

Justis- og beredskapsdepartementet  
Postboks 8005 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Saksbehandler: INJOS  
Vår ref.: 12/7200  
Dato: 07.09.2012

## **Justis- og beredskapsdepartementet - Høring - NOU 2012:14 Rapport fra 22072011-kommisjonen**

Vi viser til invitasjon til å komme med høringsuttalelse på regjeringen.no.

22. juli-kommisjonens rapport er grundig, oversiktlig og godt skrevet og gir en god beskrivelse av helsesektorens innsats. Specialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten mobiliserte raskt, og det var ikke mangel på personell eller medisinsk utstyr. Sektorens beredskapsplanverk ble iverksatt på alle nivåer og fungerte i hovedsak godt, til tross for at Helse- og omsorgsdepartementet ble hardt rammet av eksplosjonen i regjeringskvartalet.

Kommisjonen framholder at helsevesenets innsats 22/7 er preget av en god læringskultur. Videre slår kommisjonen fast at det ble utvist stor gjennomføringsevne i den uoversiktlige situasjonen som oppstod. Oppgaver ble fordelt på en adekvat måte, og det var en klar rolleforståelse mellom ledelse og personell og personellet imellom. Ansvars-, nærhets- og likhetsprinsippet, som er retningsgivende for arbeidet med beredskap og krisehåndtering, ble fulgt av helse- og redningstjenesten den 22/7.

Helsedirektoratet slutter seg til kommisjonens beskrivelse av helsesektorens innsats og anbefalingene som berører helsevesenet og redningsetatene og vil legge Kommisjonens rapport til grunn i det videre arbeidet.

Kommisjonens rapport sammenfaller på vesentlige punkter med Helsedirektoratets egen rapport, «Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011 Læring for bedre beredskap».

Helsedirektoratet ønsker å presisere at selv om helsetjenesten gjorde en god jobb har både kommisjonens rapport og direktoratets egen rapport om 22. juli avdekket en rekke lærings- og forbedringspunkter. Det er viktig at disse læringsområdene blir fulgt opp og forbedringer blir implementert for å styrke helseberedskapen og redusere risiko i framtidige hendelser.

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å forestå koordinert oppfølging av 22.juli-kommisjonens og Helsedirektoratets egen rapport, «Læring for bedre beredskap» i helsetjenesten.

**Helsedirektoratet • Divisjon administrasjon**

Avd. Beredskap

Inge Johannes Solheim, tlf.: 24 16 34 81

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) • [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Direktoratet ser det som viktig at en rekke av anbefalingene fra rapportene følges opp i et nært samarbeid mellom sektorene og vil i den forbindelse peke på at det allerede er etablert et samarbeid mellom Politidirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet vil samtidig påpeke at et tiltak som felles nødmeldesentraler, etter direktoratets vurdering, ikke vil svare ut de utfordringer som løftes frem i kommisjonens rapport. Etatene er svært forskjellige i både tjenesteutøvelse og organisering. Felles nødmeldesentraler vil raskt kunne virke hemmende på den enkelte etats autonomi og behov for tilpassede og funksjonelle systemer.

Helsedirektoratet ser frem til å samarbeide med Justis- og beredskapsdepartementet og dets underliggende virksomheter i den videre oppfølging.

Vennlig hilsen

  
Bjørn-Inge Larsen  
Helsedirektør



Morten Randmæl  
avdelingsdirektør

Justis- og beredskapsdepartementet  
Postboks 8005 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Saksbehandler: LOH  
Vår ref.: 12/7200  
Dato: 12.09.2012

### **Justis- og beredskapsdepartementet - Høring - NOU 2012:14 Rapport fra 22072011-kommisjonen – faglige vurderinger – vedlegg til Helsedirektoratets høringsuttalelse**

Helsedirektoratet har sendt høringsuttalelse til Justisdepartementet 7. september med sine overordnede vurderinger av NOU 2014:14. I henhold til høringsbrevet fra JD datert 17. 08. 2012 skal høringsinstansene sette fokus på kommisjonens avsluttende konklusjoner og anbefalinger, slik disse fremkommer av rapportens kapittel 19.

Helsedirektoratet beklager at pga. en inkurie er ikke de faglige vurderingene i hht. disse spesifikke punktene vedlagt i vårt hørings svar. Vi ettersender derfor disse.

Et bærende prinsipp i utvikling av medisinsk beredskap har vært at ekstraordinære hendelser i størst mulig grad skal håndteres i tråd med de prinsipper og prosedyrene som anvendes i dagliglivets små og store hendelser. I ekstraordinære situasjoner skal oppgavene løses etter de kjente og innarbeidede prinsippene, bare i mye større skala og med noen andre prioriteringer.

#### **Øvelser**

Helsetjenesten har en lovpålagt plikt til å utarbeide og revidere beredskapsplaner samt å arrangere og gjennomføre ulike typer øvelser. All erfaring tilsier et aktivt arbeid med plansystemer og ikke minst øvelser er viktig for å bedre håndteringsevnen når større eller uvanlige hendelsene inntreffer, selv når hendelsene er av en type det ikke er utarbeidet planer for. Når en ekstraordinær situasjon inntreffer vil hele organisasjon bli satt på prøve. Mangelfull oppgaveløsning vil fort kunne bli synlige i alle ledd i organisasjonene. Derfor er en stor vilje til å ha et øvet og trenet apparat, men dessverre er det også grunn til å anta at planarbeid og øvelser ofte blir salderingsposter i de årlige budsjettkampene både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har i samarbeidet med fylkesmannetaten ivare tatt pådriverrollen bl.a. gjennom beredskapsmøter i utvalgte fylker, men sentrale helsemyndighet har i liten grad gitt overordnede føringer til de ulike aktørene når det gjelder øvelsesfokus og øvelsesaktivitet. Det er heller ikke etablert noe nasjonalt system for å fremskaffe oversikt over øvelsesaktiviteten innen helsetjenesten. Dette arbeidet må styrkes bl.a. gjennom årlige nasjonale øvelser hvor øvelsesfokus settes av sentrale myndighet, men

