

HELSE MIDT-NORGE RHF
Postboks 464
7501 STJØRDAL

Deres ref.:
Vår ref.: 17/9819-21
Saksbehandler: Vegard Nore
Dato: 31.08.2020

Oppfølgingsplan etter Nasjonal helseøvelse 2018

HelseDirektoratet viser til Helse Nord RHF's evalueringsrapport etter nasjonal helseøvelse 2018, og prosjektrapport fra Helse Vest RHF for planlegging og gjennomføring av øvelsen. HelseDirektoratet har siden øvelsen arbeidet med oppfølging av flere av læringspunktene, og til dels iverksatt tiltak allerede. Vi har dessuten vurdert hver enkelt anbefaling fra evalueringen nøye med hensyn til om og hvordan disse skal følges opp. Dette arbeidet ble satt noe tilbake pga. utbruddet av covid-19. Nå anser vi oss imidlertid ferdige med å vurdere prioriteringer i oppfølgingsarbeidet. På grunnlag av drøftinger i møte med RHF-ene og Fylkesmennenes beredskapssjefers arbeidsutvalg 24. august oversender vi vår plan for videre oppfølging, der ansvarsfordeling er angitt.

Vi ber med dette virksomhetene som mottar dette brevet bidra med oppfølging innen sine respektive ansvarsfelt. Det er naturlig at status for oppfølging tas opp i enkelte av våre møter med de ulike mottakerne av dette brevet, men vi legger ikke opp til noen systematisk rapportering.

Vennlig hilsen

Steinar Olsen e.f.
avdelingsdirektør

Vegard Nore
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

STATENS HELSETILSYN

HelseDirektoratet

Avdeling akuttmedisin og beredskap

Vegard Nore

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helseDirektoratet.no

Mottaker	Kontaktperson	Adresse	Post
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap		Postboks 2014	3103 TØNSBERG
FORSVARETS SANITET FSAN/KAM		Forsvarsveien 75	2058 SESSVOLLMOEN
HELSE MIDT-NORGE RHF		Postboks 464	7501 STJØRDAL
HELSE NORD RHF		Sjøgata 10	8006 BODØ
Helse Sør-Øst RHF		Postboks 404	2303 HAMAR
HELSE VEST RHF		Postboks 303	4068 STAVANGER
Landets fylkesmenn Politidirektoratet		Postboks 8051 Dep	0031 OSLO

Oppfølgingsplan etter Nasjonal helseøvelse 2018

Dette dokumentet er en sammenstilling av tiltak og læringspunkter fra evalueringsrapporten fra Nasjonal helseøvelse 2018.

Helsedirektoratet viser til protokollen fra foretaksmøte 15.01.19:

"Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å: - evaluere og følge opp erfaringer og læringspunkter fra livedelen av Trident Juncture, Nasjonal helseøvelse 2018 og cyberhendelsen i Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Helsedirektoratet og andre berørte aktører."

Vi viser også til tildelingsbrev til fylkesmennene for 2019, der det heter:

"Læringspunkter etter Helse Nords evalueringsrapport etter helsesektorenes feltøvelser i forbindelse med *Trident Juncture 2018* skal drøftes med kommunene", og "Fylkesmannen bidrar i evalueringen av øvelsen Trident Juncture 2018, og lærings-punkter etter øvelsen skal implementeres."

I Helsedirektoratets møte med RHF- ene og Fylkesmennenes beredskapssjefers arbeidsutvalg 24. august, ble direktoratet anmodet om å ønsket prioritet i de tiltak direktoratet mener bør følges opp. Helseøvelsene ble gjennomført primært i 3 fylker og 2 helseregioner. I de ulike helseregioner og fylker har man delvis tatt tak i erfaringer fra øvelsene. Det er viktig at erfaringer og forbedringspunkter deles med hele landet, og at oppfølgingen av læringspunktene og tiltak blir mest mulig likeartet landet rundt. Helsedirektoratet har i det følgende angitt graden av prioritet for tiltakene. Vi har gitt prioritet i tre grader, høy, middels og lav. I tillegg har vi en kategori for de tiltak som allerede er gjennomført, eller vi mener bør utgå.

Under øvelsen så vi viktigheten av samordnede planer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Foreløpige erfaringer under covid-19 utbruddet er at denne samordningen fortsatt har et forbedringspotensial. Tjenesteavtalene som skal inngås mellom spesialisthelsetjenesten (spesielt tjenesteavtale nummer 11) kan forbedres med mer konkrete tiltak. Store hendelser vil kreve ressurser over lang tid og alle virksomheter må utarbeide kontinuitetsplaner.

Nasjonal oppfølging av iverksettingsarbeidet vil ikke foregå gjennom noen rapporteringskanal, men tas opp i dialogmøter mellom Helsedirektoratet, RHF- ene og fylkesmennenes beredskapssjefer.



Rødt prioritet 1



Orange prioritet 2



Gult prioritert 3

Grønt, løst eller oppfølging ikke aktuelt

	Læringspunkter etter evaluering av helseøvelse 2018	Mål	Tiltak Hvordan gjør vi det?	Pri	Ansvar
B 1	<p>Begreper og definisjoner</p> <p>Det må iverksettes et arbeid for å definere viktige begreper som skal brukes av RHF, HF, kommuner og nasjonale helsemyndigheter i beredskapssammenheng.</p> <p>Det vises til veileder for helsetjenestens organisering på skadested, håndbok for redningstjenesten, PLIVO prosedyre o.l. som bidrar til å definere viktige begreper.</p> <p>Definisjon av begreper må gjøres i et nært samarbeid med Forsvaret og andre sentrale aktører i totalforsvaret.</p> <p>Målet må være at det utvikles en felles begrepsliste som tas i bruk av alle aktører i Totalforsvaret.</p>	<p>Begrep og definisjoner må fremkomme ensartet fra en autoritativ kilde og gjenspeiles i alle plandokumenter</p>	<p>Håndbok for redningstjenesten inneholder ordliste med definisjoner. En ekspertgruppe bestående av fem representanter oppnevnt av Nasjonalt Redningsfaglig råd arbeider med definisjoner og begreper.</p> <p>Helsedirektoratet gir Innspill til denne gruppen om å gjennomgå etatenes planverk og lage en liste med omforente begreper og definisjoner som brukes i revidering av alle plandokumenter.</p> <p>Helsedirektoratet følger opp gjennom møter i Redningsfaglig råd</p>		Helsedir
B 2	<p>«Helsetjenestens beredskapssystem»</p> <p>Det bør utvikles et «helsetjenestens beredskapssystem» hvor roller og ansvar på alle nivå blir tilstrekkelig detaljert beskrevet. Vi vil i denne sammenheng vise til politiets beredskapssystem (PBS).</p> <p>Kommunikasjon og ansvarslinjer må tydelig tegnes opp slik at det i helsetjenesten og hos andre aktører i totalforsvaret blir en enhetlig forståelse av helsetjenestenes organisering i beredskapssituasjoner.</p> <p>«Helsetjenestens beredskapssystem» må bygge på og være godt samordnet med Nasjonal helseberedskapsplan.</p> <p>«Helsetjenestens beredskapssystem» bør ta utgangspunkt i taktisk nivå på skadested og beskrive aktører i helsetjenestens beredskap helt opp til Strategisk nasjonalt nivå.</p> <p>Det lokale og regionale nivået må beskrives slik at Kommunene og helseforetakene er synlige aktører.</p> <p>Samvirke med Forsvaret og andre aktører i totalforsvaret må omhandles, og det må fremgå tydelig hvordan kommuner,</p>	<p>Nasjonal helseberedskapsplan skal revideres regelmessig med henvisninger til plandokumenter</p>	<p>Det anbefales ikke å lage et eget dokument lik politiets beredskapssystem (PBS) for helsesektoren, men å ivareta intensjonen i forslaget om et slikt beredskapssystem i Nasjonal helseberedskapsplan.</p> <p>Nivådelingen av helsetjenesten mellom statlige helseforetak og kommuner, og det</p> <p>Kommunale selvstyret gjør at det er vanskelig å få et slikt dokument til å bli forpliktende for hele helsetjenesten.</p>		Utgår

	<p>helseforetak og regionale helseforetak skal kommunisere og samhandle med Forsvaret og sentrale helsemyndigheter.</p> <p>«Helsetjenestens beredskapssystem» bør også tydeliggjøre hvordan gradert informasjon skal håndteres slik at denne om nødvendig raskt resulterer i konkrete handlinger hos de som utøver helsehjelp</p>				
B 3	<p>Veileder for beredskapsledelse / kriseledelse i helsetjenesten</p> <p>Det er behov for å utvikle en veileder for beredskapsledelse / kriseledelse i helsetjenesten. Oppbygging og drift av beredskapsledelse / kriseledelsen i Regionale Helseforetak, helseforetak og kommuner samt nasjonale helsemyndigheter må omhandles. Enhetlig oppbygging av stab, stabs ledelse og metodikk / proaktiv stabsmetodikk og bruk av krisestøtteverktøy må stå sentralt i veilederen. Det samme gjelder for utvikling og anbefalt kompetanse for de som skal inngå i beredskapsledelsen / kriseledelsen. Veilederen i beredskapsledelse / kriseledelse skal føre til videreutvikling av kvaliteten på kriseledelse / stabsarbeid under kriser i helsetjenesten</p> <p>Utvikling av veilederen bør foregå i nært samarbeid med Forsvaret, Politiet, HRS, DSB og andre sentrale aktører i Totalforsvaret.</p> <p>Veileder for beredskapsledelse / kriseledelse i helsetjenesten må blant annet bygge på beskrivelsen av «helsetjenestens beredskapssystem», nasjonal helseberedskapsplan og veileder for helsetjenestens organisering på skadested.</p>	<p>Helsedirektoratet lager en veileder som beskriver helsetjenestens beredskap og kriseledelse som har samme logiske oppbygging og metodikk som gir effektiv krisehåndtering og samhandling i sektoren og med samarbeidende etater</p>	<p>Gjennom revidering av krise- og beredskapsplanen i Helsedirektoratet skal det utarbeides en plan for oppbygging av stab, stabs-ledelse og metodikk og bruk av krisestøtteverktøy. Gjennom dette arbeidet utarbeider Helsedirektoratet en veileder som skal være en mal for andre beredskaps- og kriseledelser i helsesektoren.</p>		Helsedir
B 4	<p>Samhandling mellom AMK, LV sentraler og kriseledelsen</p> <p>AMK og LV sentraler vil ofte være de første i helsetjenesten som får melding om hendelser. Det må være en avklart forståelse av roller og ansvar når beredskapsledelse / kriseledelse er etablert. Dette må fremgå av beredskapsplaner og regelmessig øves.</p> <p>For helseforetak må det sikres at det er nødvendig strukturert samhandling mellom</p>	<p>Beredskap og kriseplaner skal være samordnet i den akuttmedisinske kjede, hvor varsling og samhandling mellom AMK, LVS og kriseledelsene i helseforetakene og kommunene, slik at koordinering ivaretas på en effektiv og god måte.</p>	<p>RHF – HF – FM - kommuner</p> <p>Legevaktssentralene er ofte organisert interkommunalt. Det er viktig med beredskapsplaner som ivaretar varsling til sentralene og de kommuner de utfører tjeneste for.</p> <p>Referanse til akutt forskriften</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beredskapsledelsen i Helseforetak og kommuner i opptaksområdet må ha omforente planer om hvordan kriseledelsen og samhandling utføres. 2. Helseforetaket må beskrive i sine planer hvordan de samhandler under kriser med AMK-sentralen og at AMK er en integrert del av sykehusets krise og beredskapsplan 3. AMK- sentralen og legevaktssentralen må beskrive i planverket varsling og samhandling ved kriser 		Helseforetak og kommuner

