

HELSE MIDT-NORGE RHF
Postboks 464
7501 STJØRDAL

Deres ref.:
Vår ref.: 20/6042-1
Saksbehandler: Rune Arnesen
Dato: 24.02.2020

Evne til å håndtere masseskader - Høring

I tilknytning til totalsforsvarsprogrammet opprettet Helseberedskapsrådet et prosjekt som skulle ledes av Helsedirektoratet for å utarbeide et konsept for evakuering av masseskader i et sivilt – militært perspektiv.

Mandatet begrenser arbeidet til å se på evakueringskjeden fra et hendelsessted til mottakende sykehus eller helseinstitusjon.

Konseptet vil ikke gripe inn i sivile eller militære beredskapssystemer fordi prinsippene for samhandling er viktig og skal være kjent for innsatspersonell på sivil og militær side.

Konseptet har forhold seg til de gjeldende lover, forskrifter og plandokumenter for sivil redningstjeneste, samt veiledere og prosedyrer. Forsvarets reguleringer er gitt i doktriner og utredninger.

Prosjektet har vært ledet av Helsedirektoratet med deltagelse fra de Regionale Helseforetak, Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) og Forsvaret sanitet (FSAN).

Høringsinstansene bør spesielt se på:

- Varslingsrutiner
- Ledelse / liaisonfunksjon
- Samband og kommunikasjon
- Koordinering av evakueringskjeden fra usikre til sikre soner

Høringssvar sendes rune.arnesen@helsedir.no **innen 15. april 2020.**

Vennlig hilsen

Steinar Olsen e.f.
avdelingsdirektør

Rune Arnesen
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

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		Postboks 1445	8038 BODØ
Helse Sør-Øst RHF		Postboks 404	2303 HAMAR
HELSE VEST RHF		Postboks 303	4068 STAVANGER
Hovedredningssentralen Nord-Norge		Postboks 1016	8001 BODØ
Hovedredningssentralen Sør-Norge		Postboks 13	4097 SOLA
KS-KOMMUNESEKTORENS ORGANISASJON		Postboks 1378 Vika	0114 OSLO
LUFTAMBULANSETJENESTEN HF		Postboks 235	8001 BODØ
Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin		Oslo universitetssykehus HFUllevål SykehusPB 4956 Nydalen	0424 OSLO
Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS)		Postboks 4956 Nydalen	0424 OSLO
Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap - KoKom		Møllendalsbakken 9	5009 BERGEN
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin - NKLM		Postboks 22 Nygårdstangen	5838 BERGEN
Politidirektoratet		Postboks 8051 Dep	0031 OSLO

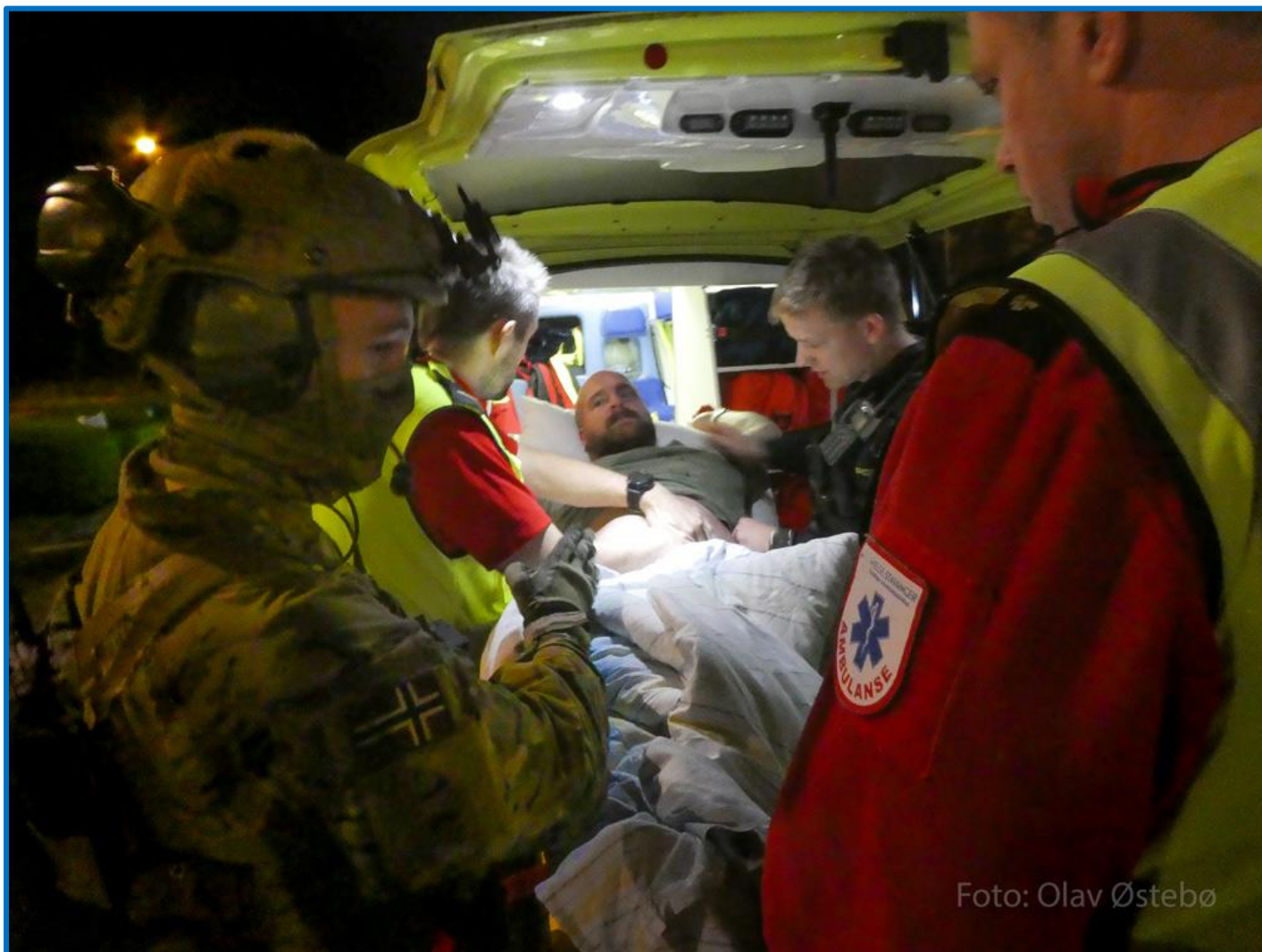


Foto: Olav Østebø

Evne til å håndtere masseskader

Sivilt – militært samarbeid

Konsept som beskriver samhandling mellom sivile og militære helseressurser om evakuering av pasienter fra et hendelsessted til mottakende sykehus eller helseinstitusjon

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	5
OPPDRAg	6
1. KONSEPTETS OMFANG	8
1.1 Begrensinger	8
2. LOVER, FORSKRIFTER, FAGLIGE FØRINGER OG RAMMEBETINGELSER	10
2.1 Lover, forskrifter og veiledere	10
2.2 Sivil organisering av innsats og skadested i sikker sone	11
2.3 Håndtering av masseskader	13
2.4 Triagering	14
2.5 Triageringsprinsipper	15
2.6 Fordeling av pasienter	16
2.7 CBRNE-hendelse med personskade	17
2.8 Evakueringskapabiliteter	18
2.9 Landevakuering	20
2.10 Maritim evakuering	20

INNHold

2.11	Luftevakuering	20
3.	ULIKE SCENARIO OG ANSVARSDDELING I ET SIVILT- MILITÆRT SAMARBEID	22
3.1	Store ulykker og Naturkatastrofer	23
3.2	Hybride trusler, Terror og sikkerhetspolitisk krise	24
3.3	Væpnet konflikt eller Krig	24
4.	SIVIL- MILITÆR KOORDINERING VED MASSESKADER	25
5.	LEDELSE OG KOORDINERING	28
5.1	Nasjonalt nivå	28
5.2	Regionalt nivå	29
5.3	Lokalt nivå	30
6.	SAMBAND OG KOMMUNIKASJON	32
7.	BRUK AV LIAISONER	34
7.1	Liaisoner mellom Helsedirektoratet – Forsvarets Operative Hovedkvarter	34
7.2	AMK- liaisoner fra Forsvaret	34
8.	BESKRIVELSE AV EVAKUERINGS- KAPASITETER	35

8.1	Dimensjonerende faktorer	36
8.2	Sivile kapasiteter	36
8.3	Spesialisthelsetjenesten	36
8.4	Primærhelsetjenesten	37
8.5	DSB, brannvesen og sivilforsvar	38
8.6	Militære kapasiteter	38
8.7	Forsvarets styrker	38
8.8	Allierte styrker	39
8.9	Forsvarets sanitet i Heimevernet	39
9.	REFERANSER	41

INNLEDNING

Helseberedskapsrådet arbeider for å fremme helseberedskapen i Norge i fred, krise og krig. For å sikre helsetjenester til hele befolkningen kreves et godt samarbeid på tvers av ulike sektorer.

NATO har vedtatt syv grunnleggende forventninger til medlemslandene om økt motstandsdyktighet i samfunnskritiske funksjoner.

Totalforsvarsprogrammet har sammenheng med et endret sikkerhetspolitisk bilde og går ut på å støtte og samarbeid mellom Forsvaret og det sivile samfunn i hele krisespekteret fra fred via sikkerhetspolitisk krise til krig.

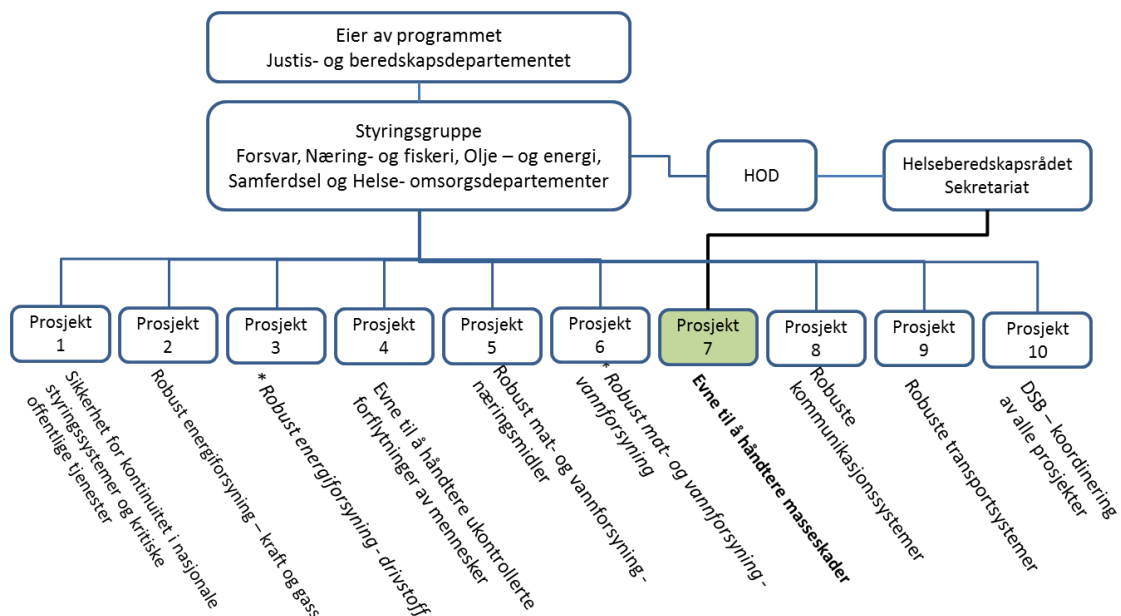
Justis- og beredskapsdepartementet har etablert en styringsgruppe med representanter fra Forsvarsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Formålet med totalforsvarsprogrammet er todelt:

- a) å videreutvikle et totalforsvar som er tilpasset nye utfordringer, rammebetingelser og forutsetninger innen utgangen av 2020, samt
- b) å styrke robustheten i samfunnskritiske funksjoner for å øke samfunnets motstandsdyktighet mot kriser

OPPDRA

Totalforsvarsprogrammets 10 prosjekter er ledet av DSB. Prosjekteier for hele totalforsvarsprogrammet er Justisdepartementet. Prosjekt 7 – «Evne til å håndtere masseskader» blir ledet av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet rapporterer til Helseberedskapsrådets sekretariat, som rapporterer videre til Helse- og omsorgsdepartementet. HOD er prosjekteier for totalforsvarsprogrammets prosjekt 7. Det vises til Meld. St.10 (2016-2017) Risiko i et trygt samfunn, Samfunnssikkerhet og Prop. 151 S (2015-2016) Kampkraft og bærekraft, Langtidsplan for forsvaret.



Figur 1 fremstiller totalforsvarsprogrammet visuelt.

OPPDRA

Formålet for prosjekt 7 er å utvikle et helhetlig konsept for medisinsk evakuering av masseskader i fred, krise og krig. Prosjektgruppens mål er å beskrive et sivil-militært samarbeid og hvorledes samfunnets evne til å håndtere masseskader ved en helhetlig behandling kan styrkes, og hvorledes evakueringskjeden av masseskader fra skadested frem til sykehus bør fungere.

