

Nasjonal helseøvelse 2018

Evalueringsrapport for Live-delen av øvelsen



Prosjekteier: Helsedirektoratet
Ledelse evaluering: Helse Nord RHF v/Jørgen Hansen
Dato for godkjenning: 26.03.2019

Forord

Nasjonal Helseøvelse 2018 ble gjennomført samtidig med at Trident Juncture 18 foregikk. Helsetjenestenes beredskapsevne, krisehåndteringsevne, det sivilmilitære samarbeidet og totalforsvarskonseptet var sentrale tema.

Evalueringsrapporten av live-delen av helseøvelsen er utarbeidet av en gruppe evaluatorene oppnevnt fra de fire regionale helseforetakene, Forsvaret og sentrale myndigheter; Ole Gunnar Sætre (CBRNE), Gunnar Watn (masseskade), Øystein Hveding (helsehjelp til evakuerte), Siri Bjørnson (beredskapsledelse), Kjell Engkrog (masseskade), Morten Sommer, Eva Egeland og Jørgen Hansen (leder).

Rapporten bygger på registreringer gjort av lokale evaluatorene, fagevaluatorene og medlemmene i den nasjonale evalueringsgruppen. Vi benyttet et elektronisk evalueringsverktøy levert av One Voice AS og tilknyttet HelseCIM. Hendelser og funn er forsøkt beskrevet slik at også lesere som ikke har vært med på denne type øvelse skal ha utbytte av å lese rapporten. I tillegg til denne nasjonale rapporten vil de lokale øvingsorganisasjonene utarbeide lokale evalueringsrapporter for ledelsesforankring og implementering av læringspunkter.

Den nasjonale evalueringsgruppa var tilstede på alle fem lokalisasjonene helseøvelsen ble gjennomført. Vi fikk detaljerte og verdifulle innblikk i alle tema og aspekter av øvelsene på de fem ulike lokalisasjoner. Gjennomgående og universelle funn ble tatt inn her mens de øvrige funn ble tatt inn i lokale rapporter for videre handtering lokalt.

De ulike aktørene i helseøvelsen har utarbeidet sine etatsvise rapporter og det har vært lagt til rette for samarbeid i evalueringsarbeidet og deling av felles læringspunkter. Vi er svært takknemlige for dette samarbeidet og vil takke for alle innspill som vi har mottatt. Vi vil også rette en stor takk til fagevaluatorene, lokal øvingsledelse og lokale evaluatorene for deres bidrag til evaluering både lokalt og opp mot nasjonale myndigheter.

Kapitlene i rapporten er skrevet av ulike bidragsytere (ut fra tema). Dette gjør at den i disposisjon av enkeltkapitler og språklig ikke er helt likt bygd opp. Rapporterte funn og uttrekk av læringspunkter har vært gjenstand for grundig diskusjon og kvalitetssikring på møter i evalueringsgruppa og i slutfasen på møter med prosjektgruppen. Kapittel 4.3 (CBRNE) er detaljert og omfattende med mye læring til lokalt og regionalt nivå som skal utarbeide eller revidere sine beredskapsplaner og tiltakskort på dette tema. I kapittel 5 trekker vi fram de mest sentrale læringspunktene opp mot det nasjonale nivå og som skal inngå i analysefasen av hovedprosjektet, og svarer ut om vi anser at helseøvelsen oppnådde de overordnede målsettingene.

Bodø den 27.03.2019

Jørgen S Hansen
Helse Nord RHF

Oppsummering

Evaluering av NHØ18 skal gi svar på om planlegging og gjennomføring har ført til måloppnåelse og det skal framkomme læringspunkter i form av forbedrings- og bevaringspunkter. Lokale rapporter skal utarbeides til lokal læring og forbedringsarbeid. Evaluering av prosjektledelse, nasjonale myndigheter og CPX (Command Post Exercise) var utenfor vårt mandat.

Nasjonal helseberedskapsevne, krisehåndteringsevne og det sivilmilitære samarbeidet var sentrale tema. Evnen til å håndtere masseskadesituasjoner og evnen til å håndtere ukontrollert forflytning av mennesker ble øvd i fire definerte hovedtema.

Bakteppet var at Norge var i en situasjon med hevet beredskapsnivå, behov for økt kapasitet på bl.a. helsetjenester og under risiko for hybride hendelser. Det var relevante, komplekse og realistiske scenarier med mange utfordringer. Flere tidskrisiske hendelser ble øvd av de sivile nødetatene, Forsvaret, de øvrige samvirkeaktørene/forsterkningsressursene som inngår i totalforsvaret. Det var utfordringer både på strategisk, taktisk og operasjonelt nivå under totalforsvarskonseptet.

Evaluering av beredskapsledelse og kriseledelse ble gjennomført hos alle involverte aktører, og det beskrives flere steder behov for videreutvikling med risikoanalyser og revisjon av tilhørende beredskapsplaner. Det rapporteres om manglende kunnskap om, og ferdigheter i bruk av kommunikasjonshjelpemidler (bl.a. nødnett).

I forhold til beredskapsledelsen samhandling med Forsvaret rapporteres det at bruk av liaison var viktig for å få til en god og korrekt informasjonsflyt og forståelse av hendelse, risiko og situasjon som grunnlag for bl.a. korrekt ressursdisponering og samvirke. Det gjelder både i forhold til kommuner og helseforetak. Det må legges opp til regelmessig opplæring i konsepter og veiledere og deltakelse i samvirkeøvelser for å utvikle rolleforståelse, kompetanse og ferdigheter. Mangel på felles nasjonale omforente betegnelser, begrep og begrepsforståelse ble av flere evaluatorene beskrevet som en utfordring.

Kunnskap om og trening i metodikk for utøvelse av beredskapsledelse ble rapportert som viktig. Elektroniske krisestøtteverktøy for tiltakskort, dokumentasjon, logging, kommunikasjon osv. må bli etablert og implementert der det ikke foreligger i dag. For å øke robusthet må medlemmer i krisestaber og beredskapsledelse kunne beherske slike verktøy og bruke disse i reelle situasjoner for å få til godt og forutsigbart samvirke. Noen steder var det manglende kontakt og kommunikasjon mellom beredskapsledelser på ulike nivå. Særlig i hendelser som går over tid og med mange typer skadde og evakuerte vil dette utfordre koordinering, dimensjonering og tydeliggjøre mangel på ansvarslinjer.

Det ble rapportert at gradert informasjon ikke nådde ut til kommuner og foretak, noe som fikk negative konsekvenser i forhold til å være proaktiv og foreta de nødvendige sikkerhetsvurderinger og sikkerhetstiltak. Det gjaldt bl.a. ved utrykning, skallsikring og

ivaretagelse av truende personer som kom inn i akuttmottak eller legevakter. Det ble ikke i tilstrekkelig grad gjort risikovurdering med definert ansvar.

I hendelser med masseskade (bl.a. CBRNE) fikk man øvd sentrale veiledere/konsepter for alarmering, handtering og samhandling mellom de sivile nødetatene, Forsvaret og forsterkningsressurser på alle nivå. Risiko i hendelser reduseres bl.a. med fokusert samhandling mellom de sivile nødetatene og Forsvaret. Kommunikasjon og informasjonsutveksling er her viktig. Bruk av liaison ble bekreftet som en ordning som bidro til dette. Det må være tilgjengelig kommunikasjonsutstyr og kompetanse/øving i bruk for alle tiltenkte roller både for feltinnsats, skadestedsledelse, samleplassarbeid og pasienttransport (nødnett).

Det ble rapportert flere mangler vedrørende legevaktlegenes mulighet for å ivareta rollen i utrykning, triage, pasientbehandling, i lederfunksjoner på skadested og bruk av kommunikasjonshjelpemidler (bl.a. nødnett). Disse manglene er beskrevet og det er skissert læringspunkter.

Flere læringspunkter fra øvelsene med masseskader og helsehjelp til evakuerte anbefaler at nasjonale forskrifter, veiledere/konsepter blir gjennomgått med tanke på revisjon og oppdatering. Det gjelder internt for sivile nødetater og for den sivilmilitære samhandling under totalforsvarskonseptet. Man må gjennomgå forløpet fra skadested via triage, samleplass, omlastingsplass, evakueringsressurser og inn mot spesialisthelsetjeneste eller kommune. Forsterkningsressursenes roller og ansvar (Sivilforsvaret og frivillige organisasjoner) er heller ikke entydig beskrevet, forstått og praktisert. Det er også flere læringspunkter som berører etablering og drift av evakuerte og pårørendesenter (EPS) i kommunene og pårørendesenter (PS) i sykehus.

Det var gjennomgående flere steder at evaluatorene rapporterte om ikke oppdaterte og implementerte prosedyrer og planverk/tiltakskort på bakgrunn av gjeldende forskrifter og veiledere, og andre steder der disse var på plass så man ikke at aktørene fulgte disse. Det er en utfordring som også må komme fram i de lokale evalueringsrapportene i forhold til lokale læringspunkter for rask implementering.

Læringspunktene i denne rapporten er resultat av drøfting i evalueringsgruppen som har vært ansvarlig for å utarbeide evalueringsrapport i forhold til de overordnede målsettingene. Vi har også hatt nyttig dialog med medlemmene i prosjektgruppen for Nasjonal helseøvelse. Analysefasen av NHØ18 har bearbeidet læringspunktene til anbefalinger (way forward) som skal gå inn i hovedrapport fra øvelsen i form av anbefalinger til sentrale myndigheter (ledelsesforankring).

Innhold

Forord	2
Oppsummering.....	3
Innhold	5
1. Innledning.....	8
1.1 Nasjonal helseøvelse 2018	8
1.2 Bakteppe for Nasjonal helseøvelse 2018.....	9
2. Hensikt og mål.....	9
2.1 Hensikt og mål med evalueringen	9
2.2 Mål for Nasjonal helseøvelse 2018.....	10
2.2.1 Overordnet mål for øvelsen	10
2.2.2 Felles delmål for øvelsen	10
2.2.3 Spesifikke mål under gjennomføring av fullskala/live-øvelsen.....	11
3. Metoder for innsamling og registrering av data	12
3.1 Hva ble evaluert.....	12
3.1.1 Lokalisasjonene.....	12
3.1.2 Teoretisk grunnlag for evalueringen	13
3.1.3 Læringspunkter	14
3.1.4 Oppfølging og implementering av læringspunktene (way forward)	14
3.2 Gjennomføring av evalueringen	14
3.2.1 Delprosjektgruppe evaluering	14
3.2.2 Evalueringsverktøy	15
3.2.3 Utvelgelse av evaluatorene	15
3.2.4 Opplæring av evaluatorene	16
3.3 Datainnsamling.....	16
3.3.1 Evaluatorenes registreringer.....	17
3.3.2 Førsteintrykkssamling (After Action Review (AAR)).....	17
3.3.3 Spørreundersøkelse til alle deltagende aktører i aktiviteter relatert til Nasjonal Helseøvelse 2018 (Questback)	18
3.3.4 Gjennomgang av logger.....	18
3.3.5 Uformelle samtaler og intervju med involverte aktører	19
4. Observasjoner og vurderinger i forhold til detaljerte delmål	19

4.1	Beredskapsledelse i helseforetak og regionale helseforetak.....	19
4.1.1	Ledelse og metode	19
4.1.2	Samarbeid og samhandling med eksterne parter og myndigheter	21
4.1.3	Samhandling med Forsvaret.....	23
4.1.4	Håndtering og behandling av egne og fiendtlige soldater	24
4.1.5	Støtte til helseforetak og kommuner	25
4.1.6	Helsehjelp ved CBRNE-hendelser	27
4.1.7	Beredskapsledelse RHF	27
4.1.8	RHF: Samarbeid og samhandling med eksterne parter og myndigheter	30
4.1.9	RHF: Støtte hverandre med kompetanse/personell og utstyr i helseteam.	31
4.2	Masseskade	32
4.2.1	Sivilmilitært samarbeid prehospitalt og inhospitalt	33
4.2.2	Bruk av luftambulanser	35
4.2.3	Bruk av nasjonale helseteam	37
4.2.4	Sikring ved hevet sikkerhetsnivå	37
4.2.5	Bruk av forsterkningsressurser vurdert mot helselovgivningen.	39
4.3	CBRNE	40
4.3.1	Bakteppe (scenario).....	40
4.3.2	Om CBRNE-hendelsene.....	40
4.3.3	Hovedinntrykk	41
4.3.4	Tilgangskontroll på sykehusene ved hevet trusselnivå	43
4.3.5	Driften ved akuttmottak ved CBRNE-hendelse – Elverum	44
4.3.6	Driften ved akuttmottak ved CBRNE-hendelse – Hamar	47
4.3.7	Arbeidet på skadestedene.....	49
4.3.8	Varsling og støtte – AMK	61
4.3.9	Tilbakeføring til normaltilstand etter CBRNE-hendelse.....	62
4.4	Helsehjelp til evakuerte i kommunene.....	64
4.4.1	Beredskapsledelse i kommunen ved masseskade.....	65
4.4.2	Helsehjelp til skadde og evakuerte i kommunen ved masseskade	72
4.4.3	Helsehjelp i områder med militær aktivitet eller væpnet konflikt	78
4.4.4	Samarbeide kommuner og helseforetak	79
4.5	Helseteamene	80
4.6	Forberedende og kompetansehevende aktiviteter.....	81
4.6.1	Evaluerings av forberedende og kompetansehevende aktiviteter	83

4.7	Informasjon til pårørende og befolkningen.....	85
4.8	Informasjon til markører	87
4.9	Resultater fra spørreundersøkelse (Questback)	89
5.	Måloppnåelse for Nasjonal helseøvelse 2018.....	89
5.1	Overordnet mål for øvelsen	90
5.1.1	Styrke nasjonal evne til krisehåndtering og koordinering av helsetjenesten i hele spekteret fra fred, krise til krig.....	90
5.1.2	Styrke samhandling mellom Forsvaret, helsetjenestene og andre sivile aktører det er naturlig å samvirke med i hele spekteret fra fred, krise til krig. Dette inkluderer også frivillige organisasjoner	93
5.1.3	Styrke helsetjenestenes evne til å yte akuttmedisinsk hjelp og andre helse- og omsorgstjenester til sivilbefolkningen og til Forsvaret i hele spekteret fra fred, krise til krig	96
5.2	Detaljerte delmål for RHF, sykehus/prehospital og kommuner	101
5.3	Mediespill.....	101
6.	Delprosjektgruppe evaluering – faste deltakere	101
7.	Vedlegg.....	103

1. Innledning

1.1 Nasjonal helseøvelse 2018

Via tildelingsbrev for 2017 fikk Helsedirektoratet (Hdir) fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i oppgave å planlegge Nasjonal helseøvelse 2018 (NHØ18). Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) skulle koordinere ansvaret for all sivil innsats. Hdir er eier av NHØ18 og ledet helseaktørenes planleggingsarbeid.

Øvelse Trident Juncture 18 (TRJE18) var en NATO-ledet øvelse der store deler av Sørøst- og Midt-Norge ble berørt. Norge hadde ansvar for vertslandsstøtten. NHØ18 var en del av denne øvelsen.

NATOs komité for sivil beredskapsplanlegging (CEPC) har etablert sju forpliktende krav til medlemslandene (baseline requirements) (se vedlegg 3). Helseøvelsen skulle fokusere på det sivilmilitære samarbeidet og Norges kapasitet og evne til å møte beredskapsutfordringer på et bredt spekter av samfunnsområder (totalforsvarskonseptet).

Evnen til å håndtere masseskadesituasjoner og evnen til å håndtere ukontrollert forflytning av mennesker ble øvd på fire definerte hovedtema i spesifikke øvingspakke. Disse tema var:

- Beredskapsledelse
- Masseskade
- CBRNE
- Helsehjelp til evakuerte

Ansvar for evalueringsprosessen ble av Hdir fordelt til Helse Vest RHF og Helse Nord RHF og er utdypet i prosjektdirektivet. Evaluering ble integrert i planlegging og i de forberedende tiltak. Prosjektet skulle også legge til rette for at alle etater og organisasjoner i øvelsen fikk inn sine (lokale) øvingsbehov for å kunne innfri sine målsettinger.

Helse Nord RHF ledet og koordinerte evalueringen. De samarbeidet med Helse Vest RHF i arbeidet med at evaluering ble foretatt fortløpende og at det ble utarbeidet et evalueringsdirektiv (se vedlegg 2).

Delprosjektgruppe evaluering var ledet av Helse Nord RHF. Gruppen har i faser av evalueringen fått nyttige innspill fra evaluatorene fra nasjonale myndigheter og fagmiljø i tillegg til at Helsetilsynet har hatt fast medlem i gruppen.

Evaluering av prosjektledelse, nasjonale myndigheter og CPX var utenfor delprosjektgruppe evaluering sitt mandat. Andre aktører som bl.a. Forsvaret,

Sivilforsvaret, Politiet og frivillige organisasjoner utførte egne evalueringer og leverte egne rapporter.

1.2 Bakteppe for Nasjonal helseøvelse 2018

Den sikkerhetspolitiske situasjonen i Norges nærområder hadde utviklet seg negativt. Det var økt tilstedeværelse av politi på viktige objekter og innført grensekontroll. Regjeringen hadde bl.a. kalt tilbake norske styrker fra utlandet, dimisjon av vernepliktige ble kansellert. Norge hadde bedt NATO om artikkel IV konsultasjon. Dette ble etterkommet.

I uke 29 ble helsevesenet pålagt å øke mottak og behandlingskapasitet for syke, sårede og skadde for å bistå sivile i områder som ble frigjort. Trusselvurderingen gjorde det nødvendig å forberede norsk helsevesen på å samarbeide på tvers av helseforetak og benytte seg av ekstra kapasitet, både sivile og militære ressurser. Dersom det skulle oppstå behov som sivil sektor ikke kunne ivareta alene, ville ordinære prosedyrer for anmodning om bistand fra Forsvaret (Bistandsinstruksen) gjelde.

Norge ble utsatt for «angrep» 5. sept. 2018 og mistet territoriell kontroll over Finnmark og store deler av Troms. Norske myndigheter og NATO ville gjenopprette territoriell kontroll. NATO-styrker gikk inn i Sør-Norge og gjennomførte forberedelser i forkant av kampoperasjoner i Nord-Norge.

PST vurderte fare for anslag fra aktører som støttet okkupanten, og det ble avdekket en risiko for dette i Midt-Hedmark. Vurderingen støttet seg blant annet på erfaringer fra andre steder i Europa, der man har sett kjemiske stoffer brukt i aksjoner. CBRNE-scenariet i TRJE18 og NHØ18 var lagt opp på bakgrunn av dette og skulle øve både sivil og militær CBRNE-beredskap.

2. Hensikt og mål

2.1 Hensikt og mål med evalueringen

Deltakerne i NHØ18 skal primært få svar på om planlegging og gjennomføring har ført til måloppnåelse, og det skal framkomme læringspunkter i form av forbedrings- og bevaringspunkter. Nasjonal helseberedskapsevne, krisehåndteringsevne og det sivilmilitære samarbeidet er sentrale tema. Områder for evaluering under øvelsen skulle innbefatte alle øvingstema. Det var viktig å fokusere på målsettinger som beskrevet i prosjektdirektivet.

Delprosjektgruppe evaluering skal sørge for at alle de nasjonale målsettingene blir evaluert og at det skrives rapport opp mot det nasjonale nivået. Lokal øvingsleder sammen med lokal koordinerende evaluator har ansvar for at det på bakgrunn av innhentet informasjon fra evaluatorene lokalt, utarbeides en lokal rapport. Det er viktig at læringspunktene i denne lokale rapporten forankres i lokal ledelse som vil ha ansvar for implementering.

Evalueringsarbeidet skal ivareta de målsettinger, evalueringsbeskrivelser og ønsker som er formulert i øvingspakkene, og sørge for at disse gjennomgår grundig evaluering. Innledende arbeid med kompetanseheving, kunnskapsoverføring og trening før NHØ18 og deltakelse i selve øvelsene ble evaluert via en Questback sendt ut til alle deltakere i NHØ18.

Leder for evalueringsgruppen deltok på alle prosjektmøter og har hatt ansvar for at evaluering ble integrert i alle delprosjektene. Prosjektgruppe evaluering samarbeidet med de ansvarlige for evaluering i de andre etatene og organisasjonene som deltok i NHØ18, for å legge til rette for utveksling av læringspunkter og god felles læring.

Prinsippene om ansvar, nærhet, likhet og samvirke gjaldt på alle nivå og skulle også avspeiles i gjennomføring av øvelsen.

2.2 Mål for Nasjonal helseøvelse 2018

2.2.1 Overordnet mål for øvelsen

1. Styrke nasjonal evne til krisehåndtering og koordinering av helsetjenesten i hele spekteret fra fred, krise til krig.
2. Styrke samhandling mellom Forsvaret, helsetjenestene og andre sivile aktører det er naturlig å samvirke med i hele spekteret fra fred, krise og krig. Dette inkluderer også frivillige organisasjoner.
3. Styrke helsetjenestenes evne til å yte akuttmedisinsk hjelp og andre helse- og omsorgstjenester til sivilbefolkningen og til Forsvaret i hele spekteret fra fred, krise til krig.

2.2.2 Felles delmål for øvelsen

Nasjonal helseøvelse 2018 skal føre til:

1. Økt kunnskap om fasen før krig, og øke evnen til å sørge for nødvendig helsetjenester i denne fasen.

2. Økt kunnskap i helsetjenesten om begrepet hybrid krigføring. Herunder kjennskap til utfordringer for samfunnet generelt og utfordringer for helsetjenesten spesielt, samt hvilke tiltak som kan være blant de man bør iverksette for å håndtere utfordringer for helsetjenesten.

3. At nasjonale planer, konsepter, veiledere, retningslinjer og prosedyrer blir utviklet, tilpasset og implementert i helsetjenesten og



Foto: K. Engkrog, Tynset sentrum

Forsvaret på en koordinert/samordnet måte. Dette gjelder blant annet:

- a) Nasjonal helseberedskapsplan
 - b) Sivilt beredskapssystem (SBS) for helsesektoren
 - c) Helhetlig medisinsk behandling og evakueringskonsept
 - d) Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested
 - e) Nasjonal veileder for masseskade triage
 - f) Nasjonal prosedyre – Nødetatenes samvirke med livstruende pågående vold
 - g) Retningslinjer for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade
 - h) Nasjonal Traumeplan
 - i) Nasjonalt sambandsreglement for nødetatene
4. At relevante aktører blir kjent med egne og hverandres avtaler og beredskapsplaner.
5. Øke befolkningens tillit til at helsetjenesten kan ivareta sine oppgaver i hele spekteret fra fred, krise til krig.
6. Styrke beredskap/kriseledelsen i helseforetak og kommuner sin evne til å lede i hele spekteret fra fred, krise til krig.

2.2.3 Spesifikke mål under gjennomføring av fullskala/live-øvelsen

I tillegg til de overordnede målene, samt felles delmål for øvelsen, er det utarbeidet detaljerte mål for RHF, HF/sykehus, prehospital og kommunene (se vedlegg 5).

1. Helsetjenesten (kommuner og helseforetak), Forsvaret og sivile aktører som det vil være naturlig å samvirke med skal samhandle i samsvar med relevante avtaler, beredskapsplaner, nasjonale konsepter, veiledere, retningslinjer og prosedyrer.

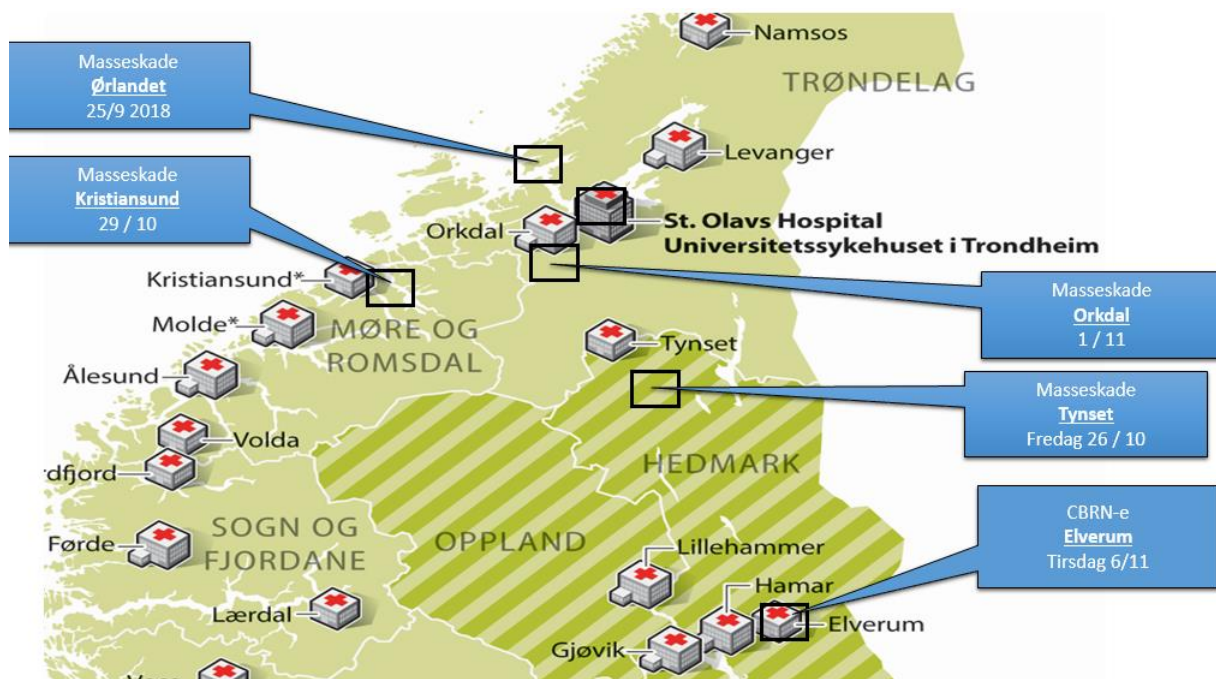
2. Helsetjenesten og Forsvaret skal ha god kommunikasjon med hverandre slik at en situasjonsforståelse som er tilstrekkelig samordnet utvikles og vedlikeholdes på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Situasjonsforståelsen skal være slik at den gir grunnlag for å foreta prioriteringer og iverksette nødvendige tiltak på en koordinert/samordnet måte.
3. De ulike aktørene i helsetjenesten skal kommunisere med hverandre på en måte som fører til at det etableres og opprettholdes en i tilstrekkelig grad samordnet og «riktig» situasjonsforståelse innen helsesektoren på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Dette inkluderer også berørte kommuner og fylkesmenn. Situasjonsforståelsen skal være slik at den gir grunnlag for å foreta prioriteringer og iverksette nødvendige tiltak på en samordnet måte.
4. Helsetjenestens innsats skal være samordnet med de andre nødetatene, forsterkningsressurser og Forsvaret. Innsatsen skal bygge på Nasjonal helseberedskapsplan, Sivilt beredskapssystem (SBS), Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested og andre nasjonale konsepter, veiledere og prosedyrer.
5. Helsetjenesten (både kommuner og helseforetak) skal kunne gi nødvendig helsehjelp til befolkningen og Forsvaret i en krigslignende situasjon, og i situasjoner hvor samfunnet utsettes for hybride hendelser.

3. Metoder for innsamling og registrering av data

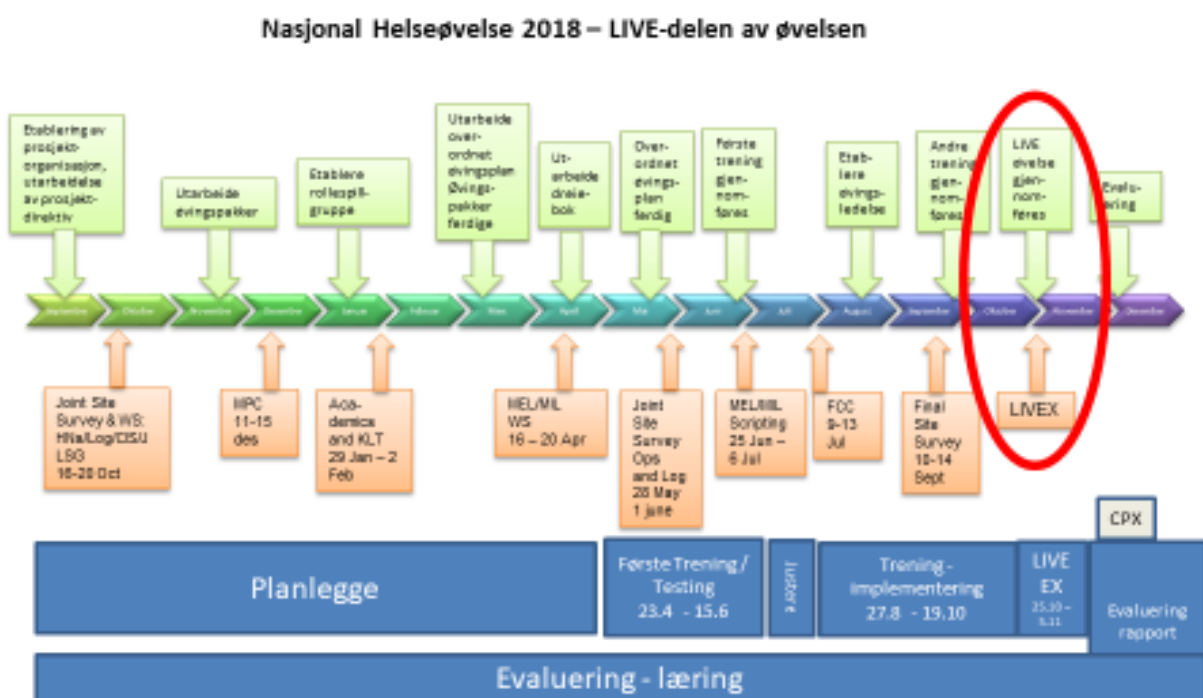
3.1 Hva ble evaluert

3.1.1 Lokalisasjonene

Evalueringen i denne rapporten tar for seg live-delen av NHØ18, nærmere bestemt fullskalaøvelsene som ble gjennomført på Ørlandet (25/9), Tynset (26/10), Kristiansund (29/10), Orkdal (1/11) og Elverum (6/11).



Figur 1: Kart over øvingslokalisasjonene med øvingstema og dato for øvelser.



Figur 2: Tidslinje for sentrale aktiviteter i NHØ18, live-delen.

3.1.2 Teoretisk grunnlag for evalueringen

DSB sin «Veileder i planlegging, gjennomføring og evaluering av øvelser» (okt. 2016), samt metodehefte «Evaluering av øvelser» (mai 2018) ble benyttet som mal for evalueringsdirektivet (se vedlegg 2) og modell for evalueringsverktøyet. Det var nødvendig med visse tilpasninger for å sikre at de spesielle forhold og det komplekse med NHØ18 ble ivarettatt.

3.1.3 Læringspunkter

Læringspunkter ble definert på bakgrunn av foreliggende observasjoner, registreringer, diskusjoner, analyser og rapporter fra hendelsene. Disse vil i analysefasen fram mot hovedprosjektrapporten bli underlagt risikoanalyse og satt inn i en implementeringsplan med forslag til ansvarlig for implementering av forbedrings- og bevaringspunkter.

3.1.4 Oppfølging og implementering av læringspunktene (way forward)

Oppfølging og implementering av læringspunktene, (way forward), er viktig for tjenestenes forbedringsarbeid og er en sentral del av det å gjennomføre beredskapsøvelser. Analysefasen fram mot Hovedprosjektrapporten fra NHØ18 skal bl.a. begrunne og formulere læringspunktene på en måte som klargjør ansvar for videre oppfølging av disse inn i analysefasen i prosjektet og hovedrapporten.

3.2 Gjennomføring av evalueringen

3.2.1 Delprosjektgruppe evaluering

Delprosjektgruppe evaluering hadde følgende sammensetning:

Se kapittel 6 for nærmere info om deltakerne.

Jørgen S Hansen - Helse Nord (leder).

Kjell Engkrog - Helse Nord (nestleder).

Siri Bjørnson - Helse Sør Øst.

Øystein Andre Hveding - Statens Helsetilsyn.

Gunnar Watn - Helse Midt Norge.

Ole Gunnar Sætre - Forsvaret.

Morten Sommer - Høgskulen på Vestlandet (representerer Helse Vest).

Eva Egeland - representerer prosjektlederteamet i NHØ18 (Helse Stavanger HF) Helse Vest

Gruppens medlemmer ble fordelt på de fire hovedtema for øvelsespakkene: beredskapsledelse, masseskader, CBRNE og helsehjelp til evakuerte. Delprosjektgruppe evaluering reiste rundt med NHØ18 og deltok i alle de fem lokale øvelsene. Dette var viktig for å understøtte de lokale evaluatorene i deres arbeid. Vi la til rette for at evalueringene fulgte føringene i evalueringsdirektivet. Gruppen fikk også grundig innsikt i hvordan de forskjellige øvelsene forløp i henhold til overordnede mål og felles delmål, øvingsdirektiv, veiledere og øvrig planverk.

Evaluator fra delprosjektgruppe evaluering var til stede i alle fem øvende kommuner i forhold til tema helsehjelp til evakuerte. Evaluator fulgte pasientforløp (skadde og uskadde) fra skadested via transport til kommunal helsetjeneste og/eller EPS. Han var tilstede i og evaluerte også kommunal beredskapsledelse. Dette har gitt oss en betydelig detaljkunnskap om håndteringen av hendelsene i de enkelte kommunene og hva som har vært gjennomgående og universelle funn.

På tema beredskapsledelse og masseskade fikk vi et solid grunnlag for vår evaluering via gjennomgående evaluering på alle øvingssteder med de samme evaluatorene fra evalueringsgruppa (i tillegg til lokale evaluatorene).

Delprosjektgruppe evaluering deltok med en evaluator på CBRNE-hendelsene i tillegg til fagevaluatorene fra CBRNE-sentret og lokale evaluatorene.

Bruk av luftevakuering med helikopter ble evaluert av fagevaluator med grundig kjennskap til, og erfaring fra tjenesten som pilot.

Helseteamene ble evaluert av medlemmer fra helseteam i Helse Nord RHF.

3.2.2 Evalueringsverktøy

HelseCIM er implementert i spesialisthelsetjenesten som dataverktøy for håndtering av beredskap og uønskede hendelser, og på denne infrastrukturen ble det utviklet og tilpasset et evalueringsverktøy med funksjonalitet for å:

- 1) lagre relevante øvings- og evalueringsdokumenter,
- 2) registrere øvingsmål,
- 3) registrere alle observasjoner fra evaluatorene,
- 4) strukturere og utarbeide lokale evalueringsrapporter fra de respektive øvingssteder.

Med utgangspunkt i evalueringsverktøyet måtte hver enkelt evaluator forholde seg til en gitt struktur på forberedelser og registrering av observasjoner samt rapportering.

Det ble etablert et dokumentarkiv i HelseCIM der all relevant og nødvendig dokumentasjon som vedrører øvelsen og utøvelse av funksjonen som evaluator var tilgjengelig.

I analysefasen av NHØ18 vil man også gjøre en evaluering av hvordan evalueringsverktøyet fungerte. Det ansees uansett nyttig å ha et elektronisk evalueringsverktøy til bruk i øvelser, både ved opplæringsaktiviteter, live- og bordøvelser.

3.2.3 Utvelgelse av evaluatorene

Lokale øvingsledere i samråd med delprosjektgruppe evaluering rekrutterte lokal koordinerende evaluatorene, og disse fikk ansvar for å velge ut lokale evaluatorene for de enkelte hendelsene.

Det ble også oppnevnt egne fagevaluatorene på noen områder som f.eks. beredskapsledelse, CBRNE og koordinering av luftrom ved helikopterevakuering.

Kriterier for utvelgelse av evaluatorene var at de hadde god kjennskap til fagfelt og den organisasjon som de skulle inn å evaluere. Det var også viktig med en vurdering av nødvendig antall evaluatorene på de enkelte hendelsene.

3.2.4 Opplæring av evaluatører

Delprosjektgruppe evaluering arrangerte opplæringssamlinger i evaluering for lokale koordinerende evaluatører, øvingsledere, prosjektledelse og øvrige deltakende etater og organisasjoner, en på Stjørdal og en på Gardermoen. One Voice AS utarbeidet et e-læringsprogram til brukerne av det elektroniske evalueringsverktøyet.

Lokale koordinerende evaluatører fikk ansvar for lokale opplæringssamlinger for eget evaluatorkorps. Forventede handlinger i forhold til hendelsenes målsettinger ble lagt inn i verktøyet, og skulle lette evalueringsarbeidet under øvelsene. Her måtte den enkelte evaluator også sette seg inn i relevant bakgrunnsdokumentasjon, dreiebøker, veiledere og prosedyrer osv. for den aktivitet de skulle evaluere.

Det var også kontakt mellom medlemmene i prosjektgruppe evaluering og de lokale evaluatorene for å sjekke ut om de hadde mottatt adekvat opplæring, og om det var behov for supplerings fra vår gruppe. Kvelden før, og om morgenen øvelsesdagen hadde vi møter med lokal koordinerende evaluator og enkelte av de lokale evaluatorene for å kvalitetssikre at alt var tilrettelagt for en korrekt utførelse av evalueringen.

3.3 Datainnsamling

Delprosjektgruppe evaluering deltok på alle de fem lokale NHØ18 live-øvelsene. Vi deltok i liten grad på de forberedende aktivitetene lokalt (kurs, fagdager, bordøvelser, mindre lokale øvelser, planmøter m.m.). Dette av ressurs- og kapasitetshensyn for medlemmene i gruppa. Vi gikk her glipp av muligheten for å kunne evaluere grundigere i forhold til kvalitet og oppnådd læring i disse aktivitetene.

Våre registreringer bl.a. fra observasjon, samtaler med aktører og medlytt på samband, ble registrert inn i det elektroniske verktøyet slik beskrevet i kap. 3.3.2.

Etter øvelsene og i arbeidet med denne evalueringsrapporten har evaluatorene oppsøkt logger og ringt opp enkeltaktører for å avklare og verifisere funn.



Foto. K. Engkrog, Tynset sentrum

3.3.1 Evaluatorenes registreringer

Det meste av evaluatorenes registreringer av utførte/ikke utførte handlinger ble loggført i det elektroniske evalueringsverktøyet ut fra forventede handlinger. Enkelte evaluatorene valgte å levere sine registreringer i et Word-dokument utenom det elektroniske verktøyet.

Alle registreringene og rapportene fikk et id-nummer i det elektroniske evalueringsverktøyet, og vil være sporbar i forhold til avklaringer man måtte ønske i etterkant av rapporteringen.

Registreringene er grunnlag for rapportering i to nivå. Delprosjektgruppe evaluering ferdigstilte evalueringsrapport opp mot nasjonalt nivå, og lokale koordinerende evaluatorene og lokal øvingsleder var ansvarlig for å utarbeide evalueringsrapporter til de lokale øvende enheter. For analysefase og etterarbeid med forbedring vil det på forespørsel være tilgjengelig svært detaljerte registreringer og vurderinger for ytterligere belysning av våre mer overordnede læringspunkter.

3.3.2 Førsteinntrykkssamling (After Action Review (AAR))

På alle øvelseslokalisasjonene ble det arrangert førsteinntrykkssamling umiddelbart etter gjennomført lokal øvelse. Alle involverte aktører var invitert og oppfordret til å komme med egne/egen enhets umiddelbare tilbakemeldinger på forløpet av øvelsen for deres del. Samlingene ble ledet av de lokale øvingslederne i samarbeid med prosjektgruppe evaluering og prosjektleder. Antall deltakere varierte mellom ca. 300 til over 500.

Førsteinntrykkssamlingene etter de to første øvelsene ble gjennomført etter modellen anbefalt i DSB sitt metodehefte «Evaluerings av øvelser», der hver enhet ble bedt om å svare på følgende fire spørsmål:

1. Hva forventet vi skulle skje?
2. Hva skjedde?
3. Hva gikk bra, og hvorfor?
4. Hva kan forbedres, og hvordan?

Det viste seg å bli for omfattende å svare fullgodt på med det store antall personer som var tilstede på samlingene. Det kom mange gode innspill og refleksjoner, men hver enhet kom ikke lenger enn å svare på mer enn ett eller to av de fire spørsmålene.

På førsteinntrykkssamlingen etter den tredje øvelsen i Kristiansund, ble det testet ut bruk av en interaktiv tilnærming (Mentimeter – www.mentimeter.com). De fire AAR-spørsmålene ble stilt til forsamlingen ett av gangen, og så kunne hver enkelt svare via mobiltelefonen sin. Svarene etter hvert spørsmål ble så umiddelbart vist på storskjermen i form av en ordsky. Denne tilnærmingen skapte godt engasjement og bidro til å få svar fra flesteparten av de som var tilstede. Utfordringen var at svarene ble forholdsvis generelle og kortfattede. Dette ga begrenset verdi i forhold til videre evaluering. Etter den interaktive runden ble det også gjennomført en muntlig runde der

deltakerne ble bedt om å komme med utdypninger og presiseringer. Vi registrerte da gode innspill og refleksjoner.

Førsteinntrykkssamlingene etter de to siste øvelsene ble gjennomført med en muntlig runde, der hver enhet ble bedt om å svare på to spørsmål:

1. Hva fikk dere testet i øvelsen?
2. Hva lærte dere av øvelsen?

Denne tilnærmingen fungerte bedre. Alle enheter svarte på begge spørsmålene, og spørsmålsformuleringene bidro til å få gode og relevante innspill om umiddelbare erfaringer fra øvelsene.