	helseforetakets beredskapsledelse og AMK sentralene For kommunene må det sikres at det er nødvendig strukturert samhandling kommunens kriseledelse og LV sentralene		4. Kommunen må beskrive i sine kriseplaner samhandling med LVS og helsetjenesten i kommunen som en del av beredskap og kriseledelse i kommunen 5. Legevaktssentralen må beskrive i krise og beredskapsplanen varsling og samhandling med egen eller samarbeidende kommuner.		
B 5	Helsetjenestens deltakelse i kommunens kriseledelse I kommunene må det være et tilstrekkelig nært samarbeid mellom helsetjenesten i kommunen og kommunens kriseledelse. Det må sikres at fagpersoner fra kommunehelsetjenesten i tilstrekkelig grad er involvert i vurderinger og beslutninger i kriseledelsen og at det er nær og god faglig samhandling mellom den utøvende helsetjenesten i kommunen og kriseledelsen. Dette må blant annet sikres gjennom tydelige planer, opplæring og øvelser	Helsesektoren skal være representert i alle kommuners kriseledelse	Kommunene må inkludere helsetjenesten i sine beredskapsplaner og kriseledelse Følges opp av FM ved tilsyn og veiledning		Kommunene
B 6	Liaison fra Forsvaret i beredskapsledelsen / kriseledelsen Når Forsvaret planlegger eller gjennomfører operasjoner eller øvelser; som kan eller vil påvirke den akuttmedisinske beredskapen, skal Forsvaret informere berørt kommuner, helseforetak og RHF. Forsvaret skal være forberedt på å stille med planoffiser/liaison/rådgiver som kan forklare hvilken støtte/beredskap Forsvaret forutsetter fra sivil helsevesen under manøveren. Dette bør beskrives i beredskapsplaner og øves (Ref. pkt. F13)	Liaison fra Forsvaret bistår AMK og HF-ets kriseledelse med informasjon som påvirker Forsvaret og helsetjenestens innstas	Liaison fra Forsvaret må skrives inn som en ressurs i AMK- sentralen og helseforetakets beredskaps- og kriseplan ved hendelser som betinger et sivilt-militært samarbeid. Planen skal beskrive mottak og tilrettelegging for et effektivt samarbeide. Liaisonen fra Forsvaret skal ved behov kunne bidra i helseforetakets kriseledelse med situasjonsforståelse		Forsvaret og helseforetak
B 7	Loggføring Det må sikres at alle RHF, helseforetak og kommuner har nødvendig kapasitet og kompetanse til loggføring.	Alle krise og beredskapsstaber skal ha nødvendig kapasitet og kompetanse til loggføring.	Tiltak iverksettes lokalt på grunnlag av veileder omtalt under B3.		Helseforetak og kommuner
B 8	Krisestøtteverktøy Bruk av Helse - CIM som krisestøtteverktøy i helsetjenesten bør evalueres. Det må sikres at krisestøtteverktøyet kan brukes som forutsatt av målgruppen / brukere. Herunder bør behovet for brukeropplæring, vedlikehold av kompetanse over tid og systemer for kvalitetssikring av brukerkompetanse evalueres. Det bør videre evalueres om verktøyet i tilstrekkelig grad legger til rette for god bruk av	CIM som kriseverktøysystem skal tilfredsstillende alle nødvendige funksjoner for å kunne lede og samarbeide i sektoren og med andre etater. Bidra til et helhetlig situasjonsbilde, lett kunne prioritere oppgaver, og ta ut rapporter for videre analyse og tiltak.	Helsedirektoratet gjennomgår funksjonaliteten og utvikler verktøyet i samarbeid med sektoren og leverandør. Dette arbeidet pågår		Helsedir

	<p>metodikk og om det bidrar til å støtte opp under etablering av tilstrekkelig enhetlig situasjonsbilde og situasjonsforståelse</p> <p>Helsetjenestens krisestøtteverktøy må på en robust, trygg og enkel måte legger til rette for helsetjenestens samhandling med Forsvaret og andre sentrale aktører i totalforsvaret.</p> <p>Med grunnlag i evalueringen bør nødvendige tiltak iverksettes.</p>				
B 9	<p>Definisjoner og maler for rapportering</p> <p>Maler for rapportering i helsetjenesten må inneholde klare definisjoner / beskrive hva som menes med de enkelte rapporteringspunkt slik at det blir tilstrekkelig kvalitet i rapporteringen til å kunne sammenstille og oppdatere pålitelige situasjonsbilder og etablere en riktig situasjonsforståelse.</p> <p>Det bør iverksettes et arbeid for å definere hva det vil være viktig og nødvendig å rapportere på. På bakgrunn av dette må det utvikle definisjoner og beskrivelser for de enkelte rapporteringspunktene. Det må sikres at det er en enhetlig definisjon og forståelse av rapporteringspunkt og at rapportering får en kvalitet som gjør det mulig å ha felles oppdatert situasjonsbilde og som gir en situasjonsforståelse av status i helsetjenesten som er korrekt.</p> <p>Maler for rapportering av kapasitet, status på infrastruktur og materiell bør utvikles.</p> <p>Det må vektlegges å gjøre det så enkelt som mulig for helseforetak og kommuner å rapportere. Rapporter må kunne tilpasses det situasjonen krever og å gi informasjon som mottaker reelt har behov for. Unødig rapportering må unngås.</p>	<p>Helsesektoren skal ha maler for rapportering som gir en god situasjonsforståelse og enkelt å sammenstille</p>	<p>Helsedirektoratet har startet et pilot prosjekt sammen med RHF-midt</p> <p>Formålet med prosjektet er primært å gi et bedre grunnlag for de rapporteringer som blir iverksatt slik at ulike beslutningsnivå får dekket sitt kritiske informasjonsbehov for å kunne ta en kvalifisert beslutning. Sekundært er formålet å effektivisere rapporteringen slik at ressursbehovet ved rapportering og sammenstilling kan reduseres</p> <p>Rapport er utarbeidet</p>		<p>Helsedir Helse Midt</p>
B 10	<p>Gradert informasjon</p> <p>Det må sikres at sikkerhetsgradert informasjon raskt / uten unødig opphold kan resultere i nødvendig tiltak / handlinger i helseforetak og kommuner.</p> <p>Det må sikres at det er nødvendig sammenheng mellom SBS tiltak og beredskapsplaner i RHF, HF og kommuner.</p>	<p>Gradert informasjon skal uten opphold kunne formidles til sektoren på godkjent plattform eller gjennom en plan for avgradering</p>	<p>Helsedirektoratet skal fremskaffe adresser til de som kan motta begrenset informasjon</p> <p>Helsedirektoratet etablerer rutine for avgradering av informasjon til de som ikke har B- plattform</p> <p>SBS Helse er under ferdigstilling, ansvar HOD</p> <p>HOD fremskaffer oversikt over hvem som har graderte plattformer og implementering i sektoren</p> <p>Hver enkelt virksomhet må utarbeide planer for bruk av gradert kommunikasjon og systemer for internt å videreformidle informasjon i ugradert form</p>		<p>Helsedir Helseforetak Kommuner</p>

B 11	<p>Samhandling mellom Helseforetak og kommune</p> <p>Det må sikres at det er nødvendig samhandling mellom beredskaps / kriseledelsen i kommunene og helseforetakene. Dette innebærer blant annet at helseforetakene i større grad må involveres når fylkesmenn øver kriseberedskap i kommunene og at helseforetakene i større grad må involvere kommunene i sine øvelser. Med involvering menes i alle faser av øvelsene. Herunder planlegging, forberedelser, gjennomføring og evaluering / oppfølging. Det bør vurderes om personell som i det daglige arbeider med samhandling mellom kommuner og helseforetak i større grad bør brukes som rådgivere i kommunens kriseledelse og helseforetakenes beredskap / kriseledelse. Samhandling og øvelser skal være forankret og beskrevet i tjenesteavtale 11. (Ref. pkt. K4)</p>	Se B 4	<p>Intensjonen i læringspunktet bør inngå i planenes beskrivelser av samhandlingen mellom kommuner - LVS - AMK og HF, jf. B4.</p>		Helseforetak og kommuner
P 1	<p>Veileder for helsetjenestens organisering på skadested</p> <p>Sikre at veileder for helsetjenestens organisering på skadestedet er implementert i alle helseforetak. Herunder begreper, roller, ansvar, merking osv. Implementering av veilederen innebærer at alt prehospitalt personell har nødvendig kunnskap om innholdet i veilederen og at det er gjennomført opplæring / utsjekk, regelmessig re -trening og deltakelse i oppdrag og øvelser hvor veilederen brukes. (Ref. pkt. K3)</p>	<p>Det skal være gjennomført kontinuerlig opplæring for de som vil inngå i rollen som ILH eller MLH</p>	<p>Helsedirektoratet har ved revisjon publisert 24.8.20 sørget for at Forsvaret er skrevet inn. veilederen at Forsvaret skrives inn. Ved bistand er betegnelsen "leder forsvaret" (LF) i ILKO</p> <p>Alle helseforetak med ansvar for prehospitaltjenester skal ha gjennomført opplæring for personell som vil ha funksjon som ILH og MLH i en hendelse. Helseforetak må invitere andre i sektoren til å delta på opplæring, som for eksempel vaktleger i kommunene. Vaktleger må være forberedt og kunne ta rollen som medisinsk leder helse.</p> <p>Endringer må implementeres i sektorens plandokumenter</p>		Hdir Utført
P 2	<p>Innsatsleder Helse og Medisinsk Leder Helse</p> <p>Etablere ordninger i alle helseforetak som sikrer at det er personell tilgjengelig som kan fylle rollen som Innsatsleder Helse (ILH) og Medisinsk Leder Helse (MLH) samt andre lederfunksjoner i masseskadesituasjoner i samsvar med håndbok for redningstjenesten og veileder for helsetjenestens organisering på skadested. Sikre at helsetjenestens ledere på skadestedet har gode kunnskaper og ferdigheter i samvirke med Forsvaret, andre nødetater og forsterkningsressurser.</p>	Se pkt P 1	<p>Alle helseforetak med ansvar for prehospitaltjenester skal ha gjennomført opplæring for personell som vil ha funksjon som ILH og MLH i en hendelse. Helseforetak må invitere andre i sektoren til å delta på opplæring, som for eksempel vaktleger i kommunene.</p> <p>Vaktleger må være forberedt og kunne ta rollen som medisinsk leder helse.</p> <p>Endringer må implementeres i sektorens plandokumenter</p>		Helseforetak og kommuner

