

# Regional beredskapsplan for prehospitaler tjenester

Delplan til regional beredskapsplan

Versjon februar 2020

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	2
1.1 Mål og prinsipper for prehospitalt beredskapsarbeid .....	2
1.2 Rammer og føringer .....	3
1.2.1 Nasjonal kompetansetjeneste for akuttmedisin .....	3
1.2.2 Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi.....	4
1.2.3 Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.....	4
1.2.4 Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin .....	4
2.0 Ansvar og roller, samarbeid og samordning.....	5
2.1. Ambulansetjenesten .....	5
2.1.1. Luftambulansetjenesten HF.....	5
2.2 Nødmeldetjenesten .....	5
2.2.1 Nødnett.....	6
2.2.2 Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK).....	6
2.3 Pasientreisekontorene .....	6
3.0 Prehospitalt samarbeid med andre aktører .....	7
3.1 Samarbeid med andre nødetater .....	7
3.2 Kommunehelsetjenesten .....	7
3.3 Frivillige organisasjoner (FORF).....	8
3.4 Heimevernet/Forsvaret.....	8
3.4.1 AMK-liaisonfunksjon .....	8
3.5 Hovedredningssentralen .....	9
3.6 Redningshelikopter .....	9
3.7 Sivilforsvaret.....	9
3.8 Grensesamarbeid .....	9
4.0 Prehospital håndtering av beredskapshendelser .....	10
4.1 Masseskade .....	10
4.1.1 Traumesystem og fordeling av pasienter .....	10
4.2 CBRNE-hendelser .....	10
4.3 Aksjoner ved livstruende pågående vold (PLIVO) .....	11
4.4 Pandemi og alvorlig smittsom sykdom .....	11
4.5 Uhell i industrien .....	11
4.6 Naturhendelser .....	11
5.0 Varsling .....	13
5.1 Ansvar for varsling ved beredskapssituasjoner.....	13
5.1.1 Bortfall av telefoni- og/eller nødnett.....	13

## 1.0 Innledning

Aktørene innen prehospitaler tjenester består av Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), bilambulansetjenesten, luftambulansetjenester og pasientreisekontorene. De prehospitaler tjenester er i beredskap hele døgnet året rundt. I tillegg til normale driftssituasjoner i eget helseområde håndterer prehospitaler tjenester jevnlig hendelser som krever ekstra ressurser. Da samarbeider man med de prehospitaler tjenestene i helseforetak som geografisk ligger nærmest. Det finnes avtaler og prosedyrer for dette samarbeidet som regnes som en del av ordinær drift.

Regional beredkapsplan for prehospitaler tjenester er en delplan til Regional beredkapsplan for Helse Sør-Øst. Planen beskriver ansvar, roller og samordning av de prehospitaler tjenester ved beredkapsituasjoner. Planen skal bidra til at de prehospitaler ressursene benyttes på en hensiktsfull måte ved beredkapsituasjoner. Videre skal delplanen bidra til at:

- Samarbeidet mellom ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten, lokal AMK, koordinerende AMK og helseforetakenes kriseledelse ved store hendelser og langvarige kriser er definert og kjent
- Samordning med samarbeidspartnere, inkludert nødetatene, kommunene, Sivilforsvaret, frivillige organisasjoner og industrivernet i storulykkebedrifter er definert og kjent

Fagdirektør i Helse Sør-Øst RHF har ansvar for utarbeidelse, implementering og rullering av Regional beredkapsplan for prehospitaler tjenester.

Regionalt beredkapsutvalg har en rådgivende funksjon i denne planen ved at det gjennomføres møter med relevante nettverk og fagråd, deriblant prehospitaler tjenester (Fagråd prehospitaler tjenester og akuttmottak, Pasientreiser HF, akuttmottak, ambulanse, AMK, luftambulanse).

