

# Plan for helsemessig og sosial beredskap

for

## Lødingen kommune

2004

### INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>PLAN FOR HELSEMESSIG OG SOSIAL BEREDSKAP .....</b>	<b>1</b>
<b>FOR.....</b>	<b>1</b>
<b>LØDINGEN KOMMUNE .....</b>	<b>1</b>
<b>INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
1.1    Formål.....	3
1.2    Grunnlag .....	3
1.3    Hovedmålsetting.....	3
Beredskapsplanen bygger på følgende 3 prinsipper:.....	3
Planens grunnlag: .....	3
<b>HELSEMESSIG OG SOSIAL BEREDSKAP .....</b>	<b>4</b>
<b>DEFINISJONER .....</b>	<b>4</b>
<b>INFO OM LØDINGEN .....</b>	<b>5</b>
<b>5    SOSIAL BEREDSKAP.....</b>	<b>5</b>
<b>6    ETABLERING AV KRISELEDELSE .....</b>	<b>6</b>
6.1 AMK - LRS – HRS .....	6
<b>7 OVERSIKT OVER SENTRALE SAMARBEIDSPARTNERE</b>	
<b>ANSVAR/OPPGAVEFORDELING.....</b>	<b>7</b>
7.1    Helsedepartementet .....	7
7.2    Sosialdepartementet.....	7
7.3    Sosial- og helsedirektoratet .....	7
7.4    Statens helsetilsyn .....	8
7.5    Regionale og lokale helseforetak.....	8
7.6    Statens strålevern.....	8
7.7    Nasjonalt Folkehelseinstitutt .....	8
7.8    Statens legemiddelverk.....	9
7.9    Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB).....	9
7.10   Justisdepartementets Rednings- og beredskapsavdeling .....	9
7.10.2 Sivilforsvaret .....	9

7.11	Mattilsynet.....	9
7.12	Norlab AS.....	10
<b>8</b>	<b>OVERSIKT OVER PERSONELL OG MATERIELLE RESSURSER LOKALT</b>	<b>10</b>
8.1	Allmennleger/Legevakt.....	10
8.2	Ambulanser.....	10
8.3	Helsestasjon/helsesøstre.....	10
8.4	Lødingen sykehjem.....	10
8.5	Sosialkontor.....	11
8.6	Sykepleiere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere.....	11
8.7	Frivillige organisasjoner.....	11
8.8	Psykososialt team.....	11
8.9	Skoler.....	11
8.10	Idrettshall.....	12
8.11	Samfunnshus.....	12
8.12	Rådhuset.....	12
<b>9</b>	<b>OVERSIKT OVER MEDISINSK UTSTYR OG MEDIKAMENTER</b>	<b>12</b>
9.1	Lokal helsemateriellberedskap.....	12
9.2	Regional/sentral helsemateriellberedskap.....	12
<b>10</b>	<b>INFORMASJONSBEREDSKAP</b>	<b>12</b>
<b>11</b>	<b>KJEMIKALIEULYKKER/FARLIG GODS ULYKKER/TERROR MED KJEMISKE MIDLER</b>	<b>12</b>
11.1	Organisering.....	12
<b>12</b>	<b>ATOMBEREDSKAP</b>	<b>13</b>
12.1	Organisering.....	13
<b>13</b>	<b>KOMMUNELEGENS TILTAK</b>	<b>14</b>
14.1	SKADESTEDSARBEID/ORGANISERING.....	17
	Skadestedsfunksjoner/organisering.....	17
<b>4.</b>	<b>VEDLEGG</b>	<b>19</b>
<b>14.2</b>	<b>FØRSTE INNSATS I STØRRE SKADESITUASJONER</b>	<b>19</b>
1.3	ETABLERING OG DRIFT AV BEHANDLINGSPLASS (SAMLEPLASS) ..	20

# Innledning

## 1.1 Formål

Formålet med planen er å sikre at kommunens helse- og sosialtjeneste hurtig og effektivt kan make en omstilling ved akutte og ekstraordinære situasjoner. Dette for å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosialtjenester kan tilbys.

## 1.2 Grunnlag

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og sosialtjeneste i samsvar med Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23.06.2000 nr 56. Loven krever blant annet at disse tjenestene under en ekstraordinær situasjon skal kunne fortsette, legge om eller utvide sin virksomhet. Driften under en ekstraordinær situasjon skal være basert på den daglige tjeneste og oppdatert planverk. Plan for helsemessig og sosial beredskap innlemmes som delplan til Lødingen kommunes "Plan for kommunal kriseledelse".

## 1.3 Hovedmålsetting

1. Forebygge: Bidra til at sykdom og skade ikke oppstår, evt. at omfanget blir minst mulig.
2. Innsats: Bidra til størst mulig grad av overlevelse, fortrinnsvis med minst mulig senkomplikasjoner.

### Beredskapsplanen bygger på følgende 3 prinsipper:

1. Ansvarsprinsippet Den virksomhet som har ansvaret for en sektor, har også ansvaret for nødvendige skadeforebyggende tiltak, beredskapsforberedelser og iverksettelse av tiltak ved en krisehendelse.
2. Likhetsprinsippet Det skal være størst mulig likhet mellom organiseringen i fred, krise og krig. De som utfører en samfunnsoppgave i fred, har også de beste forutsetningene for å håndtere oppgavene ved en krise.
3. Nærhetsprinsippet Kriser skal håndteres på lavest mulig nivå.

### Planens grunnlag:

Denne beredskapsplanen bygger ikke på oppdatert Risiko- og Sårbarhetsanalyse; som forskriftene angir at den bør. Men ut fra en eldre ROS-analyse vil de mest sannsynlige krisehendelser være trafikkulykker eller arbeidsulykker innen primærnæringene; mangfoldet av ulike hendelser som kan skje er derimot stort. Det viktige i beredskapen blir således å kunne improvisere med de ressursene man har i en gitt situasjon. Dette krever en ledelse som fungerer. I denne planen er det vektlagt hvorfra man kan skaffe seg hjelp og bistand i ulike situasjoner. Hjelpeapparatet lokalt er begrenset og avstanden til annen hjelp relativt stor. Det er viktig at personell i aktuelle stillinger som kan få en funksjon i en beredskapssituasjon på forhånd har satt seg inn i sin mulige funksjon. Denne planen inneholder derfor en del vedlegg som kan være nyttige som hjelp i så henseende.