	Tilgjengelighet og kompetanse på IL og MLH skal dokumenteres, rapporters og følges opp med nødvendige tilsyn.				
P 3	<p>Veileder for masseskadetriage</p> <p>Sikre at veileder for masseskadetriage er implementert i de prehospitale tjenestene i alle helseforetak.</p> <p>Det betyr at alt helsepersonell i de prehospitale tjenestene skal kunne arbeide i samsvar med veileder for masseskadetriage og kunne samhandle med Forsvaret og andre ressurser i masseskadesituasjoner.</p> <p>Sammenhengen mellom veileder for masseskadetriage, nasjonal PLIVO prosedyre og faglige retningslinje for håndtering av CBRNE - hendelser med personskade må vektlegges. Nødvendig opplæring, regelmessig re -trening og øvelser bør gjennomføres. (Ref. pkt. F5)</p>	Endringer i veilederen blir implementert i sektoren	<p>Veilederen, som er publisert i revidert utgave 24.08.20 må inn i opplæringsplaner i sektoren</p> <p>Implementeringsplan utarbeides av gruppen akuttmedisin og legevakt</p> <p>Veilederen må inngå i revidering av opplæringsplaner og implementeres</p>		Helseforetak og kommuner
P 4	<p>Involvering i øvelser</p> <p>Helseforetak og kommuner må bidra til at Forsvaret involveres i planlegging, forberedelse, gjennomføring og oppfølging av øvelser hvor det er naturlig at Forsvaret og andre aktører i totalforsvaret bør involveres. (Ref. pkt. F14, B6, FR3 og S8)</p>	Helsesektoren har årshjul som viser øvelsesplaner internt og sektor / etatsovergrepene	<p>Jf. Også B6</p> <p>Helseforetak og kommuner beskriver i sine tjenesteavtaler om beredskapssamarbeid om hva som skal foregå av årlige øvelser i samarbeid med samarbeidene etater</p> <p>Før eksempel</p> <ul style="list-style-type: none"> - stabs og kriseledelse table top - live- øvelser med deltagelse i hele den akuttmedisinske kjede i samarbeid med andre etater 		Helseforetak og kommuner
P 5	<p>Liaisoner fra Forsvaret i AMK sentraler (AMK liaison)</p> <p>Det må utvikles nasjonale og lokale planer, prosedyrer og rutiner for liaisoner fra Forsvaret i alle AMK sentraler.</p> <p>Forsvaret må i samarbeid med RHF- ene sikre at det er personell med nødvendig kompetanse tilgjengelig for å dekke funksjonen som AMK liaison ved AMK sentralene. Under øvelsen ble det gjort gode erfaringer med liaisoner fra Forsvaret i AMK sentraler. Dette bør følges opp!</p> <p>AMK liaisoner må kunne bidra til at sivil og militær helsetjeneste samarbeider om å ivareta både militære og sivile pasienter på en effektiv, samordnet og sikker måte.</p> <p>Det bør stilles krav til responstid for når Liaisoner fra Forsvaret skal kunne være på plass i AMK sentralene.</p> <p>Det må også være tilgjengelig nødvendig teknisk utstyr som legger til rette for at AMK</p>	<p>Ved hendelser med tverrsektoriell bistand fra Forsvaret skal liaison fra Forsvaret etableres ved AMK-sentralen i aktuelt distrikt.</p> <p>Ved nasjonale hendelser etableres liaison fra Forsvaret hos Helsedirektoratet</p>	<p>På grunnlag av omforent evakueringskonsept skrives rollen inn i aktuelle plandokumenter.</p> <p>Konseptbeskrivelsen om siv.mil evakueringskjede legges frem for Helseberedskapsrådet i høst</p> <p>AMK- sentralene beskriver rollen inn i sine kriseplaner og sørger for nødvendig mottak og fasiliteter for liaisonfunksjonen</p>		Helsedir Helseforetak Kommuner

	liaisonene kan fylle sin funksjon på en god måte. Om nødvendig må det foretas bygningsmessig tilrettelegging. Alt personell i AMK sentralene skal være godt kjent med totalforsvaret, samhandling med Forsvaret og AMK liaisonene sin rolle og funksjon. Funksjonen som AMK liaison bør regelmessig øves i samarbeid mellom Forsvaret og helseforetak. (Ref. pkt. F8)				
P 6	ID kort som aksepteres som legitimasjon Innføre enhetlig ID kort for helsepersonell som Forsvaret og Politiet aksepterer som legitimasjon (Ref. pkt. K9)		Anbefales ikke gjennomført Begrunnelse: Alt helsepersonell har ID- kort utstedt av arbeidsgiver, men ikke offisielt nasjonalt godkjent Innføring av et nytt ID kort ansees som ikke formålstjenlig		Utgår
P 7	Planer for kapasitetsøkning og utholdenhet Alle helseforetak med ansvar for prehospitaltjenester må ha planer for kapasitetsøkning og utholdenhet over tid som inkluderer væpnet konflikt / krig.	Helsetjenesten skal ha planer for personelldisposisjon til å håndtere langvarige hendelser	I alles planverk må det beskrives hvordan man ved store og tidskrevende hendelser dimensjonerer beredskapsressurser, krisestaber og utarbeider turnuser over tid Kontinuitetsplanlegging (se veilederen til DSB)		Helsedir Helseforetak Kommuner
P 8	Oversikt over utstyr Helseforetak med ansvar for prehospitaltjenester har oversikt over tilgjengelig utstyr som er nødvendig for å håndtere masseskadesituasjoner. Herunder utstyr for å forebygge hypotermi. Utstyr og materiell må være samordnet mellom sivil helsetjeneste og Forsvaret.	Helsetjenesten skal ha planer for lagring og forsyning til å håndtere langvarige hendelser med masseskader	Alle helseforetak med ansvar for prehospitaltjenester må i sitt planverk beskrive hvordan de kan oppnå kapasitetsøkning gjennom egen forsyning og logistikk. Kartlegge med samarbeidende etater og organisasjoner hva som er av kapasiteter og hvordan dette kan anskaffes ved større hendelser Helsedirektoratet sammen RHF-ene og Forsvaret utreder felles innkjøp og lager ordning		Helseforetak Kommuner Forsvaret
P 9	Enhetlig system for merking og dokumentasjon Det må utvikles og implementeres et enhetlig system for merking av skadde / triage og dokumentasjon. Merking og dokumentasjon må være samordnet mellom sivil helsetjeneste og Forsvaret. Merkingen må være godt egnet til bruk under alle forhold også når pasientene er pakket inn for å unngå varmetap. Aktuelle veiledere, reglementer og prosedyrer må oppdateres slik at merking og dokumentasjon av pasienter i evakueringskjeden blir enhetlig og felles for sivil helsetjeneste og sanitet i Forsvaret. (Ref. pkt. F6)		Samme som pkt F 6 Begrunnelse: Rapporten som danner grunnlaget for revidering av veileder for masskadetriage, omtaler bruk av merkeutstyr. I løpet av de siste 20 årene har man i økende grad stilt spørsmål ved bruk av merkeutstyr ved masseskadehendelser faktisk har en gevinst. De få studiene som har beskrevet bruk av merkeutstyr peker i retning av at merkeutstyr er lite brukt ved reelle hendelser. Eksempler: Ved flystyrt ved Schipol i 2009 var det bare 12% av pasientene som ble merket med triageringslapper til tross for at nasjonale retningslinjer anbefalte bruk av merkeutstyr. Det ble heller ikke brukt merkeutstyr ved Utøya 22. juli Ved terrorbombingen i Madrid 2004 hverken brukt standardisert systemer for masseskadetriage eller merkeutstyr. Dette til tross for at bruk av merkeutstyr var velkjent i ambulansetjenesten, og vært brukt i øvelse fra 1990 Det er ikke tilstrekkelig grunnlag for at merkeutstyr skal være obligatorisk del av håndtering av masseskadehendelse.		Utgår
P 10	Samhandling mellom PECC /sanitets-.celle i HV og AMK sentralene	Det skal etableres direktekontakt mellom Forsvaret og AMK-	Samme som F12 Løsning for dette er beskrevet inn i evakueringskonseptet		Forsvaret

