak og bruk av ressursar
- Oppfølging og evaluering av iverksette tiltak
- Utarbeide prognosar og konsekvensanalysar

AKUTT

- *Etabler umiddelbar kontakt med myndighetene for å få informasjon og koordinering av tiltak i akutte situasjoner*
- **Kontakt** med beredskapsinstansar i situasjonssorientering
- **Kontakt** med beredskapsinstansar i situasjonssorientering

15.2.1.1.3 HASTA

- Innhent informasjon om pasientars helse
- Medisinsk oppfølging
- Innkalle innleggelse i helsehjelp i forkant
- Pressesenter
- Informasjon

VANLEG

- Samarbeid med beredskapsinstansar
- Vurdere flytting av pasientar til andre område kor det er behov
- Legg opp til samarbeid med beredskapsinstansar.



26
27

SVIKT I LEVERINGAR AV MEDISINSKE FORBRUKSVARAR

27.1.1.1.1 Hovudmoment Tiltakskort

I Situasjonssorientering

- Kva har skjedd
- Hendingsforløpet, kva slags type svikt er det?
- I kva for grad blir det ordinære hjelpeapparatet påverka
Legevakt, sjukeheim, heimebuande pasientar
- Skal det bli oppretta umiddelbar kontakt med eksterne instansar på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå
- Prognose for utviklinga – tidsperspektiv - kva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert - kva er evt. behovet
- Innhent bakgrunnsinformasjon , jfr. del D

II Situasjonsforståing

- Set deg raskt inn i myndigheitenes og medias handtering og tolkning av hendinga
- Vurder behovet for samordning og koordinering av tiltak og bruk av ressursar
- Oppfølging og evaluering av iverksette tiltak
- Utarbeide prognosar og konsekvensanalysar

AKUTT

- *Etabler umiddelbar kontakt med myndigheitene for å sikre informasjon og koordinering av tiltak i akutte situasjoner.*
- **Kontakt** med beredte instansar i situasjonssorienteringa.
- **Kontakt** med beredte instansar i situasjonssorienteringa.

15.2.1.1.4 HASTA

- Innhent informasjon om pasientars situasjon.
- Medisinsk, politisk og sosial informasjon.
- Innkalle innkallingssjefen for forhold til forhold.
- Pressesenter.
- Informasjonskontroll.
- Ekstra beredte instansar.
- Kontakt overfor fylkeslege/fylkeskommune.

VANLEG

- Samarbeid med beredte instansar.
- Vurdere flytting av område kor d.
- Legg opp til samarbeid med instansar.



28 PSYKOSOSIALE FORHOLD

Hovudmoment Tiltakskort

28.1.1.1 I Situasjonsorientering

- Kva slags ulukke (*Lokalsamfunnsulukke, Bedriftsulukke, Transportulukke*)
- Hendingsforløp
- Kor ligg ulukkesstaden
- Kor mange personar er involvert - tilstanden til de involverte
- Kva for personar er direkte berørt av ulukken
- Kva for personar er indirekte berørt av ulukken
- Prognose for ulukkesutvikling - kva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert - kva er evt. behovet
- Skal det bli gjort førebuingar til eller bli oppretta informasjons- og støttesenter eller evakueringssenter (Se planverk del D)
- Innhent generell bakgrunnsinformasjon jfr. del D

II Situasjonsforståing

- Kva for grupper må bli registrerte (m.a. adresse)?
(Overlevande skadde og uskadde, pårørande til skadde og uskadde pårørande til savna, pårørande til omkomne, arbeidskollega, naboar, vennrer til ramma, innsatspersonell, leiare)
- Vurder behovet for umiddelbare psykososiale støttetiltak (informasjonsmøter, informasjons- og støttesenter, oppsøkende aktiviteter, umiddelbare avlastningssamtaler, psykologisk oppfølging, debriefing for innsatspersonell, screening)
- Vurder behovet for langsiktige psykososiale tiltak (informasjonsformidling, kontakt med primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta)
- Vurder kva for kort- og langtids psykososiale følgjer hendinga kan ha

16.2.1.1 AKUTT

- Er ulukkes- evakuering
- Etabler umyndigheit informasjonstiltak i akut
- Vurder/bes støttesenter proaktiv!)
- Oppdater in
- Vurder mo (sjå del D) iht plan
- Bidra til sa psykososia (redningste etc.)
- Velg foranl

PSYKO PSYKOSOSIALE FORHOLD

30

Hovudmoment Tiltakskort

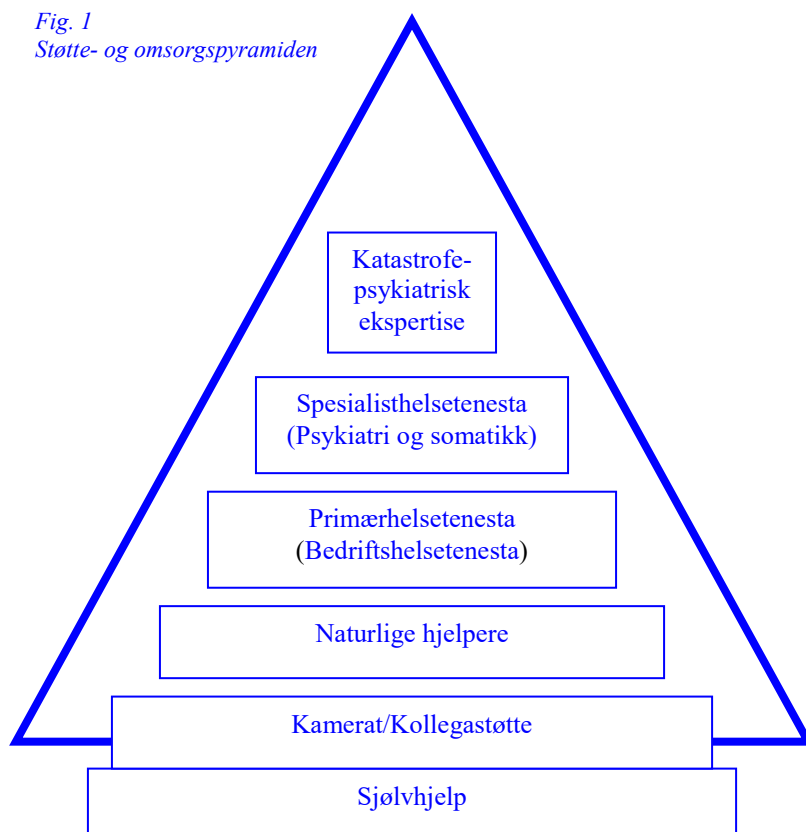
II Situasjonsforståing (framhald)

- Vurder i samråd med ansvarleg myndigheit behovet for informasjonsflyt ut over eige geografisk ansvarsområde (ved transportulukker kan dei ramma ha si sosiale forankring i mange delar av landet og utanlands).
- Oppfølging av iverksette tiltak (informasjonsflyt, rolleavklaring, langtidsopplegg)
- Hjelpe til med riktig forankring av tiltak i støtte- og omsorgspyramiden: Innsatsen bli organisert frå bunnen av pyramiden, og høgare nivå blir ikkje involvert- med mindre det er naudsynt. **Råd** kan selvfølgelig innhentes fra overordnet instans.

17.2.1.1 **HASTAR**

- Overvak mediebi
- informasjon – ha
- om ulukken og d
- Bidra til kvalifise
- ansvarlege mynd
- Vurder oppretting
- (se del D)

Fig. 1
Støtte- og omsorgspyramiden

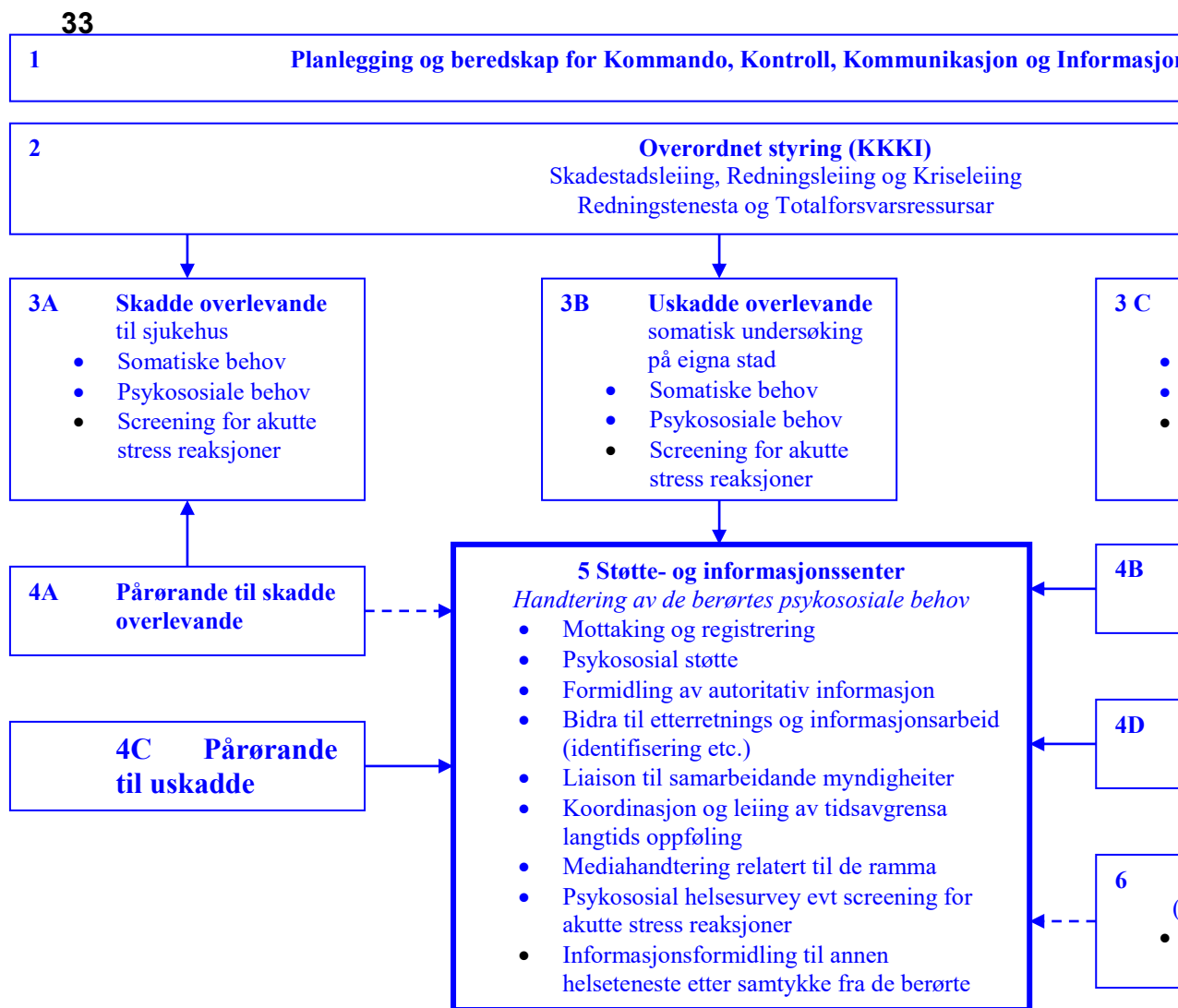


17.2.1.2 **VANLEG**

- Vurdere verknade
- Vurdere vidare in
- Vurdere behov fo
- tiltak ift dei berø
- helsesurvey/scre
- mellom helseress

P PSYKO SOSIALE FORHOLD AKUTTE STØTTEKORT

Organisering av umiddelbare psykososiale tiltak



U UVENTA HENDING SOM UTVIKLAR SEG TIL EIN KATASTROFE

34.1.1.1.1 Hovudmoment Tiltakskort

I Situasjonssorientering

- Kva har skjedd
- Hendingsforløpet
- Kor mange personar er involvert - tilstanden til de involverte
- I kva grad blir det ordinære hjelpeapparatet påverka
- Skal det bli oppretta umiddelbar kontakt med eksterne instansar på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå
- Prognose for utviklinga – kva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetenesta aktivert - kva er evt. behovet
- Innhent bakgrunnsinformasjon , jfr. del D

II Situasjonssforståing

- Set deg raskt inn i myndigheitenes og medias handtering og tolkning av hendinga
- Vurder befolkningas fysiske og psykiske helse
- Vurder behovet for samordning og koordinering av tiltak og bruk av ressursar
- Oppfølging og evaluering av iverksette tiltak
- Utarbeide prognosar og konsekvensanalysar

35 ANDRE AKTUELLE KATASTROFESITUASJONER

1. FLYULUKKER

Flyulukker skal bli takla på samme måte som trafikkulukker i operativ del. OBS se også Plan for kriseleiing!

2. LEIRRAS/JORDRAS

Dette er ikkje hendingar som er særleg sannsynleg i Lindås kommune. Likevel kan det skje. Bruk generell del over og kombiner denne evt med Ros analysen og Plan for kriseleiing. Se spesielt evakuering! (Se del D)

AKUTT

- Etabler umiddelbar kontakt med myndigheitene for å få informasjon og informasjon om tiltak i akutt situasjon
- Avklar kva som er behovet og bli leia frå
- Kontakt rådgjevar
- Er hendinga

19.2.1.1.1 HASTA

- Evakuering?
- Medisinsk, psykiatrisk
- Pressesenter
- Informasjonssenter
- Kontakt overfor
- Folkehelseinstituttet

VANLEG

- Legg til rette for samarbeid med spesialistinstansar
- Legg opp til samarbeid med spesialistinstansar

3. SKOGBRANN

Se ROS analyse og Plan for kriseleing. Spesielt i forhold til evakuering! Ulukker, skadar bli takla som ved store ulukker. (Sjå del D)

4. INDUSTRIBRAN

Blir vurdert som sannsynleg i Lindås kommune. Bli takla som stor ulukke evt sjå under ”sannsynleg hending som gir katastrofe”. OBS evakuering, se også kapittel for gassar over. (Sjå del D)

5. FLAUM

Flaum er lite sannsynleg i Lindås kommune? . Ved storflaum bruk Plan for kriseleing! Spesielt i forhold til evakuering. (Sjå del D)

6. BROTT I TELEKOMMUNIKASJONER

Brott på telekommunikasjon vil ramme teleliner, derved telenettet, internetttilkobling og høve for helseradionettet, politi og brannvesenets kanaler til å få kontakt utover dekningsområdet for kvar radio. Se ROS analyse! (Sjå del D)

7. BRANN I INSTITUSJONAR

Knarvik sjukeheim er vår sentrale store institusjon. Det er mange pasientar og tilsette ved institusjonen. Evakueringsplaner for institusjonen skal foreligge. For de andre institusjonene vil det vere naturleg å bruke Evakueringsdelen under Plan for kriseleing. Kvar institusjon skal ha eigen beredskapsplan for korleis tilsette forholder seg ved t.d. brann.

Kommunen har fleire bufellesskap kor tilsette har ansvar for å følgje opp menneske som ikkje fullt ut kan ta omsorg for seg selv. Kvar bufellesskap skal ha en beredskapsplan for korleis ein handler ved ulukker, brann.