Det finnes også en del nyttig informasjon på følgende steder:

- helseberedskap [www.dep.no/hd/norsk/beredskap/index-b-n-a.html](http://www.dep.no/hd/norsk/beredskap/index-b-n-a.html)
- Helsedepartementet [www.dep.hd.no](http://www.dep.hd.no) Søk videre på beredskap
- Helsetilsynet [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) Se bl.a. Regelverk og Helsetilsynet i fylkene
- Sosial- og helsedirektoratet [www.shdir.no](http://www.shdir.no) Søk på beredskap
- Folkehelseinstituttet [www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- Statens næringsmiddeltilsyn [www.snt.no](http://www.snt.no)
- Statens strålevern [www.nrpa.no](http://www.nrpa.no)

- fylkesmennenes nettsted [www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no)
- politiet [www.politi.no](http://www.politi.no)
- sikkerhetstjeneste [www.pst.politiet.no](http://www.pst.politiet.no)
- sivilt beredskap [www.dsb.no](http://www.dsb.no)
- atomuhell [www.nrpa.no](http://www.nrpa.no)
- smitte [www.fhi.no/tema/smittevern](http://www.fhi.no/tema/smittevern)
- brann og redningstjeneste [www.dbe.no](http://www.dbe.no)
- hovedredningssentralene [www.hovedredningssentralen.no](http://www.hovedredningssentralen.no)
- flom mv [www.nve.no](http://www.nve.no)
- forurensing [www.sft.no](http://www.sft.no)
- internasjonalt katastrofemedisinsk fagtidsskrift [www.pdm.medicine.wisc.edu](http://www.pdm.medicine.wisc.edu)  
<http://wadem.medicine.wisc.edu/>

Norsk katastrofemedisinsk forening [www.katastrofe.org](http://www.katastrofe.org) og [www.distaster2004.org](http://www.distaster2004.org)

## HELSEMESSIG OG SOSIAL BEREDSKAP

Helseberedskap, beredskap på det sosiale område og trygdeberedskap skiller seg fra hverandre pga. fagområdenes karakter og hvordan organiseringen av oppgaver og ansvar innen fagområdene er fordelt mellom forvaltningsnivåene. Helsetjenesten preges av en desentralisert forvaltning. Det er kommunene og fylkeskommunene som i lov er pålagt ansvaret for å sørge for helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er gjort statlig fra 1.1.2002. En statlig helseforvaltning på nasjonalt- og fylkesnivå fører tilsyn med helsetjenestene og departementet. Departementet har ansvaret for den nasjonale helsepolitikken. I sosialsektoren er det kommunene som har ansvar for driften av tjenestene. Trygdeforvaltningen er i sin helhet et statlig ansvar og har organisert en landsomfattende etat, Rikstrygdeverket med fylkesttrygdekontorer og lokale trygdekontorer, under seg. Fylkesmannen utfører oppgaver for departementet, bl.a. informasjon, veiledning og strålevernområdet.

## 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.*

Eller mer konkret: Kan nødvendige tiltak bli iverksatt tidsnok på godt nok nivå.

I *medisinsk sammenheng* er problemstillingen

- antallet behandlingstrengende i forhold til ressurser,
- det faglige nivå på ytelsene i de enkelte ledd av behandlingsskjeden, og
- når denne behandlingen kan bli gitt i forhold til de gitte biologiske tidsgrenser.

Med en slik presisering kan en gradert definisjon være:

- **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 tilgjengelige innen nødvendig tid.

## **INFO OM LØDINGEN**

Lødingen kommune: Areal på 531 km  
Innbyggertall pr 01.01.2004 var 2386.

Lødingen er et trafikkknutepunkt. Kommunens sentrale plassering mellom 5 regioner; Ofoten, Sør-Troms, Vesterålen, Lofoten og Salten, og fem fjorder, symboliseres i kommunevåpenet.

Lødingen har fergetrafikk mot Bognes og E6, hurtigbåtforbindelse til Narvik og Svolvær i fredag/søndag. Daglige bussforbindelser. En times kjøring til Evenes lufthavn.

Den sentrale beliggenheten fører til stor gjennomferdsel, særlig gjelder sommerstid av norske og utenlandske turister.

Kommunen har en unik natur med skjærgård med ca 400 holmer og skjær i vestre del. Dype fjorder omgir kommunen. Fjellmassiver som har preg av kystalpint landskap.

## **5 Sosial Beredskap**

Sosial beredskap skal ved kriser både i fredstid og krig best mulig opprettholde befolkningens velferd, yte midler til livsopphold og gi informasjon til de som trenger det. Skillet mellom det kommunale sosialkontor og trygdekontoret kan i slik situasjoner reduseres.

Lødingen trygdekontor er kontantløs. Utbetaling av trygdeytelser er helt ut avhengig av at de elektroniske kommunikasjonslinjene fungerer og at postens og bankens betalingssystemer fungerer.

Dersom så ikke skjer vil vi også måtte ha en kommunale beredskap i forhold til utbetaling ved sosialkontoret. I utgangspunktet er også sosialkontoret avhengig av at de elektroniske systemer fungerer, men har også en mulighet for kriseløsning ved manuell rekvisisjon eller utbetaling via økonomiavdelinga på Rådhuset. I en slik situasjon er det viktig at det er avklart at sosialkontoret får rett til refusjon i trygdeytelser for utbetalte ytelser og at det etableres et godt samarbeide. Her har vi gode muligheter ut fra eksisterende samlokalisering.

Ved ”høyt krisenivå” ser vi for oss at trygdekontorets arbeidstakere må knyttes til sosialkontoret til en viss grad for å bistå i arbeidet alt etter omfanget.

Det kan være aktuelt å få tildelt kontante penger via sentrale myndigheter evt. fylkesmannen, dersom all betalingsformidling bryter sammen. I krig vil vi kunne benytte oss av fylkesmennes adgang til å rekvirere penger.

Postverket og bankene er imidlertid helt sentrale aktører for å få tak i kontante penger. Banken forutsettes å ha utarbeidet plan for å håndtere ulike pengekriser.

Barnevernet skal ivareta barn og unges rett til omsorg.

Rusmisbrukere er en annen gruppe som Sosialavdelingen har et ansvar for å organisere et tilbud til i en gitt krise/katastrofe/krigssituasjon.

Forsyning av materiell, utstyr og mat vil kunne skje evt. samling av klienter etter nærmere avtale med kommunens øverste Kriseledelse.

I medhold av Lov om helsemessig og sosial beredskap, vil det bli innført tjenesteplikt, samt at arbeidstidsbestemmelsene vil bli suspendert. Utvidelse av kapasiteten ved sosialkontoret vil skje etter følgende regler og i prioritert rekkefølge:

1. Ansatte i deltidsstillinger går over i heltidsstillinger
2. Arbeidstiden utvides til 12 timer pr døgn
3. Trygdekontorets arbeidstakere går over i Sosialtjenesten dersom utbetalingssiden rammes.
4. Ikke yrkesaktive som er tilknyttet sosial- og barneverntjenesten kan bli tatt inn i tjenesten midlertidig.

Meldested for Sosiale tjenester: Sentrumsbygget, 2. etg. Mottaket på Velferdstorget. Sosialleder sørger for at det etableres betjening på døgnbasis og innkaller personell i prioritert rekkefølge etter vurdering av behovet.

## **6 ETABLERING AV KRISELEDELSE**

Ekstraordinære situasjoner krever koordinerte tiltak fra flere samfunnssektorer. Forhold med betydning for liv og helse oppstår under tilnærmet alle ekstraordinære situasjoner.

For å etterleve kommunens ansvar for vern av befolkningens liv og helse anbefales å etablere kriseledelsen ved

- truende situasjon, med fare for at ekstraordinær situasjon kan oppstå.
- ekstraordinær situasjon har oppstått.

Kommunal kriseberedskap iverksettes av rådmann. Se nærmere om dette i Plan for Kommunal kriseledelse.

### **6.1 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 formann, og skal for øvrig sammensettes av representanter fra en rekke etater, herunder *helsevesenet*.

Kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven åpnet fra 01.07.01 for å pålegge kommunelege eller sykehuslege funksjonen som LRS-lege.

*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.* I Justisdepartementets direktiv for rednings-tjenesten forutsettes at de behov som bl.a. fagleder helse (sanitet) har, skal meldes som rekvisisjoner gjennom skadestedsleder til den lokale redningssentral (LRS). Helsevesenets nødmeldesystem som senere er etablert med akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK), er i døgnkontinuerlig drift. Håndtering av hverdagslivets større og mindre akutt situasjoner 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. *Forholdet mellom AMK og LRS er foreløpig ikke formelt avklart.*

*Det er naturlig at ansvarlig lege (fagl. helse/sanitet) i større skadesituasjoner forholder seg til AMK, som i alle andre akutt situasjoner. 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. Dvs. når helsevesenet har behov ut over helsevesenets egne ressurser, meldes dette fra fagleder og/eller operativ leder helse (sanitet) via SKL til LRS. Tilsvarende kan AMK rapportere behov til LRS, som iverksetter nødvendige tiltak. LRS og særlig LRS-legen skal bidra til å analysere situasjonen slik at aktuelle ressurser er tilgjengelige når behovet oppstår ( gjerne før de i skadeområdet har oppfattet behovet).

De to hovedredningsentralene (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. Fylkeslegen i hhv. Rogaland og Nordland tiltrer vedkommende HRS ved behov.

## **7 OVERSIKT OVER SENTRALE SAMARBEIDSPARTNERE** Ansvar/Oppgavefordeling

### **7.1 Helsedepartementet**

- har ansvar for å gi utfyllende forskrifter for å sikre helseberedskapen
- har ansvar for samordning av helseberedskapstiltak med andre land (jfr. bl.a. Nordisk samarbeidsavtale om helseberedskap).
- har overordnet nasjonalt ansvar. Helsedepartementet skal styre nasjonale ressurser i kritiske mangelsituasjoner. Helsedirektoratet kan også detaljstyre hvem som har ansvar for å gi ulike typer informasjon i nasjonale beredskapssituasjoner.

(Helsedepartementet; Tlf: 22 24 90 90; <http://www.odin.dep.no/hd/> )

### **7.2 Sosialdepartementet**

Departementets arbeid i beredskapssammenheng er i prinsippet det samme som på departementets øvrige fagområder:

- sørge for å realisere politiske mål og vedtak
- klargjøre og utforme overordnede økonomiske, juridiske og administrative virkemidler
- fremskaffe relevante og oppdaterte faglige råd
- effektivt styre underliggende virksomheter
- informere

Fagavdelingene har informasjonsansvar for egne fagområder.

(Sosialdepartementet; Tlf: 22 24 90 90, <http://odin.dep.no/sos/>)

### **7.3 Sosial- og helsedirektoratet**

- ansvar for planlegging og gjennomføring av statlige beredskapstiltak knyttet til legemidler, væsker, antidoter, medisinsk materiell og utstyr.
- ansvar for å inngå avtaler bl.a. med Norsk Medisinaldepot (NMD) om sentrale beredskapslagre som skal bidra til å sikre nasjonal forsyning av kritiske legemidler, væsker, antidoter og sykehusartikler.
- ansvar for Giftinformasjonen (tidligere Giftinformasjonssentralen) som på 24 timers basis kan gi råd om giftstoffer/behandling og informere om aktuelle antidoter som er lagerholdt på sykehus i Norge.

- forvalter Smittevernloven med fullmakt til å beslutte at blant andre regionale og/eller lokale helseforetak skal utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide eller følge nærmere bestemte retningslinjer.
- forvalter forskriften for drikkevann, herunder bestemmelsene om leveringssikkerhet og beredskap i vannverk.

(Sosial- og helsedirektoratet; tlf 24 16 30 00; faks 24 16 30 01; <http://www.shdir.no> )

#### **7.4 Statens helsetilsyn**

- skal føre tilsyn med at helsetjenesten oppfyller kravene som er fastsatt i lover og forskrifter, bl.a. kravene i helseberedskapsloven.
- Helseavdelinga ved Fylkesmannen er de sentrale helsemyndighetenes representant i fylket og er faglig og administrativt underlagt Statens helsetilsyn.

Fylkesmannen har en viktig rolle som koordinator for statlige myndigheter.

Fylkesmannens vil kunne være en viktig samarbeidspartner ved beredskapssituasjoner.

(Statens helsetilsyn; tlf 21 52 99 00; faks 21 52 99 99; <http://www.helsetilsynet.no> )

(Fylkesmannen i Nordland; Tlf 75 53 15 00; <http://www.fylkesmannen.no/nordland> )

#### **7.5 Regionale og lokale helseforetak**

Lødingen tilhører Nordland fylke, men benytter i normalsituasjonen primært Hålogalandssykehuset Harstad i Troms fylke som lokalsykehus ved behov for innleggelse av pasienter. Både regionalt helse foretak (Helse Nord) og regionale helseforetak (Hålogalandssykehuset HF og Nordlandssykehuset HF) har utarbeidet egne beredskapsplaner.

(Aktuelle sykehus i regionen:

- Hålogalandssykehuset Harstad, tlf 77 01 50 00
- Hålogalandssykehuset Narvik, tlf 76 96 80 00
- Hålogalandssykehuset Stokmarknes, tlf 76 11 70 00
- Nordlandssykehuset Bodø, tlf 75 53 40 00, <http://www.nlsh.no>
- Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), tlf 77 62 60 00 , <http://www.unn.no>)

#### **7.6 Statens strålevern**

- er fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet.
- skal koordinere beredskapen mot atomulykker og radioaktivt nedfall.
- skal lede beredskapsorganisasjonen mot atomulykker gjennom ledelsen av "Kriseutvalget ved atomulykker".
- "Kriseutvalget ved atomulykker" har fullmakter til å iverksette tiltak i akutfasen av en krisesituasjon.
- Gi informasjon til publikum og media. Øke kunnskap om forekomst, risiko og effekt av stråling.
- Føre tilsyn med bruk av strålekilder og spaltbart materiale.

(Statens strålevern; tlf 67 16 25 00; Faks 67 14 74 07; <http://www.nrpa.no> )

#### **7.7 Nasjonalt Folkehelseinstitutt**

- ansvar for Nasjonal beredskapsplan for influensaepidemier og andre smittsomme sykdommer
- ansvar for å overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen.
- har varslingsberedskap ved pandemier
- gir råd og veiledning til kommuner og HF ved håndtering av utbrudd av smittsomme sykdommer.
- gir råd om behov for bruk og lagring av legemidler ved utbrudd av sykdommer som skyldes biologiske våpen.
- ansvar for å forsyne landet med aktuelle vaksiner, sera og spesifikke immunoglobulinpreparater.

Norge er i dag avhengig av import og ingen garantier foreligger for leveranse ved en pandemi.

(Nasjonalt folkehelseinstitutt; tlf 22 04 22 00, faks 22 35 36 05; <http://www.fhi.no> )

## 7.8 Statens legemiddelverk

- ansvar for å føre tilsyn med legemiddelgrossister og apotek
- ansvar for godkjenning av alternative/nye legemidler i situasjoner med forsyningssvikt (Statens legemiddelverk; tlf 22 89 77 00; faks 22 89 77 99; <http://www.legemiddelverket.no> )

## 7.9 Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) skal bidra til å hindre tap av liv og verne om helse, miljø, viktige samfunnsfunksjoner og materielle verdier i forbindelse med ulykker, katastrofer og andre uønskede hendelser i fred, krise og krig.