#### **Helsedirektoratet • Divisjon spesialisthelsetjenester**

Divisjonsdirektør spesialisthelsetjenester

Lotte Hernæs, tlf.: 24 16 32 14

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

hvor det øves lokalt og med lokale tilpassede scenarier. Slike øvelser må være fellesøvelser hvor brann, politi og helse øver sammen og hvor frivillige organisasjoner, forsvaret og redningstjenesten ivaretar ulike roller i tråd med øvelsesfokus.

Som en del av økt plan- og øvelsesfokus bør kommuner og helseforetak underlegges en meldingsordning hvor definerte øvelsesaktivitet meldes årlig til Fylkesmannen og hvor Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap årlig utarbeider en nasjonal rapport. Helsedirektoratet er overbevist om at strukturerte og fokuserte årlige nasjonale øvelser som involverer flere aktører både i planlegging og gjennomføring samt en generell rapporteringsplikt vil bidra en styrket helseberedskap lokalt og en bedre nasjonal beredskap.

Nasjonale fokuserte øvelser som er koordinert i tid, men med lokal tilpasning vil sette et økt fokus på nasjonalt og lokalt planarbeid og vil gjennom et godt presse- og publikumsarbeid sette fokus på beredskapen generelt og øke befolkningens forståelse for samfunnets håndtering av stor eller uvanlige hendelser. For helsetjenesten kan slike øvelser også kombineres med andre aktiviteter som førstehjelpsopplæring i regi av frivillige organisasjoner, informasjonskampanjer om kommunale legevaktjenester, nødnummer og en generell informasjon om beredskapen der folk bor.

Det er de tre nødetatene brann, politi og helse som må være de viktigste premissleverandørene i forhold til et økt nasjonal fokus på øvelser. Politiet har, som eneste nødetat etablert et system med nasjonale øvelser. Fokus for politiets årlige øvelse Tyr har vært å bedre krisehåndteringsevnen til politiet og samvirkende aktører. Øvelsen som blir arrangert av Politidirektoratet i samarbeid med aktuelle politidistrikter bør kunne danne basis for et større og mere integrert øvelsesopplegg hvor Politidirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Helsedirektoratet er eier av øvelsen og hvor et sekretariat står for den praktiske gjennomføringen.

Utvikling og gjennomføring av nasjonale øvelser vil være ressurskrevende og kreve økonomisk og praktisk innsats på mange plan. Det bør derfor settes ned en utredningsgruppe som får i mandat å utvikle ulike konsepter for nasjonale øvelsesopplegg, samt å kostnadsberegne de ulike modellene. Det er her viktig å merke seg at utredningen må ta utgangspunkt i at det skal være et nasjonalt øvelsesfokus gjerne med en større hendelse et sted i landet, men at øvelsen må også generere lokale øvelsesaktiviteter som griper inn i de lokalmiljøer i alle deler av landet. Kostnaden må derfor fordels på de ulike forvaltningsnivåene og hvor lokal evalueringsprosesser også inngår i kostnadsberegningene.

### **Nasjonalt traumesystem i Norge**

Etter initiativ fra Traumeutvalget i Norsk Kirurgisk forening (NKF) og Norsk anesthesiologisk forening (NAF) opprettet de regionale helseforetakene og Sosialdepartementet i 2005 et nasjonalt utvalg med oppdrag om å foreslå et system for traumeorganiseringen i Norge. Det var en interregional arbeidsgruppe, kirurger og anestesileger med mange års traumeerfaring. Gruppen tok utgangspunkt i erfaringer fra andre land, gjorde undersøkelser av både de prehospitale tjenestene og traumehåndtering ved sykehusene i Norge.

Arbeidet pågikk i 2006-2007, og var ledet Olav Røise, nå klinikkleder ved Akuttklinikken, OUS. I forbindelse med utarbeiding av rapporten ble det utført en spørreundersøkelse der alle sykehus med akutfunksjon deltok.

Spørreundersøkelsen viste at 83 % av sykehusene har traumeteam, og det var fastlagt prosedyrer ved traumemottak ved 79 % av sykehusene. Bare 23 sykehus (48 %) stiller krav til minimum 2 års erfaring for anestesilege. Bare tre av sykehusene stiller krav om ATLS (Advanced Trauma Life Support)-kurs for teamleder. 45 sykehus har gjennomført teamtrening, men det foreligger lite informasjon om hyppighet og systematikk.

Rapporten "Organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem" var på en bred høringsrunde da rapporten var ferdig i 2007, og arbeidsgruppen gjorde korreksjoner etter dette. Helse Sør-Øst arrangerte som ledd i oppfølging av rapporten, en regional erfaringskonferanse i september 2010. Spørreundersøkelsen fra 2007 ble gjentatt og den bekreftet at traumebehandlingen i Helse Sør-Øst fortsatt var uten tydelig koordinering, klare retningslinjer og forutsigbar kompetanse ved helseforetak utenom traumesenteret, men at bevisstheten var økt.