8. EPIDEMIER/SMITTSOMME SJUKDOMMER.

Sjå smittevernplanen og kapitlet om Biologisk agens over!

Lindås kommune	Totalt antall sider: Side 59 av 108		
<u>BEREDSKAPSPLAN FOR HELSE- OG SOSIALTENESTA</u>			
Kommunens helseberedskap i akutte og/eller ekstraordinære situasjoner		Initialer	Dato
	Skrive av		
	Godkjend av Kommunestyret		
	Blir revidert årleg eller innan Sist revidert		
C - RESSURSAR, NØKKEL- PERSONER, VARSLINGSLISTER			

ALARM - MELDING FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

VARSLINGSLISTE FOR KRISELEDELSEN FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

RESSURSOVERSIKT FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

BRUK SOM MAL – SKRIV INN **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

SITUASJONSRAPPORT FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

Institusjoner **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Heimebaserte tenester **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

Befolkninga (evakuerte, skadde, døde, etc.) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

ALARM - MELDING

Gi meldinga

- **kort og raskt** -> **TID MÅ SPART**
- **klart og konsist** -> **MISTYDINGAR MÅ BLI UNNGÅTT**

Skal innehalde:	Døme:
1. kva har hendt 2. omfang av hendinga 3. møt når 4. møtestad 5. evt anna	BUSS VELTA UTFOR VEI 30 skulebarn i bussen møt straks ved Alverflata Gi melding til Alverversund skule for mottak av lettare og ikkje skadde.

Skal du varsle 5 personar og for kvar oppringning

- brukar 5 min pr samtale = 25 min
- brukar 2 min pr samtale = 10 min

Korleis kan du bruke din tid mest tenleg, og samstundes være trygg på at alle som skal bli varsla blir varsla.

Er det ein instans i kommunen, evt. i helsevesenet i kommunen, som du kan varsle, og som kan gi varselet vidare etter din instruks.

VARSLINGSLISTE FOR KRISELEDELSEN

Liste over beredskapspersonar i Lindås kommune (må bli scanna inn)

RESSURSOVERSIKT

Ressursoversikt omtalt i del A – generell del, pkt. 6.

Kva for helseressursar - personell og materiell	Kor er desse ressursane seg	Korleis kan vi få aktivert/utløst ressursane	Korleis blir ressursane sett i innsats
Beskriv i korte trekk kva for/kva slags helseressursar (og andre) som er relevant å dra nytte av. Talet som er oppgitt skal være ca tall. Kvar enkelt instans vil ha egne oppdaterte oversikter!	Oppgi stadsnavn og gateadresse for kor materiellressursane er. Evt. vis til til varslingsliste for grupper av personell.	Her må fremgå telefonnummer og kontaktperson, helst fleire, som har mynde til å aktivere ressursane straks.	Beskriv her anten kor/korleis ressursen er tenkt brukt på førehand eller la stå open til ressursen faktisk er aktivert under krisehandteringa.
OMSORGSTENESTA			
<i>Arbeidar innan omsorgstenesta - med svært variert helsefagleg erfaring:</i> Sjukepleiarar: Hjelpepleiarar: Omsorgsarbeidare: Vernepleiarar: Andre: kokk, merkantil, vaktmester etc Alle tall er rettleiande!	<i>Nn er senter for både materiell og personell.</i>	Einingsleiarane for henholdsvis institusjons-omsorga, heimetenesta og tenesta for funksjons-hemma 56 375000	<i>Oppgåver innan eldreomsorg. Sikre eldre/funksjonshemma</i> Kommunens største personellressurs innan helsetenester. Kan bli brukt innan mange område i en katastrofe / beredskapssituasjon

HELSE OG SOSIALTENESTA			
Kva for helseressursar - personell og materiell	Kor er desse ressursane seg	Korleis kan vi få aktivert/utløst ressursane	Kor/korleis blir sett ressursane i innsats
Arbeidar innan sosial, psykiatri, rus, fysioterapi, helsestasjon, , barnevern, førebyggjande miljørettet helsevern, legetenester.: Helsesøstre: Jordmødre Sjukepleiarar: Fysioterapeutar: Sosionomer: Barnevernsped: Legar: Hjelpespersonell v/ legekontor og legevakt Alle tall er rettleiande!	Rådhuset er senter for både materiell og personell. Fysioterapeuter har base Helsestasjon Psykiatri har eget dagsenter Legekontor Legevakt	Tlf.nr. Tlf.nr	Oppgåver innen: • barn og ungdoms helse • smittevern • miljørettet helsevern • sosiale forhold • psykiatri • fysioterapi / ergoterapi Stor personalressurs innan de fleste helse og sosialområde! Bruk blir vurdert ut frå aktuell situasjon. Kommuneoverlegen tiltrer kommunens kriseleleiing i alle situasjonar kor befolkningens helse kan påvirke.

Pleie- og omsorgstenesta

- Sjå eigen beredskapsplan

BRUK SOM MAL – SKRIV INN

SITUASJONSRAPPORT LINDÅS KOMMUNE – HELSE

xxxdag den xx.xx.xx kl xx.xx

Sendes: Helsetilsynet i Hordaland
Kopi: Kommunens leiting

**U.Off., Off.lov §5a,jf.
fvl.§13, første ledd nr. 1**

Konklusjon: Fare for liv og helse ?		STATUS I -BEFOLKNINGENS HELSETILST. -KOMMUNENS HELSETENESTER	forrige konkl	OBS–konsentrat av tidligere meldinger (ang dato)
Døme	Ja Obs Nei	<u>X- sykehjem</u> : sypl-leder i streik, problem - -	OBS kom sypl	02.: bemanning kvardager = helg 03: spes utsatt er syhj og hj-sypl:
Primære legeteneste				
x helsesenter				
Institusjoner				
x sykehjem				
Heimebaserte tenester				
x område				
Helsestasjon – Skulehelseteneste				
Miljøretta helsevern				
Befolkinga (evakuerte, skadde, døde, etc.)				
Anna				

Generelt inntrykk:

Kommuneoverlegens vurdering:

Kommunens konklusjon:

Lindås kommune	I alt Side 65 av 108 sider		
<u>BEREDSKAPSPLAN FOR HELSE- OG SOSIALTENESTA</u>			
Kommunens helseberedskap i akutte og/eller ekstraordinære situasjoner D – FAG- OG BAKGRUNNSTOFF		Initialer	Dato
	Skrive av		
	Kontrollert av		
	Godkjend av		
	Blir revidert innan		

1 VEDLEGG - FORMELT GRUNNLAG..FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

1.1 KOMMUNEHELSESTJENESTELOVA – AKTUELLE DELAR **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

1.2 SPESIALISTHELSESTJENESTELOVA – AKTUELLE DELAR **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

1.3 LOV OM HELSEMESSIG OG SOSIAL BEREDSKAP – AKTUELLE DELAR..**FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

1.4 FORSKRIFT OM KRAV TIL BEREDSKAPSPLANLEGGING OG BEREDSKAPSARBEID MV.
ETTER LOV OM HELSEMESSIG OG SOSIAL BEREDSKAP. . **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

1.5 HELSEPERSONELLOVA..... **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

1.6 ANDRE AKTUELLE LOVER..... **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

2 VEDLEGG OPERATIV LEDELSE UNDER EKSTRAORDNÆRE SITUASJONER – REDNINGSTJENESTEN ..FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

2.1 ANSVAR **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

2.2 SKADESTED **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

2.3 AMK - LRS – HRS **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

2.4 SANITETSTAKTISKE FORHOLD **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

3 VEDLEGG - MESTRING AV STRESS UNDER INNSATS..FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

4 VEDLEGG - ATOMUHELL, RADIOAKTIVT NEDFALL, IONISERENDE STRÅLINGSULYKKER.....FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

5 VEDLEGG - BIOLOGISKE AGENSFEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

5.1 SMITTEVERNLOVA..... **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

5.2 KOMMUNENS SMITTEVERNPLAN **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

5.3 PANDEMIPLANEN **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

6 VEDLEGG - KJEMIKALIER OG GASS FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

6.1 TRANSPORT AV FARLIG GODS PÅ VEG OG JERNBANE **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

7 VEDLEGG - DEKONTAMINERINGFEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

7.1 STASJONÆRE OG MOBILE RENSESTEDER **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

7.2 ULLEVÅL FÅR LANDSFUNKSJON FOR ABC-BEREDSKAP **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

8 VEDLEGG - ENERGISKADER - STORULYKKER.. FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

8.1 GENERELT **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

8.2 KRAV TIL BEHANDLING INNEN BIOLOGISKE TIDSGRENSER **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

9 VEDLEGG - FØRSTE INNSATS I STØRRE SKADESITUASJONER FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**10 VEDLEGG - ETABLERING OG DRIFT AV SAMLEPlass FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.****11 VEDLEGG - ETABLERING OG DRIFT AV HJELPEPlass FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.****12 VEDLEGG - PLANER FOR LOKALE INSTITUSJONER OG ANDRE TJENESTER.....FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.****13 VEDLEGG - ANDRE PLANER I KOMMUNEN AV BETYDNING FOR BEFOLKNINGENS HELSE OG HELSETJENESTENES YTEEVNE..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

13.1 LINDÅS KOMMUNES KRISEBEREDSKAPSPLAN .. **FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.**

14 ROS ANALYSER FOR LINDÅS KOMMUNE..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

1 VEDLEGG **- FORMELT GRUNNLAG**

1.1 KOMMUNEHELSESTJENESTELOVA – AKTUELLE DELAR

Lov om helsetjenesten i kommunane, av 19.11.1982

Hele lova med aktuelle forskrifter, samt Sosialtjenestelova med forskrifter er utgitt i eget hefte av MEDLEX Norsk Helseinformasjon, oppdatert per 1. januar 2003.

Kap. 1. Almennelige bestemmelser.

§ 1-1. Kommunens ansvar for helsetjeneste

Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen som nevnt i § 4-1.

§ 1-2. Helsetjenestens formål

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

§ 1-3. Oppgaver under helsetjenesten

Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

- 1.** Fremme helse og forebygging av sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som
 - a.** miljørettet helsevern
 - b.** helsestasjonsvirksomhet
 - c.** helsetjenester i skoler
 - d.** opplysningsvirksomhet
 - e.** helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under fengselsvesenet.
- 2.** Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
- 3.** Medisinsk habilitering og rehabilitering
- 4.** Pleie og omsorg
- 5.** Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen sørge for disse deltjenestene:

1. almenlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
2. legevaktordning
3. fysioterapitjeneste
4. sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
5. jordmortjeneste
6. sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie

7. medisinsk nødmeldetjeneste

Kommunen kan organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet som nevnt i § 4-1.

Kommunen kan - -

Departementet kan ved forskrift - -

§ 1-3a. Tilrettelegging m.v.

Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold.

§ 1-3b. Registrering m.v.

Kommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i kommunen og i kommunehelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi regler om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til sentralt register.

§ 1-4. Planlegging, informasjon og samordning

Kommunen skal planlegge sin helsetjeneste; herunder helsetjeneste ved bedrifter og ved primærnæring i kommunen, i samsvar med lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunane.

Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.

Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet.

Helsetjenesten skal av eget tiltak gi informasjon om de forhold som er nevnt i annet ledd, første punktum til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen. Dersom helsetjenesten blir kjent med forhold som vedrører arbeidsmiljølova, produktkontrolllova, forurensningslova og genteknologilova, skal helsetjenesten underrette de berørte fagmyndigheter slik at disse kan fatte vedtak.

Departementet gir nærmere regler om samarbeidet med andre fagmyndigheter på områder der også helsetjenesten har kompetanse og om koordinering av tiltak.

Kommunen kan samarbeide med privat organisasjon o.l. hvor det er egnet til å fremme helsetjenestens formål.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om bedriftshelsetjenesten, jfr. § 1-3 fjerde ledd.

§ 1-5. Beredskapsplan

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helsetjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

§ 1-6 Samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner

Departementet kan påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten, og om nødvendig gi regler for dette, herunder også om fordeling av utgifter.

Dersom forholdene tilsier det, skal helsetjenesten i kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.

Den kommunen som mottar bistand etter annet ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt eller er bestemt i medhold av første ledd.

§ 3-3. Personell

Kommunane ansetter personell med de nødvendige kvalifikasjoner til å arbeide i helsetjenesten og administrasjonen av den.

For helsepersonell kan departementet gi nærmere forskrifter om krav til kvalifikasjoner, om utlysning av stilling, om framgangsmåte ved ansettelse og ansettelsesvilkår.

§ 3-5. Medisinsk-faglig rådgivning

Kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelege plikter på anmodning av departementet å delta i lokal redningssentral.

Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten.

Kommunelegens tilråding og begrunnelse skal alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap.

§ 3-6. Tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen, å utføre nærmere tilvist arbeid.

Kap. 4a. Miljørettet helsevern.

§ 4a-1. Definisjon og forskrifter

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

I samsvar med de formål for kommunehelsetjenesten som nevnt i § 1-2, kan departementet gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder drikkevann og hygieniske forhold i bygninger, boliger, lokaler, innretninger og enhver form for virksomhet. Det kan også gis regler om plikt

til å ha internkontrollsystemer og til å føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av denne lov overholdes.

I samsvar med lov om vern mot smittsomme sykdommer jfr. kommunehelsetjenestelova § 1-2, kan departementet gi forskrifter om at den som vil drive visse slag virksomheter som kan medføre fare for overføring av smittsomme sykdommer, må søke om tillatelse. I forskriftene kan det bl.a. fastsettes kvalitetskrav/grenseverdier til anlegg, utstyr og virksomhet og kvalifikasjonskrav til personell knyttet til slik virksomhet.

§ 4a-2. Kommunestyrets oppgaver

Kommunestyret skal ha tilsyn med de faktorer som er nevnt i § 4a-1, første ledd. Innen miljørettet helsevern skal kommunestyret utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov. Virksomheten og avgjørelsene, herunder enkeltvedtak, skal være i samsvar med helsetjenestens formål, jfr. § 1-2.

§ 4a-3. Delegasjon av myndighet

Myndighet og gjøremål innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunestyret, kan med unntak av den myndighet som er nevnt i § 4a-4 fjerde ledd, § 4a-10 og § 4a-11 tredje ledd, delegeres etter reglene i kommunelova.

Kommunestyrets myndighet eller myndighet delegert etter første ledd kan utøves av kommunelegen, dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at styrets oppgaver etter denne lov skal kunne utføres.

Dette gjelder likevel ikke for kommunestyrets myndighet etter § 4a-11, tredje ledd.

§ 4a-5. Konsekvensutredning

Kommunestyret kan pålegge den ansvarlige for et forhold ved en eiendom eller virksomhet for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.

Kommunestyrets pålegg kan påklages etter reglene i § 4a-12.

Fylkesmannen har ved behandlingen av klagesaker tilsvarende rett til å kreve utredning.

1.2 SPESIALISTHELSETJENESTELOVA – AKTUELLE DELAR

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 02.07.1999

Hele lova med aktuelle forskrifter, samt Helseforetakslova med vedtekter er utgitt i eget hefte av MEDLEX Norsk Helseinformasjon, oppdatert per 1. januar 2002.

