

Klæbu kommune

Plan for helsemessig- og sosial beredskap (1.6.2015)

- A- Generelle del**
- B- Operativ del**
- C- Vedlegg**

Klæbu kommune

Plan for helsemessig og sosial beredskap

A - Generell del

1. INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN/LOVGRUNNLAG

1.2 FORMÅL

1.3 HOVEDPROBLEM

1.4 HOVEDPRINSIPPER

1.5 SAMORDNING

1.6 DEFINISJONER

2. KOMMUNENS ANSVAR

2.1 HELSE

2.1 SOSIAL

2.3 ETABLERING AV KRISELEDELSE

3.A. HENDELSER

3.B. PROBLEMER

4. RESSURSER

5. SAMORDNING AV PLANER

6. ENHETENE

7. EVALUERING OG Revisjon

8. BAKGRUNNSTOFF - MER INFORMASJON

1. Innledning

1.1 BAKGRUNN/LOVGRUNNLAG

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helsetjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap - <http://www.lovdata.no/all/nl-20000623-056.html>. Det er også utarbeidet en egen forskrift om det samme - <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20010723-0881.html>. Videre er ansvar og oppgaver også omtalt i helse- og omsorgstjenesteloven, smittevernloven og helsepersonelloven.

Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Beredskapsloven krever bl.a. at virksomheter som loven omfatter skal kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften under kriser og katastrofer i fredstid, og under krig. Driften under en ekstraordinær situasjon skal være basert på den daglige tjeneste, oppdatert planverk og regelmessige øvelser.

1.2 FORMÅL

Formålet med planen er å verne om befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

1.3 DEFINISJONER

En krise eller katastrofe er en situasjon av ekstraordinær karakter der det akutte hjelpebehov ikke kan dekkes av tilgjengelige ressurser, og ordinære ansvarsforhold og kommandoforhold ikke strekker til, og omlegging eller ekstra tilførsel av ressurser er nødvendig.

• **Ordinær situasjon:** Behovet for innsats dekkes på nødvendig faglig nivå av de ressurser i området som umiddelbart kan aktiviseres (dvs. vakthavende personell med deres ordinære materiell).

• **Ekstraordinær situasjon:** Behovet for innsats er større enn kapasiteten til de ressurser som umiddelbart kan aktiviseres, men lar seg løse innen nødvendig tid på akseptabelt faglig nivå ved forsterking av tilgjengelige ressurser.

Katastrofe: Behovet for innsats overgår de ressurser som er tilgjengelig innen nødvendig tid.

1.4 HOVEDPRINSIPPER

Ansvar: Den som har ansvar i normalsituasjon har også ansvar ved ekstraordinære hendelser.

Likhet: Den organisasjonen/organiseringen man opererer med under kriser, skal være mest mulig lik den en har til daglig.

Nærhet: Krisen skal håndteres på lavest mulig nivå.

1.5 SAMORDNING

Ansvars-, likhets- og nærhetsprinsippet tilsier at kommunens helse- og sosialtjeneste skal ivareta sine ordinære funksjoner så langt forholdene muliggjør dette.

En ekstraordinær situasjon berører flere sektorer i et samfunn og større befolkningsgrupper er, eller vil bli direkte eller indirekte berørt. Det er behov for samordning av tiltak.

Liv og helse skal prioriteres.

Kommuneoverlegen er derfor fast medlem av kommunens kriseledelse.

Kommuneoverlegen inngår i kommunens kriseledelse. Oppgavene er særlig:

- rådgivning om helsemessige aspekter/problemstillinger,
- vurdere alternative tiltak,
- fremlegge forslag til løsninger,
- ha oversikt over ressurser, samt bidra med prioritering og styring av disse,
- iverksette tiltak iht. kriseledelsens beslutninger,
- koordinering av tiltak innen helse- og omsorgstjenestens innsats, med særlig fokus på samhandling mellom forvaltningsnivåene,
- bidra til å utforme og delta i utarbeiding av en samlet informasjonsstrategi.

Politiet er pålagt å forestå samordningen ved redningsaksjoner der liv og helse er truet.

- En lege (LRS-legen) inngår i redningsledelsen i politidistriktet.

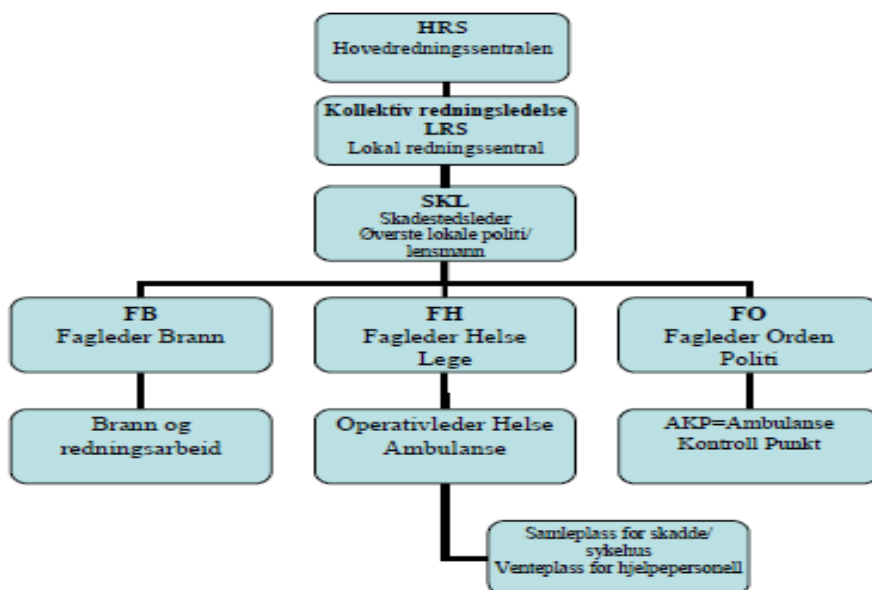
Det regionale helseforetaket har egen kriseplan – <https://helse-midt.no/om-oss/beredskap>