3.3.3 Spørreundersøkelse til alle deltakende aktører i aktiviteter relatert til Nasjonal Helseøvelse 2018 (Questback)

Etter fullskalaøvelsene ble det sendt ut en spørreundersøkelse til alle som hadde deltatt i NHØ18 på en eller annen måte. Totalt 387 personer svarte på spørreundersøkelsen, med fordeling som vist i tabell:

Antall svar og svarfordeling på spørreundersøkelse:

Tilhørighet	Antall	Prosent
Helseforetak/sykehus	135	34,9
Kommunehelsetjenesten	15	3,9
Markør	49	12,7
Regionalt helseforetak (RHF)	24	6,2
Andre	164	42,4
Total	387	100,0

Personene i gruppen «Andre» tilhørte politi, brannvesen, kommune, fylkesmannen, frivillige, Forsvaret, heimevernet, sivilforsvaret og markører.

Alle respondentene fikk spørsmål om opplærings- og treningsaktiviteter forut for fullskalaøvelsen og i hvilken grad de mente øvelsens overordnede mål og felles delmål ble oppnådd. I tillegg besvarte respondentene fra henholdsvis regionale helseforetak, helseforetak/sykehus og kommunehelsetjenesten spørsmål om sin kunnskap knyttet til sine respektive detaljerte mål, og hvor godt de mente dette fungerte i praksis under øvelsen. Markørene fikk egne spørsmål om deres opplevelse som pasient og rollen som markør. Alle respondentene hadde mulighet til å komme med eventuelle kommentarer og presiseringer til de forhåndsdefinerte spørsmålene.

3.3.4 Gjennomgang av logger

Som supplement til evaluatorenes observasjoner og registreringer samlet evalueringsgruppen også inn logger fra deler av øvelsene og gjennomgikk disse. Dette gjaldt

primært hendelseslogger fra AMK-sentralene og CIM-logger fra beredskapsledelsene. Disse ble brukt til å få oversikt over tidspunkt og handlinger som ble gjennomført.

3.3.5 Uformelle samtaler og intervju med involverte aktører

Evalueringsgruppen har ikke gjennomført noen formelle intervjuer med personer involvert i øvelsen. Der det har vært uklarheter eller mangler i de skriftlige tilbakemeldingene fra lokale evaluatorene, har evalueringsgruppen hatt uformelle samtaler med aktuelle personer for oppklaringer eller for å skaffe utfyllende opplysninger om hva som ble gjort under øvelsen.

4. Observasjoner og vurderinger i forhold til detaljerte delmål

4.1 Beredskapsledelse i helseforetak og regionale helseforetak

Helseforetak:

I alle de fem øvelsene ble beredskapsledelse øvet og etablert på flere nivå i helseforetakene. Det vil si strategisk, operasjonelt og taktisk nivå. Helseforetakene benytter ulike begreper på beredskapsledelse/kriseledelse. Begrepene som blir gjengitt i rapporten vil derfor variere. I dette kapittelet presenteres det i all hovedsak evaluering på det strategiske nivået lokalt. For mer utfyllende informasjon om det operasjonelle og taktiske nivået vises det til lokale rapporter.

Observasjonene er hentet fra lokale evaluatorenes registreringer og rapport samt egne notater fra alle øvingslokasjonene der strategisk ledelse i helseforetaket var samlet.

Regionale helseforetak:

De to øvende foretak etablerte beredskapsledelse på strategisk nivå. Ett foretak var i øvelsesmodus under alle fem øvelsene, mens ett deltok ved to av øvelsene.

4.1.1 Ledelse og metode

Omfattes av øvingsmål:

- *Helseforetaket skal kunne etablere og drive beredskap/kriseledelse på strategisk, operasjonelt og taktisk nivå. (H1.1)*
- *Beredskapsledelsen skal arbeide metodisk og proaktivt og løse sine oppgaver både på kortvarige og langvarige hendelser. (H1.2)*

4.1.1.1 Observasjoner

Det ble observert at det ble varslet via automatisk varslingssystem på fire av fem øvingslokasjoner. Noen benyttet automatisk varsling gjennom HelseCIM.

Strategisk, operasjonelt og taktisk nivå ble øvet. Beredskapsledelse ble etablert i fire helseforetak.

Planverket var ikke godt nok kjent blant deltakerne, og det ble i liten grad tatt fram

under øvelsene. Dette ble tydelig ved at flere av medlemmene i noen av de strategisk ledelsene selv kommenterte at de ikke var kjent med planverket.

Det var usikkerhet i flere helseforetak om kommunikasjonen mellom nivåene fungerte optimalt, og det er derfor vanskelig å si om arbeidet og beslutningene i sentral kriseledelse, sentral krisestab og lokal krisestab var samstemt og omforente.

Det ble observert i alle helseforetak at førstemøtet ble avholdt ved bruk av whiteboard-tavle. Møtene ble godt ledet og det var gode diskusjoner underveis. Det ble brukt litt lite tid på å få en felles situasjonsforståelse og vurdering av konsekvenspotensialet. De fleste gikk raskt over i tiltak. Møtene ble i mindre grad avsluttet med fokus og aksjoner. Kun ett av foretakenes sentrale kriseledelse skrev disse ned på tavlen.

Statusmøtene startet på avtalt tid. Sentral kriseledelse ble til tider noe operasjonelle i flere helseforetak. Møtene ble flere steder en del forstyrret av telefoner som ringte og ble besvarte inne i møtelokalet.

Det ble diskutert strategi dersom dette blir en langvarig hendelse, med fordeling av ressurser ved alle helseforetakene, men det ble ikke observert at det ble utarbeidet rulleringsplaner.



Foto: Ingrid S. Hultgren Sør Trøndelag Avis, Planmøte på Orkdal Lensmannskontor

Det var kun en loggfører i tre av fem helseforetak. Det ble tydelig i alle kriseledelsene og stabene at det er sårbart når kun en eller to er lært opp i loggføring. HelseCIM ble i varierende grad benyttet, og det ble ikke observert at medlemmene i ledelsen eller stabene aktivt oppdaterte seg ved hjelp av loggen. En rask gjennomgang av loggføringene viste også at det var ulik kvalitet i det som ble skrevet.

Informasjon på intranett og en mediestrategi kom raskt på plass i noen helseforetakene, mens det tok noe lenger tid i et par av de andre. Det ble i liten grad gjort observasjoner i strategisk ledelse om at det foregikk et mediespill.

4.1.1.2 **Vurdering**

Alle helseforetakene etablerte, og drev beredskap/kriseledelse på alle nivå, slik nasjonal, regional og lokal plan beskriver. Varsling fungerte utmerket de fleste steder.

En utfordring er utskiftninger av personell på alle nivå. I noen kriseledelser/staber var ikke alle roller og oppgaver kjent og øvet. Kommunikasjon mellom stabene og kriseledelsen var litt ustrukturert og tilfeldig.

Det er ikke utarbeidet nasjonale veiledere som beskriver hvordan beredskapsledelsen skal arbeide. Det var tydelig i alle helseforetakene at proaktiv ledelse var kjent og øvet. Alle avholdt førstemøte og statusmøter, med mer eller mindre tydelig fokus og aksjonspunkter.

På strategisk nivå ble flere helseforetak noe operasjonelle. Konsekvenspotensialet ble ikke alltid like godt vurdert, mens tiltakene var gode og detaljerte. Planverket beskriver mange gode tiltak, men det var lite synlig bruk og henvisning til dette.

Informasjonsansvarlige var tilstede på strategisk nivå og informasjon ble utarbeidet til bruk internt og eksternt. I to av øvelsene foregikk det et stort mediespill, men i strategisk ledelse var dette ikke særlig merkbart og fikk lite fokus.

HelseCIM ble benyttet av en eller to loggførere på alle nivå. Noen steder ble loggen vist via projektor men i liten grad lest/benyttet i arbeidet med hendelsen. Whiteboard-tavle var førstevalg og teksten der ble overført til HelseCIM av loggfører.

Rulleringsplan for kriseledelse/staber ble diskutert, men hvilke roller som var kritiske for de neste 24 timer ble ikke loggført. Har heller ikke funnet det beskrevet i tilgjengelig planverk.

Vår vurdering er at målene om beredskapsledelse og krisehåndtering i all hovedsak ble nådd.

Bevaringspunkt	
B1	Organiseringen av kriseledelse med staber fungerer godt.
B2	Benytte tiltakskort/sjekklister for de sentrale rollene.
B3	Varsling av personell er på plass.
B4	Vedlikeholde proaktiv metode.
B5	Tilgjengelig whiteboard-tavle som sikrer oppstart og gjennomføring av førstemøte og statusmøter.
B6	HelseCIM benyttes til loggføring og rapportering.
Forbedringspunkt	
F1	Planverk må være kjent i alle deler av kriseledelse/staber.
F2	Tilstrebe felles situasjonsforståelse i alle ledd.
F3	Det bør være flere enn to i et helseforetak som kan loggføre i HelseCIM på nivåene som er aktuelle i det enkelte foretak.
F4	Ved store øvelser bør det være et mediespill.

4.1.2 Samarbeid og samhandling med eksterne parter og myndigheter

Omfattes av øvingsmål:

- *Helseforetakene skal kunne samarbeide med Forsvaret og andre relevante samarbeidspartnere i hele spekteret fra fred, krise og krig. Samarbeidet skal føre til god informasjonsutveksling, godt koordinert/samordnet innsats og god ressursutnyttelse. (H1.3)*
- *Beredskapsledelsen skal kunne samhandle med nasjonale helsemyndigheter på en måte som fører til et samordnet situasjonsbilde og en koordinert håndtering av hendelsen/krisen (H1.4)*
- *Helseforetaket og Forsvaret skal kunne arbeide etter helhetlig medisinsk evakuerings- og behandlingskonsept. (H1.6)*

4.1.2.1 **Observasjoner**

Det ble under øvelsen diskutert bruk av Sivilforsvaret og HV. Det ble raskt sjekket ut at liaison fra Forsvaret var på plass i AMK der dette skulle øves.

Det virket ikke som om kommunikasjonslinjer mellom Forsvaret og helse er godt kjent. Sentral krisestab ved ett av foretakene mente selv etter øvelsen at de kunne brukt Forsvarets liaison som var i AMK til å holde seg oppdatert. Medlemmer av staben snakket i løpet av dagen med liaisonen, men denne var ikke inne i stabsrommet og deltok derfor ikke i oppdatering/informasjon fra Forsvaret under den tiden liaisonen var i AMK.

Det ble utarbeidet rapporter i HelseCIM og disse ble sendt til det regionale helseforetaket. Meldinger fra RHF som kom i HelseCIM ble av ett helseforetak ikke fanget opp.

Det ble anmodet om nasjonale ressurser i forkant av øvelsen ved ett av helseforetakene, som en del av spillet, men også selve øvelsesdagen ble det anmodet på nytt.

Sentral kriseledelse hadde rapporteringsmøter via telefon/Skype til sitt RHF slik planverket beskriver ved alle øvelsene og møtene var korte og presise.

De forventede handlingene om at nasjonal traumeplan ble fulgt og at kommunikasjonsmidler ble avtalt og benyttet er det ingen observasjoner på, da Forsvarets rolle i hendelsene ble i liten/ingen grad diskutert i de sentrale kriseledelsene.

Kontakt med kommunene ble loggført i HelseCIM.

4.1.2.2 **Vurdering**

Det var i forkant av øvelsen utarbeidet planer og prosedyrer fra Forsvaret. Disse skulle være kjent i foretakenes kriseledelse. Det ble i svært liten grad diskutert Forsvarets innsats og ressurser i helseforetakene og det var ikke noe samarbeid mellom kriseledelsene og Forsvaret under øvelsen.

Strategisk kriseledelse i alle helseforetak hadde kontakt med sitt regionale foretak, og det ble sendt minst en rapport i HelseCIM. Det ble ikke observert at prosedyrer for

godkjenning av rapporter ble benyttet for å sikre kvaliteten av innholdet, med unntak av de foretak der administrerende direktør godkjente før utsendelse. Kvaliteten på rapportene henger sammen med hvor gode loggføringene var etter statusmøtene.

Bistand av nasjonale ressurser ble vurdert i alle foretakene. Der det ble øvet, fungerte mottak og bistand utmerket.

Håndtering av gradert informasjon ble ikke øvet. Imidlertid var dette en aktivitet som lå inne i opptrappingen til øvelsen, derfor ble erfaringene ble ikke observert under live-delen.

Nasjonal traumeplan, nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested og nasjonal veileder for masseskadetriage er kjent og ble benyttet. Det var lite/ikke fokus i foretakenes kriseledelse på samhandlingen mellom Forsvaret og det enkelte helseforetak.

Det ble observert i alle sentrale kriseledelser og staber at det var snakk om å kontakte kommunene. Hvorvidt det faktisk ble tatt kontakt med aktuelle kommuner er ikke observert, utover at AMK har varslet legevakten. Det ble imidlertid loggført at kontakt var opprettet. I ett foretak ble beredskapsleder invitert til et møte i kommunen om den økte trusselsituasjonen.

Det er vår vurdering at målene ikke ble nådd da det ikke var noen samhandling mellom sentral kriseledelse og Forsvaret under øvelsene. De nasjonale myndighetene deltok ikke i denne delen øvelsen og målet om samhandling med disse ble heller ikke nådd.

Bevaringspunkt	
B7	Helseforetakene har kontakt med regionalt foretak ved hendelser der beredskapsnivået er økt.
B8	Kontakt og samhandling med kommunene.
Forbedringspunkt	
F5	Rapportene i HelseCIM bør kvalitetssikres før de sendes til regionalt nivå.
F6	Kontakt og samhandling med kommunene beskrives i delavtale 11: Den akuttmedisinske kjeden og beredskap i de HF der dette mangler.
F7	Kunnskap om Forsvarets oppgaver og ansvar må bli bedre kjent for kriseledelsen.
F8	Kjennskap til redningstjenestens oppbygging og virke, inkludert hvem som representerer helse i redningsledelsen hos de ulike LRS i regionen og hos HRS. Dette har stor betydning når hendelsen kommer inn under definisjonen til redningstjenesten.

4.1.3 Samhandling med Forsvaret

Omfattes av øvingsmål:

- *AMK-sentralene i helseforetakene skal kunne samhandle med Forsvarets PECC eller Heimevernets sanitetsceller på en måte som fører til koordinert samhandling og god utnyttelse av de tilgjengelige helseressurser. (H1.5)*

4.1.3.1 **Observasjoner**

Det ble bekreftet tidlig til sentral kriseledelse at liaison fra Forsvaret var på plass i AMK på to lokasjoner. Det ble observert at operatørene opplevde at det var svært nyttig at liaison fra Forsvaret var til stede i AMK, og at dette var til stor hjelp i en uvant situasjon med lite kjent materiell.

4.1.3.2 **Vurdering**

Etter vår vurdering ble målet delvis nådd. Forsvarets evaluator har følgende forslag til forbedring.

Bevaringspunkt	
	Ingen.
Forbedringspunkt	
F9	Behovet for koordinering mellom AMK og PECC er større på taktisk nivå enn på strategisk.
F10	Liaison må ha tilgang til AMK sine systemer for å kunne få en bedre situasjonsforståelse, for å kunne varsle militære ressurser samt informere om hendelser hvor militære er involvert. Det samme gjelder Forsvarets graderte systemer.
F11	Gitt selektert og kompetansehevet liaison, sambandsmuligheter og tilgang til nettverk vil det gi synkronisering av helsedelen av totalforsvaret, rask respons fra luftambulanse, trygghet for AMK operatørene og riktig bruk av ressurser.

4.1.4 **Håndtering og behandling av egne og fiendtlige soldater**

Omfattes av øvingsmål:

- *Helseforetak og Forsvaret skal kunne samarbeide om liaison fra Forsvaret i akuttmottaket. Dette samarbeidet skal føre til en samordnet håndtering av pasienter. (H1.7)*
- *Helseforetak og Forsvaret skal samarbeide om å ivareta fiendtlige soldater på en måte som ivaretar sikkerhet og fører til at nødvendig helsehjelp blir gitt. (H1.8)*

4.1.4.1 **Observasjoner**

Det møtte en liaison fra Forsvaret i akuttmottakene der det var avtalt. Det ble ikke observert hvordan dette fungerte i sentral kriseledelse. Se punkt under masseskade.

Det er kun ett helseforetakene som har observasjoner om å ivareta fiendtlige soldater. Her er det rapportert at under øvelsen ble potensielt fiendtlig, forulykket personell ikke identifisert. Pasientene det var snakk om var triagert til rød kategori, og sikkerhetsmessig utgjorde de neppe en trussel på kort sikt.

Markører som hadde rolle som fiendtlige soldater, ble håndtert på samme måte som egne soldater. Våpen for øvrig ble håndtert forskriftsmessig.

4.1.4.2 **Vurdering**

Nasjonal veileder for liaisonfunksjonen fra DSB var distribuert i forbindelse med øvelsen.

Alle soldatene fikk god helsehjelp, og den nasjonale retningslinjen var delvis kjent av behandlende personell. Dette er muligens en større utfordring for sengeposter når soldaten er i ferd med å bli friskere og kan oppleves som en trussel av de som arbeider der. Dette ble ikke øvet.

Vår vurdering er at målene delvis ble nådd.

Bevaringspunkt	
B9	Liaisonfunksjonen er viktig for Forsvarets oversikt over skadde soldater som er ankommet akuttmottakene.
B10	Akuttmottakene tar imot og samarbeider med Forsvarets liaison.
B11	Alle skadde soldater får nødvendig helsehjelp.
B12	Ivaretagelse av våpen etter retningslinjene.
Forbedringspunkt	
F12	Kriseledelsen må kjenne til planverk og prosedyre for Forsvarets liaison til akuttmottakene.
F13	Ansvar for fiendtlige soldater beskrives for hele forløpet – fra prehospital til utskrivelse.

4.1.5 **Støtte til helseforetak og kommuner**

Omfattes av øvingsmål:

- *Helseforetak skal kunne støtte hverandre med personell og materiell på en koordinert måte i samsvar med nasjonale og lokale prosedyrer/retningslinjer. (H 1.9)*
- *Helseforetak skal kunne støtte kommunehelsetjenesten med spesialisthelsetjeneste til personer/befolkning som er evakuerte som følge av væpnet konflikt/krig. (H1.10)*

4.1.5.1 *Observasjoner*

Det var ett helseforetak som øvet anmodning om, og mottak av helseteam fra Helse Vest RHF. Helseteamet ble tatt imot og tilganger og adgangskort ble ordnet kvelden i forveien av beredskapsleder. De ble også presentert for personell som hadde nøkkelfunksjoner under øvelsen, samt omvisning på sykehus. Under øvelsen fikk lokal krisestab tilbakemeldinger på at helseteamet var "delt" opp og plassert i ulike team, dette for at ikke et helt team skulle være ukjent med utstyr, rutiner ol. Dette fungerte veldig bra, og de lokale teamene hadde god hjelp av helseteamet. Nedtrapping og retur av helseteam ble ikke øvet.

To helseforetak ba om bistand fra andre, nærliggende sykehus. Anmodningene ble akseptert men ikke øvet.

Poliklinikker på sykehuset økte sin beredskap, både for å kunne opprettholde normal aktivitet, samt være i stand til å ta imot økt pasientstrøm fra kommune og egne sykehusavdelinger.



Foto: Helse Møre og Romsdal HF, Kristiansund sykehus, Akutten

Alle helseforetak fikk melding fra kommunene om at EPS var opprettet og i drift.

4.1.5.2 *Vurdering*

Det var god kommunikasjon mellom helseforetak om behov for personell og materiell. Det ble ikke øvet mottak av personell eller materiell utover mottak av nasjonalt helseteam fra Helse Vest RHF. Noen helseforetak med flere lokasjoner har planer for å overføre personell og materiell. Tilganger og andre administrative prosedyrer er gjort gjeldende.

Ett helseforetak sendte en liaison til kommunens kriseledelse.

Øvelsene ble for kortvarige til å kunne etablere støtte til kommunene med spesialist-helsetjeneste. I en reell situasjon som en væpnet konflikt/krig vil være, vil dette med all sannsynlighet fungere godt.

Vår vurdering er at målene er nådd.

Bevaringspunkt	
B13	Kommunikasjon mellom helseforetak om behov for personell og materiell er beskrevet.
B14	Planer for økt poliklinisk behandling for somatikk og psykiatri vedlikeholdes.
Forbedringspunkt	
F14	Beskrive i planverk/tiltakskort: Vurdere å sende liaison til/fra helseforetak til kommune.

4.1.6 Helsehjelp ved CBRNE-hendelser

Omfattes av øvingsmål:

- *Helseforetaket skal i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten, Forsvaret, andre nødetater og forsterkningsressurser kunne gi nødvendig helsehjelp til pasienter som er rammet av CBRNE-hendelser (H1.19)*

4.1.6.1 Observasjoner

Det ble tidlig tatt kontakt med nasjonalt CBRNE-senter for bistand med behandling av skadde. Denne kontakten ble gjentatt en eller to ganger til under hendelsene.

4.1.6.2 Vurdering

Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade var kjent og ble fulgt. CBRNE-senteret utgjorde en viktig forsterkningsressurs for helseforetaket. I sentral kriseledelse ble det ikke observert kontakt med de øvrige ressursene.

Vår vurdering er at målet ble nådd når det gjelder samarbeidet med CBRNE-senteret.

Bevaringspunkt	
B15	Opprette rask kontakt med CBRNE-senteret for bistand.
Forbedringspunkt	
	Ingen.

4.1.7 Beredskapsledelse RHF

Det var to regionale helseforetak som øvde under øvelsene i Tynset, Kristiansund, Orkdal og Elverum.

Omfattes av øvingsmål:

- *Det regionale helseforetaket skal kunne klargjøre nødvendige fasiliteter for krisehåndtering, herunder klargjøre beredskapsrommet. (H10.1)*
- *Det regionale helseforetaket skal kunne etablere og drive beredskap/kriseledelse på regional strategisk nivå. (H10.2)*
- *Beredskapsledelsen skal arbeide metodisk ved bruk av proaktiv stabsmetodikk og løse sine oppgaver både for kort- og langvarige hendelser/kriser. (H10.3)*

4.1.7.1 *Observasjoner*

Det ble observert at kriseledelse ble etablert og førstemøtet avholdt etter rapport fra et HF om mulig/mistenkt CBRNE-hendelse. Gjennomførte møtet slik planverket beskriver. Gjennomførte telefoniske direktørmøter i regionen for å avklare situasjon og beslutte og formidle delegasjoner av oppgaver. I ett av de regionale foretakene var det tekniske problemer ved gjennomføring av Skype-møtet.

Det var ikke tydelig i intern beredskapsplan hvem som har ansvaret for å klargjøre beredskapsrommet/fasilitetene der, men det er tydeliggjort hva beredskapsrommet skal inneholde.

SMS-varslings, talevarslings og e-post via HelseCIM ble benyttet til innkalling til de ulike møtene i ett regionalt foretak.

Orientering/varslings til HOD, Helsedirektoratet og ledelsen i nabo-RHF om situasjonen, og at kriseledelse var etablert i helseforetaket og det regionale helseforetaket.

I ett av de regionale helseforetakene ble det ikke observert at det ble kalt inn til førstemøte, kun statusmøter, da dette var en hendelse som allerede hadde vart i flere dager.

Dette regionale helseforetaket mottok i varierende grad rapporter de tidligere hadde bedt om fra HF-ene. Det ble i denne forbindelse avdekket at ett av HF-ene ikke brukte HelseCIM, og dermed heller ikke hadde lest varsel/melding som var sendt fra det regionale helseforetaket til alle HF.

Ett HF ga i et telefonmøte uttrykk for at det var vanskelig å holde oversikt over meldinger/bestillinger fra RHF-et i HelseCIM, da det blir svært mange loggføringer etter hvert. Slik ble også viktig informasjon fra RHF-et oversett og ikke fulgt opp i tråd med de bestillingene som ble gitt.

I alle møtene denne dagen ble mediebildet gjennomgått av kommunikasjonsdirektør, og det var etablert kontakt med aktuelt HF for videre kommunikasjonsstrategi i henhold til intern beredskapsplan. I loggen var det enkelt å følge med på nyhetsbildet og kommunikasjonsbudskap fra RHF-ets kommunikasjonsavdeling.

Kriseledelsen holdt seg på et gjennomgående strategisk nivå gjennom hele øvelsesdagen.

I begge de regionale helseforetakene ble førstemøte og statusmøtene gjennomført etter planen. I ett av de regionale helseforetakene ble informasjon mottatt og formidlet videre, beslutninger ble tatt og formidlet på telefon eller SMS, noen ganger på mail. Aldri i HelseCIM.

I det andre regionale helseforetaket ble oppgavene loggført i HelseCIM. Ikke alle oppgavene ble kvittert ut. Kriseledelsen viste at de var godt kjent med proaktiv stabsmetodikk. Tenkelige utfall ev enkelthendelser ble diskutert/vurdert underveis. Verste fallscenario (worst case) ble likevel i mindre grad vurdert/revurdert samlet underveis som følge av nye hendelser og ny status. Det var likevel vanskelig å få oversikt i HelseCIM over hva som var status, de avgjørelser som ble tatt, hvordan oppgavene ble utført osv. Nytt statusmøte ble enten avtalt ved slutten av forrige møte eller dersom nye opplysninger/varsel krevde ny samling. Det var etablert en plan for rulling av kriseledelsen.

Det ble svært mange loggføringer etter hvert, og det var vanskelig å følge med på om rapporteringsfrister både oppover og nedover ble overholdt. Det ble ikke brukt tavler for første-/statusmøter, kun en stabstavle. Stabstavlen viste alle loggføringer, meldinger, oppgaver og situasjonsrapporter. Litt uoversiktlig.

HelseCIM ble benyttet som verktøy av RHF-et for håndtering av krisen både mot HF og Helsedirektoratet. Det var en rutinert loggfører i HelseCIM med under hele øvelsesdagen, og det ble samtidig gitt opplæring til en ny loggfører. De generelle tilbakemeldingene på HelseCIM var at dette er et program som fordrer at den som skal bruke det er godt vant med verktøyet.

4.1.7.2 *Vurdering*

Begge de regionale helseforetakene viste tydelig at de er kjent med sine fasiliteter for krisehåndtering. Tiltakskort er gode hjelpemidler for oppstart av håndtering. Bruk av telefonmøter og Skype var kjent, selv om det tok noe tid å finne ut hvordan Skype-innkalling fungerte.

HelseCIM ble brukt ulikt i de to regionale helseforetakene, men slik planverk beskriver. Som hos helseforetakene var det for få loggførere. Tavler for førstemøtet og statusmøter vist på projektor bør også vurderes.

Det var tydelig at proaktiv metode var kjent og øvet. Hvordan kontakten mellom de regionale foretakene skulle foregå var ikke like godt kjent og det bør etableres en lik kontakt for interregional kontakt ved hendelser og kriser.

Vår vurdering er at målene ble nådd.

Bevaringspunkt	
B16	Vedlikeholde tiltakskort for etablering av fasiliteter.
B17	Vedlikeholde kunnskap om roller og ansvar for etablering og drift av kriseledelse.
B18	Vedlikeholde og øve proaktiv metode.
Forbedringspunkt	
F15	Ha systemer som er avtalt og kjent for deling av informasjon.

F16	Planer for varsling og kommunikasjon i regional helseberedskapsplan følges, eventuelt revider planverk hvis planene ikke fungerer.
F17	Opplæring av flere loggførere.
F18	Tavler for førstemøte og statusmøter i HelseCIM bør vurderes.
F19	De fleste medlemmer av beredskapsledelsen bør kunne bruke HelseCIM ut fra sin rolle.
F20	De regionale foretakenes kontaktlister gjennomgås for rask varsling av hverandre ved kriser.
F21	Etablere felles rutiner for samhandling mellom de regionale helseforetakene som et ledd i kontinuitetsplanlegging ved alvorlige og langvarige hendelser, for eksempel utstyr, personell, legemidler, blodprodukter og så videre.

4.1.8 RHF: Samarbeid og samhandling med eksterne parter og myndigheter

Omfattes av øvingsmål:

- *Det regionale helseforetaket skal kunne samarbeide med Forsvaret og sivile relevante samarbeidspartnere i hele spekteret fra fred, krise og krig. Samarbeidet skal føre til adekvat informasjonsutveksling, gi en koordinert/samordnet innsats og optimal ressursutnyttelse i henhold til hendelsen. (H10.4)*
- *Beredskapsledelsen skal kunne samhandle med nasjonale helsemyndigheter på en måte som fører til et samordnet situasjonsbilde og en koordinert håndtering av hendelsen/krisen. (H10.5)*

4.1.8.1 Observasjoner

Det var ingen samhandling med Forsvaret øvelsesdagen, men en situasjonsrapport svarer ut en anmodning det regionale helseforetaket har mottatt fra Forsvarets operative hovedkvarter (FOH). Det ble ikke observert selve anmodningen fra FOH som det vises til.

Helsedirektoratet ble varslet i henhold til planverk, og HOD ble informert i eierlinja i tråd med varslingsrutiner i intern beredskapsplan.

Det regionale helseforetaket sendte også rapporter i tråd med de bestillinger og frister Helsedirektoratet hadde satt. RHF-et mottok anmodning fra et helseforetak om flere helseteam fra andre helseregioner, og anmodningen ble sendt videre til Helsedirektoratet for videre håndtering der. Krisestaben kom litt senere i samme møte frem til at det var bedre å transportere skadde pasienter ut av området, enn å sende inn flere helseteam da transportkapasiteten i området var tilfredsstillende.

Bruk av nasjonalt begrenset nett var ikke aktuelt da ingen av de regionale helseforetakene på øvelsetidspunktene hadde tilgang på dette.

4.1.8.2 **Vurdering**

Det virket som om varslingslinjer i all hovedsak var kjent og øvet. De aktuelle aktørene ble varslet slik planverk beskriver, men da HOD og Hdir kun deltok med en responscelle ble dette samarbeidet ikke øvet i særlig grad. En øvelse der alle er deltakere vil kunne avdekke mulige svakheter i samhandlingen.

Bevaringspunkt	
B19	Vedlikeholde planverk for varsling og samarbeid med relevante samarbeidspartnere.
Forbedringspunkt	
F22	Samhandling på strategisk, nasjonalt og regionalt nivå må øves realistisk. Det krever reell deltakelse og relevante utfordringer for alle aktørene. Dette kan gjøres uten en fullskalaøvelse med skadested. Aktuelle deltakere er HOD, HDIR, Forsvaret v/FOH, HRS og POD.
F23	For å sikre god kriseledelse er det en forutsetning at de riktige nivåer snakker sammen. En veileder for beredskapsledelse/kriseledelse i helsetjenesten vil være med på å øke kvaliteten på håndtering av hendelsen.
F24	RHF-ene må vurdere tiltak for å få tilgang til nødvendig gradert informasjon for overordnet og helhetlig forståelse av situasjonen.

4.1.9 **RHF: Støtte hverandre med kompetanse/personell og utstyr i helseteam**

Omfattes av øvingsmål:

- *Det regionale helseforetaket skal sørge for at helseforetak skal støtte hverandre med personell og materiell på en koordinert måte i samsvar med nasjonale og lokale prosedyrer/retningslinjer. (H10.6)*

4.1.9.1 **Observasjoner**

I ett RHF mottok og sendte kriseledelsen rapporter fra helseforetaket som eide hendelsen - først og fremst pr. telefon/SMS. Rapporterte i HelseCIM i ettertid og med forsinkelse. Sørget for at de viktigste støtteressursene (traumesykehusene i egen region) var oppdatert på situasjonen og forberedt på å bidra. Vurderte behovet for sannsynlig belastning i egen organisasjon til å være moderat.

Det var ett helseforetak som øvde bistand fra nasjonalt helseteam. RHF-et hadde videreformidlet forespørselen til Helsedirektoratet som igjen hadde forespurt Helse Vest om bistand fra teamet fra HF Bergen. På øvelsesdagen sto teamet klart i anmodende helseforetak.

På øvelsesdagen mottok RHF-et anmodning fra et helseforetak om behov for ekstra nasjonale helseteam utover helseteamet fra Helse Vest. Krisestaben konkluderte med at dette ikke kunne være en god bruk av ressursene, og at pasienter heller burde transporteres ut. De videreformidlet både behov og egen vurdering til Helsedirektoratet i henhold til gjeldende planverk.

4.1.9.2 **Vurdering**

De regionale helseforetakene er store organisasjoner, hvor det er krevende å disponere og å holde oversikt over behov og kapasitet. Dette fungerte imidlertid svært godt.

Dialogene med alle de administrerende direktørene der alle avgir rapporter, er øvet i flere sammenhenger. Det samme er oppsummering, vurdering og fordeling av oppgaver.

Vår vurdering er at målet ble nådd.

Bevaringspunkt	
B20	Opprettholde etablerte rutiner for deling av informasjon.
Forbedringspunkt	
Ingen.	

4.2 **Masseskade**

Hendelsene i NHØ18 omfattet masseskade på alle øvingslokasjonene. Scenariene var til dels omfattende og kompliserte og hadde en stor grad av realisme i seg. Dette gjenspeilte seg i antall etater og organisasjoner som deltok. Videre var scenariene utformet slik at størrelse, volum og utfordringer krevde forsterkning av flere ressurser enn det som til daglig disponeres av brann, helse og politi. Behovet for forstrekningsressurser ble dekket med bistand fra lokale aktører som Sivildforsvaret, Røde kors, Norsk Folkehjelp Sanitet og lokale busselskaper.

NHØ18 var en del av NATO-øvelsen TRJE18, og en skulle ved masseskade samhandle med styrker fra Forsvaret om å løse oppdraget med å gi helsehjelp til skadde (masseskadescenario). Styrker fra Heimevernet, Sanitetsbataljonen Brigade Nord, Forsvarets sanitet og U.S Marine bidro med mannskaper i sanitetsarbeidet på skadestedene og samleplass. I tillegg stilte Forsvaret og NATO med bilambulanser og militært helikopter.



Foto: Øyvind Brostrøm, Sør Trøndelag Avis, Orkdal

Deltakelse fra kommunene var av stor betydning for å ivareta innbyggerne ved ulike hendelser, også ved hybride hendelser og ved fare for krig eller krig truer.

Ved 8 av 9 scenarier med masseskade var det innspill av vold og truende adferd (skyting, trussel med kniv, våpen og eksplosiver). Dette gav innsatspersonell en utfordring taktisk og operasjonelt under arbeid med å sikre helsehjelp til de som var skadde/markører. Informasjonen bidro til at innsatspersonellet var forberedt for innsats på skadested i tråd med nasjonale retningslinjer «Pågående livstruende vold» (PLIVO).

Bruk og implementering av nasjonale retningslinjer var en vesentlig del av øvelsen. Følgende nasjonale veiledere ble testet ut under masseskadesenarioene:

- Nasjonal veileder for Triage.
- Evnen til å håndtere masseskade. Sivilt militært samarbeid.
- Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested.
- Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade. (Se eget kapittel om CBRNE).

Ved de ulike hendelsene i helseøvelsen ble det ringt til alarmsentralene av skadde/markører. Dette var en forhåndsgodkjente meldinger som gikk til 113-, 110- og 112-sentralene. Ved mottatt melding og vurdering av hastegrad og situasjon på skadested, ble det fortatt en trippelvarsling til alle nødetater. Dette ble utført i tråd med oppsett og etter tidslinjene i dreiebok. Ved bruk av nødnett og lukkede samtalegrupper kunne mannskaper fra nødetatene få tidskritisk informasjon under utrykning til skadested.

4.2.1 Sivilmilitært samarbeid prehospitalt og inhospitalt

Omfattes av øvingsmål:

- *Utfører prehospital innsats på skadested iht. nasjonale veiledere. (Øvingsmål nr. 2.2)*
- *Helseforetaket skal kunne samarbeide med Forsvaret og andre relevante samarbeidspartnere i hele spekteret fra fred, krise og krig. Samarbeidet skal føre til god informasjonsutveksling, godt koordinert / samordnet innsats og god ressursutnyttelse. (Øvingsmål nr. 1.3)*
- *Helseforetak og Forsvaret skal kunne arbeide etter helhetlig medisinsk evakuerings – og behandlingskonsept (Øvingsmål nr. 2.2)*
- *AMK sentralene i helseforetakene kunne samhandle med Forsvarets PECC og JPECC på en måte som fører til koordinert samhandling og god utnyttelse av de tilgjengelige helseressurser. (Øvingsmål nr. 2.3)*

4.2.1.1 Forventede handlinger

- Ivaretagelse av egen sikkerhet på skadested
- Opprette ILKO og evakueringspunkt (samleplass)
- Etablere god kommunikasjon i ILKO mellom ulike etater og ut til helsepersonell
- Gjennomføre triage i hht. nasjonale retningslinjer
- Etablere behandling og stabilisering av skadde før transport

- Prioritering av ressurser og tilgang
- Akuttmottaket etablerer seg og utfører oppgaver i hht. "Massetilstrømning av pasienter – ved sykehus":
 - Akuttmottaket og dagenheten tømmes for pasienter snarest mulig, hentes av mottakende sengepost/spesialavdeling
 - Etablerer triageområde med nødvendig utstyr
 - Frigjør personell som skal bemanne triage
 - Etablerer kontakt med fagleder sykehus og koordinator akuttmottak.
- Traumemottaket følger ATLS/BEST prinsipper og mottaket er effektivt, med god ledelse og rett ressursbruk.
- Rett definering av pasienten etter mottak til gul eller rød
- Samhandling mellom AMK og AMK liaison

4.2.1.2 *Observasjoner*

- Fare for uhell når mange kjøretøy opererer på et begrenset område, hvor alle jobber med høy intensitet.
- ILKO opprettet iht. plan. Stor grad av felles situasjonsforståelse og hva som krevdes av den enkelte aktør.
- ILKO opprettet så langt fra skadested at oversikt var vanskelig å etablere.
- Godt organisert og gjennomført triage på samleplass.
- Prioritering av pasienter når det er misforhold mellom transportbehov og tilgang på ambulanseressurser.
- Ikke optimal styring/dirigering på ambulanser inn og ut av samleplass.
- Rask iverksetting av livreddende behandling. Alle bidrar med ulike funksjoner og tiltak.
- Røde Kors ambulanser mangler tilgang til nødvendig talegruppe i nødnett og får dermed ikke meldt pasienter til sykehus.
- Mottak i sykehus fungerte etter plan.
- Godt samarbeid mellom AMK og forsvarrets liaison.
- Noen kommunikasjonsutfordringer ved bruk av nødnett. Forskjellige talegrupper med ulik tilgang.

4.2.1.3 *Vurderinger*

Sivilmilitært samarbeid på skadested/samleplass gikk stort sett greit. Ulik tilgang til og kompetanse i bruk av nødnett/kommunikasjonsmidler skapte enkelte komplikasjoner. Man observerte ikke alltid omforente triageringsprinsipper på skadested/samleplass og i evakueringskjeden. Det var ikke godt nok fokus på best egnet lokalisering av samleplass.

De etablerte retningslinjene for samarbeid på skadested, PLIVO og evakueringskonseptet for masseskader ble brukt og fungerte. Evakueringskonseptet må videreutvikles og øves.

Bruk av liaison i AMK for å sikre samhandling mellom sivilt AMK-system og PECC/JPECC må videreføres og trenes mer på. Dette er grupper som er ny for hverandre og som dermed trenger samtrening.



Foto: Øyvind Brostrøm/Sør-Trøndelag Avis, Omlasting Orkdal

Traumemottak med triage fungerte bra. Dette er systemer som sykehusene har god trening med. Det som er nytt i denne sammenhengen er bruk av liaison i mottak og forsterkning med bruk av eksterne helseteam. Dette er behandlet senere.

Bevaringspunkter	
B1	Fortsatt samvirkeøvelser med alle aktører pre- og inhospitalt
B2	Øve på de forskjellige retningslinjer og konsepter.
B3	Øve med liaisoner i sykehus
Forbedringspunkter	
F1	Revisjon og videreutvikle masseevakueringskonseptet.
F2	Vurdere de forskjellige deltakergruppenes behov for tilgang til talegrupper i nødnett
F3	Samvirkeøving mellom sivile og militære ressurser for å bli bedre kjent med hverandres kapasiteter og arbeidsmetoder
F4	Ivaretagelse av pasienter/markører for å unngå hypotermi
F5	Det må etableres en nasjonal standard for triage/merking av skadde på skadested og samleplass.
F6	Det må etableres en standard for merking av ambulanser slik at nødnett-ID lett kan leses av de som har et koordinerende ansvar på skadestedet.
F7	Bruk eksisterende arenaer som samhandlingsfora i sivil/militær sammenheng, f.eks. Fylkesberedskapsrådet.

4.2.2 Bruk av luftambulanser

Omfattes av øvingsmål:

- *Bruk av luftambulanseressurser (LA) skal være godt koordinert med Forsvaret og kunne fylle sin rolle i helsetjenesten med best mulig ivaretagelse av sikkerhet under oppdrag hvor Norge er i væpnet konflikt. (Øvingsmål nr. 1.11)*

4.2.2.1 *Observasjoner*

- Manglende bakkemannskaper til å dirigere helikoptre, sivilt og militært, ved landing ved skadested/samleplass
- Hensiktsmessig landingsplass ved skadested var ikke klargjort/merket før ankomst av luftambulanse.

4.2.2.2 *Vurderinger*

Luftambulanseressurser ble benyttet kun i øvelsen på Orkanger. På grunn av samtidigetskonflikt ble ikke denne ressursen brukt i Kristiansund slik som planlagt. Luftambulanser er en ressurs som i en sivil/militær setting vil kreve koordinering på alle nivåer: taktisk ute på skadested, operasjonelt i AMK-LA/FOH, og strategisk på ledelsesnivåer sivilt og militært.