Utredningen baserer seg på sivile og militære planforutsetninger med det formål å sikre at sivile helseressurser og operative militære enheter samvirker og fremstår som en enhetlig og helhetlig tjeneste. I grenselandet mellom krise og krig vil en væpnet konflikt medføre et broket bilde med fredelige forhold og væpnede aksjoner uten klare skillelinjer. Med den følge at militære og sivile helseressurser til dels kan måtte operere i overlappende områder.

Forsvaret har en egen sanitetstjeneste med begrensede ressurser, og er avhengig av at sektorene samvirker for å sikre en helhetlig medisinsk evakuerings- og behandlingskjede fra skadested og frem til behandling på sykehus i Norge.

Deltagere i prosjektgruppen

Rune Rimstad, Helse Sør- Øst RHF (Oslo Universitetssykehus)

Jan Willassen, Helse Sør- Øst RHF (Sykehuset Innlandet HF)

Gunnar Watn, Helse Midt Norge RHF

Guttorm Brattebø, Helse Vest RHF

Oddvar Larsen, Helse Nord RHF

Roger N. Pedersen, Forsvarets operative hovedkvarter (FOH)

Reidun Gussiås, FSAN

Rune Arnesen, Helsedirektoratet

Bjørn Jarle Wiger, Helsedirektoratet

Audun Nygaard, Helsedirektoratet

1. KONSEPTETS OMFANG

Konseptutredningen beskriver og vurderer hvordan et sivilt militært samvirke skal fungere for å ivareta en helhetlig og forsvarlig evakueringskjede på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå i fred, krise og i krig. Ledelse, koordinering og kommunikasjon i alle ledd av en operasjon mellom sivile og militære aktører vil være helt avgjørende for å oppnå en sammenhengende evakueringskjede. Liaisonfunksjoner er viktige for å ivareta informasjon og kommunikasjon i alle ledd. Ansvar, rolle og funksjon blir beskrevet i dokumentet.

Konseptet skal beskrive:

1. Ledelse og kommunikasjonslinjer på strategisk, operasjonelt og taktisk nivå.
2. Systemer for å ivareta kommunikasjon mellom sivile og militære ressurser
3. Liaisonfunksjon mellom helsetjenesten og Forsvaret
4. Avklare begrensninger ved bruk av sivile helseressurser innenfor usikret/militær sone
5. Kapasiteter for evakuering, herunder håndtering av CBRNE- situasjoner med personskader
6. Vektlegge optimal utnyttelse av de totale ressurser
7. Synliggjøre begrensninger og nødvendige prioriteringer

1.1 Begrensinger

Konseptet begrenser seg til å beskrive evakueringskjeden for masseskader fra et hendelsessted til mottakende sykehus eller helseinstitusjon. Ressursallokering mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er ikke omtalt da det forutsettes å foreligge beredskapsavtaler og tjenesteavtaler mellom helseforetak og kommuner om frigjøring av kapasiteter i en krise.

Prosjektet skal utrede bruk av samband og sambandsreglement i et sivil- militært samarbeid, men ikke robustheten i den tekniske infrastrukturen.

Prosjektet skal ikke beskrive evakuering av helseinstitusjoner eller helsetjenester til befolkningen i en situasjon med ukontrollerte forflytninger av mennesker.

Helsetjeneste til sivile i konfliktområder som ikke omfattes av masseskade blir ikke omtalt i dette prosjektet.

Konseptet vil ikke gripe inn i sivil beredskapssystem (SBS) eller beredskapssystem for forsvaret (BFF). Konseptet vil forholde seg til en evakueringskjede basert på de kjente prinsipper i den

sivile redningstjeneste og beredskapsplaner, samt Forsvarets doktriner og konseptutredninger. Konseptet vil ikke omhandle systemer for Forsvarets medisinske styrkebeskyttelse.

Konseptet inneholder ikke beskrivelse av sykehusenes interne prioriteringer, eller ressursallokering mellom sykehus. Ved større hendelser i landet vil sykehusenes håndtering være i henhold til gjeldende planverk.

2. LOVER, FORSKRIFTER, FAGLIGE FØRINGER OG RAMMEBETINGELSER

2.1 Lover, forskrifter og veiledere

Justis- og beredskapsdepartementet har det overordnede ansvar for politi- og lensmannsetaten og etatsstyringsansvaret av Politidirektoratet. Politiet skal beskytte person og eiendom, og skal verne om lovlig virksomhet, og opprettholde orden og sikkerhet, alene eller med andre myndigheter. Videre skal politiet verne om alt som truer den alminnelige trygghet i samfunnet i fred, krise, krig eller der krig truer. Politiet vil utøve sine oppgaver under en væpnet konflikt og under okkupasjon selv om det i slike situasjoner vil være krevende å beskytte personer og opprettholde ro og orden i tillegg til å håndtere kriminalitet som knytter seg til den væpnede konflikten.

Forsvaret har ansvar for å håndtere et væpnet angrep på Norge og verne staten mot ytre fiender. Hvilke myndigheter de militære styrker har beror på hva som er gitt av regjeringen.

Organisasjonsplan for redningstjenesten er fastsatt med hjemmel i Lov om politiet (politiloven) § 27, og nærmere regulert i kgl.res. 19. juni 2015. I regi av Justis- og beredskapsdepartementet er det iverksatt en rekke detaljerte instruksjoner om hovedredningssentraler og lokale redningssentraler.

Redningstjenesten koordineres administrativt av Justis- og beredskapsdepartementet og omfatter land-, sjø- og luftredningstjeneste. Den utøves som et samvirke under ledelse av to hovedredningssentraler (HRS) med underordnede lokale redningssentraler (LRS), en i hvert politidistrikt i tillegg til Sysselmannen på Svalbard, ref Redningshåndboken

Helseberedskapsloven skal sørge for at helsetjenesten har de fullmakter de trenger for vern av liv og helse under kriser og krig. Hovedprinsippene for helsesektorens krisehåndtering er beskrevet og regulert i Nasjonal helseberedskapsplan, som er utgangspunktet for sivil-militær koordinering og samarbeid.

Konseptet har forholdt seg til de gjeldende lover, forskrifter og plandokumenter for sivil redningstjeneste, samt veiledere og prosedyrer. Forsvarets reguleringer er gitt i doktriner og utredninger. Disse er gjengitt i kildehenvisningen. Konseptet tar hensyn til allerede inngåtte

avtaler mellom Helsedirektoratet og Forsvaret, Helsedirektoratet og DSB (Sivilforsvaret), samt Forsvarets bistand til politiet.

«Når riket er i krig eller krig truer» vil noen av de mest sentrale beslutninger være hvorvidt væpnede militære styrker skal benyttes og når sektorovergripende BFF og SBS tiltak skal iverksettes. Herunder f.eks. når innkalling av sivilt personell styrkedisponert til Forsvaret skal iverksettes. Det må også vurderes hvorvidt det er aktuelt å sette FD i rollen som lederdepartement, samt hvorvidt det kan være aktuelt å erklære krigsskueplass.

2.2 Sivil organisering av innsats og skadested i sikker sone

På skadested i sikker sone er helsetjenesten avhengig av samarbeid med andre fageter som Brann- og redningsetaten og Politiet.

Planverket for redningstjenesten kan beskrives som tredelt, der redningstjenesten har felles og tverretatlige dokumenter som *Håndbok for redningstjenesten* og *Nasjonal veileder for planverk og samvirke*. Helsetjenesten har nasjonale normative dokumenter som *Nasjonal veileder for masseskadetriage* og *Nasjonal veileder for Nødnett i helsetjenesten*, mens regionale og lokale planer og prosedyrer beskriver hvordan helseforetak og kommuner operasjonaliserer de prinsipper som er skissert i de overordnede dokumentene.

Helsetjenesten i Norge er organisert i to forvaltningsnivåer;

- primærhelsetjenester (bl.a. legevakt, legevaktsentral, kriseteam)
- helseforetakene som har ansvar for spesialisthelsetjenester (bl.a. sykehus, bil-, båt- og luftambulanse og AMK-sentraler).

Alle disse ressursene har en viktig rolle i helsetjenestens innsats for å yte nødvendig helsehjelp ved ulykker og andre større hendelser.

Det er utarbeidet en "*Nasjonal veileder for organisering av innsats på skadested*" som beskriver ansvarsforhold, skisserer av sentrale prinsipper og hovedoppgaver for helsetjenestens innsats, ved mindre hendelser, storulykker og masseskadehendelser der ressurser fra flere nødetater samvirker. Redningstjenesten ved en nasjonal innsatskoordinering ledes fra en av de to Hovedredningssentralene (HRS) i Nord-Norge og Sør-Norge, eller gjennom oppdrag til underlagte lokale redningssentraler (LRS). Hver av de to hovedredningssentralene består av tverrsektorielle samarbeidspartnere hvor politimestre med ansvar for Sola og Bodø er ledere.

Ved større hendelser etablerer Politiets innsatsleder kommandoplass (ILKO) i sikker sone. 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 redningssentral. Innsatslederne for brann og helse har kontakt med 110-sentralen og AMK-sentralen.

Helsetjenestens innsats skal ledes av innsatsleder helse (IL-Helse) og Medisinsk leder helse (MLH). En modell for helsetjenestens ledelsesorganisering må være tilpasset disse vekslende forholdene. Modellen må være skalerbar og samtidig være lett forståelig og gjenkjennelig fra hendelse til hendelse. Modellen er beskrevet i "Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested".

Innsatslederne på skadested vil i hvert enkelt tilfelle avgjøre i hvilken grad Forsvarets personell, sivil redningstjeneste og forsterkningsressurser skal jobbe sammen om de samme oppgavene eller om man skal fordele oppgaver slik at man jobber med hver sine områder. Dette skiller seg ikke fra tilsvarende koordinering mellom nødetatene.

I de tilfeller der Politiet eller Helse ber om forsterkningsressurser vil disse ha egne ledere som plasseres inn i ledelsesorganisasjonen (ILKO). Dette vil også gjelde Forsvaret når de yter bistand til den sivile redningstjenesten, eller når Forsvaret er satt inn til å operere i et geografisk område som defineres som "hot sone", og trenger støtte fra sivil redningstjeneste.

Hendelser ved militære anlegg som har strenge krav til adgang eller at restriksjoner betinger et sivilt – militært samvirke. Leder Forsvaret (LF) som samvirker i ILKO må kunne kommunisere med ansvarlig befal for objektet, bidra med å fremskaffe trygge evakueringsveier

J.fr Håndbok for redningstjenesten og Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested.

Ved etablering av kommandoplass er innsatsledere fra nødetatene merket med vester som er lett gjenkjennelig. Ledere fra bistandsressurser (for eksempel Forsvaret) som tiltrer ILKO, bør være merket tydelig (for eksempel. vest) for å vise etatstilhørighet og funksjon.

Hver innsatsenhet og det enkelte personell har plikt til å handle for å redde liv, avverge fare eller begrense skade. Det er utarbeidet en *prosedyre "Nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold" (PLIVO)* som beskriver hvordan innsatspersonell fra nødetatene kan redde liv og begrense skade i situasjoner der det pågår livstruende vold mot flere personer.

Innsatsen må være forsvarlig og forholdsmessig basert på en plan og taktikk ut fra situasjonsbeskrivelsen, og kan ikke anvendes der hvor det åpenbart innebærer en uakseptabel risiko. Handleplikten for nødetatenes innsatspersonell må alltid baseres på en konkret vurdering i den enkelte situasjon. Vurderingen må ta utgangspunkt i det aktuelle informasjonsbildet, tilgjengelig utstyr og personellets ferdigheter.

I krig og ved krigslignende tilstander vil det ikke være praktisk mulig for politi og militære styrker i alle situasjoner å sikre helsepersonell i skadeområder og langs evakueringsakser på en slik måte som er grunnlaget for PLIVO-prosedyren. Grensen for hva som må regnes som akseptabel risiko for sivilt helsepersonell vil være en annen enn i en fredssituasjon, og må derfor bygges på grundige vurderinger og samarbeid hos innsatsledelsen. Befolkningen har rett til helsehjelp og helsetjenesten har ansvar for å hjelpe, også i krise og krig. Ved omfattende og langvarig

konflikter er ingen av etatene tilstrekkelig dimensjonert. Samvirke mellom etatene om å disponere og koordinere tilgjengelige ressurser vil i større grad bli nødvendig for å yte helsehjelp til sivile og stridende personell.

For helsetjenesten vil AMK- sentralen være bindeleddet med øvrige 11X-nødsentraler og samarbeidende aktører. Det skal samarbeides for å ha en god akuttmedisinsk koordinering av sivil og militær kapasitet. Innsatsleder helse sammen med innsatsleder politi koordinerer arbeidet på stedet med øvrige aktører.

Ved geografiske forhold og større type hendelser med stort antall pasienter og ressurser vil det variere hvilke lederroller det er hensiktsmessig å ta i bruk.

2.3 Håndtering av masseskader

Nasjonal traumeplan beskriver hvordan behandling av alvorlig skadde pasienter best organiseres. Regional traumeplan beskriver også traumesystemet i den enkelte helseregion.

I fred, krise, væpnet konflikt og krig utfordres de etablerte etiske prinsipper for prioritering av helsetjenester.