St. Olavs Hospital HF har egen beredskapsplan - <https://stolav.no/beredskap>

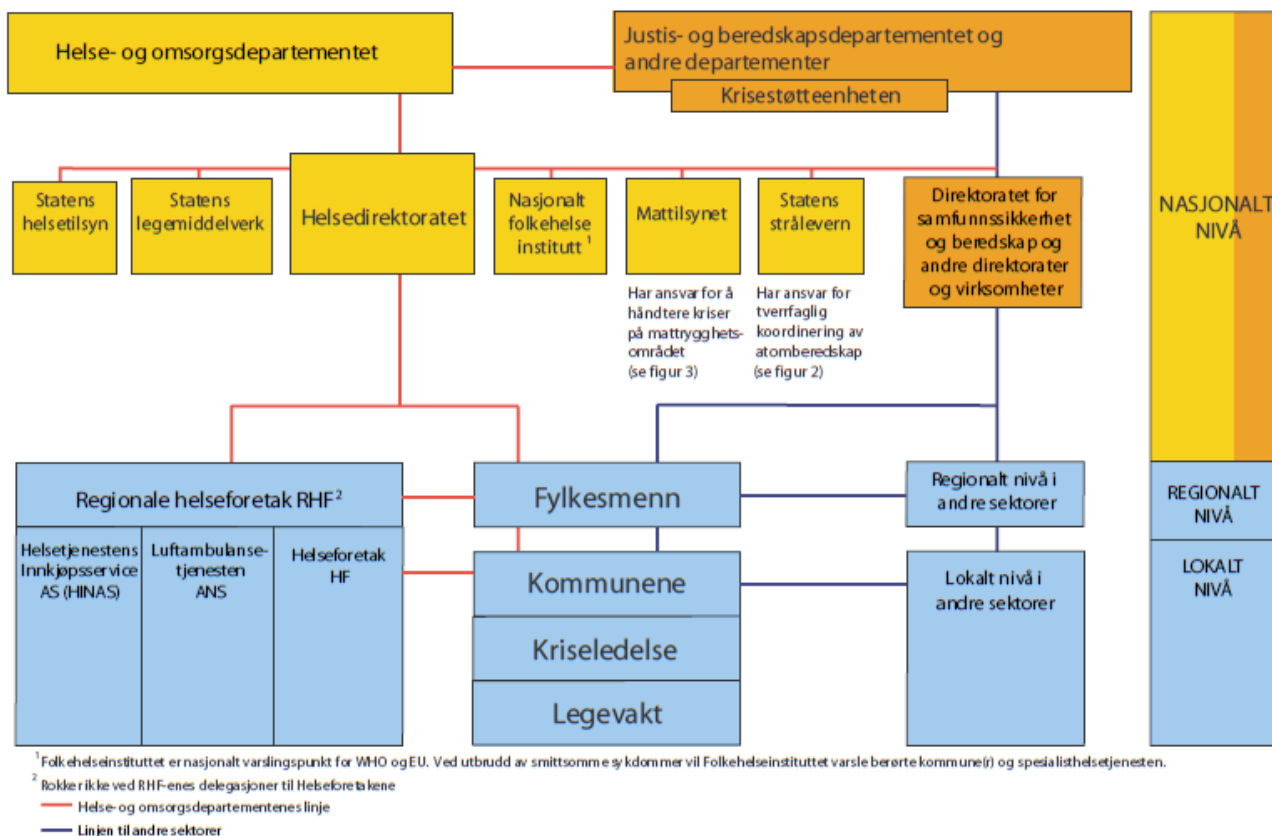
Det finnes også en tjenesteavtale mellom **Klæbu kommune** og **St. Olavs Hospital HF** om omforente beredskapsplaner - <https://stolav.no/documents/samarbeidsavtale%20kommuner.pdf>

1.1 OVERORDNET VARSLING VED KATASTROFE /MELDING OM ULYKKER

Organisasjonskart for katastrofer/ ulykker



Figur 1: Varslings- og rapporteringslinjer i helsesektoren ved kriser



2. Kommunens ansvar

2.1 HELSE

- Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.
- Kommunens helsetjeneste skal bl.a. omfatte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner.
- Kommuneoverlegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten.
- Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid.
- Helsetjenesten skal av eget tiltak gi informasjon om de forhold som er nevnt ovenfor til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen.
- Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen, å utføre nærmere tilvist arbeid.
- Dersom forholdene tilsier det, skal helsetjenesten i kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodningen om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehov.