Kartlegging til erfaringskonferansen i Helse Sør-Øst RHF viste at bare ett akutmottak bortsett fra traumesenteret ved OUS-Ullevål som oppfylte nesten alle krav (kompetanse og ressurser) til traumemottak – akuttsykehus; Vestre Viken HF (Ringerike).

Som kjent var det Ringerike sykehus som mottok et større antall alvorlig skadde 22/7. Kommisjonen skriver om Ringerike sykehus: "Sykehuset mobiliserte raskt og omfattende og gjorde etter kommisjonens syn en svært god medisinsk innsats 22/7 og i den etterfølgende tiden." (s.184); "Sykehuset har bygd opp en traumekompetanse som overstiger det man forventer av lokalsykehus. De gjennomfører også regelmessige øvelser for traumeteam. Denne kompetanse fikk de god bruk for 22/7. Syv pasienter som krevde avansert kirurgi ble overflyttet til OUS-Ullevål etter primær stabilisering på Ringerike."(s.183). Etter kommisjonens vurdering illustrerer dette hvor viktig det er at også mindre sykehus har kompetanse til å motta og yte stabiliserende behandling til pasienter med alvorlige skader.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i desember 2010 at det skulle innføres et traumesystem i Helse Sør-Øst, basert på anbefalingene i rapporten om organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem.

Traumerapporten har pr. mars 2011 medført kun ett formalisert vedtak som reelt etterkommer traumerapportens intensjoner om å etablere et nasjonalt system, Helse Sør-Østs plan. Traumesystemet ble vedtatt gjennomført første halvår 2011. Traumesystemet er helt i tråd med de nasjonale føringene, svært detaljert og gir klare konkrete krav til aktørene.

Helse Sør-Øst RHF har også i styrevedtak besluttet å ta initiativ ovenfor de tre andre helseforetakene i landet til å utarbeide et mandat for nasjonal samkjøring av traumesystemet. De øvrige regionale helseforetak har kommet langt i implementering av sine traumesystem, men et nasjonalt traumesystem er ikke implementert.

Helsedirektoratet finner at også erfaringene fra 22/7 tilsier at man nå, innenfor en viss tidsperiode, må få på plass et nasjonalt traumeomsorgssystem.

### **Kapasitet – fordeling av alvorlig skadde mellom sykehusene**

22. juli-kommisjonen skriver at kapasiteten ved Ullevål sykehus ble aldri utfordret 22/7 (s.184). "Sykehuset opplevde aldri mangel på behandlingsskapasitet eller kompetanse. Kl. 19.00 sto også 15 team klare i Vestre Viken og på AHUS. Også på Rikshospitalet var 10 operasjonsteam og syv intermedisær plasser for barn mobilisert."

Traumesystemet til Helse Sør-Øst RHF sier; " I hovedtrekk gjelder at pasienter som er ustabile eller har åpenbar alvorlig skade, skal til traumesenter dersom dette er mulig innen akseptabel tidsramme. Vanlig akseptert transporttid (fra skadested til sykehus) internasjonalt er 30 minutter, så det er derfor foreslått 30 minutter som akseptabel tid til traumesenter (her Ullevål sykehus). Denne planen ble fulgt ved transport av hardt skadde fra Regjeringskvartalet og Utøya bortsett fra 7 hardt skadde pasienter fra Utøya som ble transportert direkte til Ringerike sykehus. Dette var sannsynligvis som følge av misforståelser rundt lokalisering/etablering av helikopterlandingsplass. Fagleder helse kommuniserte direkte med traumelederen ved OUS-Ullevål via mobiltelefon for å sjekke mottakskapasiteten og melde om pasienter som ble sendt dit. Før omfanget av skadde var kjent, la Fagleder Helse og Operativ leder Helse en plan for hvordan man på en time kunne håndtere ca. 110 skadde med de ressursene som var tilgjengelige ved samleclass 2.

Systemet er åpenbart sårbart ved større katastrofer og ikke minst i distrikts-Norge, områder med store avstander mellom sykehusene. Det er et klart behov for et planverk for fordeling av pasienter til omkringliggende sykehus dersom kapasiteten ved regionens traumesenter blir "sprengt". Det bør derfor fremgå av planverket hvordan og hvem som skal være ansvarlig for pasientfordeling dersom det er grunn til å anta at ansvarlig traumesenter kan få kapasitetsproblemer.

### **Innkalling av personell ved katastrofer**

Kommisjonen skriver; "Ved katastrofer er det også viktig med effektive automatiske innkallingssystemer for personell og internvarslingssystemer som er effektive og funksjonelle. I de delene av helsetjenesten der dette ikke allerede er etablert, er det kommisjonens syn at dette bør innføres snarest."

OUS erkjenner denne utfordringen/svakheten i sin organisasjon i sin rapport om håndtering av terrorhendelsene 22. juli (s.17): "Tilbakemeldinger og erfaringer etter katastrofene viser at det var knyttet betydelige utfordringer til varsling av personell. Tilfeldig varsling (noen ble ikke varslet i det hele tatt) medførte at man hadde liten oversikt over hvem som hadde anledning til å møte og hvem som faktisk møtte (...) Dagens innkallingssystem består i hovedsak av at ledere må ringe og/eller sende SMS til sine ansatte ved katastrofe- og/eller beredskapsvarsling. (...) Hadde katastrofen inntruffet om natten er det grunn til å anta at det frivillige oppmøte ville blitt sterkt redusert".