### 1.1 Mål og prinsipper for prehospitalt beredkapsarbeid

Formålet med prehospital helseberedskap er å verne om liv og helse, og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling ved kriser og katastrofer. Beredkapsplanen omfatter akuttmedisinsk beredskap og krisehåndtering både innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Den allmenne kunnskapen og erfaringen som akuttetatene og helsepersonell har i håndtering av ulykker og hendelser, er avgjørende som et grunnlag for en egnet håndtering av katastrofer. Planen bygger på de nasjonale prinsippene for beredkapsarbeid:

**Ansvar:** Den virksomhet som har ansvaret for et fagområde eller tjenestetilbud i en normalsituasjon, har også ansvaret for nødvendige beredkapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser. Ansvaret gjelder også informasjon innenfor eget fagområde.

**Nærhet:** Beredkaps hendelser håndteres på lavest mulige nivå.

**Likhet:** Den organisasjonen man etablerer ved beredskapshendelser, skal være mest mulig lik den organisasjon som man opererer til daglig, jf. ansvarsprinsippet.

**Samvirke:** Alle virksomheter har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

## 1.2 Rammer og føringer

Planen er i tråd med aktuelle overordnede beredskapsplaner, lovverk og nasjonale veiledere. Planen bygger på og må ses i sammenheng med følgende dokumenter:

- [Nasjonal helseberedskapsplan](#)
- [Regional beredskapsplan Helse Sør-Øst](#)
- [Beredskapsmessige forhold Luftambulansetjenesten](#)
- [Nasjonal traumeplan 2016 - Traumesystem i Norge 2016](#)
- [Veileder for masseskadetriage](#)
- [Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested](#)
- [Sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade](#)
- [Håndbok for nødetatene – Farlige stoffer - CBRNE](#)
- [Håndbok for redningstjenesten](#)
- [Akuttmedisinforskriften \(FOR-2015-03-20-231\)](#)
- Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO)
- [Faglige råd for prehospital håndtering og transport ved ebola \(2015\)](#)
- [Felles samarbeidsavtale mellom de fire regionale helseforetakene og organisasjonene Norsk Folkehjelp \(NF\) og Røde Kors \(RK\)](#)
- [Håndbok Kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner](#)
- Regional utviklingsplan for prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst

Fagråd for akuttmottak og prehospitaltjenester er etablert som et rådgivende organ for å ivareta faglig utvikling og koordinering på tvers av helseforetakene i Helse Sør-Øst. I tillegg til de overnevnte områdene er det flere behandlingstjenester og kompetansesentre som bistår den prehospitaltjenesten i faglig utvikling, rådgivning og samarbeid. Kompetansetjenester og behandlingstjenester som er relevante for denne planen, nevnes nedenfor.

### 1.2.1 Nasjonal kompetansetjeneste for akuttmedisin

Nasjonal kompetansetjeneste for akuttmedisin (NAKOS) er underlagt Oslo universitetssykehus HF. Tjenesten er etablert for å bygge opp og spre kompetanse om prosedyrer for akuttmedisinsk behandling og organisering og drift av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Tjenesten er rettet inn mot ambulansetjenesten, legevakt og sykehusenes akuttmottak, samt helsepersonell og frivillige som inngår i beredskap for store ulykker og katastrofer. Tjenesten samarbeider i en nettverksmodell med landets ambulansetjenester og nødmeldetjenester.

### **1.2.2 Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi**

Nasjonale kompetansetjenester for traumatologi (NKT-Traume) er underlagt Oslo universitetssykehus HF. Kompetansetjenesten er etablert for å bygge opp og spre kompetanse om utredning og behandling av alvorlig skadde. Arbeidsområdet omfatter blant annet skadested, førstehjelp, nødmeldetjeneste, ambulanse og avansert prehospita akuttmedisin. Tjenesten skal bidra til at det etableres faglige nettverk i hver helseregion som på sikt skal overta og ivareta dette arbeidet lokalt.

### **1.2.3 Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap**

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) arbeider med opplæringsprogram og faglig utvikling av nødmeldetjenesten.