Bevaringspunkter	
	Ingen.
Forbedringspunkter	
F8	Det bør etableres dynamiske rutiner/prosedyrer for bruk av militære/sivile luftambulanse. Disse bør inkludere at både AMK-LA, Forsvarets operative hovedkvarter, sivile og militære operatører og medisinske ledere, er involvert.
F9	Bruk av Forsvarets militære luftressurser bør omtales i kommende revisjon av Retningslinjer for bruk av luftambulanse. Dette gjelder både bruk av og hvem som har ansvar for å koordinere innsats.
F10	Kjennskap og bruk av Forsvarets militære luftressurser, bør omtales i kommende revisjon av Modul 6 Koordinering og flight following av luftambulanshelikopter (KoKom).
F11	Etablere flyoperative rutiner for bruk av flere helikoptre under samme aksjon, The Helicopter Emergency Liaison Plan (HELP).
F12	Utarbeide 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.
F13	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.
F14	ISSI nummer i Forsvarets militære luftressurser (helikoptre og håndradio for besetningen) bør bekjentgjøres og legges inn AMK-LA sentraler.
F15	Det bør vurderes om TransMobile nettbrett bør være standard oppsett i Forsvarte militære luftressurser.
F16	Utrede bruk av felles talegruppe(r) for samarbeid mellom militære og politiets luftressurser på helseoppdrag opp mot AMK-LA.
F17	Rutiner for å utpeke dedikert personell til å dirigere/hjelpe LA ved landing/avgang
F18	Rutiner for klargjøring og markering av optimal landingsplass for LA

F19	Nødvendig kommunikasjon avtalt mellom bakkemannskaper og LA
F20	Bruke veileder/tiltaksbok for LAT/HF

4.2.3 Bruk av nasjonale helseteam

Omfattes av øvingsmål:

- *Nasjonale helseteam er forberedt for å rykke ut til hendelse i inn og utland (Øvingsmål nr. 1.9 og 1.18)*

4.2.3.1 Forventede handlinger

- Utføre mobilisering etter varsling.
- Ha kommunikasjon med mottakende sykehus for avklaring av personell og utstyrsbehov
- Finne sin plass og fungere pre- og inhospitalt etter nasjonal traumeplan

4.2.3.2 Observasjoner

- God kommunikasjon og brief av helseteam som kommer til HF/sykehus
- God utnyttelse av den tilførte kompetanse som var i helseteamet.
- Godt gjensidig samarbeid
- Positive erfaringer både i helseteam og mottakende sykehus

4.2.3.3 Vurderinger

Bruk av helseteam som forsterkningsressurs var en udelt positiv opplevelse for alle parter, både medlemmene av helseteamet og det mottagende sykehus.

Dette viser at det arbeidet som er gjort med standardisering av traumebehandling i Norge har fungert godt. Muligheten til å forsterke et lite lokalsykehus til å kunne fungere bedre som et traumemottak var en viktig erfaring å ta med seg i totalforsvarsarbeidet.

Bevaringspunkter	
B4	Fortsett bruk av Helseteam i øvelsessammenheng
B5	Bevare og videreutvikle konseptet med helseteam
Forbedringspunkter	
F21	Lage klare prosedyrer (ivaretagelse av juridiske ansvarsforhold) for bruk av helseteam nasjonalt (URE vs EMT)

4.2.4 Sikring ved hevet sikkerhetsnivå

Omfattes av øvingsmål:

- *Helseforetak og Forsvaret skal samarbeide om å ivareta fiendtlige soldater på en måte som ivaretar sikkerhet og fører til at nødvendig helsehjelp blir gitt (Øvingsmål nr. 2.5)*
- *Ikke et spesifikt mål i øvelsen, men SBS, sivilt beredskapssystem var iverksatt i full bredde.*

4.2.4.1 Forventede handlinger

- Håndtering av våpen - samarbeid med forsvarets liaison.

- Forsvaret sikrer evt. våpen og informerer om evt. mulig utvikling av PLIVO i sykehusets område om dette skulle tilkomme.
- Skallsikring av sykehusbygg
- Adgangskontroll inn i sykehus
- Samhandling mellom militære og sivile aktører på skadested og inn i sikrede områder

4.2.4.2 *Observasjoner*

- God kommunikasjon med Forsvarets liaison. Våpen ble håndtert umiddelbart etter oppdagelse og etter ankomst.
- Ved et akuttmottak gikk det en tid før ansvarlig for triage i mottak og liaison «fant» hverandre.
- Alle skadde ble tatt hånd om uavhengig av nasjonalitet ol.
- Skallsikring av sykehusene var mangelfull.
- Adgangskontroll inn i sykehus mangler.
- Sivile nødetater nektet adgang til militært område med skadde.

4.2.4.3 *Vurderinger*

Forsvarets liaisoner i akuttmottakene fungerte som forventet. Sikring av de våpen som fulgte med inn ble tatt vare på.

Fiendtlige soldater ble tatt godt vare på og behandlet på lik linje med andre. Dette er i tråd med Genève-konvensjonene. Men fiendtlige soldater kan også utgjøre en trussel i sykehuset. Det må avklares hvem som skal ha ansvaret for denne gruppen, politiet eller militære ressurser. I en hybrid situasjon vil bruk av irregulære styrker kunne forekomme. Status for disse gruppene må avklares.

Det var flere episoder der helsepersonell ble hindret/forsinket på grunn av militære kontrollposter som ikke ville slippe helsepersonell og kjøretøyer gjennom uten en sikker identifisering. Dette var svært kritisk i ett av tilfellene der tapstallene ville steget på grunn av denne forsinkelsen. Et system for sikker identifikasjon godkjent av alle involverte parter kunne løst dette. Dette vil også gjelde for autorisert adgang inn i sykehus med hevet grad av sikkerhet.

Sivilt beredskapssystem, SBS, var iverksatt som en del av oppspillet til øvelsen. SBS helse var under utprøving under helseøvelsen, men ikke fullstendig implementert. Ikke alle hadde dermed kjennskap til dette systemet.

SBS har et eget kapittel om hevet beredskap/egenbeskyttelse, noe som dersom det hadde virket fullt ut ville ha forbedret situasjonen med skallsikring og adgangskontroll i sykehusene.

Bevaringspunkter	
B6	Fortsatt øvelser med liaisoner i akuttmottak

Forbedringspunkter	
F22	Etablere et system for sikker identifikasjon av helsepersonell og kjøretøy og en godkjenningsordning av dette slik at alle samarbeidende parter er villig til å bruke det.
F23	Videreutvikle og implementere SBS-helse med Brodokument.
F24	Avklare hvem som skal ta ansvar for fiendtlige og irregulære grupper i sykehus.

4.2.5 Bruk av forsterkningsressurser vurdert mot helselovgivningen.

Dette er et tema som ikke er spesifikt tatt inn i målsetningene for øvelsen, men som evalueringsgruppen finner så viktig at vi velger å ta det opp som tema.

4.2.5.1 *Observasjoner*

Mange «nye» grupper av personell kommer inn i behandlingskjeden i slike situasjoner som helseøvelsen består av. Militært personell, frivillige organisasjoner, Sivilforsvaret og andre deltar på skadested og inn til behandlingssteder på sykehus og i kommune. Disse gir helsehjelp og får dermed innsikt i og kjennskap til sensitive pasientopplysninger.

4.2.5.2 *Vurderinger*

I all helselovgivning er det to sentrale krav som går igjen: taushetsplikten eller konfidensialitetskravet og forsvarlighetskravet. Ivaretagelsen av disse kravene baserer seg på en tydelig organisatorisk inndeling og tilhørighet. Det vil si at administrerende direktør i et helseforetak har ansvar for at de ansatte i eget HF, fra de prehospitale tjenestene til all pasient- og informasjonsbehandling i sykehuset, ivaretar lovkravene.

I en normalsituasjon skjer dette ved at det er et tydelige grensesnitt og en kjent ansvarsfordeling mellom aktørene på et skadested, politi, brann/redning og helse. Andre aktører som kommer inn i evakuerings- og behandlingskjeden, som luftambulansetjenesten, er underlagt helselovgivningen og handler iht. avtaler med spesialisthelsetjenesten.

Under forhold som helseøvelsen skulle synliggjøre vil slike grensesnitt fort bli byttet ut med gråsoner. Mange nye grupper av personell utgjør de forsterkningsressurser som vi er avhengig av for å håndtere de ekstreme situasjonene som oppstår, og det er vanskelig å ha full oversikt over hvilken status disse personellgruppene har i forhold til helselovgivningen. Alle lover som gjelder i fredstid er også virksomme så sant det ikke er erklært «Krigsskueplass» (ref. rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helseberedskapsrådet: *Ledelsesmodell for sivilmilitært samvirke innen helse- og sanitet*) I en reell situasjon med krigslignende tilstander vil nok nødrettsbestemmelser kunne tas i bruk, men det er ikke holdbart å planlegge ut fra disse.

Evalueringsgruppen for helseøvelsen besitter ikke nødvendig juridisk kompetanse til å gjøre fullverdige vurderinger av disse spørsmålene, men vi ser nødvendigheten av at det blir gjort.

Bevaringspunkter	
Ingen.	
Forbedringspunkter	
F25	Identifikasjon av alle grupper som potensielt vil kunne delta i pasientbehandling i en krise-/krigssituasjon
F26	Juridisk vurdering av de aktuelle personellgruppene opp mot helselovgivningen

4.3 CBRNE

4.3.1 Bakteppe (scenario)

Norske myndigheter og NATO vil gjenopprette territoriell kontroll over norsk territorium, og militære styrker i Sør-Norge gjennomfører forberedelser i forkant av kampoperasjoner i Nord-Norge.

Helsevesenet klargjør for mottak av mange syke, sårede og skadde, og helseforetakene skal være forberedt på støtte med helseressurser.

Den ikke-okkuperte delen av Norge er for øvrig styrt på ordinær måte av sivile myndigheter, som er ansvarlig for normal krisehåndtering. Det er rolig i Sør-Norge, og dagliglivet er ikke påvirket ut over at NATO-avdelinger er til stede. Det er blitt identifisert mulige CBRNE-trusler fra fiendtlige aktører, med fare for anslag i Midt-Hedmark. Vurderinger støtter seg blant annet på erfaringer fra andre steder i Europa, der man har sett kjemiske stoffer brukt i aksjoner.

Det er sannsynlig at helsevesenet må kunne samarbeide på tvers av helseforetak og benytte seg av ekstra kapasitet, både sivile og militære ressurser.

Dersom det oppstår behov som sivil sektor ikke kan ivareta alene, gjelder ordinære prosedyrer for anmodning om bistand fra Forsvaret (Bistandsinstruksen). Støtte fra Forsvaret til en sivil ledet krisehåndtering kan omfatte så vel norske som allierte ressurser.

4.3.2 Om CBRNE-hendelsene

Det er to hendelser i øvelsen som innbefatter CBRNE:

- Sentralt i Elverum sentrum – på Amfitorget – med C-momenter.
- Melåsberget – nedlagt skole som i øvelsen er et hybelhus – med et bredere spekter av utfordringer i form av kjemikaliefabrikk og eksplosiver ved en terroristgruppe.

CBRNE ble kun øvet på Elverum. Dette kapitlet inneholder derfor flere lokale observasjoner, som er tatt med for å kunne gi læring og overføringsverdi.

De viktigste bevarings- og forbedringspunktene er tatt inn i tabellene i dette kapitlet.

4.3.3 Hovedinntrykk

4.3.3.1 Innledende vurdering

Evalueringene fastslår at NHØ18 på Elverum 6. nov 2018 var en stor og svært godt planlagt øvelse, som gjennom et realistisk scenario samlet mange lokale, regionale og nasjonale aktører. Forankringen på direktoratnivå og koblingen til øvelse TRJE18 bidro til at de fleste lokale, regionale og nasjonale aktører som reelt sett ville blitt koblet inn ved en slik alvorlig hendelse, deltok under øvelsen.

Øvelsesvarsler

(«meldinger fra PST») og oppskalering av scenario i lang tid før selve øvelsesdagen, med øvelse av reell varsling, gjorde at beredskapstiltak ble forberedt og øvet av mange aktører.

Deltagerne i øvelsen viste en grunnleggende forståelse for CBRNE-scenarier.

Opplæringsaktiviteter og forberedelser forut for selve øvelsesdagen, som bl.a. inkluderte

bordøvelser og fagdager, bidro åpenbart til godt utbytte, med generell kompetanseheving, ferdighetstrening og mulighet for refleksjon over egen rolle for relevante aktører. Dette muliggjorde at både nødetatene og sykehusene håndterte mottak av pasienter langt bedre enn man kan forvente, med tross alt begrenset trening/erfaring.

Det var svært godt markørspill og forberedelser med både profesjonelle skuespillere og frivillige, samt bruk av «selvevakuerte» pasienter til sykehus. Dette ga reelle øvingsforhold og bidro til å skjerpe innsatspersonellet ytterligere.

Det ble avholdt førsteinntrykkssamling som ledd i å reflektere over øvelsen, samt igangsette evalueringsprosessen for dem som hadde deltatt i øvelsen.

Totalt sett har øvelsen gitt verdifull kompetanse og bidratt til læring for et stort antall deltagere, som har fått grunnleggende, men ikke uttømmende mengdetrening, til å kunne håndtere CBRNE-hendelser iht. nasjonale retningslinjer. Sentrale aktører bør i enda større grad sette seg inn i, og kjenne de nasjonale CBRNE-retningslinjene, som gir svar på de fleste spørsmål man blir stilt overfor i et CBRNE-scenario.



Foto: Frederik Ringnes/Forsvaret, CBRNE Elverum Sentrum

For alt personell gjelder at man i uoversiktlige og uventede situasjoner, må tilstrebe å innhente et så godt og tilstrekkelig informasjonsgrunnlag som mulig, for sine vurderinger. Likeledes skal helsehjelp og håndtering på skadested skje iht. etablert og beste praksis, og tiltak skal tilpasses hendelse. Nasjonale fagråd skal følges i størst mulig grad.

Øvelsen belyser også at det er utfordrende å håndtere sikkerhetsgradert informasjon (iht. Sikkerhetsloven), siden et fåtall personer er sikkerhetsklarert og autorisert i de enkelte etatene. Dette kan resultere i at viktig informasjon ikke kommer helt fram til utøvende instanser i en form som disse kan nyttiggjøre seg. Dette kan motvirkes ved å sikkerhetsklarere flere i nøkkelfunksjoner, iallfall til laveste nivå for sikkerhetsgradering (BEGRENSET), samt anmode avsender av gradert informasjon om å framsende ugraderte versjoner der særlig sensitiv informasjon er tatt ut. Sistnevnte løsning vil trolig være den som er lettest å gjennomføre i distriktene.

En øvelse med CBRNE-elementer utgjør en kompleks masseskadeøvelse, der nasjonale fagressurser kan bidra godt. Disse fagmiljøene har medvirket på en solid måte i alle faser av øvelsen. Spesielt har Forsvarets ABC-skole og CBRNE-senteret på Ullevål bidratt på en god måte i planlegging, gjennomføring og etterarbeid av øvelsen.

Ved en senere øvelse kan øvingsdirektiv og dreiebok kortes ned noe, og med fortsatt bra læringsutbytte.

Likeledes kunne mediespillet vært belyst og implementert i større grad før øvelsen.



Foto: K. Engkrog, CBRNE, Melåsberget

4.3.3.2 ***Oversikt over innledende bevarings- og forbedringspunkter***

Bevaringspunkter	
B1	Realistiske øvelser gir godt læringsutbytte og grunnleggende forståelse til å kunne handle iht. Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade, samt andre gjeldende nasjonale veiledere og regelverk. Ytterligere øvelser og bordøvelser vil kunne bidra til kortere utryknings- og behandlingstid og mer smidig samhandling mellom aktørene.
B2	Godt markørspill med realistisk sminking og opptreden, gir motivasjon og godt treningsutbytte for de øvede.
B3	Ved komplekse øvelser bør nasjonale fagmiljøer trekkes inn, for å sikre god faglighet i planlegging, gjennomføring og etterarbeid av øvelsen.
Forbedringspunkter/læringspunkter	

F1	Ved senere øvelser kan øvingsdirektiv og dreiebok kortes ned, med fortsatt bra læringsutbytte.
F2	Mediespillet kan belyses og implementeres i større grad ved senere øvelser.
F3	Sentrale aktører bør i enda større grad sette seg inn i, og kjenne de nasjonale CBRNE-retningslinjene, som gir svar på de fleste spørsmål man blir stilt overfor i et CBRNE-scenario.
F4	Sikkerhetsgradert informasjon (iht. Sikkerhetsloven) utgjør en utfordring, siden et fåtall personer er sikkerhetsklarert og autorisert i de enkelte etatene. Dette kan løses ved å sikkerhetsklarere flere i nøkkelfunksjoner, samt anmode avsender av gradert informasjon om å framsende ugraderte versjoner der særlig sensitiv informasjon er tatt ut.

4.3.4 Tilgangskontroll på sykehusene ved hevet trusselnivå

Omfattes av øvingsmål:

- *Sykehuset Innlandet skal ha kontroll med innganger (sperres), slik at sykehuset kan fortsette ordinær drift i tillegg til å håndtere CBRNE-pasienter. (Delmål H1)*

4.3.4.1 Forventede handlinger

- Ansvar og roller kjent.
- Varsling skjer uten opphold slik at sperring av huset og området rundt, kan gjennomføres raskt.
- "Sperringen"/omdirigeringen fungerer tilfredsstillende.
- Informasjon gis til pasienter/besøkende, slik at pasienter kommer til akuttmottak.

4.3.4.2 Observasjoner og vurderinger

Installasjoner der det ytes helsehjelp, må ha kjente rutiner for skallsikring og utvendig merking, som effektivt sikrer tilgangskontroll uansett tid på døgnet, ved en heving av trusselnivå. Sperring må inkludere området rundt installasjonen.

Ved heving av trusselnivå må det settes ut skiltmateriell og merking som viser rett innkjøring til akuttmottak. Adgangskontroll ved personalinnganger må sikre at personell slipper inn, og oppmøtested må være kjent for de ansatte. Videre må det være tydelig hvor pårørende kan henvende seg, for å forhindre at noen møter via akuttmottak, der det kan være mulig eksponerte og forurensede pasienter, og høy aktivitet. Området der pasientene tas imot og renses, bør også merkes og være stengt for uvedkommende.

Det må foreligge rutiner som ivaretar sikkerheten til personell og pasienter, ved medisinsk behandling av eventuelle fiendtlige individer.

Det ene sykehuset rapporteres å ha blitt skallsikret umiddelbart, og skallsikringen fungerte tilfredsstillende.

Ved det andre sykehuset gikk det noe tid før dette var skallsikret, angivelig pga. kommunikasjonssvikt, og intern varsling kunne vært raskere gjennomført. Siden en ambulanse kjørte feil vei, kan dette tyde på at utvendig merking også kunne vært tydeligere.

Det ankom to "terrorister" til sykehuset, som ikke var sikret av politi.

4.3.4.3 *Bevaringspunkter og forbedringspunkter*

Bevaringspunkter	
B4	Skallsikring og merking skal iverksettes raskt og fungere på en tilfredsstillende måte.
Forbedringspunkter	
F5	Installasjoner der det ytes helsehjelp må ha kjente rutiner for stengning, skallsikring og utvendig merking, og som ved forhøyet beredskapstrinn umiddelbart sikrer tilgangskontroll og angir tydelighet for innkjøring til akuttmottak og hvor pårørende kan henvende seg. Sperring må inkludere området rundt.
F6	Det må foreligge rutiner som ivaretar sikkerheten til personell og pasienter, ved medisinsk behandling av eventuelle fiendtlige individer.

4.3.5 **Driften ved akuttmottak ved CBRNE-hendelse – Elverum**

Omfattes av øvingsmål:

- *Akuttmottaket skal kunne organisere aktiviteten slik at sykehuset eller ansatte ikke blir kontaminert – og kan fortsette driften. (Delmål H2 – Sykehuset Innlandet HF – Elverum)*

4.3.5.1 *Forventede handlinger*

- Få til en sortering av pasienter som har behov for rensing, og de som ikke har behov for rensing.
- Organisering av arbeidet i akuttmottaket som gir kontroll på ren og uren side.
- Riktig påkledning av drakter.
- Kunne sanere i drakter.
- Kunne bruke egen renseenhet.

4.3.5.2 *Observasjoner og vurderinger*

Sykehuset har utarbeidet planverk, funksjoner og tiltakskort, basert på Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade. Det ble gjennomført to fagdager forut for øvelsen. CBRNE-beredskapen er også forankret i ledelsen.

Øvelsen ble gjennomført på en god måte fra alt personell som deltok, og iht. planverk og tiltakskort. Med ytterligere trening (eksempel på bruk av vernedrakt og dekontamineringsenheten) vil aktivitetene utføres enda raskere og mer smidig.

Etter at sykehuset mottok første melding, ble det slått alarm på CBRNE-hendelse. Klargjøring av personell i vernedrakt, etablering av triage-team og klargjøring av materiell ble raskt iverksatt.

Områder for dekontaminering og triage ble raskt etablert.

Alle pasienter ble raskt mottatt av personell i verneutstyr, for triage og dekontaminering, og flere team sto klare.



Foto: K. Engkrog, CBRNE, Elverum

Dekontaminasjon ble utført hurtig og tilfredsstillende. Dette foregikk ute, for å minimere risiko for økte konsentrasjoner av skadelige agens. En pasient med astmaanfall, men som ikke var blitt utsatt for nervestridsmiddel, ble sluset inn uten dekontaminering. Det forelå føringer for prioritering, og enkelt livreddende utstyr var tilgjengelig. Triage virket effektivt og man tok én og én pasient til avklart, selv om flere ventet. Ved assistert ventilasjon ble det brukt sug for å sikre frie luftveier, men det ble observert at noen bevissthetspåvirkede pasienter ble dusjet liggende på rygg, med fare for vann i luftveier som resultat. Det er viktig at pasienter dusjes/dekontamineres på en måte som hindrer vann i å komme ned i luftveier, f.eks. ved å legge pasient i sideleie.

Det ble observert at personellet samarbeidet godt, både internt og mellom akuttmottak og legevakt, for å løse oppdraget og ivareta pasientene på best mulig måte. Personellet forholdt seg til sine angitte oppgaver, og rollene var kjent gjennom foreliggende tiltakskort. CBRNE-koordinator hadde god oversikt over personellet og når de skulle byttes ut, og gjennomførte etterforsyning av materiell når det var behov. Det kan vurderes å merke en kontroller/koordinator for de påkledde før de sendes ut, for kontroll. Det var god merking av drakter med navn, tittel og klokkeslett, samt loggføring over hvem som var i drakt, og fra hvilket tidspunkt.

Det kan være utfordrende å opprettholde informasjonsflyt til personell i vernedrakt. Dette ble løst ved å bruke koordinator, samt megafon som hjelpemiddel.

Den nye dekontamineringsenheten er godt tilpasset størrelsen på sykehuset, og iht. Nasjonal faglig retningslinje. Det er kapasitet til to gående pasienter ute, samt to gående inne. Videre kan det tas imot én liggende på hver av disse stedene. Enheten ligger i tilknytning til akuttmottaket.

Triageområdet ble flyttet til Sivilforsvarets mobile renseenhet da denne ankom sykehuset, slik at triage kunne fortsette. Det var tydelig skille mellom ren og uren sone. Ingen personer i drakt gikk over i ren sone uten at de var dekontaminert og



Foto: Frederik Ringnes/Forsvaret. CBRNE-øvelse, Melåsberget

drakt klippet av. Tross god kontroll ble det likevel observert noe krysskontaminering i situasjoner der både sykehuspersonell, brannvesen og sivilforsvar hadde sitt virke samtidig. Samarbeidet disse etatene imellom beskrives som bra, og Sivilforsvaret responderte godt som forsterkningsressurs.

Selv om mottak av pasienter og pasientflyt gjennom akuttmottak gikk hensiktsmessig og smidig, er dekontaminering fortsatt en flaskehals, og hypotermi er en reell trussel. En grundigere rens enn den som ble gjort, er knapt realistisk. Ekstra tiltak i mottak for pasienter som ikke er fullstendig rensset, er nødvendig, f.eks. hyppigere skift av hansker, frakker, holde det ryddig hele tiden, tørke av dørhåndtak, osv.

Fordi legevakt/akuttmottak var samlokalisert, etablerte disse enhetene et akuttmedisinsk miljø. Uavhengig av lokalisasjon av enhetene må ressurser være klarlagt og beredskapsplaner utarbeidet. Vernemateriell må være tilgjengelig både på legevakt og i akuttmottak.

Det var avsatt eget sted for påkledning av vernedrakter, med personell fra akuttmottaket som påkledere. Noen kledde på seg selv, uten hjelp av påkleder. Merking ble utført.

Drakt ble klippet av en god måte, og avfall ble håndtert på en hensiktsmessig måte.

4.3.5.3 Bevaringspunkter og vurderingspunkter

Bevaringspunkter	
B5	Etablert planverk, funksjoner og tiltakskort som følger Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelse med personskade, bidrar til rask og smidig håndtering av pasienter.
B6	Samlokalisering av legevakt og akuttmottak muliggjør etablering av et akuttmedisinsk miljø. Uavhengig av lokalisasjon må ressurser være klarlagt og beredskapsplaner utarbeidet. Vernemateriell må være tilgjengelig både på legevakt og i akuttmottak.

B7	Komplekse oppdrag kan løses effektivt, ved samvirke mellom etater som sykehuspersonell, brannvesen og sivilforsvar.
Forbedringspunkter	
F7	Dekontaminering av bevissthetspåvirkede pasienter må skje på en måte som hindrer vann i å komme ned i luftveier.
F8 (jfr. F30)	Pasienter må ivaretas for å hindre hypotermi. Alt redningspersonell må ha fokus på å hindre nedkjøling i forbindelse med rens av forurensede pasienter. Det må være personell i ren sone som raskt kan bidra til å hindre ytterligere nedkjøling, og bidra til evakuering.
F9	Ekstra tiltak i akuttmottak for pasienter som ikke er fullstendig rensset (pga. hypotermifare), er nødvendig, eks hyppigere skift av hansker, frakker, holde det ryddig hele tiden, tørke av dørhåndtak, osv.

4.3.6 Driften ved akuttmottak ved CBRNE-hendelse – Hamar

Omfattes av øvingsmål:

- *Ha kontroll med mottak, triage og gangen i akuttmottak for traume/CBRNE-pasienter. (Delmål H3 – Sykehuset Innlandet HF – Hamar)*

4.3.6.1 **Forventede handlinger**

- Få til en sortering av pasienter som har behov for rensing, og de som ikke har behov for rensing.
- Organisering av arbeidet i akuttmottaket som gir kontroll på ren og uren side.
- Riktig påkledning av drakter.
- Kunne sanere i drakter.
- Kunne bruke egen renseenhet.
- Mottak og triage av traume-/CBRNE-pasienter.
- Pasientflyt i akuttmottak.

4.3.6.2 **Observasjoner og vurderinger**

Personellet opptrådte tydelig og rutinert, og løste oppgavene på en god måte. De var derved i stand til å ta riktige beslutninger. Forberedelsene til ankomst av pasienter gikk raskt og effektivt. Tiltak ble utført iht. etablert planverk. Enda mer detaljerte tiltakskort kan bidra til riktige handlinger ved større hendelser og mindre rutinert personell.

Kriseleder var tydelig i sin rolle og kjente beredskapsplanen godt. Det kunne med fordel ha blitt etablert et felles møte, for å sikre rett situasjonsforståelse og hindre dobbelt-kommunikasjon.

Det ble etablert oversikt over beholdning og bruk av antidot og blodprodukter. Vakthavende innen CBRNE-hendelser ved OUS ble rådspurt, og nasjonale CBRNE-retningslinjer ble brukt som støttelitteratur for beslutninger. Nærliggende sykehus ble kontaktet for etterforsyning av sykehusets beholdninger. Intensivplasser på sykehuset ble kartlagt, og det ble lagt en plan for frigjøring av sengeplasser. Det ble opprettet renseteam, mottaksteam, flere traumeteam, osv. Etter hvert ble øvrige sykehus i

Innlandet kontaktet om kapasitet på avlastning av Hamar, og tilgjengelighet på fagpersonell.

Pårørendeansvarlig hadde kontroll på hvor pårørende skulle tas imot, og sekretær foresto loggføring.

Definerte roller for medisinske leger og andre klinikere i beredskapsplanen, slik at deres plass i den kliniske kjeden blir tydeliggjort, vil kunne bidra til å styrke behandlingen av så vel traumepasienter som medisinske problemstillinger og annen medisinsk behandling (inkludert tilstrekkelig administrasjon av antidot). Disse bør i så fall ha egne handlingskort og være merket. Medisinske team kan forsterke traumeteam.

Avdelingssjef kirurgi er ansvarlig for å danne traumeteam. Siden dette er en funksjon med høyt arbeidspress, kan det vurderes å overføre dette ansvaret til annen rutinert kliniker med godt kjennskap til personellet. Uansett bør det raskt etableres kontakt med akuttmottak for å sikre informasjon.

Fire av totalt ni pasienter fra hendelsen på Melåsberget hadde behov for dekontaminering. Behovet ble kommunisert av ambulansepersonellet, slik at det egentlig ikke fant sted noe triage ved ankomst.

Pasientflyt gjennom akuttmottak fungerte hensiktsmessig og smidig. Det var overveiende god kontroll på ren og uren side.

Sykehuset har én dekontamineringsenhet med to dusjer montert på veggen utenfor akuttmottaket. Ved bruk kan det trekkes en baldakin over renseenheten. Gående pasienter kan etter dekontaminering fortsette direkte inn i akuttmottaket. Liggende pasienter som er dekontaminert, blir trukket tilbake inn i forurenset sone igjen og trillet på bære fram til grensen skitten/ren sone, fordi døra er for smal.

Påkledning av verneutstyr ble utført på riktig måte. Ved avkledning av draktene ble disse tatt rett av, uten at standard prosedyre ble fulgt (dusjing, oppklipping av tøy).

Selv om mottak av pasienter og pasientflyt gjennom akuttmottak etter forholdene gikk hensiktsmessig, er dekontaminering fortsatt en flaskehals, og hypotermi er en reell trussel. En grundigere rens enn den som ble gjort, er knapt realistisk. Ekstra tiltak i mottak for pasienter som ikke er fullstendig rensset, er nødvendig, eks hyppigere skift av hansker, frakker, holde det ryddig hele tiden, tørke av dørhåndtak, osv.

4.3.6.3 *Bevaringspunkter og forbedringspunkter*

Bevaringspunkter	
B8	Tydelig ledelse og rutinert personell som kjenner sine oppgaver, bidrar til å løse oppdraget på en god måte.
B9	Rettidige tiltak bidrar til å løse utfordringer knyttet til pasientmottak og -behandling, herunder skaffe oversikt over beholdning/etterforsyning/ bruk av antidot og blodprodukter, samt frigjøre sengekapasitet.
B10	CBRNE-senteret ved OUS bidrar med faglige råd, og nasjonale CBRNE-retningslinjer brukes som støttelitteratur for å ta riktige beslutninger.

B11	God dialog med oppmøtt ambulansepersonell sikrer raskt mottak og håndtering av pasienter, slik at aktuelle pasienter kan dekontamineres på en korrekt måte.
Forbedringspunkter	
F10	Tilstrekkelig detaljert planverk og tiltakskort kan gi økt presisjon i å beskrive den enkeltes ansvar og roller, i prioritert rekkefølge.
F11	Tilstrekkelig informasjonsflyt (eks fellesmøter) mellom aktører som yter helsehjelp, bidrar til rett situasjonsforståelse og hindrer dobbeltkommunikasjon.
F12	Det bør foreligge definerte roller for traumatologer, medisinske leger og andre klinikere i beredskapsplanen, og deres plass i den kliniske kjeden. Det bør foreligge klare rutiner for korrekt behandling av så vel traumepasienter som medisinske problemstillinger i et CBRNE-scenario. Medisinske team kan forsterke traumeteam.
F13	Det må være tilstrekkelig passasje slik at liggende pasient kan transporteres uhindret fra uren til ren sone, og videre inn i akuttmottak.

Forbedringspunktene F8 og F9 gjelder også her, og er allerede omtalt.

4.3.7 Arbeidet på skadestedene

Omfattes av øvingsmål:

- *Ambulansetjenesten skal kunne organisere arbeidet for innsats på stedet og benytte tilgjengelig verneutstyr. (Delmål H5 – Sykehuset Innlandet HF – Ambulansetjenesten)*
- *Operasjonssentral og innsatsledere fungerer i sine roller. (Delmål R1 – Politiet Innlandet)*
- *Understøtte lokale ressurser for krisehåndtering. (Delmål R8 – Politiets felles nasjonale bistandsressurser)*
- *Midt-Hedmark brann og redning skal kunne gjennomføre CBRNE-oppdrag på en god måte. (Delmål R2 og R3 – Midt-Hedmark brann- og redning (MHBR) – støtte generell, støtte CBRNE)*
- *Beredskapsenheten/Oslo universitetssykehus (BE/OUS) skal være forberedt i forkant av hendelse, for å kunne stille ressurser og være tilgjengelig, samt gi støtte til lokal ambulansetjeneste for en god håndtering av CBRNE-hendelsene. (Delmål A4 og A5 – BE/OUS)*

4.3.7.1 Forventede handlinger

- Identifisere type hendelse.
- Tidlig varsling og bruk av faglige støtteressurser.
- Klarhet rundt oppmøtested.
- Sikring av skadested.
- Klarhet i soneinndeling.
- Organisering (hensiktsmessig) av arbeidet på skadested.

- Innsatsleder-kommandoplass (ILKO) etableres.
- Av- og påkledning.
- Kunne arbeide med saneringsdrakt (og verneutstyr) og få til kontinuitet.
- Gjennomføre CBRNE-oppgaver på en god måte i samvirke med lokale beredskapsenheter, politi og ambulanse, og der det foreligger en tydelig kommandolinje, og der det foreligger soner og rensing av pasienter.
- Politiet forventes å agere som normalt, samt bidra som "responscelle".
- MHBR forventes bli riktig varsling, samhandling med øvrige ressurser, tydelig kommandolinje og kommunikasjon (inkl. samband), etablering av sikkerhetssoner, situasjonsbevissthet og utholdenhet i CBRNE-hendelser.
- BE/OUS forventes bl.a. riktig varsling, planlegging av støtte og samhandling med øvrige ressurser.

4.3.7.2 *Observasjoner og vurderinger – Amfitorget, Elverum*

Hendelsen ble totalt sett godt håndtert, spesielt med tanke på at dette var en ikke-varslet hendelse, med et særdeles krevende skadested, som inneholdt terror og CBRNE.

Ved en reell hendelse er det avgjørende at først ankomne til skadestedet identifiserer at skadestedet omfatter CBRNE-agens. Hvis dette ikke skjer, kan først ankomne kontamineres, og går derved fra å være aktører til pasienter. Ved denne hendelsen ble det raskt identifisert at dette ikke var et ordinært skadested, noe som var bra.

Det ble, spesielt i startfasen, observert gjennomgående manglende skadestedsledelse og kommunikasjonssvikt, spesielt på samband. Dette viser at det raskt må etableres tilstrekkelig kommunikasjon og oppnås kontakt på fungerende samband mellom nødetater og øvrige aktører, slik at relevant informasjon rettidig kan utveksles, og riktige tiltak besluttet. På generell basis må etablerte sambandsprosedyrer i



Foto: K. Engkrog, Innsatsleder KO, Elverum

primært nødnett må følges, og sambandsmidlene må være enkle i bruk. På samme måte må samsvarende myndighetsaktører kunne samhandle, på sivil og militær side.

Utrykkende lege som ankom skadested, fikk ikke umiddelbart kontakt med AMK, siden legen ikke fikk svar på sine sambandshenvendelser til AMK via nødnett. Derved fikk ikke legen umiddelbart informasjon om potensielle farer på skadested, eller gitt/mottatt annen nødvendig informasjon. Legen ble heller ikke brukt som informant, som "øyne på skadested". AMK eller Innsatsleder helse (IL Helse) bør sørge for at først ankomne etterspørres om punktene i en såkalt "vindusmelding". I uavklarte situasjoner blir det

viktig å etablere situasjonsforståelse, og at relevant informasjon rettidig blir formidlet til alle, også i situasjoner der det er lite nytt.

Det er vesentlig at AMK har god oversikt over ressurser på vei til en hendelse, og påser at varslede og utrykkende ressurser har mottatt og forstått all relevant informasjon, inkludert sikker ankomst inn til skadested. Siden legene pr i dag ikke samhandler på BAPS, er det desto viktigere at AMK og IL Helse sikrer at alle helseressurser får nødvendig informasjon. Ved hendelser som omfatter CBRNE, bør også CBRNE-senteret ved OUS varsles tidlig.

Det rapporteres at IL Helse kunne gitt seg tydeligere til kjenne og tidligere tatt en klar ledelse. Sannsynligvis skyldtes dette at IL Helse stanset underveis til skadested, etter melding fra AMK, for å oppdatere seg på situasjonen. Skadestedet var ikke avklart, og ambulanse ble derfor anmodet om å avvente på trygg avstand inntil AMK hadde opparbeidet en oversikt over situasjonen. AMK har i uavklarte situasjoner plikt til å lede, og på faglig grunnlag gi klare anbefalinger, inntil IL Helse er på stedet. Fra da av har IL Helse et selvstendig ansvar, og skal være primært kontaktpunkt for AMK.

IL Helse brukte flere minutter før det ble oppnådd kontakt med AMK. Det forelå ingen informasjon i BAPS for å få lik situasjonsforståelse mellom nødetatene og øvrig innsatspersonell. IL Helse ble tidvis titulert forskjellig fra involverte aktører. Det forekom dog lite bruk av "stammespråk" fra Helse.

Politiet hadde opprettet oppmøte langt fra hendelsessted pga. uavklart risiko.

Sikring av skadested ble observert å være mangelfullt, siden innsatsområdet ikke ble sperret av (utenfor cold zone). Dette ble trolig gjort for ikke å påvirke dagliglivet mer enn nødvendig, siden sikkerhetssonen i en reell situasjon ville vært mye større. Dette kunne likevel vært markert ved å sette inn synlig vakthold. Uansett gjelder at skadested må sikres tilstrekkelig, slik at alle aktører (for eksempel helsepersonell som kommer fra primærhelsetjenesten, som er en viktig ressurs) blir inkludert på skadested og kjenner soneinndeling, og at uredkommende ikke tar seg inn på stedet.

Politi startet førstehjelp iført vernemasker, men ikke vernedrakt, og ble værende på skadested. Politi gikk også gjennom bilen, som var hot zone. Det er usikkert hvorvidt de ble dekontaminert etter innsats. Det ble påpekt at også politi burde tatt forholdsregler og iført seg tilstrekkelig verneutstyr for å ivareta egen og andres sikkerhet, hvis de skulle oppholdt seg der. Dilemmaet rundt politiets beskyttelse omtales senere i rapporten.

Ingen av innsatspersonellet ble sekundæraffisert.

Hot zone i størrelsesorden 15 x 15 m ble markert med flashlights, men innsatspersonell så ut til å forholde seg til en hot zone som gikk langt videre enn dette. Det ble etablert soneinndeling, med tydelige linjer, som var kjent og ble fulgt av personellet. Grensen mellom warm/cold zone ble flyttet nærmere etter hvert, noe som er en god vurdering etter hvert som man opparbeider seg mer kunnskap på skadested.

ILKO var av sikkerhetsmessige årsaker etablert på avstand, noe som resulterte i at man ikke hadde fullstendig visuell kontakt med skadestedet. ILKO bør plasseres nærmest

mulig skadested, og på en måte som sikrer innsyn. Det er krevende å være oppdatert og utøve ledelse av helseinnsatsene på avstand. Det forutsettes at sikkerhet, herunder operative og taktiske vurderinger, er ivaretatt. Alternativt kan ILKO flyttes nærmere etter en forutgående klarering. Når ILKO ikke har tilstrekkelig visuell kontakt med skadestedet, bør innsatsen i større grad styres inn mot – og i – hot zone, og det må treffes tiltak som sikrer nødvendig informasjonsflyt.

IL Helse kommuniserte tydelig oppmøtested og benyttet delledere på skadested. Disse hadde god kommunikasjon. Dette bidrar til at IL Helse beholder den nødvendige oversikten over arbeidet på skadestedet. IL Helse kunne med fordel blitt avlastet ved å ha en person som sambandsansvarlig, siden ambulansepersonellet i stor grad kommuniserte direkte til IL Helse, fordi en stor del av kommunikasjonen i ILKO aldri ble videreformidlet i egen talegruppe til eget innsatspersonell.

NK IL Helse videreformidlet mottatt informasjon om soneinndeling og evakueringslinjer en med "closed-loop" til egne mannskaper som var ikledd vernedrakt, noe som bidrar til å sikre at informasjon er riktig forstått før transittering ut til egne ressurser.



Foto: Tore Ellingsen/Forsvaret, Tynset Sentrum

NK IL Helse inntok tidlig funksjon som

Ressurskoordinator Helse (RH) og registrerte egne ressurser inn og ut fra området. Han fikk dermed tidlig oversikt og kontroll over egne ressurser. Han var merket med delledervest.

Beredskapsbilen (SI) hadde nødvendig utstyr og var en ressurs til støtte i pasientbehandling, ved etterforsyning til lokale ambulanser, og for riktig merking til de forskjellige dellederne.

Livreddende tiltak i form av atropin-oxim autoinjektorer bør gis så raskt som mulig og burde her blitt iverksatt før dekontaminering, for å sikre overlevelse og minimering av skader, men antidot ble hentet av ambulanse i akuttmottaket på Elverum og fraktet ut til skadested. Det ble klarlagt at alle som trengte det, fikk atropin-oxim autoinjektorer på skadested, samt oppfølgende behandling med atropin injeksjon underveis til sykehus.

Det er positivt at det ble gjort en dekontaminering på skadested. Dekontamineringen ble utført på en grundig måte, men det ble ikke brukt såpe, noe man åpenbart ville gjort i en reell situasjon. Imidlertid dukket bøtter, såpe og svamper opp etter at man er ferdig med å dekontaminere.

Det er samtidig påpekt noe mangelfull ledelse ved dekontaminasjon. Triage ble ikke opprettholdt, og det rapporteres om manglende tydelighet på soneinndeling her.