Kapittel 2. Ansvarsfordeling og generelle oppgaver

§ 2-1. Fylkeskommunens ansvar for visse helsetjenester

Fylkeskommunen skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i fylket tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

- 1. sykehustjenester,
- 2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, og
- 3. akuttmedisinsk beredskap.
-

Fylkeskommunen skal også sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i fylket tilbys medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.

Tjenester som nevnt i første og annet ledd kan ytes av fylkeskommunen selv, eller ved at fylkeskommunen inngår avtale med andre tjenesteytere.

Departementet kan i forskrift stille krav til tjenester som omfattes av denne lova. Endres ved lov 23 juni 2000 nr. 56 (fra den tid Kongen bestemmer).

§ 2-1a. Beredskapsplan

Fylkeskommunen skal utarbeide beredskapsplan etter lov om helsemessig og sosial beredskap for institusjoner og tjenester som fylkeskommunen skal sørge for, jf. § 2-1 første ledd. Beredskapsplanen skal samordnes med kommunenes beredskapsplaner og beredskapsplanene til de andre fylkeskommunene i helseregionen.

§ 2-1b. Bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner

Dersom forholdene tilsier det, skal helsetjenesten i fylkeskommunen yte bistand til andre fylkeskommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den fylkeskommunen som har bistandsbehovet.

Den fylkeskommunen som mottar bistand etter første ledd, skal yte fylkeskommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt.

§ 2-1c. Fylkeskommunens adgang til å disponere helsepersonell i enkelte akutte situasjoner

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan fylkeskommunen pålegge helsepersonell som tjenestegjør i fylkeskommunen, å utføre nærmere tilvist arbeid.

Departementet kan pålegge lege å delta i lokal redningssentral.

§ 2-2. Statens ansvar for luftambulansetjenesten

Staten skal sørge for at allmennheten tilbys luftambulansetjeneste. Staten kan inngå avtale med offentlige eller private ambulansetøvere. Luftambulansetjenesten skal drives i samarbeid med de berørte fylkeskommuner.

§ 2-3. *Plikt til forsvarlighet*

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne lova skal være forsvarlige.

§ 2-4. *Departementets bestemmelser om sykehusenes oppgaver, anskaffelse av utstyr m.m.*

Departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfelle gi bestemmelser om:

- 1. oppgaver for og oppgavefordeling mellom sykehus,
- 2. anskaffelse og bruk av medisinsk-teknisk utstyr ved sykehus,
- 3. bruk av metoder for undersøkelse og behandling ved sykehus, og
- 4. markedsføring av tjenester som omfattes av denne lova, herunder forbud mot visse former for markedsføring.

§ 3-1. *Øyeblikkelig hjelp*

Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling.

Fylkeskommunen skal utpeke minst én helseinstitusjon eller avdeling i slik institusjon med tilsvarende plikt overfor pasient som trenger psykiatrisk helsehjelp.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreffer ikke dersom institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

Arbeidsgiver kan pålegge helsepersonell ansatt i institusjoner nevnt i første og annet ledd, å rykke ut til person som trenger øyeblikkelig hjelp.

Departementet kan gi forskrift om det nærmere innhold i plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.

1.3 LOV OM HELSEMESSIG OG SOSIAL BEREDSKAP – AKTUELLE DELAR

Lova med forskrifter og kommentarar:

- Kan bli tinga hos publikasjonsbestilling@ft.dep.no (Publikasjonsnummer I-1051 B)
- Nettsted: www.hd.dep.no/beredskap

Forskrift med kommentarer gir god og nyttig informasjon.

Her er gjengitt de delar av lova som er aktuelle for planlegning og tiltak ved ekstraordnære situasjoner i fredstid. For lettere å unngå missforståelser, er derfor ikke tatt med de helt spesielle delene (§§ 3-1, 4-1, 5-1 og 5-2) som kun kan benyttes når fullmaktsbestemmelsene i § 5-1 gjelder.

Lov om helsemessig og sosial beredskap, av 23.06.2000

Kapittel 1. Innledende bestemmelser

§ 1-1. Lovas formål og virkemidler

Formålet med lova er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. For å ivareta lovas formål, skal virksomheter lova omfatter kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, på basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av lova.

§ 1-2. Lovas stedlige virkeområde

Kongen kan gi forskrift om lovas anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. Kongen kan gi forskrift om og i hvilken utstrekning lova skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel.

1-3. Virksomheter lova gjelder for

Denne lov gjelder for:

- a) den offentlige helse- og sosialtjeneste,
- b) private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og sosialtjenester til befolkningen,
- c) private som uten formell tilknytning til kommune, fylkeskommune eller staten tilbyr helse- og sosialtjenester,
- d) næringsmiddelkontrollen, herunder offentlige og private laboratorier,
- e) vannverk,
- f) apotek, grossister og tilvirkere av legemidler.

Departementet kan i forskrift bestemme at også andre virksomheter som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og sosialtjenesten, skal omfattes av lova.

§ 1-4. Personell lova gjelder for

Denne lov gjelder for personell som tjenestegjør i virksomheter lova omfatter. Departementet kan i forskrift bestemme at personell som har tjenestegjort i slike virksomheter, og særskilt kvalifisert personell, skal omfattes av lova.

§ 1-5. Når fullmaktsbestemmelsene i lova gjelder

§§ 3-1, 4-1, 5-1 og 5-2 får anvendelse:

- 1. når riket er i krig eller når krig truer,
- 2. ved kriser eller katastrofer i fredstid etter beslutning av Kongen. Dersom det er nødvendig for å sikre liv og helse, kan departementet treffe en foreløpig beslutning om anvendelse. En slik beslutning skal bekreftes av Kongen så snart som mulig. En beslutning om anvendelse gis for et begrenset tidsrom og maksimalt for 1 måned. Beslutningen kan gjentas for inntil 1 måned av gangen.

Kapittel 2. Ansvar for forberedelser og gjennomføring

§ 2-1. Ansvarsprinsippet

Den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap.

§ 2-2. Planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid

Kommuner, fylkeskommuner og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Beredskapsplanen skal også omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenester. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder.

Sykehus som omfattes av § 1-3 første ledd bokstavene a og b, og virksomheter nevnt i bokstavene d og e, plikter å utarbeide beredskapsplan for virksomheten.

Departementet kan gi forskrift om at virksomheter nevnt i § 1-3 første ledd bokstavene c og f, samt virksomheter omfattet av lova etter § 1-3 annet ledd, skal ha plikt til å utarbeide beredskapsplan for virksomheten. Departementet kan bestemme at virksomheter som nevnt skal inngå i beredskapsplan som nevnt i første ledd.

Departementet kan gi forskrift om krav til beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet, herunder sette krav til driftssikkerhet, lagring av materiell og utstyr, og til øvelser og opplæring av personell.

Departementet kan gi forskrift om plikt for virksomheter etter lova til å kvalitetssikre beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet.

§ 2-3. Varsel og rapportering

Virksomheter lova omfatter, plikter å varsle om forhold innen helse- og sosialtjenesten som kan gi grunnlag for tiltak etter denne lov. Varsel gis til departementet eller den myndighet departementet bestemmer.

Departementet kan pålegge virksomheter som nevnt i første ledd formell rapportering om forhold av betydning for helse- og sosialtjenesten. Departementet kan gi forskrift om rapporteringsplikten.

1.4 FORSKRIFT OM KRAV TIL BEREDSKAPSPLANLEGGING OG BEREDSKAPSARBEID MV. ETTER LOV OM HELSEMESSIG OG SOSIAL BEREDSKAP.

Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 23. juli 2001 med hjemmel i lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap § 2-2 fjerde og femte ledd, § 4-2 tredje ledd og § 6-2 første ledd. Endret 20.12.2001

§ 1. Virkeområde og formål

Forskriften gjelder for virksomheter som har plikt til å utarbeide beredskapsplan etter lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-2 første og annet ledd. Med begrepet virksomhet i denne forskriften forstås stat, kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak, helseforetak, næringsmiddelkontrollen og vannverk.

Forskriften får ikke anvendelse på kontinentalsokkelen.

Virksomhetene skal utføre beredskapsplanlegging som gjør dem i stand til å tilby nødvendige tjenester under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap § 1-1. (Endret ved forskrift 20 des 2001 nr. 1583 (i kraft 1 jan 2002))

§ 2. Fastsettelse og oppdatering av beredskapsplan mv.

Fylkesting³ og kommunestyre skal sørge for fastsettelse og oppdatering av beredskapsplanen. For virksomheter som ikke er fylkeskommunale eller kommunale, skal ansvarlig leder sørge for slik fastsettelse og oppdatering.

Det skal fremgå av beredskapsplanen hvor ofte planen og risiko- og sårbarhetsanalysen den bygger på skal evalueres og oppdateres. Evaluering og oppdatering skal dateres og dokumenteres.

§ 3. Risiko- og sårbarhetsanalyse - grunnlag for beredskapsplan

Virksomheten skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal ta utgangspunkt i og tilpasses virksomhetens art og omfang. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal alltid omfatte selve virksomheten, virksomhetens ansvarsområde og lokale forhold som innvirker på virksomhetens sårbarhet. Forutsetningene risiko- og sårbarhetsanalysen bygger på skal dokumenteres.

Avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak. Beredskapsplaner skal sikre en tilstrekkelig produksjon av tjenester ved mulige hendelser knyttet til avdekket risiko og sårbarhet i samsvar med § 4 til § 9.

§ 4. Planforutsetninger

Beredskapsplanene skal omfatte prosedyrer for ressursdisponering og omlegging av drift som sikrer nødvendig tjenesteytelse ved:

³ Fylkeskommunens ansvar er overført til de regionale helseforetak ved lov om Statlige helseforetak av

- a) interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer virksomhetens evne til å yte varer og tjenester.
- b) eksterne hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning på virksomheten og som kan kreve en generell omstilling av den ordinære driften for å kunne øke kapasiteten.

Beredskapsplanen skal bygge på planforutsetninger fra departementet, overordnet virksomhet, eier, eller fra virksomhet som er ansvarlig for samordning av beredskapsplaner.

§ 5. Krav om operativ ledelse og informasjonsberedskap

Virksomheten skal ved en krise eller katastrofe kunne treffe beslutninger om egen virksomhets organisering og ressursdisponering samt samvirke med overordnede ledd, myndigheter og samarbeidspartnere.

Beredskapsplanen skal også omfatte informasjonstiltak.

§ 6. Krav til samordning av beredskapsplaner

Virksomheten skal samordne sine beredskapsplaner i samsvar med lov om spesialisthelsetjenesten § 2-1b, lov om helsetjenesten i kommunane § 1-5 og lov om sosiale tjenester § 3-6 første ledd. (Endret ved forskrift 20 des 2001 nr. 1583 (i kraft 1 jan 2002)).

§ 7. Krav om kompetanse, opplæring og øvelser

Virksomheten skal sørge for at personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen er øvet og har nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse.

§ 8. Forsyningssikkerhet

Virksomheten skal sørge for å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler.

§ 9. Registrering av personell

Virksomheten skal ha oversikt over personell som kan beordres etter helse- og sosialberedskapslova § 4-1, jf. § 1-4 første punktum. Oversikten skal omfatte personell som er mobiliseringsdisponert i Forsvaret og i Sivilforsvaret.

Virksomheten skal sørge for å ha nødvendig personell til disposisjon i tilfelle krise, katastrofe og krig.

§ 10. Kvalitetssikring av beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet og tilsyn

Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten får anvendelse for plikter etter lov om helsemessig og sosial beredskap for så vidt gjelder helsetjenester.

Tilsynsarbeidet skal i størst mulig grad utføres i samarbeid mellom tilsynsmyndighetene.

§ 11. Ikrafttredelse Forskriften trer i kraft straks.

1.5HELSEPERSONELLOVA

- Eiga hefte med lova og tilhørende forskrifter, samt Pasientrettighetslova.
Utgitt av MEDLEX Norsk Helseinformasjon, med revisjon gjeldande fra 1. juli 2001.
- Nettsted, bl.a.: www.hd.dep.no /

2 **VEDLEGG** **OPERATIV LEDELSE UNDER EKSTRAORDNÆRE** **SITUASJONER – REDNINGSTJENESTEN⁴**

2.1 ANSVAR

Ansvars-, likhets- og nærhetsprinsippet. Den som har ansvar og oppgaver i hverdagen, skal normalt ivareta de samme funksjoner under ekstraordnære forhold.

Kommunane har et generelt ansvar overfor den befolkning som bor eller midlertidig oppholder seg der. Av beredskapsmessig interesse nevnes bl.a. primær legetjeneste, pleie og omsorg, samt vann og avløp, brøyting av veier, brannverntjenester osv.

Blant *kommunale* tjenesteytere er det fremfor alt helsevesenet og brannvesenet som har *umiddelbare oppgaver ved større ulykker og katastrofer*:

	Brannvesen ⁵	Helsevesen ⁶
Totalt antall konsultasjoner/ sykebesøk pr år		18 000 000
Utrykninger av brannvesen Ø.hj. i kommunehelsetjensten	100 000	4 500 000
Derav utrykning til		
- - brann, ulykker, vannskader, annen assistanse	55 000	
- - trygghetsalarm, ambulanseoppdrag	45 000	
- sykebesøk		700 000
Derav		
- - falsk, unødvendig	18 000	? ???
- - brann, ulykker, vannskader, annen assistanse	37 000	
Av de primære ø.hj. i kommunen		
- - innlegges som ø.hj.i sykehus		410 000
- - derav behov for akutt behandling i sykehus		44 000
Ambulanseoppdrag, totalt		347 000
Fig: Lokale etater med beredskapsansvar i hverdagen		RSB-99

Det kan oppstå avveininger mellom når kommunen har ansvaret og når Staten ved politiet eller Fylkesmannen skal forstå den koordinerende ledelsen.

⁴ Kilde: R. Solbraa-Bay: Siviltforsvarets sanitetstjeneste i fred og krig. Samarbeid med helsevesenet mv., Direktoratet for sivil beredskap 1993, - senere bearbeidet til bruk i Øistein Knudsen jr (red): Akuttmedisinsk sykepleie utenfor sykehus, Gyldendal 2001, og revidert senest 2003.

⁵ Årsmeldinger fra Direktoratet for brann- og eksplosjonsvern, med gjennomsnitt for perioden 1995-97.

DBE utgir meget oversiktlige og fyldige statistikker som viser branner og uhell, forskjellige typer og årsaker, samt personell- og materiellresurser.

⁶ NOU 1998:9 Hvis det haster...

Hovedprinsipp:

Operativ ledelse med samordning av de forskjellige samfunnssektorer er nødvendig for optimal utnyttelse av ressurser under ekstraordinære situasjoner. Disse ledelsesstrukturene utgjør en av flere premisser for helsevesenets beredskap, og derved også for den operative disponering av personell og materiell, som del av en koordinert innsats. Det er forutsatt at de enkelte sektorer i samfunnet skal dekke sine respektive deltjenester.