### **1.2.4 Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin**

Nasjonale behandlingstjenester for CBRNE-medisin (CBRNE-senteret) er lagt til Helse Sør-Øst RHF og etablert ved Oslo universitetssykehus HF. Senteret bistår prehospita tjeneste med blant annet kompetanseheving og rådgivning innen diagnostikk og pasienthåndtering på fagområdet CBRNE.

## 2.0 Ansvar og roller, samarbeid og samordning

De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. I det følgende omtales hovedoppgavene til aktørene i prehospitaler tjenester i Helse Sør-Øst.

### 2.1. Ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten består av bil-, båt- og luftambulansetjeneste (ambulanshelikoptre og ambulansfly). De regionale helseforetakene har ansvar for at bil-, båt og luftambulansetjenesten i nødvendig grad er samordnet nasjonalt.

Akuttmedisinforskriften § 10 viser til hva som inngår i regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenesten. Akuttmedisinforskriften § 11 omtaler hvilken bemanning og helsefaglig kompetanse som kreves i ambulansbiler, ambulansbåter, ambulansfly og ambulans- og redningshelikoptre.

#### 2.1.1. Luftambulansetjenesten HF

Luftambulansetjenesten HF har det operative ansvaret for luftambulansetjenesten og inngår avtaler om fly- og helikoptertjenester. Luftambulansetjenesten i Helse Sør-Øst består av fem ambulanshelikopter og fire luftambulansbaser og koordineres av AMK-LA. I tillegg er det et redningshelikopter lokalisert på Rygge. Det disponeres av Hovedredningssentralen (HRS), men inngår i den nasjonale luftambulansstrukturen. Det er lokalisert to ambulansfly på Gardermoen.

Ved behov for luftambulans skal dette meldes til lokal AMK som deretter vurderer behovet for luftambulans i henhold til kriteriene og varsler aktuell luftambulansbase gjennom AMK-LA. Det er legebiler tilknyttet luftambulansbasene på Lørenskog, Dombås, Ål og Arendal, samt på 330-skvadronene på Rygge som bistår ambulansetjenesten.

De regionale helseforetakene kan ved behov gi Luftambulansetjenesten HF utvidet fullmakt til å forsterke og omdisponere luftambulansressursene på et overordnet nivå, enten regionalt (det enkelte RHF) eller nasjonalt (RHF-ene i fellesskap).

### 2.2 Nødmeldetjenesten

Med medisinsk nødmeldetjeneste menes et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten, der kommunenes legevaktnumre, nasjonalt legevaktnummer (116 117) og medisinsk nødtelefon (113) inngår. Nødmeldetjenesten i Helse Sør-Øst er organisert gjennom fem akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK); Oslo; Innlandet Telemark/Vestfold, Sørlandet og Buskerud.

Oslo AMK -sentral har flere funksjoner:

- Lokal AMK for Oslo, Akershus og Østfold
- Kommunikasjonssentral for luftambulansen (AMK-LA) for hele helseregionen
- Koordinerende AMK ved ekstraordinære hendelser

### **2.2.1 Nødnett**

Nødnett er det nasjonale radiosambandet for nødnetter, beredskaps- og samvirkeaktører i Norge. Nødnettet driftes av Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF). Felles sambandsreglement for nødnett beskriver blant annet de ulike talegruppene i nødnett, varsling og samvirke i nødnett, samt krav til opplæring og øvelse i bruk av nødnett.

### **2.2.2 Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)**

AMK har til oppgave å ta imot medisinske nødmeldinger (113) og iverksette riktig hjelp til riktig tid når det har oppstått en akutt hendelse eller situasjon som følge av ulykke eller sykdom.

Akuttmedisinforskriften § 14 omtaler det regionale helseforetakets ansvar for nødmeldetjenesten. I § 15 listes kravene til AMK-sentralene opp. AMK-sentralene styrer til daglig ambulanseressursene i eget område, i tillegg til å ha prosedyrer for hvordan de ved behov skal/kan styre ambulanseressursene i nærliggende helseforetak. I tillegg til å varsle og mobilisere ressurser og holde oversikt over tilgjengelig ambulanskapasitet, har AMK også en viktig oppgave med å holde oversikt over hvor pasientene bringes med ambulanse.