(Lov om kommunale helse og omsorgstjenester mm - <http://www.lovdato.no/all/nl-20110624-030.html>)

2.2 ETABLERING AV KRISELEDELSE

Ekstraordinære situasjoner krever koordinerte tiltak fra flere samfunnssektorer.

Forhold med betydning for liv og helse oppstår under tilnærmet alle ekstraordinære situasjoner. Kommuneoverlegen inngår derfor i kriseledelsen.

Ytterligere opplysninger finnes i kommunens plan for kriseledelse -

<https://klabu.sharepoint.com/sites/klabu/Styringsdokumenter/Beredskapsplaner/Plan%20for%20kommunal%20kriseledelse.pdf>

3. A. Hendelser

Vurdering av risiko og sårbarhet finnes i **Overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse, versjon 1-april 2015.**

<https://klabu.sharepoint.com/sites/klabu/Styringsdokumenter/Beredskapsplaner/Overordna%20ros-analyse.pdf>

Det er totalt vurdert 12 hendelser. **Oversikt over hendelsene:**

1 Svikt i kraftforsyning	7 Storulykker (skred, flom, brann, dambrudd)
2 Svikt i vann- og avløpsnett	8 Skog- og lyngbrann
3 Forurensning	9 Atomulykke
4 Natur- og værhendelser. Klimaendringer	10 Terrorangrep
5 Pandemi. Epidemier	11 Cyberangrep
6 Svikt i forsyning av viktige varer og tjenester	12 Organisert kriminalitet

3. B – Problemer knyttet til hendelsene

1- Evakuering

Årsaker til problemer med evakuering kan være: fare for ras, flom, gass, eksplosjon, brann, osv.

De som har behov for spesialisttjeneste blir sendt til sykehus.

Evakuering av lettere skadde personer til rådhuset og evt. Klæbu legesenter.

2- Forsyningssvikt

Svikt i el-, drikkevann- og/eller teleforsyning til hjemmeboende eldre, familier med småbarn, sykehjem osv. (eks el-utfall hos pasienter med behov for elektromedisinsk apparatur, eller hos folk i boliger uten alternativ oppvarming).

Er transportkapasiteten fra større innsatssted for liten, oppstår behov for etablering av hjelpeplass for nødvendig midlertidig behandling og omsorg.

3- Psykososiale forhold

Kan oppstå ved angst for det ukjente, i forbindelse med større ulykker, eller utrygghet ved nasjonale eller internasjonale situasjoner (særlig ved massiv mediedekning).

Saklig, sann og lettfattelig informasjon til befolkningen gis av medlemmene i kommunens psykososiale kriseteam.

Ytterligere opplysninger finnes i kommunens plan for psykososialt kriseteam -

<https://klabu.sharepoint.com/sites/klabu/Styringsdokumenter/Psykososialt%20kriseteam%20rutinebeskrivelse.pdf>

Det vises også til Veileder for psykososiale tiltak ved krise, ulykker og katastrofer:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1166/Mestring,-samhorighet-og-hap-veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer-IS-2428.pdf>

4- Transport

Til transport brukes ambulanser og helikopter dirigert gjennom AMK.
Til intern transport har kommunen flere kommunale biler som kan brukes.

5- Redusert behandlingskapasitet

Dette kan skyldes interne hendelser som mangel på personale, eller svikt i ulikt teknisk utstyr, datautstyr mv.

Kan også skyldes eksterne hendelser som svikt i samfunnets infrastruktur og transport ved for eksempel værforhold, terror mv.

6- Bakterier, virus mv, smitte (biologiske agens)

Ytterligere opplysninger finnes i kommunens smittevernplan -

<https://klabu.sharepoint.com/sites/klabu/Styringsdokumenter/Beredskapsplaner/Smittevernplan.pdf>

7- Atomuhell, radioaktivt nedfall, ioniserende strålingsulykker

Vi har ingen radioaktiv kilde i Klæbu. Slike hendelser vil være en del av en større ulykke.

Ved større uhell gir Kriseutvalget ved atomberedskap råd og evt. pålegg om forebyggende tiltak, som kommunen skal gjennomføre overfor egen befolkning.

Informasjon fra Kriseutvalget blir gitt i media og www.nrpa.no

Fylkesmannen formidler informasjonen, råd og evt. pålegg, direkte til kommunene, via media og <http://www.fylkesmannen.no/Sor-Trondelag/> .

4. Ressurser

Det vises til kommunens plan for kriseledelse –

<https://klabu.sharepoint.com/sites/klabu/Styringsdokumenter/Beredskapsplaner/Plan%20for%20kommunal%20kriseledelse.pdf>

5. Samordning av planer

Plan for helsemessig og sosial beredskap er samordnet med kommunens øvrige beredskapsplaner-

<https://klabu.sharepoint.com/sites/klabu/Sider/Organisasjon-og-ledelse.aspx?RootFolder=%2Fsites%2Fklabu%2FStyringsdokumenter%2FBeredskapsplaner&FolderCTID=0x012000FB62FC77458E094EB380512C7F20441A&View=%7B67401B06%2DA065%2D4F27%2DAA67%2D53593794873F%7D>

Det vises også til regionale helseberedskapsplan - – <https://helse-midt.no/om-oss/beredskap>,

beredskapsplan for St. Olav HF- <https://stolav.no/beredskap>

og tjenesteavtale for omforente beredskapsplaner mellom kommunen og St. Olavs Hospital HF -

<https://stolav.no/documents/samarbeidsavtale%20kommuner.pdf>

6. Enhetene

Oversikt over de enkelte enhetene finnes på kommunens hjemmeside -

<https://klabu.sharepoint.com/sites/klabu/Styringsdokumenter/Organisasjonskart%20Klæbu%20kommune.pdf>

7. Evaluering og revisjon

Planen skal evalueres, og eventuelt revideres årlig i tilknytning til revisjon av kommunens øvrige planer.