	<p>Det må sikres at AMK sentralene kan samhandle med PECC i Hæren og sanitetsceller i Heimevernet. Dette inkluderer også samhandling i nødnett.</p> <p>Samhandlingen skal være slik at den fører til rask, effektiv, sikker og godt samordnet helsehjelp til sivile og militære pasienter. I de situasjoner hvor det er formålstjenlig må også kommunenes LV sentral kunne være en del av samhandlingen. (Ref. pkt. F11)</p>	<p>sentralen gjennom nødnett eller liaison fra Forsvaret ved hendelser der Forsvaret opererer.</p>	<p>Hensikten er at AMK- sentralen får en situasjonsforståelse til å bygge opp tilstrekkelig evakueringskapasiteter og samhandling innad i helsesektoren</p>		
P 11	<p>Prehospitale utrykningsteam – prehospitalt helsepersonell</p> <p>Det bør vurderes å utvikle nasjonale planer, prosedyrer og rutiner som beskriver standardiserte team av prehospitalt helsepersonell som kan sendes ut til skadested. Noen faktorer som bør beskrives er: Sammensetting av team, krav til kompetanse, utstyr, øvelser m.m.</p> <p>Det bør fastsettes tidskrav og kriterier for antall team i hvert helseforetak.</p> <p>Teamene bør kunne være en ressurs i ansvarsområdet til eget helseforetak, regionalt og nasjonalt</p> <p>Prehospitale utrykningsteam bør kunne samarbeide med Forsvaret, være mobile og kunne arbeide på skadested over tid. De må også kunne samhandle med helsepersonell fra kommunen og andre ressurser på skadestedet.</p>		<p>Helsedirektoratet drøfter med de regionale beredskapssjefer Sees i sammenheng med evaluering av EMT og helseteam.</p> <p>Det synes ikke hensiktsmessig med etablering av et ekstra team utover det som i dag finnes. De som er i et team må også erstattes på sykehuset.</p>		<p>Helsedir Samarbeid med RHF-ene</p>
P 12	<p>Kompetanse i bruk av nødnett</p> <p>Alt helsepersonell i de prehospitale tjenestene i Helseforetakene må kunne bruke riktig talegruppe i Nødnett for samvirke med Forsvaret og forsterkningsressurser. (Ref. pkt. F11 og FR1)</p>	<p>Alle nødnett brukere skal ha gjennomført obligatorisk opplæring iht nivå 1 og 2</p>	<p>Helseforetak og kommuner som har helsepersonell i vaktberedskap skal sørge for at alle som er nødnett brukere skal ha gjennomført obligatorisk opplæring i bruk av nødnett. Opplæringen skal inkludere hvilke rutiner og talegrupper som brukes i samvirke med andre forsterkningsressurser og etater</p> <p>Lokale instruktører er tilgjengelig i primær og spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Følges opp gjennom dialog og naturlige arenaer i sektoren</p>		<p>Helseforetak Kommuner</p>
P 13	<p>Nasjonalt evakuering og behandlingskonsept</p> <p>Nasjonalt evakuering og behandlingskonsept må videreutvikles, ferdigstilles og implementeres. Konseptet bør utvides til også å omhandle sykehus / hele evakuering og behandlingsskjeden.</p> <p>Ferdigstilling og implementering må være samordnet mellom sivil helsetjeneste og Forsvaret, samt andre aktører som omhandles i konseptet.</p>	<p>Konseptet "Evne til å håndtere masseskader" skal implementeres og beskrives i sektorens opplæringsplaner</p>	<p>Utarbeide en plan for implementering av konseptet</p>		<p>Helsedir</p>

S 1	<p>Kompetanse – Håndtering av krigsskader</p> <p>Kurset / fagdag i håndtering av krigsskader som ble gjennomført på NHØ18 2018 må videreutvikles og bli en obligatorisk del av kompetanseutvikling / traumetrening for alle sykehus som skal kunne håndtere pasienter med krigsskader</p> <p>Det må bli krav til at personell som inngår i mottak og behandling av krigsskader har gjennomgått kurset / fagdagen.</p> <p>Kurset / Fagdagen i håndtering av krigsskader planlegges og gjennomføres i samarbeid mellom helseforetak, Forsvaret og kompetansesenteret for traumatologi.</p>		<p>Alle kirurger og anestesileger har under spesialisering kurs i krigsskadekirurgi i regi av Forsvaret</p> <p>Om annet personell skal inneha kompetanse på dette området må vurderes, om så være en del av kompetanseheving innenfor hvert HF</p>		Helseforetak
S 2	<p>Avklare krav til traumesystemet</p> <p>Helsetjenesten og Forsvaret må sammen avklare hvilke krav som skal legges til grunn for helsetjenestens traumeberedskap ved væpnet konflikt / krig.</p> <p>Det må avklares om det er behov for å videreutvikle traumesystemet for å møte NATO / Forsvarets krav til helsetjenester i væpnet konflikt / krig.</p> <p>Herunder må det avklares om det er nødvendig å etablere planer for bruk av mindre sykehus og om det er nødvendig å støtte disse sykehusene med fagpersonell i væpnet konflikt (herunder hybride hendelser) / krigssituasjoner. (Ref. pkt. F1)</p>		<p>Helsedirektoratet må drøfte denne saken med Forsvaret, RHF-ene og traumemiljøet.</p>		Helsedir Forsvaret RHF-ene
S 3	<p>Liaison fra Forsvaret i mottak (Sykehusliaison)</p> <p>Helseforetak må ha oppdaterte planer, prosedyrer og rutiner for hospital liaisonlag. Disse planene må være godt samordnet med Forsvaret.</p> <p>Funksjonen til hospital liaisonlag må være godt kjent av alt personell i akuttmottak og annet relevant personell på sykehuset.</p> <p>Liaisoner må være godt merket også med synlig merkevest når situasjonen krever det. På sykehusene må det være tilrettelagt for å kunne utføre funksjonen som sykehus Liaison. Dette inkluderer blant annet å kunne håndtere våpen på en forsvarlig måte. (Ref. pkt. F9)</p>	<p>Mal for funksjonen "Sykehusliaison" fra forsvar utarbeides for bruk i alle Helseforetak</p>	<p>Ref F 9</p> <p>Helsedirektoratet sammen med RHF-ene og Forsvaret (FSAN / HV) utarbeider en mal som inneholder de formelle krav iht lov og forskrifter.</p>		Helsedir Forsvaret RHF-ene
S 4	<p>Sikring / vakthold på sykehus</p> <p>Det må avklares og beskrives tydelig i planer hvem som bistår helseforetakene med sikring</p>	<p>Krise og beredskapsplaner i sektoren må beskrive ansvarsforholdet</p>	<p>Fiendtlige soldater er å betrakte som krigsfanger som det tilligger Forsvaret å ha ansvar for</p> <p>I hybride situasjoner hvor personer ikke kan knyttes opp mot stat eller <i>militær handling</i> tillegges ansvaret politiet</p>		Avklart

	når fiendtlige soldater og / eller personer som har utført hybride angrep er innlagt som pasienter.				
S 5	Planer for utstyr og materiell i væpnet konflikt / krig Alle helseforetak bør i dialog med Forsvaret fastsette krav til tilgjengelighet av nødvendig utstyr for å kunne håndtere pasienter med krigsskader. Planer for materiell og utstyr må kunne fungere i væpnet konflikt / krig. Dette inkluderer blant annet medikamenter, blod, engangsutstyr og operasjonsutstyr til alvorlige traumeskader / krigsskader.	Felles innkjøpsordninger for Forsvaret og helsetjenesten, regionale lagere for å dekke større hendelser, logistikk og sikker etterforsyning.	<i>Pågående prosjekt mellom Forsvaret og Sykehusinnkjøp HF. Arbeidet må gjøres sammen med de regionale helseforetak</i> <i>Det må vurderes hvor mye man skal dimensjoneres for – alternativt om det kan lages avtaler og planer for lagring å sikre support ved større hendelser</i>		Helsdir RHF- ene Forsvaret
S 6	Revisjon av planer for helseteam Rutiner og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam bør revideres, EMT ordningen og eventuelt andre utrykningsteam beskrives og inkluderes i samme dokument. Kravene til opplæring, forberedelse og utstyr til ulike typer utrykningsteam bør i stor grad harmoniseres slik at utpekte ressurser kan delta i flere ordninger uten at all opplæring mv må gjøres flere ganger.	Er under evaluering	Er under revidering og må vurderes sammen med utrykningsteam fra HF-er jf. Pkt P11		Hdir RHF- ene
S 7	Bruk av nasjonale helseteam nasjonalt Det bør utredes hvordan nasjonale helseteam kan brukes nasjonalt på best mulig måte. Det bør også utredes om alle helseforetak (sykehus) med akuttfunksjonen skal ha kirurgiske team som kan forsterke sykehus og helseinstitusjoner både i eget område og utenfor egen helseregion. Teamene må ha nødvendig kompetanse og utstyr til å kunne være en reel forsterkningsressurs. I NHØ 2018 ble det gjort gode erfaringer med å bruke helseteam for å forsterke mindre sykehus. Disse erfaringene bør vektlegges i utredningsarbeidet.	Er under evaluering	Som over		
S 8	Regelmessige øvelser Alle sykehus som skal motta traumepasienter bør regelmessig øve sammen med Forsvaret. Det innebærer blant annet at Forsvaret inviteres med på øvelser hvor det kan være nyttig å naturlig å øve sammen med Forsvaret og at Forsvaret inviterer Helseforetakene med	Sykehus med traumefunksjon bør utarbeide øvelsesplaner som inkluderer Forsvaret for å utarbeide øvelse scenario som kan være reelle ved større hendelser	Det bør utarbeides øvelsesplaner i et årshjul som tas opp i tverretatlige fora for å samordne og tilrettelegge øvelser hvor man i størst grad øver sammen.		Helseforetak Forsvaret

	på øvelser hvor det kan være gjensidig nytte å øve sammen. Erfaringer fra NHØ 2018 viser at planlegging og forberedelser til øvelser er av stor verdi for å videreutvikle god beredskap.				
K 1	Nødnett - kompetanse Sikre at alle leger og andre brukere av nødnett fra den kommunale legevakten kan bruke nødnettradio og samhandle i nødnettet i samsvar med reglementer og prosedyrer. Dette inkluderer: Opplæring / utsjekk, regelmessig re -trening og deltakelse i øvelser hvor nødnett brukes.	Alt personell som er brukere av nødnett skal ha gjennomført krav til opplæring.	Kommuner som har personell i vaktberedskap ref. akutforskriften skal ha gjennomført obligatorisk opplæring i bruk av nødnett og talegruppestruktur ved samvirke med bistandsressurser eller samvirke etater. Ref akutforskriften 8.1.2 Opplæring kan gjennomføres av lokale instruktører eller i samarbeid med prehospitaltjenester eller HDO Det bør inngå i et årshjul hvor opplæring regelmessig gjennomføres. (Kanskje før sommerferien da det erfares at det ankommer flere vikarer som er ukjente med bruk av nødnett)		Kommuner
K 2	Utrykning til skadested og utholdenhet. Sikre at alle ressurser som skal rykke ut fra kommunehelsetjenesten har robuste rutiner for raskt å komme seg ut på skadested og at de har personlig bekledning, merking og utstyr som gjør at de kan arbeide på skadested over tid også under vanskelige værforhold og krevende situasjoner.	Alt personell som er i vaktberedskap skal være forberedt på å delta i redningsaksjoner	Kommunen må i planverket sikre rutiner for personell som bistår i redningstjenesten har gjennomført nødnett opplæring og er trent. Sikre at utrykningspersonell har riktig bekledning for alle årstider og tilgjengelig utstyr og support for mange skader.		Kommuner
K 3	Veileder for helsetjenestens organisering på skadested Legevaktleger må kunne arbeide i samsvar med veileder for helsetjenestens organisering på skadested og kunne fylle rollen som Medisinsk Leder Helse (MLH). De må kunne samhandle nært med Innsatsleder Helse og andre ledere for helsetjenesten på skadestedet. Videre må de ha gode kunnskaper om samhandling med ledere fra Forsvaret og andre etater og organisasjoner i den samvirkende redningstjeneste. Kommunene må legge til rette for at legevaktleger deltar på opplæring / utsjekk, regelmessig re -trening og deltakelse i øvelser hvor veilederen legges til grunn.	Alle leger som deltar i vaktberedskap i kommunen skal ha opplæring for å kunne tiltre i rollene som MLH, som beskrives i veileder for helsetjenestens organisering på skadested.	Kommunen må i sine opplæringsplaner inkludere innhold fra veileder for helsetjenestens organisering på skadested og sørge for at vaktleger er innforstått med oppgaven som MLH og samarbeid med andre etater og forsterkningsressurser Veilederen er revidert		Kommuner
K 4	Samvirke og samhandling Helsepersonell fra kommunehelsetjenesten som vil være involvert i håndtering av masseskader må kunne samhandle med andre helseressurser i den akuttmedisinske kjede, andre nødetater, Forsvaret, Sivilforsvaret, frivillige org. og andre ressurser. Dette	Beredskap og kriseplaner i kommunen skal beskrive rutiner for samhandling i helsesektoren, samarbeidende etater og bistandsressurser ved store hendelser	Kommunen må utvikle krise og beredskapsplaner som omhandler samarbeid med helseforetaket ved masseskader. Planene må inneholde: Varsling, kommunikasjonslinjer og rapporteringer. Planlagte tiltak for evakuering (busser ol), utskrivninger fra pleieinstitusjon til hjemmet og mottak av utskrivningsklare pasienter. (tilstrekkelig sengekapasitet, utstyr, ansatte og kompetanse		Kommuner Helseforetak