Ved større kriser eller katastrofer som rammer hele eller deler av regionen kan den lokale AMK-sentralen ha behov for støtte utover det samarbeid som andre lokale AMK-sentraler kan gi. Det kan bl.a. være behov for å koordinere/omdisponere mange ressurser for å håndtere situasjonen.

Det som tidligere ble benevnt som R-AMK (regional AMK-sentral) heter i dag koordinerende AMK-sentral. Koordinerende AMK-sentral er betegnelsen på den sentralen i helseregionen som er tillagt en definert rolle i å yte bistand ved større aksjoner, og som har et operativt koordineringsansvar innen regionen og på tvers av regionsgrenser. Dette gjelder spesielt ved større hendelser og beredskapssituasjoner. Ved behov for hjelp til fordeling av pasienter, allokering og koordinering av ressurser, ut over det den lokale AMK har kapasitet til, skal den lokale AMK-sentral kontakte koordinerende AMK-sentral.

Koordinerende AMK-sentral i Helse Sør-Øst er lokalisert ved Oslo universitetssykehus. Helseforetakene skal ha prosedyre for samhandling mellom koordinerende AMK og lokal AMK.

Anbefalt retningslinje for samarbeid mellom lokal og koordinerende AMK ved større hendelser er beskrevet i *Håndbok kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner* (Kokom, 2018).

AMK-LA er en sentral med ansvar for koordinering av ambulanshelikopter. AMK-LA i Helse Sør-Øst er lokalisert til AMK Oslo og har ansvar for koordinering av ambulanshelikopter når det gjelder alarmering og flight following i hele helseregionen. Flight following er et system som sikrer kontakt med helikopteret gjennom hele operasjonsområdet.

## **2.3 Pasientreisekontorene**

Pasientreisekontorene har ansvar for planlegging og bestilling av reiser, med rekvisisjon, til og fra medisinsk behandling. Det er seks pasientreisekontor i Helse Sør-Øst. Disse er tilknyttet helseforetakene i Innlandet, Oslo/Akershus, Østfold, Vestfold/Telemark, Buskerud og Sørlandet. Pasientreiser samhandler til daglig med prehospitaltjenester og kan bistå i en beredskapssituasjon som krever masseforflytting av pasienter.

### 3.0 Prehospitalt samarbeid med andre aktører

Hendelser som skjer utenfor sykehusets vegger kan strekke seg over et stort område og potensielt berøre mange personer. Slike hendelser krever en god koordinering og et godt samarbeid. Prehospitale tjenester er avhengig av samarbeid og samordning med en rekke aktører for å kunne yte god helsehjelp både i ordinær drift og hvis beredskapshendelser inntreffer. Helseforetak skal påse at prehospitale tjenester har prosedyrer og rutiner for samvirke med andre nødetater og relevante aktører.

#### 3.1 Samarbeid med andre nødetater

En forutsetning for god håndtering av beredskapshendelser er at ansatte i prehospitale tjenester trener og øver sammen med øvrige nødetater. Prehospitale tjenester deltar aktivt i lokale øvingsutvalg med øvrige beredskapssetater og i etablerte samhandlingsarenaer, for eksempel fylkesberedskapsrådet.

Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested omtaler samarbeid mellom helsetjenesten og øvrige nødetater på skadested. Ved større hendelser skal det etableres Innsatsleders kommandoplass (ILKO). Ledere fra de forskjellige nødetatene samles i ILKO for gjensidig informasjonsutveksling, koordinering og planlegging av innsatsen. Politiets innsatsleder har det overordnede ansvaret for innsatsen og har løpende kontakt med politiets operasjonssentral/lokal redningsentral.

#### 3.2 Kommunehelsetjenesten

Ansvaret for akuttmedisinske tjenester er fordelt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter (Akuttmedisinforskriften).