8. Bakgrunnsstoff - mer informasjon

Mer generell informasjon finnes:

Helse- og omsorgsdepartementet- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod.html?id=421>

Helsedirektoratet – www.helsedirektoratet.no

Folkehelseinstituttet – www.fhi.no

Mattilsynet- www.mattilsynet.no

Statens strålevern – www.nrpa.no

Fylkesmannen- www.fylkesmannen.no

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap - www.dsb.no

Veileder for sikkerhet ved store arrangementer - http://www.helse-sorost.no/fagfolk/_planverk/_beredskap/_Documents/Beredskapsseminar%202016/5b%20-%20Veileder%20for%20sikkerhet%20ved%20store%20arrangementer%20-%20DSB.pdf

Veiledning til forskrift om kommunal beredskapsplikt - <https://www.dsb.no/lover/risiko-sarbarhet-og-beredskap/veileder/veiledning-forskrift-kommunal-beredskapsplikt/>

Klæbu kommune

Plan for helsemessig og sosial beredskap

B - Operativ del

1. Hovedmoment

1.1 - Situasjonsorientering

2. Tiltak

3. Varslingsliste

4. Ressurser

5. Medisinsk utstyr

Dette er tiltak som skal gjøres av det helsepersonell, oftest lege, som først kommer til ulykken. Hovedpoenget er å vurdere situasjonen i forhold til definisjonen under pkt.

1.3 – Generell del, slik at de riktige ressurser blir utløst.

For mer detaljert informasjon om operative forhold vises til Vedlegg:

- Vedlegg 2: Operativ ledelse under ekstraordinære situasjoner
- Vedlegg 3: Strategi for risikokommunikasjon
- Vedlegg 4: NBC-medisin
- Vedlegg 5: Energiskader – store ulykker
- Vedlegg 6: Første innsats i større skadesituasjoner
- Vedlegg 7: Etablering og drift av behandlingsplass (samleplass)
- Vedlegg 8: Etablering og drift av hjelpeplass
- Vedlegg 9: Kommunelegens tiltak

1. Hovedmoment

1.1 Situasjonsorientering

- Hva slags ulykke
- Hendelsesforløp
- Hvor ligger ulykkesstedet
- Hvor mange personer er involvert - tilstanden til de involverte
- Hvilke personer er direkte berørt av ulykken
- Hvilke personer er indirekte berørt av ulykken
- Prognose for ulykkesutvikling - hva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetjenesten aktivert - hva er evt. behovet
- Skal det gjøres forberedelser til eller opprettes informasjons- og støttesenter eller evakueringscenter
 - Vurder behovet for umiddelbare psykososiale støttetiltak (informasjonsmøter, informasjons- og støttesenter, oppsøkende aktiviteter, umiddelbare avlastningssamtaler, psykologisk debrifing for innsatspersonell)
 - Vurder behovet for langsiktige psykososiale tiltak (informasjonsformidling, kontakt med

primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten)

- Vurder hvilke kort- og langtids psykososiale følger hendelsen kan ha

2. Tiltak

2.1 Akutt

- Er ulykkessted og omgivelser sikkert? Er evakuering aktuelt?
- Etabler umiddelbart kontakt med ansvarlige myndigheter med sikte på gjensidig informasjonsflyt
- Vurder/beslutt oppretting av informasjons- og Støttesenter
- Oppdater informasjon
- Vurder mobilisering av kommunens psykososiale kriseteam
- Bidra til koordinering av nødvendig registreringsarbeid.
- Koordinering av kommunehelsetjenestens ressurser (legevakt, fastleger, pleie- og omsorg, helsesøstre, sosialtjenesten)

3. Varslingsliste

Gjennomføres helt eller delvis avhengig av hva som er varslet av andre.

Alarmtelefoner:

- Brann: 110
- Politi: 112
- AMK: 113 – som også varsler Klæbu legesenter / Legevakta

For varsling for øvrig vises Plan for kommunal kriseledelse -

<https://klabu.sharepoint.com/sites/klabu/Styringsdokumenter/Beredskapsplaner/Plan%20for%20kommunal%20kriseledelse.pdf>

4. Resurser – kommunale

Brukes for de som ikke har behov for akutt sykehusinnleggelse.

- a. Klæbu sykehjem – få eller ingen ledige senger akutt, men plass i annet areal kan frigjøres relativt fort.
- b. Selli Rehabiliteringssenter AS – Varierende ledig sengeplass. Også ledig plass i annet areal.
- c. Rådhuset – mye ledig areal. Kan brukes som samlingssted for fysisk uskadde, eller lett skadde.