Direktoratet skal ha oversikt over sårbarhets og trussel- utviklingen i samfunnet, både når det gjelder ulykker, katastrofer og andre uønskede hendelser. DSB skal ta initiativ for å forebygge at slike hendelser inntreffer, se til at det er gjennomført nødvendige forebyggende tiltak og sikre at tilstrekkelig beredskap er tilgjengelig for å begrense konsekvensene hvis det oppstår uønskede situasjoner. Ved manglende sikkerhet og beredskap skal DSB ta initiativ for oppfølging overfor ansvarlig myndighet.

DSB er fagmyndighet for kommunale og interkommunale brannvesen, det lokale eltilsyn og fylkesmennenes beredskapsarbeid – og har faglig og administrativ oppfølging av Sivilforsvaret, Sentralskolen for sivilt beredskap, Norges brannskole og Sivilforsvarets tre regionale skoler.

DSB er underlagt Justis- og politidepartementet. Virksomheten omfatter hovedkontor i Tønsberg og Oslo, 20 sivilforsvarskretser, fem sivilforsvarsleire, fem skoler og fem regioner for eltilsyn – med i alt ca 700 ansatte, av disse 240 ved hovedkontorene. DSB vil være lokalisert i Tønsberg fra 2005.

(Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap; <http://www.dsb.no>)

## 7.10 Justisdepartementets Rednings- og beredskapsavdeling

tlf 22 24 90 90; <http://www.odin.dep/jd>

### 7.10.1 Hovedredningsentralene

To hovedredningsentraler utgjør bærebjelken i i redningstjenesten i Norge.

[Redningstjenesten i Norge](#) har hele tiden blitt utøvet som et samvirke mellom flere offentlige etater, frivillige organisasjoner og private selskaper. Hovedredningsentralene er lokalisert i Bodø og Stavanger. Det er redningshelikopter basert flere steder i landet, og disse eies av staten. Arbeidet utføres av personell fra Forsvaret.

### 7.10.2 Sivilforsvaret

Sivilforsvaret er primært en krigsberedskapsorganisasjon, men gjør også en betydelig innsats i fredstid. Det er bygget opp rundt 100 fredsinnsettsgrupper som har utstyr og materiell til å rykke beredskap og Sivilforsvaret. Avdelingen har samordningsansvaret for norsk redningstjeneste og det administrative ansvaret for hovedredningsentralen.

Lødingen tilhører Midtre-Hålogaland sivilforsvarsdistrikt. Ved behov for assistanse kan dette rekvireres gjennom lensmannen.

(Midtre-Hålogaland sivilforsvarsdistrikt, pb 413, 9484 Harstad, tlf 77 00 27 30, faks 77 07 38 80, <http://www.sivilforsvaret.no>)

## 7.11 Mattilsynet

Mattilsynet har overtatt ansvar og oppgaver som tidligere ble utført av: Statens næringsmiddeltilsyn, de kommunale næringsmiddeltilsynene, Fiskeridirektoratets sjømatkontroll, Statens dyrehelsetilsyn og Statens landbrukstilsyn. Mattilsynet har særlig en oppgave i forhold til smittevern.

Mattilsynet kan bidra med;

veiledning, informasjon og samordning overfor kommunen i forhold til beredskapsplanlegging og håndtering av konkrete situasjoner. Iverksettelse av tiltak av regional eller landsdekkende karakter for å beskytte mot farer som kan oppstå ved inntak av næringsmidler, herunder drikkevann. Overvåking av næringskjeden for mulig radioaktiv forurensning ved hjelp av det lokale næringsmiddeltilsynets Lorakonstasjoner  
(Mattilsynets distriktskontor (på Sortland) tlf 06040  
Regionkontoret for Nordland tlf 76 19 25 00  
<http://www.mattilsynet.no>)

### **7.12 Norlab AS**

Norlab AS er en videreføring av det tidligere laboratoriet ved Næringsmiddeltilsynet i Sortland og Øksnes. Norlab AS ble stiftet i forbindelse med opprettelsen av Mattilsynet, som følge av at Mattilsynet ikke skal drive med laboratoriedrift. Norlab AS eies av Sortland kommune.

Lødingen kommune kjøper tjenester av Norlab AS bl.a. i form av kontroll av vannprøver fra vannverk.

(Norlab AS, Pb 293, 8401 Sortland, tlf 76 10 97 06, faks 76 10 97 01)

## **8 OVERSIKT OVER PERSONELL OG MATERIELLE RESSURSER LOKALT**

Oversikt over de materiell og personellmessige ressurser kommunen rår over og vil kunne benytte/samarbeide med i en beredskapssituasjon.

### **8.1 Allmennleger/Legevakt**

- Lødingen legesenter, Sjøveien 14, tlf 76 98 66 50
- Legevakta; tlf 76 93 13 10

Legevakt er organisert med lokal vakt i Lødingen på dagtid og fra kl 15.30 til kl 20.00 på hverdager. På hverdager etter kl 20.00 og lørdag/søndag deltar Lødingen i interkommunal legevaktsamarbeid med Bjarkøy og Kvæfjord. Legevaktslokalet for den interkommunale legevakta er lokalisert i Harstad (på sykehuset).

AMK Harstad betjener legevaktstelefonen på ettermiddag, kveld, natt og helger.

Faste leger pr 01.04.04:

- kommunelege 1, Marta Prytz Strand, priv.tlf 76 93 12 17, mob 95 11 88 75
- lege Helen Hegg, priv.tlf 76 93 01 87, mob 90 90 58 03
- lege Anne Ruth Syrtveit Mikalsen, priv.tlf 76 93 01 66, mob 95 79 80 77

### **8.2 Ambulanser**

Ambulanse 1 (døgnbil); tlf 41 27 21 00

Ambulanse 2 (dagbil); tlf 41 22 15 00

Rekvirering av ambulanse skjer via AMK Harstad:

Akutte oppdrag: 113

Haste og vanlige oppdrag: 77 06 33 00

### **8.3 Helsestasjon/helsesøstre**

Helsestasjonen, Sjøveien 14, tlf 76 98 66 60

- Bjarne Jota, priv.tlf 76 93 18 66
- Synnøve Leivseth, priv.tlf 76 93 01 98

### **8.4 Lødingen sykehjem**

tlf 76 98 67 00

Pleie- og omsorgsleder: Laila Jota; priv.tlf 76 93 18 66, mob.

Klokkerjordet boligstiftelse; tlf 76 93 23 04  
Furuveien bofelleskap; tlf 76 93 02 85

### **8.5 Sosialkontor**

Tlf. 769 86670 (Sentralbord)  
Telefax: 769 86675.