Pasienter som ble rensset, bar tydelig preg av å fryse, og ble ikke godt nok ivaretatt mot hypotermi. Det var derfor alvorlig fare for hypotermi. Alt redningspersonell må ha fokus på å hindre nedkjøling i forbindelse med rens av forurensede pasienter. Dette er spesielt viktig under kalde værforhold. Dette inkluderer god tilgang og bruk av isolerende materialer. Dette blir spesielt viktig hvis ikke transport kan gjøres umiddelbart.

Det var lite bistand i ren sone, og det var vanskelig å kommunisere bakover til ILKO og annen form for assistanse. Dette kan løses ved å ha en koordinator som observerer ren side, dersom det er tilstrekkelig med personell på stedet.

Påkledning av verneutstyr (vernemaske og -drakt) tok noe tid, men stort sett ble dette gjort på riktig måte. Det er viktig at klargjøring av innsatspersonell i verneutstyr og materiell skjer så raskt som mulig. Videre må innsatspersonell være tilstrekkelig og enhetlig merket, slik at tydelighet om roller sikres og usikkerhet unngås. Rutiner for på- og avkledning av vernemaske og -drakt bør øves. Det ble observert noe kondens innvendig i enkelte vernemasker. Personellet bør kjenne til hvordan man kan unngå dette. Det var god kontroll på hvor lenge eget innsatspersonell hadde vært i draktene.

Riktig avkledning ble kun gjort av én eller et fåtall personer som var ikledd vernemaske og -drakt. Avfall ble ikke håndtert på en tilfredsstillende måte underveis eller i etterkant av øvelsen, og det ble ikke observert søppelposer for forurensset avfall.

4.3.7.3 Observasjoner og vurderinger – Melåsberget

Hendelsen ble hovedsakelig håndtert på en god måte, og med solid innsats av alt personell som deltok. Det ble tatt mange gode beslutninger i en krevende situasjon som omfattet eksplosjon og mange skadde, og med mange samhandlende spesialgrupper til stede.

Politi fra Beredskapstroppen (benevnt «DELTA») var på plass etter kort tid, og sørget for rask sikring, førsteinnsats på skadested og evakuering.

Politiet tok seg inn på åstedet iført vernemaske med tilsynelatende vanlig filter. Hvis disse er tilsvarende som de militære, er dette kun «rømningsfilter» dersom man ikke vet hvilke agens som er i lufta. Ideelt sett ville overtrykksdrakt med pusteluft gjort arbeidet sikrere for dem som måtte oppholde seg over tid på skadestedet. Dette synes å belyse et dilemma, siden politiet raskt må få kontroll over en krevende situasjon, i den hensikt å ta bort en trusselaktør som kan gjøre ytterligere skade, og derved redde liv og helse, og derfor går inn med noe mangelfull beskyttelse. I en slik situasjon tillater ikke tida at man venter på at Brann skal sendes inn i fullt verneutstyr, eller full påkledning av vernedrakter for politiets del.

Første brannmann som ankom på stedet, oppfattet åpenbart ikke at skadestedet omfattet CBRNE-agens og hadde ikke vernemaske på, men løp inn på området. På et skadested som dette, burde han tatt seg varsomt fram mot skadested og tatt på vernemaske og -drakt. Han tok også nærmeste polititjenestemann fra DELTA fysisk på armen, noe som kan gi smitteoverføring, hvis han selv hadde vært i kontakt med noe skadelig agens. Det var også en smitterisiko i det at han løp ned til veien til øvrige mannskaper.

Innsatsleder (IL) sendte initialmelding i BAPS, som umiddelbart ble transittert av IL Helse i egen talegruppe (TG). Det er en kritisk suksessfaktor for alle aktørers situasjonsforståelse og mulighet til å fungere på skadested, at det raskt etableres et felles samband. Dette er også vesentlig for å oppnå en fungerende skadestedsledelse. Unødig prat må unngås og ressursene må tituleres korrekt. Det ble observert at det også på Melåsberget tidvis forekom unødvendig prat imellom nødetater på samband, og at IL Helse ble titulert forskjellig.

Det ble observert noen utfordringer i å kommunisere og gi tydelige ordrer bak oksygen- eller vernemasker, og det ble tidvis gitt en del meldinger som ikke ble oppfattet av andre ledere på skadestedet

Det var god kommunikasjon med begge sykehusene, både i forhold til antall pasienter og behandling. Imidlertid var det vanskelig å følge pasientflyten underveis, og mottaket på Hamar anmodet om egen talegruppe, for å klare å holde seg løpende informert i aksjonskanal. Det ble observert mangel på ambulanser/evakueringskapasitet, siden mange av pasientene skulle til SI-Hamar. I en reell situasjon ville AMK iverksatt alternative ressurser, som Helsebuss/-ekspres, kommersielle busser/kjøretøy, osv. Dette ble øvet ved henvendelse til R-AMK og andre på et relativt tidlig tidspunkt.

ILKO var plassert anslagsvis et par hundre meter unna skadestedet, og på en måte der det ikke var innsyn til skadested, noe som krevde bruk av samband mellom respektive innsatsledere og delledere på skadestedet. ILKO bør om mulig plasseres slik at innsyn til skadested sikres. Hvis ikke dette er mulig, må robust og fungerende kommunikasjon og samband etableres for å sikre skadestedsledelse og løpende situasjonsforståelse.



Foto: Øyvind Brostrøm Sør Trøndelag Avis, Øvelse Fannrem

Innsatslederne – og IL Helse inkludert – etablerte en god felles situasjonsforståelse for hendelsen. IL Helse involverte faglige støttefunksjoner etter behov og ga raskt tilbakemelding til AMK og egne ressurser om situasjonen på stedet.

IL Helse observeres innledningsvis også ved denne hendelsen å ha en krevende jobb med å skaffe seg egen oversikt over omfang over hendelsen, og samtidig lede ressursene på stedet. Det foreligger observasjoner på god informasjonsflyt, samtidig som én evaluator påpeker at det spesielt i en tidlig del av hendelsen ble litt mye «ryggen til», eller at IL Helse ikke hadde full kontroll, eventuelt ikke formidlet dette i tilstrekkelig grad. Dette belyser utfordringene i å lede helseinnsatsen på avstand fra skadestedet.

Med IL Helse nærmere plassert skadestedet, ettersom man fikk klarert området, ville gjort det lettere å organisere skadested og pasientflyt på en mer hensiktsmessig måte, samtidig som det ville vært lettere å planlegge for forsterkningsressurser. Dertil kunne IL Helse ha sendt og mottatt meldinger fortløpende, uten bruk av samband, og gjort mer effektiv bruk av stedlige dellederfunksjoner, inkludert lederfunksjoner tilknyttet CBRNE ved OUS.

For øvrig rapporteres om at IL Helse ga tydelige og relevante meldinger.

I denne fasen ble det observert at AMK ikke responderte aktivt. Dette skyldtes trolig at informasjonen som operatøren mottok, tidvis var større og mer omfattende enn det vedkommende umiddelbart klarte å prosessere. Dette gjorde det innledningsvis vanskelig for IL Helse å lykkes i å løse sitt oppdrag.

Det ble umiddelbart fra AMKs side ikke varslet nabodistrikt eller egen tilleggsberedskap. Dette viser nødvendigheten av at IL Helse må ligge i forkant, og at AMK må ha gode prosedyrer for varsling av så vel nødetatene som egne/andre ressurser som tilleggsberedskap, osv. Det var bra at AMK-lege fysisk kom inn og deltok i arbeidet i AMK. For øvrig observeres at AMK fungerte på en tilfredsstillende måte, og at ambulansetjenesten identifiserte type hendelse og handlet i tråd med denne.

Det var klarhet rundt oppmøtested til alle involverte ambulanseressurser, men det tok noe tid før de første ambulansene fikk klarsignal for å kjøre fram og hente de første 4-5 ferdig dekontaminerte pasientene. Med evakueringsressursene nærmere skadestedet, kunne pasientene blitt raskere ivaretatt, noe som kunne bidratt til å redusere faren for hypotermi. Imidlertid kan dette være resultat av en vurdering av sikkerhet på skadested.

Innsatspersonellet gjorde en solid innsats, men det var ikke mulig å observere en tydelig ledelse på skadested. Roller og ansvar syntes ikke å være tydelig definert, og koordineringen av ressursene kunne vært tydeligere underveis i øvelsen. Det kunne ikke observeres at nasjonal veileder ble brukt på en strukturert og systematisk måte, eller at planverk ble brukt for å sikre at funksjonene utførte tiltenkte roller. Personellet arbeidet etter et handlingsmønster bygget på det som kunne observeres, egen erfaring fra andre større hendelser, egen hukommelse fra nasjonal veileder, samt litt improvisasjon. Dette gjorde at de ulike helseaktørene jobbet etter noe ulike prinsipper. Det ble ikke gitt noen tydelig rolleavklaring. Det ble ikke observert noen form for systematisk målkontroll utover innmeldinger og antall skadde, osv.



Foto: Øyvind Brostrøm, Sør Trøndelag Avis, Luftevakuering

Pasient- og materiellflyt på skadested var ikke tilstrekkelig tydeliggjort.

Det påpekes derfor fra evaluatorene at skadested kunne vært enda tydeligere organisert, med tydelig definert soneinndeling og klarere definerte arbeidsoppgaver. Dette gjelder både for delledere og personell uten lederfunksjoner. Det ble ikke opprettet komplett antall dellederfunksjoner, og ikke alle funksjoner ble tildelt til dem som var på skadestedet. Dette resulterte i utydelighet i roller, ansvar og myndighet, siden noen tok – eller måtte ivareta – flere oppgaver en de skulle. At man lar være å opprette dellederfunksjoner kan være en vurdering ut fra antall tilgjengelige mannskaper, siden opprettelse av alle dellederfunksjoner kan resultere i færre til å ivareta pasientbehandlingen.

Noen dellederfunksjoner ble opprettet, herunder Ressurskoordinator helse (RH) og Leder evakuering (LE). RH fikk en omfattende oppgave, siden han også innledningsvis ivaretok funksjonen som LE, og også ble benevnt som det. I tillegg påtok han seg en delvis rolle som Leder samleplass (LS). Evakueringspunkt (EP) er i utgangspunktet politiets ansvar, og helse skal stille en assistent til å drifte denne. Denne funksjonen ble ikke opprettet, og RH/IL Helse burde fått avklart hvordan de skulle drifte EP hensiktsmessig. RH skulle ha kontroll over pasientflyt, skader og evakuering, tilgjengelige ambulanser og hvor pasientene ble fraktet. Etter hvert mistet RH oversikten, og denne delen av skadestedet framsto da som noe ustrukturert. Etter at det ble opprettet en egen LE, samt en person («evakueringspunkt-assistent») til å drifte EP, gjenvant RH sammen med LE kontrollen over pasienter inn og ut av samleplass. RH hadde etter dette god kontroll på ressursene og styrte disse på en god måte.

Dette illustrerer nødvendigheten av å følge veilederne for masseskade og CBRNE-hendelse, samt viser viktigheten av å ha sentrale ledere på plass, og som ivaretar sine roller, ansvar og myndighet. En god kommunikasjon mellom disse – både ansikt til ansikt, og via et fungerende samband – er helt avgjørende for å lykkes.

Det vurderes at lederfunksjonene likeledes bør ha tilgjengelig detaljerte tiltakskort som punktvis beskriver oppgavene og kommunikasjonsveier, og hvem samhandler med hvem og hva. Likeledes bør det være en enhetlig standard på merking, både av innsatspersonell og av pasienter.

Samtrening med flere aktører, enten fullskala, eller bordøvelser, kan bidra til en bedre styring og utnyttelse av tilgjengelige ressurser ved en CBRNE-hendelse, som i sin natur vil være kompleks.

I warm zone bør LE ha god kompetanse på CBRNE, siden dette kan bidra til å sikre god pasientivaretagelse. I cold zone kan LE være LS.

Det vurderes som positivt at akuttbehandling med atropin-oxim autoinjektorer og avkledning av forurensede personer ble gjennomført utenfor åstedet, før videre dekontaminasjon lenger ned mot veien.

Pasientene ble kledd av på en rask og effektiv måte, men triage ble ikke gjennomført systematisk, iht. nasjonal veileder, men så derimot ut til å foregå på en tilfeldig måte, hvor pasientene i stedet ble dekontaminert fortløpende. Dette gjorde arbeidet på samleplass unødige komplisert og uoversiktlig. Det var ikke mulig å få en rask oversikt over antall pasienter i de forskjellige hastegrader, og kommunikasjonen mellom aktørene kunne vært bedre.



Foto: K. Engkrog, Tynset

Eksempelvis ble en brannmann i lengre tid sittende med en åpenbart rød pasient (crus-amputasjon) uten å klare å oppnå kontakt med helseressursene som drev dekontaminering. På et så vidt komplekst skadested med kombinerte traume-/forurensede pasienter, og til tider begrenset tilgang på ressurser for å kunne dekontaminere, behandle og evakuere, er det viktig for å sikre liv og helse, at man sikrer stor grad av organisering og også følger retningslinjene rundt masseskade-triage. I stedet ble flere lettere skadete pasienter prioritert dekontaminert på bekostning av pasienter med mer alvorlige skader. Siden dette var et skadested med kjemiske stridsmidler, kom ingen pasienter inn under kategorien "minimumsdekontaminering", selv om tilstanden var kritisk. I slike tilfeller blir det derfor ekstra viktig at disse blir triagert riktig. Fokus på bruk av triage-verktøy så tidlig som mulig vil gjøre evakuering og videre prioritering enklere og mer effektiv. Samtidig gir dette en bedre pasientsikkerhet. Forutsetningen er at alle ledd har kunnskaper om – og materiell til å gjennomføre triage og re-triage. På samleplass hadde man heller ikke tilgang på alt utstyret man til enhver tid trengte. Dette kan løses eksempelvis ved å opprette et materielldepot i tilknytning til, eller umiddelbar nærhet av, samleplass ved større hendelser.

Dekontamineringen ble grundig utført men bar preg av mangelfull organisering. Kuldepåvirkning og tidsbruk gjorde pasientbehandlingen utfordrende. Det ble besluttet å dekontaminere pasientene ferdig ute og bruke OUS dekontamineringstelt som varmetelt for de evakuerte. Mange pasienter ble dekontaminert på bakkenivå (grusunderlag), og etterpå ble liggende på bakken lenger enn de burde, uten klær, og med delvis våte tepper og med utilstrekkelig isolasjon mot underlaget. I tillegg ble pasientene liggende nærmest oppå hverandre. Her kunne man benyttet bærebuks for å få liggende pasienter opp fra bakkenivå.

Det ble observert at mange av pasientene som ble håndtert på skadested, frøs, og hypotermi så ut til å være en betydelig utfordring. Dette var tilfelle ikke bare ved avkledding og spyling/vask av pasienter, men også i etterkant av dette. Teltdøren til samleplass ble hyppig åpnet, med derav følgende varmetap, og påfølgende økt hypotermifare. Det er påkrevd med høy bevissthet hos alt personell på

varmekonservering i alle ledd av evakueringskjeden. Utstyr for varmekonservering må befinne seg langt fremme i evakueringskjeden, og må brukes hensiktsmessig slik at hypotermifaren reduseres så langt det er mulig.

Dekontamineringsområdet var plassert direkte i evakueringslinjen til ren sone og vanskeliggjorde dermed den fysiske evakueringen, siden liggende pasienter, utstyr og sperrebånd vanskeliggjorde muligheten til å evakuere pasienter direkte til ventende ambulanser i stedet for inn i teltet, som tilsynelatende var den opprinnelige planen. En tydeligere og mer systematisk organisering og merking ville gjort det lettere å skille ferdig sanerte pasienter fra de som blir sanert, og ville lettet evakueringen ut til ren sone.

Tilgangen på ambulanser inn og ut av skadested, og evakueringsvei, ble vurdert å utgjøre en betydelig flaskehals.

Beredskapsbil (SI) støttet pasienter og egne ressurser på en hensiktsmessig og god måte, blant annet ved å sette opp telt med varme, samt støtte øvrige etater med utstyr. De ansvarlige for beredskapsbilen fant selv sin plassering ved skadested, og de etablerte seg raskt. Denne enheten er en viktig ressurs, fremfor alt ved å ivareta pasienter, men også ved at den har viktig og relevant materiell som kommer godt med. Med en enda bedre organisering av skadestedet, kunne enheten enda raskere kunnet sette opp sitt utstyr, og blitt hensiktsmessig plassert i tilknytning OUS-telt, for å få en god flyt på samleplass.

Det var ikke et tydelig system for planlagt rullering og avlastning av personell i vernedrakt. Siden arbeid på skadested iført vernedrakt og -maske er en stor belastning for innsatspersonellet, burde det tidlig vært planlagt og gjennomført et tydelig system for rullering. Spesielt er dette viktig i situasjoner der man ikke har oversikt over varigheten av innsatsen.

Det var noe mangelfull merking av personell. Dette inkluderer personell fra Beredskapsbilen (SI) som må sørge for å ha merking (ledervester) og funksjon iht. nasjonal prosedyre. Merkingen av personell tilhørende CBRNE-enheten fra OUS så ut til å være tilfredsstillende. Merking av personell er viktig, for at de enkelte ressursene skal finne hverandre.

Det ble rapportert om god samhandling mellom nødetatene som virker sammen til daglig. CBRNE-senteret ved OUS ble brukt som en ressurs og bidro på en god måte, både i forberedelser, gjennomføring og evaluering.

4.3.7.4 Bevaringspunkter og forbedringspunkter – Amfitorget, Elverum og Melåsberget

Bevaringspunkter	
B12	Nødetater som samhandler til daglig, har gode forutsetninger for å løse også komplekse og krevende oppdrag. Samtrening med flere aktører, enten fullskala, eller bordøvelser, vil kunne bidra til smidigere samhandling og utnyttelse av tilgjengelige ressurser ved en CBRNE-hendelse.

B13	Det er avgjørende at først ankomne klarer å identifisere om skadestedet omfatter CBRNE-agens, ved å vurdere kliniske tegn hos pasienten(e) som tyder på eksponering av kjemiske stoffer, eventuelt at det observeres gjenstander eller andre forhold på skadestedet som indikerer dette.
B14	Tydelig ledelse, felles situasjonsbevissthet og involvering av faglige støttefunksjoner og AMK gir gode forutsetninger for å håndtere selv et krevende skadested.
B15	IL Helse opprettholder lettere oversikt ved å opprette dellederfunksjoner, og delegere til disse.
B16	Forurensede pasienter gis raskt medisinsk akuttbehandling og deretter umiddelbar avkledning og tilstrekkelig og grundig dekontaminering.
B17	CBRNE-senteret ved OUS er en faglig og praktisk ressurs som yter verdifull støtte i et CBRNE-scenario.
B18	Beredskapsbilen (SI) er en god ressurs for å ivareta pasienter og støtte innsatspersonell på skadestedet, med telt, varme og nødvendig utstyr.
Forbedringspunkter	
F14	AMK må ha systemer som muliggjør å respondere aktivt, spesielt i situasjoner der mottatt informasjonsmengde er omfattende. Ved hendelser som omfatter CBRNE, bør andre nødetater, tilleggsberedskap og CBRNE-senteret ved OUS varsles tidlig.
F15	Det må etableres tilstrekkelig kommunikasjon og oppnås kontakt på fungerende samband mellom nødetater og øvrige aktører, inkludert Forsvaret. Generelt må etablerte sambandsprosedyrer i primært nødnett følges, og sambandsmidlene må være enkle i bruk. Unødig prat må unngås.
F16	Først ankomne aktør til skadested utgjør en viktig kilde til informasjon og bør brukes i større grad for å etablere situasjonsforståelse.
F17	Skadested må sikres tilstrekkelig, slik at alle aktører (f eks helsepersonell som kommer fra primærhelsetjenesten, som er en viktig ressurs) blir inkludert på skadested og kjenner soneinndeling, og at uvedkommende ikke tar seg inn på stedet. I en reell situasjon må eventuelle usikre adkomster om mulig blokkeres, eller varsles om.
F18	ILKO bør plasseres nærmest mulig skadested, og på en måte som sikrer innsyn. Det er krevende å være oppdatert og utøve ledelse av helseinnsatsene på avstand. Det forutsettes at sikkerhet, herunder operative og taktiske vurderinger, er ivaretatt. Alternativt kan ILKO flyttes nærmere etter en forutgående klarering. Når ILKO ikke har tilstrekkelig visuell kontakt med skadestedet, bør innsatsen i større grad styres inn mot – og i – hot zone, og det må treffes tiltak som sikrer nødvendig informasjonsflyt.

F19	Skadested må være organisert og ledet på en tydelig måte, og der roller, ansvar og koordinering av ressurser, er tydelig definert, og med tydelig soneinndeling.
F20	Arbeidsoppgaver må være klart definert for alt innsatspersonell. Dette gjelder både for delledere og personell uten lederfunksjoner. Sentrale ledere må ivareta roller, ansvar og myndighet, og delegere etter behov. Det bør opprettes et tilstrekkelig antall dellederfunksjoner for å unngå for stort kontrollspenn på enkeltpersoner, samtidig som dette ikke må gå på bekostning av pasientbehandlingen.
F21	Nasjonale veiledere for masseskade og CBRNE-hendelse må bli brukt på en strukturert og systematisk måte, og det praktiske arbeidet bør i størst mulig grad følge planverk, for å sikre at tiltenkte roller blir bemannet og utført.
F22	IL Helse bør raskt gi seg til kjenne og tydelig ta ledelsen for helsetjenestens innsats på skadested.
F23	Et skadested med CBRNE-agens krever tilstrekkelig beskyttelse for alt innsatspersonell. Politiet bør vurdere tilgang på tilstrekkelig verneutstyr, for å ivareta egensikkerhet.
F24	Alt innsatspersonell må være tilstrekkelig og enhetlig merket, og tituleres korrekt, slik at tydelighet om roller sikres og usikkerhet unngås. Det bør være en enhetlig standard på merking, både av innsatspersonell og av pasienter.
F25	Livreddende tiltak i form av atropin-oxim autoinjektorer bør gis så raskt som mulig, og før dekontaminering, i situasjoner der dette vurderes å være relevant.
F26	Pasient- og materiellflyt på skadested må være tilstrekkelig tydeliggjort.
F27	Det må være en tydelig dekontamineringsledelse, som organiserer triage og dekontaminering, samt oppfølging av rensede pasienter. Det må være tydelige skiller mellom skitten og ren sone. Triage bør normalt opprettholdes ved dekontaminasjon.
F28	Triage og re-triage må gjennomføres systematisk og strukturert, iht. nasjonal veileder, noe som gir rett prioritet og rask oversikt over antall pasienter i de forskjellige hastegrader. På et komplekst skadested er det viktig for å sikre liv og helse, at det organiseres riktig og at retningslinjene rundt masseskade-triage følges. Dette gjør også evakueringen mer effektiv.
F29	Fokus på bruk av triage-verktøy så tidlig som mulig vil gjøre evakuering og videre prioritering enklere og mer effektiv, samt bidrar til bedret pasientsikkerhet. Forutsetningen er at alle ledd har kunnskaper om – og materiell til å gjennomføre triage og re-triage.

F30 (jfr F8)	Et CBRNE-scenario medfører alvorlig fare for hypotermi for pasientene, som følge av kuldepåvirkning og høy tidsbruk. Utstyr for varmekonservering må befinne seg langt fremme i evakueringskjeden, og må brukes hensiktsmessig slik at hypotermifaren reduseres så langt det er mulig. Alt redningspersonell må ha fokus på å hindre nedkjøling i forbindelse med rens av forurensede pasienter. Dette er spesielt viktig under kalde værforhold. Dette inkluderer god tilgang og bruk av isolerende materialer eller bruk av bårer som underlag ved dekontaminasjon, innpakking i isolerende materialer rett etter rens, samt at pasienter fraktes i sikkerhet og skjermet for trafikk. Dette blir spesielt viktig hvis ikke transport kan gjøres umiddelbart. Det må være personell i ren sone som raskt kan bidra til å hindre ytterligere nedkjøling, og bidra til evakuering.
F31	Tilgangen på ambulanser inn og ut av skadested utgjør en betydelig flaskehals. Det er viktig med klarhet rundt oppmøtested til alle involverte ambulanseressurser, og evakueringsressursene bør trekkes nærmest mulig skadestedet. Evakueringsvei må være utformet på en måte som gjør at ambulanser kan kjøre på en hensiktsmessig måte inn og ut av skadested.
F32	Det bør være et tydelig system for planlagt rullering og avlastning av personell i vernedrakt, spesielt når innsatsen er av ukjent varighet. Rutiner for på- og avkledning av vernemaske og -drakt bør øves.
F33	Det må være system for sikker håndtering av forurenset avfall.

4.3.8 Varsling og støtte – AMK

Omfattes av øvingsmål:

- *AMK skal sørge for tidlig varsling mellom nødetater og innen egen organisasjon og være støtte for egen beredskapsledelse. (Delmål H6 – Sykehuset Innlandet HF – AMK)*

4.3.8.1 **Forventede handlinger**

- Identifisere type hendelse.
- Tidlig varsling og god kommunikasjon med ambulansen(e) ute.
- Varsling "i linjen".
- Bidra til rett situasjonsforståelse for beredskapsledelsen.

4.3.8.2 **Observasjoner og vurderinger**

Se foregående avsnitt om arbeidet på skadestedene, som presenterer observasjoner og vurderinger av nødetatenes samhandling, og som også omfatter AMK.

Det ble raskt iverksatt trippelvarsling og varsling av ytterligere ressurser, etter at AMK fikk inn melding om første hendelse. Det var mye informasjon som skulle behandles og videreformidles, spesielt for å få oversikt i startfasen. Noe info fra innringer ble ikke

videreformidlet, eksempelvis funn av vernemaske på første skadested. Informasjon ble loggført nøyaktig. Ledelse og AMK-lege ble raskt involvert, og lege kom fysisk inn til AMK. Medisinsk operatør bisto i informasjonsflyten og ajourholdt aksjonsloggen. Etter dette gikk AMK inn i en driftsfase.

Melding om neste hendelse kom inn via ILKO, og noen minutter senere fra Operasjonssentralen. Det ble mottatt melding om søk etter



Foto: Julie Hjermstad/Forsvaret. Vestbase Kristiansund,

gjerningsmann i Melåsberget, der 25 personer var registrert på adressen. AMK avfeide innledningsvis henvendelsen, men beslutning ble endret da det ble klart at politi og ressurser fra brannetaten (sistnevnte på eget initiativ) var på vei.

Det ble registrert lang responstid før tilgjengelige ressurser var varslet, etter at melding om mange skadde kom i BAPS. Legevaktlege ble ikke varslet samtidig og måtte derfor kjøre ut med egen bil. Etter dette gikk AMK inn i en driftsfase.

Det ble observert at AMK ved hendelsen i Melåsberget fungerte på en mer smidig måte enn ved tidligere hendelse i Elverum sentrum.

Varsling i linja gikk raskt, og også ved denne hendelsen bisto AMK-lege på sentralen. Det var god kommunikasjon med SI-Elverum og SI-Hamar, både i forhold til pasienter og evt. behandling.

4.3.9 Tilbakeføring til normaltilstand etter CBRNE-hendelse

Omfattes av øvingsmål:

- *Kommunen har kontroll med aktiviteter, sanering og har plan for normalisering.*
- *(Delmål K3 – Kommunens kontroll med hendelse og tiltak, og tilbakeføring til normaltilstand)*

4.3.9.1 Forventede handlinger

- Kommunen innhenter relevant informasjon fra fagmiljøene og deler denne med rette instanser til rett tid.
- Det er etablert kontakt med fagmyndigheter – Folkehelseinstituttet (FHI).
- Kommunen etablerer en plan for normalisering, for å si at det er trygt.

4.3.9.2 Observasjoner og vurderinger

Det ble gjennomført en bordøvelse i etterkant av øvingsdagen, med fokus på kommunens kontroll med hendelser og tiltak, samt tilbakeføring til normaltilstand.

Dette ble arrangert i regi av Elverum kommune, og med faglige bidrag fra deltagende sentrale aktører som Helsedirektoratet, Direktoratet for sivilt beredskap,

Folkehelseinstituttet, Forsvarets ABC-skole, CBRNE-senteret på Ullevål, Forsvarets forskningsinstitutt og Norges brannskole.

Gjennomført bordøvelse var en bred og systematisk gjennomgang for viktige aspekter av det omfattende arbeidet som må til, for å tilbakeføre et område til normaltilstand, etter en CBRNE-hendelse. Erfaringer fra reelle hendelser viser at slik tilbakeføring er uhyre omstendelig og krevende, og omfatter mange ekstra tiltak for å gjenopprette allmennhetens tillit og opplevelse av at stedet er trygt.

Dagen ble en ekstra «bonus» og kom som et initiativ fra Forsvarets ABC-skole, med bakgrunn i erfaringer som er høstet fra reelle hendelser. Dagen ga god bevisstgjøring og kompetanseheving for deltagerne.

Slike faglige bordøvelser anbefales videreført.

4.3.9.3 **Bevaringspunkter og forbedringspunkter – tilbakeføring til normaltilstand etter CBRNE-hendelse**

Bevaringspunkter	
B19	Gjennomført bordøvelse var en bred og systematisk gjennomgang for viktige aspekter av det omfattende arbeidet som må til, for å tilbakeføre et område til normaltilstand, etter en CBRNE-hendelse, og bidro til god læring for alle deltagere.
Forbedringspunkter	
F34	Erfaringer fra reelle hendelser viser at tilbakeføring er uhyre omstendelig og krevende, og omfatter mange ekstra tiltak for å gjenopprette allmennhetens tillit og opplevelse av at stedet er trygt. Fokus og bevisstgjøring på dette bør videreføres som del av CBRNE-tematikk.

4.3.9.4 **Sivilforsvaret**

Omfattes av øvingsmål:

- *Ha god kontroll med elementer innenfor kommando og kontroll.*
(Delmål R5 – Sivilforsvaret – kommando og kontroll)
- *Opprettholdelse, drift og normaliseringsfase for renseenheten.*
(Delmål R6 – Sivilforsvaret – renseenheten)
- *Ha et godt samvirke med øvrige aktører.*
(Delmål R7 – Sivilforsvaret – samvirke)

4.3.9.5 **Forventede handlinger**

- Felles situasjonsforståelse og kommunikasjon.
- Hensiktsmessig rollefordeling mellom aktører.

4.3.9.6 **Observasjoner og vurderinger**

Omtalt spesielt under avsnitt om driften ved akuttmottak ved CBRNE-hendelse, SI-Elverum.

Når det gjelder Sivilforsvaret, så har det vært en diskusjon om denne etaten skal møte rett på skadested, eller dit pasientene etter hvert kommer. Selv om dette kan være situasjonsavhengig, så bør uansett dette være en sak som bør avklares nærmere, og på prinsipielt grunnlag. I en vurdering av dette bør også sees øvrige etaters innsats, slik at tilgjengelige ressurser blir benyttet best mulig. I et CBRNE-scenario kan det være hensiktsmessig at Brann foretar rensing ute, og at Sivilforsvaret forestår rensing på et sted som inkluderer de selvevakuerte.

4.3.9.7 *Bevaringspunkter og forbedringspunkter - Sivilforsvaret*

Bevaringspunkter	
B20	Sivilforsvaret bidro til å løse oppdragene effektivt og responderte godt som forsterkningsressurs.
Forbedringspunkter	
F35	Oppmøtested for Sivilforsvaret bør avklares nærmere, og på prinsipielt grunnlag.

4.4 Helsehjelp til evakuerte i kommunene

NHØ18 var en del av NATO-øvelsen TRJE18. Forsvaret, heimevernet, helseforetak, nødetater, kommuner, sivilforsvar og frivillige organisasjoner, øvde sammen i fem kommuner. Scenario i alle øvelser var at landet var nær krig. Øvelsesdagen skjedde det to masseskade hendelser i alle kommuner med et par timers mellomrom. Alle hendelsene var sabotasje handlinger og væpnede angrep på kritisk infrastruktur, og medførte at 20-40 militære og sivile personer ble skadd.

Kommunene ble øvet på beredskapsledelse, samarbeide med andre aktører som politiet, sivilforsvar, forsvaret og frivillige organisasjoner og på å gi helsehjelp på skadested og til evakuerte i legevakt og i EPS. For kommunene var det utarbeidet spesifikke øvingsmål for;

- Beredskapsledelse ved masseskade
- Helsehjelp til evakuerte i kommunen ved masseskade
- Helsehjelp i områder med militær aktivitet eller væpnet konflikt
- Kommunenes samarbeide med helseforetak

Før øvelsene ble en rekke evaluatorene gitt opplæring i evaluering. Under øvelsene observerte de kommunens beredskapsledelse, og helsehjelpen som ble gitt til skadde og evakuerte i kommunene. Helsehjelpen ble observert på skadested, i legevakt, i EPS og i områder med militær aktivitet. Det ble også observert hvordan kommunene under øvelsene samarbeidet med helseforetak, Forsvaret, frivillige organisasjoner, fylkesmann m.fl. Alle observasjoner er lagret med ID nummer i HelseCIM «program for evaluering av øvelser», og er sporbare.

Tema «Helsehjelp til evakuerte i kommunene», omfatter observasjoner av vurderinger av øvingsmålene, dvs. av kommunal beredskapsledelse og helsehjelpen gitt både på skadested og til evakuerte i legevakt og i EPS. For hvert øvingsmål beskrives forventede handlinger, og det som ble observert. I vurderingene sees det på



Foto: Fosna Folket, Kriseledelse Ørland kommune

om observasjoner av det som skjedde, var som forventet med øvingsmål og god praksis i nasjonale veiledere. Vurderingene identifiserer «læringspunkter». Det som var bra, kalles «bevaringspunkter», og det som må bli bedre, kalles «forbedringspunkter».

4.4.1 Beredskapsledelse i kommunen ved masseskade

Omfattes av øvingsmål;

- *Kommunen skal ha en beredskap/kriseledelse som fører til at kommunens ressurser utnyttes på en god måte for å gi forsvaret og sivilbefolkningen nødvendige helsetjenester. (Øvingsmål K1)*
- *Beredskapsledelsen skal arbeide metodisk og proaktivt, og skal kunne løse sine oppgaver både ved kortvarige og langvarige hendelser. (Øvingsmål K5.2)*

Kommunens beredskap ledelse skal styre kommunen i kriser, samhandle med andre aktører i krisen og treffe tiltak slik at befolkningen gis helsehjelp.

4.4.1.1 Forventede handlinger

At kommunen har en beredskap/kriseledelse som;

- Er operativ 45 minutter innen varslings
- Er trygg på roller, ansvar og ledelse
- Har ressursoversikt i egen kommune og nabokommuner
- Raskt etablerer en samordnet situasjonsforståelse
- Omdisponerer og utnytter kommunens ressurser
- Iverksetter nødvendige tiltak med støtte i beredskapsplan
- Samhandler med egne virksomheter, politiet, Forsvaret, sivilforsvar, frivillige organisasjoner, nabokommuner m.fl.
- Samordner kommunens helsetjenester med helseforetak og nabokommuner
- Kan prioritere bruk av begrensede ressurser
- Gir forsvaret og sivilbefolkningen nødvendige helsetjenester
- Arbeider metodisk og proaktivt
- Organiserer seg slik at den kan løse sine oppgaver over tid
- Fører logg og rapporterer til fylkesmannen

- Informerer befolkningen om det som skjer

4.4.1.2 *Observasjoner*

Etablering av beredskapsledelse

Det ble i alle kommuner etablerte beredskapsledelse innen 45 minutter.

Beredskapsledelsen var trygg på sin rolle, sitt ansvar og rådmennenes ledelse ble observert som tydelig. I fire av fem kommuner, ble det observert at politi/lensmann var tilstede i beredskapsledelsen. Kommuneoverlegen var tilstede i beredskapsledelsen i to av fem kommuner.

Situasjonsforståelse

Det ble i alle fem kommuner observert at situasjonsforståelsen mht. hva som hadde skjedd og hvilket omfang masseskaden hadde, i stor grad var avhengig av tilgang til nødnett informasjon fra skadested. Kommunenes beredskapsledelse fikk i alle fem kommuner, nødnett informasjon fra lensmann/politi tilstede i beredskapsledelsen. I en kommune ble det observert at kriseledelsen også hadde tilgang til nødnett ved kommuneoverlegen tilstede i kriseledelsen. Det ble observert at beredskapsledelsen i to kommuner hadde liten innsikt i øvelse scenario om truende krig, om kommunens rolle i totalforsvaret, og ikke satte hybride og eksplosive hendelser i et sikkerhetsperspektiv. Beredskapsledelsen i tre kommuner fulgte med på sosiale medier, og fikk informasjon fra Facebook. Det ble observert at bare en kommune hadde kjennskap til SBS brodokument, et gradert nasjonalt informasjonssystem som forutsetter at beredskapsledelsen er sikkerhetsklarert.

Bruk av beredskapsplan

Det ble ikke observert at beredskapsplan formelt ble benyttet av beredskapsledelsen i noen av kommunene som støtte i krisehåndteringen. Det ble likevel observert av evaluatorene i tre av kommunene, at beredskapsplanverket virket kjent for beredskapsledelsen, og at kommunens beredskap organisasjon virket godt samordnet og øvet. Det ble i en kommune spesielt observert at beredskapsplan ikke ble fulgt ved etablering av evakuering og pårørendesenter (EPS).



Foto: Steinar Larsen, Orkdal kommune kriseledelse

Ressursoversikt og organisering av tiltak

Det ble observert at alle kommuner hadde god ressursoversikt i egen kommune og i nabokommuner, og hadde fokus på omdisponering av ressurser for etablering av tiltak.

Observasjonene fra de fem kommunene sett i en helhet, gav et observert inntrykk av at beredskapsledelsen hadde primærfokus på at kommunen hadde tilbud om legevakt og EPS, og at beredskapsledelsen i mindre grad fokuserte på tjenestenes lokaliteter, kapasiteter og faglig innhold. Alle kommuner opprettet EPS med et integrert tilbud om psykososial krisehjelp. I en kommune som hadde et distriktsmedisinsk senter (DMS), organiserte DMS-interne operative ledelse, iverksetting av skademottak og skadebehandling, og rapporterte til kommunens beredskapsledelse.

Kommunikasjon og samhandling med interne og eksterne aktører

Beredskapsledelsen i tre kommuner hadde dialog med legevakt og EPS i kommunen i krisehåndteringen. I en av kommunene kommuniserte kommuneoverlegen med AMK og leger i kommunen om mottak av pasienter fra skadested til kommunale legekontorer. Det ble observert at beredskapsledelsens dialog med legevakt og EPS i de tre kommunene, dreide seg mest om å varsle at legevakt og EPS måtte ta imot skadde pasienter, og i mindre grad om tjenestene hadde ressurser, lokaler og materiell til å motta pasientene. Beredskapsledelsens dialog til legevakt og EPS i to andre kommuner, ble observert som fraværende og mangelfull. I disse kommunene ble det observert at legevakt og EPS opplevde seg noe alene ansvarlig for den akutte helsehjelpen til evakuerte pasienter. Det ble ikke observert at beredskapsledelsen i noen kommune, samtalte på ledelsesnivå med representanter fra helseforetak eller Forsvaret.

To kommuner var i dialog med skoler og barnehager om ivaretagelse av sikkerhet. To kommuner var i dialog med AMK-sentral, og en annen kommune med sivilforsvaret og heimevernet (HV11). Det ble observert at ordfører i to kommuner besøkte kommunens EPS-senter, og at en rådmann besøkte kommunens skademottak.

Det ble observert at scenarioenes karakter, medførte at Forsvarets tilstedeværelse i øvelsene var knyttet til skadested, og at Forsvarets samhandling i hovedsak var rettet mot politi, nødetater og helseforetak.

Samordning av kommunens helsetjeneste med nabokommuner og helseforetak

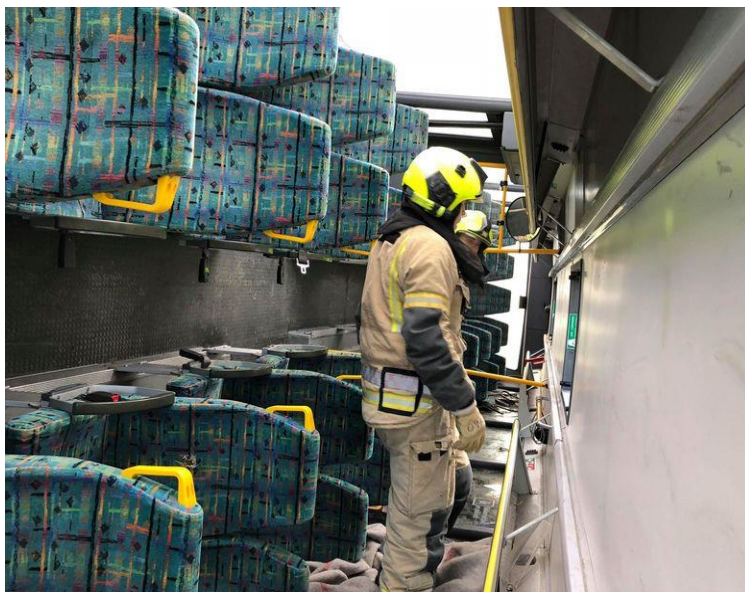
To kommuner hadde dialog med nabokommuner for å legge til rette for mottak av pasienter fra sykehus til kommunene. To kommuner ble observert ved sin operative ledelse i DMS, legevakt, EPS eller kommunelege, å ha dialog med AMK for samarbeide om helsehjelpen, mens tre av kommunene ble observert ikke å kontakte sitt HF/sykehus under øvelsene. En gjennomgående observasjon var at kommunene på strategisk nivå ved beredskapsledelsen, ikke hadde et bevisst fokus på å kontakte sitt helseforetak på strategisk nivå for samarbeide om helsehjelpen, eller for samordning av kommunens og helseforetakets ressurser. Det ble observert at kommunelegen i en kommune kontaktet nasjonalt CBRNE-senter for faglig råd.