5. Medisinsk utstyr - kommunalt

- a. Klæbu sykehjem
- b. Klæbu legesenter
- c. Selli Rehabiliteringssenter AS

C - BAKGRUNNSTOFF / VEDLEGG

VEDLEGG 1 - FORMELT GRUNNLAG

VEDLEGG 2 - OPERATIV LEDELSE UNDER EKSTRAORDINÆRE SITUASJONER - REDNINGSTJENESTEN

VEDLEGG 3 - EN STRATEGI FOR RISIKOKOMMUNIKASJON

VEDLEGG 4 – NBC- MEDISIN

VEDLEGG 5 - ENERGISKADER - STORULYKKER

VEDLEGG 6 - FØRSTE INNSATS I STØRRE SKADESITUASJONER

VEDLEGG 7 - ETABLERING OG DRIFT AV BEHANDLINGSPLASS (SAMLEPLASS)

VEDLEGG 8 - ETABLERING OG DRIFT AV HJELPEPLASS

VEDLEGG 9 - KOMMUNEOVERLEGENSLEGENS TILTAK

VEDLEGG 1

- FORMELT GRUNNLAG

- Lover

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm – <http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-030.html>

- Lov om folkehelsearbeid- <http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-029.html>

- Lov om helsemessig og sosial beredskap - <http://www.lovdatab.no/all/nl-20000623-056.html>

- Forskrifter

- Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse - <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20071221-1573.html> , - -

Delegering av myndighet til Helsedirektoratet etter lov om helsemessig og sosial beredskap - <http://www.lovdatab.no/for/sf/dl/ho-20100419-0576.html>

- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv etter lov om helsemessig og sosial beredskap - <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20010723-0881.html>

- Forskrift om kommunal beredskapsplikt – <http://www.lovdatab.no/for/sf/jd/jd-20110822-0894.html>

VEDLEGG 2

- OPERATIV LEDELSE UNDER EKSTRAORDINÆRE SITUASJONER

- REDNINGSTJENESTEN₂

2.1 Ansvar

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

Kommunene har et generelt ansvar overfor den befolkning som bor eller midlertidig oppholder seg der. Av beredskapsmessig interesse nevnes bl.a. allmennlegetjeneste, annen helse- og omsorgstjeneste og ulike tekniske tjenester.

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

Hovedprinsipp:

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

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

Ansvar for operativ ledelse: Ved ulykkes- og katastrofesituasjoner er det tillagt politiet å iverksette og organisere redningsinnsats der menneskers liv eller helse er truet, hvis ikke annen myndighet er pålagt ansvaret (hjemmelsgrunnlaget for den sivile redningstjeneste). Også ved ulykker og katastrofer der liv og helse ikke er truet, er politiet pålagt å iverksette de tiltak som er nødvendige for å avverge fare og begrense skade. Inntil ansvaret blir overtatt av annen myndighet, skal politiet organisere og koordinere hjelpeinnsatsen.

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

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

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

2.2 Skadested

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

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

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

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

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

I de fleste områder av landet vil funksjonen som fagleder helse tilfalle den lege som tilfeldigvis har vakt i området. Ligger skadestedet nær sykehus, må det forventes at medisinsk team fra sykehuset tiltrer arbeidet i skadeområdet, og at en av dem kan overta funksjonen som den medisinske ansvarlige. Lege fra Luftambulansen bruker normalt sin akuttmedisinske kompetanse til pasientbehandling, og ikke til organisering av helse- og sanitetstjenesten i skadeområdet.

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

1. skadestedsleder (SKL) vedrørende koordinering av oppgaver inne på skadeområdet og ved behov for ressurser utenfor helsevesenet (lys, redningshelikopter osv.),

2. AMK vedrørende anmodning om ressurser fra helsevesenet og fordeling av pasienter til neste ledd i behandlingsskjeden.

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

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

Brannvesen er en kommunal oppgave, gjerne i interkommunalt samarbeide, med det formål å sikre mennesker, dyr og materielle verdier mot brann, samt å begrense skadevirkningene i branntilfelle og andre akutte ulykkessituasjoner. Så lenge skadestedsledelsen tilligger brannsjefen, eller den som fungerer i hans sted, plikter enhver å yte den bistand og akseptere de inngrep i private rettigheter som brannsjefen finner nødvendige for å redde liv og begrense skader

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

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

2.3 AMK - LRS - HRS

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

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

Tilførsel av ressurser og fordeling av pasienter

Helsevesenets nødmeldesystem som senere er etablert med akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK), er i døgkontinuerlig drift. Håndtering av hverdagslivets større og mindre akutsituasjoner gir AMK grunnlag for samordning av helsevesenets ressurser inn til et skadeområde og fordeling av pasienter fra skadeområdet til de sykehus som er i aktuell avstand.

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

Koordinering av helsevesenets behov overfor ressurser fra det øvrige samfunn (lys, mat, transport osv), er oppgaver for SKL og LRS.

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

Skjematisk oversikt over rolle- og oppgavefordeling finnes på (side 190-194) - http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Akuttmedisinsk_avdeling/Håndbok%202011%20des%2007%20HOC%20korr%202012.pdf

2.4 Sanitetstaktiske forhold

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

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

Første fase

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

Annen fase

Det neste ledd i behandlingsskjeden er samfunnets lokale hjelpeapparat. Dette består i første omgang av yrkespersonell på vakt. Den lokale helsetjenesten har ansvar for å gi nødvendig og øyeblikkelig hjelp til de som "bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen". Avhengig av behov og muligheter blir behandlingen avsluttet i kommunen, evt videreført i et eller flere sykehus.