Sosialleder: Karin Ytterstad Direkte tlf. 769 86671 Privat: Tlf 769 31129 /Mb 97034853  
Nestleder (Barnevernfgl. Ansvarlig) Karen Anne Baartvedt Tlf. 769 86674  
Økonomi Saksbehandler: Gunn Bergli Tlf. 769 86 673  
Barnevernkurator: Marianne Hov Tlf. 769 86 672

Personell som kan tilkalles:

Førstekonsulent Laila Aam ( Stasjonert i Mottaket tlf 769 86670)  
Barnevernspedagog Torill Svendsen  
Pensj. Sekretær Liv Hansen

### **8.6 Sykepleiere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere**

(liste kommer.....)

### **8.7 Frivillige organisasjoner**

Lødingen Røde Kors Hjelpekorps kan kontaktes ved behov for assistanse. Skal fortrinnsvis varsles via lensmannen.

### **8.8 Psykososialt team**

Ekstremsituasjoner kan gi store psykiske belastninger. Kriseintervensjon er å hjelpe mennesker til å leve gjennom krisen uten at de får varige skader eller problem. Krisebistand bør kunne gis til skadde, pårørende og til innsatspersonellet.

Det vil være på sin plass å etablere en tverrfaglig sammensatt Støttegruppe bestående av:

Helsesøster  
Psykiatrisk sykepleier (koordinator)  
Barnevernspedagog (videreutd. i psykisk Helsearb)  
Prest  
Lege  
Oversykepleier (videreutd. i psykisk Helsearb.)

Denne gruppe bør komme sammen for å lage en enkel plan for psykososial omsorg.

### **8.9 Skoler**

Lødingen barneskole; tlf 76 98 67 70  
Lødingen ungdomsskole; tlf 76 98 67 50  
Vestbygd skole; tlf 76 98 66 80  
Lødingen videregående skole; tlf 75 65 62 00

## **8.10 Idrettshall**

Lødingenhallen; tlf 76 93 10 22

## **8.11 Samfunnshus**

Lødingen idrettslags klubbhus

## **8.12 Rådhuset**

Lødingen kommune sentralbord; tlf 76 98 66 00

# **9 Oversikt over medisinsk utstyr og medikamenter**

## **9.1 Lokal helsemateriellberedskap**

- Legesenteret (Sjøveien 14, tlf 76986650)
- Lødingen apotek (Sjøveien 14, tlf 76986900)
- Lødingen sykehjem (769 86700)
- Lødingen rehabiliteringssenter
- Ambulansene

Kommunen har ikke etablert kommunalt kriselager for medisiner, infusjonsvæsker og medisinsk forbruksmateriell.

## **9.2 Regional/sentral helsemateriellberedskap**

Det er bygd opp en viss materiellberedskap i Norge. Helsetilsynet har oversikt over dette.

# **10 INFORMASJONSBEREDSKAP**

En god informasjonsberedskap vil være et svært viktig element for å gi den enkelte virksomhet rom til å utføre sine primæroppgaver i en krisesituasjon.

Informasjonsberedskapen

har to hovedhensikter avhengig av situasjonen:

- Ved hendelser som skaper angst i befolkningen (smitte, terror, gassutslipp, mangel på legemidler eller annet medisinsk utstyr etc.) er hovedoppgaven å lede henvendelser til riktige kilder, gi nøktern og riktig informasjon innenfor eget ansvarsområde, og bidra til å unngå krisemaksimering og unødig angst.
- Ved hendelser/katastrofer der helsetjenesten faktisk mottar pasienter er hovedoppgaven å informere egen virksomhet, pårørende og presse/media om tilstanden til de forulykkede (i samråd med Politiet) og hvordan situasjonen håndteres på de ulike nivåer i organisasjonen. Informasjon vedrørende redningsarbeidet og etterforskning av ulykkesårsaker er politiets ansvar. Det er også politiet som har ansvar for dødsbudskap og frigivelse av navn på omkomne.

# **11 KJEMIKALIEULYKKER/FARLIG GODS ULYKKER/TERROR MED KJEMISKE MIDLER**

## **11.1 Organisering**

### **Kystverket, tlf 33 03 48 00 (24 timers vakt)**

Kystverket har overtatt ansvar fra Statens forurensnings tilsyn for kjemikalieuhell på land. Kystverkets 24-timers vakt rådgir uhells-/skadested direkte og

- kontakter ved behov Giftinformasjonen og/eller Folkehelseinstituttet, Direktoratet for brann- og eksplosjonsvern, Statens strålevern mv.
- vurderer og eventuelt aktiverer nettverksbedrifter med særskilt kompetanse om involvert farlig gods, en ordning som kalles Rådgivning ved kjemikalieuhell (RVK).

## Giftinformasjonen, tlf 22 59 13 00 (døgnvakt)

Giftinformasjonen er det nasjonale rådgivnings- og kompetansesenteret vedrørende akutte forgiftninger og forgiftningsfare.

**Ullevål Universitetssykehus HF, vakttelefon for kompetansesenter: 22 11 73 50.** Spør etter

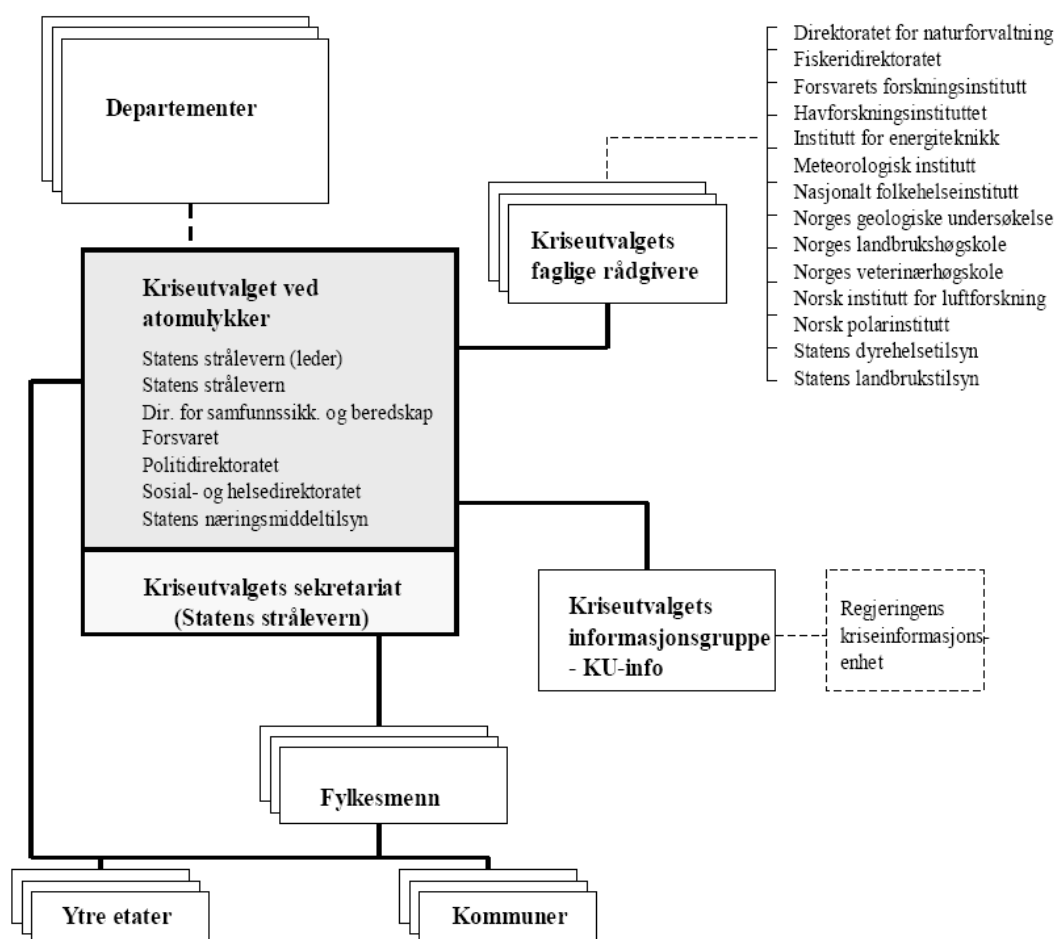
medisinsk konfereringsvakt (døgnkontinuerlig)

Ullevål universitetssykehus (UUS) har av Helsedepartementet fått i oppdrag å etablere/utøve en midlertidig landsfunksjon, kompetansesenter og beredskapsplan knyttet til mottak og behandling av pasienter som har vært utsatt for biologisk eller kjemisk agens eller radioaktiv stråling.