Ansvar for å utøve en virksomhet: Den instans som er tillagt ansvar i samfunnet, skal i ekstraordinære situasjoner ivareta de samme funksjoner, - så langt dette er mulig.

Ansvar for operativ ledelse: Ved ulykkes- og katastrofesituasjoner er det tillagt politiet å iverksette og organisere redningsinnsats der menneskers liv eller helse er truet, hvis ikke annen myndighet er pålagt ansvaret (hjemmelsgrunnlaget for den sivile redningstjeneste).⁷

Også ved ulykker og katastrofer der *liv og helse ikke er truet*, er politiet pålagt å iverksette de tiltak som er nødvendige for å avverge fare og begrense skade. Inntil ansvaret blir overtatt av annen myndighet, skal politiet organisere og koordinere hjelpeinnsatsen.⁸

Direktiv for redningstjenesten er gitt av Justisdepartementet, senest i 1990⁹.

Grunnlaget for å iverksette tiltakene iht. den sivile redningstjeneste er situasjoner hvor

- *menneskers liv står i fare* og det er
- *behov for koordinering* av flere beredskapsinstanser,

Politimesteren har da det *koordinerende ansvar* og samtidig myndighet til å rekvirere aktuelle ressurser, uavhengig av om disse er statlige, fylkeskommunale, kommunale eller private, - inkl. frivillige organisasjoner, merkantile virksomheter og private personer. Offentlige institusjoner bærer selv sine utgifter.¹⁰

Fylkesmannen kan beslutte å overta den koordinerende ledelse ved hendelsen som strekker seg ut i tid og/eller geografisk område.

Hvis det etter overtagelsen oppstår en avgrenset akuttsituasjon der liv og helse er truet, er det vedkommende politimesteren som leder denne avgrensede aksjonen.¹¹

2.2 SKADESTED

Skadestedsleder (SKL) utpekes av politimesteren for samordning på skadestedet:

- Skadestedsleder er *koordinator*.
- *Hovedoppgaven* er å koordinere innsatsen til faglederne og legge forholdene best mulig til rette for at disse skal kunne utføre sine oppgaver, nemlig å redde mennesker fra død eller skade.
- Skadestedsleder skal *bistå faglederne med å skaffe nødvendige ressurser* gjennom lokal redningssentral.
- I hvor stor grad skadestedsleder skal *gripe operativt inn* i aksjonen, avhenger av situasjonen.
- Skadestedslederen oppretter *kommandoplass* og leder derfra innsatsen gjennom faglederne.

⁷ Politilova av 4. aug 1995, § 27.1

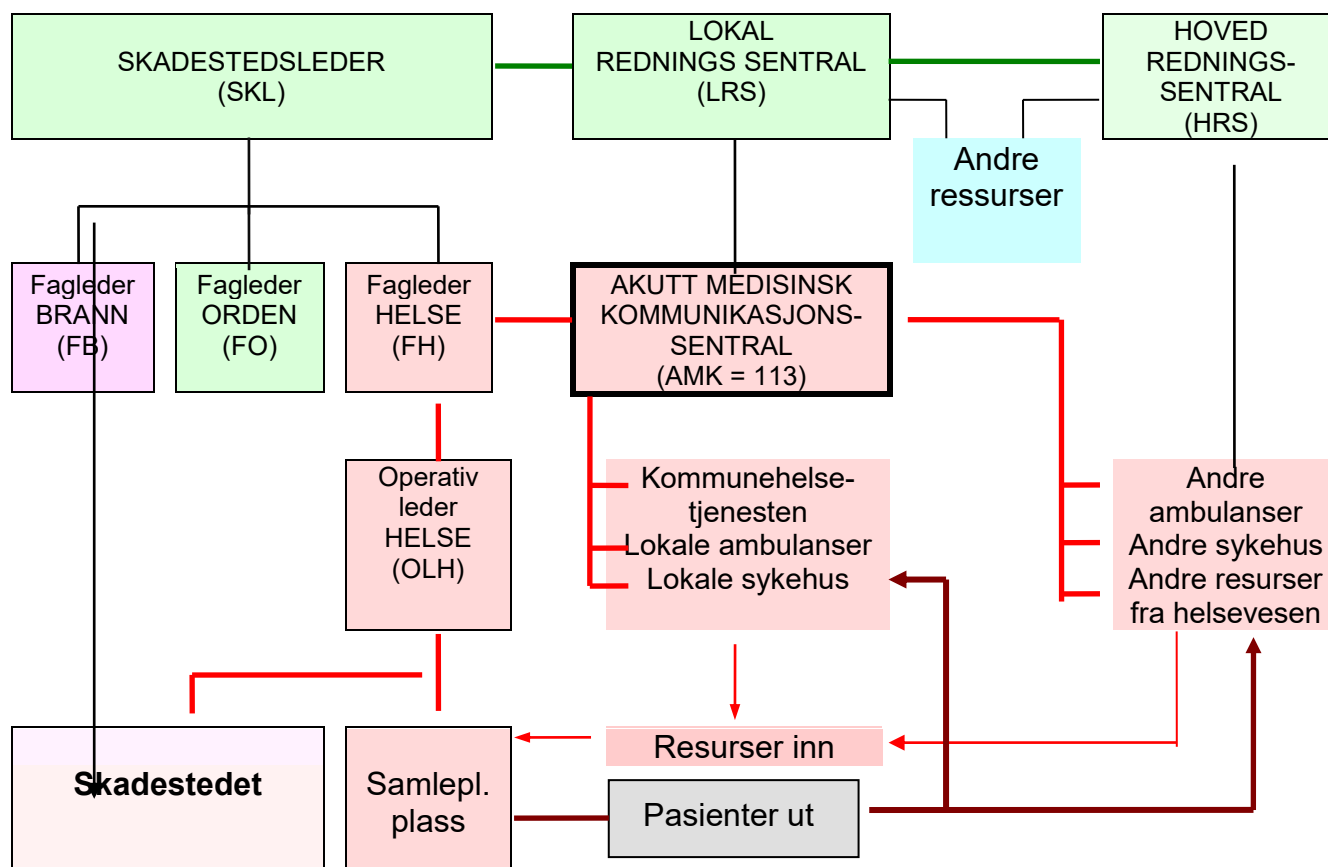
⁸ Politilova av 4. aug 1995, § 27.3

⁹ Organisasjonsplan for redningstjenesten er fastsatt ved kgl.res. av 4. juli 1980.

¹⁰ St meld nr 86 (1961-62).

¹¹ St meld nr 37 (1995-96) etter storflommen på Østlandet i 1995, og kgl res av 12. desember 1997.

Nedenstående figur viser sammenhengen mellom redningstjenestens organisasjon og helsevesenets struktur:



RSB 02.98, rev 01.03

2.2.1.1.1.1.1.1 Fig Den sivile redningstjeneste og helsevesenet

Fagleder helse (sanitet) har det overordnede medisinske ansvar for sanitetstjenesten og skal lede den medisinske behandlingen. Fagleder sanitet bør være lege med god akuttmedisinsk og operativ praksis.

Operativ leder helse (sanitet) er underlagt fagleder sanitet og skal forestå organisering, ledelse og koordinering av det operative sanitetsapparat. Vedkommende må ha bred erfaring innen operativ sanitetsledelse.

Ledelsen av helse-/sanitetstjenesten er således delt på to personer.

I de fleste områder av landet vil funksjonen som fagleder helse (sanitet), dvs legen med det medisinske ansvar for den behandling som blir gitt og ikke gitt, (kfr. helsepersonellova), tilfalle den lege som tilfeldigvis har vakt i området. Ligger skadestedet nær sykehus må det forventes at medisinsk team tiltrer arbeidet i skadeområdet, samt at en av dem evt kan overtar funksjonen som den medisinske ansvarlige. Lege fra Luftambulansen bruker normalt sin akuttmedisinske kompetanse til pasientbehandling, og ikke til organisering av helse- og sanitetstjenesten i skadeområdet.

Fagleder og operativ leder helse (sanitet) må forholde seg til

1. **skadestedsleder (SKL)** vedrørende koordinering av oppgaver inne på skadeområdet og ved behov for resurser utenfor helsevesenet (lys, redningshelikopter osv),
2. **AMK** vedrørende anmodning om resurser fra helsevesenet og fordeling av pasienter til neste ledd i behandlingskjeden.

En effektiv sanitetstjeneste krever god operativ ledelse innen og mellom hvert ledd i den helhetlige behandlingskjeden.

Blant de første på stedet er normalt den lokalt stasjonerte ambulansen. Luftambulanse vil mange steder, når været tillater det, komme raskt frem og yte akuttmedisinsk behandling. Vaktstående lege og sykepleier/ hjelpepleier i hjemmebasert omsorg må også forutsettes å komme raskt i innsats. Ambulansepersonell blir ofte operativ leder for sanitetstjenesten. Noe senere i forløpet kan leder i en av de frivillige hjelpeorganisasjonene overtar denne funksjonen, slik at ambulansepersonellet kan ivareta sin primærfunksjon.

Fagleder brann har både det faglige og det operative ansvar for brannvesenets innsats..

Brannvesen er en kommunal oppgave, gjerne i interkommunalt samarbeide, med det formål å sikre mennesker, dyr og materielle verdier mot brann, samt å begrense skadevirkningene i branntilfelle og andre akutte ulykkessituasjoner. Så lenge skadestedsledelsen tilligger brannsjefen, eller den som fungerer i hans sted, plikter enhver å yte den bistand og akseptere de inngrep i private rettigheter som brannsjefen finner nødvendige for å redde liv og begrense skader.¹² (Brannvesenets utrykningsleder har således i slike situasjoner større myndighet til å organisere tiltak som er nødvendige for å redde liv, enn hva den medisinske ansvarlige har.¹³)

Fagleder orden skal ivareta alle funksjoner vedrørende orden, regulering og registrering, samt tiltak vedrørende omkomne. Vedkommende bør være politimann.

Ambulanse kontroll punkt (AKP) er et sted der politiet registrer hvor de enkelte pasienter skal transporteres. Slik registrering er en politioppgave. Som del av den medisinske vurdering og trinnvise behandling er det imidlertid et medisinsk ansvar å *bestemme* til hvilke sted hver pasientene skal transporteres.

2.3 AMK - LRS – HRS

Lokal redningssentral (LRS), kan etableres for å koordinere de operative funksjonene. Dette ledelses- og koordineringsapparatet iverksettes ved vedkommende politikammer. Den lokale redningssentral består bl.a. av en *redningsledelse* med politimesteren som formann, og skal for øvrig sammensettes av representanter fra en rekke etater, herunder *helsevesenet*.

Kommunehelsetjenestelova og spesialisthelsetjenestelova åpnet fra 01.07.01 for å pålegge kommunelege eller sykehuslege funksjonen som LRS-lege.

Vesentlig oppgave for LRS er å bistå innstasen ved å skaffe tilveie aktuelle ressurser, fortrinnsvis før de på innsatsstedet selv har oppfattet behovet.

Tilførsel av ressurser og fordeling av pasienter. I Justisdepartementets direktiv for rednings-tjenesten forutsettes at de behov som bl.a. fagleder helse (sanitet) har, skal meldes som rekvisisjoner gjennom skadestedsleder til den lokale redningssentral (LRS).¹⁴ Helsevesenets nødmeldesystem som senere er etablert med akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK), er i døgkontinuerlig drift.¹⁵ Håndtering av hverdagslivets større og mindre akutsituasjoner gir AMK grunnlag for samordning av helsevesenets ressurser inn til et skadeområde og fordeling av pasienter fra skadeområdet til de sykehus som er i aktuell avstand. *Forholdet mellom AMK og LRS er foreløpig ikke formelt avklart.*

Det er naturlig at ansvarlig lege (fagl. helse/sanitet) i større skadesituasjoner forholder seg til AMK, som i alle andre akutsituasjoner. Dvs den medisinske kontakt og anmodning om medisinske ressurser skjer mellom legen ute i skadeområdet og AMK som vanlig.

Under omfattende aksjoner kan det være hensiktsmessig eller nødvendig at en "bakenforliggende" AMK forestår samordning over et større område, f.eks. hele helseregionen, samt har kontakt til andre regioner for koordinering av ressurser og foreling av pasienter, kfr. senere omtale.

Koordinering av helsevesenets behov overfor ressurser fra det øvrige samfunn

(lys, mat, transport osv), er oppgaver for SKL og LRS. Dvs. når helsevesenet har behov ut over helsevesenets egne ressurser, meldes dette fra fagleder og/eller operativ leder helse (sanitet) via SKL til LRS. Tilsvarende kan AMK rapportere behov til LRS, som iverksetter nødvendige tiltak. LRS og særlig LRS-legen skal bidra til å analysere situasjonen slik at aktuelle ressurser er tilgjengelige når behovet oppstår (gjerne før de i skadeområdet har oppfattet behovet).

De to hovedredningssentralene (HRS), som er lokalisert til hhv Sola og Bodø, kan koordinere redningsaksjoner som går ut over et enkelt politidistrikts ansvarsområde. Videre tilfører de spesielle ressurser som helikoptre mv, samt leder normalt aksjoner til sjøs. *Fylkeslegen i hhv. Rogaland og Nordland tiltrer vedkommende HRS ved behov.*

En koordinerende ledelse ekskluderer ikke de ordinære lover - om helsepersonell, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, smittevern eller tilsyn –.

¹² Ny lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlige stoffer og om brannvesenets redningsoppgaver (brann- og eksplosjonsvernlova) ble vedtatt 14. juni 2002, og trådte i kraft 1. juli 2002.

¹³ Lova om helsemessig og sosial beredskap og samtidige endringer i andre lover, gir ikke den medisinske ansvarlige noen (tilsvarende) myndighet som brannvesenets utrykningsleder.

¹⁴ Kgl res av 4. juli 1980.

¹⁵ Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste, av 20. aug 1990.

Tvert imot, det skal muliggjøre en effektiv samordning av de forskjellige samfunnssektorer, som har hvert sitt selvstendige ansvar. En koordinerende ledelse forutsetter at hver delfunksjon i samfunnet utfører sine oppgaver iht. gitt ansvar.

2.4 SANITETSTAKTISKE FORHOLD

Sanitetstaktikk er optimal utnyttelse av mulig tilgjengelig materiell og personell, inkl ledelse, for å oppnå størst mulig grad av overlevelse, med minst mulig senkomplikasjoner.

For å oppnå nødvendig behandling innen biologisk gitte tidsgrenser, kreves rett personell og materiell til rett sted til rett tid.

Medisinske og sanitetstaktiske vurderinger legges til grunn for de beslutninger som gjelder hver enkelt pasient i hvert ledd av behandlingsskjeden.

Beslutningen om behandlingstiltak der pasienten i øyeblikket befinner seg, er basert på behandlingsbehov og mulighet der pasienten nå er, behov for behandling på et høyere faglig nivå som nødvendiggjør overføring til et neste ledd i behandlingsskjeden, innen hvilke tidsgrense denne behandlingen må være utført og transportmulighet for å oppnå dette.