Prioriteringer

Det oppsto få situasjoner som medførte at beredskapsledelsen måtte prioritere bruken av begrensede ressurser i kommunen.

Proaktiv stabsmetodikk

Beredskapsledelsen i de fleste kommunene brukte tavler, storskjermer, HelseCIM, registreringsverktøy, og etterspurte oppdatert informasjon. Loggføring skjedde fortløpende. Det ble spesielt observert at en kommune ikke kjente til SBS-helse brodokument.



Rapportering til fylkesmann

Alle kommuner førte logg og rapporterte regelmessig til Fylkesmannen om situasjonen i kommunen.

Foto: Øystein Brostrøm, Sør Trøndelag Avis, veltet buss ved

Informasjon til media og befolkningen

Alle kommuner informerte befolkningen og media om hendelsene i kommunen, på Facebook, på kommunens hjemmesider og ved pressekonferanser.

4.4.1.3 Vurderinger

Til grunn for vurderinger, legger vi at det gjennomgående ble observert at beredskapsledelsen på de fleste områder langt på vei handlet som forventet, men at det i alle kommuner ble observert avvik fra forventede handlinger for beredskapsledelse, som at;

- Beredskapsplaner ikke ble brukt som støtte i krisehåndteringen
- Beredskapsledelsens informasjonsgrunnlag for situasjonsforståelse, var avhengig av politiets tilstedeværelse med nødnett i fire av kommunene. Bare en kommunes beredskapsledelse hadde i sin beredskapsplanlegging sikret egen nødnett-tilgang ved kommuneoverlegen
- Flere kommuner ikke hadde innsikt i bakteppet om at landet var nær krig, og iverksatte ikke sikkerhetstiltak for beredskapsledelse, legevakt og EPS
- Beredskapsledelsens kommunikasjon med egen legevakt, EPS og helseforetak i tre-fire av kommunene ble observert som mangelfull. Kommunikasjonen fokuserte i liten grad på om tjenestene hadde tilstrekkelige ressurser for å yte akutt helsehjelp i det omfang krisen krevde.

Beredskapsledelsen i kommunene og de operative tjenester i kommune, hadde liten dialog med helseforetak underveis i krisehåndteringen, og at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak om helsehjelpen, sett som helhet for alle øvelsene, var beskjedent.

Vår hovedvurdering er at det var mye bra ved kommunenes beredskapsledelse og krisehåndteringsevne, men at det også ble funnet vesentlige læringspunkter.

Det som var bra

Varslingsrutiner fungerte godt, og det var god innsikt i beredskapsledelsens rolle, ansvar og myndighet. Beredskapsledelsen hadde god ressursoversikt i egen kommune og i nabokommuner. Det var godt fokus på å etablere situasjonsforståelse, på omstilling av ressurser og på å iverksette tiltak basert på situasjonsforståelsen. Beredskapsledelsen etterstrebet å arbeide i samsvar med proaktiv stabsmetodikk, det ble ført logg, det ble rapportert fortløpende til fylkesmannen og befolkningen ble informert om det som skjedde ved pressekonferanser, ved informasjon på kommunens hjemmesider og ved informasjon til media.

Det ble samtidig observert flere forhold ved kommunenes beredskapsledelse som var avvikende fra øvingsmål, fra krav i Lov om helsemessig og sosial beredskap og tilhørende Forskrift om krav til beredskapsplanlegging mv., fra krav i Helse- og omsorgstjenesteloven og fra krav i akuttmedisin forskrift.

Manglende bruk av beredskapsplaner i krisehåndteringen

Vi finner det betenkelig at beredskapsplaner ikke brukes som støtte i krisehåndteringen. Lovverket gir kommunen ansvar for beredskapsplanlegging for alle helsetjenester kommunen skal tilby befolkningen, som legevakt og psykososial krisehjelp/EPS. Kommunen skal ved ROS-analyser, skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for kommunen og tjenestene, skal redusere påviste risiko og sårbarhet ved forebyggende og skadeutbedrende tiltak, og skal utarbeide beredskapsplan for helsetjenestene. Beredskapsplan skal sikre tilstrekkelige helsetjenester ved at det skal være planlagt for hvordan tjenestene i kriser kan utvide kapasitet, ledes av en operativ ledelse, samordne sitt planverk med spesialisthelsetjenesten, ha kompetanse i tjenestene, sikre forsyninger, ivareta sikkerhet og tilgang til personell, se kravene i forskrift om krav til beredskapsplanlegging §§ 4-9.

Vår vurdering er at iverksettelse av tiltak i legevakt/skademottak og i EPS, og understøttelse av virksomhetene utover i krisen, i flere kommuner på flere områder, ikke samsvarer med kravene til beredskapsplanleggingen. Det ble gjennomgående



Foto: Øyvind Brostrøm, Sør Trøndelag Avis, Orkdal.

observert noe manglende dialog fra beredskapsledelsen til legevakt og EPS, at den dialog som skjedde ikke tydelig fokuserte på å understøtte tjenestene med personellressurser, og at beredskapsledelsen i liten grad samarbeidet med helseforetak om helsehjelpen. Vår vurdering av at beredskapsplanleggingen kunne vært bedre, styrkes av at vi i vurderinger av kommunens legevakt og EPS drift, også finner avvik som vitner om manglende beredskapsplanlegging. Vi viser i denne sammenheng til funn av at den operative ledelse i legevakt og EPS i flere kommuner, ikke hadde tilstrekkelig dialog med sin beredskapsledelse, og at flere EPS og legevakter ble drevet i lokaler uegnet for EPS-virksomhet og var sårbare mht. skademottak kapasitet i legevakt.

Vår vurdering er at kommunene bør sette fokus på helseberedskapsplanleggingen i kommunen, og integreringen av helseberedskapen i kommunens overordnede beredskap og kriseledelse. Vi vil samtidig understreke at dette er krevende prosesser, og vi forstår at dette kan være vanskelig for kommunene. Vi vil videre tilrå at beredskapsledelsen bruker sine beredskapsplaner som støtte i krisehåndteringen, slik at kommunen under krisen har en bedre kontroll med legevakt og EPS tjenesteytelse kapasitet, operative ledelse, samordning av tjenestene med helseforetak, tjenestenes tilgang til forsyninger og tilgang til personell.

Situasjonsforståelse informasjonsgrunnlag

Vi finner det interessant at situasjonsforståelse i fire kommuner mht. hva som faktisk hadde skjedd, var avhengig av informasjon fra politiets nødnett. Vår vurdering er at



Foto: Marius Sunde Tvinnereim/Røde kors. HJERTEROM: Alle evakuerte ble sendt til et senter driftet av Orkdal Røde Kors, Norske Kvinners Sanitetsforening og kriseteamet fra kommunen. Det var nesten som å bli tatt imot av mange koselige bestemødre. Senteret var lagt til rette for at jeg og de andre involverte fikk et sted å være og varme oss. Vi fikk mat, drikke og noen å snakke med, sier Thomas Jakob

kommunene bør planlegge og ha et bevisst forhold til hvordan de skal sikre seg tilgang til informasjon om det som har skjedd, og hvordan de ønsker å ha tilgang til nødnett. Hvordan den enkelte kommune velger å innrette seg, får være opp til kommunen, bare de sikrer seg nødvendig tilgang til informasjon (nødnett). Kommunen bør planlegge om de ved evt. krig, skal ha tilgang til liaison fra Forsvaret eller liaisons fra større bedrifter ansvarlig for kritisk infrastruktur. Vi tilrår også at Helsedirektoratet vurderer hvordan SBS-brodokument skal gjøres bedre kjent i kommune.

Sikkerhet

Vår vurdering er at beredskapsplanleggingen må omfatte plan for å ivareta sikkerhet for beredskapsledelse og kommunale helsetjenester i situasjoner med terror eller krig.

Kommunikasjon og samhandling med legevakt, EPS og helseforetak

Vår vurdering er at kommunikasjonen med egne tjenester aktive i krisen og med HF, bør bli bedre. Dette er viktig for samordning og samarbeide om helsehjelpen internt i kommunen og eksternt med HF. Mangel på kommunikasjon og samordning kan medføre at legevakt og EPS blir alene om helsehjelpen, ikke understøttes med tilstrekkelig ressurser under krisen og at kapasiteten på helsehjelpen blir mangelfull.

Vår vurdering er at overnevnte avvik ikke skyldes sviktende krisehåndtering, men at avvikene er relatert til et mangelfullt kunnskapsgrunnlag i kommunenes beredskapsplanlegging. Avvikene viser at kommuner i planleggingen av helseberedskapen bør sette seg bedre inn i sine lovfestede plikter, utarbeide bedre beredskapsplaner og i økt grad følge planene ved håndtering av kriser.

Bevaringspunkt	
B1	Beredskapsledelse kompetanse på ledelse og krisehåndteringsevne
B2	Beredskapsledelse ressursoversikt og fokus ressurs omstilling i kriser
Forbedringspunkt og anbefaling	
F1	Øke kommunens kompetanse om samfunnssikkerhet og helseberedskapsplanlegging, utarbeide bedre og risikobaserte beredskapsplaner og samordne helseberedskap internt i kommunen og eksternt med helseforetak/nabokommuner
F2	Planleggingen av hvordan kommunen sikrer informasjonstilgang via nødnett for rask situasjonsforståelse – den enkelte kommune vurderer selv hvordan dette best skjer
F3	Bruke beredskapsplaner med tilhørende tiltakskort i krisehåndteringen for å sikre at tjenesten blir ivaretatt mht. operativ ledelse, ressurser, materiell mm.
F4	Beredskapsledelsens dialog med egne tjenester som legevakt og EPS og helseforetak (HF), for samordning av helsehjelpen internt i kommunen og med HF ved ulykker/masseskade. Utarbeide rutiner for dialog med HF på overordnet ledelsesnivå med avtalte kontaktpunkter for dialog i kriser, som tas inn i samhandlingsavtale 11 mellom kommune og HF

F5	Vurdere tilgang til liaison fra Forsvaret eller større bedrifter ol. i beredskapsledelsen for å få relevant situasjonsforståelse
----	--

4.4.2 Helsehjelp til skadde og evakuerte i kommunen ved masseskade

Omfattes av øvingsmål;

- *Relevante aktører i kommunehelsetjenesten skal i samhandling med helseforetak, forsvaret og forsterkningsressurser, kunne fylle sin rolle i helhetlig medisinsk behandling og evakueringskonsept (øvingsmål nr. K6.1)*
- *Kommunehelsetjenesten skal kunne gi helsehjelp til sivilbefolkningen og forsvaret når mange er evakuert til kommunen (øvingsmål nr. K6.2)*

Målene stiller krav til at kommunen ved masseskade, skal omstille ressurser til ytelse av helsehjelp på skadested, til evakuerte i kommunene, i legevakt, i institusjoner og i EPS mm.

4.4.2.1 *Forventede handlinger*

- Akuttmedisinsk innsats av legevaktsleger
- Legevakt varsler beredskapsledelse om masseskade hendelser
- Beredskapsledelse har fokus på organisering av skademottak, omdisponering av personell og bygningsmasse for ytelse av helsehjelp til skadde og evakuerte ved å øke kapasitet i legevakt, etablere EPS og psykososialt krisetilbud
- Legevakt, EPS og kommunale institusjoner gir helsehjelp, og skal kunne ta imot pasienter fra sykehus
- Hjemmesykepleien opprettholder vanlige funksjon
- Løpende dialog mellom aktive tjenester og beredskapsledelse
- At kommuner og helseforetak samarbeider om helsehjelpen
- Samarbeide med frivillige organisasjoner og helseforetak om helsehjelpen

4.4.2.2 *Observasjoner*

Akuttmedisinsk innsats og skadestedsarbeide

I en kommune ble det observert at legevakt, hjemmetjeneste, KAD-senger og ambulansestasjon i et DMS, internt samordnet alle ressurser, fulgte katastrofeprosedyre, etablerte skademottak, samhandlet meget godt internt, utførte faglig godt triage og gav effektiv og faglig god skadebehandling. DMS-operative ledelse rapporterte til kommunens beredskapsledelse og AMK. Ved triage ble en pasient definert som rød, og planlagt overført til traumesykehus idet øvelsen ble avbrutt.

I en annen kommune ble observert betydelige kommunikasjonsutfordringer på skadested. Det var mangel på leger og personell i forhold til antall skadde. Det ble observert at ambulansen rykket ut, og ankom skadested uten legevaktslege. Legen ankom skadestedet i privatbil en god stund etter ambulansen, var ikke på riktig nødnett talegruppe og var utilgjengelig for nødnettdialog på skadested. Det ble videre observert at ny triage på skadested ikke ble utført, tross at flere pasienter lå lenge på samle plass. Ved neste masseskadehendelse et par timer senere, rykket lege og

ambulansen ut sammen, legen var på riktig talegruppe og samhandling på skadested fungerte godt.

I en tredje kommune ble det observert at legevaktleger deltok i skadestedsarbeid sammen med Røde Kors, samtalte med AMK og kolleger på nødnett og utførte profesjonell skadeinnsats. Det ble observert at tjenestene i denne kommunen var relativt godt samordnet.

I en fjerde kommune ble det observert ledelsesutfordringer på omlastingsplass for pasienter fra Forsvaret til sivile ambulanser, og at legevaktslege på stedet ikke utført triage så raskt som forventet ved masseskade. På annet skadested i kommunen, ble det senere på dagen observert at leger og Røde Kors utførte triage og god faglig skadebehandling.

I en femte kommune ble det observert at kommunal lege i vakt ankom skadested 20 minutter før nødetatene, at legen ikke fikk nødnett eller annen kommunikasjon med AMK og at legens observasjoner ikke nådde AMK. Observert at nødetatene etablerte skadestedsledelse 300 m fra skadested, at CBRNE-skadested ikke ble avspærret og at nye personer ble syke/kontaminert på skadested. Observert at CBRNE sikkerhets soneinndeling var uklar, at hendelsen ble definert som en C-hendelse og at skadde pasienter ble vasket og dekontaminert på skadested av brannvesen, og tatt hånd om av ambulansepersonell i beskyttelsesdrakter. Det ble observert at sykehus akuttmottak, legevakt og sivilforsvar samhandlet godt om dekontaminering og skadebehandling. Det ble observert at pasienter etter avkledning og spyling med vann, raskt ble kalde og var sårbare for å få hypotermi.

En gjennomgående observasjon på skadested i alle kommuner, var at det var stor forskjell på legevaktsleger mht. om de tok en tydelig ledelsesrolle på skadested, og kunne fylle rollen som «leder helse». Selv om noen leger var trygge som ledere, ble det observert at flere leger manglet erfaring i skadestedsledelse.

Legevaktens dialog med kommunens beredskapsledelsen under masseskade hendelsene

Det ble i fire av kommunene, observert at dialogen fra legevakt til beredskapsledelsen i kommunen var «noe mangelfull». Bare to i kommuner varslet legevakten beredskapsledelsen om hendelsene. I to andre kommuner informerte ikke legevakten beredskapsledelsen om noen av de akutte hendelsene. Det ble i disse to kommunene observert at mangelen på dialog mellom beredskapsledelse og operative legevakter, satte legevaktene i en noe alene ansvarsrolle for ytelse av den akutte helsehjelpen.

Beredskapsledelsens organisering av tiltak og støtte til legevakt og EPS

Dette tema er delvis omtalt i punkt. 4.4.1 og omtales videre under helsehjelp i legevakt og i EPS.

Helsehjelp i legevakt skademottak

Det ble observert godt skademottak i den kommunen som hadde samordnet legevakt, kommunale akutt plassenger, hjemmetjeneste m.m. i et DMS. Helsehjelpen i DMS ble styrt av en egen tydelig definert operativ ledelse, og ble observert som meget god både på kapasitet og faglighet.

I en annen kommune ble det observert at det ved begge masseskadehendelser i kommunen, ikke var dialog om helsehjelpen mellom legevakten, kommunal beredskapsledelse eller HF, og at ansatte i legevakten opplevde seg noe alene om skadebehandlingen. Ytelsen av helsehjelp ble observert som tilstrekkelig, men ville vært sårbar for svikt dersom scenarioet hadde medført evakuering av flere skadde til legevakten.

Det ble av erfaren evaluator i en tredje kommune, observert at to av tre daglegevaktkontorer i kommunen, ble brukt som skademottakstøtte av Røde Kors. Det ble observert at en pasient brakte med seg våpen til legekantor, at nødnettsamband var krevende pga. hyppige skifter av talegrupper og at det var transportutfordringer knyttet til bruken av flere legekantorer som skademottak. Selve skadebehandlingen utført av fastleger og Røde Kors ble imidlertid observert som faglig meget god. Samhandlingen mellom legekantorene ble observert som noe krevende, og kontakten mellom kommunens beredskapsledelse og legekantorer ble observert som noe liten. Det ble observert at bruken av flere relativt små kontorer skapte utfordringer mht. pasienttransportlogistikk til og fra legekantorene, og at skademottak ikke ble flyttet til stor interkommunal legevakt tilsluttet lokalsykehus 200 m. fra skademottaket. Det ble også observert at legekantor henviste grønne pasienter til sykehus.

I en fjerde kommune, ble det observert at kommunen benytte daglegevaktlokaler som skademottak til ca. 20 grønne pasienter, at 9 fastlegers akutte helsehjelp var av meget god kvalitet, at det var litt lite plass i lokalene og at stor interkommunal legevakt 200 m. fra skademottaket forble ubenyttet under hendelsene.

I en femte kommune, ble det observert god samhandling mellom samlokalisert legevakt og sykehus akuttmottak. Legevakten fulgte intern beredskapsplan, samhandlet med nærliggende sykehus akuttmottak og sivilforsvar om triage, og legevaktpersonell støttet sykehus akuttmottak i mottak av skadde pasienter. Det ble observert at legevaktens kommunikasjon med skadesteder og EPS var dårlig, og at legevakten hadde få nødnett radiotelefoner.

EPS organisering, drift og ytelse av helsehjelp

I kommunen der beredskapsledelsen ikke fulgte beredskapsplan ved etablering av EPS, ble EPS-organisering observert som meget utfordrende i oppstartsfasen.

I en annen kommune ble det observert av Røde Kors, at EPS hadde store organiseringsutfordringer, og at flere personer fikk tilgang til EPS uten registrering. Dette ble observert å kunne være en mulig sikkerhetsfare. Det ble i denne kommunen observert at etablering av EPS i en kald kinosal ikke la til rette for at evakuerte roet seg ned.



Foto: Malin Sveinsdottir Lystad. Sanitetskvinner ved evakuert- og pårørendesenter Orkdal.

I en tredje kommune ble det observert at EPS lokalisert til et trivelig hotell med mange mindre rom la til rette for psykisk ro, gode samtaler, bevertning, god psykosial støtte fra kriseteam og god støtte fra Røde Kors, sanitetskvinner (NKS) og politi som angitt i Nasjonal veileder IS 1810.

I en fjerde kommune ble det observert at EPS lokalisert til en gymsal ikke var egnet til EPS drift. Det var ingen plass der evakuerte kunne sette seg ned, og vanskelig å finne psykisk ro inne i gymsalen. Det ble observert at disse lokalene ikke la til rette for at evakuerte falt til ro. Det ble observert at ordfører besøkt dette EPS, og at frivillige sanitetskvinner bisto så godt de kunne for at evakuerte skulle ha det bra.

4.4.2.3 **Vurderinger**

Vi legger til grunn for våre vurderinger, at det gjennomgående ble observert at;

- Flere kommunale leger på skadested ikke var på rett nødnett talegruppe, ikke var trent i triage og lite erfarne i skadestedsledelse
- Kommunale legers helsehjelp i skademottak/legevakt var av god kvalitet
- Dialogen fra legevakt til beredskapsledelse i flere kommuner var noe mangelfull, og satte legevaktene i et visst aleneansvar for å gi helsehjelp til evakuerte
- Kommunalt skademottak i relativt små fastlege daglegevaktkontorer, gav noe kapasitets-, logistikk-, og samordningsutfordringer ved ytelse av helsehjelpen
- Samordning av personell som i DMS og i en legevakt tilsluttet sykehus akuttmtottak, la til rette for samhandling og en robust ytelse av helsehjelp
- EPS i flere kommuner ble etablert i uegnede lokaler og var lite organisert
- Frivillige organisasjoner utgjorde en god støtte i legevakt og EPS i alle kommuner

Skadestedsbehandling

Det er i et nasjonalt perspektiv viktig at fastleger deltar i skadestedsbehandling i landets små og mellomstore kommuner der legene er sentrale i den akuttmedisinsk tjeneste. Vår vurdering er at en del legers kompetanse om akuttmedisin, nødnett, og skadestedsledelse ikke er forsvarlig. Kommunen skal sikre at tjenestene er forsvarlige, og må legge til rette for regelmessig øving av sine leger sammen med nødetatene, slik at legene innehar nødvendig faglig og ledelsesmessig akuttmedisinsk kompetanse.

Nødnett kompetanse i kommunal legevakt

Leger i vakt må mestre bruk av nødnett og skifte av talegruppe. Nødnettkompetansen må øves, og det er et virksomhet lederansvar at det gis tilstrekkelig opplæring og regelmessige øvinger, jf. krav i Lov om helse- og omsorgstjenester, akuttmedisin forskrift og sambandsreglement.

Legevakt skademottak

Under øvelsene ble det observert at enkelte legevakter hadde noe små lokaler, og begrenset skademottak kapasitet. Kommunen har etter Lov om helsemessig og sosial beredskap § 1 og 2-1, ansvar for beredskapsforberedelser for legevakt/skademottak, og skal planlegge slik at legevakten kan fortsette og utvide driften under krig, krise og katastrofer. Vår vurdering er at kommunene må planlegge for tilstrekkelig kapasitet i skademottak/legevakt. Det får være opp til den enkelte kommune selv å vurdere hvor og hvordan de organiserer legevakt skademottak, bare tjenesten er planlagt for tilstrekkelig kapasitet og tjenesteytelsen er forsvarlig. Vi vil likevel tilrå at kommunene i sine beredskapsplaner, ved en visst omfang av antall skadde, vurderer om kommunens daglegevakt/legevakt har tilstrekkelig kapasitet, og om det er nødvendig å flytte legevakten til større lokaler, som f. eks interkommunal legevakt der dette allerede finnes i kommunen.

Vår vurdering er at et par av kommunene, på et tidspunkt da antall skadde økte til 15-20 personer, burde vurdert å flytte legevakt/skademottak fra fastleges daglegevaktkontor til nærliggende interkommunale legevakt som i to av kommunene var samlokalisert med sykehus.

Samordning av akuttmedisinske tjenester mellom kommune og HF

Vårt råd er basert på observasjonene fra DMS og legevakt tilsluttet akuttmottak, at kommunene tilstreber å samordne legevakten med ambulansetjenestene. Det at legevakten og ambulansetjenestene kjenner hverandre, vil legge til rette for et bedre akuttmedisinsk samarbeide mellom kommunen og HF. Kommunene bør videre tilse at daglegevakten er beredskapsmessig hensiktsmessig lokalisert, og legger til rette for samhandling med ambulansetjenesten.

Om tjenestens dialog med beredskapsledelsen

Vår vurdering er at dialogen fra tjenestene til beredskapsledelse i flere kommuner var for liten, og at en del legevakter og EPS ikke ble godt nok støttet underveis av beredskapsledelsen. Kommunene bør utarbeide tiltakskort for å ivareta samhandlingen mellom kommunens beredskapsledelse og helsetjenestenes operative ledelse.



Foto: K. Engkrog, Melåsberget Elverum

Om samhandling med frivillige organisasjoner og Sivilforsvaret i legevakt og EPS

Vår vurdering er at disse organisasjonene utgjør en stor samlet ressurs i kommunene. Røde Kors, NKS, Norsk Folkehjelp (NF) og Sivilforsvaret m. fl., bistod solid i skadebehandling på skadested, i legekontorer, i EPS og ved dekontaminering m.m.

Om etablering og drift av EPS

Vår vurdering er at kommune i beredskapsplanleggingen bør planlegge etablering og drift av EPS mye bedre enn de gjør i dag. Flere EPS slet i oppstartsfasen, var ikke organisert før etter flere timer og var i to kommuner etablert i uegnede lokaler. Selve helsehjelpen i EPS var god. Vi tilrår at EPS planlegges etablert på sted med god infrastruktur som i hotell, og at dette forhåndsavtales. Vi viser også til at RVTS øst har laget en plan for EPS organisering og drift, og at kommunene kan ta utgangspunkt i denne planen.

Bevaringspunkt	
B3	Fastlegenes akuttmedisinske rolle i landets små og mellomstore kommuner der fastlegene er en sentral del av de akuttmedisinske tjenester
B4	Den faglige kompetansen i legevakt, hos fastleger, i EPS og i psykososialt kriseteam
B5	Å se ledelse og samordning av tjenestene i en beredskapsmessig helhet
B6	Kommunenes samhandling/øvelser med frivillige organisasjoner, Sivilforsvar m.fl.
Forbedringspunkt og anbefaling	
F6	Øke fastlegenes kompetanse i akuttmedisin, i skadestedsledelse, i rollen som leder helse på skadested, i bruk av nødnett og styrke kommunens samhandling med AMK og ambulansetjenesten ved felles øvelser i kommunene

F7	Planlegge for tilstrekkelig skademottak kapasitet i legevakt/skademottak-lokaler både på dag, natt og helg, i krisehåndteringen tilse at kapasitet opprettholdes og om nødvendig vurdere å reorganisere skademottak til interkommunal legevakt der dette allerede finnes i kommunen
F8	Se legevakten og et interkommunalt samarbeid i et helseberedskap perspektiv, vurdere samordning legevakten med andre helsetjenester i kommunen og med HF
F9	Utarbeide tiltakskort for å ivareta dialogen mellom tjenestene og beredskapsledelsen under krisen for støtte og ressurstilgang til tjenestene
F10	Planlegging av EPS organisering i egnede lokaler ved f.eks. å inngå avtaler med hoteller om dette. Utarbeide EPS rutiner med tilhørende tiltakskort for etablering, drift, lokaler m.m. med utgangspunkt i RVTS Øst planverk

4.4.3 Helsehjelp i områder med militær aktivitet eller væpnet konflikt

Omfattes av øvingsmål;

- *Kommunehelsetjenesten skal kunne gi helsehjelp til sivilbefolkningen og forsvaret i områder med militær aktivitet/væpnet konflikt (øvingsmål nr. K8.2)*

4.4.3.1 Forventede handlinger

- Samarbeide med politi og Forsvaret om sikkerhet
- Yte helsehjelp
- Politi og forsvar håndterer våpen

4.4.3.2 Observasjoner

I en kommune ble det observert at nødetater ikke ble gitt tilgang til militært skadested før etter 45 minutter.

I annen kommune ble det observert at lege ikke slapp inn til skadested uten id.

I en tredje kommune ble det observert at hjemmetjenesten hadde fokus på sikkerhet, vurderte helsehjelpbehov mot egen sikkerhetsrisiko, og ikke fant det hensiktsmessig å rykke ut. Ved annen hendelse ble det observert at politiet ikke slapp hjemmetjenesten inn i område med militær konflikt, og at det tok lang tid før hjemmetjenesten via AMK fikk dialog med Forsvaret, og fikk eskorterte av Forsvaret til/fra pasient. Hjemmetjenesten hadde i denne situasjonen ingen kontakt med beredskapsledelse i kommunen. I en fjerde kommune ble det observert at «terrorist» var på frifot etter kapring av buss, at pasient brakte våpen med seg til legevakten, og at legevakt lokaler ikke hadde noen form for sikkerhet støtte av politiet.

4.4.3.3 Vurdering

Det foreligger bare tre-fire observasjoner av hvordan hjemmetjenesten og leger i vakt handlet da de ble henstilt å yte helsehjelp i områder med mulig militær aktivitet.

Vurdering:

Vi tilrår at helsetjenesten kontakter politiet ved behov sikkerhet eller ved behov for helsehjelp i områder med militær aktivitet/væpnet konflikt. Politiet vil vurdere sikkerhetsforhold, behov for eskorte og ta hånd om våpen. Vi tilrår at dette innarbeides i helsetjenestens rutiner.

Bevaringspunkt	
B7	Helsepersonell fokus på sikkerhet, og rutiner for å kontakte politi i situasjoner som kan medføre fare for eget liv og helse
Forbedringspunkt og anbefaling	
F11	Informere i virksomhet rutiner om politiets ansvar for sikkerhet, og at politiet skal kontaktes ved henvendelse om helsehjelp i farlig område

4.4.4 Samarbeide kommuner og helseforetak

Omfattes av øvingsmål;

- *Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med helseforetakene på en måte som sikrer god ressursutnyttelse i krise og krig (øvingsmål nr. K8.4)*

4.4.4.1 Forventede handlinger

- At beredskapsledelsen i kommunen og HF enten selv eller ved sine operative ledelser kommuniserer i krisen, samarbeider om helsehjelpen og samordner sine helsetjenester
- At kommunen skal kunne motta pasienter fra sykehus
- At legevakten har en portvaktfunksjon mht. sykehus innleggelse
- At LV-sentraler og AMK samhandler om helsehjelp henvendelser

4.4.4.2 Observasjoner

Det ble observert at DMS i en kommune samhandlet med AMK om skadebehandling og overføring av en rød pasient til traumesykehus. Det ble videre observert at to kommuner ved legevaktslege og kommuneoverlege var i dialog med AMK om skadebehandling.

Det ble ikke observert at beredskapsledelsen i noen av øvingskommunene, samhandlet og samarbeidet med helseforetak om helsehjelpen på overordnet ledelsesnivå.

Det ble observert at beredskapsledelse/kommunelege i kommunen utsatt for CBRNE-hendelse, varslet nasjonale instanser om hendelse, og samhandlet med nasjonalt CBRNE-fagmiljø.

4.4.4.3 Vurdering

Vi legger til grunn for vår vurdering at ingen av øvelseskommunene hadde dialog med HF på ledelsesnivå under øvelsene, og at den dialog som skjedde med AMK ikke var rettet mot et overordnet samarbeide om helsehjelpen.

Vår vurdering er at kommuner og HF ut fra et lovmessig og beredskapsperspektiv, har et gjensidig og meget tydelig påpekt ansvar for på organisasjoners ledelsesnivåer å samarbeide om den akutte helsehjelpen og å samordne helsehjelpen. Dette skal sikre befolkningen nødvendig helsehjelp i kriser, katastrofer og ved krig. Den mangel på samhandling og samarbeide om helsehjelpen som ble observert under øvelsene i tidlige hendelsesfase, vil i en større krisesituasjon kunne medføre forsinket samarbeide om, og redusert ytelse av helsehjelpen til befolkningen. Kommunen vil ikke så tidlig som ønskelig kunne motta pasienter fra sykehus og avlaste sykehuskapasitet. Legevakten vil ikke tidlig nok omstille seg, og fungere som portvakt for sykehusinnleggelser. Legevakt-sentraler og AMK vil heller ikke samarbeide om fordeling av pasienthenvelser. Vår vurdering er pga. dette, at kommuner og HF langt bedre må ivareta sine gjensidige plikter til å samarbeide om helsehjelpen. Det bør settes et gjensidig fokus på samhandling om helsehjelpen i beredskapsplanlegging og i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner, og det bør avtales kontaktpunkter for dialog mellom helseforetak og kommuner på ledelsesnivå. Dette er et gjensidig lederansvar som kommuner og helseforetak skal følge opp i sine styringssystemer og internkontroll, og gjennomføre i praksis ved øving av beredskapen.

Bevaringspunkt	
B8	Samarbeide om de akuttmedisinske tjenester i HF og kommune
Forbedringspunkt og anbefaling	
F12	Samordning av kommunens og HF beredskapsplaner for å gi befolkningen helsehjelp, avtale kontaktpunkter for krisekommunikasjon på organisasjoners ledelsesnivå og ta inn prosedyrer for dette samarbeide i samarbeidsavtalene kommuner/HF
F13	Forankre samarbeids- og samordningsplikten til kommune og HF i virksomhetenes styringssystemer og interkontroll, og ved dette sikre samarbeide om akutte helsehjelp

4.5 Helseteamene

Helseteamene omtales også i et eget kapittel i tillegg til kapittel 4.2.3 (masseskade) for å understreke viktigheten av at konseptet helseteamene blir gjenstand for en egen gjennomgang i analysefasen. Det må bl.a. sees på sammen-setning og kompetanse i teamene, indikasjon for bruk framover, rekvirering og juridiske



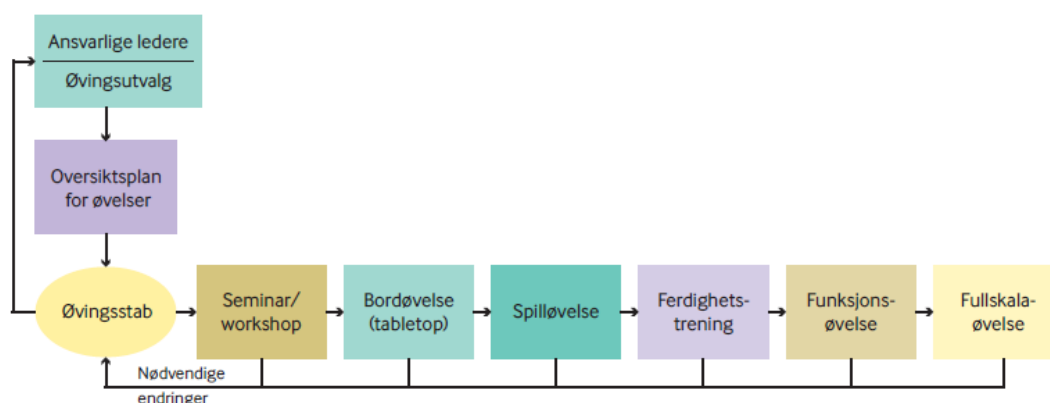
Foto: Torbjørn Kjosvold/Forsvaret. Ørland

ansvarsforhold i tjeneste nasjonalt.

Det er ressurskrevende å bygge opp og vedlikeholde disse teamene for internasjonale aktiviteter, og man bør vurdere bruken også nasjonalt ved større hendelser. I NHØ18 ble teamene fra Helse Vest og Helse Midt brukt som forsterkning til lokalsykehus med udelt positive erfaringer og tilbakemeldinger. Et annet eksempel på slik bruk er måten man i Helse Nord har bruke teamene i reelle hendelser og i øvelser på Svalbard. Teamene i Helse Nord brukes også inn i Øvelse Barents Rescue.

4.6 Forberedende og kompetansehevende aktiviteter

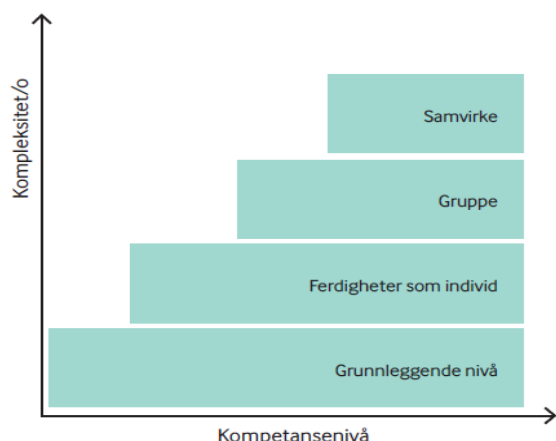
I prosjektdirektivet for NHØ18 brukes denne figuren (se figur 3) for å beskrive viktigheten av forberedende tiltak i forkant av fullskalaøvelser. Effekten av ressurskrevende fullskalaøvelser er avhengig av om det er gjennomført andre lærings- og fagutviklingstiltak i forkant, som f.eks. individuell ferdighetstrening, scenariotrening og bordøvelser som en del av prosessen frem mot fullskalaøvelsen. Stegene i denne prosessen er illustrert i følgende modell:



Figur 3: Figur fra Pollestad og Steinnes 2012, s. 80

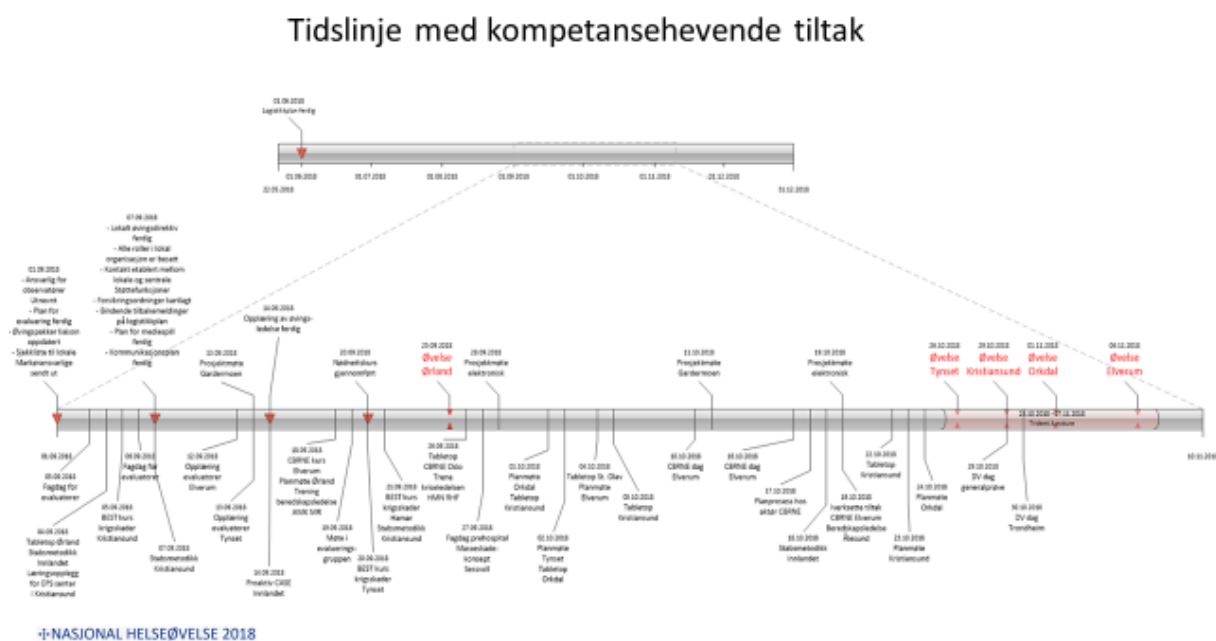
For å skape trygghet og mestring under fullskalaøvelsene var det også viktig å sikre grunnleggende ferdigheter hos individ og grupper. Dette er nødvendig for å kunne arbeide i et komplisert samvirkebilde, der flere etater og organisasjoner samhandler. Både menneskelige og materielle ressurser skulle koordineres og brukes på best mulig måte. Samvirke og samarbeid var ikke noe som plutselig oppstod, det baserte seg på at hver enkelt aktør kjenner til, og er i stand til å utføre sine egne oppgaver, slik at teamene kan utvikle en felles situasjonsforståelse og arbeide sammen for å nå øvelsenes mål.

Dette illustreres i figur 4 under fra Håndbok i øvelsesplanlegging (2014, s.8)



Figur 4: Fra Håndbok i øvelsesplanlegging (2014, s. 8)

Forut for fullskalaøvelsene i NHØ18 ble det gjennomført opplærings- og treningsaktiviteter på alle øvingslokalisasjoner, og på alle nivå. Det var noe variasjon, ut fra lokalt behov. Bildet under illustrerer aktivitetene i ukene før fullskalaøvelsene startet. Vedlegg 4 inneholder en oversikt (ikke komplett) over forberedende og kompetansehevende tiltak.



Figur 5: Tidslinje med kompetansehevende tiltak

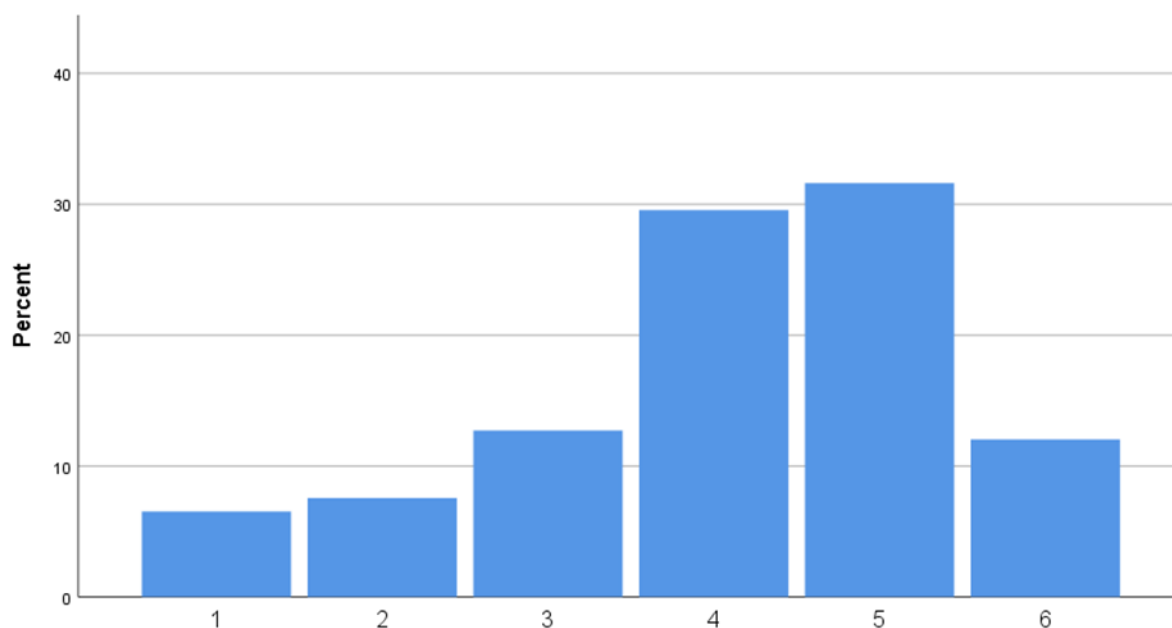
Forberedende tiltak medførte også at flere enn de som deltok på fullskalaøvelsene fikk delta og få kompetansehevende påfyll. Mange av aktivitetene inkluderte flere aktører fra forskjellige organisasjoner. Tverrfaglig samhandling og nettverksbygging ble et ekstra moment som ga økt trygghet og utvidet kompetanse. Det skapte også engasjement som vi ser har vært nyttig og gitt gevinst i form av flere samlinger og nye lokale øvelser i etterkant av fullskalaøvelsene i regi av NHØ18.