Folkerettslige regler skal sikre at alle sårede, syke og skipbrudne, herunder personer som er fratatt friheten, og uansett hvilken av partene de tilhører, blir respektert og beskyttet, behandlet humannt, får slik behandling og tilsyn som deres tilstand krever, og ikke blir utsatt for noen form for forskjellsbehandling basert på annet enn medisinske indikasjoner.

Nasjonal veileder for "masseskadetriage" en strukturert arbeidsmetode for kategorisering og prioritering av pasienter i hendelser hvor det oppstår ressursknapphet og man må fravike normale standarder for optimal behandling for å sikre at begrensede ressurser organiseres på en slik måte at man gjør "best mulig for flest mulig". Ressurstilgangen vil være ulikt i deler av landet, og hva som vil kalles masseskade vil kunne variere.

Det stiller særskilte krav til god koordinering og godt samarbeid da dette er utfordrende.

Politiet skal føre oversikt over savnede og omkomne, og har ansvar for registrering av alle berørte ved ekstraordinære hendelser. Slik registrering vil ikke nødvendigvis utføres komplett i innsatsområdet og må ikke være til hinder for rask evakuering av pasienter til medisinsk behandling.

For alvorlig skadet militært personell er det av liten betydning om det evakueres med sivilt eller militære evakueringskapasiteter som kjøretøy, helikopter eller båter. Mindre alvorlig skadet militært personell blir primært ivaretatt av Forsvarets sanitet for å kunne returnere til tjeneste så raskt som mulig.

Forsvarets måte å organisere og lede masseskade på taktisk nivå har store likhetstrekk med det sivile.

Militært personell med koordineringsansvar skal ha oversikt over tilgjengelige sanitetsressurser og unytte disse optimalt, både ved bistand ved sivile hendelser og evakuering fra et stridsområde. Ansvarlig militær sjef på skadestedet skal kommunisere med Leder Forsvaret i ILKO og med AMK- sentralen, støttet av AMK liaison fra Forsvaret hvis denne er etablert. Frembringe situasjonsforståelse, skadeomfang og bistå med å opprette egnede omlastningspunkt, "tryggest mulige evakueringsveier / korridorer" for å oppnå en effektiv sammenhengende evakueringskjede.

2.4 Triagering

Norsk helsetjeneste har utarbeidet en veileder for "Masseskadetriage". Et triagesystem for håndtering av alvorlige hendelser og katastrofer. Systemet er innført prehospitalt i den norske helsetjenesten.

Metoden skal hjelpe innsattpersonellet på skadested til å gjøre det viktigste først. Det kan medføre at pasienter med mindre kritiske skader må vente, mens innsattpersonellet prioriterer tiltak og behandling til de som trenger hjelpen mest.

Forsvarets og NATO sine prinsipper om masseskadetriage er nærmest identisk med de sivile, og vil være uproblematisk under samhandling på taktisk nivå.

Veileder for "masseskadetriage" beskriver merking av pasienter ved masseskade. Merkene kan ha ulike utforminger, men skal ha farger som er angitt i veilederen.

Pasienter triageres videre individuelt i de enkelte pasientgrupper, og evakueres parallelt til adekvat tilbud i helsetjenesten. For samvirke og interoperabilitet i evakueringskjeden bør denne veilederen legges til grunn for all triage i et nasjonalt og helhetlig evakueringskonsept.

Når antall pasienter er meget stort i forhold til tilgjengelige personell og evakueringsressurser vil den første grove prioriteringen ha som hensikt å gruppere pasientmengden slik at helseinnsatsen kan konsentreres mot pasientgruppen med de antatt alvorligste skadene. Pasienter i gruppen som "ligger nede og ikke responderer" vil så bli prioritert først til en mer presis individuell triage.

2.5 Triageringsprinsipper

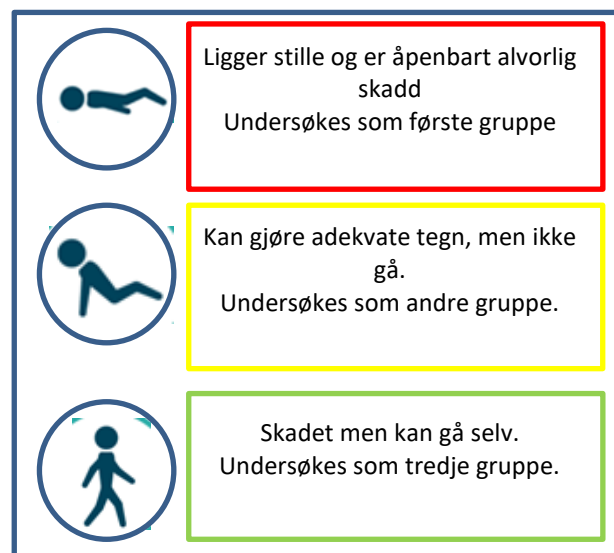
Primærtriage utføres i to ulike faser, grovtriage og individuell triage basert på når og hvor i hendelsesforløpet av masseskader.

Systemer for masseskadetriage deles inn i systemer for primær og sekundær masseskadetriage utført prehospitalt.

Primær masseskadetriage utføres på skadested og skal kunne utføres av alt innsatspersonell

Sekundær masseskadetriage er ment å prioritere pasienter med samme hastegrad for vurdering av rett behandlingsnivå.

Systemene som brukes sivilt og militært er store likhetstrekk og bygger på fire eller fem hastegrader avhengig av hastegraden "avvente" eller ikke.



Figur 2 Prinsipper for sivil grovtriage



Figur 3 Prinsipper for militær grov skadetriage

Norske militære styrker og NATO sine triageringsprinsipper har mange likhetstrekk og skiller seg lite fra de norske sivile som fremgår av Figur 2 Prinsipper for sivil grovtriage. **Figur 2 Feil! Fant ikke referanse kilden.** og Figur 3.

Nasjonal veilederens individuelle triage er hovedmetoden i masseskadetriage og innebærer en mer nøyaktig prioritering basert på en forenklet og rask individuell undersøkelse av hver enkelt pasient.

Hastegrader i masseskadetriage	
Akutt (Immediate)	Luftvei, respirasjon eller blodsirkulasjon er truet. Pasienten har livstruende skader og har umiddelbart behov for livreddende tiltak. Rask transport og behandling i riktig sykehus er nødvendig for at pasienten skal overleve.
Haster (Delayed)	Luftvei, respirasjon eller blodsirkulasjon kan bli truet. Pasienten har moderate skader som krever sykehusbehandling, men kan vente uten at det reduserer sjansen for overlevelse. Pasienter i denne gruppen må undersøkes og retriageres regelmessig i påvente av transport.
Vanlig (Minimal)	Luftvei, respirasjon eller blodsirkulasjon er ikke truet. Pasienten har minimale skader som kan behandles på legevakt eller poliklinisk.
Avvente (Expectant)	Luftvei, respirasjon eller blodsirkulasjon er truet. Pasienten har livstruende skader som ikke er forenelige med overlevelse i den gitte ressursituasjonen. Pasienter i denne gruppen retriageres til kategorien RØD (Akutt) dersom det tilkommer økte ressurser på skadestedet og livreddende tiltak kan forsøkes.
Livløs (Deceased)	Pasienten er uten livstegn og puster ikke etter at luftveien er åpnet med enkle luftveismanøvre (og 5 munn-til-munn innblåsninger hos barn).

Figur 4 Hastegrader

2.6 Fordeling av pasienter

Nasjonal traumeplan beskriver hvordan behandling av alvorlig skadde pasienter best organiseres.

Beslutning om hvor pasientene skal bringes vil normalt skje gjennom dialog mellom behandlingsansvarlig for den enkelte pasient, mottakende enhet (dvs. sykehus eller legevakt) og AMK. Ved store hendelser vil denne dialogen sjelden gjelde hver enkelt pasient, men være en mer overordnet avklaring av fordelingsprinsippene og behov for kapasitet ved de mottakende enhetene.

Grunnprinsippene for fordeling av pasienter er de samme ved store hendelser som ved hverdagshendelser. Det betyr at hver av pasientene i utgangspunktet evakueres dit de ville blitt transportert dersom de var den eneste pasienten i hendelsen. Ved langvarige krisesituasjoner vil oppgavefordelingen mellom helseinstitusjoner innad i regionen eller på tvers av regioner kunne endres, og det er en forutsetning at helsepersonell, annet redningspersonell og befolkningen er kjent med slike endringer. Det vil være en styrke om de som har ansvar for den enkelte pasient ut fra dette grunnprinsippet og kjennskap til de aktuelle behandlingsstedene selv kan fordele pasientene uten sentral koordinering, ikke minst ved sambandssvikt.

I utgangspunktet bygger helsetjenesten på at den enkelte pasients behov for helsehjelp skal dekkes innenfor tilgjengelige ressurser. Ved mindre hendelser kan alle ressurser settes inn for å redde enkeltpasienter med svært alvorlige skader, i tråd med samfunnets forventninger. Ved større hendelser eller krig, der behovet overstiger tilgjengelige ressurser, er det ikke forsvarlig med slik ressursbruk på enkeltpasienter. Fokus vil i større grad være å redde flest mulig med tilgjengelige ressurser. Evne til koordinert endring av ambisjonsnivå for behandling- og evakuering med endrede prioriteringskriterier i triagering, utløser et behov for å støtte førstelinjeutøverne med hvilke etiske prinsipper som gjelder i hele evakueringssystemet.

2.7 CBRNE-hendelse med personskade

I henhold til nasjonal CBRNE strategi er det Helse- og omsorgsdepartementet som er ansvarlig for samordning av beredskap mot biologiske angrep (B-området)- og atomberedskapen (NR-området) på sivil side. Forsvarsdepartementet er ansvarlig for hele CBRN-området i forsvarssektoren. For en best mulig utnyttelse av begrensede ressurser og kompetanse er det nødvendig med et utstrakt samarbeid mellom sivil sektor og forsvaret.

Forsvarets veterinærtjeneste og saniteten deler ansvaret for ulike deler av et svært sammensatt og komplekst fagområde. Årsaken til at ansvaret er delt er at det er betydelige ulikheter mellom henholdsvis C, B og RN, både når det gjelder utfordringer og håndtering.

Veterinærtjenesten er ansvarlig for vern mot CBRNE overført smitte gjennom og med mat, vann og dyr og deres miljø.

Rapidly Deployable Outbreak Investigation Team (RDOIT) er definert i NATO som en kapabilitet for å etterforske hendelser hvor det er grunnlag for å mistenke bruk av biologiske stridsmidler. Denne kapabiliteten kan også benyttes i forbindelse med andre utbrudd, hvor etatenes integrerte fagressurser har behov for slik støtte grunnet kapasitet eller sakens kompleksitet.

Håndtering av prøver betinger et sivilt militært samarbeid, hvor Forsvarets forskningsinstitutt har en beredskap på analyser.

Organisering av skadested / hendelsesområde er viktig for å hindre ukontrollert spredning, og for å ivareta sikkerhet for innsattpersonell. Normalt er det politiet som leder innsatsen inntil kommando av et område blir gitt til Forsvaret. CBRNE hendelser med kontaminerte pasienter vil kreve en større innsats og koordinering av tverrfaglige ressurser.

Legevaktene bør være kjent med kommunens beredskapsplaner for CBRNE-hendelser og ha nødvendig utstyr og trening.

Rutiner for dekontaminering og forhåndsregler for transport er videre beskrevet i "Nasjonal retningslinje for håndtering av CBRNE hendelser med personskade".

Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE ved Oslo universitetssykehus HF, kan bistå med rådgivning.

2.8 Evakueringskapabiliteter

Evakuering kan utføres på land, sjø og luft, og kan utføres av forsvarsgrenene, fellesavdelinger, allierte styrker og sivile kapasiteter. For å utnytte tilgjengelige evakueringsressurser på en hensiktsmessig måte betinger dette en god koordinering og samvirke mellom etater for å gi best mulig fleksibilitet lokalt, regionalt og nasjonalt. Hardt skadde pasienter vil stille høyere krav til kompetanse og utstyr og vil påvirke kapasiteten i motsetning til lettere skader som kan evakueres sittende samtidig.

Et velfungerende samvirke mellom sivil-militære evakueringsressurser oppnås ved å se Forsvarets sanitetsoperative kommando og kontroll-funksjoner i sammenheng med sivile (AMK) koordineringsfunksjoner. AMK ivaretar helsefaglig koordinering med andre sivile koordineringsinstanser som Hovedredningssentral, lokal redningssentral og legevaktsentraler.

På sivil side har AMK ansvar for akuttmedisinsk koordinering av sivile evakueringsressurser.

Helsetjenester og helseberedskap i fred og kriser er et sivilt ansvar, med eventuell støtte fra Forsvaret. I sivile hendelser er det redningstjenesten og etatenes ansvar å etablere og koordinere en felles helhetlig medisinsk evakueringskjede.