OUS finner nå behov for anskaffelse av følgende system; " Automatisert varslingssystem basert på SMS og/eller taleinformasjonsmeldinger. Systemet bør være nivådelt slik at man kan varsle om obligatorisk oppmøte, beredskap i hjemmet eller oppdekking av vakter for arbeidende mannskaper. Systemet må være i stand til å

gj automatisert, kronologisk tilbakemelding pr. data – slik at stab og ledelse ser hvem som kommer, når og hvor. ”

Helsedirektoratet anbefaler at et slikt tiltak følges opp og innføres i alle landets helseforetak.

### **Psykososial oppfølging**

Rapporten er grundig, oversiktlig og godt skrevet og omhandler **helse- og redningstjenestens innsats** på en god måte (kapittel 9). Helse- og redningstjenesten mobiliserte raskt, og det var ikke mangel på medisinsk utstyr. Kommisjonen framholder at helsevesenets innsats 22/7 er preget av en god læringskultur. Videre slår kommisjonen fast at det ble utvist stor gjennomføringsevne i den uoversiktlige situasjonen som oppstod. Oppgaver ble fordelt på en adekvat måte, og det var en klar rolleforståelse mellom ledelse og personell og personellet imellom. Ansvars-, nærhets- og likhetsprinsippet, som er retningsgivende for arbeidet med beredskap og krisehåndtering, ble fulgt av helse- og redningstjenesten den 22/7. Erfarne helsearbeidere ble brukt på de vanskeligste og mest kritiske områdene. Det var erfarne anestesileger og traumekirurger som gjennomførte triage av pasienter på samleplasser og akuttmottak, og erfarent ambulanspersonell som var operative ledere. Mye helse- og redningspersonell kom frivillig på arbeid, også før de ble innkalt.

Under overskriften **Helsepersonell i usikrede områder** (side 189) beskriver kommisjonen at: «Kommisjonen anser for øvrig at helsepersonell har en handlingsplikt når liv og helse står på spill. Kommisjonen mener det bør utarbeides nasjonale føringer for samarbeid mellom helsetjenesten og politi/brann- og redningstjenesten ved oppdrag i usikrede områder.»

Det anses viktig med føringer for slikt samarbeid, men at en slik handlingsplikt vanskelig kan gjelde fullt ut i skarpe situasjoner. Dette er et stort og omfattende tema som vil kreve en grundigere gjennomgang både ut fra faglige, menneskelige og etiske synspunkter. Det anses som avgjørende for den akutte innsatsen i en krisesituasjon at de erfarne anestesileger og traumekirurger ikke blir drept eller skadet, men kan fortsette det viktige arbeidet med å lede triagering og akutt innsats.

**Psykososial ivaretagelse** beskrives i underkapittel 9.3. Dette underkapittelet er grundig og godt. Det beskriver faktiske hendelser og kunnskapsgrunnlaget, kommisjonen vurderer innsatsen som ble utført av frivillige og profesjonelle hjelpere og kommer med punkter med mulig forbedringspotensial.

**Kunnskapsgrunnlaget** beskrives relativt omfattende med mange litteraturhenvisninger til sentrale kilder på dette feltet. Det er tatt med forklaringer om hvordan psykiske traumer og Post Traumatic Stress Disorder, PTSD, er definert.

Begrepet **psykologisk debriefing** beskrives også med henvisning til viktig nyere forskning der man har vist at denne metoden kan virke mot sin hensikt, særlig hvis den settes i gang for kort tid etter hendelsen. Omtalen av psykologisk debriefing fremstår imidlertid litt forvirrende i rapporten, fordi det er beskrevet samtidig som gjennomgangen av ivaretagelsen av ofre og direkte berørte. Dette beskrives her uten at det understrekes at det ikke er denne gruppen som skal ha debriefing, men at debriefing er en metode som utelukkende skal benyttes overfor innsatspersonell. Metoden egner seg for gjennomgang med innsatspersonell der en har hatt en briefing i

forkant, og debrifing med innsatspersonell skal ikke gjennomføres før det minimum er gått et døgn etter innsatsen. Ofrene skal derimot motta individuell tilpasset **psykologisk førstehjelp**. Helsedirektoratet har med en anbefaling om dette i sin rapport (side 76): «Opplæring i psykologisk førstehjelp må gis gjennom obligatoriske kurs til helsepersonell og annet hjelpemannskap som gir akutt hjelp til berørte og rammede, samt til alle organiserte frivillige.»

Psykologisk førstehjelp og psykologisk debrifing er to ulike intervensjoner, men begreper som ofte blandes sammen, og dette kan føre til forvirring. Ved utarbeidelse av Helsedirektoratets rapport framkom det i samtaler med involverte aktører at psykologisk debrifing var noe som mange hadde etterlyst i den akutte situasjonen. Det var derfor tydelig at den nyere forskningen rundt debrifing ikke var allmenn kjent, hadde blitt etterspurt på feil grunnlag og ved et for tidlig tidspunkt.

I Helsedirektoratets rapport er derfor dette en viktig anbefaling (side 84 i Helsedirektoratets rapport): «Dersom debrifing skal gjennomføres, må det være en tydelig plan for dette, for når og hvordan det skal gjennomføres, og for hvordan begrepet debrifing skal benyttes. Debrifing bør defineres entydig som gruppeintervensjon for innsatspersonell; en intervensjon som ikke skal gjennomføres før det har gått minst ett døgn etter hendelsen.»

Kommisjonens rapport beskriver og vurderer de samme elementene som Helsedirektoratets rapport beskriver i sitt kapittel om psykososial oppfølging, og har i tillegg med en kort betraktning om befolkningens reaksjoner og markeringer (side 194). Når det gjelder evalueringen av valg av **bedriftsmodell** for oppfølgingen av de berørte i regjeringskvartalet og **kommunemodell** for de berørte på Utøya, vurderer kommisjonen dette som gode og kloke valg, på samme måte som Helsedirektoratets rapport bedømmer dette.