4.6.1 Evaluering av forberedende og kompetansehevende aktiviteter

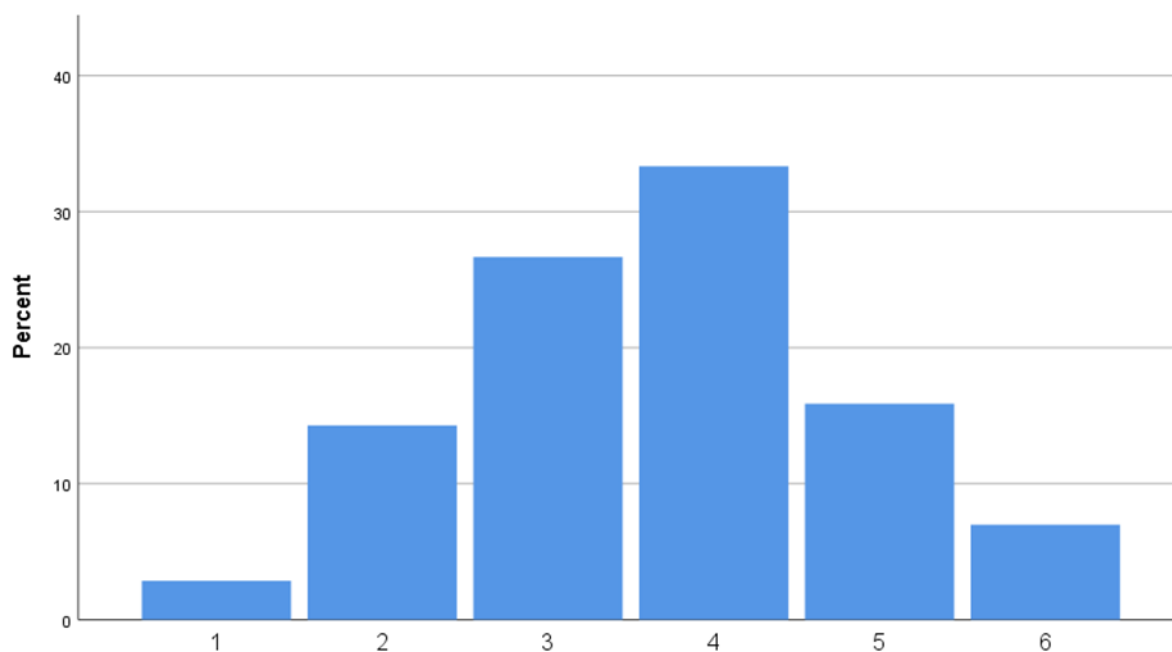
Evalueringsgruppa har ikke hatt tid og ressurser til å evaluere de lokale aktivitetene. Evaluering har blitt gjort i etterkant ved hjelp av en spørreundersøkelse (questback) som ble sendt ut, med alle deltakere som målgruppe.

Flesteparten mente at opplærings-, trenings- og øvingsaktivitetene i forbindelse med NHØ18 i forholdsvis stor grad har bidratt til å forberede dem til fullskalaøvelsen (se figur 6). Etter øvelsen føler de fleste bare et middels behov for mer kunnskap om og trening på individuelle ferdigheter innenfor egne oppgaver ved håndtering av hendelser (se figur 7 og 8). Når det gjelder samarbeid og samhandling med andre synes imidlertid de aller fleste at de har behov for mer øving (se figur 9).

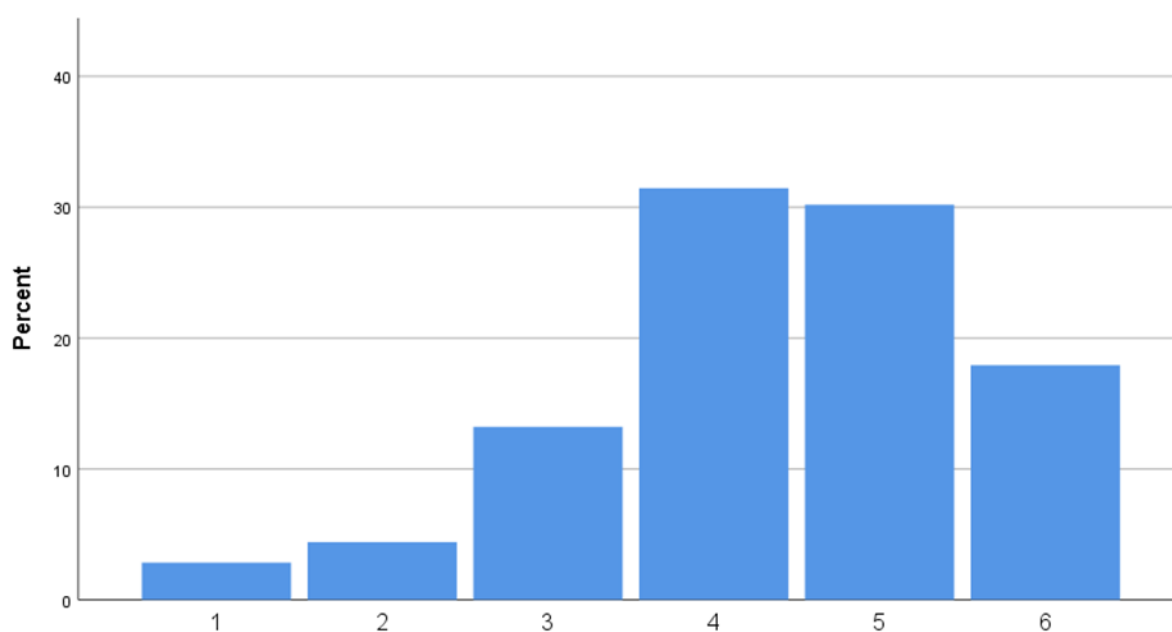
De fleste oppgir at det ble identifisert forbedringsbehov fra opplærings-, trenings- og øvingsaktivitetene. Fordelingen mellom forbedringsbehov som var kjent fra før og nye forbedringsbehov som ikke har vært identifisert tidligere, var relativt jevn. For de aller fleste ga fullskalaøvelsen en bekreftelse på at forbedringene var fornuftige og hensiktsmessige.



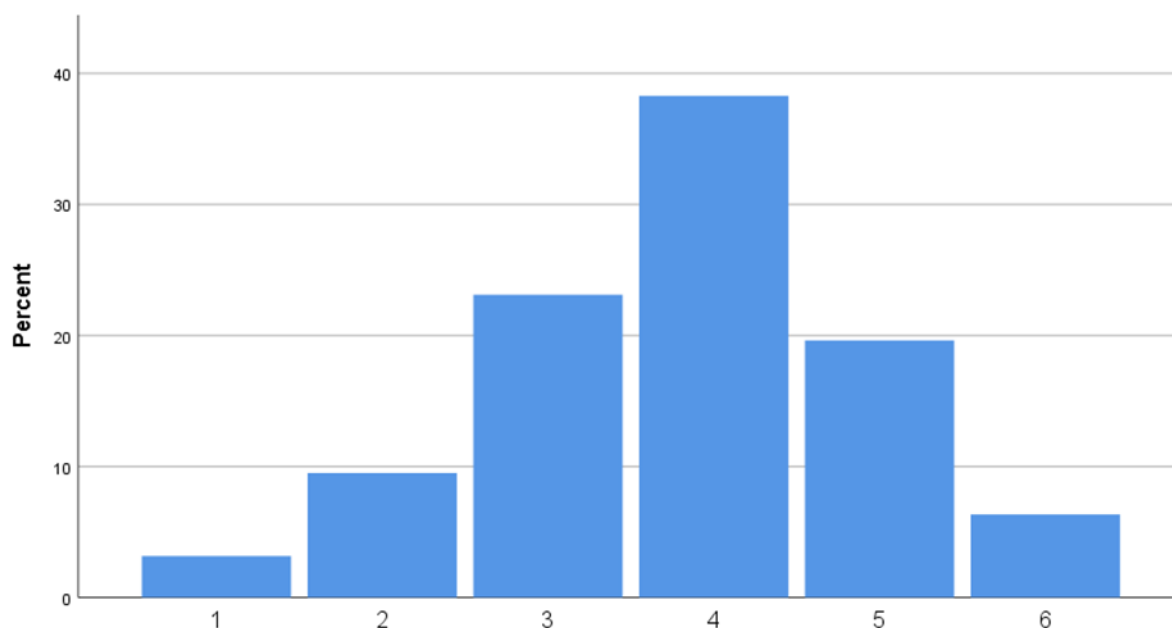
Figur 6: I hvilken grad har opplærings-, trenings- og øvingsaktivitetene i forbindelse med NHØ18 bidratt til å forberede deg til fullskalaøvelsen? (1 er i «svært liten grad» og 6 er i «svært stor grad»)



Figur 7: I hvilken grad føler du behov for mer kunnskap om dine oppgaver ved handtering av hendelser? (1 er i «svært liten grad» og 6 er i «svært stor grad»)



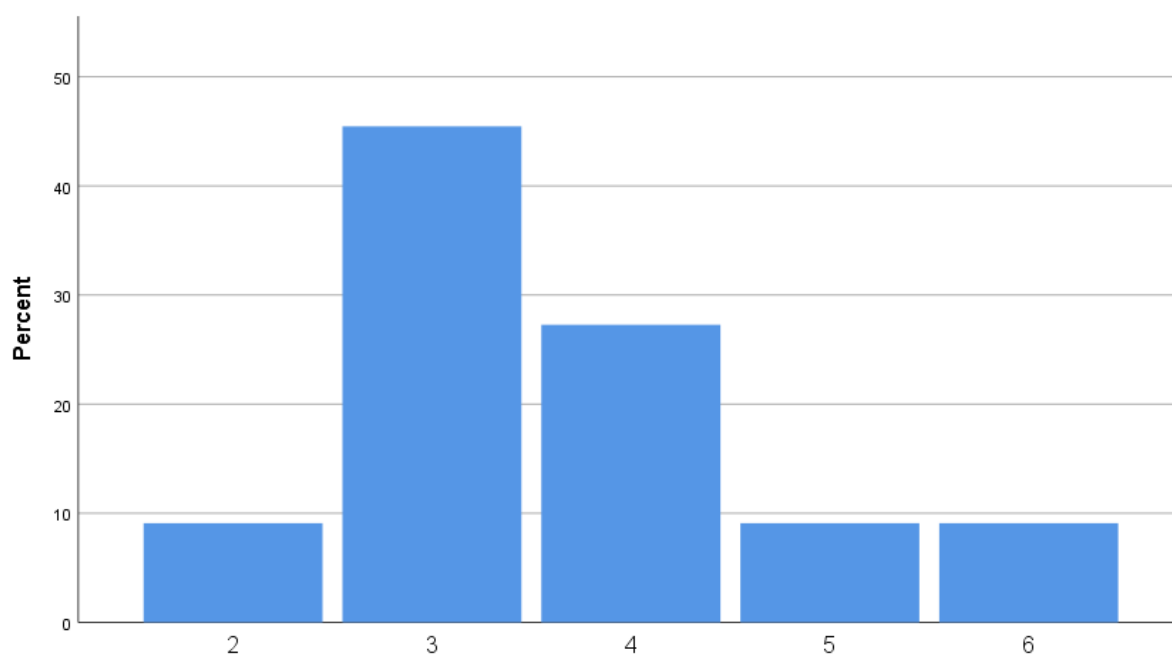
Figur 8: I hvilken grad føler du behov for mer øving (samarbeid og samhandling med andre) innenfor dine oppgaver ved handtering av hendelser? (1 er i «svært liten grad» og 6 er i «svært stor grad»)



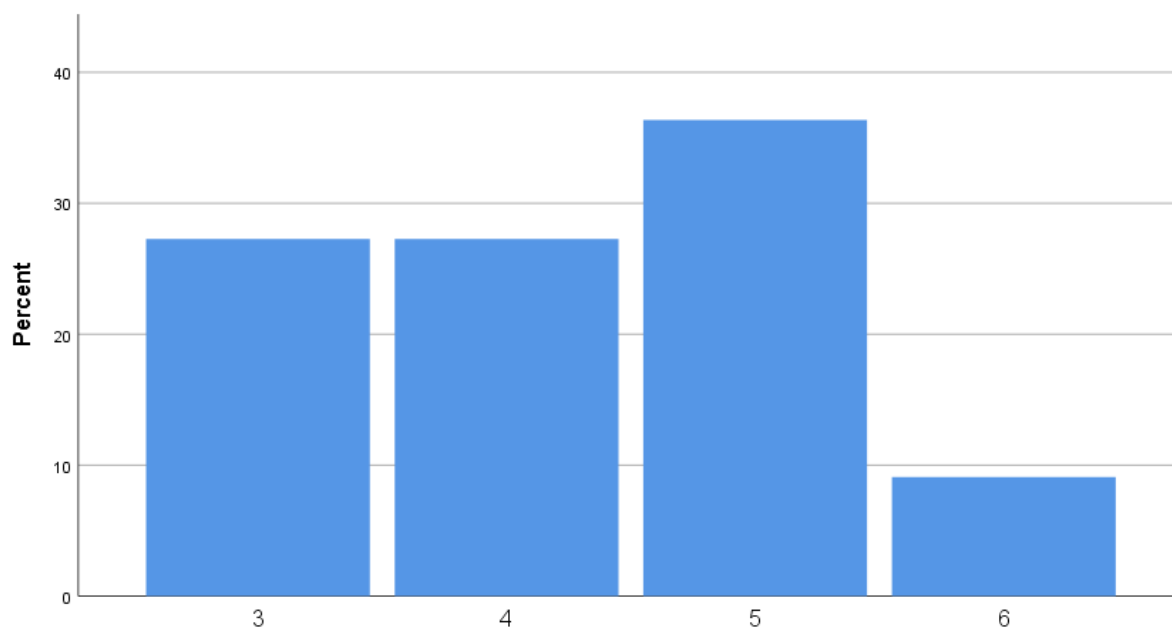
Figur 9: I hvilken grad føler du behov for mer trening (individuelle ferdigheter) innenfor dine oppgaver ved håndtering av hendelser? (1 er i «svært liten grad» og 6 er i «svært stor grad»)

4.7 Informasjon til pårørende og befolkningen

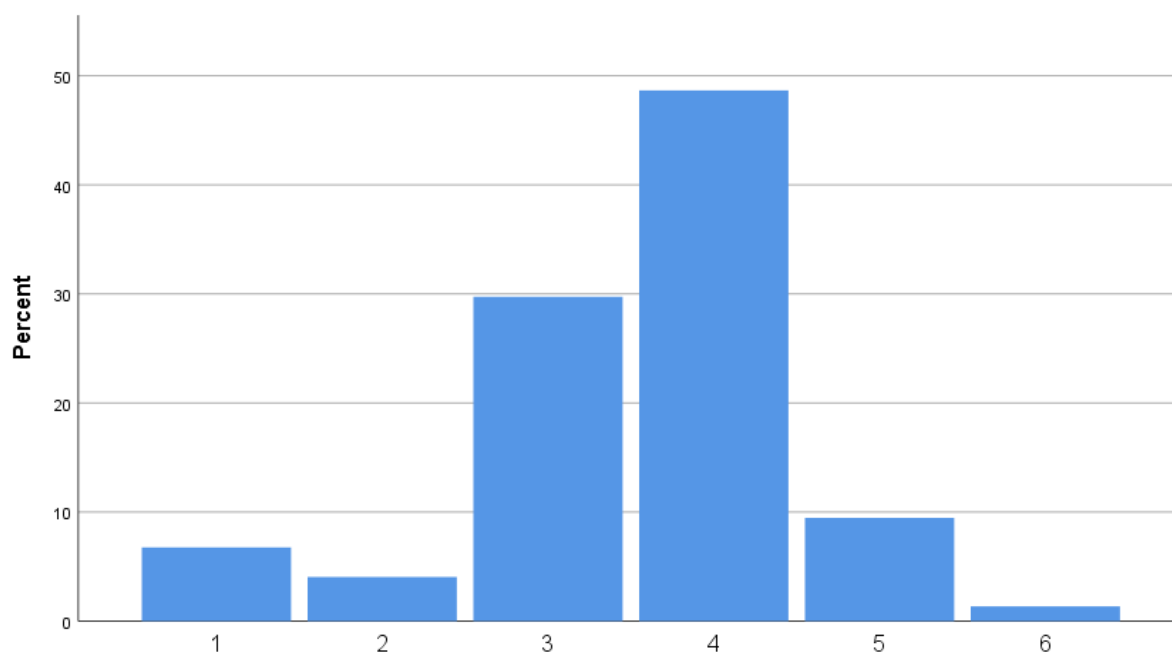
Flesteparten av respondentene på spørreundersøkelsen mente at det å gi informasjon til pårørende fungerte middels godt både for regionale helseforetak, helseforetak/sykehus og kommunen (se figur 10 og 11). Det samme gjaldt det å nå ut med relevant informasjon tidsnok til befolkningen i egne kanaler (nettside, sosiale medier, sentralbord, pårørendesenter, pressemeldinger/pressekonferanser m.fl.) (se figur 12 og 13).



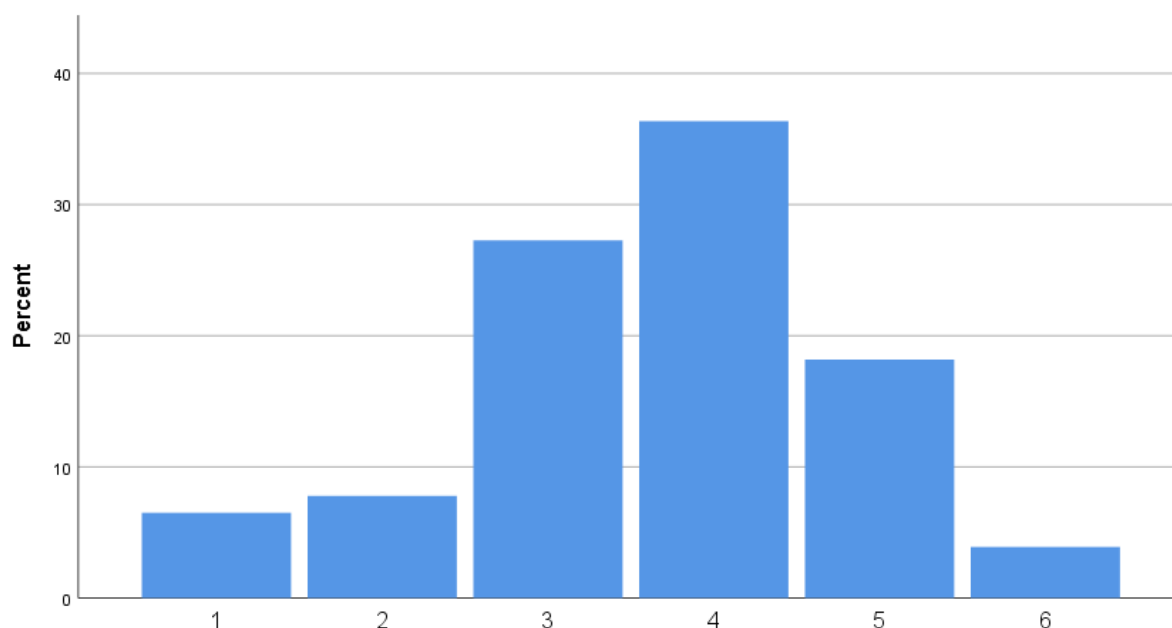
Figur 10: Det regionale helseforetakets informasjon til pårørende? (1 er «fungerte svært dårlig» og 6 er i «fungerte svært godt»)



Figur 11: Det regionale helseforetaket når ut med relevant informasjon tidsnok til befolkningen i egne kanaler (nettside, sosiale medier, sentralbord, pårørendesenter, pressemeldinger, pressekonferanser m.fl.? (1 er «fungerte svært dårlig» og 6 er i «fungerte svært godt»)



Figur 12: Helseforetakets informasjon til pårørende? (1 er «fungerte svært dårlig» og 6 er i «fungerte svært godt»)



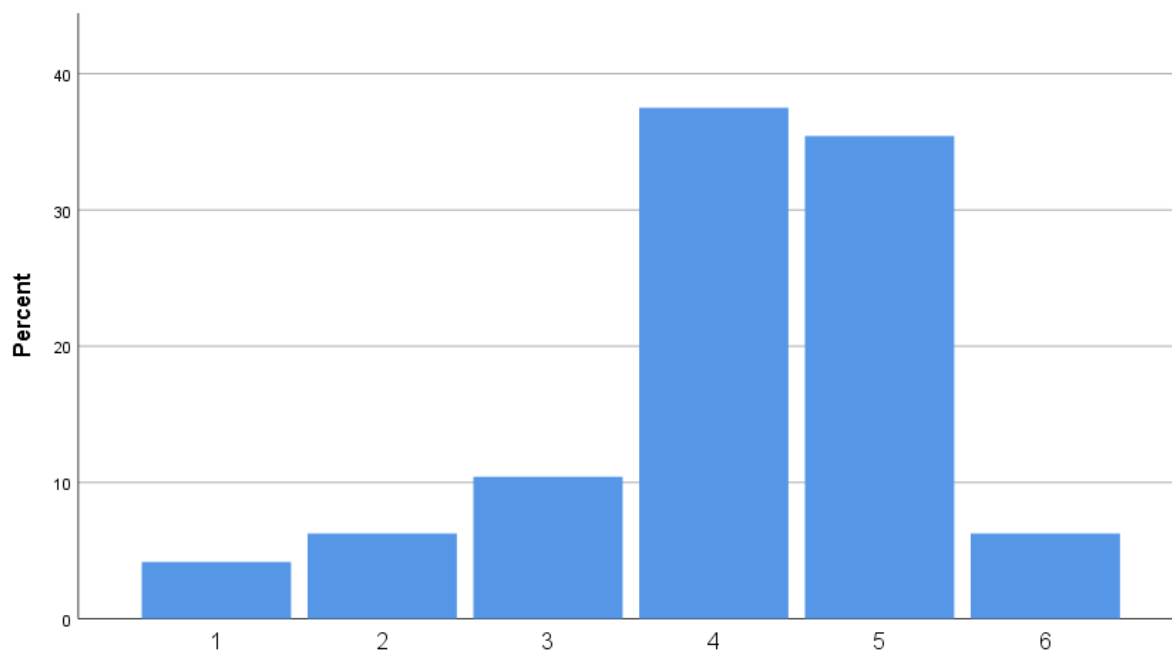
Figur 13: Helseforetaket når ut med relevant informasjon tidsnok til befolkningen i egne kanaler (nettside, sosiale medier, sentralbord, pårørendesenter, pressemeldinger, pressekonferanser m.fl.? (1 er «fungerte svært dårlig» og 6 er i «fungerte svært godt»)

4.8 Informasjon til markører

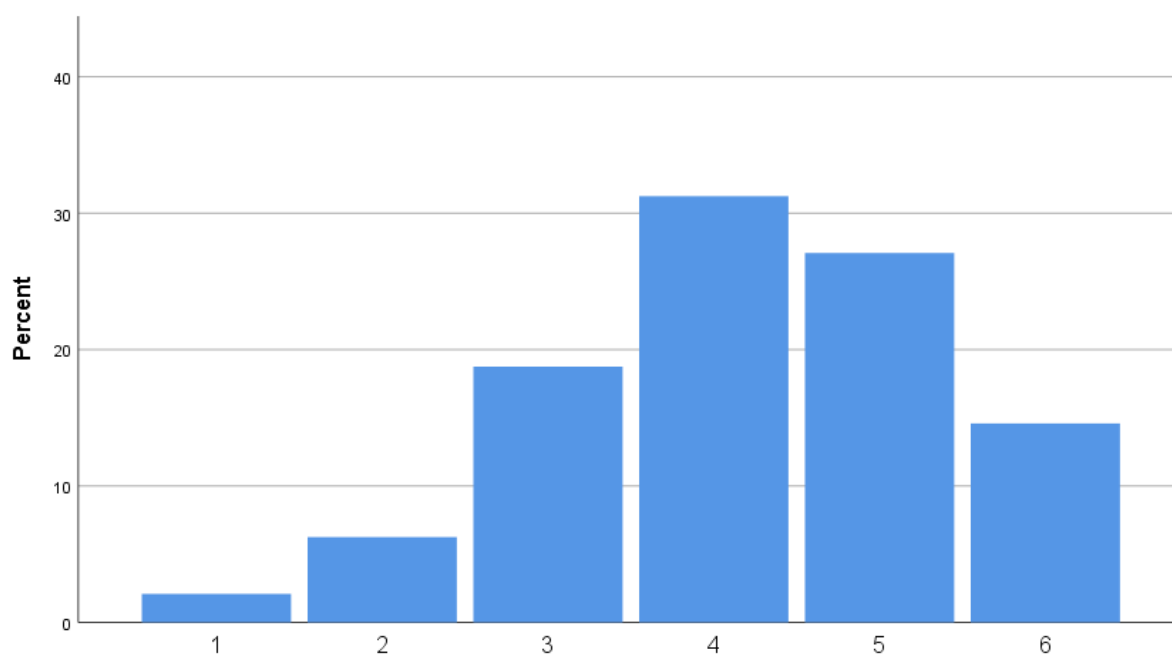
Som pasient opplevde flesteparten av markørene at helse-/innsatspersonellet kommuniserte godt og at informasjonen de fikk var god (se figur 14 og 15). Flesteparten følte seg også trygg og godt ivaretatt som pasient (se figur 16) og opplevde helse-/innsatspersonellet som kompetente og trygge i sine jobber.

Markørene syntes at øvingsledelsen hadde gjort de nødvendige forberedelser for å kunne være markør på en god og trygg måte. Informasjonen som ble gitt til markørene i forkant av øvelsen om rollen som markør opplevdes jevnt over som god, selv om det ved et par av øvingsstedene kunne vært gitt noe bedre informasjon.

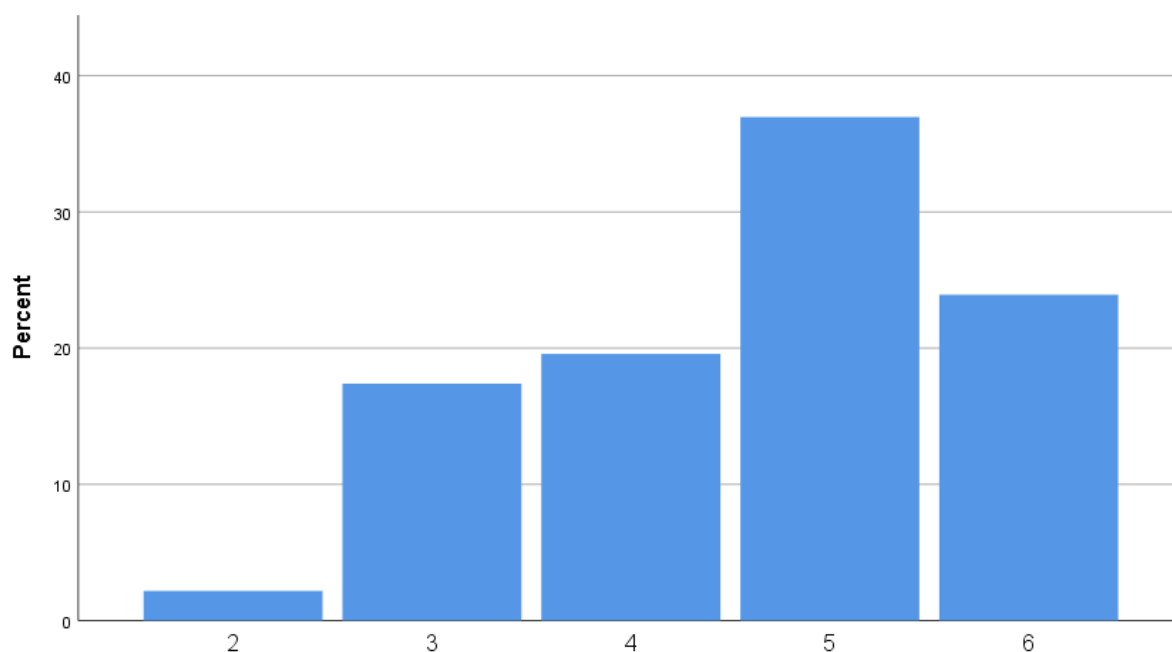
Flesteparten av markørene opplevde øvelsen/scenarioet som realistisk og at helse-/innsatspersonellet gjennomførte en realistisk innsats. Noen av markørene kommenterte imidlertid at de ble en del kalde, men om dette skyldes dårlig bekledning til markørene eller manglende fokus på hypotermi fra innsatspersonellet er uklart.



Figur 14: Hvor god informasjon opplevde du å få som pasient fra helse-/innsatspersonell? (1 er «svært dårlig info» og 6 er «svært god info»)



Figur 15: I hvilken grad opplevde du at helse-/innsatspersonell kommuniserte godt med deg som pasient? (1 er «svært liten grad» og 6 er «svært stor grad»)



Figur 16: I hvilken grad følte du deg trygg og godt ivaretatt som pasient? (1 er «svært liten grad» og 6 er «svært stor grad»)

4.9 Resultater fra spørreundersøkelse (Questback)

Analyse av alle innkomne data vil bli fullført i analysefasen.

5. Måloppnåelse for Nasjonal helseøvelse 2018

Dette kapitlet beskriver de mest sentrale funn for å svare om NHØ18 nådde overordnede mål (kap.2.2.1). Sentrale problemstillinger beskrives under hvert overordnet mål og det defineres læringspunkter mot det nasjonale nivå. Analysefasen i prosjektet skal ta for seg disse problemstillingene og læringspunktene for sette dem inn i en anbefaling til sentrale myndigheter. Når det gjelder detaljerte delmål for RHF, sykehus/prehospitalt og kommuner blir måloppnåelsen for disse vurdert, beskrevet og handtert med læringspunkter i de lokale rapportene.

De tre overordnede målene henger sammen og innfrielse av det ene påvirker innfrielse av det andre. Det vil derfor være enkelte læringspunkter som er noenlunde likelydende i de tre kapitlene 5.1, 5.2 og 5.3. De tas likevel med i de enkelte kapitler de hører under for å gi en fullstendig framstilling som er lettere å handtere for leseren.

Evaluatorene i NHØ18 har beskrevet flere forbedringspunkter som omhandler revisjon, oppdatering og ytterligere detaljering av eksisterende nasjonale planverk og veiledere. Det er også områder der evaluatorene har beskrevet behov for å vurdere nye veiledere og standarder. Vi videreformidler disse beskrivelsene i rapporten og analysefasen vil utrede nødvendigheten av å anbefale tiltakene. I noen tilfeller har vi sett manglende implementering eller manglende kunnskap om innhold i allerede eksisterende lovverk, veiledere, planer og standarder.

5.1 Overordnet mål for øvelsen

5.1.1 Styrke nasjonal evne til krisehåndtering og koordinering av helsetjenesten i hele spekteret fra fred, krise til krig



Foto: Marius Sund Tvinnereim/ Røde Kors. Fannrem, Orkdal

Ved alle øvelsene ble det fokusert på situasjoner i spektret fra fred, krise og hybride hendelser i opptrapping til krig. Rammene for øvelsen (tid og scenarier) begrenset øvelsen til krise og hybride hendelser og ikke til øving av en krigssituasjon.

I alle hendelsene var kriseledelse, samhandling, kommunikasjon og koordinering aktørene imellom, viktig for ytelse av helsehjelpen. Kommunikasjon mellom etater og nivå (spesialist- og kommunehelsetjenestene) samt nasjonale fagressurser er sentral for å få en god situasjonsoversikt og forståelse som grunnlag for riktige tiltak. Det må være koordinering av tiltak innad i og mellom etatene/nivåene som del av god samhandling om helsetjenestene.

I situasjoner med forhøyet beredskap er det viktig at aktørene får formidlet og forstår det nasjonale og lokale trusselbildet. For å ivareta denne informasjonsformidlingen har myndighetene utarbeidet et sikkerhetsgradert Sivilt beredskapssystem (SBS), som sammen med Beredskapssystem for Forsvaret (BFF) utgjør Nasjonalt beredskapssystem (NBS). Dette systemet ble iverksatt forut for og under NHØ18.

Utfordringen i bruken av SBS er bl.a. at det sivilt ikke er utbygd et nett som kan bære og handtere gradert informasjon bl.a. til videreformidling. Det er planlagt videreutvikling og full implementering av SBS helse i løpet av 2019.

Det ble som del av prosjekt NHØ18 gjennomført følgende forberedende og kompetansehevende tiltak relatert til denne målsettingen:

- Undervisningsopplegg i beredskapsledelse bestående av e-læringskurs og «train the trainer» kurs ble tilbudt medlemmene i alle øvende etater.
- Bordøvelser for beredskapsledelse med fokus på proaktiv metode.
- E-læringskurs om totalforsvaret.

Deltakerne i beredskapsledelse under øvelsene tilbakemeldte at disse forberedende aktivitetene var svært verdifulle for deres handtering av hendelsene. Våre evaluatorene rapporterte at man fulgte en mer systematisk metodikk og struktur i stabsarbeidet etter at deltakerne hadde gjennomgått forberedende og kompetansehevende tiltak.

Observasjoner fra beredskapsledelse viste at man i liten grad tok fram beredskapsplanverk eller tiltakskort. Bakteppet i forhold til den nasjonale trusselsituasjonen som forelå var svært lite kjent og ble hos de fleste ikke diskutert eller tatt i betraktning bl.a. når man gjorde tiltak. Det manglet også fokus på å definere risiko og konsekvenspotensiale i situasjonene.

Det ble observert svært lite og noen steder manglende kommunikasjon, samhandling og dialog mellom nivå og etater i handteringen av situasjonene. Til dels manglet det kontakt mellom helseforetak og kommuner på ledelsesnivå.

Kommuner iverksatte relevante tiltak i eget område, men samordning og koordinering med de andre deltakerne i øvelsen uteble ofte. Man fulgte ingen synlig systematikk i å følge opp egne tjenester og iverksatte tiltak, sjekke effekt, kapasitet og konsekvens. Hadde tiltakene blitt utfordret med mange skadde eller pågått over lengre tid, ville konsekvensene av disse manglene blitt avdekket bl.a. i form av forsinket samhandling med helseforetak om helsehjelpen.

Det ble beskrevet manglende kunnskap om tilgjengelighet og bruk av relevante kommunikasjons hjelpemidler, og definerte kontaktpunkter på overordnet ledelsesnivå. Generelt når det gjelder liaisonering beskrives tilstedeværelse av liaison å fungere i den praktiske utøvelsen, men ordningen var ikke implementert i lokalt planverk og tiltakskort. Ordningen med liaison var også lite kjent hos aktørene i akuttmottak. Det var ikke etablert liaisonfunksjoner i kommunenes beredskapsledelser. Med få unntak ble kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom kommunenes beredskapsledelser, spesialisthelsetjenesten, politi og Forsvar beskrevet som mangelfull.

Det ble rapportert god nytte av kompetansehevende aktiviteter i beredskapsledelse og treninger i forkant av øvelsene. Som det framkommer av bevaringspunktene under ble det på tross av en del mangler utført god beredskapsledelse på flere områder og dermed **oppnådd styrket nasjonal evne til krisehåndtering og koordinering** av helse-tjenesten i hele spekteret fra fred, krise til krig. Med bakgrunn i dette har vi definert følgende læringspunkter som grunnlag for ytterligere forbedringsarbeid:

Bevaringspunkter

- Kriseledelsene i HF og RHF fungerer godt under fred og krise og de har planer for varsling, organisering og håndtering som er kjent og øvet.
- Det som eksisterer av lov- og forskriftskrav innenfor kommunal beredskapsledelse anbefaler vi bevart og videreført samt alt som under øvelsene framsto som velfungerende ved kommunenes beredskapsledelse og kriseledelse, slik som:
 - Kriseledelse - rask varsling og samling
 - Kriseledelse - organisering, ansvar og myndighetsavklaringer
 - Ressursoversikt - i egen kommune og i nabokommuner
 - Situasjonsforståelse - rask etablering
 - Krisetiltak - organisering i samarbeide med andre kriseaktører
 - Helsehjelp - ytelse med fokus på omstilling av ressurser, økt kapasitet i tjenestene og samarbeide med frivillige organisasjoner
 - Informasjon til befolkningen og media om det som har skjedd og hvordan befolkningen skal opptre m.m.
 - Systematiske fokus på loggføring og rapportering til fylkesmannen
- Man bør fortsette med realistiske øvelser i hele spekteret fra bordøvelser, simuleringsøvelser til fullskalaøvelser. Man oppnår grunnleggende forståelse for å handle etter gjeldende nasjonale veiledere og regelverk og ved f.eks. CBRNE-hendelser kunne trekke inn nasjonale fagmiljø i håndtering av hendelsen, både i beredskapsledelse og ut på skadested.

Forbedringspunkter:

- Utarbeide nasjonal veileder for metode i beredskapsplanlegging og kriseledelse som særlig påpeker betydningen av;
 - Planlegging i helseforetak og kommuner for å yte helsehjelp ved masseskade, kriser og krig mm.
 - At plan for kriseledelse har tydelige rollebeskrivelser og føringer for kriseledelsenes dialog med tjenester som er aktive i krisen, slik at tjenestene kan støttes med ressurser og kan yte nødvendig helsehjelp underveis i krisen
 - At helseforetak, kommuner, Forsvaret og andre etater etablerer kontaktpunkter for kommunikasjon med hverandre på ledelsesnivå som tilrettelegger for samarbeide aktørene imellom i kriser
- Beredskapsplaner basert på risikovurderinger og erfaringslæring må utarbeides, implementeres, øves med samhandlende aktører og brukes i krisehåndteringen. Dette innbefatter også tiltakskort for de forskjellige rollene som deltar i beredskapsarbeidet.
- De organisasjonene som har behov for å håndtere gradert informasjon (iht. Sikkerhetsloven (SL)) skal etablere en sikkerhetsorganisasjon slik SL krever. Sørge for å sikkerhetsklarere flere i nøkkelfunksjoner. I situasjoner kan det være nyttig å anmode avsender om ugraderte versjoner der særlig sensitiv informasjon er utelatt.
- Behovet for liaisonering mellom aktørene må kartlegges og løsninger etableres, beskrives og øves.

5.1.2 Styrke samhandling mellom Forsvaret, helsetjenestene og andre sivile aktører det er naturlig å samvirke med i hele spekteret fra fred, krise til krig. Dette inkluderer også frivillige organisasjoner

For å kunne nå dette målet er kunnskap om og implementering av Nasjonal Helseberedskapsplan (Jan 2018) nødvendig. Nasjonal Helseberedskapsplan er det overordnede rammeverket for helse- og omsorgssektorens forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer. Planen beskriver lov- og plangrunnlag, aktørene og deres roller, ansvar og oppgaver, samt ressurser i forebygging og beredskap.

Helseberedskapens formål er å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer i fredstid og krig.

Hovedprinsippene for helseberedskapen og samfunnssikkerhetsområdet gjelder:

Ansvar: Den som har ansvar for et fagområde eller en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser.

Nærhet: Kriser skal organisatorisk håndteres på lavest mulig nivå.

Likhet: Den organisasjonen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig. Dette følger også av ansvarsprinsippet.

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

Virksomhetene i helse- og omsorgssektoren har ansvar for å koordinere egne forberedelser med sine



Foto: Øyvind Brostrøm Sør Trøndelag Avis, Omlasting Orkdal

samarbeidsparter, slik at alle aktørene kan ivareta sine roller og sine ansvar i godt samvirke med andre sektorer, både sivile og Forsvaret. For at samvirke skal fungere når hendelsen skjer, skal aktørene være forberedt og ta utgangspunkt i denne planen når de gjør risikovurderinger og lager beredskapsplaner med tiltakskort for egen krisehåndtering. Planer og tiltakskort skal være kjent og øvd, ikke bare i egen organisasjon men også sammen med de andre beredskapsaktørene.

Den akuttmedisinske kjeden, fra medisinsk nødmeldetjeneste og legevakttjeneste via ambulansetjeneste til sykehus, håndterer daglig utrykninger ved hendelser. Den allmenne kunnskapen og erfaringen akuttetatene og personell har i håndtering av

ulykker og hendelser er avgjørende som grunnlag for god håndtering av kriser og katastrofer. Denne daglige tjenesten er sammen med forebygging, beredskapsplanlegging og øvelser grunnlag for sektorens håndtering av kriser og katastrofer i fredstid, kriser, terror, væpnet konflikt og krig.

For å kunne nå målsettinger om styrket samvirke med forsvaret og andre aktører må man ha vurdert mulige arenaer for samhandling og gjort plan- og utviklingsarbeid i forhold til sivilmilitært samarbeid i totalforsvarskonseptet og lagt til rette for god kompatibilitet på sambandsmidler.

Det nasjonale Helseberedskapsrådet er et hovedvirkemiddel for å bidra til et velfungerende sivilt-militært samarbeid på helseberedskapsområdet. Øvelsen viser at det er behov for å fortsette arbeidet med å sette sivil og militær side i stand til å løse viktige oppgaver knyttet til sivilmilitær samhandling under kriser i fred og krig og få til en effektiv utnyttelse av ressursene. I kriser er et nært samarbeid mellom Forsvaret og helsevesenet nødvendig for å klare dette.