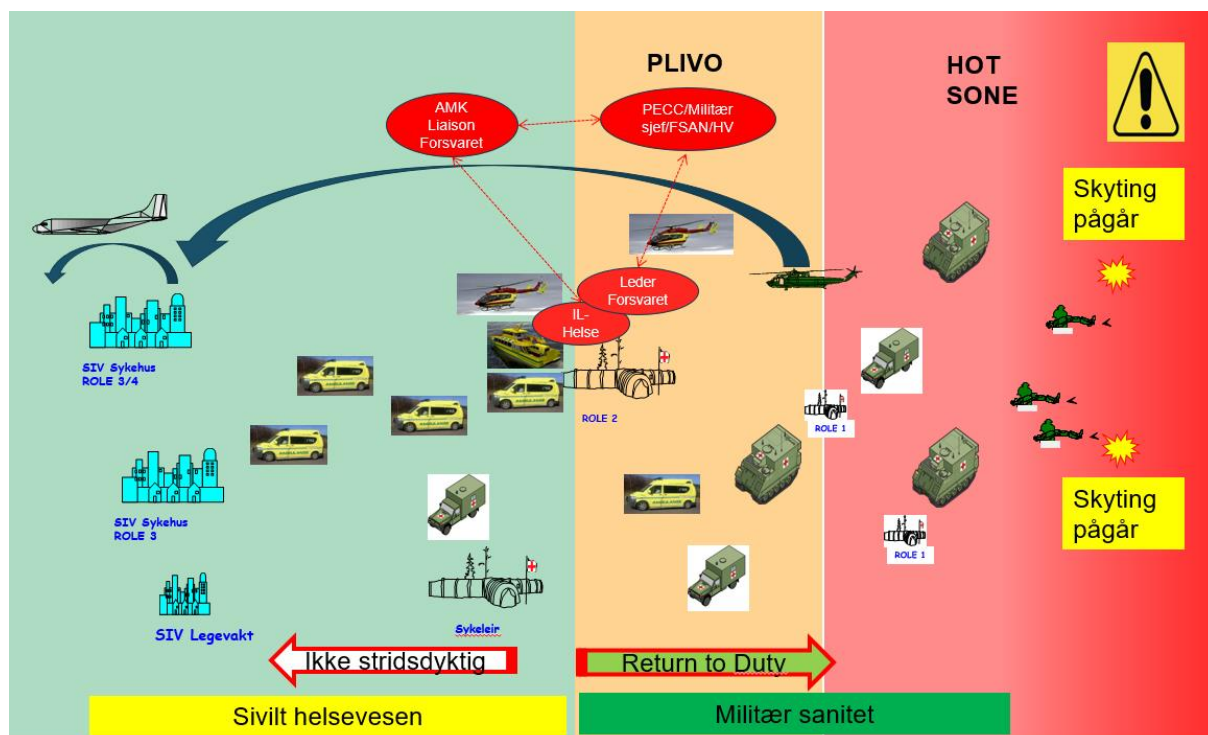
I hendelser der Forsvaret er satt inn for å bekjempe en fiendtlig handling, har militære styrker primært ansvar for evakuering fra stridsone, og ha oversikt over sanitetsressurser som er tilgjengelig for å utnytte disse optimalt. Ansvarlig militær sjef skal i samarbeid med de sivile ressurser under enhver hendelse etablere kommunikasjonskanaler mellom innsatssted, AMK- sentralen og leder Forsvaret i ILKO.

Forsvarets kommandonivå og avdelinger i de taktiske kommandoer har ansvaret for egen sanitetstjeneste opptil ROLE 2-nivå, inklusive nødvendige sanitetsfunksjoner (evakuering, SAN/VETLOG, behandling og hospitalisering)

Avhengig av situasjon og omfang av antall skadde vil militære styrker kunne ha behov for sivil støtte for evakuering av pasienter til sivil legevakt (ROLE1) eller til sykehusbehandling (som kan være ROLE 2 – 4 avhengig av pasientenes skader og behandlingsbehov).

(En pragmatisk tilnærming kan være at regionsykehusene er ekvivalent til role 4 og øvrige akutt sykehus med kirurgisk akutfunksjon role 3.)

Saniteten er ikke funksjonell alene, men er avhengig av at pasienter fortløpende kan overtas av den sivile helsetjenesten. Dette innebærer at ROLE 3-4 ivaretas av den sivile helsetjenesten, som vist i **Figur 5**



Figur 5 Evakuering fra stridssone

I stridende områder evakuerer Forsvaret primært pasienter til samle plass eller Role 2 i sikker sone. Antall pasienter og type skader varsles AMK- sentralen som organiserer ressurser for videre evakuering til sykehus, Role 2 –4 eller legevakt. Ved tidsknapphet for pasienten eller kapasitetsutfordringer evakuerer Forsvaret pasienter direkte til sivile kapasiteter i samarbeid med IL-helse.

Områder som er definert som stridsoner kan være store og dynamiske, og kan gi åpning for mulige evakueringskorridorer. Ved god ledelse, kommunikasjon og risikovurderinger (ref PLIVO) vil sivil redningstjeneste kunne bistå med evakuerings støtte til Forsvarets sanitetsstyrker.

Klarering av evakueringskorridorer eller møtepunkter mellom militære og sivile kapasiteter betinger gode opplysninger om situasjonsbilde. Kommunikasjon må tilstrebes til å være mest mulig direkte mellom skadested, ansvarlig for Forsvarets evakueringsressurser, leder forsvaret i ILKO (IL-helse) og AMK-sentralen.

Det må tilstrebes en uavbrutt og relevant behandling gjennom hele evakueringskjeden frem til definitiv behandling. Pasienter bør evakueres direkte til det riktige behandlingsnivå som best svarer på behovene for den enkelte pasient hvis situasjonen tillater dette.

NATO og Forsvaret har standardiserte pasientjournaler der vitale tegn og behandling føres. Dokumentasjon på pasienter videreføres til neste medisinsk behandler eller behandlingsinstitusjon.

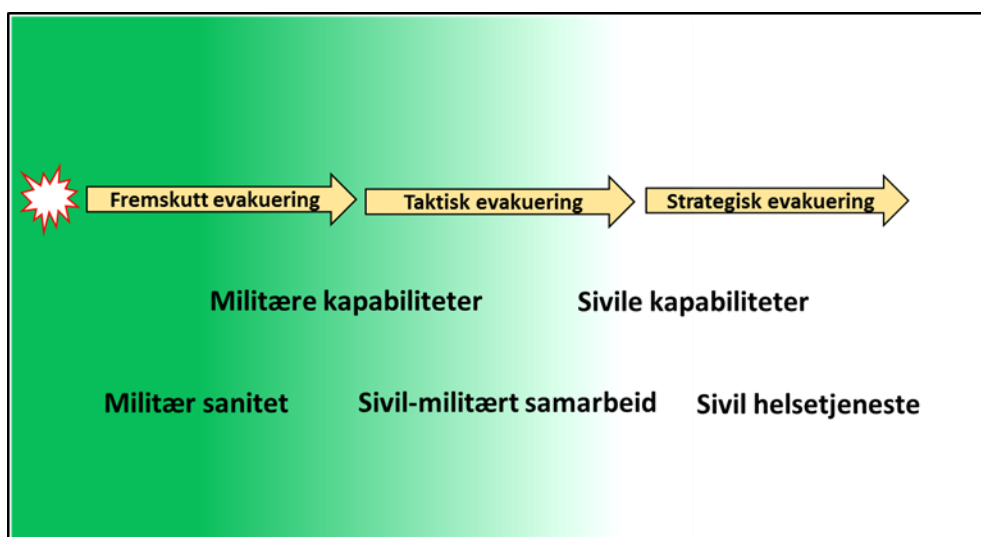
Et sivil-militært samarbeid vil være avgjørende for å kunne løse oppdag innenfor en totalforsvarsramme da det sivile samfunnet har ressurser som Forsvaret ikke har i sin struktur. Dette innebærer blant annet transportkapasiteter som båter, busser, fly og tog som kan utrustes, tilpasses og bemannes for å benyttes som behandlings- og evakueringsplattformer for større antall pasienter.

Ved bruk av ressurser som ikke er oppsatt med tanke på evakuering bør det beregnes ekstra tid for å få dette på plass.

2.9 Landevakuering

I fremskutt / stridende områder vil militære evakueringsplattformer og behandlingsstasjoner være viktige i en evakueringskjede mot taktisk område basert på trusselsituasjonen.

Operasjonsområder kan være uoversiktlige, og skillelinjer mellom utrygge og trygge områder kan fort endre seg. Evakueringsystemet bør derfor ha klare kommando-, kontroll- og kommunikasjonslinjer for raskt å kunne tilpasses.



Figur 6 Fremskutt, taktisk og strategisk evakuering

2.10 Maritim evakuering

Langs kysten er det god infrastruktur med store evakueringskapasiteter. Spesielt over fjordarmer hvis landevakueringskapasiteter er blokkert av aksebrudd. Maritim evakuering må vurderes opp mot tid og volum i forhold til tilgjengelige landkapasiteter, omlastninger og medisinsk personell for ressurskrevende pasienter. Maritim evakuering langt fra land vil være tidskritisk. Helikopterevakuering vil være et alternativ, men begrenses av vær og kontroll av luftrom.

2.11 Luftevakuering

Luftevakuering er en viktig ressurs for både luft-, maritime- og landoperasjoner. Luftevakuering representerer den raskeste og tryggeste måten å evakuere pasienter på over lengere avstander. Luftevakuering påvirkes av både vær og grad av luftromskontroll.

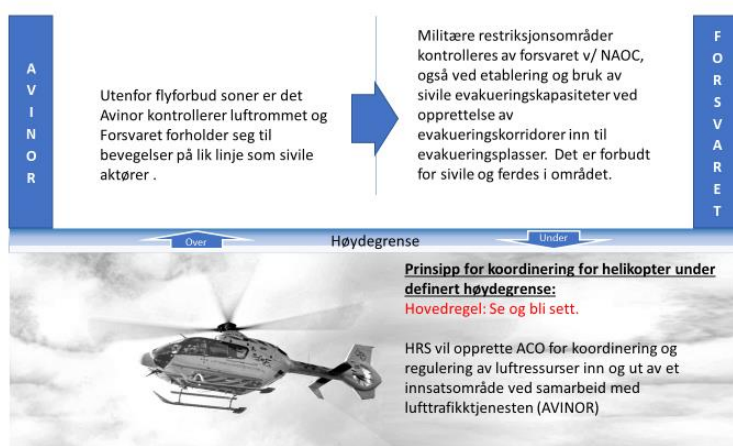
Ved evakuering med fly blir det normalt etablert en transittavdeling både på avleverende og mottagende flyplass. Dette gjøres for å kunne klargjøre og holde på det antall pasienter som skal om bord i flyet slik at bakketiden blir kortest mulig for inn- og utlasting av pasienter.

Bruk av luftevakueringsressurser er helt eller delvis avhengig av kontroll i luftrommet. Normalt vil fly operere i sivilt kontrollert luftrom under taktisk og strategisk operasjonsområde. Fly er godt egnet i strategiske områder til å forflytte pasienter på kort tid over lengere avstander til riktig behandlingsnivå.

I taktiske områder med høyere trussel vil militære fly være fordelaktig. Ved fly evakuering bør det etableres en transitt for rask ombordlasting av pasienter og forberedt mottak av landbaserte ressurser for videretransport til behandlingsinstitusjon. Helikopterevakuering er en viktig ressurs under maritime eller fremskutte operasjoner. Pasienter kan raskt evakueres direkte fra en hendelse til behandlingsinstitusjon eller en samleplass. Ved bruk av sivile luftambulanseressurser vil det sette være krav til kommunikasjon og til klareringer av korridorer mellom militær kommando og sivile ressurser.

Evakuering med luftkapasiteter vil medføre et økt bruk av ambulanseressurser frem til luftfartøy og fra luftfartøy til behandlingsinstitusjon.

Under hendelser hvor det etableres restriksjonsområder eller flyforbudssoner vil det være tydelige avgrensinger mellom militær og sivil kontroll av luftrommet. Militær kommando vil kontrollere alle aktiviteter innenfor ett eller flere restriksjonsområder og Avinor innenfor og utenfor flyforbudssone. I ukontrollert luftrom vil HRS v/ACO (Aircraft coordinator) bidra med koordinering av lufttrafikk til og fra samleplass / skadested når denne funksjonen er etablert. Utover denne koordinasjon til og fra samleplass er dette regulert i "se og bli sett". For å redusere risiko for uhell knyttet til slike operasjoner før ACO blir etablert bør ansvaret for koordinering av ressursene avklares med første helikopter-ressurs på stedet.