I Helse Sør-Øst er det i stor grad samhandling mellom de prehospitale tjenester og kommunehelsetjenesten. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har etablert samarbeidsavtaler med sine respektive kommuner. Det er en utfordring for god samhandling at hvert helseforetak skal forholde seg til mange kommuner som til dels er meget forskjellig i størrelse og geografi. Helse Sør-Øst vil videreutvikle samarbeidet med kommunene om en sammenhengende akuttkjede utenfor sykehus (*Regional utviklingsplan 2035*). Det er utarbeidet regional utviklingsplan for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst og en plan for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i den akuttmedisinske kjede.

Helseforetakene skal sørge for at:

- Kommunikasjonen mellom legevaktsentralen, den kommunale legevaktordningen, AMK-sentralene og øvrige akuttmedisinske tjenester er samordnet
- Personell i akuttmedisinsk beredskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, jf. § 4, og kan kommunisere med hverandre og med andre nødetater
- Det er gjeldende samarbeidsavtaler med alle kommuner i opptaksområdet



- Personellet som utfører tjenestene, får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden

### 3.3 Frivillige organisasjoner (FORF)

Det foreligger en felles samarbeidsavtale mellom de fire regionale helseforetakene og Norsk Folkehjelp og Norges Røde Kors. Avtalen beskriver samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og Norsk Folkehjelp og Norges Røde Kors innenfor prehospita helseberedskap. Ambulanser og personell som omfattes av avtalen, er underlagt AMK-sentralens koordinering. Når helseforetakene gjennomfører øvelser som er relevante for samarbeidet/avtalen, bør personell fra disse organisasjonene inviteres til å delta.

Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp skal bistå helsetjenesten ved katastrofer og større ulykker. Ressurser det dreier seg om er listet opp i avtalen og gjengis derfor ikke her. Frivillige er en del av den planlagte beredskapen og inngår i politiets redningsplaner.

Det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og frivillige organisasjoner bl.a. som forsterkningsressurs ved kriser og ekstraordinære hendelser. Frivillige organisasjoner er på nødnett og kan kalles ut av AMK dersom det gjelder et helseoppdrag.

Helseforetakene anbefales å:

- Inngå avtaler med frivillige organisasjoner for bl.a. bistand ved alvorlig ressursmangel og som forsterkning ved ekstraordinære hendelser
- Ha prosedyre for varsling av de frivillige organisasjoner de har avtale med
- Ha oppdatert kontakinformasjon til frivillige organisasjoner de har avtale med

### 3.4 Heimevernet/Forsvaret

Helsedirektoratet kan anmode Forsvarets operative hovedkvarter om bistand i tråd med gjensidig bistandsavtale mellom Forsvaret og helsetjenesten. Forsvaret eier og drifter strategiske luftevakueringskapasiteter. De har fly som kan brukes til transport av personer som trenger medisinsk overvåkning, behandling og pleie under transporten. Flyene kan brukes ved innenlands- og utenlandstransport og bemannes med forhåndsutpekt uniformert helsepersonell. Flyene klargjøres av flyselskapet på 24 og 36 timer og kan ta sittende- og bårpasienter.

#### 3.4.1 AMK-liaisonfunksjon

Under øvelsen Trident Juncture i 2018, ble det testet ut en funksjon fra Forsvaret ved AMK (AMK-liaison). Denne funksjonen er under vurdering for å eventuelt bli en permanent løsning. Funksjonen vil kunne benyttes i samarbeidet med Forsvaret under øvelser og beredskapshendelser. AMK-liaison fra Forsvaret møter i aktuell AMK-sentral og har som oppgave å understøtte samarbeid og kommunikasjon mellom Forsvarets PECC (Patient Coordination Cell) og AMK. Samarbeidet omhandler i hovedsak koordinering av pasientevakuering og disponering av sivile og militære prehospitale ressurser knyttet til aktuelle hendelser.