Det deltok grupper av personell som skulle utgjøre de forsterkningsressurser vi er avhengige av for å håndtere ekstreme situasjoner og det var vanskelig å ha full oversikt over hvilken status disse personellgruppene hadde i forhold til helselovgivningen. Man må sikre identifikasjon av alle grupper som potensielt vil kunne delta i pasientbehandling i en krise/krigssituasjon og gjøre en juridisk vurdering av de aktuelle personellgruppene og deres organisering opp mot helselovgivningen. Under forhold som helseøvelsen skulle øve kan mangel på tydelighet i grensesnitt fort bli byttet ut med gråsoner.

Sluttrapport fra delutredning: «Ledelsesmodell for sivilt militært samvirke innen helse og sanitet» fra Helseberedskapsrådet beskriver hvordan helsetjenesten og Forsvaret skal samhandle nasjonal, regionalt og lokalt. Tema som er tatt opp er bl.a.: Strategisk og operativ ledelse, systemer for kommunikasjon, fullmakter og beslutningsmyndighet. Vi ser at denne modellen ikke er godt nok kjent, implementert og øvd ute i etatene.

Det er utarbeidet en rekke nasjonale planer, konsepter, veiledere, retningslinjer og prosedyrer. I NHØ18 skulle disse øves mellom de sivile beredskapsaktørene og Forsvaret på en samordnet måte:

- Nasjonal helseberedskapsplan
- Sivilt beredskapssystem (SBS) for helsesektoren
- Helhetlig medisinsk behandling og evakueringskonsept
- Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested
- Nasjonal veileder for masseskade triage
- Nasjonal prosedyre – Nødetatenes samvirke med livstruende pågående vold
- Retningslinjer for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade
- Nasjonal Traumeplan

- Nasjonalt sambandsreglement for nødetatene

På bakgrunn av føringer og forståelsen av konseptene har vi vurdert **at aktivitetene i øvelsen på flere områder bidro til å styrke samhandlingen**. For ytterligere å styrke samhandling mellom Forsvaret, helsetjenestene og andre sivile aktører (inkl. frivillige organisasjoner) det er naturlig å samvirke med har vi her tatt med følgende læringspunkter:

Bevaringspunkter:

- HF og RHF er kjent med og jobber etter nasjonale konsepter og veiledere.
- Ta vare på eksisterende samhandlingsarenaer mellom helsetjenestene, kommunene, Forsvaret, DSB, sivile aktører. (Nasjonal helseberedskapskonferanse, Nasjonal samfunnssikkerhetskonferanse og opprettholde tilsvarende samarbeidsarenaer på fylkes- og kommunenivå.)

Forbedringspunkter:

- HF og kommunenes beredskapsplaner bør samordnes sterkere for enda bedre å kunne samarbeide om helsehjelpen. Planene bør inneholde definerte kontaktpunkter på ledelsesnivå for dialog mellom partene. HF og kommuner bør som ledd i sine styringssystemer, regelmessig revidere samhandlingsavtale nr. 11, og tilse at avtalene omtaler hvordan HF og kommunene skal legge til rette for godt samarbeide om helsehjelpen i kriser.
- Kriseledelsen i RHF og HF må bedre kjenne til;
 - Planverk og prosedyrer for samhandling med Forsvaret
 - Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid § 6 krav til «samordning av RHF, HF og kommuners beredskapsplaner»
 - Akuttmedisinforskriften § 4 om krav til «samhandling og samarbeide» mellom RHF og kommunene om akuttmedisinske tjenester
- Etablere nasjonale utdanningssentre der beredskaps- og kriseledelse har fokus, og der ledere fra alle etater og alle nivåer kan møtes og trenes sammen. Aktuelle temaer som skal ha fokus er forskrift, roller, ansvar, kommunikasjon, samhandling og koordinering aktørene imellom.
- Ivareta og utvikle aktuelle møtearenaer for beredskapsaktører på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.
- Gjennomføring av øvelser i hele spektret fra bordøvelser, simuleringsøvelser til fullskalaøvelser der aktuelle aktører og samarbeidsparter trekkes med, og der en øver på de forskjellige sidene av totalforsvarskonseptet.
- I revisjon av Lov om helsemessig og sosial beredskap, vurdere å lovfeste totalforsvarskonseptet og helseforetak og kommuners plikt til samhandling med Forsvaret om helsehjelpen i kriser, katastrofer og i krig.

5.1.3 Styrke helsetjenestenes evne til å yte akuttmedisinsk hjelp og andre helse- og omsorgstjenester til sivilbefolkningen og til Forsvaret i hele spekteret fra fred, krise til krig

I NHØ18 var totalforsvarskonseptet og konteksten (ref. bakteppet) viktige øvingsmomenter. Vi skulle øve helsetjenestene i «unntakstilstand», og etablerte rutiner ble utfordret. Skadepanoramaet og potensialet i NHØ18 krevde en helsetjeneste med behov for ekstra ressurser og utvidet kapasitet. Dette for å imøtekomme en situasjon der hybride hendelser og trusselnivået i deler av landet ga store kapasitetsutfordringer for de etablerte traumesentrene.

I totalforsvarskonseptet trenger helsetjenesten å øve på mottak av et svært stort antall skadde, både sivile og fra Forsvaret. Lokale sykehus må da ha en utvidet traume/skade kapasitet, og kunne tilpasse seg en situasjon der hardt skadde må ivaretas på beste måte. Dette ble håndtert ved å gi kompetansehevende tiltak i forkant. Se vedlegg 4. Lokalsykehus ble også supplert med helseteam fra traumesentra (Nasjonale helseteam).

Den kommunale beredskapen i forhold til å yte helsehjelp og ivareta EPS-funksjoner ble satt på prøve i masseskadesituasjonene i øvelsene. Samarbeid med sivilforsvar og frivillige ville vært sentral for å handtere større situasjoner og vedvarende situasjoner.

Samhandling mellom de sivile nødetatene og Forsvaret skulle øves, og evalueringsgruppen har bl.a. registrert slike aktiviteter på følgende steder:

- Kristiansund:
 - Masseskadesituasjoner med bl.a.
 - Samband
 - Triage, skadestedsarbeid
 - Skadestedsledelse
 - Omlasting fra militære ambulanser til sivile ambulanser
 - Militær kontrollpost stoppet sivil lege under utrykning pga. manglende id-kort.
- Orkdal:
 - Masseskadesituasjoner med:
 - Initial militær triagering
 - Triage/skadestedsarbeid
 - Skadestedsledelse
 - Samband
 - Omlasting fra militære ambulanser til sivile ambulanser og helikoptre
- Ørland:
 - Masseskadesituasjoner
 - Passering for sivile nødetater gjennom militær kontrollpost
 - PLIVO v/bussulykke
 - Samband
 - Skadestedsledelse

- Triage, skadestedsarbeid
- Tynset:
 - Militær eskortering/beskyttet transport av hjemmetjeneste
 - Masseskadesituasjoner
 - PLIVO-konsept
 - Samband
 - Skadestedsledelse
 - Triage, skadestedsarbeid
 - Militær støtte med bl.a. transportkapasitet
- Elverum:
 - Masseskadesituasjoner med CBRNE
 - Samhandling mellom sivile og militære aktører
 - CBRNE-konsept
 - Samband
 - Skadestedsledelse,
 - Triage, skadestedsarbeid, rensing (dekontaminering)
 - Transport

Læringspunkter for øvelsestema CBRNE beskrives sammen med masseskade når det gjelder evne til å yte akuttmedisinsk hjelp og andre helse- og omsorgstjenester da flere læringspunkter for masseskade sammenfaller med læringspunkter for CBRNE-hendelser.

Bruk av felles kommunikasjonskanaler/talegrupper og nødnett på skadested og i evakueringskjeden var utfordrende og for enkelte aktører fraværende. Noen aktører som var tiltenkt å inngå i denne kommunikasjonen hadde ikke tilgang på nødvendige tekniske hjelpemidler, de manglet godkjent kurs/opplæring og hadde ikke gjennomgått praktisk øving i bruk på skadested og i evakueringskjede.

Begrepsbruken på roller på skadested og samle plass var i noen sammenhenger utfordrende når sivile og militære skulle samhandle. Det ble beskrevet som viktig å unngå etatsspesifikke forkortelser i felles planverk og i samhandling/ledelse der det er mulig. Det ble rapportert om behov for å styrke ledelse på skadested og omlastingspunkt i situasjoner med mange skadde og mange aktører involvert i hjelpearbeidet.

I øvelsene ble den akuttmedisinske hjelpen utført av sivil og militært personell og utstyr ute på skadested og inn til spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det ble enkelte steder i tillegg benyttet forsterkningsressurser i form av frivillige organisasjoners personell. Disse er ikke helsepersonell, men medhjelpere. Det rapporteres at det ikke forelå noen formalisert vurdering til grunn for å benytte dem og ikke beskrivne planer som var øvd.

Nødetatenes arbeid på skadested gikk slik det alltid gjør på øvelser stort sett greit. Også PLIVO- og CBRNE-konseptene ble fulgt. Utfordringen er når det settes ekstra krav til

samhandling med andre aktører og det kommer inn evakueringsutfordringer. F.eks. risiko- og sikkerhetsutfordringer, uklarhet rundt ansvarsforhold (pasient, sikkerhet, ledelse), kommunikasjonsproblemer, utfordrende vær og føreforhold etc. Slike forhold ble rapportert om og ligger til grunn for anbefalingene i forbedringspunktene.

Mangel på felles standard og metodikk for merking av skadde på skadested og på samleplass ble beskrevet og rapportert. Dette er et tema som man finner som læringspunkt i de fleste større



Foto: Øystein Brostrøm, Sør Trøndelag Avis, Fannrem

samvirkeøvelser. Det ble også observert mangel på systematikk i triage både på skadested og samleplass/omlastingspunkt.

Det var utfordrende å identifisere ambulansene på omlastingspunkt når man skulle kommunisere på nødnett. Dette kunne vært enklere med merking av ambulanser slik at nødnett-ID lett kan leses av de som har et koordinerende ansvar på skadestedet.

Fastlegenes kompetanse i akuttmedisin og trening i masseskadetriage varierte og noen uttrykte usikkerhet i funksjonen som medisinsk leder helse og i bruk av kommunikasjonsverktøy og nødnett.

Aktørene uttrykte at samvirkeøving mellom sivile og militære ressurser er nødvendig for å bli bedre kjent med hverandres kapasiteter og arbeidsmetoder. Det ble observert bruk av liaison i AMK og dette la til rette for bedre samhandling mellom sivilt AMK-system og PECC/JPECC. Det forelå ikke skrevne avtaler og planer for hvordan liaisonene skulle brukes og ikke lagt godt nok til rette for å utøve funksjonen.

Traumemottak med triage og behandlingskonsepter (f.eks. BEST) er systemer som sykehusene har god trening med. Det som er nytt i denne sammenhengen er bruk av liaison i mottak og forsterkning av mottaks-/traumeteam med hjelp av eksterne helseteam. Man fikk testet ut mulighetene i å forsterke et lite lokal-sykehus for å kunne fungere bedre som et traumemottak.



Foto: Marius Sunde Tvinnereim/Røde kors, Fannrem

Det ble en viktig erfaring å ta med seg i totalforsvarsarbeidet (via helseteam).

Evaluatorene fant ikke beskrevne ordninger for hvem som skulle ha ansvaret for fiendtlige soldater som behandles i legevakt/akuttmottak/sengeposter etc. Om det var politiet eller militære ressurser. I en hybrid situasjon vil også irregulære styrker kunne forekomme. Status og ansvar for løpende risikovurdering og ivaretagelse av sikkerhet for disse gruppene må avklares.

Det er åpenbart at deltakelse i NHØ18 medførte en styrking av helsetjenestenes evne til å yte akuttmedisinsk hjelp og andre helse- og omsorgstjenester til sivilbefolkningen og til Forsvaret i hele spekteret fra fred, krise til krig. Forberedende aktiviteter og kompetanseheving gjorde at aktørene ble bedre forberedt på å møte utfordringer i øvelsen og er nå klar for ytterligere forbedringsarbeid i etterkant. Med bakgrunn i disse føringer og forståelsen av konseptene har vi konkludert med at **aktivitetene i øvelsen styrket samhandlingen**. Vi har definert følgende læringspunkter for videre læring og utvikling:

Bevaringspunkter:

- Fortsette med samvirkeøvelser med alle aktører pre- og inhospitalt der de forskjellige veiledere, retningslinjer og konsepter blir brukt.
- Det er avgjørende at først ankomne til skadestedet evner å identifisere om skadestedet omfatter CBRNE-agens, ved å vurdere kliniske tegn hos pasienten(e) som tyder på eksponering av kjemiske stoffer, eventuelt at det observeres gjenstander eller andre forhold på skadestedet som indikerer dette.
- Tydelig ledelse, felles situasjonsbevissthet og involvering av faglige støttefunksjoner via f.eks. AMK gir gode forutsetninger for å håndtere selv et krevende skadested.
- Forurensede pasienter (CBRNE-hendelser) gis raskt medisinsk akuttbehandling og deretter umiddelbar avkledning og tilstrekkelig og grundig rensing (dekontaminering).

- Bevare kommunenes ansvar for at akuttmedisinske tjenester i legevaktsentral og legevakt har beredskapsmessig egne lokaler, tilstrekkelige ressurser, kapasitet og kompetanse i akuttmedisin, skadestedsledelse og bruk av nødnett.
- Gjennomføre øvelser med liaisoner i sykehus, både i beredskapsledelse, AMK og mottak
- Bevare og videreutvikle konseptet med helseteam og ta dette inn i relevante øvelser.

Forbedringspunkter:

- Gjennomføre revisjon og videreutvikling av alle relevante konsepter, veiledere og retningslinjer (masseskadesituasjoner), og sørge for at disse blir øvd.
- Det må etableres en nasjonal standard for triage og merking av skadde på skadested og samleplass
- Øke kompetanse i skadestedsledelse hos nødetatene, legevaktsleger og i AMK. Arrangere samtrening for alle etater.
- Vurdere de forskjellige deltakergruppens behov for tilgang på og kompetanse/trening i bruk av talegrupper i nødnett
- Sentrale aktører bør sette seg inn i, og kjenne de nasjonale CBRNE-retningslinjene, som gir svar på de fleste spørsmål man blir stilt overfor i et CBRNE-scenario.
- I en CBRNE-hendelse må livreddende tiltak gis så raskt som mulig, og før rensing (dekontaminering).
- Etablere entydige retningslinjer for å unngå hypotermi hos pasienter/markører og gjennomføre tiltak for å forebygge og behandle hypotermi.
- Gjennomføre samvirkeøving mellom sivile og militære ressurser for å bli bedre kjent med hverandres kapasiteter og arbeidsmetoder.
- Etablere et system for sikker identifikasjon av helsepersonell og kjøretøy og en godkjenningsordning av dette slik at alle samarbeidende parter er villig til å bruke det.
- Avklare hvem som skal ta ansvar for fiendtlige og irregulære grupper i sykehus/legevakt, og bruke dette som et øvingsmoment. Ansvar for fiendtlige soldater må beskrives for hele forløpet – fra prehospital til utskrivelse
- Alle virksomheter skal kunne etablere «Forsterket egenbeskyttelse mot sikkerhetstruende virksomhet» slik det er beskrevet i SBS. Dette vil gjelde når hevet trusselbilde oppstår. Det forutsettes at virksomhetene har etablert en grunnsikring på forhånd. SBS-helse vil bli iverksatt og implementert i løpet av 2019 iht. planen til HOD.
- Kriseledelsen i kommunene må ha bedre dialog og kommunikasjon med legevakt, EPS, Forsvaret, helseforetak og nabokommuner m.fl. for bedre helhetlig kapasitet for skademottak, koordinering av innsats, samarbeide og ytelse av den akutte helsehjelpen.
- Alt innsatspersonell må være tilstrekkelig og enhetlig merket, og tituleres korrekt, slik at tydelighet om roller sikres og usikkerhet unngås.
- Vurdere bruk av helseteam nasjonalt (URE vs. EMT) og lage klare prosedyrer for bruken av disse (bl.a. ivaretagelse av juridiske ansvarsforhold).

- Identifisere alle grupper som potensielt vil kunne delta i pasientbehandling i en krise-/krigssituasjon (forsterkningsressurser). Gjennomføre en juridisk vurdering av de aktuelle personellgruppene opp mot helselovgivningen
- Bruk eksisterende arenaer eller etablere nye som fora for samhandling i sivilmilitær sammenheng, på alle nivå. Inkludere frivillige organisasjoner.

5.2 Detaljerte delmål for RHF, sykehus/prehospital og kommuner

Detaljerte delmål for RHF, sykehus/prehospital og kommuner er listet opp i vedlegg 5. Måloppnåelsen for disse er vurdert, beskrevet og håndtert med læringspunkter i de lokale evalueringsrapportene.

5.3 Mediespill

Her mangler evalueringsgruppa utfyllende observasjoner og rapporter. Tema omtales derfor ikke i vår nasjonale rapport.

Forbedringspunkter

- Mediespill må inn fra starten i planlegging av øvelser.

6. Delprosjektgruppe evaluering – faste deltakere

Evalueringsgruppen har bestått av følgende deltakere:

Siri Bjørnson	Representerer HSØ RHF. Intensivsykepleier. Er beredskapssjef på Sykehuset i Vestfold HF
Jørgen S Hansen	Helse Nord RHF. Prosjektleder evaluering. Spesialist anesthesiologi. Rådgiver beredskap Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset HF.
Gunnar Watn	Helse Midt-Norge RHF Anestesisykepleier, Kvalitetsrådgiver, Regional beredskap- og sikkerhetsleder.
Øystein Hveding	Statens helsetilsyn. Seniorrådgiver, spesialist i samfunnsmedisin, mangeårig erfaring som fastlege og kommuneoverlege
Kjell Engkrog	Representerer Helse Nord RHF. Sykepleier. Tidligere beredskapsansvarlig/beredskapsrådgiver.
Morten Sommer	Representerer Helse Vest RHF. PhD innen læring i beredskapsorganisasjoner. Førsteamanuensis i beredskapsledelse ved Høgskulen på Vestlandet.
Ole Gunnar Sætre	Representerer Forsvaret.

Cand.pharm./major, fagsjef farmasi og prosessleder ved
fagmyndighetsrevisjon i Forsvarets sanitet.

Eva Kristin Egeland Representerer prosjektlederteamet i NHØ18 (Helse Stavanger HF).
Beredskapskoordinator på Stavanger Universitetssjukehus.
Utdannet intensivsykepleier.



Foto: K.Engkrog. Evalueringsgruppen i arbeid i ærverdige lokaler.

7. Vedlegg

Vedlegg 1: Forkortelser

CIM	Common Information Model - Krisestøtteverktøy
HelseCIM	Spesialisthelsetjenestens versjon av krise- og katastrofehandteringsprogrammet CIM.
FOH	Forsvarets Operative Hovedkvarter
EPS	Evakuerte og Pårørende Senter
FM	Fylkesmannen
PM	Politimesteren
PBS	Politiets beredskapssystem
PEEC JPEEC	Patient Evacuation Coordination Cell Joint Patient Evacuation Coordination Cell (dvs. felles/overordnet)
POC	Point of contact (kontaktpunkt)
HV	Heimevernet
AMK(-sentral)	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. AMK er spesialisthelsetjenesten sin akuttmedisinske fagsentral for mottak og håndtering av hendelser der det er behov for medisinsk nødhjelp og ambulanseoppdrag
AMK-område	Det geografiske området en AMK-sentral har ansvaret for
Beredskapsledelse/ kriseledelse	Alle som har en rolle i organisasjonens håndtering av hendelser og kriser på ledelsesnivå. Beredskapsledelse/kriseledelsen kan organiseres på tre nivå: strategisk, operasjonelt og taktisk: <u>Strategisk nivå:</u> Ansvar for å lede og koordinere innsatsen for å ivareta virksomhetens overordnede interesser for å sikre videre drift og ivareta virksomhetens omdømme. Strategisk nivå konsentrerer innsatsen ut mot virksomhetens interessenter og øvrige omgivelser. <u>Operasjonelt nivå:</u> Ansvar for å lede, koordinere og støtte taktisk nivå med kompetanse, kapasitet og kommunikasjon, samt ivareta innsatsmannskaper og mennesker som er evakuert fra hendelsesstedet. Operasjonelt nivå konsentrerer innsatsen inn mot hendelsesstedet. <u>Taktisk nivå:</u>

	Ansvar for å lede og koordinere bekjempelse og ivaretagelse på, eller nær, hendelsessted for å forhindre eller redusere skade på, eller tap av mennesker, ytre miljø og økonomiske verdier. Taktisk nivå konsentrerer innsatsen inn mot hendelsesstedet. (Lunde 2014)
Beredskapsnivå	Beredskapsnivået sier noe om hvor alvorlig en uønsket hendelse er, og gir grunnlag for å vurdere ressursbehovet og hvilket nivå en skal sette stab/beredskapsledelse på.
CBRNE	C – <i>chemical</i> (kjemisk) B – <i>biological</i> (biologisk) R – <i>radiation</i> (stråling) N – <i>nuclear</i> (nukleær) E – eksplosivar Begrepet blir brukt synonymt med forkortingene NBC og ABC (der N/A står for <i>nuclear/atom</i> , B og C som ovenfor).
DSB	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
HF	Helseforetak
RHF	Regionalt Helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HRS	Hovedredningssentral. Hovedredningssentralen har det overordnede koordinerende ansvaret ved redningsaksjoner.
Liaison	Sambandsledd for eksempel mellom beredskapsledelsen i egen organisasjon og beredskapsledelsen i en annen organisasjon. Eller mellom AMK og JPEEK. Liaisonen er fysisk til stede og har som hovedoppgave å bidra til samordning og felles situasjonsbilde.
LRS	Lokal redningssentral. Ledelse - og koordineringsapparat som blir etablert i politidistriktet ved en redningsaksjon. Lokale LRS er underordna HRS.
LV-sentral	Legevaktsentral.
R-AMK	Regional AMK-sentral. Akuttmedisinsk kommunikasjons-sentral som kan hjelpe andre AMK-sentraler ved større hendelser og beredskapssituasjoner.
UMS	Unified Messaging Systems – Internett-basert varslings- og innkallingssystem
ILH	Innsatsleder helse
ILKO	Innsatsleders kommandoplass
BAPS	Brann- Ambulanse- Politi- Samvirke

	«Felles talegruppe forbeholdt Nødetatene under utrykning»
Samvirke gruppe	Talegruppe i Nødnett for nødetatene og forsterkning/samarbeidsressurser
TG	Talegruppe (Nødnett)
MLH	Medisinsk leder helse
b-planer	Beredskapsplaner
b-ledelse	Beredskapsledelse
KAD senger	Kommunale akutte døgnenger
DMS	Distrikts medisinsk senter
RK	Røde Kors
NKS	Norske kvinners sanitetsforening
NF	Norsk folkehjelp
AD	Administrerende direktør
PHT	Prehospitale tjenester
NK	Nestkommanderende
RW	Rotor wing - helikopter
FW	Fixed wing - fly
LA	Luft ambulanse
Medic	Militært personell som er «legens medhjelper». «Sanitetssoldat»
ATLS / BEST – prinsipper	ATLS – advanced trauma life support (kurs opprettet av den amerikanske kirurgforening). BEST – Bedre og systematisk traumebehandling. Et teamrettet konsept for mottak av skadde pasienter.
AXP	Ambulance Exchange Point
PLIVO	Pågående livstruende vold
RETTS - skjema	Rapid Emergency Triage and Treatment System
DMS	Distrikts medisinsk senter
ATLS / BEST – prinsipper	ATLS – advanced trauma life support (kurs opprettet av den amerikanske kirurgforening). BEST – Bedre og systematisk traumebehandling. Et teamrettet konsept for mottak av skadde pasienter.
AXP	Ambulance Exchange Point



NASJONAL HELSEØVELSE 2018

Evalueringsdirektiv

Dato: 29.06.2018

Ansvarlig for utarbeidelse:
Jørgen S Hansen.
Leder delprosjektgruppe Evaluering,
Rådgiver
Helse Nord RHF.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	3
1.1 Delprosjektgruppe evaluering - sammensetning:.....	5
2. Hensikt og mål.....	5
2.1 Overordnet mål for øvelsen:.....	5
2.2 Felles delmål for øvelsen:	5
3. Avgrensninger – fokus for evalueringen.....	7
4. Metode – datainnsamling.....	8
5. Oppfølging av evaluering – veien videre.....	9
5.1 Ansvar og oppgaver til lokal evalueringskoordinator (Nivå2):.....	9
5.2 Ansvar og oppgaver til evaluator på Nivå 3:	9
5.3 Opplæring av evaluatorene (Fagdag 3 og 6 sept. 2018):.....	10
5.3.1 Nødvendig og relevant dokumentasjon som må være tilgjengelige for evalueringsgruppa og evaluatorene (vil bli lagt til dokumentarkiv i CIM):.....	10
5.4 Gjennomføring av evalueringen:.....	10
6. Fremdriftsplan	13
6.1 Delprosjektgruppa:	13
6.2 Møter / Samlinger.....	14
6.2.1 Frister:	15
Vedlegg	16

1. Innledning

Øvelse Trident Juncture 18 (TRJ18) er en NATO- ledet øvelse der store deler av sørøst- og midt- Norge blir berørt. Norge har ansvar for vertslandsstøtten. Nasjonale helseøvelse LIVE – del er en del av denne øvelsen og foregår 25. oktober til 7. november 2018. Totalforsvaret av Norge er basert på et godt sivilmilitært samarbeid og vil være i fokus i alle faser av øvelsen.

NATO' s komite for sivil beredskapsplanlegging (CEPC) har etablert sju forpliktende krav til medlemslandene.

Kravene er:

- 1) Sikre kontinuitet for styresmaktene og kritiske offentlige tjenester.
- 2) Sikre en robust kraftforsyning.
- 3) Sikre evnen til å håndtere ukontrollert forflytning av mennesker
- 4) Sikre robust mat- og vannforsyning.
- 5) Sikre evnen til å håndtere masseskadesituasjoner.
- 6) Sikre robuste sivile kommunikasjonssystemer.
- 7) Sikre robuste transportsystemer.

Nasjonal helseøvelse 2018 vektlegger særlig pkt. 5 - Sikre evnen til å håndtere masseskadesituasjoner og pkt. 3 - Sikre evnen til å håndtere ukontrollert forflytning av mennesker, helsehjelp til evakuerte og det skal være hovedfokus på fire hovedtema:

- 1) Masseskade.
- 2) CBRNE
- 3) Beredskapsledelse
- 4) Helsehjelp til evakuerte.

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) har i oppdragsbrev gitt Helsedirektoratet (Hdir) i oppgave å planlegge Nasjonal helseøvelse 2018 kombinert med NATO øvelsen. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) skal koordinere ansvaret for all sivil innsats. Hdir er eier av Nasjonal helseøvelse 2018 og leder helsesektorens planleggingsarbeid,

Det er etablert et prosjekt Nasjonal Helseøvelse 2018 og øvingsdirektivet ble godkjent den 7. februar 2018. Oppdraget til de regionale helseforetakene er gitt via oppdragsbrev av 7. april 2017.

Se skisse fig 1 for oppbygging av plan og øvingsorganisasjonene.

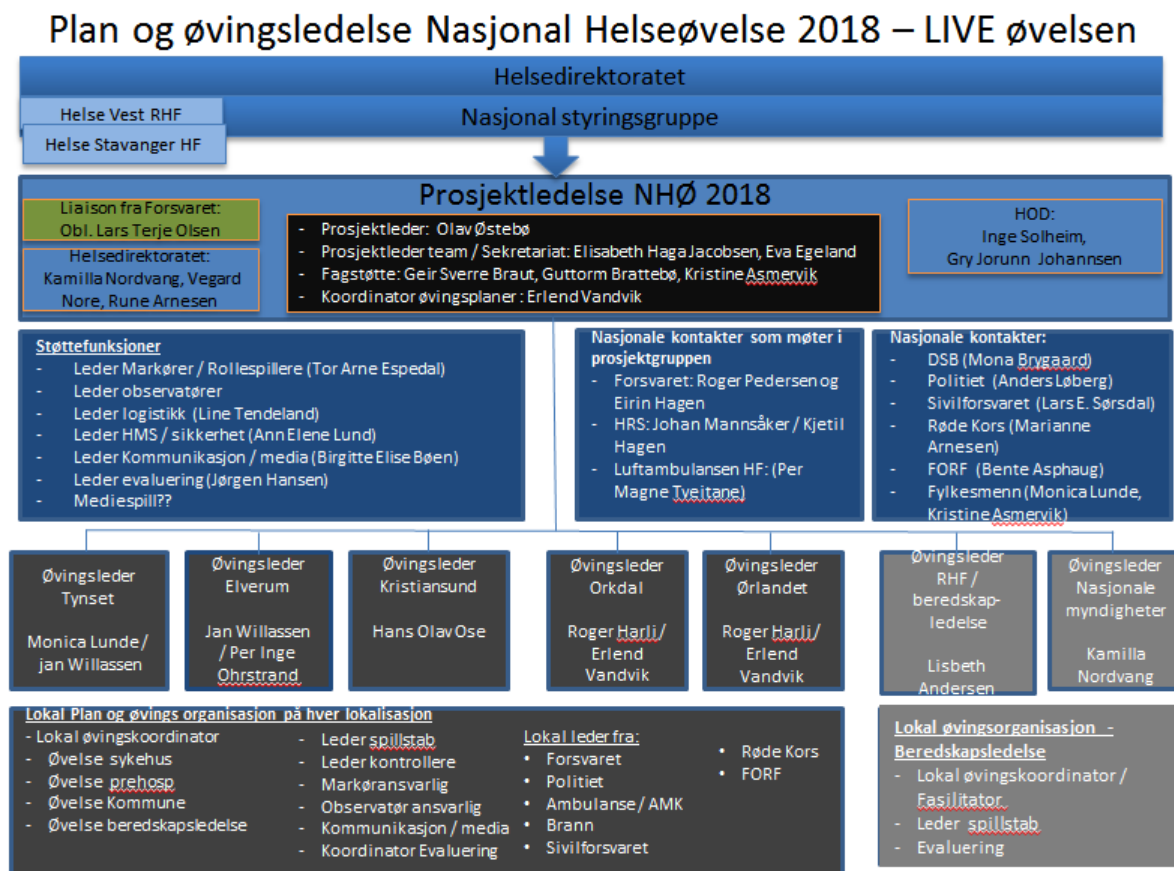


Fig 1.

Evalueringen skal integreres i planlegging og de forberedende tiltak som gjøres i forkant av LIVE delen av øvelsen og skal også ivaretas av den enkelte arbeidsgruppe i prosjektet.

Ansvar for evalueringsprosessen er av Helsedirektoratet fordelt til de regionale helseforetakene Helse Vest og Helse Nord og er utdypet i Prosjektdirektivet.

Helse Nord RHF skal lede og koordinere evaluering av Nasjonal Helseøvelse 2018. De skal støtte Helse Vest RHF i arbeidet med at evaluering blir foretatt fortløpende og at det blir utarbeidet en evalueringsrapport fra planlegging og gjennomføring av øvelsen. Innledende arbeid med kompetanseheving, kunnskapsoverføring, trening og øvelser før LIVE øvelsene vil også bli evaluert som en del av prosessen.

Helse Vest skal bidra til at erfaringer fra planlegging og gjennomføring av LIVE øvelsen kan brukes i forbindelse med CPX øvelsen (diskusjonsøvelse) som kommer i etterkant.

Det er etablert en delprosjektgruppe for evaluering som ledes av Helse Nord RHF.

1.1 Delprosjektgruppe evaluering - sammensetning:

Jørgen Hansen - Helse Nord (leder).
Kjell Engkrog - Helse Nord (nestleder)
Morten Sommer - Høgskulen på Vestlandet. Repr. Helse Vest.
Geir Sverre Braut - Helsedirektoratet
Ståle Ackermann – Statens Helsetilsyn
Øystein Andre Hveding - Statens Helsetilsyn
Ole Gunnar Sætre - Forsvaret.
Gunnar Watn - Helse Midt Norge
Siri Bjørnson - Helse Sør Øst

Det tas forbehold endringer i sammensetningen undervegs. Evalueringskoordinatorene vil etter hvert som de oppnevnes bli deltakere på prosjektgruppens møter.

2. Hensikt og mål

Evalueringsarbeidet skal ivareta de målsettinger, evalueringsbeskrivelser og ønsker som ut fra de fire hovedtema for øvelsen fremkommer i øvingspakkene og sørge for at disse gjennomgår grundig evaluering.

Områder for evaluering under øvelsen skal innbefatte alle nivå (øvingstema) og det er viktig å fokusere på de målsetninger som er beskrevet i prosjektdirektivet.

2.1 Overordnet mål for øvelsen:

1. Styrke nasjonal evne til krisehåndtering og koordinering av helsetjenesten i hele spekteret fra fred, krise til krig.
2. Styrke samhandling mellom helsetjenesten, forsvarret, og andre sivile aktører det er naturlig å samvirke med i hele spekteret fra fred, krise og krig. Dette inkluderer også frivillige organisasjoner.
3. Styrke helsetjenestens evne til å yte akuttmedisinsk hjelp og andre helse- og omsorgstjenester til sivilbefolkningen og til forsvarret i hele spekteret fra fred, krise til krig.

2.2 Felles delmål for øvelsen:

1. Økt kunnskap om fasen før krig, og øke evnen til å sørge for nødvendig helsetjenester i denne fasen.
2. Økt kunnskap i helsetjenesten om begrepet hybrid krigføring. Herunder kjennskap til utfordringer for samfunnet generelt og utfordringer for helsetjenesten spesielt. Samt hvilke tiltak som kan være blant de man bør iverksette for å håndtere utfordringer for helsetjenesten.

3. At nasjonale planer, konsepter, veiledere, retningslinjer og prosedyrer blir utviklet, tilpasset og implementert i helsetjenesten og forsvaret på en koordinert / samordnet måte. Dette gjelder blant annet:
 - Nasjonal helseberedskapsplan
 - Sivilt beredskapssystem (SBS) for helsesektoren
 - Helhetlig medisinsk behandling og evakueringskonsept
 - Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested,
 - Nasjonal veileder for masseskade triage,
 - Retningslinjer for håndtering av CBRNE hendelser med personskade.
 - Nasjonal Traumeplan
 - Nasjonalt sambandsreglement for nødetatene
4. At relevante aktører blir kjent med egne og hverandres avtaler og beredskapsplaner.
5. Øke befolkningens tillit til at helsetjenesten kan ivareta sine oppgaver i hele spekteret fra fred, krise til krig.
6. Styrke beredskap / kriseledelsen i helseforetak og kommuner sin evne til å lede i hele spekteret fra fred, krise til krig.

I tillegg vil det være spesifikke felles delmål under gjennomføring av fullskalaøvelsene. Prinsippene om ansvar, nærhet, likhet og samvirke skal være gjeldene på alle nivå og avspeiles i gjennomføring av øvelsen. Disse skal også framkomme i evalueringene. Deltakerne skal primært få svar på om de via planlegging og gjennomføring av live- øvelsen har oppnådd sine målsetninger og evt. komme med forbedrings- og bevaringspunkter.

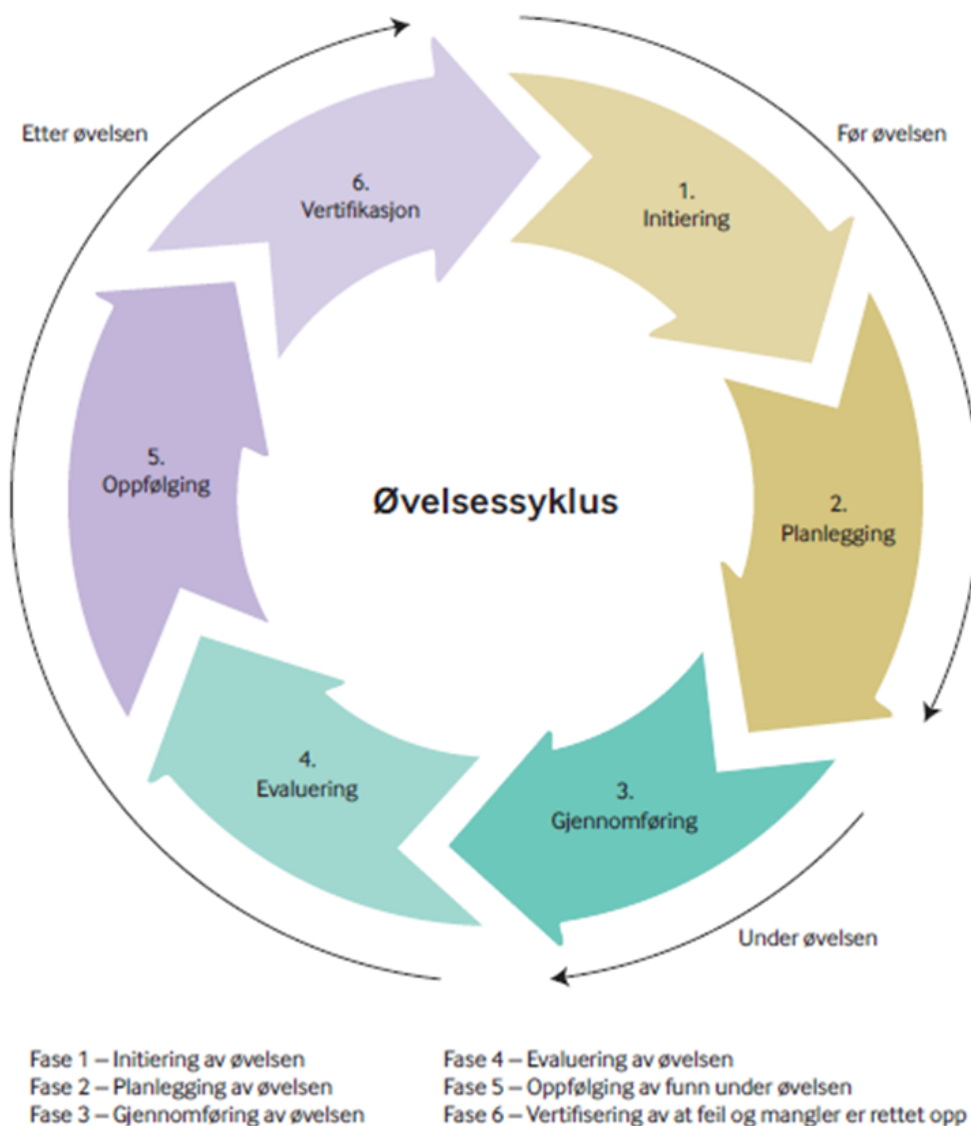
Evaluering og erfaringslæring skal være integrert del i alle faser av prosjektet. Evaluering ivaretas primært av egen arbeidsgruppe i prosjektet. Leder for evalueringsgruppen skal delta på alle prosjektmøter og har ansvar for at evaluering blir integrert i alle delprosjektene.

3. Avgrensninger – fokus for evalueringen

I oppdragsbrevet har prosjektet fått ansvar for evaluering av øvelsen. Evaluering av ledelsen og gjennomføringen av prosjektet inngår ikke i dette, men evalueringen vår skal omhandle planlegging, forberedelser og gjennomføring av LIVE øvelsen.

Se figur av «Øvingsplanleggingshjulet» etter en modell fra Pollestad og Steinnes (Fig 2).

FASENE I ØVINGSPLANLEGGING:



Kilde for figur: Bjørn Pollestad og Tommy Steinnes. Masteroppgave UiS 2012 "Øvelse gjør mester".

Fig.2.

Modellen for øvingsplanlegging er beskrevet i kapittel 1.2, i Øvingsdirektivet og har 6 faser. Fase 6 omhandler verifikasjon av om endringer etter evaluering har hatt effekt. Prosjektet vil i størst mulig grad legge til rette for og komme med anbefalinger for verifikasjonsfasen, men denne fasen er ikke en del av prosjektet da dette faller utenfor mandat og tidsramme som er gitt i oppdraget fra prosjekteier.

Evalueringsgruppa sin evalueringsplan skal ha en tidslinje som sammenfaller med tidslinja for alle planlagte aktiviteter slik de er beskrevet i overordnet tidsplan for Helseøvelsen.

Det er utviklet trenings og øvingspakker i forhold til hovedmålgruppene for øvelsen.

Disse er:

- 1) Helsetjenesten i kommunene,
- 2) Prehospitale tjenester,
- 3) Sykehus
- 4) Beredskapsledelse på alle nivå.

Pakkene er laget generiske, og skal kunne gjenbrukes. De danner grunnlag for utarbeidelse av lokale øvingsdirektiv/gjennomføringsplaner for hvert øvingssted som i Nasjonal helseøvelse 2018 er:

- 1) Ørland,
- 2) Tynset,
- 3) Kristiansund,
- 4) Orkdal
- 5) Elverum.

På de forskjellige øvingsstedene skal man i tillegg ivareta evaluering av lokale målsetninger for de forskjellige organisasjoner og aktører som er med i øvelsen. De lokale aktørene vil få tilgang på data fra de registreringene evaluatorene gjør og kunne bruke disse i eget forbedringsarbeid. Lokal ledelsesforankring og fokus er derfor vesentlig for å få til gjennomføring av foreslåtte forbedringer.

Evalueringen og rapporten skal koordineres med våre samarbeidspartnere slik at Nasjonal Helseøvelse sin evaluering kan bli en del av en helhetlig evaluering av TRJ 2018.

I oppdraget fra Helsedirektoratet står utprøving og evaluering av nye konsepter. Særlig viktig vil det være å gjøre dette i forhold til «Masseskadekonseptet».

4. Metode – datainnsamling

Det skal benyttes et elektronisk evalueringsverktøy levert av Onevoice og som er knyttet opp mot Helse-CIM. Dette kan brukes både til retrospektiv evaluering av planleggingsfasen, og til evaluering av trenings- / øvingsaktiviteter og selve øvelsen. Alle registreringer vil bli samlet i en database for videre behandling fram mot evalueringsrapport. Det etableres også et dokumentarkiv der all relevant dokumentasjon vedr. øvelsen og funksjonen som evaluator vil være tilgjengelig for bl.a. evaluatorene i deres funksjon.