Når det gjelder **pårørendesentrene** er vurderingen av disse i samsvar med Helsedirektoratets rapport. Kommisjonen beskriver i sin rapport at det var en utfordring med informasjon til de etterlatte ved pårørendesenteret for de etterlatte på Rikshospitalet. Her vurderer kommisjonen at det er et forbedringspotensial, og at det er behov for å vurdere samarbeid mellom helsetjenesten og politiet, og rutineene for håndtering av informasjon til pårørende og etterlatte (side 196). Kommisjonen understreker også viktigheten av at landets kommuner og politidistrikter prioriterer å gi ansatte opplæring i pårørendehåndtering og drift av pårørendesenter i krisesituasjoner, og at dette bør inngå som element i felles øvelser (side 196). Dette er i samsvar med anbefalingen i Helsedirektoratets rapport side 80: «Beredskapsplanen for håndtering av pårørende i helsetjenesten må oppdateres. Kunnskap om at pårørendehenvendelser skal gå til pårørendesenteret må være kjent og integrert i tjenestene. Samarbeidet mellom helsetjenestene og politiet må gjennomgås, inkludert rutiner for informasjonsutveksling og kontaktpunkter.»

Kommisjonen har beskrevet at det var **problemer med navnelistene** på Sundvolden, og at det er nødvendig at temaene registrering av overlevende, drift av pårørendesenter og generell pårørendehåndtering prioriteres i planverket og i katastrofe- og redningsøvelser for nød- og redningsetatene. Dette er i samsvar med vurderingene i Helsedirektoratets rapport og anbefaling på side 106: « Ved kriser som omfatter flere sykehus, må det sikres raskere oppdatering av lister over tilstedeværende pasienter og uskadde.»



Det var også problemer med navnelistene på sykehus, det var tidkrevende og vanskelig for politiet å få utlevert navnelister fra flere sykehus, da disse påberopte seg taushetsplikt. Kommisjonen anbefaler at det tas initiativ til en grundig gjennomgang av taushetsbestemmelsene i helselovgivningen i forbindelse med håndteringen av katastrofesituasjoner. Dette samsvarer med innhentet informasjon og vurderinger i Helsedirektoratets rapport der det på side 76 framholdes at: «Oppstarten og driften av pårørendetelefonen var vanskelig de første dagene fordi man manglet valide navnelister fra politiet. Politiet var ikke involvert i etableringen, bemanningen eller oppfølgingen av telefonen. Det var problematisk at de pårørende selv måtte lete opp telefonnumrene til de ulike sykehusene og ringe rundt til hvert enkelt sykehus for å oppspore familiemedlemmene sine.» Videre er det referert etter møte med Nasjonal støttegruppe: «Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene har etterlyst fleksibilitet med hensyn til sensitiv informasjon ved en slik unntakstilstand.» Spørsmålet omkring helsepersonells taushetsplikt er behandlet senere i dette brevet.

Når det gjelder **kommunenes oppfølging** av de rammede, har heller ikke kommisjonen hatt mulighet til å se på hver enkelt kommunes oppfølging av de rammede (side 195). På samme måte som i Helsedirektoratets rapport beskrives det i kommisjonens rapport som ikke mulig innenfor de oppgitte tidsrammer for arbeidet. Kommisjonen har imidlertid hatt tilgang på mer informasjon enn Helsedirektoratet hadde, ved at kommisjonen også hadde egne spørreundersøkelser til de berørte. Det framgår av kommisjonens spørreundersøkelse til de berørte at de ansatte som deltok på bedriftshelsetjenestens informasjonsmøter, opplevde disse som nyttige, og at flertallet av de som mottok oppfølging fra bedriftshelsetjenesten hadde opplevd å få god hjelp. Gjennom kommisjonens spørreundersøkelse til de berørte framkommer det videre at mange har rapportert om varierende oppfølging og lokale forskjeller i kommunene i etterkant av hendelsene. Kommisjonen mener det kan være ønskelig med et rammeverk ved at det for eks forskriffsfestes et krav om psykososiale kriseteam i kommunene (side 197).

Imidlertid beskriver kommisjonens rapport i liten grad **spesialisthelsetjenesten** i psykisk helsevern og deres rolle og innsats i det psykososiale arbeidet. Kommisjonen beskriver kun psykososial innsats fra spesialisthelsetjenesten i den akutte fasen, dette beskrives under overskriften «Pårørendesentrene». Der beskrives innsatsen ved OUS Ullevål, OUS Rikshospitalet og ved Ringerike sykehus. Ved OUS Ullevål ble det organisert støtteteam for hver pasient og dennes pårørende og ved Ringerike sykehus ble det åpnet et pårørendesenter under ledelse av Ringerike distriktpsikiatriske senter. Kommisjonen vurderer at den psykososiale oppfølgingen i hovedsak har vært god, men understreker viktigheten av at landets kommuner og politidistrikter prioriterer å gi ansatte opplæring i pårørendehåndtering og drift av pårørendesenter i kritesituasjoner.

**Det akutte psykososiale arbeidet** beskrives i Helsedirektoratets rapport side 74: «Man tilstrebet at det psykososiale hjelpepersonellet skulle ha en klar rolle med en ledelse som formidlet hvordan god støtte skulle gis. I akutfasen etterspurte kriseledelsen spesielt personell med psykiatrisk og psykologisk kompetanse for å kunne ivareta en slik rolle. Det ble også innhentet fagfolk fra ulike yrkesgrupper med god og bred kompetanse.»