Ved ulykker må stedet først sikres, slik at ikke flere blir påført skade.

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

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

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

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

Den medisinsk ansvarlige i innsatsområdet har stort ansvar. I de fleste kommuner vil det være den lokale vakthavende lege som må påta seg denne oppgaven.

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

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

Hvis ambulansen, kanskje særlig i de mer perifere områdene, hadde med materiell til akuttbehandling av f.eks. ti pasienter, vil man ha rimelig tid til å få frem ytterligere ressurser. Hensiktsmessig materiell tidnok og i tilstrekkelig mengde i skadeområdet er vesentlige for å oppnå den overlevelse som i dag er mulig. Det kreves materiell som enkelt kan fraktes til skadeområdet - også når dette ligger utenfor bilvei -, dvs det må være på bæreveis. Det må muliggjøre nødvendig behandling på skadested og behandlingsplass (samleplats), samt på ambulansplass (når skadeområdet er utenfor vei). Standardisert materiell i hele landet til førstelinjes akuttbehandling kan bidra til å sikre bedre kvalitet på innsatsen i denne kritiske fase.

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

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

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

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

Overføring til sykehus

Skjer en stor ulykke i tett befolket område, der antallet ambulanser er relativt stort i forhold til avstander, vil man innen kort tid kunne få frem ressurser. Med et stort antall pasienter vil antallet ambulanser også her kunne være utilstrekkelig. Videre kan det/de nærmeste sykehus være berørt av katastrofen, direkte eller indirekte.

Det finnes områder i landet der det kun er en ambulanse og hvor det kan ta en time eller mer før annen ambulanse kommer frem. En togulykke eller bussulykke med 30 pasienter i et slikt område vil være vanskelig å håndtere.

Etter den første behandling i skadeområdet (skadested og behandlingsplass/samleplass) kan et større antall pasienter få videre behandling på godt nok nivå av den lokale heletjenesten.

Derved kan transport til og behandling på sykehus reserveres de som trenger behandling på det nivå som kun sykehus kan gi.

Sykehusene har egne beredskapsplaner for ulike type kriser.

AMK

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

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

VEDLEGG 3

- STRATEGI FOR RISIKOKOMMUNIKASJON

1. Når en kritisk hendelse har inntruffet og det foreligger en trusselsituasjon, meddel umiddelbart at ledelsen er trått sammen og i innsats.

2. Bekreft hendelsen.

3. Understrek alvoret i situasjonen:

Erkjenn tragedien for de døde/ etterlatte.

Vis medfølelse med sårede / skadede.

Takk innsattpersonellet og støtt videre innsats.

4. Erkjenn befolkningens -

Bekymring over situasjonen.

Aksept de følelsesmessige reaksjoner.

Berøm befolkningens anstrengelser for å mestre risikoen.

5. Forsikre befolkningen om at relevante myndigheter gjør det de kan.

6. Formuler en helhetlig, konsistent kommunikasjonsstrategi:

Vi gjør alt vi kan for å hjelpe deg til å fatte de viktige beslutningene for deg og dine nærmeste.

For å realisere det, vil vi gi den beste og mest relevante informasjon vi kan, samtidig som vi vurderer hvor god vi anser den informasjonen å være.

Vi vil ikke gi oss inn på spekulasjoner.

Det kan være nødvendig å være tilbakeholdende med informasjon som kan være nyttig for den som ønsker å påføre oss skade.

7. Fremskaff risikoestimer og inkluder usikkerheten i beregningene.
8. Beskriv de mulige beskyttelsestiltak og angi deres forventede effekt.
9. Led ved å være et godt eksempel, vis personlig mot om nødvendig.
10. Forplikt deg til å fortjene og beholde befolkningens tillit.

VEDLEGG 4

NBC – medisin

- *Nuclear (nukleær- ioniserende stråling)*
- *Biological (biologisk – mikroorganismer/toksiner)*
- *Chemical (kjemisk – giftige/skadelige agens)*

For hele dette fagområdet vises til HÅNDBOK I NBC MEDISIN 2011 - http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Akuttmedisinsk_avdeling/Håndbok%202011%20des%2007%20HOC%20korr%2020.12%202012.pdf

VEDLEGG 5

- **Energiskader – store ulykker**
-

Generelt

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

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

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

Hovedmål for en innsats er å oppnå størst mulig grad av overlevelse, fortrinnsvis med minst mulig senkomplikasjoner.

I medisinsk sammenheng er problemstillingen antallet behandlingstrengende i forhold til ressurser, det faglige nivå på ytelsene i de enkelte ledd av behandlingkjeden, og når denne behandling kan bli gitt i forhold til de gitte biologiske tids grenser.

Med en slik presisering kan en gradering være:

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

Krav til behandling innen biologiske tidsgrenser

Uansett årsak til skaden så må respirasjon og sirkulasjon sikres. Den viktigste behandling med betydning for overlevelse skjer således i skadeområdet med å opprettholde respirasjon og sirkulasjon, samt at de som ikke kan få livbergende behandling der kommer til sykehus som tidsnok kan gi behandling på nødvendig nivå.

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

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

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

RSB-91

I et skadeområde må man først søke etter HASTER-pasientene (overhengende fare for svikt i respirasjon eller sirkulasjon) De som ikke kan bli gitt stabiliserende behandling i skadeområdet vurderes prioritert for de første overføringene til sykehus.