## 12 ATOMBEREDSKAP

### 12.1 Organisering

Atomberedskap skiller seg ut fra øvrig beredskap ved at det er etablert en nasjonal beredskapsorganisasjon



Fylkesmennene representerer det regionale ledd i atomulykkesberedskapen.

Fylkesmennene

kan mobilisere egne atomberedskapsutvalg (ABU) for å håndtere situasjonen best mulig på

regionalt nivå. Sammensetningen i ABU gjenspeiler sammensetningen i Kriseutvalget og de

faglige rådgiverne. Fylkeslegen vil være helsevesenets representant i ABU, og ved en

atomulykke, eller trussel om sådan, skal det opprettes kontakt mellom Fylkeslegen og Kriseledelsene.

### **Statens strålevern, 24 timers vakttelefon 67 16 26 00.**

Statens Strålevern er Norges nasjonale og internasjonale varslings- og kontaktpunkt for varsling av en hendelse eller en atomulykke.

Ved hendelser og ulykker er sekretariatet ansvarlig for å informere, varsle og innkalle Kriseutvalget, de faglige rådgivere, KU-info, berørte departementer, fylkesmennene, utenlandske samarbeidspartnere og eventuelle andre instanser.

Statens Strålevern kan bistå med kompetanse om strålekilder, doser og strålevern, men har ikke lenger medisinsk kompetanse som kan bistå i pasientbehandlingen ved strålingsulykker.

Institutt for energiteknikk, Kjeller, tlf. 63806000

- Stråleinspektør har døgkontinuerlig vakt med fullt utstyrt utrykningsbil med verneutstyr for redningsmannskaper, også lukkede pustesystemer

- Vil kunne bistå ved eksterne hendelser for bl.a. å beregne stråledoser, vurdere fare for kontaminasjon, osv.

Sivilforsvaret har utdannet personell samt måleutstyr for måling av radioaktivitet.

**Ullevål Universitetssykehus HF**, vakttelefon for kompetansesenter: 22 11 73 50. Spør etter

medisinsk konfereringsvakt (døgkontinuerlig)

Ullevål universitetssykehus (UUS) har i brev av 20.02.2003 fra Helsedepartementet fått i oppdrag å etablere en midlertidig landsfunksjon, kompetansesenter og beredskapsplan knyttet

til mottak og behandling av pasienter som har vært utsatt for biologisk eller kjemisk agens eller radioaktiv stråling. Kompetansesenteret har oversikt over medisinsk kompetanse (regionalt og nasjonalt) for behandling av stråleskadde, slik at det er identifisert et klart kontaktnett av spesialister på området dersom ulykken skulle inntreffe.

## **13 Kommunelegens tiltak**

(Evtnt. Annen lege i kommunelegens fravær)

### **Kommunelegens umiddelbare tiltak**

- *Hva har skjedd?*
  - Hvem, hva, hvor, hvorledes?
  - Skaff rask informasjon, fra flere kilder, f.eks. lokal legevaktsentral, helse-radionettet, vakthavende lege, AMK, nærmeste ambulansestasjon, 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?
  - Hva må umiddelbart tilføres utenfra?
- Hvilken kapasitet er det for overføring til annen linje tjenesten (ambulansse 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?
- *Hvilke tiltak skal jeg iverksette?*
  - Sjekke at aktuelle lokale ressurser er aktivisert.
  - Sjekke at nødvendig umiddelbar assistanse utenfra er aktivisert (AMK).
  - Sjekke at LRS-legen er alarmert, hvis en akutthendelse tilsier behov for bistand fra andre samfunnssektorer (behov ut over det helsevesenet selv disponerer).
  - Informer kommunens ledelse om tilstand og behov, samt hva som er aktivisert og når dette forventes i innsats.

## **Kommunelegens videre tiltak**

*Når de umiddelbare tiltak er satt i gang:*

- skaff/oppretthold løpende informasjon om situasjonen,
- tenk/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 normalt 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, dette må avklares i planer og under innsats,
- politiet er pålagt ansvaret for samordningen (av helsevesen, brannvesen, osv., osv),
- kommuner og andre er ressursleverandører, og bidrar med sine tjenester, (kfr. bl.a. kommunehelsetjenesteloven i pkt 2.1).

-

*Tenk fremover,*

- hvilke behov vil innsatspersonellet få om noe tid (mer materiell, ytterligere personell, drikke, mat, lys, varme 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

- innsatspersonell
- hvor og med hvem etableres psykososiale støttetjeneste for hhv. de berørte, pårørende og innsatspersonell.

#### *Informasjon til befolkningen*

- diffus angst i en befolkning, utløst av en hendelse, nødvendiggjør omfattende og saklig og lettfattelig og gjentatt informasjon,
- en akuttsituasjon som berører flere, krever også saklig og lettfattelig informasjon,
- kommunens ledelse (ordfører/evt. rådmann) er ansvarlig for info-opplegget,
- kommunelegen bistår med faglig innspill til den info-ansvarlige, evt gjennomfører informasjon til befolkningen etter anmodning fra ordfører/rådmann.

#### *Etter anmodning/pålegg rapportere til Helsetilsynet i fylket*

##### Hendelsens innvirkning på

- befolkningens helsetilstand,
- helsetjenestenes mulighet til å utføre sin funksjon.
- Vurder spesielt om liv og helse er truet.

## 14 VEDLEGG

### 14.1 SKADESTEDSARBEID/ORGANISERING

#### Skadestedsfunksjoner/organisering

##### **Skadestedsleder (SKL)**

Oppgaven ivaretas av politiet.

Denne har det overordnede ansvaret for ressursbruken på stedet, etablering av kommunikasjonslinje til redningssentralen, loggføring og informasjonstjeneste.

- 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.
- Skadestedslederen oppretter *kommandoplass* og leder derfra innsatsen gjennom faglederne.
- I hvor stor grad skadestedsleder skal *gripe operativt inn* i aksjonen, avhenger av situasjonen.

##### **Fagleder Orden (FO)**

Politi som er ansvarlig for trafikkregulering, sperringer, helikopterlandingsplass, samleplass for evakuerte, venteplass hjelpestyrker, venteplass ambulanser og samleplass for døde.