### 3.5 Hovedredningsentralen

Hovedredningsentralen (HRS) leder og koordinerer alle typer redningsaksjoner. Gjennom pålagte oppgaver gir HRS bistand til AMK og utfører ambulanseoppdrag med redningshelikoptrene. Dette skjer i tett dialog med AMK.

### 3.6 Redningshelikopter

Redningshelikoptrene (Luftforsvaret – 330 skvadronen) er underlagt Hovedredningsentralen (HRS) og er dedikert til søk og redning over land og til havs. Stortinget har bestemt at redningshelikopter også kan benyttes til ambulanseoppdrag når det anses som mest hensiktsmessig for pasienten. Begrunnelsen kan være at luftambulans ikke er tilgjengelig tidnok eller at det er behov for større kabin og bemanning med videre. Med tanke på at redningshelikopter må være tilgjengelig for søk- og redningsoppdrag (SAR), skal andre ambulanseformer alltid vurderes først. Pasientens behov må imidlertid være avgjørende. HRS kan kalle redningshelikoptret tilbake dersom et SAR-oppdrag må prioriteres.

Ved behov for redningshelikopter varsles AMK som varsler HRS. Når en AMK-LA-sentral ønsker å benytte redningshelikopter til ambulanseoppdrag, følges varslingsretningslinjer gitt av HRS. HRS har endelig beslutningsmyndighet om hvorvidt redningshelikopter skal benyttes.

### 3.7 Sivilforsvaret

Sivilforsvaret er en statlig forsterkningsressurs og kan bistå helsesektoren ved beredskapshendelser. En avtale er inngått mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Sivilforsvarets oppgave som forsterkningsressurs ved uønskede hendelser gjelder også overfor helseforetakene. Sivilforsvaret kan bistå med beskyttelse av sivilbefolkning ved beredskapshendelser. Videre kan Sivilforsvaret bistå med evakuering, radiac-målepatruljer og kapasitet innen CBRNE-beredskap (kjemisk, biologisk, radioaktiv stråling og eksplosiver).

### 3.8 Grensesamarbeid

De nordiske landene har inngått et nordisk samarbeid om redningstjeneste. Samarbeidet er regulert i NORDRED – det nordiska räddningstjänstsamarbetet.

Det er også inngått en egen [helseberedskapsavtale](#) om samarbeid mellom helsemyndighetene for å øke de respektive landenes samlede evne til å håndtere kriser og katastrofer.

Kommunikasjon mellom de ulike landene er beskrevet i [Retningslinjer for grenseoverskridende samvirke i Nødnett og Rakel](#).

## 4.0 Prehospital håndtering av beredskapshendelser

Helseforetakenes ansvar og oppgaver vil være de samme i hverdagen som ved større, komplekse, langvarige eller flere samtidige hendelser. Samtidig vil enkelte hendelser kreve en større allokering av ressurser hvorpå følgene av dette er at flere aktører skal organisere og håndtere den samme hendelsen.

### 4.1 Masseskade

Masseskadehendelser er meget sjeldne og utgjør derfor en særlig utfordring for de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Slike hendelser innebærer behov for systematisk opplæring og øving for å være rustet til en god håndtering. *Helsetjenestens organisering på skadested – Nasjonal veileder* skal bidra til å danne grunnlag for opplæring og øving i samarbeid med de ulike nødetatene og andre redningsressurser.

#### 4.1.1 Traumesystem og fordeling av pasienter

Den nasjonale traumeplanen viser til hvordan behandling av alvorlig skadde pasienter best organiseres. Planen er basert på prinsippet om at pasienter med mistenkt eller påvist alvorlig skade raskest mulig skal transporteres til det sykehus som kan ferdigbehandle dem. Ved lang transporttid til traumesenter skal alvorlig skadde pasienter transporteres til nærmeste akuttisykehus med traumefunksjon.