	inkluderer at planer og prosedyrer må være samordnet og at helsepersonell fra kommunen deltar aktivt i planlegging, gjennomføring og oppfølging av øvelser. Samhandlingen mellom kommuner og helseforetak må forankres og følges opp med grunnlag i tjenesteavtale 11.		Pårørende senter og hvordan kommunen og helseforetak samordner opplysninger om pasienter og pårørende Det bør utarbeides en tydeligere beskrivelse og forventinger i tjenesteavtale 11.		
K 5	Egnede lokaler for å kunne håndtere masseskade Kommuner må ha egnede lokaler og utstyr for å håndtere masseskade. Dersom det er ambulerende legevakt hvor flere legekontorer skifter om å ha legevakt må det være et dedikert egnet lokale med tilstrekkelig utstyr som tas i bruk ved masseskadesituasjoner. Dette må være en del av kommunens beredskapsplan og være regelmessig brukt / øvet.	Kommunen skal i sitt planverk ha identifisert egnede lokaler for mottak og behandling av masseskader	I en masseskade situasjon vil det stilles tørre krav til lokaliteter. Kommunen må i sine planer dedikere lokaler som er egnet til å håndtere masseskade, evakuerte og pårørende. Planer for medisinsk utstyr, support og logistikk.		Kommuner
K 6	Mottak av pasienter som er utskrevet fra sykehus Kommunehelsetjenesten må kunne ta imot pasienter som skrives ut fra sykehuset i situasjoner hvor det er behov for å skaffe kapasitet på sykehusene for å ta seg av alvorlig / kritisk skadde pasienter. Dette må være en del av kommunenes og helseforetakenes beredskapsplaner og omhandle væpnet konflikt / krig. Planene må være samordnet med helseforetak, og de ressurser som kommunene må samhandle med og være tilstrekkelig øvet	Helseforetak og kommuner skal ha omforente planer og rutiner for allokering av pasienter for å oppnå hensiktsmessig kapasitetsøkning	Helseforetak og kommuner skal utarbeide samarbeidsplaner som beskriver varslings, kommunikasjon og koordinering. Kommunene må utarbeide planer for utskrivning av pasienter til hjemmet og hvordan de følges opp i en større krise.		Helseforetak Kommuner
K 7	Bidra til at pasienter ikke blir lagt inn på sykehus unødig Kommunehelsetjenesten må ha planer og rutiner for å øke kapasitet slik at de kan bidra til at pasienter som ikke har øyeblikkelig behov for sykehusinnleggelse blir håndtert i kommunehelsetjenesten. Dette for at sykehusene skal ha mest mulig kapasitet til å ivareta pasienter med alvorlig / livstruende skader. Disse planene må være en del av kommunens beredskapsplan og omhandle væpnet konflikt / krig. Planene må være godt kjent og bør øves.		Innleggelse på sykehus vil om nødvendig bli regulert gjennom prioriterte tiltak etter helseberedskapsloven ved en større krise.		Kommuner

K 8	<p>Kunnskaper og ferdigheter i håndtering av krigsskader</p> <p>Legevaktleger og andre ressurser fra kommune-helsetjenesten som deltar i pasienthåndtering i masseskadesituasjoner må ha kunnskaper og ferdigheter i håndtering av krigsskader.</p> <p>Personellet må også kunne arbeide i samsvar med veileder for masseskadetriage og kunne samhandle faglig med sanitetsressurser i Forsvaret, ressurser fra helseforetak, andre nødetater, frivillige organisasjoner, Sivilforsvaret osv.</p> <p>Dette innebærer blant annet at masseskadetriage, håndtering av krigsskader og samhandling i totalforsvaret må bli en obligatorisk del av opplæringen / kompetanseplaner for helsepersonell i kommunen.</p>		<p>Samme som S1</p> <p>Alle kirurger og anestesileger har under spesialisering kurs i kriskaskadekirurgi i regi av Forsvaret</p> <p>Personell med kompetanse på dette området vurderes uhensiktsmessig i forhold til pasientgrunnlag og vedlikehold av kompetanse</p>		Utgår
K 9	<p>ID – Kort som aksepteres som legitimasjon</p> <p>Innføre enhetlig ID kort for helsepersonell som Forsvaret og Politiet godkjenner som gyldig legitimasjon (Ref. pkt. P6)</p>		<p>Anbefales ikke gjennomført (samme som P6)</p> <p>Begrunnelse:</p> <p>Alt helsepersonell har ID- kort utstedt av arbeidsgiver, men ikke offisielt nasjonalt godkjent</p> <p>Innføring av et nytt ID kort ansees som arbeidskrevende, kostbart og ikke formålstjenlig</p>		Utgår
K 10	<p>Helhetlig evakuering og behandlingskonsept</p> <p>Alle kommuner må Implementere Helhetlig evakuering og behandlingskonsept når dette konseptet er ferdig revidert.</p>	<p>Konseptet "Evne til å håndtere masseskader" skal implementeres og beskrives i sektorens opplæringsplaner</p>	<p>Utarbeide en plan for implementering av konseptet</p>		Helsedir
L 1	<p>Dynamiske rutiner for bruk av militær / sivil luftambulans</p> <p>Det bør etableres dynamiske rutiner/prosedyrer for bruk av militære/sivile luftambulans. Disse bør inkludere at både AMK-LA, Forsvarets operative hovedkvarter, sivile og militære operatører, HRS og medisinske ledere, er involvert.</p>		<p>Punktene med LA- erfaringer drøftes i møte med RHF- ene om oppfølging og implementering</p> <p>Gjelder alle punktene L1 tom L9 som er initiert som oppfølgingspunkter av LA- tjenesten</p>		RHF LA- tjenesten
L 2	<p>Retningslinjer for bruk av militær luftambulans</p> <p>Bruk av Forsvarets militære luftressurser bør omtales i kommende revisjon av retningslinjer for bruk av luftambulans. Dette gjelder både bruk av og hvem som har ansvar for å koordinere innsats.</p>				
L 3	<p>Revisjon av flight following luftambulans</p> <p>Kjennskap og bruk av Forsvarets militære luftressurser, bør omtales i kommende revisjon</p>				

	av Modul 6 Koordinering og flight following av luftambulanshelikopter (KoKom).				
L 4	Rutiner for bruk av flere helikoptre under samme aksjon Etablere flyoperative rutiner for bruk av flere helikoptre under samme aksjon, (ref. The Helicopter Emergency Liaison Plan (HELP)) eller tilsvarende.				
L 5	Beredskapsplaner i helseforetak med ansvar for LA Lokale beredskapsplaner for helseforetak som har ansvar for ambulanshelikoptre, bør inneholde ansvar og oppgaver for denne ressursen og implementeres både for medisinsk og operativ besetning.				
L 6	Talegrupper i nødnett Nasjonal veileder for nødnett i helsetjenesten - nivå 2-prosedyre, IS-2754 kapittel 5.5.2 Samvirke med Forsvaret, bør beskrive hvilke talegrupper i nødnett uten geo-sperre skal benyttes i kommunikasjon med Forsvarets militære luftressurser og en instruks for frigi disse.				
L 7	Felles talegrupper for samarbeid under aksjoner Utrede bruk av felles talegruppe(r) for samarbeid mellom militære og politiets luftressurser på helseoppdrag opp mot AMK-LA.				
L 8	ISSI nummer for Forsvarets luftressurser i AMK – LA sentraler ISSI nummer i Forsvarets militære luftressurser (helikoptre og håndradio for besetningen) bør bekjentgjøres og legges inn AMK-LA sentraler.				
L 9	Tilgang til TransMobile nettbrett Det bør vurderes om TransMobile nettbrett bør være standard oppsett i Forsvarets militære luftressurser.				
FR 1	Samhandling i Nødnett Det må sikres at det blir etablert praksis at nødetatene bruker samvirke eller SAR talegrupper i Nødnett i alle situasjoner hvor nødetatene samhandler med Sivilforsvaret, frivillige organisasjoner og Forsvaret.	Alle brukere av nødnett skal være kjent med bruk av talegruppestruktur ved hendelser som krever samarbeid med andre etater og bistandsressurser	Sjekkes ut om samhandling er beskrevet i prosedyrer og hvordan det ivaretas gjennom opplæring. Om det er mangel på grunn av opplæring eller endring av prosedyrer ikke er gjort kjent		Hesedir