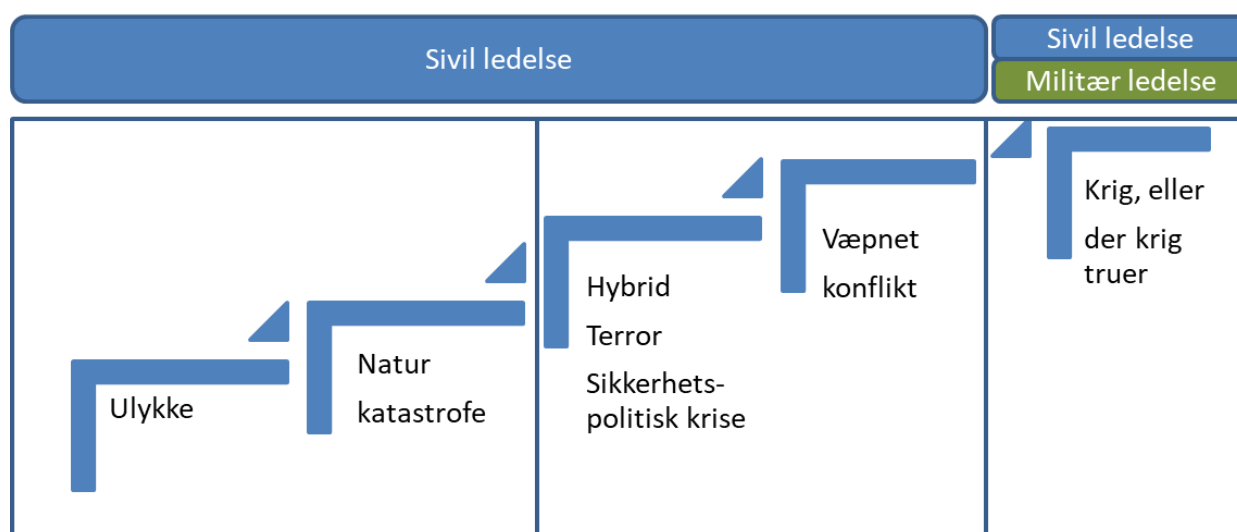


Figur 7 Luftevakuering

3. ULIKE SCENARIO OG ANSVARSDDELING I ET SIVILT-MILITÆRT SAMARBEID

Konseptet skal beskrive det sivil-militære samarbeidet under scenarioene gjengitt i **Figur 8**. Det legges til grunn at de arbeidsoppgaver man har ansvar for i det daglige vil man også ha ansvar for i en krise og krigssituasjon. Dette er i samsvar med de fire grunnleggende prinsippene for norsk beredskap: Ansvar, likhet, nærhet, og samvirke.

Dagens trusselbilde representerer et uklart skille mellom krig og fred, hvor en hendelse som væpnet konflikt eller hybrid krigføring kan oppstå raskere og vil kreve rask respons med større kapasiteter. Det vil stilles særskilte krav til koordinering og samarbeid mellom sivile og militære kapasiteter. Det gjelder samarbeid mellom militære styrker, spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten (den akuttmedisinske kjede) og andre nødetater som politiet, brannvesen og andre beredskapsaktører.



Figur 8 Illustrasjon over ulike scenarioer.

I fredstid er det politiet som har ansvaret for skadestedsledelse, og militære ressurser underlegges politiets koordinerende rolle og myndighet. Sikkerhetspolitisk krise eller væpnede

konflikter vil være spesielt utfordrende og det vil være nødvendig med avklaringer mellom politiet og militære om hvem som har kommando og kontroll.

Ledelse, kommando og kommunikasjonslinjer på alle nivåer i en helhetlig behandling og evakueringskjeder er nødvendig i hvert av scenarioene.

Tabell 1 nedenfor gir en oversikt over ansvarsforholdet i de ulike scenarioene.

	Store ulykker Naturkatastrofer	Hybrid terror Sikkerhetspolitisk krise	Væpnet konflikt Krig
Sivil rednings – tjeneste	Hendelser definert som redningstjeneste: Redningstjenesten i Norge utøves som et samvirke mellom offentlige, frivillige og private aktører under ledelse av HRS og underlagte LRS. Sjø og lufthendelser koordineres direkte fra HRS. Landhendelser ledes og koordineres normalt av LRS. (ref Kgl.res 02.11.15).	Hendelser definert som redningstjeneste: Redningstjenesten i Norge utøves som et samvirke mellom offentlige, frivillige og private aktører under ledelse av HRS og underlagte LRS. Sjø og lufthendelser koordineres direkte fra HRS. Landhendelser ledes og koordineres normalt av LRS. (ref Kgl.res 02.11.15).	Hendelser definert som redningstjeneste: De samme prinsippene som gjelder under fred og krise gjelder også under krig. HRS/LRS vil i nødvendig grad koordinere redningsinnsats med Forsvaret.
	Hendelser som ikke er definert som redningstjeneste: Politi har sammen med de andre nødetatene og andre samvirkeaktører (f.eks Fylkesmann, kommune) ansvaret for å håndtere hendelser som ikke er definert som redningstjeneste.	Hendelser som ikke er definert som redningstjeneste: Politi har sammen med de andre nødetatene og andre samvirkeaktører (f.eks Fylkesmann, kommune) ansvaret for å håndtere hendelser som ikke er definert som redningstjeneste.	Hendelser som ikke er definert som redningstjeneste: Politi har sammen med de andre nødetatene og andre samvirkeaktører (f.eks Fylkesmann, kommune) ansvaret for å håndtere hendelser som ikke er definert som redningstjeneste. Innsats fra nødetatene koordineres opp mot Forsvaret.
Forsvaret	Hendelser definert som redningstjeneste: Forsvarets vil bidra med ressurser til redningstjenesten etter forespørsel fra HRS. Ingen bistandsanmodning nødvendig (ref bistandsinstruksen)	Hendelser definert som redningstjeneste: Forsvarets vil bidra med ressurser til redningstjenesten etter forespørsel fra HRS. Ingen bistandsanmodning nødvendig (ref bistandsinstruksen)	Hendelser definert som redningstjeneste: Redningstjenesten fortsetter som normalt men betinger god koordinering opp mot Forsvarets behov og direktiver. Forsvarets vil bidra med ressurser til redningstjenesten etter forespørsel fra HRS.
	Hendelser som ikke er definert som redningstjeneste: Politiet ber om bistand fra Forsvaret iht bistandsinstruksen. Forsvarets ressurser er underlagt militær kommando.	Hendelser som ikke er definert som redningstjeneste: Politiet ber om bistand fra Forsvaret iht bistandsinstruksen. Forsvaret vil kunne bidra med skarpe/væpnede ressurser ifm sikring og evakuering. Forsvarets ressurser er underlagt militær kommando.	Hendelser som ikke er definert som redningstjeneste: Forsvaret har kommando og kontroll over de ressurser som Forsvaret trenger støtte fra for å kunne gjennomføre sine kjerneoppgaver.

Tabell 1 Ansvarsforhold i ulike scenarioer

3.1 Store ulykker og Naturkatastrofer

Politi loven § 27 3. ledd pålegger politiet å iverksette nødvendige tiltak for å avverge fare og begrense skade i forbindelse med alle ulykkessituasjoner. Bestemmelsen innebærer at politiet har et akutt, sektorovergripende ansvar for å håndtere ulykker og katastrofer i fred på alle samfunnsområder. I en akutfase er politimesteren gitt myndighet til å fatte beslutninger på andre myndigheters ansvarsområde, inntil ansvaret overtas av ansvarlig myndighet i henhold til ansvarsprinsippet.

Politidirektoratet vil ha et samordnings- og koordineringsansvar i forbindelse med kriser og alvorlige hendelser i ett eller flere politidistrikt. Politimesteren i distriktet styrer den operative tjenesten gjennom operasjonssentralen (112), lokal redningssentral (LRS) og Hovedredningssentralen (HRS), og i tett samarbeid med nødmeldingssentralene brann (110) og

Akuttmedisinsk koordinerings sentral (AMK). Forsvaret kan anmodes om å bistå med ressurser i henhold til de bistandsavtaler som er inngått med redningstjenesten.

3.2 Hybride trusler, Terror og sikkerhetspolitisk krise

Hybride trusler eller angrep har som formål å destabilisere uten bruk av tradisjonelle militære virkemidler. Slike trusler og angrep vil i utgangspunktet tillegges politiet å forebygge, avverge, etterforske og føre saker for retten. Dersom det er statlige aktører som står bak kan de hybride truslene samlet sett anses å ha en terskel slik at det må karakteriseres som et væpnet angrep – hvor krigens rett kommer til anvendelse.

En gråsone som innebærer væpnede konflikter og/eller terrorhendelser i et eller flere geografiske områder hvor det er en statelig aktør bak vil være uoversiktlig. Skille mellom trygge og utrygge områder vil være utfordrende, og handling representere en større trussel. Fortløpende vurderinger om sikkerhet og innsats i de ulike hendelser er derfor viktig. Primært vil politisjefen i sitt område lede og ha ansvar for sikkerheten i redningsoperasjonen med den ordinære redningstjenesten som under scenario 1.

3.3 Væpnet konflikt eller Krig

Ved væpnet angrep på riket, når riket er i krig eller krig truer kan Forsvaret få utvidede fullmakter.

Ved væpnet angrep på riket, når riket er i krig eller krig truer har Forsvaret ingen begrensinger til å handle. Helse- og sanitetssamarbeid bør likevel baseres på felles planlegging, felles ressursutnyttelse og koordinering fremfor å rekvirere eller overta sivile helsekapasiteter. En væpnet konfliktsituasjon kan eskalere, og innebærer at Forsvaret kan bli gitt kommando og kontroll. I slike situasjoner må det være tydelige avgrensninger mellom militær og sivil sone. I en militær sone er det Forsvaret ved militær sjef som leder operasjonen og politisjefen leder i de sivile soner. Det fordres en god kommunikasjon over de militære og sivile grensene. Ved hendelser med mange skadde eller syke i militært område vil Forsvarsstyrker bistå med evakuering ut til sivil sone, eller i samvirke med Politiet og den sivile redningstjeneste etablere og skape trygge evakueringsveier for sivile ressurser.

4. SIVIL- MILITÆR KOORDINERING VED MASSESKADER

Generelt gjelder at alle virksomheter som får kjennskap til at en krisesituasjon er under utvikling eller har inntruffet innenfor egen sektor, snarest må varsle berørte virksomheter nasjonalt, regionalt og lokalt. Avhengig av situasjonen kan varselet inneholde informasjon om hvordan en håndterer situasjonen, behov for etablering av beredskap, eventuelt også behov for ressurser.

I dokumentet er det lagt inn tabeller som viser rolleaktivitetsdiagram. Hensikten med dette er å vise de ulike kommunikasjonslinjer ved varsling og ressursoppbygging ved ulike scenario.

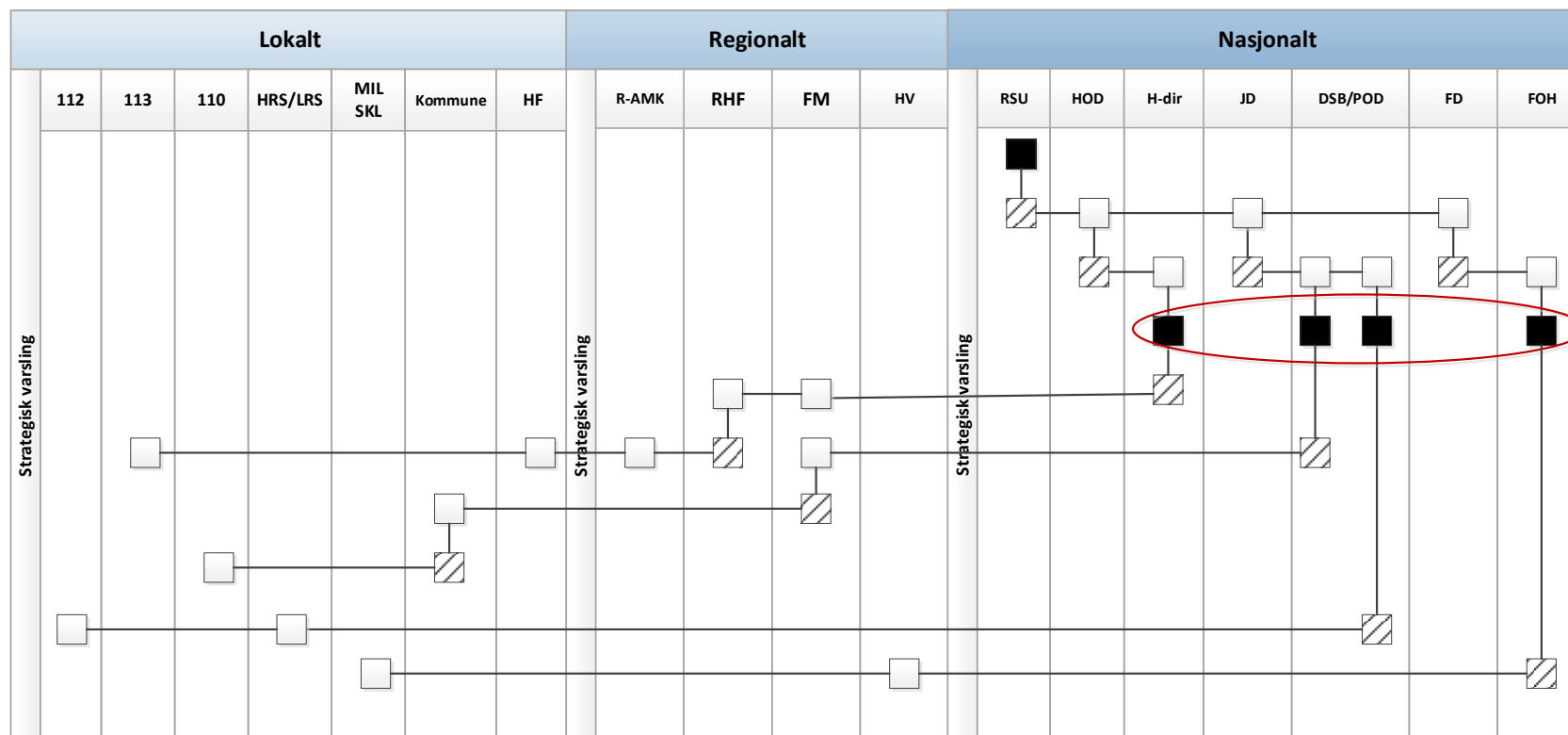
Uavhengig av situasjonsbeskrivelse for de nevnte 3 scenarioer vil trippelvarsling eller SAR- varsling mellom nødetatene, ressursoppbygging, etablering av innsatsledere, pasientbehandling og evakuering være prinsipielt lik som i fredstid.