Mobilisering fra spesialisthelsetjenesten svært viktig i det akutte arbeidet som ble utført, spesielt ved Utøya og Sundvolden. Det var en stor tilstrømming av

helsepersonell som stilte opp, også uten å være tilkalt. Vestre Viken bisto katastrofeledelsen i akutfasen på Sundvolden hotell med ca 65 personer, Modum Bad med 15 personer, i tillegg deltok flere personer fra Ringerike distriktpsykiatriske senter og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Klinikk for psykisk helse og rus i Vestre Viken etablerte også et system for oppfølging for de 26 kommunene som ligger innenfor deres område. Akershus universitetssykehus og de distriktpsykiatriske sentrene har hatt et omfattende samarbeid med helsetjenestene i kommunene. Sykehuset Innlandet ved Gjøvik distriktpsykiatriske senter, Hadeland poliklinikk deltok ved Utøya da de ble utkalt i den akutte fasen. Den første uken var det tett og daglig kontakt med overlevende og deres pårørende. I tillegg var det tett samarbeid med kommunene.

OUS Ullevål overførte psykososial oppfølging av pasienter og pårørende til neste behandlingsnivå ved at pasienter som kunne utskrives til hjemstedet, ble overført til den lokale spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern/distriktpsykiatriske senter-poliklinikk som umiddelbart overtok ansvaret for videre oppfølging. Pasienter som skulle behandles videre på somatisk sykehus, ble overført til konsultasjons-/liaisonenheten (K-L-teamet) på sykehuset.

Når det gjelder **den langsiktige psykososiale oppfølgingen** etter den akutte første fasen har også spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern en viktig rolle, og det har vært diskutert om for mange spesialiserte oppgaver ble lagt til kommunene. Nasjonal støttegruppen etter 22. juli-hendelsene har uttalt: «Det er helt greit med en kommunemodell, men da må kommunene ha lav terskel for å søke hjelp og bistand hvis de ikke har nok kompetanse.»

Langtidsoppfølging og oppfølging av overlevende og pårørende i spesialisthelsetjenesten blir i Helsedirektoratets rapport beskrevet på side 92. Det ble i forbindelse med den første kartleggingen av oppfølgingen i kommunene i september/oktober 2011 rapportert at ca 360 personer fikk oppfølging i spesialisthelsetjenesten på det tidspunktet. Det har variert hvor omfattende psykososiale oppgaver spesialisthelsetjenesten i helseforetakene rundt i landet har hatt etter terrorhendelsene, men alle de regionale helseforetakene har gitt tilbakemelding til Helsedirektoratet at de har hatt oppgaver. Dette er kort omtalt i Helsedirektoratets rapport side 92-95. Fra rapporten til Helse Midt-Norge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk, Levanger: «Vi opplever at det i Nord Trøndelag har vært et sterkt behov for en 2. linje tjeneste som har hatt kompetanse på krise og krisehåndtering da det er store variasjoner i forhold til dette innenfor den enkelte kommune.»

Spesialisthelsetjenesten har vært aktive og bidratt med kunnskapsoverføring i samarbeid med kommunene og kommunale kriseteam. Tjenestene har rapportert at de i de fleste tilfeller har hatt tilstrekkelig kompetanse og kapasitet, og at arbeidet ikke har gått på bekostning av lengre ventetid for andre pasienter, men har blitt løst ved ekstra innsats.

Når det gjelder **sentrale myndigheters rolle** og Helsedirektoratets innsats, vurderer kommisjonen at Helsedirektoratet gjennomførte et vanskelig oppdrag på en god måte. Dette samsvarer med vurderingen i Helsedirektoratets egen rapport, men det ble der også trukket fram noen utfordringer knyttet til den aktive og operative rollen

Helsedirektoratet inntok. Rapporten fra Helsedirektoratet kom med en anbefaling knyttet til dette (side 92): «Sentrale helsemyndigheter bør vurdere om det kan utvikles mer eksplisitte kriterier for når de skal innta en så aktiv rolle med tanke på framtidige hendelser.» Videre: «Helsemyndighetenes føring om å benytte en proaktiv tilnærming med kommunemodell og bedriftsmodell må evalueres.»

Når det gjelder felles samlinger for etterlatte og overlevende viser kommisjonen til den svenske KAMEDO rapporten. KAMEDO rapporten stiller spørsmålstegn ved de nasjonale og regionale samlinger som ble arrangert i Helsedirektoratets regi etter hendelsene, fordi kunnskapsgrunnet om slike samlinger er begrenset.

Kommisjonen anbefaler at vitenskapelig forskning og evaluering bør være koblet til gjennomføring av slike samlinger for å klargjøre hvilke effekter slike samlinger har på sikt (side 197). Dette er i samsvar med avsluttende vurderinger i Helsedirektoratets rapport (side 101): «Arbeidet bør evalueres, og forskning vil kunne bidra til å gi flere svar på hva som er den beste psykososiale oppfølgingen i akutt fase og over tid.»

Når det gjelder **kommunikasjon og samarbeid** har kommisjonen (side 208) framholdt at beredskapen fungerte godt også på grunn av handlekraft, improvisasjon og samarbeidsevne og vilje på tvers av nivåer og lokalisasjoner. Samarbeidet med frivillige hjelpere var også helt avgjørende, og beredskapsplanen bør inkludere hvordan frivilliges innsats best kan benyttes i en katastrofesituasjon. Dette samsvarer med vurderingene og anbefaling som er gitt i Helsedirektoratets rapport på side 80: «Roller til organiserte frivillige aktører må tydeliggjøres; hva de skal gjøre og hva de ikke skal gjøre. Det må klargjøres hvem som har det overordnede ansvaret for ledelsen av de frivilliges innsats i krisehåndteringen. Samarbeidsrutiner mellom helsepersonell og frivillige må tydeliggjøres, og kommunene bør inngå intensjonsavtaler med de frivillige organisasjonene.»