Videre taes temperatur- og værforhold mv. med i vurderingen i de fremre ledd av kjeden.

Beslutningen for den enkelte pasient er således behandlingsbehov og -mulighet i det aktuelle ledd av behandlingsskjeden, kapasitet på det neste ledd, transportmulighet og tiden det vil ta før behandlingen kan bli utført der.

Første fase

Det *første ledd* i behandlingskjeden er *pasienten* selv, *andre som er involverte i hendelsen* eller som *tilfeldigvis er i området*. Dvs det første ledd er den vanlige befolkning, med varierende grad av ferdighet i førstehjelp.

Annen fase

Det *neste ledd* i behandlingskjeden er *samfunnets lokale hjelpeapparat*. Dette består i første omgang av yrkespersonell på vakt, dvs i de fleste kommuner er det få personer.

Den lokale helsetjenesten har ansvar for å gi nødvendig og øyeblikkelig hjelp til de som "bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen". Avhengig av behov og muligheter blir behandlingen avsluttet i kommunen, evt videreført i et eller flere sykehus.

Ved ulykker må stedet først *sikres*, slik at ikke flere blir påført skade. Omfanget av sikringen kan variere fra bruk av varseltrekant til evakuering av et område truet av gassutslipp.

Det etableres et *samarbeid* mellom helsevesen og bl.a. brannvesen som etablerer tilgang til pasientene ved frigjøring eller slukking, og til politi for sikring og samordning.

Den *første livreddende behandling* utføres umiddelbart på stedet, samtidig som man skaffer seg *generell oversikt* over situasjonen og skadebildet.

Mens dette pågår vil *ytterligere personell* komme frem eller bli tilgjengelig. En vesentlig oppgave er å få lokalt helsepersonell og ambulanser raskt frem til innstasstedet.

I tillegg til de lokale resurser må det iverksettes tidlig alarmering av luftambulanse, utrykningsteam fra sykehus, og evt redningshelikopter med medisinske team. Det er naturlig at AMK alarmerer resurser fra helsevesenet, mens politiet (evt. LRS) alarmerer resurser fra det øvrige samfunn.

Senere faser

Hjelpemannskaper vil komme frem i *flere bølger*, først få som absorberes i det arbeidet som er påbegynt. Dette er ytterligere personell fra beredskapsetatene, og dernest fra de frivillige organisasjoner og evt Sivilforsvaret der fredsinnsettingsgrupper (FIG) er stasjonert, samt Forsvaret de steder det er aktuelt.

Sanitetsmannskaper bistår på selve *skadestedet*, og etablerer *samleplass* der behandling på et høyere nivå kan utføres.¹⁶ Ligger skadeområdet i noe avstand fra vei, kan det bli nødvendig å etablere *ambulanseplass* der første fase av transporten (bæring, snøscooter, traktor mv) blir overtatt av ambulansetjenesten. Etter noe tid vil det komme flere og stadig større bølger av hjelpepersonell og resurser, etter hvert vil *administrasjonen* av dette i seg selv bli en betydelig oppgave.

Den medisinsk ansvarlige i innsatsområdet (fagleder helse/sanitet) har stort ansvar, (som neppe står i forhold til den formelle myndighet vedkommende har). I de fleste kommuner vil det være den lokale vakthavende lege som må påta seg denne oppgaven som krever betydelig *kompetanse*. Det trengs også en *øvet operativ ledelse* av behandlingsapparatet på stedet. Det er behov for *kurs* som dekker funksjonen til fagleder helse/sanitet, den operative leder og annet helsepersonell i innsatsområdet.¹⁷

Tilgjengelig materiell er i første fase det som den lokale legen har i sin egen koffert, dvs det er lite egnet på et større og komplisert innsatssted.

Hver ambulanse har materiell til akuttbehandling av 1-2 alvorlig skadete.

Hvis ambulansen, kanskje særlig i de mer perifere områdene, hadde med materiell til akuttbehandling av f.eks. ti pasienter, vil man ha rimelig tid til å få frem ytterligere ressurser.

Hensiktsmessig materiell tidsnok og i *tilstrekkelig mengde* i skadeområdet er vesentlige for å oppnå den overlevelse som i dag er mulig. Det kreves materiell som enkelt kan fraktes til skadeområdet - også når dette ligger utenfor bilvei -, dvs det må være på bæreveis. Det må muliggjøre nødvendig behandling på skadested og samleplass, samt på ambulanseplass (når skadeområdet er utenfor vei). Standardisert materiell i hele landet til førstelinjes akuttbehandling kan bidra til å sikre bedre kvalitet på innsatsen i denne kritiske fase.

¹⁶ Kort om etablering og drift av samleplass (eget vedlegg i del D).

¹⁷ Slike kurs har vært arrangert ved Sivilforsvarets skoler. Stiftelsen Norsk Luftambulanse arrangerer aktuelle kurs (se www.luftambulanse.no) Måltrettede kurs vurderes etablert et samarbeid mellom Norsk katastrofemedisinsk forening, Stiftelsen Norsk luftambulanse og Sivilforsvarets skoler.

For Sivilforsvaret er det utviklet materiell som imøtekommer disse kravene. Materiellet dekker det faglige behandlingsnivå for leger, sykepleier og sanitetsmannskaper.¹⁸

Hyppige skifte av leger mange steder øker behovet for standardisert materiell til de større akutsituasjoner. Videre er det ikke uvanlig at yngre leger tar vakt i andre områder enn der de har sitt faste arbeid. Erfaring viser at ved større skadesituasjonen er helsepersonell ofte tilfeldigvis i nærheten, men uten adekvat materiell.

Områder kan bli avstengt grunnet orkan, flom, ras mv.. Under slike forhold kan det oppstå behov for økt behandling lokalt før overføring til sykehus er mulig eller faglig forsvarlig. Det kan i erfaringsmessig utsatte områder vært ønskelig med materiellenheter som raskt kan etableres (f.eks. i tilknytning til et sykehjem eller på en skole) der behandling opp til et visst nivå kan bli gitt innen de nødvendige tidsgrenser. Sivilforsvarets hjelpeplasser er laget for dette, og kan etableres og drives uten fungerende infrastruktur. Noe oppdatering er nødvendig.

Gjennomarbeidede planer har vært utarbeidet i tilfelle større ulykker, f.eks. ved en lokal flyplass, jernbanetunnel osv. Analyser tar hensyn til mulige skadetyper og lokale behandlings-muligheter, med konsekvenser for lokalsamfunnet og den enkelte pasient. Beredskapsplaner for ekstraordinære situasjoner må følge utviklingen i det lokale samfunnet, samt søkes integrert i de vanlige hverdagsrutiner. Den omfatter personell og materiell til førstelinjes avgjørende behandling, og samordnes med de øvrige samfunnssektorer (eks arbeidslivs til innsatsstedene, varme, forpleining osv, ferger og helikoptertransport mv.).

Det er aktuelt å vurdere konsekvensen av redusert og/eller sen mulighet for overføring til sykehus, med konsekvenser for primærhelsetjenestens beredskap, behov for bistand fra omkringliggende områder, andre samfunnssektorer, humanitære organisasjoner, osv..

På de senere års internasjonale konferanser om katastrofer, akutt- og katastrofemedisin er oppmerksomheten rettet spesielt mot den prehospitale del av behandlingskjeden.

Delar av den behandling som tidligere var forbeholdt sykehus, er anbefalt trukket frem i skadeområdet. Dette gir konsekvenser for helsevesenets beredskap med ledelse, personell og lokal utplassering av egnet materiell, slik at nødvendige resurser kan komme raskt nok frem til innsatsstedet.

Den behandling som utføres tidsnok på et godt nok nivå i det første ledd av behandlings-kjeden er utslagsgivende for hva som kan gjøres i de neste ledd, og for det endelige utfallet.

Overføring til sykehus

Skjer en storulykke i tett befolket område, der antallet ambulanser er relativt stort i forhold til avstander, vil man innen kort tid kunne få frem resurser. Med et stort antall pasienter vil antallet ambulanser også her kunne være utilstrekkelig. Videre kan det/de nærmeste sykehus være berørt av katastrofen, direkte eller indirekte. Det finnes områder i landet der det kun er en ambulanse og hvor det kan ta en time eller mer før annen ambulanse kommer frem. En togulykke eller bussulykke med 30 pasienter i et slikt område vil være vanskelig å håndtere.

Etter den første behandling i skadeområdet (skadested og samleplass) kan et større antall pasienter få videre behandling på godt nok nivå av den lokale helsevesen. Derved kan transport til og behandling på sykehus reserveres de som trenger behandling på det nivå som kun sykehus kan gi:

- Hvis alvorlig skade skjer med få pasienter, nær sykehus, og det er god ambulansedekning, vil behovet for lokal behandling være relativt lite, - man søker å få pasientene raskt til sykehuset for behandling der.
- Ved skadesituasjoner med flere kritisk og alvorlig syke/skadete, og ved noe avstand til sykehus, må livreddende behandling utføres i skadeområdet, dvs på skadested og samleplass, før videre transport. Dette er således innen primærhelsetjenestens ansvarsområde. Det kan også bli behov for å etablere en hjelpeplass (i hus, på forhåndsplanlagt sted) for ytterligere behandling før overføring er mulig eller hensiktsmessig.

Disse to tilsynelatende motstridene prinsipper er diktert ut fra behovet for stabilisering av de vitale funksjoner.

¹⁸ Brev om dette er i januar 2003 sendt fra Sosial- og helsedirektoratet til de regionale helseforetakene og fra Direktoratet for sivil beredskap til sivilforsvarskretsene.

Ved kort tidsavstand fra skaden skjedde til behandling kan bli gitt i sykehus (< ½ time), anbefales gjerne prinsippet “last og kjør”.

Ved lengre tidsavstand bør det normalt i skadeområdet bli gitt behandling som avbryter den pågående reduksjon i allmenntilstanden, samt hever og stabilisere den på et godt nok nivå, før transporten blir påbegynt.

Det første alternativ foretrekkes når et sykehus kan gi nødvendig behandling, dvs at det er tilstrekkelig ambulansekapasitet til raskt nok å komme frem til skadeområdet og derfra få brakt pasientene til sykehus, samt at det i sykehuset er tilstrekkelig kapasitet til å gi de mottatte pasienter den nødvendige behandling innen den aktuelle tidsgrensen.

Det andre alternativet vil normalt måtte legges til grunn ved alle større skadesituasjoner, med mindre den skjer i en by med sykehus som har god kapasitet, samt intakt infrastruktur. Også ved større skadesituasjoner nær sykehus kan det være et fåtall pasient som kan bringes direkte til sykehus, og der få umiddelbar behandling. Avhengig av situasjonen må man være forberedt på å gi et større antall pasienter den nødvendige akutt behandling i skadeområdet (samleplass).

Sykehus

Sykehusenes tiltak kan funksjonelt deles i den umiddelbare behandling for å sikre de vitale funksjoner, og den senere diagnostisering og endelige behandling.

Sykehus har ingen nevneverdig ledig kapasitet for å håndtere omfattende akutsituasjoner. Ankommer flere alvorlig syke/skadede pasienter vil den nødvendige akuttbehandling ofte fortrenge de planlagte tiltak overfor andre.

Den økte spesialisering i helsevesenet og sykehus medfører forskjellig behandlingsnivå ved forskjellige sykehus. Det kan bli nødvendig å gi behandling opp til et vist nivå i det nærmeste sykehus, for så å overføre pasienten til et annet der behandling kan videreføres på et høyere nivå. Alternativt eller i kombinasjon med dette, kan bruks transportmidler som muliggjør rask overføring av et større antall pasienter til sykehus som kan ligge i noe større avstand.

Store ulykker vil for et sykehus gi omfattende belastning, som kommer uventet og raskt. Det kan imidlertid også være situasjoner hvor behovet for omfattende innleggelse i sykehus kan strekke seg over flere døgn.

Sykehusets katastrofekomite leder en virksomhet med komplekse problemer. Mottak av et stort antall kritiske og alvorlige skadete pasienter setter store krav til sykehusets evne til intern organisering, samt til de forskjellige avdelinger og personellkategorier som har hver sine spesialfunksjoner.

Det må forutsettes at hvert sykehus har effektive interne rutiner i mottak og for den øvrige interne flyt, for rtg- og laboratorietjenester, intensiv-, operasjons- og postoperativ avdelinger, den tekniske drift, autoklaving av instrumenter mv.. Laboratorie- og rtg- avdelinger har avansert teknologi som setter krav til stabil tilførsel av el-kraft mv..

Det har vært uttalt at det per operasjonsstue kan opereres 4-6 alvorlige skadete i døgnet. Det er således grunn til vurdere hvor mange pasienter et enkelt sykehus innen rimelig tid har mulighet til å gi adekvat behandling.¹⁹ Sykehusenes sårbarhet forutsetter regelmessig arbeid med gjennomgang av planer for på kort varsel å kunne håndtere et større mottak av alvorlig skadete personer.

Som nevnt har normalt en betydelig andel av pasientene skader eller en tilstand som godt nok kan behandles av den lokale helsetjeneste, evt med senere viderebehandling i sykehus når situasjonen muliggjør det. I katastrofeplanen til enkelte sykehus inngår lokale legesentra.

Sykehus kan bli en belastning med behov for bistand fra samfunnet, i istedenfor å motta pasienter. Både kommune, det enkelte helseforetak og regionforetaket må ta hensyn til at en storulykke eller katastrofe kan berøre sykehus. Det kan bli direkte skadet av den aktuelle hendelsen, eller indirekte ved skade på den infrastruktur som sykehus er avhengig av.

Fordeling av pasienter til flere sykehus

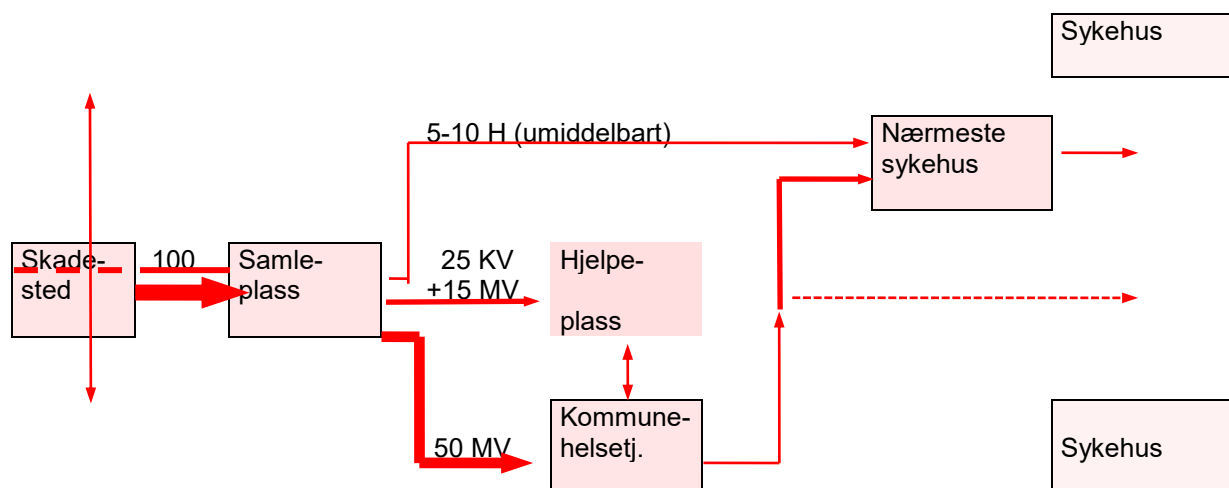
En viktig sanitetstaktisk utfordring er å vurdere behovet for og evt gjennomføre fordeling av pasienter til flere sykehus ved mulig misforhold mellom antallet pasienter og behandlings-kapasitet tidsnok i det nærliggende sykehus. For uten konsekvenser for de prehospitale tiltak, setter det økte krav til transport med behandling underveis, samt koordinert ledelse overfor andre samfunnssektor. Forholdet mellom AMK og de enkelte sykehus som

¹⁹ Tidl har vært antydning at et sykehus i løpet av et døgn kan ta imot og behandle et antall alvorlig skadete pasienter som tilsvarer ca 10% av normalt sengetall, dvs et vanlig større sykehus (tidl. sentralsykehus) ca 40 pasienter. Er dette holdbart?