VEDLEGG 6 - FØRSTE INNSATS I STØRRE SKADESITUASJONER

Som første helsepersonell på et innsatssted er derfor rekkefølgen:

1. Sikre stedet - ikke flere skader:
(bil ut av veien, blinklys, evakuering ved gassutslipp osv.)
Evt. først en helt foreløpig info til AMK, for å begynne aktivisering av ressurser.
2. Oversikt, dvs
 - a. let etter kritisk syke/skadete - HASTER - pasientene
 - b. gi HASTER - pasientene den umiddelbare nødvendige første
 - c. samtidig som du leter etter HASTER - pasientene, registrerer du godt nok resten av innsatsstedet,
3. Behov for hjelp?
 - a. hva slags hjelp trenger jeg?

(fra helsevesen og fra andre sektorer til frigjøring, til lettere/ikke skadete osv.)
b. varsle AMK om ditt umiddelbare behov, og antatte behov på litt sikt,
4. Prioritere oppgavene til hjelpen kommer?

VEDLEGG 7

- ETABLERING OG DRIFT AV BEHANDLINGSPLASS (SAMLEPLASS)

Funksjon

For å oppnå størst mulig overlevelse - helst uten senkomplikasjoner - er det behov for aktiv behandling på et tilstrekkelig faglig nivå så kort tid som mulig etter at skaden er påført. Inne på selve skadestedet (i snever forstand) kan det være vanskelig å få oversikt, samt å behandle pasientene

I slike situasjoner er det derfor vanlig å etablere behandlingsplass for skadete og syke. Behandlingsplassen (samleplass) er et aktivt behandlingssted der pasientene tidsnok kan få behandling på et tilstrekkelig medisinsk nivå før videre transport til neste ledd i behandlingsskjeden.

Behandlingen er konsentrert om å stabilisere de livsviktige funksjonene; respirasjon og sirkulasjon.

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

Prehospital behandling og tidsfaktorens betydning fremheves i moderne akutt- og katastrofemedisin.

Derfor er i dag en behandlingsplass en riktigere betegnelse. Her utføres kvalifisert medisinsk vurdering og behandling i tidlig fase, samt prioritering for videre transport til de neste ledd i behandlingsskjeden (som forskjellige sykehus, lokale legekontorer osv.).

Plassering

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

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

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

1 Tidsfaktoren

Tilstrekkelig behandling må utføres tidsnok.

Bårebæring er meget ressurskrevende, redningspersonellet må disponeres rasjonelt.

2 Transport.

Når skadestedet ligger i litt avstand fra vei må nødvendig stabiliserende tiltak foretas før lengre forflytning.

Etter stabiliserende behandling på behandlingsplass nær skadestedet, er det mer tid til rådighet for å skaffe alternativ transport til vei (terrengkjøretøy, helikopter osv.)

3 Klima og værforhold.

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

4 Behandlingsplassens størrelse.

Plassbehovet blir ofte større enn først antatt.

Må unngå å måtte flytte pga opprinnelig for liten plass.

Hensiktsmessig er gjerne 12 x 25 m.

5 Sikkerhet.

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

Konklusjon

Hvis ikke samtlige fem ønsker kan etterleves:

Behandlingsplassen (samleplass) etableres så nær forventet konsentrasjon av pasienter som krav til sikkerhet og værforhold tillater.

Ledelse

Behandlingsplassen er «krumtappen» i behandlingsskjeden, dette medfører store medisinske og operative utfordringer.

Den medisinske virksomhet bør derfor ledes av lege med god akuttmedisinsk kompetanse og katastrofemedisinsk innsikt.

Den operative ledelsen av behandlingsplass krever god praktisk øvelse i denne utfordrende funksjonen.

Organiseringen skal være til hjelp for å gjøre riktige tiltak tidsnok

Avgrensning:

Behandlingsplassen må avgrenses slik at ikke utenforstående kommer inn, eller pasienter ukontrollert forsvinner.

Inngang og utgang i hver ende (det minste ikke samme sted).

Inndeling:

Behandlingsplassen inndeles i:

Mottak:

Sted: Like innenfor inngangen.

Størrelse: Plass til minst 4 bårer ved siden av hverandre.

Personell: Den/de medisinsk mest kompetente.

Tiltak:

- o vurdere pasientenes allmenntilstand
- o bestemme behandling på behandlingsplass (samleplass)en
- o bestemme prioritet

Materiell: Materielldepot plasseres gjerne i/ved mottaket.

HASTER:

Kategori:

o Pasienter i kritisk tilstand, respirasjon og sirkulasjon er truet. De vil pr. definisjon omkomme hvis de ikke omgående får behandling på nødvendig nivå (obs trinnsvis behandling).

o Antatt ca. 10 % av pasientene

- halvparten må snarest til sykehus for nødvendig behandling.
- de øvrige kan på behandlingsplassen få nødvendig stabiliserende behandling inntil overføring er mulig eller hensiktsmessig

Sted: I nærheten av mottaket, slik at det mest kompetente helsepersonell lett kan betjene begge stedene.

Størrelse: Plass til minst 4 bårer ved siden av hverandre.

Tiltak: Heve og stabilisere allmenntilstanden.