Kommisjonen anbefaler i sitt avsluttende kapittel **to tiltak som omhandler helsevesenet.**

Tiltak 21: Helsevesenet bør opprettholde kapasitet og fleksibilitet til krisehåndtering inkludert å sikre ressurser til øvelser.

Tiltak 22: Taushetsbestemmelsene i helsepersonelloven bør gjennomgås for å sikre at politiet og pårørende kan få nødvendig informasjon i katastrofesituasjoner.

Dette anses som to tiltak som samsvarer godt med vurderinger og anbefalinger i Helsedirektoratets egen rapport og som det kan gis full tilslutning til.

### **Helsepersonells taushetsplikt**

Innspillet nedenfor kommenterer rapportens kapittel 9.4 (underpunktet med tittel *Problemer med navnelister over skadde på sykehus*) og anbefaling nr. 22.

Rapporten påpeker at enkelte sykehus under henvisning til helsepersonells taushetsplikt ikke ville utlevere navnelister over innlagte fra Utøya til politiet kvelden 22. juli/natten til 23.juli. Dette vanskeliggjorde politiets arbeid med å varsle pårørende. Rapporten gjennomgår regelverket om helsepersonells taushetsplikt og opplysningsplikt- og rett til politiet. Rapporten konkluderer i kap 9.4 (s.199) med følgende:

"Helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt, samtykke, opplysningsrett og opplysningsplikt er bestemmelser som er gjenstand for et visst skjønn, og bestemmelsenes rekkevidde må vurderes konkret ut fra den enkelte situasjonen. I noen tilfeller er det rom for at et samtykke fra pasienten, eventuelt fra pasientens foreldre, kan presumeres. Loven gir også sykehus og helsepersonell i noen tilfeller en plikt, eventuelt en rett, til å utlevere opplysninger som navnelister over pasienter etter en katastrofehendelse. Kommisjonen mener det er av stor betydning at sykehus og helsepersonell oppfyller pliktene og bruker mulighetene de har etter eksisterende lovverk, til å utlevere opplysninger i kritesituasjoner som den vi hadde 22/7. På bakgrunn av dette anbefaler kommisjonen at det tas initiativ til en grundig gjennomgang av taushetsbestemmelsene i helselovgivningen i forbindelse med håndteringen av katastrofesituasjoner."

Konklusjonen i ovenstående avsnitt følges opp i rapportens anbefaling nr. 22:

"Taushetsbestemmelsene i helsepersonelloven bør gjennomgås for å sikre at politiet og pårørende kan få nødvendig informasjon i katastrofesituasjoner."

Helsedirektoratet slutter seg til rapportens fremstilling av regelverket om helsepersonells taushetsplikt og de foreliggende unntaksreglene. Det er også direktoratets vurdering at eksisterende regelverk ga helsepersonell hjemmel for å utlevere navn på innlagte til politiet med det formål å varsle pårørende etter hendelsene den 22. juli i fjor.

Direktoratet har imidlertid merket seg at det varierte i hvilken grad helsetjenesten hadde en tilsvarende forståelse. Direktoratet støtter derfor rapportens anbefaling om behov for å gjennomgå reglene om helsepersonells taushetsplikt for å sikre at politi og pårørende kan få nødvendig informasjon i katastrofesituasjoner.

Helsedirektoratet vurderer det slik at anbefalingen kan følges opp ad to spor:

For det første må riktig forståelse av reglene om helsepersonells taushetsplikt og opplysningsplikt og -rett kommuniseres bedre til helsetjenesten. Direktoratet har allerede tatt initiativ til dette. Det vises til Helsedirektoratets brev av 20. august 2012 til de regionale helseforetakene, helseforetakene, fylkesmennene og kommunene, der det redegjøres for plikt og rett til utlevering av opplysninger til politiet. Brevet er fulgt av en kortfattet punktliste som er egnet til oppslag eller til å inngå i virksomhetenes beredskapsplaner mv. Brev og punktliste kan leses på direktoratets nettside <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/utlevering-av-taushetsbelagte-opplysninger-til-politiet.aspx>

Videre vurderes en rekke andre informasjons- og kunnskapsutviklingstiltak om regelverket, som bl.a. kurspakke om taushetsplikt, e-læringsprogram, plakat, redaksjonell omtale av taushetsplikt bestemmelsen i fagtidsskrifter for helsepersonell og politi mv.

For det andre er det et spørsmål om regelverket bør utredes med tanke på behov for endringer, for eksempel med det pedagogiske formål å tydeliggjøre helsepersonells plikt og rett til utlevering av opplysninger til politiet. Et slikt arbeid må initieres av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet er kjent med at departementet allerede i etterkant av NOU 2010: 3 *Drap i Norge i perioden 2004-2009* (Olsen-utvalget) har iverksatt et slikt arbeid, bl.a. i form av en kartlegging av helsepersonells praktisering av

bestemmelser om taushetsplikt, opplysningsplikt og -rett (NOVA). Det er direktoratets oppfatning at vurderinger av lovendringer som følge av 22. juli bør ses i sammenheng med det arbeidet som allerede er igangsatt etter Olsen-utvalgets rapport.