**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.

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

Funksjonen som fagleder helse (sanitet), dvs legen med det medisinske ansvar for den behandling som blir gitt og ikke gitt, (kfr. helsepersonelloven), vil i de fleste tilfelle tilfalle den lege som tilfeldigvis har vakt i området. Når evt medisinsk team fra sykehus tiltrer arbeidet i skadeområdet kan det forventes at en av dem evt kan overta funksjonen som den medisinske ansvarlige.

**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. (Brannvesenets utrykningsleder har således i slike situasjoner større myndighet til å organisere tiltak som er nødvendige for å redde liv, enn hva den medisinske ansvarlige har.

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.

Nedenstående figur viser sammenhengen mellom *redningstjenestens organisasjon og helsevesenets struktur*:

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 akutsituasjon der liv og helse er truet, er det vedkommende politimester som leder denne avgrensede aksjonen.

*Det kan oppstå avveininger mellom når kommunen har ansvaret og når Staten ved politiet eller Fylkesmannen skal forestå den koordinerende ledelsen.*

### **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, som del av en koordinert innsats. 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 redningstjenest*

## 4. VEDLEGG

### 14.2 FØRSTE INNSATS I STØRRE SKADESITUASJONER

Når man kommer frem til et innsatssted der utfordringene synes *større enn det man har rutine for*, kan det lett oppstå *handlingslammelse*.

Det kan være to former for angst,

- den ene er frykten som driver oss vekk fra det som synes farlig, dvs. vekk fra innsatsstedet,
- den andre er frykten for ikke å leve opp til forventningene (rettere sagt, frykten for ikke å leve opp til det bilde jeg synes at andre bør ha av meg), dvs. det kan føre en inn i betydelige farer.

Hvor lenge denne handlingslammelsen varer, og om man havner ned på en ballansert vurdering av fare i forhold til hva en innstas kan gi av gevinst, er sterkt avhengig av tidligere erfaring.

**Hovedprinsipp en:** Man skal ikke utsette seg selv eller andre for urimelig risiko, for muligens å kunne hjelpe noen som man ikke vet hvorledes det er med.

**Hovedprinsipp to:** Etter nødvendig sikring, skal man søke å oppnå størst mulig grad av overlevelse, med minst mulig senkomplikasjoner.

#### **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  
(NB tidsfaktoren, pr definisjon må de finnes raskt)
  - b. gi HASTER - pasientene den umiddelbare nødvendige første hjelp (over i sideleie, stanse stor blødning)
  - c. samtidig som du leter etter HASTER – pasientene, registrerer du (bevisst eller ubevisst) godt nok resten av innsatsstedet,
3. **Behov for hjelp?**
  - a. klarer jeg/klarer jeg ikke å løse oppgaven?
  - b. hva slags hjelp trenger jeg?  
(fra helsevesen og fra andre sektorer til frigjøring, til lettere/ikke skadete osv.)
  - c. varsle AMK om ditt umiddelbare behov, og antatte behov på litt sikt,
4. **Prioritere oppgavene** til hjelpen kommer?
  - a. sikre respirasjon og sirkulasjon,
  - b. forebygge hypotermi
  - c. søke å skape trygghet blant de berørte.

## 1.3 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. Eksempel: inne i større sammenklemte kjøretøy, sammenrast bygning osv.. Det kan være vanskelig å vurdere enkeltpasientene tilstrekkelig, og enda vanskeligere å utføre behandling.

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

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

Prehospital behandling og tidsfaktorens betydning fremheves i moderne akutt- og katastrofe-medisin. 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 behandlingkjeden (som forskjellige sykehus, lokale legekontorer osv).

### **Plassering**

Ved en trafikkulykke etableres i prinsippet også en behandlingsplass, gjerne i vegkanten der pasienten(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, sammenrasninger 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 "kromtappen" 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 (ikke et mål i seg selv).

### **Avgrensning:**

Behandlingsplassen må avgrensnes 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:**

*Pasientene fordeles fra Mottak til en av de tre postene:*

#### **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 trinnvis 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 (med fordel hvis det er noe tidsavstand til behandling i neste ledd)

- Sted: I nærheten av mottaket, slik at det mest kompetente helsepersonell lett kan betjene begge stedene.
- Tiltak: Heve og stabilisere allmenntilstanden.
- Materiell: Særlig for stabilisering av respirasjon og sirkulasjon. Bandasjer, spejlk osv.

### KAN VENDE

- 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.
- Tiltak: Heve og stabilisere allmenntilstanden, observere utvikling i tilstanden, evt. omprioritere.
- Materiell: Særlig for stabilisering av respirasjon og sirkulasjon. Bandasjer, spejlk osv.

### MÅ VENDE

- 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.
- Tiltak: Kan med fordel transportere vekk med buss el.e., fordel for dem og for den mer intensive behandling ved de andre postene.
- Materiell: Bandasjer, spejlk osv.

### Hovedmoment

#### *I Situasjonsorientering*

- Hva slags ulykke (hva slags type gass - se støttekort), ta kontakt med
- redningsledelse/brann- og redningsetaten
- Se [www.fhi.no](http://www.fhi.no) og [www.dbe.no](http://www.dbe.no)
- Hvor ligger ulykkesstedet
- Er ulykkesstedet åpent eller i et lukket/delvis avstengt rom (tank etc)
- Værforhold med prognoser (NB. vindretning og temperatur)
- Er personer skadet
- Hvor mange oppholder seg/har oppholdt seg i en mulig faresone
- Prognose for ulykkesutvikling - hva er det verste som kan skje
- Er personell i kommunehelsetjenesten aktivert - hva er evt. behovet for kommunale ressurser
- Skal det i samråd med redningsledelse/politi gjøres forberedelser til eller opprettes evakueringscenter (NB! plassering i forhold til gass)
- Innhent generell bakgrunnsinformasjon vedrørende det aktuelle stoff,

#### **AKUTT**

- Er forurensede områder sikret
- Etablere gode kommunikasjonsvirksomheter og i forhold til redningsledelse/politiet,
- Vurder forberedelse til opprettet redningsledelse/politiet,
- Avklar evt dekontamineringsbehov

#### **HASTER**

- Overvåk mediebildet
- Bidra til en god og samordnet kommunikasjon til publikum
- Gå aktivt ut med relevant informasjon til kommunen
- Vurder fortløpende behovet for

## Tiltakskort

## Hovedmoment

### II Situasjonsforståelse

- Vurder sikkerhetsaspektet for befolkningen
- Vurder befolkningens helserisiko fysisk og psykisk
- Sett deg inn i evt. sentrale myndigheters og medias fortolkning og håndtering av hendelsen
- Spredningsprognoser
- Konsekvensvurdering

### Støtteinformasjon

Ved gasser som fortrenger oksygen (tunge gasser, som Cl) må de som driver redningsarbeid ha fullt røykdykkerutstyr for ikke å bli kvalt. Også ved gasser med molekylstørrelse som de normale komponentene i luft (som CO og CO<sub>2</sub>) må det brukes full åndedrettsbeskyttelse da disse gassene passerer vanlig gassmaskefilter.