Ved hybride- eller sikkerhetspolitiske situasjoner med mange skadde vil varslingen om hendelse kunne komme til en av 11X- nød sentralene fra sivile eller militært personell. Primært vil organisering av skadested og ressurser etableres etter de ordinære prinsippene i redningstjenesten, og ledes av politiets innsatsleder.

I en væpnet konflikt eller krig der skadested ligger i militær (rød) stridssone, vil varsling om skadde meldes inn fra Forsvaret. Forsvaret vil være ansvarlig for evakuering fra militær stridssone til ROLE 1-2 eller samleplass i sikker sone. Politiet vil ha det primære ansvaret for innsatsledelse, men dette kan endres i dialog mellom Forsvaret og Politiet. Sivil redningsaksjon iverksettes og ledes i henhold til ansvar, likhet, nærhet og samvirkeprinsippene i redningstjenesten. Sivil evakuering av pasienter i usikker sone skjer ved å etablere sikre korridorer eller beskyttelsesbistand av politiet eller Forsvaret.

Feil! Fant ikke referansekilden. viser varsling ved nasjonale kriser, iverksatt fra Regjeringens kriseråd som varsler på nasjonalt nivå direktorater og FOH. Regionalt og lokalt nivå innen sektoransvaret varsles fortløpende for å forberede seg på nødvendig ressursoppbygging. Ved en forestående eller oppstått trussel situasjon etableres faste samvirkemøter mellom de ulike etater i totalforsvarsansvaret.

«Forberedende varsling» Nasjonal krise



Tegnforklaring



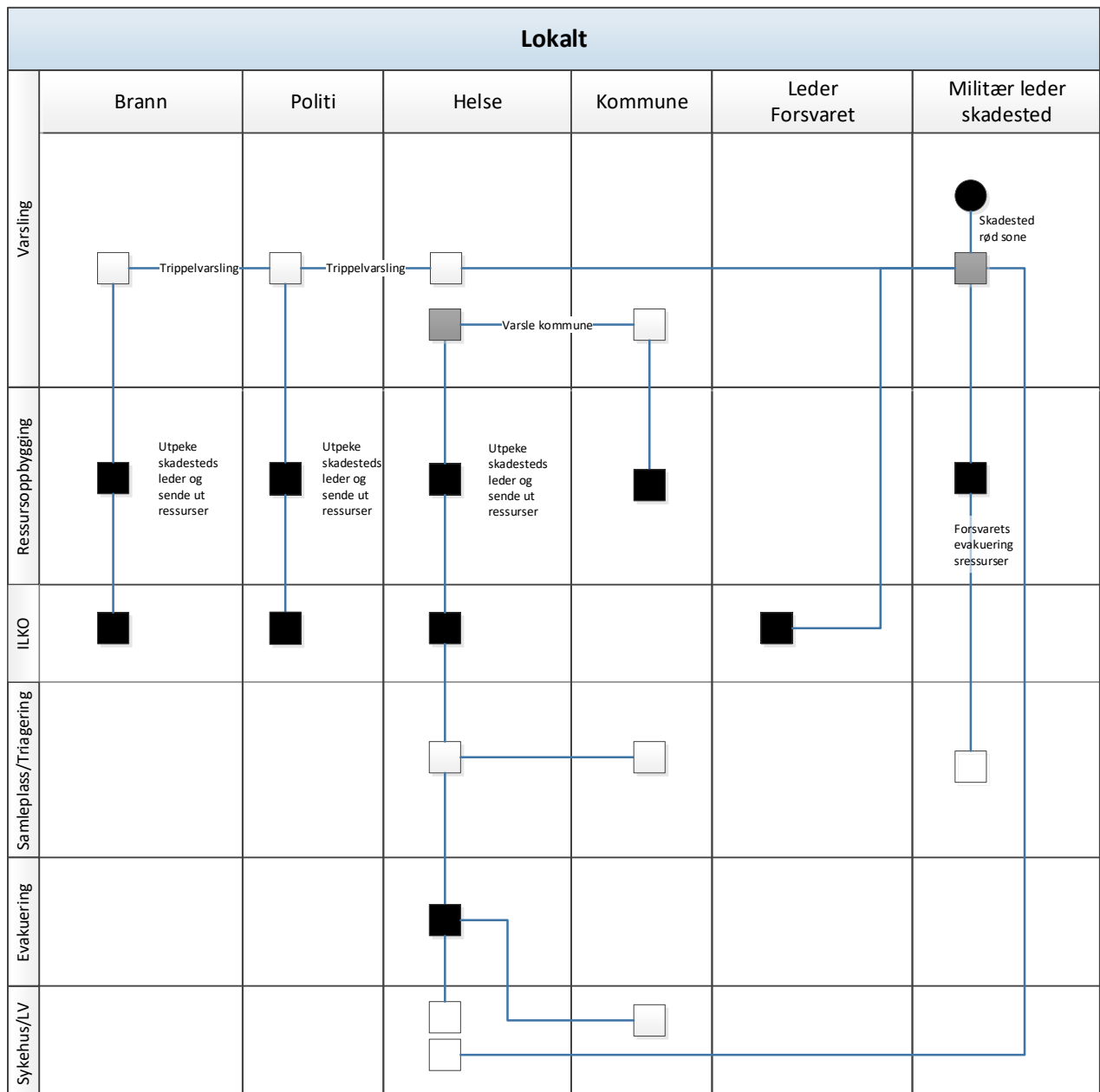
110 – Brann
 112 – Politiets operasjonssentral
 113 – Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral
 HRS – Hovedredningssentral
 LRS – Lokal redningssentral
 MIL SKL – Militær Skadestedsleder
 HF – Helseforetak
 R-AMK – Regional AMK sentral
 RHF – Regional helseforetak
 FM – Fylkesmann
 HV – Heimevernet

RSU – Regjeringens krisestvalg
 HOD – Helse og omsorgsdepartementet
 Hdir – Helsedirektoratet
 JD – Justisdepartementet
 DSB – Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
 POD – Politidirektoratet
 FD – Forsvarsdepartementet
 FOH – Forsvarets operative hovedkvarter

Figur 9 Forberedende varsling ved kriser

Figur 10 viser varsling på lokalt nivå der et skadested blir meldt fra militær koordineringsansvarlig i en stridssone. Diagrammet viser kommunikasjonslinjer for varsling av innstasledere, innsatsstyrker, samhandling og ledelse fra skadested og evakuering til behandlingsinstitusjon.

Varsling, organisering og evakuering fra rød militær sone til sivile sykehus/LV



Figur 10 Varsling og organisering

5. LEDELSE OG KOORDINERING

Regjeringen har det øverste ansvar for beredskapen i Norge når kriser oppstår. Statsministeren kan be Regjeringens sikkerhetsutvalg (RSU) vurdere de forsvarsmessige, sikkerhetspolitiske eller beredskapsmessige aspekter. I alvorlig tilfeller skal beslutninger treffes av regjeringen gjennom vedtak av Kongen i statsråd.

Departementene har, gjennom sin representasjon i Regjeringens kriseråd, ansvar for egen sektor i det daglige angående beredskapsplanlegging og tiltak i en kritesituasjon.

5.1 Nasjonalt nivå

Regjeringens kriseråd er det øverste administrative koordineringsorganet på departementsnivå, og er opprettet for å styrke den sentrale koordineringen. Rådet har fem faste medlemmer: regjeringsråden ved Statsministerens kontor, utenriksråden i Utenriksdepartementet, og departementsrådene i henholdsvis Justis- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Regjeringens kriseråd vil utnevne et lederdepartement, vurdert ut fra krisens art. Med mindre annet er bestemt er Justis- og beredskapsdepartementet fast lederdepartement ved sivile nasjonale kriser. Departementets samordningsansvar og ansvar for hovedtyngden av de sivile rednings- og beredskapsressursene i Norge gjør at Justis- og beredskapsdepartementet i de fleste sektorovergripende nasjonale kriser alltid vil ha en sentral rolle.

Krisestøtteenheten (KSE) er et permanent sekretariat for Regjeringens kriseråd og skal støtte lederdepartementet og Regjeringens kriseråd i deres koordineringsfunksjoner. Det sivile situasjonssenteret er organisert som en del av KSE, og er fast kontaktpunkt for informasjon til og fra Justis- og beredskapsdepartementet ved ekstraordinære hendelser og kriser.

Et høynet trusselnivå kan ha implikasjoner på håndhevelse av kontroll over militært eller sivile områder.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) kan delegere til Helsedirektoratet å forestå nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektoren innsats og iverksette nødvendige tiltak når en kritesituasjon truer eller har inntruffet. (Fullmaktsbestemmelse i helseberedskapsloven).

I en kritesituasjon er hovedoppgaven å sikre at befolkningen tilbys nødvendig helsehjelp, om nødvendig også i utlandet.

For å koordinere og gjøre prioriteringer på et strategisk nivå innenfor helse, etableres det tett kommunikasjon mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Fylkesmennene, FOH og andre etater. Ved behov opprettes faste møtetider på egnet plattform for statusgjennomgang mellom FOH og Helsedirektoratet. Liaison fra Forsvaret som er etablert i Helsedirektoratet deltar i møtene. Liaison fra Helsedirektoratet deltar i møtene når funksjon er opprettet i FOH. Ved behov for andre tverrsektorielle møter innkaller DSB til samvirkekonferanser.

Helsedirektoratet skal i all beredskapsvirksomhet overfor den samlede helse- og omsorgstjenesten og den sentrale helseforvaltningen bidra til å sikre at samhandlingsbehovet blir ivarettatt både i beredskapsplanlegging og i en krisesituasjon.

5.2 Regionalt nivå

Ved alle typer hendelser er det politiet som leder operasjonen. Under en sivil ledelse vil redningstjenesten koordineres administrativt av Justis- og beredskapsdepartementet. Dette omfatter land-, sjø- og luftredningstjeneste. Den utøves som et samvirke mellom offentlige, frivillige og private aktører under ledelse av en av de to hovedredningssentralene (HRS) eller underordnede lokale redningssentraler (LRS).

Redningstjenesten endrer ikke sine oppgaver eller organisering under sikkerhetspolitiske kriser eller krig, men det vil kunne medføre nye koordineringsbehov med samarbeidene etater.

En redningsaksjon ledes av HRS / LRS med innsatsledere fra de ulike etater i tett samarbeid med sine fagsentraler. Innsatsleder fra politiet koordinerer i samråd med de andre innsatsledere bistandsressurser som avgis i innsatsområde.

Hver lokal redningssentral består av en redningsledelse sammensatt av de viktigste samvirkepartnerne innen landredning, med politimesteren som leder. De sentrale samvirkepartnerne i redningsledelsen skal bestå av representanter for:

- Avinor
- Brann- og redningstjenesten
- Forsvaret
- Frivillige Organisasjoners Redningsfaglige Forum (FORF)
- Fylkesmannens beredskapsorganisasjon
- Helsedirektoratet
- Kystverket (der det er relevant)
- Sivilforsvaret

Fylkesmannen har på vegne av Helsedirektoratet, og i tråd med helselovgivningen et ansvar for å samordne kommunehelsetjenesten, og rapportere til Helsedirektoratet

Fylkesmannen skal utøve et samordningsansvar for krisehåndteringen på regionalt nivå for å sikre optimale og samordnede løsninger i henhold til gitte instruksjer, retningslinjer og lover.

Fylkesberedskapsrådets rolle er å;

1. drøfte relevante samfunnssikkerhets- og beredskapsspørsmål og være en arena for oversikt og gjensidige orienteringer
2. bidra til et felles risiko- og sårbarhetsbilde og en felles plattform for planlegging av samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeid i fylket
3. være forberedt på å bistå i fylkesmannens samordning av krisehåndtering

Ved et væpnet overfall vil Forsvaret iverksette tiltak og lede de væpnede operasjonene. Dette er hjemlet i gjeldende fullmakter (BFF). Heimevernet har det territorielle ansvaret og har et koordineringsansvar regionalt (fylket) og lokalt (kommune). Andre avdelinger, også logistikkavdelingene, koordinerer og samvirker beredskapskapasiteter med regionale og lokale helsemyndigheter.

De regionale helseforetakene skal legge til rette for at helseforetakene skal kunne utføre sine funksjoner, og gjøre prioriteringer innenfor sitt ansvarsområde i henhold til gjeldende beredskapsplaner. Det er de regionale helseforetakene som har "sørge for"-ansvaret for spesialisthelsetjenester og som må være samarbeidspart for Forsvaret når det gjelder koordinering og planlegging av ressursdisponering og oppgavefordeling i regional sammenheng og med lengre tidsperspektiv enn den løpende akuttmedisinske innsatsen.