	Praksis med bruk av BAPS talegrupper i slike situasjoner må korrigeres. (Ref. pkt. F10 og P12)				
FR 2	Riktig bruk av Røde Kors og Sivilforsvaret i væpnet konflikt Røde Kors har regler som regulerer hvordan de skal forholde seg i væpnede konflikter. Blant annet kan ikke Røde Kors delta i arbeid på EPS dersom det er bevæpnet personell tilstede. Sivilforsvaret har også regler for hvordan de skal forholde seg i væpnede konflikter. Det er viktig at ledelsen i helseforetak, Kommunehelsetjenesten, Forsvaret og Politiet sørger for at alt personell i egen organisasjon er godt kjent med dette slik at Røde Kors og sivilforsvaret blir brukt på riktig måte ved væpnet konflikt / krig.	Helseinstitusjoner som mottar pasienter skal etablere EPS (evakuering og pårørendesenter) og skal være kjent med reguleringer ved bruk av humanitære bistandsressurser	Det finnes i dag klare regler for hva som er lov og ikke lov når en krig har brutt ut. Disse "spillereglene" heter internasjonal humanitær rett, og kalles også krigens folkerett. Disse er manifestert i det som heter Genèvekonvensjonene. Røde Kors skiller ikke mellom de stridende i krig, men hjelper og gir humanitær hjelp uansett hvilken nasjon, part eller religion du tilhører. Upartiskhet og nøytralitet er to av de viktigste prinsippene for Røde Kors. De bidrar til å gi oss tilgang til å hjelpe der det trengs aller mest når krig og konflikt raser som verst		Helseforetak Kommuner Forsvaret
FR 3	Involvering av forsterkningsressurser i øvelser Helseforetak og kommuner må sørge for å involvere Sivilforsvaret, Røde Kors, FORF / Norsk Folkehjelp og andre relevante organisasjoner i opplæring og øvelser som kan bidra til å styrke helsetjenestens evne til å fylle sin rolle i totalforsvaret. Involvering gjelder planlegging, forberedende aktiviteter, gjennomføring og evaluering / oppfølging etter øvelser.	Helseforetak og kommuner skal skrive inn i sitt planverk alle organisasjoner som vil være deltagende, og yte støtte i alle faser ved en større hendelse	Helseforetak og kommuner må identifisere og beskrive aktuelle bistandsressurser som vil være aktuelle å bruke ved stor hendelser, og skrive de inn i sitt planverk Som en del av totalforsvaret vil alle etater og bistandsressurser måtte bidra i felles innsats. De ulike etater og bistandsressurser sitter med ulik mengde og type utstyr. Det bør gjennomføres en kartlegging for å se en totalitet i dette, og som er kjent for alle.		Helseforetak Kommuner
FR 4	Videreutvikle samhandlingen med forsterkningsressursene Samhandlingen mellom Forsvaret, helseforetak, kommuner, forsterkningsressursene og andre sentrale resurser i totalforsvaret bør kontinuerlig videreutvikles både nasjonalt og lokalt. Samordning av rutiner, utstyr, planlegging og gjennomføring av øvelser, felles opplæringstiltak osv. vil være en viktig del av denne kontinuerlige videreutviklingen av samhandlingen for å være best mulig forberedt på å gi helsehjelp i væpnet konflikt / krig.		Samme som FR 3		
F 1	Krav til traumesystem Forsvaret må sammen med Helsedirektoratet avklare hvilke krav som skal legges til grunn for traumeberedskap i væpnet konflikt / krig. Det må avklares om det er behov for å videreutvikle traumesystemet / Nasjonal		Se pkt S2		Helsedir Forsvaret

	traumeplan for å møte NATO / Forsvarets krav til helsetjenester i væpnet konflikt. Herunder må det avklares om det er nødvendig å etablere planer for bruk av mindre sykehus og om det er nødvendig å støtte disse sykehusene med fagpersonell. (Ref. pkt. S2)				
F 2	Leder fra Forsvaret i Innsatsleder KO Det må fastsettes en benevnelse for den leder fra Forsvaret som skal inngå i Innsats Leder KO (IL-KO) samt for andre ledere fra Forsvaret som samhandler med ledere for helsetjenesten på skadested. Ledere fra Forsvaret må være tydelig merket med merkevest og ha nødvendige fullmakter Dette må beskrives i Forsvarets reglementer / direktiver og være samordnet med Håndbok for redningstjenesten og veileder for helsetjenestens organisering på skadested	Leder fra Forsvaret skal ha nødvendig kompetanse og bistå nødetatenes innsatsledere ved en hendelse som kreves koordinert innstas for å utnytte de samlede ressursene på mest hensiktsmessige og effektiv måte	Ved hendelser hvor Forsvaret skal samvirke med nødetatene skal kompetent personell inngå i innsatsledelsen som leder Forsvaret. Hensikten er å styrke den samlede innsatsen på en sikker og effektiv måte. Dette må beskrives i Forsvarets reglementer / direktiver og være samordnet med Håndbok for redningstjenesten og veileder for helsetjenestens organisering på skadested. Innarbeides i Forsvarets opplæringsplaner. Leder Forsvaret må være tydelig merket (vest), og skal bidra med: <ul style="list-style-type: none"> - Kartlegge og informere om aktiviteter på militær side som bidrar til sikkerhet for sivilt redningspersonell - Ha oversikt over skadeomfang på militært område - Koordinere militære evakueringsressurser - Bistå med å opprette møtepunkt / samleplass for "handover" til sivile evakueringsressurser 		Forsvaret
F 3	Kompetanse for ledere fra Forsvaret på skadested Forsvaret må sørge for at befal som vil kunne ha ansvar for å lede Forsvarets samhandling med nødetatene på ulike typer av skadested har nødvendig kompetanse til å kunne samhandle slik at militær og sivil helsetjeneste samhandler godt både organisatorisk og faglig. Om nødvendig må befal fra Forsvaret kunne dekke rollen som IL – Helse og MLH inntil sivil helsetjeneste overtar ledelsen av helsetjenesten på skadestedet.		Samme som F 2		
F 4	Oppdatering av reglementer og prosedyrer Forsvaret må sørge for at alle militære reglementer, prosedyrer osv. som omhandler samhandling mellom sivil og militær helsetjeneste er oppdatert og samstemt med sivile styrende dokumenter, herunder også beredskapsplaner. Gjennomgangen og videreutvikling av styrende dokumenter bør gjøres i samhandling mellom Helsedirektoratet og Forsvaret. Forsvaret må også kunne bistå sivil helsetjeneste i videreutvikling av veiledere prosedyrer o.l.	Forsvaret skal ha oppdaterte reglementer og prosedyrer, og være implementert i opplæringsplaner	Plandokumenter som er utarbeidet for å styrke det sivil – militære samarbeidet må implementeres gjennom opplæring. Revidering av planverk må kontinuerlig justeres i opplæringsplanene		Forsvaret

F 5	<p>Enhetlig triage</p> <p>Det må sikres at personell i Forsvaret og sivil helsepersonell gjennomfører triage på en enhetlig måte i samsvar med veileder for masseskadetriage.</p> <p>Dette må være godt innlært både på militær og sivil side og bør regelmessig bli øvet på felles øvelser (Ref. pkt. P3)</p>	<p>Sivil helsetjeneste og Forsvaret skal utføre masseskadetriage i henhold til masseskadeveilederen</p>	<p>Veileder for masseskadetriage er revidert og må inngå i Forsvaret og helsetjenestens opplæringsplaner for å få en enhetlig forståelse og praksis for håndtering av hendelser med masseskader.</p>		Forsvaret
F 6	<p>Enhetlig system for merking og dokumentasjon</p> <p>Det må utvikles og implementeres et enhetlig system for merking av skadde / triage og dokumentasjon.</p> <p>Merking og dokumentasjon må være samordnet mellom Forsvaret og sivil helsetjeneste.</p> <p>Merkingen må være godt egnet til bruk under alle forhold også når pasientene er pakket inn for å unngå varmetap. (Ref. pkt. P9)</p>		<p>Samme som P9</p> <p>Begrunnelse:</p> <p>Rapporten som danner grunnlaget for revidering av veileder for masskadetriage, omtaler bruk av merkeutstyr.</p> <p>I løpet av de siste 20 årene har man i økende grad stilt spørsmål ved bruk av merkeutstyr ved masseskadehendelser faktisk har en gevinst. De få studiene som har beskrevet bruk av merkeutstyr peker i retning av at merkeutstyr er lite brukt ved reelle hendelser.</p> <p>Eksempler:</p> <p>Ved flystyrt ved Schipol i 2009 var det bare 12% av pasientene som ble merket med triageringslapper til tross for at nasjonale retningslinjer anbefalte bruk av merkeutstyr.</p> <p>Det ble heller ikke brukt merkeutstyr ved Utøya 22. juli</p> <p>Ved terrorbombingen i Madrid 2004 hverken brukt standardisert systemer for masseskadetriage eller merkeutstyr.</p> <p>Dette til tross for at bruk av merkeutstyr var velkjent i ambulansetjenesten, og vært brukt i øvelse fra 1990</p> <p>Det er ikke tilstrekkelig grunnlag for at merkeutstyr skal være obligatorisk del av håndtering av masseskadehendelse.</p>		Utgår
F 7	<p>Faglig samordning og kompetanseutvikling</p> <p>Utstyr, kompetanse, rutiner o.l. bør i størst mulig grad være samordnet mellom Forsvaret og sivil helsetjeneste.</p> <p>Forsvaret må bidra til at det etableres og videreutvikles arenaer både nasjonalt og lokalt for faglig samhandling med sivil helsetjeneste.</p> <p>Forsvaret må bidra til overføring av kompetanse i håndtering av krigsskader slik at sivil helsetjeneste blir best mulig i stand til å støtte Forsvaret. Erfaringene med fagdagen i krigsskader i forkant av NHØ 2018 var svært gode og bør følges opp.</p>		<p>Mener det er opplyst om at Forsvaret bruker de sivile planene i stor grad. Kompetanse og opplæringsplaner bør kanskje bli mer samordnet??</p>		Forsvaret Helseforetak
F 8	<p>Liaisoner fra Forsvaret i AMK sentralene (AMK Liaisoner)</p> <p>Forsvaret må sikre at det er personell med nødvendig kompetanse tilgjengelig for å dekke funksjonen som AMK liaison ved alle AMK sentraler.</p>	<p>Forsvaret skal stille med kompetent liaison i AMK- sentraler ved hendelser der helsetjenesten og Forsvaret bistår hverandre</p>	<p>Helseforetak med AMK- funksjon skal være forberedt til å ta imot liaison fra Forsvaret ved hendelser som krever et tverrsektorielt samvirke.</p> <p>Planverket må inneholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varslingsveier - Mottak – tilganger - Innplassering og tilrettelegging <p>Liaisonen skal bidra til:</p>		Forsvaret Helseforetak