Beredskapsplan for helse- og sosiale tenester⁸⁶

involveres vil være svært viktig. Spesielt når pågangen er stor, bør man søke å la det enkelte sykehus foreta behandling hvor hele teamet har gode innarbeidede rutiner.²⁰

Avhengig av tidsavstander, transportmuligheter (bil, båt, helikopter) og kapasitet i aktuelle sykehus, blir pasientene fordelt. Dette krever god medisinsk dyktighet i *skadeområdet*, der valg av behandlingsnivå er avhengig av hvor og når behandling kan følges opp i neste ledd. Fordeling av pasienter til de forskjellige sykehus krever videre god *kompetanse i AMK*, samt *kontakt mellom AMK og LRS* for rekvirering transportmidler som helsevesenet selv ikke disponerer (som redningshelikoptere, mv.).



H = Haster (kritisk 10%), KV = Kan Vente (alvorlig 25%), MV = Må Vente (ufarlig 15 + 50 %)
 (- se fig vedr fordelingen i prioritetsgrupper -)

RSB (sjl/santakt) rev RSB 2102.99

Fig Pasientstrøm ved store ulykker og katastrofer i fred

AMK

Nærmeste AMK ivaretar normalt den løpende operative/taktiske dirigering av helsevesenets resurser og pasientfordeling i området. Grunnet stor pågang kan denne nærmeste AMK'en bli belastet over mulig/forsvarlig nivå, eller teletrafikken i området kan være så stor at sambandet blokkeres. Nærmeste AMK kan miste sin funksjonsdyktighet.

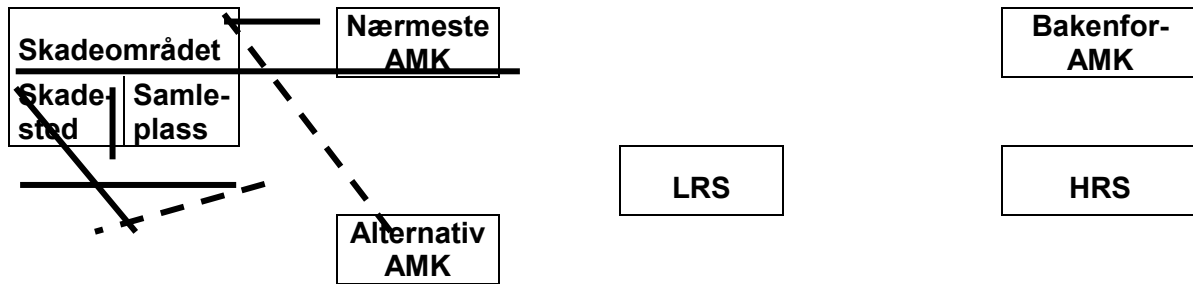
Annen AMK, i annet teleområde, må kunne overta den løpende operative dirigering av helsevesenets resurser og pasientfordelingen. Også den ordnære virksomheten, må kunne håndteres samtidig uavhengig av den aktuelle ekstraordnære hendelsen.

"Bakenforliggende" AMK, dvs en sentral som er i noe distanse fra den løpende ledelse, bør ivareta den mer langsiktige strategiske virksomhet. Det kan være aktuelt med ressurser fra mer fjertliggende områder i helseregionen, eller fra andre helseregioner, evt fra andre land.²¹ Tilsvarende kan overføring av pasienter til andre landsdelar eller andre land være nødvendig.

Samordning med det øvrige samfunn (bl.a. skaffe resurser som helsevesenet ikke selv disponerer) er nødvendig, med kontakt mellom helsevesenets kommunikasjons- (kommando-) sentral (AMK) og samfunnets generelle koordinerende ledelse (LRS). Det kreves en ledelse med gode sanitetstaktiske kunnskaper, samt generell innsikt i helsevesenets struktur og det samfunnet helsevesenet er en del av. Dette kravet vil, om mulig, være enda større ved omfattende katastrofer (evt krig) med de skader og behandlingsbehov som da kan oppstå.

²⁰ Tidl legevaktsjef i Oslo, dr med Gunnar Støren, besøkte på slutten av 70-tallet de fleste sykehus på Øslandet og satte opp et forslag til fordeling av skadetyper i tilfelle katastrofe eller evt krig.

²¹ kfr. bl.a. den nordiske samarbeidsavtalen, samt også mulighet for bistand på litt sikt via UN-OCHA eller den sivile del av NATO.



RSB 03

Funksjonen som LRS-lege er vesentlig med henblikk på bistand fra det øvrige samfunn, og samordningen. Det er aktuelt å involvere HRS hvis skadetallet eller type skader nødvendig-gjør fordeling av pasienter til et større område, evt til utlandet (mange brannskader).

3 VEDLEGG **- MESTRING AV STRESS UNDER INNSATS**

Av prof. dr. med. Lars Weisæth til bruk i denne rettleiaren.

4 VEDLEGG

- ATOMUHELL, RADIOAKTIVT NEDFALL, IONISERENDE STRÅLINGSULYKKER

Det blir tilrådd å setje inn:

- Veileder for den kommunale atomberedskapen, utgitt av Statens strålevern, februar 2003.
- Pasientbehandling ved strålingsulykker, utgitt av Statens strålevern og Forsvarets overkommando/Sanitetsstaben, januar 1998.

5 VEDLEGG - BIOLOGISKE AGENS

5.1 SMITTEVERNLOVA

Heile lova er aktuell.

Det blir tilrådd å sette inn heftet

Statens helsetilsyn: Smittevernlova - VEILEDER - En generell innføring (IK-8/95)

Eventuelt skrive ut lova fra nettet (Lovdata) eller via www.helsetilsynet.no

Faginformasjon på nettstedet www.fhi.no

5.2 KOMMUNENS SMITTEVERNPLAN

Sjå Lindås kommunes smittevernplan. (vedlagt)

Sjå og kommunens tuberkulosekontrollprogram i denne.

5.3 PANDEMIPLANEN

Det blir tilrådd å sette inn heftet

Sosial- og helsedepartementet: Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, januar 2001

Kan bestilles fra Statens trykksaksekspedisjon, Pb 8169 Dep, 0034 Oslo

Faks. 22 24 27 86

e-post: ste-bestilling@ft.dep.no

Hele planen kan lastes ned fra

<http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/rapporter/030051-220009/index-dok000-b-n-a.html>

6 VEDLEGG **- KJEMIKALIER OG GASS**

I denne sammenheng kan det defineres som:

Stoff i fast, flytende eller gassform som er til fare for helse og omgivelsene, hvis det ikke oppbevares, brukes og transporteres forsvarlig.

Forskjellige kjemikalier benyttes i til dels store mengder i industrien, samt også i mindre håndverksbedrifter. Store mengder transporteres i store enheter (tanker) over lange strekninger, herunder gjennom byer og tettbefolkede områder der både befolkning og den utøvende helsetjeneste kan bli skadelidende. Uhell kan også skje i områder i betydelig avstand fra sykehus.

Kjemikalier kan opptas i kroppen gjennom:

- Luftveien
 - Skade på lungevevet, slik at det etter noe tid ikke klarer å holde væske tilbake fra alveolene. Det oppstår lungeødem. Særlig aktuelt for "lungegassene" klor (Cl-), svovel (S-), fosfor (P-) og nitrose gasser (N-). Dette er meget brukte kjemikalier. Etter en latenstid på opp til et døgn, kan lungeødemet utvikle seg meget raskt. Tommelfingerregel: Alle som har vært utsatt for disse gassene (slik at det har "revet" i nesen), skal innlegges til observasjon i et døgn.
 - Absorberes via lungene til blodet. Eksempel nervegasser og insekticider, som påvirker nervesystemet. Ved misstanke, skaff informasjon (AMK og/eller Giftinformasjons-sentralen) og følg de angitte tiltak.
- Matveien
 - Faste og flytende stoffer. Eksempel giftige planter, petroleumsderivater. Skaff informasjon (AMK og/eller Giftinformasjonssentralen), iverksett angitte tiltak.
- Huden
 - Skade på huden. Diverse etsende stoffer og tidligere krigsgasser.
 - Absorberes gjennom huden. Eksempel nervegass (særlig cornea), maursyre (silo).
- Blod
 - Lite aktuelt i masseskader.

OBS

- Mange kjemikalier, som klorgass og propan, er tyngre enn luft og vil "renne" nedover i terrenget, - evt over lange distanser (flere kilometre).
- Kjemikalier kan slippe ut ved brann eller skader mot bedrifter og transportmidler.
- Brannvesen med åndedrettsbeskyttelse skal klarere at området er klart for innsats.
- Hvis forurensset, må helsevesen etablere samle plass og begynne behandlingen utenfor urent (avgrenset) område.
- Evakuering fra store områder kan være nødvendig, med bistand fra helsevesenet.

Både Forsvaret og Sivilforsvaret har taktiske direktiver for innsats inn mot og inne i forurensede områder. Det forutsettes at også brannvesenet har det.

Informasjon på www.fhi.no og www.dbe.no (Direktoratet for brann- og sikkerhet) med bl.a. hele forskriften om transport av farlig gods, med veiledning. Evt. bruk lenken i denne kortversjonen neste side.

Sett gjerne inn kortene for de kjemikalier som er i eller hyppig transporteres gjennom kommunen.

6.1 TRANSPORT AV FARLIG GODS PÅ VEG OG JERNBANE

Forskrift av 11. november 2002, med veiledning.

Hva er farlig gods?

Farlig gods er en fellesbetegnelse på kjemikalier, stoffer, stoffblandinger, produkter, artikler og gjenstander, som har slike egenskaper at de representerer en fare for mennesker, materielle verdier og miljøet ved et akutt uhell.



Direktoratet for brann- og elsikkerhet har ansvaret for [forskrift om landtransport av farlig gods på veg og jernbane](#). Forskriften definerer hvilke kjemikalier som er å regne som farlig og integrerer ADR/RID 2003 som en del av forskriften. FNs ekspertkomité har utarbeidet kriterier som ligger til grunn for klassifiseringen og delt kjemikaliene inn i 13 forskjellige fareklasser.

Hver klasse har sin **fareseddel** som skal **synliggjøre** farene ved kjemikaliet.

Klasse 1	eksplosive stoffer og gjenstander
Klasse 2	gasser
Klasse 3	brannfarlige væsker
Klasse 4.1	brannfarlige faste stoffer
Klasse 4.2	selvantennende stoffer
Klasse 4.3	stoffer som avgir brennbare gasser ved kontakt med vann
Klasse 5.1	oksiderende stoffer
Klasse 5.2	organiske peroksider
Klasse 6.1	giftige stoffer
Klasse 6.2	infeksjonsfremmende stoffer
Klasse 7	radioaktivt materiale
Klasse 8	etsende stoffer
Klasse 9	forskjellige farlige stoffer og gjenstander

I hver klasse er det utarbeidet en vareliste over kjemikalier som faller inn under de gitte kriterier. Stoffer som ikke finnes på varelistene klassifiseres ut fra kriteriene. For å oppnå et akseptabelt sikkerhetsnivå ved transport av farlig gods er regelverket detaljert og omfattende.

7 VEDLEGG **- DEKONTAMINERING**

7.1 STASJONÆRE OG MOBILE RENSESTEDER

Dekontaminering, dvs, fjerning av forurensing, omfatter

- få personene ut av forurenset område (ved egen hjelp eller med bistand fra personell med aktuell beskyttelse),
- få brakt dem til en rensestasjon,
 - få fjernet forurenset tøy, og samle det slik det ikke gir videre forurensing,
 - meget grundig vask med rikelig vann,
 - tørking
 - etterkontroll
- og så inn i den rene sonen
 - få på noe tepper eller klær
 - syke/skadete -> samleplass for syke/skadete
 - andre -> oppsamlingsplass -> evt psykososial støtt
- obs alt personell i uren sone skal ha vernedrakt med åndedrettsbeskyttelse!

Stasjonære dusjanlegg med betydelig kapasitet er i skoler og idrettshaller mv.

- kartlegg hvorledes disse kan benyttes med
 - mottak, avkledning, vask/rens, tørk, etterkontroll på uren side
 - påkledning og -> samleplass for syke/skadete på ren side
 - klart skille mellom uren og ren sone

Mobile rensenheter er i tillegg utplassert på vel 32 steder i landet. Halvparten av disse er tildelt hhv. helseforetak og sivilforsvarskretser.

- HF: Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus, Helse Bergen, St. Olavs hospital, Helse Stavanger, Vest-Agder sykehus, Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold, Sykehuset Buskerud, Oppland sentralsykehus, Helse Fonna, Helse Førde, Helse Sunnmøre, Helse Helgeland, Universitetssykehuset Nord-Norge, Helse Finnmark.
- SF: Oslo x2, Stavanger, Bergen, Trondheim, Kristiansand S, Bodø, Kirkenes, Steinkjer, Gardermoen, Fredrikstad, Kristiansund N, Porsgrunn, Hamar, Harstad, Tønsberg,
- det er laget en detaljert veiledning:
Direktoratet for sivilt beredskap: Veileder for Sivilforsvarets renseenhet, november 2002.

7.2 ULLEVÅL FÅR LANDSFUNKSJON FOR ABC-BEREDSKAP

Ullevål Universitetssykehus får landsfunksjon for behandling av pasienter som har vært eksponert for radiologiske, biologiske eller kjemiske midler.

For å styrke behandlingskapasiteten for stråleskadde pasienter og pasienter som har vært utsatt for biologiske eller kjemiske midler, har Helsedepartementet besluttet å etablere en landsfunksjon ved Ullevål Universitetssykehus.

I tillegg til mottak og behandling av pasienter, skal Ullevål Universitetssykehus også være nasjonalt kompetansesenter på dette feltet. Det innebærer å gi råd og veiledning til den utøvende helsetjenesten. Ullevål Universitetssykehus har allerede startet forberedelsene til å ivareta landsfunksjonen. Helse Øst er tildelt ansvaret for beredskapsplaner knyttet til landsfunksjonen.