Helseforetakene (HF) skal sørge for intern koordinering av sine ressurser og foreta kontinuitetsplanlegging for å håndtere situasjonen over tid. HF har ansvar for å kommunisere med AMK og kommunene i sitt opptaksområde ved kapasitetsutfordringer.

5.3 Lokalt nivå

Ved større hendelser etableres innsatsleders kommandoplass (ILKO). Innsatsleder (normalt fra politiet) er øverste taktiske leder på innsatsområde i henhold til politiets beredskapssystem (PBS), og har løpende kontakt med politiets operasjonssentral og lokal redningssentral når denne er opprettet. Helsetjenestens innsats skal ledes av innsatsleder helse (IL-Helse) og Medisinsk leder helse (MLH). Innsatsleder brann (IL-Brann) har det faglige og operative ansvar på sitt fagområde. Innsatsledere koordinerer fortløpende med sine egne fagsentraler.

Ledelsesorganiseringen må være tilpasset de vekslende forhold, og antall ledere vil kunne øke i forhold til størrelse og samtidighet av hendelser.

AMK har ansvar for å iverksette akuttmedisinsk respons, styring og koordinering av ambulanseressurser og evakueringskapasiteter til og fra innsatssted, og skal koordinere med

andre fagsentraler, sivile koordineringsinstanser som Hovedredningssentral, Lokal redningssentral, legevaktsentral og andre bistandsressurser. Flykoordineringssentralen (FKS) har ansvar for nasjonal koordinering av flyambulanseressursene.

Legevaktsentraler (LVS) har ansvar for å varsle vaktleger og helsepersonell, og mobilisere kommunens kriseledelse for etablering av evakuerte- og pårørendesenter.

I hendelser hvor det ytes tverrsektoriell bistand vil innsatsledelsen utvides med ledere fra de deltagende etater for å skape en tydelig felles situasjonsforståelse, vurdere risikoer og koordinere effektiv innsats ved bruk av de totale evakueringsressurser.

Ved bistand til eller fra Forsvaret vil leder Forsvaret i innsatsledelsen ha en avgjørende betydning for effektiv samordning av evakueringskjeden i et sivil – militært samvirke.

Det vil variere hvilke øvrige lederroller det er hensiktsmessig å ta i bruk. Særlig vil antall pasienter og geografiske forhold påvirke dette.

6. SAMBAND OG KOMMUNIKASJON

Ved alle typer kriser er kommunikasjonslinjene og muligheter for formidling mellom etatene på alle nivåer helt avgjørende for hvilke vurderinger og tiltak som iverksettes på kort eller lang sikt.

Kommunikasjon kan ivaretas på ulike måter og på ulike nivå med IKT, sambandsløsninger og liaisonordninger. Ved bortfall av primære kommunikasjonsveier må det i planverk beskrives alternative løsninger.

En suksessfaktor vil være at de som håndterer hendelser i det daglige kjenner til hverandres ressurser på forhånd, samt at de har tilstrekkelig samtrening. Det er avgjørende at de som deltar i krisehåndteringen kan kommunisere effektivt med hverandre på de plattformene som er nødvendig.

Det er lagt til rette for at nasjonale beredskapsaktører kan være tilgjengelig på Nødnett. For å sikre at kommunikasjon kan opprettholdes når ordinært telenett ikke er tilgjengelig har PSS tatt initiativ til at også Krisestøtteenheten i Justis- og beredskapsdepartementet (KSE), Forsvarets operative hovedkvarter (FOH), Forsvarsdepartementets situasjonssenter (FDsits), Utenriksdepartementets operative senter (UDops), Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og Helsedirektoratet (Hdir) blir tilgjengelige på Nødnett og kan kommunisere sammen på dedikerte talegrupper.

På oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet (JD) arbeider DSB for at alle beredskapsaktører skal ha mulighet for å kommunisere i Nødnett. Dette gjelder bl.a. aktørene Fylkesmannen, kommunenes kriseledelse, Avinor og Norges vassdrags- og energidirektorat (NVE).

I Forsvaret er det i hovedsak to typer samband – taktisk og strategisk. Det taktiske sambandet etableres for at den som har kommando kan kommunisere med egne styrker. Det strategiske sambandet er globalt og etableres for å ivareta kommunikasjon innenfor et spesifisert område eller begrenset til bestemt trafikk. Disse kommunikasjonssystemene er koordinert innen NATO-samarbeidet og ikke tilgjengelige for det sivile samfunnet.

Den sivil – militære evakueringskjeden vil måtte forsterkes med liaison i AMK sentralen som kan bidra med opplysninger om de militære evakueringskapasiteter og koordineringen av disse. Leder Forsvaret (LF) i ILKO kan bistå innsatsledelsen med viktig informasjon om situasjonsbilde, antall og type skader, og om mulig etablere møtepunkt og evakueringsveier som er "trygge nok" for raskest mulig å overta pasienter fra den militære evakueringskjeden.

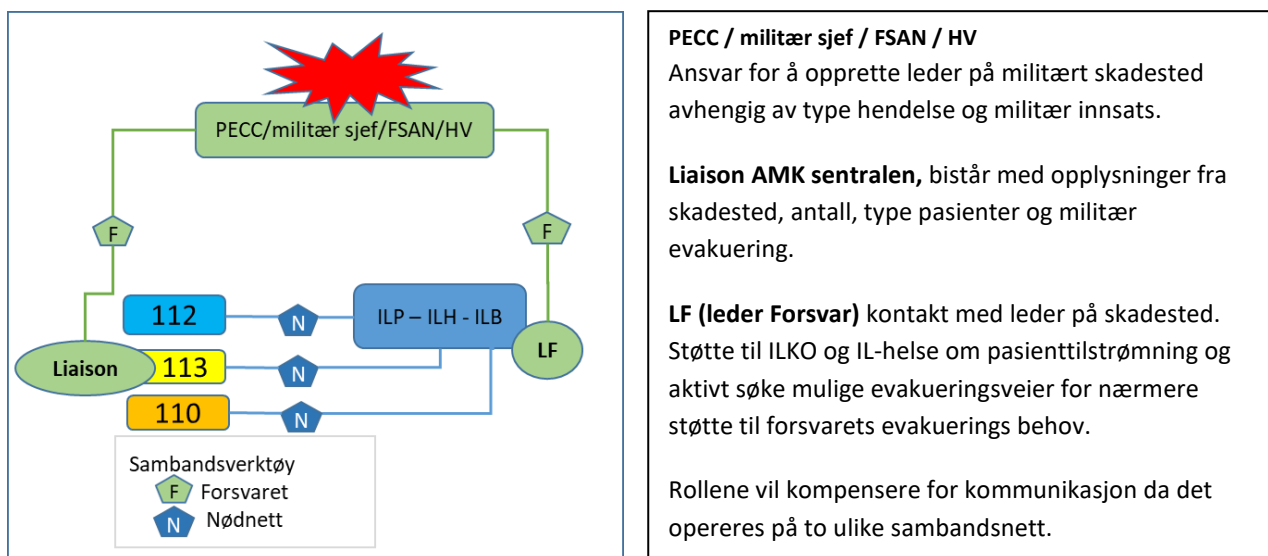
Forsvaret i Norge har et begrenset antall Nødnett radioterminaler. Terminalene er fordelt til Heimevernet, Sjøforsvaret inklusive Kystvakten, Luftforsvaret og Hæren.

Justis- og beredskapsdepartementet har ansvar i samarbeid med Forsvaret, for å anskaffe Nødnett i de ulike militære grenene for å styrke samarbeid med den sivile redningstjenesten.

Ved hendelser der militære og sivile helseressurser kan kommunisere ved bruk av Nødnett avklares bruk av talegrupper med politiet (samvirke, SAR, eller beredskapstalegrupper) frem til det foreligger en omforent talegruppestruktur for samhandling mellom Forsvaret og sivil helsetjeneste.

Militære avdelinger må sørge for liaisonering for å ivareta kommunikasjon inntil felles kommunikasjonsplattformer er etablert.

Figur 11 viser i grønne linjer forswarets kommunikasjonslinjer i sitt kommunikasjonsnett. Blå linjer viser sivile kommunikasjonslinjer i nødnett mellom fagsentralene og innsatsledelsen. Overføring av informasjon kan ivaretas ved etablering av leder Forsvaret som er knyttet til innsatsledelsen og liaison funksjon på AMK- sentralen.



Figur 11 Sambandsveier

7. BRUK AV LIAISONER

Liaison betyr forbindelse/kontakt og betegner i denne sammenheng en utpekt person som skal etablere en forbindelse mellom myndigheter/ etater eller virksomheter.

7.1 Liaisoner mellom Helsedirektoratet – Forsvarets Operative Hovedkvarter

Helsedirektoratet og FOH har inngått gjensidig avtale om liaison, hvor Forsvarets liaison i Helsedirektoratet er etablert som en fast ordning. Liaison fra Helsedirektoratet etableres i FOH når det anses nødvendig. Liaison fra Helsedirektoratet har normalt ikke beslutningsmyndighet, men skal ha god kunnskap om Helsedirektoratet og Forsvaret, slik at nødvendige informasjon blir forelagt krisestab i Helsedirektoratet hvor beslutninger fattes.

Funksjonen er å få tidlig oversikt over situasjonsbilde og forestående mulige hendelser og aktiviteter. Formidle tilbake til egen sektor viktig informasjon som kan bidra til riktige strategiske valg for å planlegge helsetjenestens kapasitetsutnyttelse nasjonalt og på tvers av regioner.

Informasjon formidlet gjennom liaisonen kommer i tillegg til, og ikke i stedet for formelle rapporter, møter mellom Helsedirektoratet og FOH, eller gjennom samvirkemøter med de andre etater. Liaisonen må være sikkerhetsklarert, autorisert for minimum HEMMELIG/NATO SECRET og ha gode kunnskaper for hvordan sikkerhetsgradert informasjon skal behandles

7.2 AMK- liaisoner fra Forsvaret

Liaison fra Forsvaret på AMK- sentraler er en god støtte til den sivile helsetjenesten ved operasjonell og taktisk planlegging. Ved mangel av compatible kommunikasjonsverktøy vil funksjonen gi helsetjenesten verdifull informasjon ved mottak av allierte og styrkeforflytninger. Liaisonen vil bidra med situasjonsforståelse for at helsetjenesten kan dimensjonere evakuerings støtte og behandlingskapasiteter ved hendelser med masseskade. Den skal også bidra med informasjon om antall og type skader på skadested for en effektiv samordning og koordinering av militære og sivile evakueringskapasiteter.

Liaison må ha tilrettelagt nødvendig teknisk utstyr og kommunikasjonsverktøy for å kunne utføre sin funksjon på en god måte.

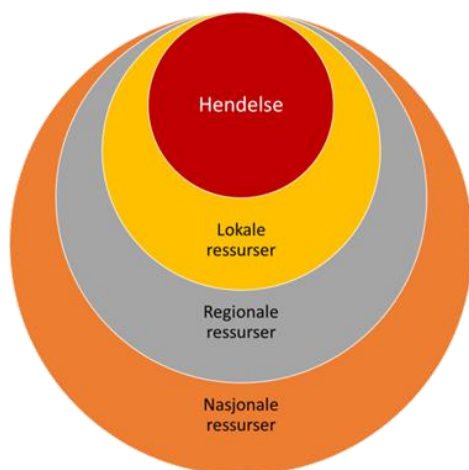
8. BESKRIVELSE AV EVAKUERINGS- KAPASITETER

Koordinering av ressurser dreier seg om riktig ressursdisponering basert på koordinert planlegging, både av behandlings- og evakueringskapasiteter. I en helhetlig evakueringskjede bør dette sees både i et nasjonalt, regionalt og lokalt perspektiv. Dette innebærer regional og nasjonal vurdering og koordinering av landets totalt tilgjengelige ressurser i et nasjonalt perspektiv. Avhengig av situasjonen vil det kunne være nødvendig i større hendelser med masseskader å omdisponere ressurser, legge om driften, utøke bistand fra samarbeidende etater og organisasjoner, og rekvirere alternative evakueringsressurser som båt-, tog- eller busstransport i privat eller offentlig eie.

Lokal AMK- sentral har ansvaret for hendelser i sitt geografiske område.

Ved regional bistand varsles koordinerende AMK som bistår med ytterligere ressurser innenfor regionen.

RHF-ene har ansvar for å koordinere helsetjenester og evakueringsressurser på tvers av HF.



Ved en overskridelse av lokal kapasitet er en regional eller nasjonal omprioritering av ressurser (personell, kompetanse og utstyr) mellom sykehusene. Geografi og størrelsen på hendelser vil avgjøre på hvilket nivå omprioritering og koordineringen vil gjennomføres.

8.1 Dimensjonerende faktorer

Estimert tall knyttet til skader ved hendelser vil være nyttig under planlegging i forhold til hensiktsmessig bruk av evakueringsressurser og disponering ved fordeling av skadetyper og prioritet.

Typen	Antall skadde	Alvorlighetsgrad	Antall i prioritet
Syke, skade og såret	500	Prioritet 1 - 20 %	100
		Prioritet 2 – 30 %	150
		Prioritet 3 – 50%	250

8.2 Sivile kapasiteter

Kapasiteter innenfor sivil sektor bygges på redningstjenesten i Norge og de avtaler og samordningsmekanismer som ligger i dette. Ved hendelser er det et tverrsektorielt ansvar for gjennomføring av redningsaksjoner med bistand fra de ulike etater og organisasjoner.