	<p>Forsvaret må bidra til at det utvikles nasjonale og lokale planer, prosedyrer og rutiner for liaisoner fra Forsvaret i alle AMK sentraler. AMK liaisoner må kunne bidra til at sivil og militær helsetjeneste samarbeider om å ivareta både militære og sivile pasienter på en effektiv, samordnet og mest mulig sikker måte. Det må også være tilgjengelig nødvendig teknisk utstyr som legger til rette for at AMK liaisonene kan fylle sin funksjon på en god måte. Funksjonen som AMK liaison bør regelmessig øves.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Opplysninger om militære aktiviteter og evakueringskapasiteter som bidrar til sivil ressursoppbygging og strategiske valg for evakuerings veier og kapasiteter - Oversikt over antall og type skader 		
F 9	<p>Liaison fra Forsvaret i mottak (Sykehusliaison) Forsvaret må sammen med aktuelle helseforetak sørge for at det er oppdaterte planer, prosedyrer og rutiner for Sykehusliaisonlag ved alle sykehus som skal kunne motta traumepasienter / skadde soldater. Det må innføres merkevest for sykehusliaisoner. Videre må det iverksettes tiltak for å sikre at funksjonen som liaison fra Forsvaret er en ordning som er godt kjent av alt helsepersonell i akuttmottaket og annet relevant personell på sykehuset. På sykehusene må det tilrettelegges for at sykehusliaisoner kan utføre sine oppgaver på en god måte. Funksjonen til sykehusliaisonlag bør regelmessig øves. (Ref. pkt. S3)</p>	<p>Mal for funksjonen "Sykehusliaison" fra forsvaret utarbeides for bruk i alle Helseforetak</p>	<p>Helsedirektoratet sammen med RHF-ene og Forsvaret (FSAN / HV) utarbeider en mal som inneholder de formelle krav iht. lov og forskrifter.</p>		<p>Forsvaret (HV) Helseforetak</p>
F 10	<p>Sanitetsberedskap ved garnisoner, flystasjoner og marinebaser Forsvaret må sørge for at det ved garnisoner, flystasjoner og marinebaser er etablert sanitetsressurser som kan ivareta pasienters behov for helsehjelp i påvente av at sivil helsepersonell får adgang til det militære området. Det må etableres planverk og prosedyrer for samvirke mellom Forsvaret og sivile nødetater som sikrer at nødetatene kan bistå Forsvaret med helsehjelp uten unødige forsinkelser. Dette inkluderer at det sikres at leder fra Forsvaret med nødvendige fullmakter raskt kan tiltre Innsatsleder KO.</p>	<p>Ved hendelser på militært område som krever bistand og innstas fra sivil helsetjeneste skal det være rutiner for mottak, tilgang og følgetjeneste for å forhindre forsinkelse i helsehjelp</p>	<p>Forsvaret må ha interne varsling og fullmakts rutiner som ikke forsinket helsehjelp til pasienter.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planer for varsling – inkluderer at de som bevakter innkjøringspunkter er kjent med at det kommer sivil ressurs, og hvem de kan kontakte for å få verifisert at ankomende ressurs skal ha tilgang. - Sørge for varsling og oppmøtested for eventuell følgebil som er kjent med hendelsessted 		<p>Forsvaret</p>

F 11	<p>Forsvaret i Nødnett</p> <p>Forsvaret må sammen med Helsedirektoratet, DSB og POD sikre at Forsvarets bruk av Nødnett blir omhandlet på en tydelig måte i Nasjonalt sambandsregelment og fleet map for bruk av Nødnett.</p> <p>Dette betyr at det må bli avklart hvilke talegrupper som skal brukes når helsetjenesten og de andre nødnettetater samhandler med Forsvaret.</p> <p>Forsvarets samhandling i nødnett med sivil helsetjeneste og andre sentrale aktører i totalforsvaret må regelmessig øves</p> <p>Ref P12 – FR1</p>	<p>Alle brukere av nødnett skal være kjent med bruk av talegruppestruktur og bruk ved hendelser som krever samarbeid med andre etater og bistandsressurser</p>	<p>Anskaffelser i Forsvaret må ivaretas tversektorielt og beskrives inn i aktuelle plandokumenter.</p> <p>Forsvarets må innlemmes i nødnettens talegruppestruktur</p>		<p>Forsvaret Helsedir DSB POD</p>
F 12	<p>Samhandling mellom PECC /san.celle i HV og AMK sentralene</p> <p>Det må utvikles tydelige planer og prosedyrer for samhandling mellom PECC / Sanitet celle i HV og AMK sentraler. Dette inkluderer også samhandling i nødnett.</p> <p>Planer og prosedyrer må være godt samordnet mellom Forsvaret og Helseforetakene.</p> <p>Prosedylene må være godt implementert og bør øves regelmessig.</p>	<p>Det skal etableres direktekontakt mellom Forsvaret og AMK-sentralen gjennom nødnett eller liaison fra Forsvaret ved hendelser der Forsvaret opererer.</p>	<p>Samme som P10</p> <p>Løsning for dette er beskrevet inn i evakueringskonseptet</p> <p>Hensikten er at AMK- sentralen får en situasjonsforståelse til å bygge opp tilstrekkelig evakueringskapasiteter og samhandling innad i helsesektoren</p>		<p>Forsvaret Helseforetak</p>
F 13	<p>Sikring / vaktthold på sykehus</p> <p>Når fiendtlige soldater og / eller personer som har utført hybride angrep er innlagt som pasienter på sykehus må det være tydelig avklart hvem som bistår Helsetjenesten med nødvendig vaktthold / sikring av sykehuset. Det må være avklart når dette er en oppgave for Politiet og når det er en oppgave for Forsvaret. Dette må komme tydelig frem i beredskapsplaner og være tilstrekkelig forutsigbart og omforent for alle involverte.</p>	<p>Forsvaret har ansvar for sikkerhet i helseinstitusjoner av fiendtlige soldater er innlagt.</p>	<p>Fiendtlige soldater er å betrakte som krigsfanger som tilligger forsvarer å ha ansvar for hybride situasjoner hvor personer ikke kan knyttes opp mot stat eller <i>militær handling</i> tilligger ansvaret politiet</p>		<p>Avklart</p>
F 14	<p>Involvering i øvelser</p> <p>Forsvaret må bidra til at sivil helsetjeneste og andre aktører involveres i planlegging, forberedelse, gjennomføring og oppfølging av øvelser hvor det er naturlig at helsetjenesten og andre aktører i totalforsvaret bør involveres.</p>	<p>Forsvaret inviterer helsetjenesten og samarbeidende etater i øvelser for å styrke totalforsvarskonseptet minst en gang pr år.</p>	<p>Forsvaret inviterer Helsetjenesten og andre aktører til planlegging, gjennomføring og oppfølging ved øvelser, med den hensikt å øve samhandling i planverket og styrke totalforsvaret</p> <p>Øvelsene kan være table top og live øvelser</p>		<p>Forsvaret</p>
F 15	<p>Ferdigstille Nasjonalt evakuering og behandlingskonsept</p> <p>Forsvaret må bidra aktivt i videreutviklingen og ferdigstilling av helhetlig evakuering og behandlingskonsept.</p>	<p>Evakuering av masseskader i et sivilt – militært samvirke skal inngå i opplæringsplaner og øves tverretattlig</p>	<p>Konseptet for evakuering av masseskader må inngå i opplæringsplaner og være gjenstand for øvelser.</p> <p>Varsling, ledelse, kommunikasjon, koordinering og samhandling ved pasient evakuering vil være viktige øvelsesmål.</p>		<p>Forsvaret</p>

	Når konseptet er ferdig videreutviklet og godkjent må Forsvaret iverksette nødvendige tiltak for at konseptet blir implementert i Forsvaret. Forsvaret bør bidra aktivt til at implementeringen i Forsvaret er godt samordnet med implementeringen i sivil helsetjeneste.				
CBRNE 1	Forebygge hypotermi i CBRNE situasjoner Utstyr for varmekonservering må være tilgjengelig og befinne seg langt framme i evakueringskjeden. Det må være personell og materiell tilgjengelig i ren sone som kan bidra til å hindre ytterligere nedkjøling, og bidra til evakuering. Alle helseforetak med ansvar for prehospitaltjenester må ha oversikt over nødvendig utstyr for varmekonservering og at dette utstyret er tilgjengelig. Dette gjelder også varmetelt. Telt bør også kunne brukes i andre situasjoner for å forebygge hypotermi hos pasienter. Varmetelt må kunne være på plass på et skadested relativt raskt sammen med annet utstyr som, tepper, bårer, varme infusjonsvesker osv. Risiko- og sårbarhetsvurderinger bør ligge til grunn for hvor teltene skal utplasseres. Innkjøp av telt bør organiseres nasjonalt. Både Forsvaret, Sivilforsvaret/DSB og CBRNE-senteret kan gi gode råd om kravspesifikasjoner basert på egne erfaringer med varmetelt. Det bør avklares om det er brann og redning eller helsetjenesten som skal ha ansvar for varmetelt.	Nasjonale faglige retningslinjer for håndtering av CBRNE hendelser må implementeres i helse helsektoren, og regionalt og lokalt ha planer for tverrsektorielt samarbeid.	Retningslinjer er beskrevet hvor det regionalt og lokalt må sørge for at rutiner for håndtering av slike hendelser må fremkomme i opplæringsplaner. CBRNE hendelser vil være svært ressurskrevende og betinger et samarbeid tverrsektorielt. Kartlegging av personell, utstyr og samordnede planer må øves CBRNE-ressurser og særskilte risikoobjekter mv. i den enkelte region bør drøftes i fylkesberedskapsrådet, eller i andre regionale beredskapsfora Her kan alle punktene sees under ett, og følges opp som beskrevet i veilederen		Helseforetak FM Kommuner Samarbeidende etater
CBRNE 2	Utstyr til rensing av pasienter Det bør raskt iverksettes et arbeid i regi av DSB og Helsedirektoratet med sikte på å få til en ordning hvor kommunale brann- og redningsvesen har utstyr og kompetanse til å rense pasienter på et skadested i tråd med gjeldende faglige retningslinjer. Dette inkluderer renseenheter med telt. Slik nødvendig videreutvikling av CBRNE-beredskapen må være godt koordinert mellom brann- og redningstjenesten og helsetjenesten.				