7.2.1 Sette inn fig dekontminering

8 VEDLEGG - ENERGISKADER - STORULYKKER²²

8.1 GENERELT

Ubalanse eller generell skade i samfunnet, med konsekvenser for befolkningens helse kan oppstå uventet og raskt, eller etter enkelte forvarsler. Det kan være svikt i tilførselen av tilstrekkelig og hygienisk forsvarlig drikkevann, omfattende smittesituasjoner, massiv innstømning av flyktninger, evt egen befolkning i drift ut av et større område. Det kan være naturforhold, som orkan, ras eller flom som isolerer et lokalsamfunn over tid, eventuelt kombinert med personskader og svikt i samfunnets ordinære infrastruktur.

Ved storulykker er det ofte ca 1/3- del av de berørte som påføres fysiske skader, og derved blir tatt hånd om av helsevesenet. Et dobbelt så stort antall har opplevet samme hendelse, med behov for å begynne avreagering av den psykiske påkjenningen innen et par døgn.

Trinnvis behandling, dvs behandling opp til et vist faglig nivå må bli utført innen biologisk gitte tidsgrenser, inn til endelig behandling kan bli utført. Fra det øyeblikk man blir påført en større skade, vil prosesser som regulerer mekanismer i kroppen bli påvirket. Hvis denne ubalansen får utvikle seg, oppstår det tiltagende svikt i vitale funksjoner, inn til død. For å stanse den negative utviklingen, samt heve kroppens allmenntilstand og stabilisere de vitale funksjoner på et godt nok nivå, kreves at hver enkelt skadet innen bestemte tidsgrenser må ha fått behandling på nødvendig faglig nivå.

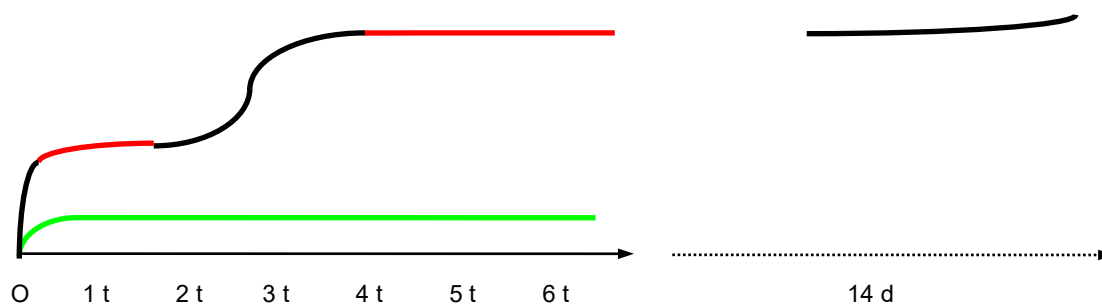


Fig Dødskurve uten og med rask behandling

RSB -91

Figuren viser forventet dødelighet ved store skadesituasjoner hvis det ikke blir gitt behandling (øverste kurve) og hvis behandling blir gitt tidsnok på et godt nok nivå (nederste kurve):

I skadeøyeblikket vil enkelte dø uten at man kan forhindre dette. Skaden er uforenlig med videre liv. Uten behandling vil et større antall dø i løpet av den første halvtime etter skaden. Etter 2-3 timer vil man få en ny periode med stor dødelighet.

Med behandling: Hvis det **tidsnok** blir gitt behandling på **godt nok** nivå vil de fleste skadete som ikke omkommer i eller umiddelbart etter selve skadeøyeblikket, kunne overleve. Etter ca 14 dager oppstår på nytt frafall grunnet komplikasjoner.

Forståelse av tidsfaktorens betydning er grunnlaget for nødvendig dimensjonering og sammensetning av personell og materiell på hvert ledd i behandlingskjeden, inkl. ledelse. Dette må sees i sammenheng med helsevesenets struktur, det ordinære behandlingsapparat, strukturen i den operative ledelse ved innsats, samt de generelle samfunnsforhold.

Hovedmål for en innsats er å oppnå størst mulig grad av overlevelse, fortrinnsvis med minst mulig senkomplikasjoner. Dernest sikres dyr, kulturskatter og andre materiell verdier.

²² Kilde: R. Solbraa-Bay: Sivilforsvarets sanitetstjeneste i fred og krig. Samarbeid med helsevesenet mv., Direktoratet for sivil beredskap 1993, revidert senest 2003.

Kjernes spørsmålet er om nødvendig behandling kan bli gitt tidsnok på godt nok nivå.

I medisinsk sammenheng er problemstillingen

- antallet behandlingstrengende i forhold til ressurser,
- det faglige nivå på ytelsene i de enkelte ledd av behandlingskjeden, og
- når denne behandling kan bli gitt i forhold til de gitte biologiske tidsgrenser.

Med en slik presisering kan en gradering være:

- **Ordinær situasjon:** Behovet for innsats dekkes på nødvendig faglig nivå av de ressurser i området som umiddelbart kan aktiviseres (vakthavende personell med deres ordinære materiell).
- **Ekstraordinær situasjon:** Behovet for innsats er større enn kapasiteten til de ressurser som umiddelbart kan aktiviseres, men lar seg løse innen nødvendig tid på akseptabelt faglig nivå ved forsterking av tilgjengelige ressurser.
- **Katastrofe:** Behovet for innsats overgår de ressurser som er tilgjengelige innen nødvendig tid.

8.2 KRAV TIL BEHANDLING INNEN BIOLOGISKE TIDSGRENSER

Uansett årsak til skaden:

- *respirasjon og sirkulasjon må sikres i skadeområdet og videre bakover,*
- *hver enkelt pasient må tidsnok komme til sted som kan gi behandling på godt nok nivå.*

Bestemmende for all akuttbehandling og de krav som må stilles til organisering, personell- og materielltilførsel er at kroppens celler må få tilstrekkelig tilførsel av næringsstoffer, samt at avfallsstoffer blir fjernet. Mest sårbart er hjernecellenes behov for oksygen.

En enkel katastrofemedisinsk vurdering (2+2-reglen):

En hver hendelse/skade som reduserer tilførsel av oksygen til hjernecellene vil føre til en alvorlig eller kritisk tilstand, evt død.

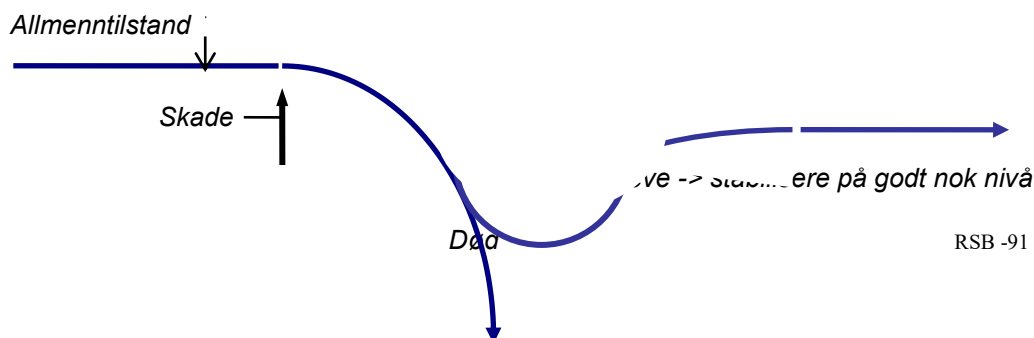
Dvs. man må først lete etter pasienter der oksygenets vei til hjernen er redusert, eller snart forventes å bli det. Det haster med tiltak:

- 1.1 Hodet må være et sted med oksygen, dvs ikke fortrenget av andre gasser eller væsker.
- 1.2 Det må være frie luftveier ned til lungene, og i lungene, - der oksygenet går over i blodet.
- 2.1 Det må være væske/blod nok til å bringe oksygenet ut i kroppen.
- 2.2 Hjerter må slå.

Tiltak i første linje som sikrer tilstrekkelig respirasjon og sirkulasjon er grunnleggende for all videre behandling.

Et par eksempler: En hyppigste dødsårsak ved trafikkulykker er at vedkommende blir slått bevisstløs ved kollisjonen, hodet faller fremover, tungen glir mot svelget, luftveien blokkeres. Hvis en på stedet tidsnok hadde løftet hodet opp i normal stilling, ville luftveiene igjen blitt åpnet. Behandlingen er enkel, tidsaspektet er avgjørende.

Ved stor blødning mister kroppen væske som skulle ha fraktet oksygen ut i kroppen, dvs blødningen må stanses relativt raskt. Kroppen kan kompensere et slik tap i noe tid, før det må tilføres væske som kan opprettholde en tilstrekkelig sirkulasjonen. Ytre blødninger kan man få kontroll med i skadeområdet. Indre blødninger har man ingen mulighet til å stanse i et skadeområde, pasienten må raskt til sykehus.



RSB -91

Fig "Stabilisere allmenntilstanden"

Den viktigste behandling med betydning for overlevelse skjer således i skadeområdet med å opprettholde respirasjon og sirkulasjon, samt at de som ikke kan få livbergene behandling der kommer til sykehus som tidstnok kan gi behandling på nødvendig nivå.²³

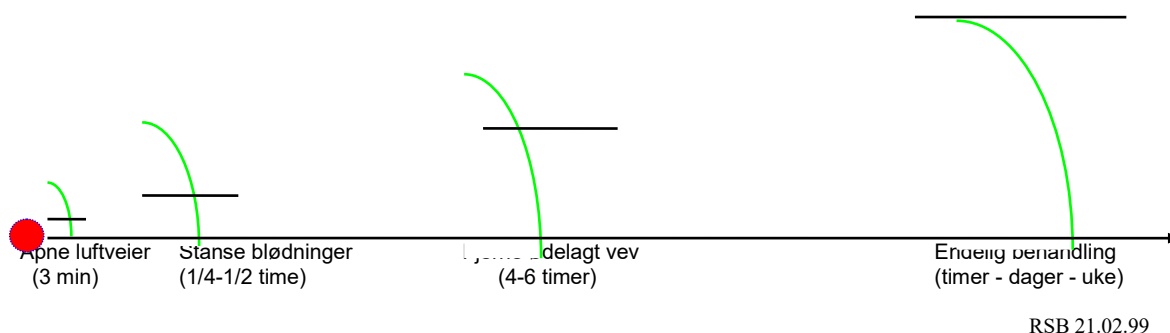


Fig Eksempler på tidsgrenser og faglige behandlingsnivåer

tiltakene i hvert ledd av behandlingsskjeden avhengig av den behandling som ble utført i det foregående ledd, samt når behandling i neste ledd kan eller bør utføres.

Det er nødvendigvis medisinske kriterier som må legges til grunn ved de beslutninger som blir tatt vedrørende hver enkelte pasient, samtidig som de foreliggende resurser og samfunnsstrukturer er medbestemmende for de valg som gjøres.

Erfaring tilsier at det ved storulykker er følgende fordeling:

- ◆ ca **10%** med **kritiske** skader, det HASTER med behandling for å få overlevelse (det er overhengende fare for svikt i respirasjon og sirkulasjon).
- ◆ ca **25%** har **alvorlige** skader som kan trenge omfattende medisinsk behandling, men denne KAN VENTE - om nødvendig – (faren for respirasjon og sirkulasjon er ikke overhengende, men trinnvis behandling må bli gitt på adekvat nivå innen de gitte tidsgrenser).
- ◆ ca **65%** har **lettere** skader, dvs. behandlingen MÅ VENTE av kapasitetsgrunner (som sår og brudd uten fare for de vitale funksjoner). Av disse trenger ca 15 videre behandling i sykehus, mens ca 50 kan få behandling på tilstrekkelig nivå i kommunehelsetjenesten.

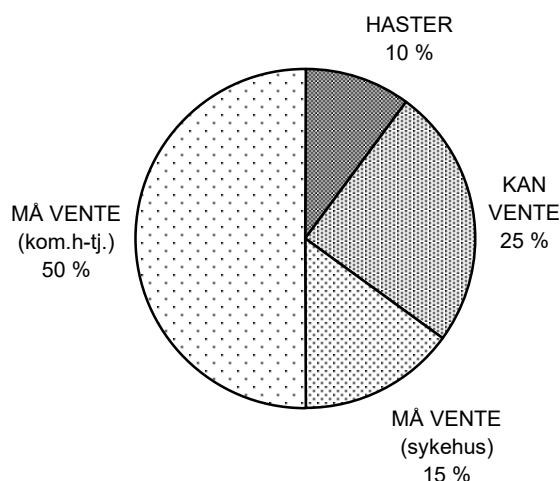


Fig Fordeling av prioriterings-kategoriene

RSB-91

²³ Materiell som er utviklet for Sivilforsvaret til første fase i behandlingsskjeden er derfor rettet mot respirasjon og sirkulasjon, samt skadesortering.

Beredskapsplan for helse- og sosiale tenester 98

- ♦ ca 1/3-del trenger akutt behandling i skadeområdet,
- ♦ ca 1/2-del trenger videre behandling i sykehus.

I et skadeområde må man *først søke* etter HASTER-pasientene og gi disse den umiddelbart helt nødvendige behandling, ellers er det pr. definisjon for sent å gi disse overlevelse.

Dernest behandles KAN VENTE-pasientene. Det store antall MÅ VENTE-pasienter kan ofte med fordel transporteres ut med kollektive transportmidler, mens man gir den nødvendige behandling til de alvorligere skadete for å stabilisere allmenntilstanden til videre transport blir forsvarlig eller mulig. De som ikke kan bli gitt stabiliserende behandling i skadeområdet vurderes prioritert for de første overføringene til sykehus..

Det er tidsgrenser, og ikke administrative forvaltningsgrenser (kommune, fylke, region) som er av betydning for behandling ved ulykker og katastrofer.

Som det fremkommer av det ovenstående er det *nødvendig med nær kontakt mellom første og det/de neste ledd i behandlingskjeden:*

- *beslutning om hva som skal gjøres i et behandlingsledd er bl.a. basert på opplysning om hva som kan utføres og når, i neste ledd av behandlingskjeden*
- *iverksatte tiltak i et ledd av behandlingskjeden har betydning for tilstanden ved mottak i det neste.*

9 VEDLEGG **- FØRSTE INNSATS I STØRRE SKADESITUASJONER**

Når man kommer frem til et innsatssted der utfordringene synes *større enn det man har rutine for*, kan det lett oppstå *handlingslammelse*.

Det kan være to former for angst,

- den ene er frykten som driver oss vekk fra det som synes farlig, dvs, vekk fra innstasstedet,
- den andre er frykten for ikke å leve opp til forventningene (rettere sagt frykten for ikke å leve opp til det bilde jeg synes at andre bør ha av meg), og som kan føre en nærmest krittlost inn i farer.

Hvor lenge denne handlingslammelsen varer, og om man havner ned på en ballansert vurdering av fare i forhold til hva en innstas kan gi av gevinst, er sterkt avhengig av tidligere erfaring.

Hovedprinsipp en: Man skal ikke påføre mennesker skade, for muligens å kunne hjelpe noen som man ikke vet hvorledes det er med.