Grunnprinsippene ved fordeling er de samme ved masseskade-hendelser som ved hverdagshendelser. Pasientene skal i utgangspunktet transporteres dit de ville ha blitt transportert dersom de var den eneste pasienten i hendelsen. Beslutning om hvor pasientene skal bringes, vil normalt skje gjennom dialog mellom behandlingsansvarlig for den enkelte pasient, mottakende enhet (sykehus eller legevakt) og AMK. Ved store hendelser vil denne dialogen sjelden gjelde hver enkelt pasient, men være en mer overordnet avklaring av fordelings-prinsippene og behov for kapasitet ved de mottakende enhetene. Behandlingsansvarlig er den nærmeste til å ta avgjørelser om leveringssted for den enkelte pasient.

### 4.2 CBRNE-hendelser

Eksposering for CBRNE-agens krever ekstraordinær beredskap og kompetanse for at nødvendig helsehjelp skal kunne ytes, og for at innsatspersonell skal kunne beskyttes mot skade.

- Helseforetakene skal ha rutiner for å sikre at alle ansatte i prehospital tjeneste kjenner til hvordan man som innsatspersonell skal beskytte seg selv og pasienter ved CBRNE-hendelser.
- Prehospitaler tjenester skal ha oppdaterte lokale prosedyrer og kontaktlister for hvem som har ansvar ved CBRNE-hendelser.

Personell som rykker ut ved CBRNE-hendelser må sikre seg tilgang til nødvendig verneutstyr. Dekontaminering av pasienter bør gjøres i den grad det er nødvendig og mulig. Fjerning av sko, klær mv. kan noen ganger være tilstrekkelig og kan skje samtidig med livreddende førstehjelp. Innsatspersonell må sørge for at mottakende sykehus og legevakt er oppdatert på hvilket farlig stoff det gjelder (hvis dette er kjent), antall skadde og tilstand, dekontamineringsbehov og status for behandlingstrengende pasienter.

### 4.3 Aksjoner ved livstruende pågående vold (PLIVO)

De tre nødetatene politi, brann og helse, har utarbeidet en felles prosedyre for hvordan de skal opptre og samvirke ved hendelser der det utøves livstruende vold mot flere personer. Politidirektoratet har ansvar for revisjon og oppdatering av prosedyren som kun er tilgjengelig for relevante brukere (brann, politi og helse) gjennom <https://www.nakos.no>.

- Helseforetakene har ansvar for at ansatte i prehospitaler tjenester er trent i situasjoner hvor det utøves livstruende vold, og at de har relevant verneutstyr tilgjengelig.

### 4.4 Pandemi og alvorlig smittsom sykdom

Det er i Helse Sør-Øst etablert en egen Regional beredskapsplan for pandemi og alvorlig smittsom sykdom. Planen skal sikre at helseforetak og sykehus i regionen har et godt og tilstrekkelig tilbud til personer som trenger behandling i en pandemi-situasjon, og/eller en situasjon med en annen alvorlig smittsom sykdom.

Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte er en kjernegruppe tilknyttet Oslo universitetssykehus HF. Utrykningsteamet har som en av flere hovedoppgaver å bidra i opplæring og samtrening med personell i ambulansetjeneste og luftambulansetjeneste som utfører ordinære smittetransportoppgaver i de ulike helseregionene, og som i krevende situasjoner vil måtte supplere det nasjonale medisinske utrykningsteamet med transportoppgaver.

Ansatte i prehospitaler tjenester skal kjenne til hvilke prosedyrer som gjelder ved transport av pasienter med påvist eller klinisk mistanke om smittsomme sykdommer. Transport med ambulanse eller luftfartøy av en pasient med høyrisikosmittesykdom krever bruk av personlig beskyttelsesutstyr som gir større grad av beskyttelse enn det man rutinemessig bruker i helse- og omsorgstjenesten. Dette utstyret skal tilfredsstillende relevant standard for beskyttelse. Om mulig skal smitteambulansetjeneste og transportisolerator (smittekuvøse) benyttes. Se for øvrig veilederen *Faglige råd for prehospital håndtering, transport og sykehusinnleggelse ved mistenkt eller bekreftet ebolavirusykdom og andre typer viral hemoragisk feber som smitter mellom mennesker*.