Etter loven skal kommunene, fylkeskommunen, regionale helseforetak samordne sine planer og legge til rette for beredskapslager, omfordeling av pasienter og legge om driften for å øke sine kapasiteter. Ved ressursmangel vil de regionale helseforetak og kommuner kunne bistå hverandre med personell og materiell.

I en hybrid situasjon eller krig vil det kunne bli større utfordringer med parallelle aksjoner og aksjoner som varer over tid. Dette vil kreve tilgang til kapasiteter utover helsetjenestens ordinære kapasitet, og medføre en nasjonal koordinering med fordeling av pasienter, personell og materiell som ledes av Helsedirektoratet når Helse- og omsorgsdepartementet delegerer denne myndighet.

8.3 Spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetak har ansvar for å etablere og drifte AMK- sentraler, ha kommunikasjonsberedskap og kommunikasjonsutstyr for de prehospitale tjenester, og samarbeide med relevante parter i regionen for å sikre god samordning.

Spesialisthelsetjenesten benytter seg av de ressurser som er satt opp for å håndtere de daglige oppdrag. I tillegg vil de til enhver tid ha reservekapasitet som kan brukes ved større hendelser. Det finnes ambulansebåter som er rigget for oppdrag, og helsebusser i regionene for liggende og sittende pasienter. Ved større hendelser vil de regionale helseforetak kunne bistå hverandre på tvers med personell, materiell, evakuering og behandlingskapasiteter.

Helsetjenesten disponerer ambulansefly som er utstasjonert på strategiske baser i Norge. Universitetssykehuset i Tromsø har koordineringsansvar for de nasjonale flykapasitetene. Helikopterkapasitet styres ved landets AMK- LA sentraler (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral – luftambulanse) som har egne koordinatorene utdannet for denne oppgaven.

Ved etablering av restriksjoner i luftrom vil prosedyrer for varsling og klarering av ambulanseflyging iverksettes etter prosedyrer mellom AMK- sentralen, luftambulansetjenesten og FOH v/NAOC

Helseforetakene skal sørge for intern koordinering av sine ressurser og foreta kontinuitetsplanlegging i samarbeid kommunene i sitt opptaksområde for å håndtere situasjonen over tid. HF har ansvar for å kommunisere med AMK og regionalt helseforetak ved kapasitetsutfordringer.

Det finnes avtaler med frivillige organisasjoner som Røde Kors og Norsk Folkehjelp om bruk av deres kapasiteter (transportkapasiteter, personell og forpleining).

På landsbasis finnes det 10 helseteam i de ulike helseregioner bestående av helsepersonell som er godt egnet til triagering og stabilisering av pasienter ved sykehus, samleplasser eller i andre evakueringsressurser som båter, fly og busser.

8.4 Primærhelsetjenesten

Fylkesmannen er et bindeledd mellom sentralt og kommunalt nivå og skal bistå i krisehåndtering. Kommunene skal etter helse- og omsorgsloven sørge for helsetjenester til de som oppholder seg i kommunen. Kommunene har samlet en betydelig kapasitet på helsepersonell og materiell.

Kommunene, fylkeskommune og de regionale helseforetakene har samarbeidsavtaler som 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, hovedredningssentralene og andre myndigheter.

Kommuner har ansvar for kommunal legevaksordning som skal rykke ut og yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, som vil være en kapasitet i hendelser med stort skadeomfang.

Legevakten i kommunen er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner. Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart.

Legevaktene må dimensjoneres og være forberedt på mottak av mange lettere skadde som kommer selvevakuert eller i samlet transport fra et kriseområde.

8.5 DSB, brannvesen og sivilforsvar

Det er etablert en avtale mellom DSB og Helsedirektoratet om sivilforsvaret rolle som forsterkningsressurs til helsetjenesten (12.03.2010). Sivilforsvaret vil kunne støtte i en masseskadesituasjon, og disponerer kapasiteter innenfor forpleining og transport av pasienter i terreng.

DSB har etablert seg som kontaktpunkt og kan bistå fagmyndighetene ved anmodning om internasjonal bistand. EU har utarbeidet et minimumskrav til internasjonale EMT (Emergency Medical Team) som skal være selvforsynt hva gjelder transport, forpleining og medisinsk utstyr. Slike forespørsler og kapasiteter kan gjøres innenfor WHO / EU systemet.

Brannvesen er representert i hver kommune og vil samlet sett i en region kunne bidra med betydelige ressurser i forhold til redningsutstyr og personell.

I hendelser med CBRNE vil brannvesen og sivilforsvar kunne bistå med deteksjons utstyr og rensing av pasienter.

8.6 Militære kapasiteter

Militære evakueringskapasiteter er tilgjengelig i forsvarsgrenene, men i begrenset antall. I tillegg vil Forsvarets Sanitet (FSAN) styrkeprodusere felles sanitetstyrker til støtte for forsvarsgrenene.

FSAN styrkeproduserer evakueringskapasiteter på land og luft, utfører skadebegrensende kirurgi og etablere sykeleier. Hæren og Heimevernet har organisert landevakueringskapasitet, men evakueringsplattformene har lav pasientkapasitet, og er ikke egnet for intensivtransport. Kapasitetene er delvis lendegående og pansret.

Sjøforsvaret og Luftforsvaret er i stor grad avhengig av støtte fra andre deler av Forsvaret for å få gjennomført evakuering.

De taktiske kommandoene og avdelinger på taktisk nivå samordner sitt behov for sivil støtte med LRS gjennom Heimevernet på regionalt og lokalt nivå. Heimevernet, som er representert i LRS, vil derfor være en sentral aktør i sivil-militær koordinering på regionalt og lokalt nivå.

8.7 Forsvarets styrker

Evakueringsplattformer bør være utformet, bemannet og utstyrt for å kunne gi behandling til pasienter under evakuering fra rød sone. Pansring kan være en forutsetning for å evakuere pasienter fra skadested hvor strid pågår til vei eller nærmeste behandlings-institusjon, for

eksempel militær ROLE 1 eller 2, eller direkte til høyere ROLE, militær eller sivil helseinstitusjon hvis tidsaspektet tilsier dette.

Spesialstyrkene har integrert sanitet, men ikke dedikerte evakueringsressurser. De samarbeider med ulike avdelinger og tilføres eller medbringer generisk nødvendig mobilitet for å løse oppdrag, og vil dermed ha tilgang på luft-, sjø- og landmobilitet til evakuering. Innenfor målområdet vil kun operatører gjennomføre behandling- og evakuering.

8.8 Allierte styrker

Norske militære sanitetsavdelinger og sivil helsetjeneste skal samvirke med allierte avdelingers evakueringskapasiteter i en helhetlig medisinsk evakueringskjede.

En helhetlig evakueringskjede tar høyde for behovet til å koordinere og samarbeide med allierte militære avdelinger. Det bør planlegges at andre nasjoners militære pasienter kan inngå i den akuttmedisinske evakueringen og returneres til tjeneste etter behandling av norsk helsevesen. NATO styrker vil ha Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) som «single point of contact». FOH vil i samvirke med sivile redningstjeneste og norske helsemyndigheter etablere nødvendige kontaktpunkt mellom militære og sivile myndigheter.

Ved kriser med bistand av allierte styrker vil egne evakueringsressurser og Role 1 - 2 -3 kapasiteter være tilgjengelig primært for eget personell. I operasjonsområdet hvor sivile syke og skadde trenger helsehjelp, kreves godt organisert koordinering, kommunikasjon og evakuering mellom de militære styrker og den sivile redningstjeneste.

Allierte styrker har FOH som SPOC (single point of contact) hvor varsling og koordinering mot sivile ressurser ivaretas på samme måte som for norske styrker.

Ved hendelser som understøttes av større internasjonale styrker vil militær leder som har koordineringsansvaret for saniteten etableres (PECC – patient evakuasjon coordination celle)

Evakuering av pasienter ut av Norge er hvert enkelt lands ansvar.

8.9 Forsvarets sanitet i Heimevernet

Det er Heimevernets distriktssjefer som ivaretar lokalt territorielt ansvar på vegne av sjef Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) innenfor sine ansvarsområder. Det betyr blant annet at distriktssjefene har det daglige ansvaret for lokalt samarbeid og nettverksbygging, spesielt med politimestere, fylkesmenn og de regionale helseforetak, samt sivile objekt eiere og andre lokale myndigheter som kommuner.

I hendelser der HV er involvert kan det lokale HV- distrikt være et koordinerende ledd mot den sivile helsetjenesten. I slike situasjoner vil et koordinert samarbeid utføres på lik linje, med liaison på AMK- sentralen og leder forsvaret i innsatsleders ILKO.

Pasientens behov for pågående behandling og oppfølging under evakueringen påvirker antall pasienter som kan håndteres per evakueringsplattform. Prinsipielt brukes to typer ambulanser. Den mest avanserte er dimensjonert for evakuering av hardt skadde pasienter under pågående behandling, og kan ta inntil to liggende pasienter. Den mindre avanserte ambulansen har evne til å evakuere lettere skadde, og kan ta flere pasienter. Det er ulike konfigurasjoner som tillater både liggende og sittende pasienter. Transport av pasienter som ikke trenger pågående behandling under evakuering kan transporteres under oppsyn med andre landgående evakueringsplattformer med høyere kapasitet. Busser kan brukes til å transportere et større antall pasienter, men kan vanligvis bare brukes på vei i bakre område eller mellom behandlingsinstallasjoner.

Landevakueringsplattformer kan være en viktig ressurs for evakuering fra maritime operasjoner, dersom det er behov for å omlaste pasienter fra et fartøy for å bringe pasienter til behandlingsinstitusjoner på land.

Heimevernet skal samarbeide internt i Forsvaret med forsvarsgrenene, samt at HV har en koordinerende rolle mellom andre avdelinger i Forsvaret og det sivile.

9. REFERANSER

AVTALE MELLOM HELSEDIREKTORATET OG FORSVARET VED FORSVARETS OPERATIVE
HOVEDKVARTER VEDRØRENDE GJENSIDIG BISTAND:

https://sh.helsedirektoratet.no/spmn/totalforsvaret/Delte%20dokumenter/Styrende%20dokumenter/20111207_Bistandsavtale_FOH_Helsedir_Underskrevet_avtale_.pdf

Forsvarets doktrine for sanitets- og veterinærvirksomhet:

<https://sh.helsedirektoratet.no/spmn/totalforsvaret/Delte%20dokumenter/Forsvaret%20dokumenter/2016-10-06%20FDSV%20FINAL%20DRAFT.docx>

Sluttrapport fra delutredning: «Ledelsesmodell for sivilmilitært samvirke innen helse- og sanitet»:

<https://sh.helsedirektoratet.no/spmn/totalforsvaret/Delte%20dokumenter/Dok%20fra%20HBR/Sluttrapport%20sivilmilitær%20ledelse%20helseberedskap%20-%20endelig.pdf>

Nasjonal veileder for liaisonfunksjonen

<https://sh.helsedirektoratet.no/spmn/totalforsvaret/Delte%20dokumenter/Styrende%20dokumenter/Nasjonal%20veileder%20for%20liasonfunksjonen.pdf>

Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested

<https://sh.helsedirektoratet.no/spmn/totalforsvaret/Delte%20dokumenter/Styrende%20dokumenter/Nasjonal%20veileder%20helsetjenestens%20organisering%20på%20skadested%20IS%20536.pdf>

Nasjonal veileder for masseskadetriagering

<https://sh.helsedirektoratet.no/spmn/totalforsvaret/Delte%20dokumenter/Styrende%20dokumenter/IS-0380-Nasjonal-veileder-for-masseskadetriage.pdf>

Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade

<https://sh.helsedirektoratet.no/spmn/totalforsvaret/Delte%20dokumenter/Styrende%20dokumenter/IS-2593%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20håndtering%20av%20CBRNE-hendelser%20med%20personskaade.pdf>

Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold PLIVO

<https://sh.helsedirektoratet.no/spmn/totalforsvaret/Delte%20dokumenter/Styrende%20dokumenter/Nasjonal%20prosedyre%20for%20nødetatenes%20samvirke%20ved%20pågående%20livstruende%20vold%20PLIVO.pdf>

Instruks for Forsvarets bistand til politiet

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/har-fastsatt-ny-instruks-for-forsvarets-bistand-til-politiet/id2557595/>

Avtale mellom Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og Helsedirektoratet (Hdir) om Sivilforsvarets rolle som forsterkningsressurs til helsetjenestens beredskap.

<http://kriseteam.helsekompetanse.no/sites/kriseteam.helsekompetanse.no/files/Avtale%20mellom%20DSB%20og%20%20helsedirektoratet%20sivilforsvarets%20rolle.pdf>

Felles sambandsreglement for Nødnett

<https://www.politiet.no/globalassets/05-om-oss/03-strategier-og-planer/sambandsreglement-for-nodetatene.pdf>

Instruks for fylkesmannens og Sysselmannen på Svalbards arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering, <https://lovdata.no/forskrift/2015-06-19-703>