CBRNE 3	<p>Verneutstyr</p> <p>Alt innsatspersonell må ha tilstrekkelig beskyttelse og hensiktsmessig verneutstyr. Dette inkluderer legevaktleger og annet helsepersonell fra legevakter.</p> <p>Kommunene må sikre at relevant kommunalt helsepersonell har tilstrekkelig beskyttelse nødvendig verneutstyr og kompetanse til å kunne bruke verneutstyr på skadested og håndtere kontaminerte pasienter som oppsøker legevakten for helsehjelp</p>				
CBRNE 4	<p>Tilrettelegging på sykehus og større legevakter</p> <p>Alle sykehus med akuttmottaksfunksjon må, i tråd med nasjonale CBRNE retningslinjer, etablere systemer og infrastruktur som enkelt muliggjør å dekontaminere enkeltpasienter umiddelbart ved ankomst før de forflyttes inn i sykehuset.</p> <p>Ved større legevakter bør det også legges til rette for dekontaminering av pasienter.</p> <p>Mottak av pasienter fra CBRNE skadested bør øves både på sykehus og legevakter.</p>				
CBRNE 5	<p>Renseenheter fra Sivilforsvaret</p> <p>Renseenheter fra Sivilforsvaret kan ha en viktig oppgave med å bistå sykehusene under hendelser som strekker seg over flere timer. Denne beredskapen må innarbeides i planer ved det enkelte helseforetak og øves regelmessig.</p>				
CBRNE 6	<p>Implementering av nasjonale retningslinjer</p> <p>Kommuner og helseforetak må sikre at alt personell som skal kunne håndtere pasienter ved en CBRNE hendelse har kunnskaper om og kunne utføre sitt arbeid i henhold til «Nasjonal faglige retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade»</p> <p>Prehospitalt personell / personell som skal kunne rykke ut til skadested ved CBRNE hendelser skal i tillegg ha kunnskaper om og kunne arbeide i henhold til «Håndbok for nødetatene, Farlige stoffer- CBRNE».</p> <p>Dette innebærer at man må bruke tilgjengelig e-læring (f.eks. i NAKOS-portalen) og øve bruk av personlig beskyttelsesutstyr regelmessig.</p>				
CBRNE 7	<p>Kunnskap om tilgjengelige CBRNE ressurser</p>				

	<p>Forsvaret, kommuner, helseforetak og aktuell industrivirksomhet med beredskap mot farlig gods må kjenne til hverandres CBRNE-ressurser.</p> <p>Ressursene må kunne bistå hverandre på en god måte. Det bør stilles krav til samarbeid om ROS og beredskapsanalyser, utvikling av beredskapsplaner samt planlegging, gjennomføring og oppfølging av øvelser. Samtrening og øvelser må gjennomføres regelmessig.</p>				
CBRNE 8	<p>Ledelse av helsetjenesten på CBRNE skadested</p> <p>Det må sikres at alt personell som skal kunne fungere som Innsatsleder Helse, Medisinsk Leder Helse, og andre lederoppgaver for helsetjenesten på skadested har nødvendig kompetanse til å lede CBRNE skadested.</p>				
CBRNE 9	<p>Fra gradert informasjon til konkret handling</p> <p>Det må sikres at gradert informasjon om trusler som kan resultere i en CBRNE hendelse blir kommunisert på en slik måte at det raskt kan iverksettes nødvendige forberedelser/handlinger i kommuner og helseforetak. Dette innebærer at det må være sammenheng mellom SBS tiltak og beredskapsplaner i RHF, HF og kommuner.</p>				
CBRNE 10	<p>Rask deteksjon – identifisering av CBRNE hendelse</p> <p>Det er avgjørende at først ankomne klarer å identifisere om skadestedet omfatter CBRNE-agens. Dette bør i større grad vektlegges i opplæring og øvelser.</p>				
E 1	<p>Samhandling på EPS senter</p> <p>Frivillige organisasjoner som Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Norske Sanitetskvinner m.fl. er sammen med Siviltforsvaret viktige forsterkningsressurser for Kommunene i opprettelse og drift av evakuerte og pårørendesenter (EPS).</p> <p>Røde Kors har klare regler for nøytralitet og aksepterer ikke personell med våpen på EPS. Siviltforsvaret har også regler for hvordan de skal forholde seg i situasjoner hvor det er bevæpnet personell.</p>	<p>EPS som opprettes må være forhåndsdefinert, riktig størrelse og fasilitet beregnet for masseskadehendelse og mange pårørende. Planverket beskriver organisering og bemanning med bistand fra samarbeidspartnere</p>	<p>Politiet har ansvar for etablering av EPS. Helsetjenesten har et ansvar for å yte helsebistand og må ved planlegging av lokaliteter sørge for at lokalene er egnet til å ivareta ulike pasientgrupper, forpleining og opphold over tid</p> <p><i>Det finnes i dag klare regler for hva som er lov og ikke lov når en krig har brutt ut. Disse "spillereglene" heter internasjonal humanitær rett, og kalles også krigens folkerett. Disse er manifestert i det som heter Genèvekonvensjonene.</i></p> <p><i>Røde Kors skiller ikke mellom de stridende i krig, men hjelper og gir humanitær hjelp uansett hvilken nasjon, part eller religion du tilhører. Upartiskhet og nøytralitet er to av de viktigste prinsippene for Røde Kors. De bidrar til å gi oss tilgang til å hjelpe der det trengs aller mest når krig og konflikt raser som verst</i></p>		<p>FM Kommuner Helseforetak Politi Relevante bistandsressurser</p>

	Ledelsen i kommuner må legge til rette for god samhandling mellom alt personell som skal bistå på EPS sentre. Dette bør beskrives i planverk og øves				
E 2	<p>Veileder EPS</p> <p>Det må utvikles en veileder for etablering og drift av evakuerte og pårørendesenter i kommunene (EPS).</p> <p>Alternativt bør Helsedirektoratets veileder IS-2428 av 2016 om psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer revideres. Kapittel 6.3.4 som omtaler etterlatte og overlevende behov for EPS, er meget kortfattet.</p> <p>Veilederen må omhandle samhandling mellom EPS i Kommunen og pårørende senter i sykehus.</p> <p>Veilederen må gi klare anbefalinger og krav til lokaliteter, bemanning, forpleining og avklare roller og ansvar på EPS.</p> <p>Den må videre gi føringer for kompetanse, øvelser m.m. og gi eksempler på god etablering og drift av EPS sentre. Helsetjenestens samhandling med Politiet og forsterkningsressurser på EPS må også omhandles.</p> <p>Omtalen av etablering og drift, må være godt samordnet med omtale av psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer som gir føringer for den faglig oppfølging av evakuerte og pårørende.</p> <p>Ressurssentrene (RVTS) vil være viktige ressurser i arbeidet med å utvikle veilederen for etablering og drift av EPS</p> <p>Det må følges opp at veileder for etablering og drift av EPS og veileder om psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer blir godt implementert i alle kommuner</p>		Helsedirektoratet mener veilederen beskriver punktene som er berørt i dette kapittelet (E) Læringspunktene må beskrives inn i et planverk som er omforent i helsesektoren og med samarbeidende politiet, samarbeidende etater og frivillige organisasjoner		FM Kommuner Politiet Relevante bistandsressurser
E 3	<p>Øve etablering og drift av EPS</p> <p>Etablering og drift av EPS må regelmessig øves. Kommunen, helseforetak, Forsvaret, Politiet, forsterkningsressurser og andre aktuelle aktører i totalforsvaret må involveres i planlegging, gjennomføring og oppfølging av øvelsene. Ressurssentrene (RVTS) vil være viktige i dette arbeidet. (RVTS Øst var en ressurs i arbeidet med NHØ18 2018).</p>		Kommunen bør utarbeide planer for gjennomføring av øvelser i samarbeid med relevante bistandsressurser knyttet til opprettelse og drift av EPS- sentre		Kommuner Andre etater

E 4	<p>Samhandling mellom pårørende mottak på sykehus (PM) og evakuerte og pårørendesenter (EPS)</p> <p>Alle helseforetak skal som en del av sin beredskapsplan ha plan for etablering av pårørendemottak på sykehus.</p> <p>Oppgavefordelingen og samhandlingen mellom EPS i kommunen og pårørendemottak i sykehusene (Pm) må komme tydelig frem i beredskapsplanene.</p> <p>Samhandlingen mellom pårørendemottak på sykehus (PM) og Evakuerte og pårørende senter (EPS) bør øves</p>		<p>Etablere system for å kommunisere mellom Helseforetak og kommunene for å få en samlet oversikt over pårørende og evakuerte tilknyttet samme hendelse</p>		Helseforetak og kommuner
E 5	<p>EPS i egnede lokaler som kan brukes over tid</p> <p>Det må følges opp at den enkelte kommune / samarbeidende kommuner har planer om å etablere EPS i egnede lokaler som kan brukes som EPS over tid. Lokalitetene må egne seg til å kunne gi de rammede trygghet og nødvendig psykososial oppfølging. Skjerming fra Presse, nødvendig vakthold og registrering må kunne ivaretas. Evakuerte, pårørende, helsepersonell, Politi og hjelpepersonell må kunne forpleies. Alle evakuerte og pårørende må kunne gis nødvendig informasjon på en god måte.</p>		<p>Hendelseskommunen har det praktiske ansvaret for å opprette og drifte Evakuerte- og pårørendesenter. Selve driften gjennomføres i samarbeid med politiet</p> <p>Kommunen kartlegge og forhånds definere lokaliteter som er egnet i forhold til tilstrekkelig størrelse, fasiliteter og logistikk.</p>		FM Kommuner Politi
E 6	<p>Samarbeid mellom kommuner om EPS</p> <p>Kommuner må på en enkel måte kunne samarbeide om opprettelse og drift av EPS. Dette innebærer at kommunenes planer for EPS sentre må være samordnet og bygge på samme mal / standard (Ref. anbefaling om revidert / ny veileder for etablering og drift av EPS)</p> <p>Det må stilles krav til at kommuner i fellesskap skal kunne etablere tilstrekkelig kapasitet til å ivareta behov som kan oppstå for helsehjelp / oppfølging av evakuerte og pårørende ved større hendelser.</p>		<p>Mindre kommuner bør utarbeide samarbeidsavtaler og planer der det er nødvendig for å skape tilstrekkelig robusthet.</p>		FM Kommuner Politi
E 7	<p>Nasjonalt system for merking og registrering av evakuerte</p> <p>Det bør utvikles og implementeres et nasjonalt system for merking og registrering av evakuerte og pårørende. Dette må være enhetlig, enkelt og funksjonelt og være</p>	<p>Registrering er pålagt, men merking ansees som lite hensiktsmessig</p>	<p>Hendelseskommunen har det praktiske ansvaret for å opprette og drifte Evakuerte- og pårørendesenter. Selve driften gjennomføres i samarbeid med politiet</p> <p>Politiets har ansvar for oppgaver knyttet til mottak og registrering, vakthold og informasjon. Personell fra kommunen og andre organisasjoner kan bistå med gjennomføring av konkrete oppgaver. Beslutningen tas i samarbeid med kommunen hvor hendelsen har skjedd</p>		Helsedir

	samordnet med merking / registrering av skadde.				
E 8	Helsefaglig kompetanse Kommunene må sikre at kriseledelsen har nødvendig helsefaglige kompetanse til å forankre og følge opp virksomheten på EPS senter som en del av kommunens krisehåndtering. Det må også sikres at det er nødvendig helsefaglig kompetanse tilstede på EPS sentre.	Planverket skal beskrive minimum bemanning hvor helsefaglig kompetanse er fastsatt. Helsefaglig kompetanse skal være en del av kriseledelsen i kommunene.	Kommunen må sørge for helsefaglig kompetanse inngår i sin kriseberedskap		Kommunene