Materiell: Særlig for stabilisering av respirasjon og sirkulasjon. Bandasjer, spejlk osv.

KAN VENTE

Kategori:

o Pasienter i alvorlig tilstand. Funksjonene respirasjon og sirkulasjon er for tiden stabile, eller forventes å bli stabile med den behandling som er iverksatt.

Den videre behandling kan vente noe -.

o Antatt ca. 25 % av pasientene, alle må ha videre behandling på sykehus.

Sted: Kan være i litt avstand fra mottaket, men løpende overvåkning er nødvendig.

Størrelse: Plass til flere bårer ved siden av hverandre, avhengig av skadeomfanget.

Tiltak: Heve og stabilisere allmenntilstanden, observere utvikling i tilstanden, evt. omprioritere.

Materiell: Særlig for stabilisering av respirasjon og sirkulasjon. Bandasjer, spejlk osv.

MÅ VENTE

Kategori:

o Pasienter med lettere skader. Funksjonene respirasjon og sirkulasjon er lite berørt, eller ikke berørt.

Den videre behandling kan vente uten fare for allmenntilstanden.

o Antatt ca. 65 % av pasientene,

- antatt ca. 15 % må ha videre behandling på sykehus,

- antatt ca. 50 % kan få god nok behandling på lokalt legekantor.

Sted: Bør være i god avstand fra mottaket og HASTER-posten.

Størrelse: Plass til større antall sittende og liggende pasienter.

Tiltak: Kan med fordel transportere vekk med buss o.l.

.

Materiell: Bandasjer, spejlk osv.

Skadelapp

Gjennomgående dokumentasjon, som en mini-journal.

Praktiske tips

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

VEDLEGG 8

- ETABLERING OG DRIFT AV HJELPEPLASS

Det kan være aktuelt å etablere en hjelpeplass hvis det er flere pasienter (syke eller skadete) enn det man rimelig raskt kan få overført fra skadeområde til behandlingsplass (samleplass) til de neste ledd i behandlingsskjeden.

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

Skoler og forsamlingslokaler er velegnet for etablering av hjelpeplass.

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

VEDLEGG 9

- KOMMUNELEGENS TILTAK

Hva trengs av personell og materiell, samt ressurser fra andre samfunnssektorer, nå

snart

senere

Hvorledes skaffe det og disponere det?!

9.1 Kommunelegens umiddelbare tiltak

Hva har skjedd?

- Hvem, hva, hvor, hvorledes?
- Skaff rask informasjon, fra flere kilder, f.eks. lokallegevaktsentral, helse-radionettet,

vakthavende lege, AMK, nærmeste ambulanse, politiet, brannvesenet, media.

Hva er problemet?

- Ekstraordinært behandlingsbehov.
- Ekstraordinær reduksjon i behandlingsskapasitet
- Annet.

Hvorledes kan hendelsen utvikle seg?

Hvilken tid er til rådighet?

- Behandling på forskjellige kompetansenivåer må være iverksatt innen biologisk gitte tidsgrenser.

Hvorledes kan situasjonen løses?

- Hvilke medisinske ressurser er nødvendige umiddelbart?
- Hvilke medisinske ressurser finnes i kommunen?
- H va må umiddelbart tilføres utenfra?
- Hvilken kapasitet er det for overføring til annen linje tjenesten (ambulanse mv. og tidsnok behandling i sykehus)?
- Er det nødvendig å etablere hjelpeplass for midlertidig behandling, inntil overføring til neste ledd i behandlingsskjeden er mulig/hensiktsmessig?
- Er det nødvendig å etablere samlestasjon for lettere skadete og ikke skadete, inntil transport til egnet sted blir mulig?
- Hvilke ressurser fra andre sektorer i samfunnet er umiddelbart nødvendige for å sikre liv og helse, samt for at helsetjenestene skal kunne utføre sine oppgaver?
- Sjekke at aktuelle lokale ressurser er aktivisert.
- Sjekke at nødvendig umiddelbar assistanse utenfra er aktivisert (AMK).

- Informer kommunens ledelse om tilstand og behov, samt hva som er aktivisert og når dette forventes i innsats.

9.2 Kommunelegens videre tiltak

Når de umiddelbare tiltak er satt i gang:

- skaff/oppretthold løpende informasjon om situasjonen, lag enkle alternative prognoser om forventet utvikling, ut fra en helsemessig bakgrunn, hvilke tiltak vil disse nødvendiggjøre, fra egen og andre kommuner, fra helseforetak,
- fremlegg alternativene for kommunens kriseledelse,
- bidra til oppgavefordeling ifølge kommunalt ansvar, samt erfaring.

Ved innsats der liv og helse er truet, og flere etater skal samordnes:

- helsevesenet utfører sine oppgaver iht. til ansvar gitt i helselovene, ved en ekstraordinær situasjon kan det bli nødvendig å utføre mer behandling innen kommunens helsetjeneste enn normalt.,

Tenk fremover:

- hvilke behov vil innsatspersonellet få om noe tid (mer materiell, ytterligere personell, drikke, mat, lys, vann osv.)
- hvorledes skaffe dette slik at det er på plass før behovet oppstår.
- hvilke ytterligere behov vil oppstå om noe tid for de som er direkte berørt av hendelsen pårørende

Informasjon til befolkningen:

- kommunelegen bistår med faglig innspill til den info-ansvarlige.