Onevoice utarbeider et e- læringsprogram for brukerne.

I evalueringsverktøyet settes opp en matrise over organiseringen av øvelsen, lokalisasjoner, øvingspakker osv. der øvingsmål, evalueringsmål, evalueringskriterier osv. framkommer. Det blir en del av den systematikk for innsamling og systematisering av data som skal gi en oversiktlig framstilling av øvingsområdene (etat / system / lokalisasjon) og læringspunktene / bevaringspunktene til bruk i diskusjoner og arbeid fram til ferdigstilling av evalueringsrapport.

5. Oppfølging av evaluering – veien videre

Evalueringsgruppa skal i samråd med prosjektledelsen legge føringer for hvordan og i hvilken form (maler) evalueringsrapporter skal leveres til evalueringsgruppa fra lokale evaluatorene. Det skal også være tydelig og omforent definisjon av de forskjellige rollene, evaluator, markør, observatør osv.. De involverte aktører i evalueringen må avklare med sin nærmeste leder at de med forutsigbarhet kan fristilles til evalueringsaktivitetene. For å legge til rette for en god ansvars- og oppgavefordeling velger vi å organisere evaluatorene i følgende nivå.

Nivå 1

- Evalueringsgruppa (Delprosjektgruppe) og
- Evaluatorene utpekt av delprosjektgruppa. Disse vil ha ansvar for å følge opp evalueringen av samme hovedtema (Masseskader, CBRNE, helsehjelp til evakuerte og beredskapsledelse) på de ulike nivå og lokalisasjoner.

Nivå 2

- Koordinerende evaluator med en eller to medhjelpere for hver lokalisasjon. Disse utpekes av lokal øvingsleder.
- Evaluatorene lokalt ute på hendelsessted / aktivitet /stab.

Nivå 3

- Øvrige evaluatorene:

Evaluatorene i sentrale staber.

Evaluatorene Helseteam.

Evaluatorene til mediespill.

Evaluatorene i spillstab.

Evaluatorene andre deltagende etater (politi, forsvar, brann, siv. forsv. osv).

Evaluatorene andre deltagende organisasjoner/ aktører.

5.1 Ansvar og oppgaver til lokal evalueringskoordinator (Nivå2):

- Ivareta helhet lokalt.
- Rekruttere lokale evaluatorene fra spesialisthelsetjenesten, kommunene, organisasjoner og andre aktører som skal øves.
- Gi opplæring til lokale evaluatorene (evt. med bistand).
- Gjennomføre evalueringsarbeidet på øvingsstedet i henhold til beskrivelsene i øvingspakkene.
- Samle inn data og slutføre lokalt evalueringsarbeid med utferdigelse av rapport til delprosjektgruppa for evaluering.

5.2 Ansvar og oppgaver til evaluator på Nivå 3:

- Tilegne seg kunnskap om den etat eller enhet som skal evalueres, nasjonale og lokale målsettinger, prosedyrer osv.

- Ivareta helheten i evalueringsarbeidet i aktuelle etat eller enhet.
- Motta opplæring i evaluering og evt. gi opplæring til andre evaluatorene (evt. med bistand).
- Gjennomføre evalueringsarbeidet på øvingsstedet i henhold til beskrivelsene i øvingspakkene.
- Samle inn data og slutføre lokalt evalueringsarbeid med utferdigelse av rapport til delprosjektgruppa for evaluering.

5.3 Opplæring av evaluatorene (Fagdag 3 og 6 sept. 2018):

Mål med opplæringen er å øke sannsynligheten for at evaluatorene vil lykkes i å samle inn relevant, nødvendig og korrekt informasjon og data som grunnlag for god og riktig evaluering. Evalueringsgruppa (delprosjektgruppa) har ansvar for å definere det faglige innhold i opplæringspakken for evaluatorene og arrangere opplæringen for evaluatorene på nivå 1 og koordinatorene på nivå 2. Andre øvende etater og organisasjoner vil også bli invitert til våre opplæringsaktiviteter.

Det skal være et tett samarbeid mellom evalueringsgruppa og lokale evalueringskoordinatorene.

5.3.1 Nødvendig og relevant dokumentasjon som må være tilgjengelige for evalueringsgruppa og evaluatorene (vil bli lagt til dokumentarkiv i CIM):

- Prosjektdirektiv
 - o Overordnede målsettinger
 - o Felles delmål
- Trenings- og øvingspakker (skisser og øvingsspesifikasjoner)
- Lokale gjennomføringsplaner / øvingsdirektiv
- Overordnede (nasjonale/sentrale) dokumenter, konsept, retningslinjer.
- Relevante lokale prosedyrer og beredskapsplaner
- Kjennskap til andre aktører i øvelsen og deres øvingsdirektiv og mål.

5.4 Gjennomføring av evalueringen:

Evalueringen vil i noen grad bli lagt opp etter DSB sitt Metodehefte i evaluering og vil gi erfaring med systematisert metodikk som beskrevet der.

Det skal være avklarende møter om gjennomføring av evaluering mellom Evalueringsgruppa, lederne av arbeidsgruppene for de fire sentrale øvingspakkene Beredskapsledelse, CBRNE, Masseskader og Helsehjelp til evakuerte. Det vil også bli gjennomført møter med de lokale øvingsledere samt koordinatorene for evaluering for å sikre at det er oppnevnt tilstrekkelig antall evaluatorene og at disse får nødvendig opplæring, blir kjent med sine oppgaver og får forsvarlige arbeidsforhold til å utføre evaluering.

Under øvelsen skal delprosjektgruppe evaluering følge øvingsledelsen rundt på øvingslokalisasjonene for å sikre at evalueringsverktøyet fungerer og at evalueringen foretas som planlagt og med minst mulig lokale variasjoner.

Evaluering av øvelsen i sentrale staber, staber i foretak og kommuner inkl. bruk av SBS skal ha sentralt fokus i evalueringsarbeidet og i evalueringsrapporten da innfrielse av de overordnede nasjonale mål er avhengig av at aktivitetene på disse nivå foregår i henhold til planverk og prosedyrer.

Forberedende kompetansehevende aktiviteter skal evalueres retrospektivt eller fortløpende der dette er mulig (Fig 3). Vi skal bruke det elektroniske evalueringsverktøyet evt. kombinert med intervju og utdypende spørreskjema.

Evalueringsverktøyet skal også tas i bruk for å evaluere aktiviteter i treningsfasen. Det vil gi relevant informasjon for å kunne justere evalueringsopplegget før selve øvelsen samtidig som det gir erfaring og læring i bruken av dette

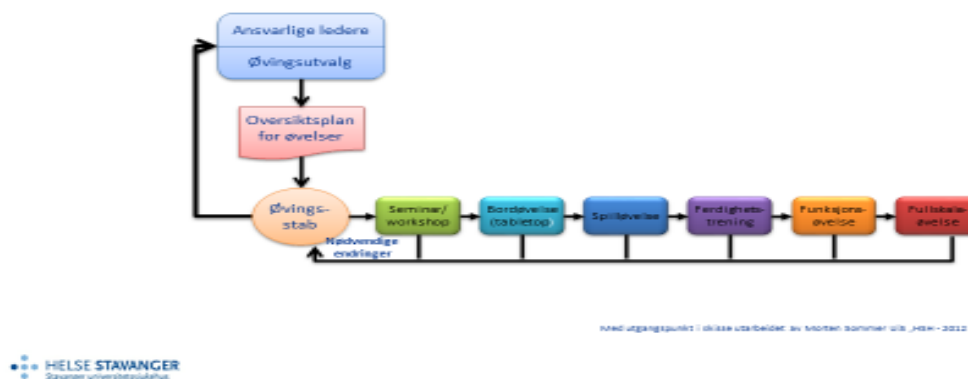


Fig 3.

For hver lokalisasjon skal evalueringsgruppa rett etter avsluttet lokale øvelser delta på Førsteintrykkssamling (AAR – After Action Review).

Møtet skal avklare 4 spørsmål:

- Hva forventet vi skulle skje?
- Hva skjedde?
- Hva gikk bra og hvorfor?
- Hva kan forbedres og hvordan?

Det som framkommer på dette møtet skal inngå som en del av datamaterialet.

Førsteintrykkssamlingen skal gi deltakerne mulighet til å reflektere over egen forberedelse, innsats og erfaringer i øvelsen og diskutere dette opp mot hendelsene slik de forløp gjennom tidslinja for den lokale øvelsen. Delprosjektgruppe evaluering skal i samarbeid med lokal øvingsleder avklare tidspunkt (ca. 2 t), sted og møteledelse for samlingen. Det er viktig at

deltakerne opplever at denne samlingen er avklarende i forhold til det man planla opp imot hva som egentlig skjedde og hvorfor / hvorfor ikke det ble slik og at elementer for læring og forbedring blir fokusert.

Lokal evalueringskoordinator skal ferdigstille evalueringsdata lokalt og innen 28. november 2018 utferdige evalueringsrapport fra sitt område til Evalueringsgruppa (delprosjektgruppa).

Arbeidet med redigering, sammenstilling og analyse av innkomne data og informasjon vil bli gjort av ressurser i delprosjektgruppa etter anerkjent metodikk bl.a. som anbefalt i DSB sitt Metodehefte for evaluering.

Det er viktig å kvalitetssikre konklusjoner og tiltak (forbedrings og bevaringspunkter) og legge opp til en strukturert veg videre mot avslutning av evalueringsrapport og over i implementeringsfase for lærings- og forbedringspunkter. Det kan være utfordrende i øvelser med mange forskjellige etater og mange tverrsektorielle utfordringer i å få på plass læring, forbedring og endring. Evalueringsgruppa skal for å lette prioritering av tiltak i etterkant av øvelsen sette opp en risikomatrise der man forsøker å gruppere forbedrings- og bevaringspunkter i fargeskala grønn, gul og rød.

Evalueringen av Nasjonal Helseøvelse har som intensjon å innfri på føringer i Meld. St. 10 (2016-2017) – Risiko i et trygt samfunn som fremhever betydningen av læring etter øvelser og hendelser. Regjeringen vil at alle øvelser skal evalueres og funn og læringspunkter skal følges opp gjennom en ledelsesforankret tiltaksplan. Oppfølgingen av øvelser skal ikke anses som avsluttet før alle punktene i tiltaksplanen er fulgt opp tilfredsstillende. De tverrsektorielle læringspunktene er det DSB som har ansvar for å følge opp, noe som gjøres i regi av Nasjonalt øvelses- og evalueringsforum (NØEF).

Evalueringsgruppa skal ha ferdig utkast til evalueringsrapport innen 25 januar 2019. Prosjektledelsen vil den 1. februar arrangere evalueringsseminar på Gardermoen for de etater som deltok i øvelsen. Seminaret skal gi aktørene anledning til å diskutere utkastet til evalueringsrapport med tanke på oppklaringer, innspill og suppleringer.

Det er i evalueringen svært viktig å få synliggjort hvordan det sivilmilitære samarbeidet fungerte under øvelsen og legge tydelige og realistiske føringer for hvordan helsevesenet kan bidra til videre utvikling av totalforsvaret og et godt sivilmilitært samarbeid.

Evalueringsens anbefalinger for videre arbeid skal settes inn i en handlingsplan med tidsfrister der læringspunkter og tiltak blir systematisert slik at det tydelig framkommer hvilken etat/ driftsområde som har ansvar for gjennomføring av læring både for individ, organisasjon og system.

Ferdig evalueringsrapport leveres Prosjektledelsen 15 februar 2019.

6. Fremdriftsplan

6.1 Delprosjektgruppa:

Avholde regelmessige skypemøter og arbeidssamlinger i delprosjektgruppa for å sikre rett fokus, diskusjon og gode løsninger på aktivitetene i evalueringen.

Leder evalueringsgruppa skal møte og rapportere i **Prosjektgruppa for hovedprosjektet** – både samlinger og Skypemøter.

Delta på Kick Off - 25. april 2018.

Fortløpende møter med Onevoice vedr. ferdigstillelse av **evalueringsverktøy**.

Evalueringsmålene og evalueringskriteriene skal bearbeides slik at de kan settes inn i det valgte evalueringsverktøyet. Deltakerne skal definere oppgaver og spørsmål til evaluatorene i henhold til de mål som skal evalueres (både overordnede mål og felles / lokale delmål).

Oversikt over deltakende etater – skal utarbeide endelig oversikt på de forskjellige øvingspakkene og øvingslokalitetene for å få en oppstilling av alle som er inne og evaluerer de forskjellige aktivitetene (legges i Share point).

Arrangere table tops for å erfare, evaluere og korrigere bruken av evalueringsverktøyet. På disse aktivitetene deltar delprosjektgruppe evaluering sammen med representanter for arbeidsgruppene som har ferdigstilt øvingspakkene, koordinerende evaluatorene og lokale øvingsledere.

De **etater og organisasjoner** vi samarbeider med i øvelsen inviteres til å delta på **opplæringssamlingen** vår.

Ferdigstille opplæringsprogram som kan brukes lokalt av koordinatorene for evaluering i arbeidet med å gi evaluatorene på nivå 2 nødvendig opplæring. Inkludert **e-læringsprogram** i evalueringsverktøyet.

Lokale opplæringsaktiviteter avholdes for evaluatorene nivå 2 (e-læringsprogram for evalueringsverktøyet). Lokal øvingsleder og koordinerende evaluator fastsetter datoer og program som legges på Sharepoint. Kontakte delprosjektgruppe evaluering om det er behov for bistand. Det er også viktig å sikre at relevant dokumentasjon er gjort tilgjengelig for evaluatorene.

Planlegge og gjennomføre evaluering av planfasen og øvingsfasen (mindre, lokale øvelser, piloter, table tops) ved hjelp av standard spørsmål i evalueringsapplikasjonen, questback,

intervju el.l. Evalueringsgruppa er ansvarlig for å utferdige spørsmål i henhold til målsettingene for aktivitetene.

Questback fra deltakerne i øvelsen: Personell, markører, moderatorer, evaluatore. Denne bør utføres nært opp til gjennomført aktivitet, gjerne i forbindelse med Førsteintrykkssamlingen. Delprosjektgruppe evaluering er ansvarlig for å utferdige spørsmålene.

Delprosjektgruppa må avtale møter med evaluatore nivå 3:

- Evaluatore sentrale staber / evaluatore i bruk av SBS.
- Evaluatore til Helseteamene
- Evaluatore til mediespill.
- Evaluatore i spillstab.
- Evaluatore andre deltagende etater (politi, forsvar, brann, siv. forsv. osv).
- Evaluatore andre deltagende organisasjoner/ aktører.

6.2 Møter / Samlinger

23 mai - Samling Stjørdal avholdt med deltakere fra Delprosjektgruppa, lokale øvingsledere og koordinerende evaluatore. Tema evalueringsverktøyet presentert av Onevoice.

18 juni - Samling i Tromsø for samme gruppe som 23 mai. Videre arbeide og planlegging av evaluering. Testing av evalueringsverktøy, piloter. Scandic Ishavshotellet fra kl. 13.00 til 20.00.

3 sept. – Værnes / Stjørdal opplæringssamling i evaluering.

6 sept. – Gardermoen opplæringssamling i evaluering (samme program som 3. sept.).

24. okt. til 7. nov. delta på øvelsen - Sammen med øvingsledelsen på reise til de forskjellige øvingslokalisasjonene.

Arrangere lokale Førsteintrykkssamlinger (AAR). Etter avsluttet øvelse på hver lokalisasjon. For alle deltagende aktører/ etater. Delprosjektgruppe evaluering skal i samarbeid med lokal øvingsleder avklare tidspunkt (ca. 2 t), sted og møteledelse for samlingen.

10 – 11 desember – Arbeidssamling / skrivesamling for Delprosjektgruppe evaluering. Sted: Oslo sentrum.

7 – 8 januar 2019 – Skrivesamling for Delprosjektgruppe evaluering. Sted: Tønsberg.

22 - 23 januar – Skrivesamling for Delprosjektgruppe evaluering. Sted: Oslo sentrum.

1 februar 2019 arrangeres **Evalueringsseminar** for alle medvirkende etater der utkast
Evalueringsrapporten skal gjennomgås med bl.a. øvende etater.
Sted: Gardermoen Radisson Blu Airport hotell.

6 februar – Avsluttende skrivesamling for Delprosjektgruppe evaluering. Sted Oslo.

6.2.1 Frister:

15 juni – frist for ferdigstillelse av program for fagdag evaluering 3 og 6. sept.

15 juni – frist for å ha klar de lokale øvingsplanene for at Onevoice skal ha disse lagt inn i
evalueringsverktøyet før sommerferien.

15 juni – frist for å ha meldt in behov for antall lokale evaluatore og med navn på lokal
koordinerende evaluator med stedfortreder /støtteressurser.

18 juni- skal ha ferdig evalueringsverktøyet for ledere av aktiviteter i opplæringsfasen
fram mot hovedøvelsen.

18 juni- evalueringsverktøy klart for retrospektiv evaluering av planleggingsfasen.

20 august - Frist for påmelding **evaluatoropplæring** Stjørdal og Gardermoen.

28. november 2018 - Frist for lokal evalueringskoordinator til å ferdigstille evalueringsdata
lokalt og utferdige evalueringsrapport fra sitt område til Evalueringsgruppa
(delprosjektgruppa).

25 januar 2019 - Evalueringsgruppa skal ha ferdig utkast til evalueringsrapport innen. Denne
skal være utgangspunkt for diskusjoner på Evalueringsseminaret den 1 februar.

15 februar 2019 - **Ferdig evalueringsrapport** leveres Prosjektledelsen.

Vedlegg

- 1) Øvingsinstruks Nasjonal Helseøvelse 2018. Utgitt 07.02.18.
- 2) Overordnet tidsplan for Prosjekt Nasjonal Helseøvelse 2018
- 3) Rolle og ansvarsbeskrivelse fra Prosjektledelsen.
- 4) Metodehefte i evaluering - DSB.



Videreutvikling av
sivilt-militært samarbeid
og totalforsvaret

Sivilt-militært kontaktmøte

Cecilie Daae
direktør DSB

6. september 2016

Baseline requirements

- NATOs komite for sivil beredskapsplanlegging (CEPC) har etablert syv forpliktende krav til medlemslandene
- NATOs kollektive forsvar bygger på at medlemslandene har en godt fungerende sivil beredskap og motstandsdyktige kritiske samfunnsfunksjoner og infrastruktur.
- Det foreligger retningslinjer og konkrete mål for hver av de syv kravene

The Seven Baseline Requirements

1. Sikre kontinuitet for styresmaktene og kritiske offentlige tjenester
2. Sikre en robust kraftforsyning
3. Sikre evnen til å håndtere ukontrollert forflytning av mennesker
4. Sikre robust mat- og vannforsyning
5. Sikre evnene til å håndtere masseskadesituasjoner
6. Sikre robuste sivile kommunikasjonssystemer
7. Sikre robuste transportsystemer

Vedlegg 4:

Registrering av forberedende/kompetansehevende aktiviteter

Hovedtema	Dato	Tittel og sted	Beskrivelse av innhold	Målgruppe
Ørlandet				
Masseskade	4.9.18	Bordøvelse, Brekstad		Deltakere i øvelsen
Helsehjelp til evakuerte				
Beredskapsledelse				
Evaluerings				
Annet				
Tynset				
Masseskade	20.9.18	Fagdag krigsskader	Prinsipper for håndtering av penetrerende skader med fokus på blødningskontroll Bruk av tourniquet og andre spesifikke tiltak ved livstruende blødning Blodprodukter Damage Control Resuscitation Ledelse, kommunikasjon og samarbeid Simulering x2	Kirurgisk personell Anestesipersonell Medlemmer i traumeteam
Helsehjelp til evakuerte	15.8.18	EPS Tynset	RVTS opplæring	Kommunale kriseteam
Beredskapsledelse	14.9.18	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv CASE	Sykehuset Innlandet
Evaluerings	13.9.18	Opplæring av evaluatører	Opplæring av lokale evaluatører i Tynset	Lokale evaluatører
Annet				
Masseskade	27.09	Fagdag prehospitalt Sessvollmoen	Fagdag prehospitale tjenester Sivilt militært samarbeid og fokus på håndtering av masseskade	
Kristiansund				
Annet	19.4.18	Oppstartsmøte Nasjonal helseøvelse	Første samling for deltakere og planleggere	Lokale og sentrale ledere fra alle øvende etater og samarbeidsparter
Annet	8.5.18	Scenarioutvikling	Arbeidsgruppe for utvikling av øvings scenario	
Annet	22.5.18	Plankonferanse 1	Gjennomgang og utvikling av innholdet i øvelsen	Lokale og sentrale ledere fra alle øvende

				etater og samarbeidsparter
Annet	22.8.18	Plankonferanse 2	Gjennomgang og utvikling av innholdet i øvelsen	Lokale og sentrale ledere fra alle øvende etater og samarbeidsparter
Annet	23.10.18	Plankonferanse 3	Gjennomgang og utvikling av innholdet i øvelsen	Lokale og sentrale ledere fra alle øvende etater og samarbeidsparter
Masseskade	5.9.18	Fagdag krigsskader	Prinsipper for håndtering av penetrerende skader med fokus på blødningskontroll Bruk av tourniquet og andre spesifikke tiltak ved livstruende blødning Blodprodukter Damage Control Resuscitation Ledelse, kommunikasjon og samarbeid Simulering x2	Kirurgisk personell Anestesipersonell Medlemmer i traumeteam
Masseskade	27.09.18	Fagdag prehospitalt Sessvollmoen	Fagdag prehospitale tjenester Sivilt militært samarbeid og fokus på håndtering av masseskade	Taktisk nivå
Masseskade	1.10.18	Bordøvelse	Bordøvelse massetilstrømning Taktisk nivå sykehus	Kristiansund sykehus
Masseskade	5.10.18	Bordøvelse	Bordøvelse massetilstrømning Taktisk nivå sykehus	Kristiansund sykehus
Masseskade	22.10.18	Bordøvelse	Bordøvelse massetilstrømning innsatslesere	Innsatsledere aktører i felt
Helsehjelp til evakuerte	4.9.18	EPS Kristiansund	Læringsopplegg for etablering og drift av Evakuert, - og pårørendesenter ved store ulykker/katastrofer	Kommunale kriseteam
Beredskapsledelse	24.8.18	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv stabsmetodikk, Trening 1	Sentral kriseledelse Ålesund
Beredskapsledelse	29.8.18	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv stabsmetodikk, Trening 1	Sentral krisestab, Ålesund
Beredskapsledelse	7.9.19	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv stabsmetodikk, Trening 1	Lokal krisestab, Kristiansund sykehus
Beredskapsledelse	18.9.18	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv stabsmetodikk, Trening 1	Sentral krisestab, Ålesund
Beredskapsledelse	21.9.18	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv stabsmetodikk, Trening 1	Lokal krisestab, Kristiansund

Beredskaps- ledelse	12.10.18	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv stabsmetodikk, Trening 1	Lokal krisestab, Kristiansund
Beredskaps- ledelse	19.10.18	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv stabsmetodikk, Trening 1	Sentral kriseledelse Ålesund
Evaluering	3.10.18	Evaluerings- seminar	Seminar for alle evaluatorer	Alle lokale evaluatorer
Orkdal				
Masseskade				
Helsehjelp til evakuerte	27.8.18	EPS Orkdal	RVTS opplæring	Kommunale kriseteam
Beredskaps- ledelse				
Evaluering				
Annet				
Masseskade	27.09	Fagdag prehospitalt Sessvollmoen	Fagdag prehospitale tjenester Sivilt militært samarbeid og fokus på håndtering av masseskade	
Elverum				
Annet	27.4.18	Plankonferanse 1	Gjennomgang og utvikling av innholdet i øvelsen	Lokal øvingsorganisasjon
Annet	6.6.18	Plankonferanse 2	Gjennomgang og utvikling av innholdet i øvelsen	Lokal øvingsorganisasjon
CBRNE	15.5.18	Bordøvelse del 1, Oslo	Varslingskjeden: Hvem varsler hvem og hvilke aktører har ansvar for hva	Nødetater og nasjonale støtteressurser innenfor CBRNE, samt fylkesmannen og ledere i nødetatene.
CBRNE	5-6.6	Fagdag CBRNE OUS	Fagdag CBRNE Alle som skulle delta i øvelsen var oppfordret til å delta på fagdagen ved OUS	Ambulanse AMK AM LV
CBRNE	18.9.18	CBRNE-kurs brann	CBRNE-kurs brann	Midt Hedmark brann og redning
Masseskade	21.9.18	Fagdag krigsskader	Prinsipper for håndtering av penetrerende skader med fokus på blødningskontroll Bruk av tourniquet og andre spesifikke tiltak ved livstruende blødning Blodprodukter Damage Control Resuscitation Ledelse, kommunikasjon og samarbeid Simulering x2	Kirurgisk personell Anestesipersonell Medlemmer i traumeteam
Beredskaps- ledelse	4.9.18	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv stabsmetodikk Ble fulgt opp med case 14. september + 22. oktober	Ledelsen ved Sykehuset Innlandet

Beredskapsledelse	5.9.18	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv stabsmetodikk Ble fulgt opp med case 18. oktober	Divisjonsledelsen Tynset
Beredskapsledelse	10.9.18	Proaktiv stabsmetodikk	Proaktiv stabsmetodikk Ble fulgt opp med case 17. oktober	Divisjonsledelsen Prehospitale tjenester
Evaluerings	12.9.18	Opplæring av evaluatore	Opplæring av lokale evaluatore i Elverum	Lokale evaluatore
Annet				
CBRNE	26.9.18	Bordøvelse del 2	Varslingskjeden: Hvem varsler hvem og hvilke aktører har ansvar for hva - Gjennomgang av case	Som over
Masseskade	27.09	Fagdag prehospitalt Sessvollmoen	Fagdag prehospitale tjenester Sivilt militært samarbeid og fokus på håndtering av masseskade	Også personell som skulle delta på CBRNE var oppfordret til å delta på masseskadesamlingen
CBRNE	4.10	Plankonferanse 3	Oppdatering og gjennomgang av øvingsdirektiv og praktiske forhold	
CBRNE	11.10	Lokal fagdag CBRNE	Todelt samling 1- ambulanse 2 Sykehus	Personell som skal delta i øvelsen fra ambulanse og akuttmottak/LV
CBRNE	30.10	Elverum	Kapasitetsdemonstrasjon av alle aktører innen CBRNE	Nødetater Ledelse av nødetater Regionale og nasjonale aktører med oppgaver innen CBRNE
Beredskapsledelse (sentralt)				
	7.5.18	Train the trainer seminar, Trondheim	Kunne planlegge og gjennomføre treninger og øvelser for krise/beredskapsledelsen ved bruk av proaktiv stabsmetodikk.	Øvingsansvarlige for krise/beredskapsledelsen i helseforetak Øvingsansvarlige for krise/beredskapsledelsen for kommunene
	22.5.18	Øve på beredskapsledelse	Trene på beredskapsleder rollen	Krisestaben i HMN RHF
	27.5.18	Øve på beredskapsledelse	Trene på beredskapsleder rollen	Krisestaben i HMN RHF
	4.6.18	Trening beredskapsledelse, Stjørdal		
	24.8.18.	Proaktiv stabsmetodikk	Trening i proaktiv stabsmetodikk	Kriseledelsen HF, Ålesund
	28.8.18.	Trening med Kriseledelsen, Stjørdal	Proaktiv stabsmetodikk	Kriseledelsen HMN RHF

	29.8.18.	Trening beredskapsledelse	Proaktiv stabsmetodikk	Sentral krisestab HMR (AMK MR)
	18.9.18.	Trening beredskapsledelse	Proaktiv stabsmetodikk	Sentral krisestab HMR (AMK MR)
	26.9.18.	Trening med Kriseledelsen, Stjørdal	Proaktiv stabsmetodikk, CBRNE-hendelse	Kriseledelsen HMN RHF
Evaluering (sentralt)				
	3.9.18. 6.9.18	Fagdag for evaluatore, Værnes Fagdag for evaluatore, Gardermoen	Intro: NHØ18 og øvingspakkene Sivilt beredskapssystem (SBS) Teori evaluering og læring Evalueringsdirektiv: Hvordan evalueringen skal gjøres i praksis Evalueringsverktøyet: demo v/OneVoice Evalueringsverktøyet: «trykketrening» Rapportering etter øvelsen: hva og hvordan, samt gjennomgang mal for rapport.	-Lokal koordinerende evaluator med en eller to medhjelpere for hver lokalisasjon. -Lokal øvingsleder. -Evaluatore/fagevaluatore utpekt av delprosjektgruppa. Disse vil ha ansvar for å følge opp evalueringen av samme hovedtema (Masseskader, CBRNE, helsehjelp til evakuerte og beredskapsledelse) på de ulike nivå og lokalisasjoner. -Evaluatore fra andre deltakende organisasjoner i Nasjonal Helseøvelse. -Evalueringsgruppa (Delprosjektgruppe).

Vedlegg 5

Detaljerte delmål for RHF, sykehus/prehospital og kommuner

	Delmål	Øvingsmomenter	Merknad	Type øvelse
1	RHF skal kunne etablere og drive beredskap/kriseledelse på regional strategisk nivå	- Roller, ansvar, oppgaver i henhold til gjeldende beredskapsplaner	Beredskapsledelse	Teori Bordøvelse/ spilløvelse Fullskala øvelse
2	Beredskapsledelsen skal arbeide metodisk og proaktivt og løse sine oppgaver både på kortvarige og langvarige hendelser/kriser.	- Proaktiv stabsmetodikk - Sivilt militært samarbeid - ledelse - stabsutfordringer - Kommunikasjon - Bruk av tavler - Dokumentasjon/loggføring og rapportering - Utholdenhet over tid.	Beredskapsledelse	Teori Funksjonsøvelser Bordøvelse/ spilløvelse Fullskala-øvelse
3	Beredskapsledelsen skal kunne samhandle med nasjonale helsemyndigheter på en måte som fører til et samordnet situasjonsbilde og en koordinert håndtering av hendelsen/krisen.	- Rapportering i HelseCIM - Ansvar, roller og oppgaver - Samhandling mellom HF og RHF og nasjonale helsemyndigheter - Utveksling av gradert informasjon - Nasjonal koordinering av helsetjenesten - Utløsning av bistand av nasjonale ressurser	Beredskapsledelse Maler for rapportering i CIM? (f.eks. intensivkapasitet)	Bordøvelse Spilløvelse Fullskala-øvelse
4	Helseforetaket skal kunne samarbeide med forsvaret og andre relevante samarbeidspartnere i hele spekteret fra fred, krise og krig. Samarbeidet skal føre til god informasjonsutveksling, godt koordinert/samordnet innsats og god ressursutnyttelse.	- Kunnskap om hverandres beredskap / kriseledelse - Ansvar, roller og oppgaver - Kommunikasjonslinjer (hvem kommuniserer med hvem og hvordan) - Utveksling av gradert informasjon - Alternative verktøy for kommunikasjon/kommunikasjonsmidler	Beredskapsledelse	Workshop Bordøvelse Spilløvelse Fullskala-øvelse

Detaljerte delmål og øvingsmomenter for helseforetak/sykehus:

	Delmål	Øvingsmomenter	Merknad	Type øvelse
1	Helseforetaket skal kunne etablere og drive beredskap/kriseledelse på strategisk, operasjonelt og taktisk nivå.	- Roller, ansvar, oppgaver i henhold til gjeldende beredskapsplaner	Beredskapsledelse	Teori Bordøvelse Fullskalaøvelse
2	Beredskapsledelsen skal arbeide metodisk og proaktivt og løse sine oppgaver både på kortvarige og langvarige hendelser/kriser.	- Proaktiv stabsmetodikk - Sivilt militært samarbeid - ledelse - stabsutfordringer - Kommunikasjon - Bruk av tavler - Dokumentasjon/loggføring og rapportering - Utholdenhet over tid.	Beredskapsledelse	Teori Funksjonsøvelser Bordøvelse Fullskalaøvelse
3	Helseforetaket skal kunne samarbeide med forsvaret og andre relevante samarbeidspartnere i hele spekteret fra fred, krise og krig. Samarbeidet skal føre til god informasjonsutveksling, godt koordinert/samordnet innsats og god ressursutnyttelse.	- Kunnskap om hverandres beredskap/kriseledelse - Ansvar, roller og oppgaver - Kommunikasjonslinjer (hvem kommuniserer med hvem og hvordan) - Utveksling av gradert informasjon - Alternative verktøy for kommunikasjon/kommunikasjonsmidler	Beredskapsledelse	Workshop Bordøvelse Spilløvelse Fullskalaøvelse
4	Beredskapsledelsen skal kunne samhandle med nasjonale helsemyndigheter på en måte som fører til et samordnet situasjonsbilde og en koordinert håndtering av hendelsen/krisen.	- Rapportering i HelseCIM - Ansvar, roller og oppgaver - Samhandling mellom HF og RHF og nasjonale helsemyndigheter - Utveksling av gradert informasjon - Nasjonal koordinering av helsetjenesten - Utløsning av bistand av nasjonale ressurser	Beredskapsledelse Maler for rapportering i CIM (f. eks intensivkapasitet)	Bordøvelse Spilløvelse Fullskalaøvelse
5	AMK sentralene i helseforetakene kunne samhandle med forsvarets PECC og JPECC på en måte som fører til koordinert samhandling og god	- Ansvar, roller og oppgaver - Kommunikasjonsmidler, bruk av nødnett, annet samband, telefoni osv. - Kommunikasjon i evakueringskjeden	Koordinering av ressurser Operasjonelt nivå	Workshop Bordøvelse Spilløvelse

	utnyttelse av de tilgjengelige helseressurser.	- Liaison fra forsvaret i AMK? - Liaison fra helseforetaket i PECC og JPECC?	Helhetlig medisinsk evakuering – og behandlings-konsept	Fullskala-øvelse
6	Helseforetak og forsvaret skal kunne arbeide etter helhetlig medisinsk evakuerings – og behandlingskonsept	- Helhetlig medisinsk evakuerings – og behandlingskonsept. - Forsvarets oppgaver og ansvar - Sivil helsetjeneste oppgaver og ansvar (helseforetak og kommuner) - Kommunikasjon og kommunikasjonsmidler - Ledelse og ansvarsforhold. - Taktikk – ivaretagelse av sikkerhet - Triage og merking av pasienter - Samordning av materiell?	Nasjonalt konsept Helhetlig medisinsk evakuerings – og behandlings-konsept	Teori Funksjons-øvelser Fullskala-øvelse
7	Helseforetak og forsvaret skal kunne samarbeide om liaison fra forsvaret i akuttmottaket. Dette samarbeidet skal føre til en samordnet håndtering av pasienter	- Avtaler og prosedyrer nasjonalt? - Lokale avtaler og prosedyrer - Roller og ansvar/oppgaver - Samarbeid over lengre tid – utholdenhet.	Liaison Nasjonalt konsept?	Workshop Funksjons-øvelser Bordøvelse Fullskala-øvelse
8	Helseforetak og forsvaret skal samarbeide om å ivareta fiendtlige soldater på en måte som ivaretar sikkerhet og fører til at nødvendig helsehjelp blir gitt.	- Ivaretagelse av sikkerhet, Vakthold og sikring - Registrering - Utskrivning	Vakthold og sikring Nasjonale beskrivelser/ Prosedyrer?	Workshop Bordøvelse Fullskala-øvelse
9	Helseforetak skal kunne støtte hverandre med personell og materiell på en koordinert måte i samsvar med nasjonale og lokale prosedyrer/ retningslinjer	- Vurdering av behov - bistandsanmodning - Nasjonal rapportering og samordning - Støtte med helseteam over helseforetaksgrenser - Klargjøring og utsending av helseteam - Mottak av helseteam - Bruk av helseteam - Nedtrapping	Helseteam Nasjonale beskrivelser /prosedyrer?	Workshop Bordøvelse Fullskala-øvelse

		- Vedlikehold og oppfølging		
10	Helseforetak skal kunne støtte kommunehelsetjenesten med spesialisthelsetjenester til personer / befolkning som er evakuerte som følge av væpnet konflikt / krig	- Samarbeid med kommuner og forsvaret - Somatiske helsetjenester - Psykiatri helsetjenester - Samhandling med forsterkningsressurser inkl. frivillige org.	Helsehjelp til evakuerte	Workshop Bordøvelse
11	Helseforetaket skal i nært samarbeide med kommunehelsetjenesten, forsvaret, andre nødetater og forsterkningsressurser kunne gi nødvendig helsehjelp til pasienter som er rammet av CBRNE-hendelser	- Håndbok fra nasjonalt kompetansesenter for CBRNE-medisin - Forsvarets rutiner/prosedyrer - Samarbeid med kommunehelsetjenesten - Samarbeid med brann, politi, forsvaret og sivilforsvar - Ivaretagelse på skadested, under transport og på sykehus.	Helsehjelp og taktikk ved CBRNE-hendelser	Teori Bordøvelse
12	Luftambulansetjenesten skal være godt koordinert med forsvaret og kunne fylle sin rolle i helsetjenesten med best mulig ivaretagelse av sikkerhet under oppdrag hvor Norge er i væpnet konflikt.	- Samarbeid mellom helseforetak og forsvaret i bruk av luftambulansetjenesten - Helhetlig medisinsk evakuering og behandlingskonsept - Særlige hensyn for luftambulansetjenesten - Bruk av ambulansefly - Bruk av ambulansehelikopter - Ledelse, roller og ansvar - Kommunikasjon og kommunikasjonsmidler	Luftambulansetjenesten (mål og hovedmomenter må avklares med Luftambulansen HF)	Workshop Bordøvelse Funksjonsøvelser Fullskalaøvelse
13	Bilambulansetjenesten skal være godt koordinert med forsvaret og kunne fylle sin rolle i helsetjenesten med best mulig ivaretagelse av sikkerhet under oppdrag hvor Norge er i væpnet konflikt	- Samarbeid mellom helseforetak og forsvaret i bruk av bilambulansetjenesten - Helhetlig medisinsk evakuering og behandlingskonsept - Ledelse, roller og ansvar - Kommunikasjon og kommunikasjonsmidler	Bilambulansetjenesten	Workshop Bordøvelse Funksjonsøvelser Fullskalaøvelse

Detaljerte delmål og øvingsmomenter for kommunene:

	Delmål	Øvingsmomenter	Merknad	Type øvelse
1	Kommunen skal ha en beredskap/kriseledelse som fører til at kommunens ressurser utnyttet på en god måte for å gi forsvaret og sivilbefolkningen nødvendige helsetjenester	- Kommunens samhandling med forsvaret og spesialisthelsetjenesten - Situasjonsforståelse - Prioritering av oppgaver - Ledelse, roller og ansvar - Kommunikasjon - Bruk av HelseCIM - Rapportering til fylkesmannen/samarbeidet med fylkesmannen	Beredskapsledelse Kommunal beredskap/krise - ledelse	Bordøvelse Fullskala - øvelse
2	Beredskapsledelsen skal arbeide metodisk og proaktiv og løse sine oppgaver både på kortvarige og mer langvarige hendelser	- Proaktiv stabsmetodikk - Sivilt militært samarbeid – ledelse stabsutfordringer - Kommunikasjon - Bruk av tavler, Dokumentasjon og Rapportering	Beredskapsledelse Stabsmetodikk Kompetanse i stabsledelse	Teori Funksjons-øvelse Bordøvelse Fullskala – øvelse
3	Relevante aktører i kommunehelsetjenesten skal i samhandling med ressurser fra helseforetak og forsvaret samt forsterkningsressurser kunne fylle sin rolle i helhetlig medisinsk behandling og evakueringskonsept	- Helhetlig medisinsk evakuerings – og behandlingskonsept. - Forsvarets oppgaver og ansvar - Sivil helsetjeneste oppgaver og ansvar (helseforetak og kommuner) - Kommunikasjon og kommunikasjonsmidler - Ledelse og ansvarsforhold. - Taktikk – ivaretagelse av sikkerhet - Triage og merking av pasienter - Samordning av materiell?	Helhetlig medisinsk evakuerings – og behandlingskonsept.	Teori Funksjons-øvelse Fullskala - øvelse
4	Kommunehelsetjenesten skal kunne gi helsehjelp til sivilbefolkningen og forsvaret i områder med militær aktivitet/væpnet konflikt	- Legevakt – Ø. hjelp - Hjemmesykepleie - Kommunale helseinstitusjoner - Psykiatri og psykososial oppfølging	Kommunale helsetjenester under væpnet konflikt	Teori Bordøvelse Fullskala – øvelse.

5	Kommunehelsetjenesten skal kunne gi helsehjelp til sivilbefolkningen og forsvaret når mange mennesker er evakuert til kommunen	- Legevakt – Ø. hjelp - Hjemmesykepleie - Kommunale helseinstitusjoner - Psykiatri og psykososial oppfølging	Helsetjeneste til evakuerte	Workshop Bordøvelse Spilløvelse
6	Kommunehelsetjenesten skal i nært samarbeide med helseforetaket, forsvaret, andre nødetater og forsterkningsressurser kunne gi nødvendig helsehjelp til pasienter som er rammet av CBRNE-hendelser	- Håndbok fra nasjonalt kompetansesenter for CBRNE-medisin - Forsvarets rutiner/ prosedyrer - Samarbeid med kommunehelsetjenesten - Samarbeid med brann, politi, forsvaret og sivilforsvar - Ivaretagelse på skadested, under transport og på sykehus.	Helsehjelp og taktikk ved CBRNE-hendelser	Teori Bordøvelse Fullskala-øvelse.
7	Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med helseforetakene på en måte som sikrer god ressursutnyttelse i krise og krig.	- Ta imot pasienter som er utskrevet på sykehus - Legevaktenes portvaktfunksjon - Samarbeid mellom beredskapsledelsene - Samarbeid mellom AMK og LV sentraler	Samarbeid mellom kommune og spesialist-helsetjenesten for riktig ressursutnyttelse	Workshop Bordøvelse Fullskala – øvelse??