Hovedprinsipp to: Etter nødvendig sikring, skal man søke å oppnå størst mulig grad av overlevelse, med minst mulig senkomplikasjoner.

Som første helsepersonell på et innstassted er derfor rekkefølgen:

1. **Sikre** stedet – ikke flere skader:
(bil ut av veien, blinklys, evakuering ved gassutslipp osv.)
Evt en helt foreløpig info til AMK, slik at ressurser kan aktiviseres.
2. **Oversikt**, dvs
 - a. let etter kritisk syke/skadete - HASTER –pasientene
(NB tidsfaktoren, pr definisjon må de finnes raskt)
 - b. gi HASTER - pasientene den umiddelbare nødvendige første hjelp (over i sideleie, stanse stor blødning)

- c. samtidig som du leter etter HASTER – pasientene, registrerer du (bevisst eller ubevisst) godt nok resten av innstasstedet,

3. Behov for hjelp?

- a. klarer jeg/klarer jeg ikke å løse oppgaven?
- b. hva slags hjelp trenger jeg?
(fra helsevesen og fra andre sektorer til frigjøring, til lettere/ikke skadete osv.)
- c. varsle AMK om ditt umiddelbare behov, og antatte behov på litt sikt,

4. Prioritere oppgavene til hjelpen kommer?

- a. sikre respirasjon og sirkulasjon,
- b. forebygge hypotermi
- c. søke å skape trygghet blant de berørte.

10 VEDLEGG

- ETABLERING OG DRIFT AV SAMLEPlass²⁴

Funksjon

For å oppnå størst mulig overlevelse - helst uten senkomplikasjoner - er det behov for aktiv behandling på et tilstrekkelig faglig nivå så kort tid som mulig etter at skaden er påført.

Inne på selve skadestedet (i snever forstand) kan det være vanskelig å få oversikt, samt å behandle pasientene. Eksempel inne i større sammenklemte kjøretøy, togvogn som er veltet eller står opp på annen vog, sammenraste bygninger, osv.. Det kan være vanskelig å vurdere enkeltpasientene tilstrekkelig, og enda vanskeligere å utføre behandling.

I slike situasjoner er det derfor vanlig å etablere samle plass for skadete og syke.

Samle plassen er et aktivt behandlingssted der pasientene tidsnok kan få behandling på et tilstrekkelig medisinsk nivå før videre transport til neste ledd i behandlingsskjeden. Behandlingen på samle plass er konsentrert om å stabilisere de livsviktige funksjonene: respirasjon og sirkulasjon.

Tidligere var samle plassen gjerne en oppsamlingsplass der det ble drevet enkel førstehjelp, før innlasting i ambulanser i prioritert rekkefølge for behandling et annet sted.

Prehospital behandling og tidsfaktorens betydning fremheves i moderne akutt- og katastrofe-medisin. På samle plass utføres kvalifisert medisinsk vurdering og behandling i tidlig fase, samt prioritering for videre transport til de neste ledd i behandlingsskjeden (som forskjellige sykehus, lokale legekontorer osv).

Plassering

Ved en trafikkulykke etableres i prinsippet også samle plass, i vegkanten der pasienten(e) gis nødvendig behandling før videre transport til sykehus. Ved mer omfattende ulykker er det behov for en organisert samle plass.

Samle plassens plassering, størrelse og organisering er en av de sentrale vurderinger som må foretas av fagleder og operativ leder helse (sanitet) ut fra sikkerhet, ulykkens omfang, antall pasienter, type hendelse, tidsfaktor, tilgjengelige ressurser på innsatsstedet og transport-avstand til sykehus.

Ved plassering av samle plass for syke og skadete må man ta hensyn til følgende forhold:

1 Tidsfaktoren

- Tilstrekkelig behandling må utføres tidsnok.
- Bårebæring er meget ressurskrevende, redningspersonellet må disponeres rasjonelt.

2 Transport.

- Når skadestedet ligger i litt avstand fra vei må nødvendig stabiliserende tiltak foretas før lengre forflytning.
- Etter stabiliserende behandling på samle plass nær skadestedet, er det mer tid til rådighet for å skaffe alternativ transport til vei (terrengkjøretøy, helikopter osv.)

3 Klima og værforhold.

- En hver skade av noe omfang vil påvirke blodsirkulasjonen, dvs. økt fare for hypotermi.
- Ønskelig med etablering i hus, under tak, i telt.

4 Samle plassens størrelse.

- Plassbehovet blir ofte større enn først antatt.
- Må unngå å måtte flytte pga opprinnelig for liten plass.
- Hensiksmessig er gjerne 12 x 25 m.

5 Sikkerhet.

- Etableres på sted som antas å forbli trygt (obs spredning av brann, sammenrasninger mv.).
-

²⁴ Kilde: R. Solbraa-Bay/L. Malenschek: Retningslinjer for etablering og drift av samle plass for syke og skadete, Sivilforsvaret/Direktoratet for sivil beredskap 1990, - Senest bearbeidet 2003.

Konklusjon

Hvis ikke samtlige fem ønsker kan etterleves:

Samleplassen etableres så nær forventet konsentrasjon av pasinter som krav til sikkerhet og værforhold tillater.

Ledelse

Samleplass er "kromtappen" i behandlingskjeden, dette medfører store medisinske og operative utfordringer. Den medisinske virksomhet bør derfor ledes av lege med god akuttmedisinsk kompetanse og katastrofemedisinsk innsikt.

- Den operative ledelsen av samleplass krever god praktisk øvelse i denne utfordrende funksjonen.
- Organiseringen skal være til hjelp for å gjøre riktige tiltak tidsnok (ikke et mål i seg selv).

Avgrensning:

Samleplassen må avgrenses slik at ikke utenforstående kommer inn, eller pasienter ukontrollert forsvinner. Inngang og utgang i hver ende (ikke samme sted).

Inndeling:

Samleplassen inndeles i:

Mottak:

- Sted: Like innenfor inngangen.
- Størrelse: Plass til minst 4 bårer ved siden av hverandre.
- Personell: Den/de medisinske mest kompetente.
- Tiltak:
 - o vurdere pasientenes allmenntilstand
 - o bestemme behandling på samleplassen
 - o bestemme prioritet
- Materiell: Materielldepot plasseres gjerne i/ved mottaket.

Pasientene fordeles fra Mottak til en av de tre postene:

HASTER:

- Kategori:
 - Pasienter i kritisk tilstand, respirasjon og sirkulasjon er truet. De vil pr. definisjon omkomme hvis de ikke omgående får behandling på nødvendig nivå (obs trinnvis behandling).
 - Antatt ca 10% av pasientene
 - halvparten må snarest til sykehus for nødvendig behandling.
 - den andre halvdel kan få nødvendig stabileirende behandling til overføring er mulig eller hensiktsmessig (med fordel hvis det er noe tidsavstrand til behandling i neste ledd)
- Sted: I nærheten av mottaket, slik at det mest kompetente helsepersonell lett kan betjene stedene.
- Størrelse: Plass til minst 4 bårer ved siden av hverandre.
- Tiltak: Heve og stabilisere allmenntilstanden.
- Materiell: Særlig for stabilisering av respirasjon og sirkulasjon. Bandasjer, spejlk osv.

KAN VENTE

- Kategori:
 - Pasienter med alvorlig tilstand. Funksjonene respirasjon og sirkulasjon er for tiden stabile, eller forventes å bli stabile med den behandling som er iverksatt. Den videre behandling kan vente noe -.
 - Antatt ca 25% av pasientene, alle må ha videre behandling på sykehus.
- Sted: Kan være i litt avstand fra mottaket, men løpende overvåkning er nødvendig.
- Størrelse: Plass til flere bårer ved siden av hverandre, avhengig av skadeomfanget.
- Tiltak: Heve og stabilisere allmenntilstanden, observere utvikling i tilstanden, evt omprioritere.
- Materiell: Særlig for stabilisering av respirasjon og sirkulasjon. Bandasjer, spejlk osv.

MÅ VENTE

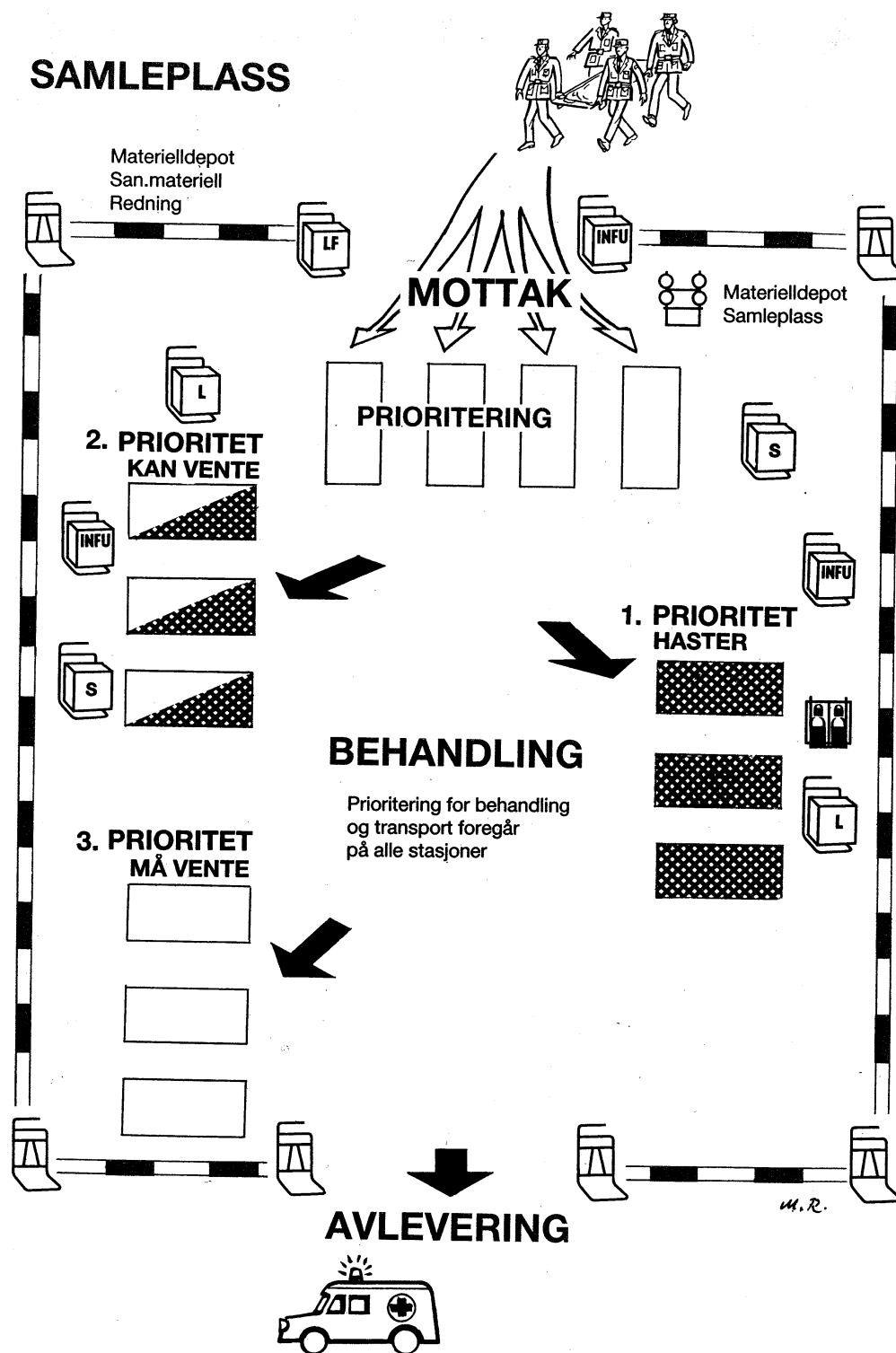
- Kategori:
 - Pasienter med lettere skader. Funksjonene respirasjon og sirkulasjon er ikke eller lite berørt. Den videre behandling kan vente uten fare for allmenntilstanden.
 - Antatt ca 65% av pasientene,
 - antatt ca 15% må ha videre behandling på sykehus,
 - antatt ca 50% kan få god nok behandling på lokalt legekantor.
- Sted: Bør være i god avstand fra mottaket og HASTER-posten.
- Størrelse: Plass til større antall sittende og liggende pasienter.
- Tiltak: Kan med fordel transportere vekk med buss el.e., fordel for dem og for den mer intensive behandling ved de andre postene.
- Materiell: Bandasjer, spejlk osv.

Skadelapp

Gjennomgående dokumentasjon, som en mini-journal.

Praktiske tips

Alle bårer med fotenden mot "midtgangen" Plass mellom bårerne til nødvendig arbeid med hver enkelt pasient.



10 VEDLEGG **- ETABLERING OG DRIFT AV HJELPEPLASS**

Det kan være aktuelt å etablere en hjelpelass hvis det er flere pasienter (syke eller skadete) enn det man rimelig raskt kan få overført fra skadeområdet/samleplass til de neste ledd i behandlingskjeden.

Spesielt kan behovet oppstå ved lang avstand til sykehus, ved avstengninger grunnet uvær, flom eller ras, ufremkommelig tunnel, osv. Kulde og nedbør kan også tilsi at pasientene rasktest mulig bør overføres fra skadeområdet/samleplass til et oppvarmet lokale inn til videre overføring og behandling er mulig.

Skoler og forsamlingslokaler er velegnet for etablering av hjelpelass.

Sivilforsvaret har materiellenheter for dette forholdet, også til drift der infrastruktur med strøm mv. er falt ut. Det er også medisinsk utstyr beregnet for den midlertidige behandling en lege kan gi hovedgruppene av pasienter inntil overføring til sykehus blir mulig eller hensiktsmessig. Dette kan under visse forhold bidra til prioritet til de som nødvendigvis må til sykehus for behandling på det nivå som kun kan bli gitt der.²⁵

Hvis dette vurderes som aktuelt, anbefales kontakt med nærmeste sivilforsvarskrets eller Fylkesmannens beredskapspersonell/enhet.²⁶

²⁵ Det er behov for oppdatering av noe engangsmateriell.

²⁶ kfr brev fra Sosial- og helsedirektoratet til de regionale helseforetak og fra Direktoratet for sivilt beredskap, januar 2003.

11 VEDLEGG

- PLANER FOR LOKALE INSTITUSJONER OG ANDRE TJENESTER

12 VEDLEGG **- ANDRE PLANER I KOMMUNEN AV BETYDNING FOR** **BEFOLKNINGENS HELSE OG HELSETJENESTENES** **YTEEVNE**

12.1 LINDÅS KOMMUNES KRISEBEREDSKAPSPLAN

Denne inneholder:

- Plan for etablering av kriseledelsen i kommunen
- Plan for informasjon til befolkningen og media
- Varslingslister
- Plan for evakuering
- Ressursoversikter

13 ROS ANALYSER FOR LINDÅS KOMMUNE

Her følger en konklusjon laget fra de ROS analyser som er gjennomført i beredskapssammenheng i vår kommune. Disse danner grunnlaget for helseberedskapsplanens tiltak. (Del B).