I åpne områder må ferdsel i utkanten av området kun skje i samråd med fagleder brann som skal klarere området. Ved gassulykker i lukkede eller delvis avstengte rom (tanker) bør det først og fremst skaffes ventilasjon fremfor å gå inn i området uten røykdykkerutstyr. Ved henting av skadde i åpne gassområder må transport skje på tvers av vindretningen i størst mulig grad.

Hovedregel er at gassen vil spre seg fra utslippstedet i en sektor på 30-60° med vinden.

Røyking eller bruk av ild må ikke forekomme da mange gasser er eksplosive.

### VANLIG

- Vurder virkningen av iverksatt
- Vurdere informasjonsbehov
- Vurdere behov for langsiktige
- Opprett kontakt med sosialtjen

## Tiltakskort

### 1 Gasser som irriterer slimhinner (klor, svoveldioksyd, amoniakk og nitrøse gasser)

Såkalte "kvelegasser" reagerer med vann på slimhinnene og danner da irriterende/etsende forbindelser som forårsaker de toksiske effektene. Avhengig av hvor "tørr" gassen er og hvor lett den reagerer med fuktighet, vil en få irritasjon i henholdsvis øvre eller nedre deler av luftveiene. Tørre gasser som trenger langt ned i luftveiene før de reagerer med fuktighet i slimhinnene, f.eks. nitrøse gasser, representerer en større fare mht. utvikling av lungeødem enn de mer vannløslige gassene amoniakk og svoveldioksyd. Ved større eksponeringer vil imidlertid de to siste også nå helt perifert i luftveiene.

**Klinikk:** Lettere tilfeller gir irritasjon fra øyne og luftveier med renning fra nese/øyne, sårhet i hals med hoste og evt. lettere pustebesvær og smerter i brystet. Høy gasskonsentrasjon medfører hoste, dyspnoe, uro og hodepine med utvikling av larynx- og lungeødem. Hudkontakt kan gi etseskader som behandles som brannsårr.

**Behandling:** Pasienten evakueres snarest på forsvarlig måte fra gassområdet. Pasienten bør holdes mest mulig i ro da økt respirasjon øker risiko for lungeskade. Gassmaske eller fuktig klut foran nese/munn er nyttig under evakueringen. Øyne skylles med vann eller helst isotont saltvann. Ved pustebesvær gis oksygen m/bruk av reservoir og ellers symptomatisk behandling. Alle pasienter eksponert for irriterende gasser med symptomer fra luftveiene, skal observeres i sykehus i 24 timer da utvikling av lungeødem kan komme flere timer etter eksponering.

## **2 Gasser som fortrenger oksygen (karbondioksyd, nitrogen, metan og propan)**

Dette er gasser som ikke har noen egentlig toksiske effekter, men som i lukkede rom, grøfter, dalsøkk etc. vil skape et hypoksisk miljø fordi gassene er tyngre enn oksygen som derved vil fortrennes. Gasser som propan og metan medfører stor eksplosjonsfare.

**Klinikk:** I lettere tilfeller inntreer svimmelhet, hodepine, slapphet og likegladhet. I alvorligere tilfeller sees hyperventilasjon, koma, metabolsk acidose, kramper, hjerteinfarkt og hjerneødem.

**Behandling:** Ved redningsarbeid i lukkede rom må pressluftutstyr benyttes for å bedre forholdene inn til alle kan bli evakuert. Full åndedrettsbeskyttelse for innsatspersonellet. Behandlingen er oksygen m/bruk av reservoar, samt symptomatisk behandling.

## **3 Gasser som hemmer transport og omsetning av oksygen - (karbonmonoksyd, cyanid og hydrogensulfid).**

### ***Karbonmonoksid***

CO har mer enn 200 ganger så høy affinitet til Hgb som oksygen. Ved høy konsentrasjon av Hgb-CO vil tilbudet av oksygen til vevene reduseres, og det oppstår hypoksi og metabolsk acidose. I tillegg forskyves oksygenets dissosiasjonskurve mot venstre. Vevshypoksien blir dermed mer uttalt enn hva reduksjon i blodets oksygenbærende kapasitet skulle tilsi. En direkte hemming av respirasjonskjeden fremkalt av CO inntreer muligens også.

**Klinikk:** I lettere tilfeller inntreer hodepine, svimmelhet, forvirring, uro og lett hyperventilering. Typisk ellers er tachykardi, dyspnoe, koma, arytmier og evt. hjerteinfarkt. Nevropsykiatriske senfølger sees hos pasienter med alvorlig grad av forgiftning.

**Behandling:** Pasienten må snarest evakueres og gis vanlig livreddende førstehjelp. Oksygen gis på maske, med reservoar inn til sykehus.

### ***Cyanid:***

**Klinikk:** Hodepine, kvalme, brekninger, lufthunger og evt. sløret bevissthet. Etterhvert kan det inntre karidale arytmier, metabolsk acidose og hypotensjon. Ved inhalasjon av høyere konsentrasjoner sees et akutt sykdomsbilde med voldsomme respirasjonsbevegelser, kramper og bevisstløshet. Ved perorale inntak sees en lokal irriterende effekt på slimhinnene i tillegg til ovennevnte symptomer.

**Behandling:** Pasienten fjernes fra dampen og tilføres oksygen med reservoir, evt., livreddende førstehjelp (basal/avansert hjerte-lunge-redning), for øvrig symptomatisk behandling.

### ***Hydrogensulfid:***

**Klinikk:** Vanlig er irritasjonsfenomener fra øyne og luftveier. I tillegg sees sentralnervøs depresjon med svimmelhet, sløvhet og evt. koma og kramper. Pneumoni og lungeødem kan forekomme etter flere timers intervall. Rytmeforstyrrelser forekommer også. Effekt på cytokromene gir metabolsk acidose. Ved inhalasjon av høye konsentrasjoner sees raskt koma, respirasjonsdepresjon, og død i løpet av 15-30 min. Bedring av tilstanden vil inntre langsomt, men oftest fullstendig. Mentale forstyrrelser med amnesi, bradykardi og andre karidale og nevrologiske symptomer kan vedvare lenge. Langvarig eksponering over tid kan medføre hjerneskade.

**Behandling:** Sikre frie luftveier og oksygentilførsel med reservoir.

## **4 Gasser som påvirker livsviktige enzymer (arsener, krigsgasser, plantevernmidler).**

Hudskader behandles som brannskader, mens systemeffekter behandles symptomatisk under transport til sykehus.

## **5 "Sniffegasser" fra organiske løsemidler (bensin, eter, kloroform, toluen, xylene).**

**Klinikk:** Varigheten og intensiteten av ”sniffingen” er av stor betydning for den toksiske effekten. Det er særlig lever- og nyreskader som er rapportert, men dødsfall pga. ventrikkelflimmer og respirasjonssvikt forekommer. Ukarakteristiske abdominalsymptomer er ofte et av de første symptomer.

**Behandling:** Symptomatisk under transport til sykehus.

#### **6 Branngasser (giftgasser ved brann i syntetiske stoffer + CO)**

Co er som oftest den viktigste giftgass ved vanlige branner, men cyanid, amoniakk, fosgen, hydrogenfluorid, isocyanater, saltsyre og svoveldioksid er andre giftgasser som kan utvikles ved brann i syntetiske stoffer eller brannisolasjonsmaterialer.

**Behandling:** Tilførsel av oksygen med reservoar samt livreddende førstehjelp.