### 4.5 Uhell i industrien

«Storulykkeforskriften» beskriver tiltak for å forebygge og begrense konsekvensene av storulykker i virksomheter der det fremkommer farlige kjemikalier. Virksomheter som omfattes av forskriften, skal ha egne beredskaps- og tiltaksplaner. Planene skal sikre at relevante nød- og beredskapsseter får tilstrekkelige opplysninger slik at disse kan utarbeide egne beredskapsplaner. Prehospitaler tjenester bør ha et system for å motta og gjøre tilgjengelig de opplysningene som mottas fra disse virksomhetene.

### 4.6 Naturhendelser

En rekke naturhendelser kan få konsekvenser for prehospitaler tjenesters evne til å yte helsehjelp. Dette kan eksempelvis dreie seg om flom, stormflo, stort snøfall, vind, jordskjelv og skogbrann. Slike hendelser fører sjelden til mange pasientskader, men konsekvensene kan være at det er redusert fremkommelighet for ambulanser, annen pasienttransport og personell. Tiltak må iverksettes basert på det gitte scenario. Eksempelvis kan tiltak dreie seg om å be om assistanse fra Forsvaret (gjennom

Helsedirektoratet), eventuelt Sivilforsvaret (gjennom LRS), som kan bistå med personell, materiell og transport. Konsekvensene av naturhendelser kan være svikt i infrastruktur, og det må da vurderes behov for alternative kommunikasjonsmidler.

## 5.0 Varsling

Varsling er første beskjed fra berørt virksomhet til overordnet, sideordnet eller underordnet ledd om en hendelse. Et varsel følger en forhåndsdefinert ansvarskjede. Varslet bør inneholde:

- Hva som har skjedd, hvor det har skjedd, når skjedde det
- Hvordan situasjonen håndteres
- Behov for assistanse i form av kompetanse og ressurser
- Informasjon om hvilke andre som er varslet/blir varslet

### 5.1 Ansvar for varsling ved beredskapssituasjoner

Helseforetakene skal påse at AMK har dokumenterte varslingsrutiner og rutiner for informasjonsflyt og samarbeid innenfor helsetjenesten og overfor eksterne samarbeidspartnere. AMK-sentralene skal ha oppdaterte varslingslister, både for intern og ekstern varsling.

Vanligvis skjer varsling av ressurser i nødnett – enten ved utalarmering i forhåndsdefinerte varslingsgrupper eller varslingsgrupper opprettet for den enkelte situasjon.

Ved hendelser der innsats fra andre nødetater er nødvendig, skal det raskt trippelvarsles/SAR-varsles i henhold til fastlagte prosedyrer.

AMK skal sikre seg at legevaktssentralen har mottatt varsel om alvorlige hendelser der det forventes behov for ressurser fra primærhelsetjenesten, og hvis pasienter skal sendes til legevakten. Det er viktig at sentralen får varsel tidlig nok slik at det blir tilstrekkelig tid til mobilisering av nødvendig personell. Hvis det er legevaktssentralen som først mottar beskjed om alvorlige hendelser, skal AMK varsles hvis det forventes at det vil bli behov for ressurser fra spesialisthelsetjenesten.

AMK varsler nabo-AMK og/eller eventuelt koordinerende AMK ved behov for hjelp til fordeling av pasienter, allokering og koordinering av ressurser ut over det den lokale AMK har kapasitet til. AMK skal også varsle aktuelle akuttmottak så tidlig som mulig.

#### 5.1.1 Bortfall av telefoni- og/eller nødnett

Ved bortfall av tekniske systemer som telefoni- og/eller nødnett vil det være behov for å benytte reserveløsninger for varsling. Helseforetakene har ansvar for at AMK-sentralene har tekniske reserveløsninger for å sikre drift av nødmeldetjenesten 113, dersom AMK ikke lenger kan være operative i egne lokaler. Beredskapsledelsen i helseforetakene i Helse Sør-Øst har tilgang til bruk av satellitt-telefoni ved et eventuelt bortfall av nødnett.