### **Nødmeldetjenesten**

Helsedirektoratet ser at det er store forskjeller mht hvordan de ulike deler av beredskapsapparatet fungerte ved de to hendelsene. Helsetjenestens er generelt en godt integrert tjeneste hvor alle deler av organisasjonen, enten det er i primær- eller spesialisthelsetjenesten, er rettet inn mot å håndtere akutt oppstått sykdom og ulykker. Helsetjenesten må sikre seg at virksomheter med sentrale roller i beredskapen varsles gjennom gode varslingsplaner og det finnes varslingsystemer som er effektive og sikre.

Helsetjenestens hverdag preges av utbredt koordinering og enhetlig ledelse av ofte komplekse og forløp. Helsetjenestens nødmeldetjeneste er viktig i denne koordineringen, både i daglige situasjoner og ved alvorlige hendelser. Det er viktig at denne tette integrasjonen videreføres og utvikles. Koordinering av luftambulansetjenesten og ressurser på tvers av AMK-områder og foretaksgrenser bør ha et særskilt fokus.

Helsedirektoratet deler kommisjonens anbefalinger om å styrke politiets operasjonssentraler. Videre har direktoratet merket seg kommisjonens vurdering av at samlokaliseringen av nødmeldesentralene i Drammen kan ha skapt uklarheter i beslutningstagningen.

Felles nødmeldesentraler vil etter direktoratets vurdering ikke svare ut de utfordringer som løftes frem i kommisjonens rapport. Etatene er svært forskjellige i både tjenesteutøvelse og organisering. Felles nødsentraler vil raskt kunne virke hemmende på den enkelte etats autonomi og behov for tilpassede og funksjonelle systemer.

Bedre samvirke mellom etatene bør etter direktoratets vurdering skje gjennom utvikling av gode informasjonssystemer og klare rutiner for samhandling og beslutningstagning. Dette kan raskt etableres ved å bygge ut og ta i bruk tilgjengelige teknologiske løsninger som allerede er utprøvd i helsetjenesten. Robusthet og sikkerhet i kritiske IKT-systemene i helsetjenesten må gjennomgås for å sikre at de fungerer ved større hendelser og tåler den belastningen som følger av dette.

Planer for organisering av sambandstrafikk, og styring av ressurser og skadested, bør være etablert i organisasjonen og mellom etatene for å gi oversikt i situasjonen, sikre informasjonsflyt og kvalitetssikre innsatsen. Planene må være tilpasset gjeldende sambandsløsninger og ta høyde for kommunikasjon mellom nytt og gammelt nett i utbyggingsområdene.

Helsedirektoratet deler kommisjonens anbefalinger om en gjennomgang og tydeliggjøring av roller, ansvar og beredskapsplaner, både i sektoren og på tvers av etatene. Helsedirektoratet ser at ytterligere klargjøring av prinsippene om nærhet, likhet og ansvarsprinsippene vil være nødvendig for å fremme samvirke mellom de enkelte etatene. En sterk godt integrert nødmeldetjeneste i den enkelte etat vil være viktig i en slik utvikling.

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog e.f.  
assisterende helsedirektør



Morten Randmæl  
avdelingsdirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Kopi: Helse- og omsorgsdepartementet  
Statens helsetilsyn

Justis- og beredskapsdepartementet  
Postboks 8005 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Saksbehandler: INJOS  
Vår ref.: 12/7200  
Dato: 14.09.2012

**Vedlegg til høringssvar fra Helsedirektoratet - NOU 2012:14 Rapport fra 22072011-kommisjonen**

Helsedirektoratet oversendte sitt høringssvar 7.september. Ved en inkurie var et vedlegg til vår høringsuttalelse ikke vedlagt. Det oversendes herved og vi ber om at det vedlegges saken.

Vennlig hilsen

Ulf Erik Reuterdaahl e.f.  
seniorrådgiver

Inge Johannes Solheim  
seniorrådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Til:

Inge Johannes Solheim

Dato: 11.09.2012

Saksnr: 12/7200

## Notat

---

Fra: Divisjonsdirektør  
spesialisthelsetjenester

Saksbehandler: Lotte Hernæs

Ansvarlig: Cecilie Daae

### **Justis- og beredskapsdepartementet - Høring - NOU 2012:14 Rapport fra 22072011-kommisjonen- vedlegg til høringsnotat**

#### **Bakgrunn**

I henhold til høringsbrevet fra JD datert 17. 08. 2012 skal høringsinstansene sette fokus på kommisjonens avsluttende konklusjoner og anbefalinger, slik disse fremkommer av rapportens kapittel 19. Av kommisjonens 31 tiltakspunkter er to punkter spesifikt rettet mot helse (21 og 22), men kommisjons anbefalinger i bl.a. tiltak nr. 1, 3, 4 og ikke minst 23 og 24 må kommenteres i direktoratets hørings svar til JD.

Et bærende prinsipp i utvikling av medisinsk beredskap har vært at ekstraordinære hendelser i størst mulig grad skal håndteres i tråd med de prinsipper og prosedyrene som anvendes i daglivets små og store hendelser. I ekstraordinære situasjoner skal oppgavene løses etter de kjente og innarbeide prinsippene, bare i mye større skala og med noen andre prioriteringer.

#### **Øvelser**

Helsetjenesten har en lovpålagt plikt til å utarbeide og revidere beredskapsplaner samt å arrangere og gjennomføre ulike typer øvelser. All erfaring tilsier et aktivt arbeid med plansystemer og ikke minst øvelser, er viktig for å bedre håndteringsevnen når større eller uvanlige hendelsene inntreffer, selv når hendelsene er av en type det ikke er utarbeide planer for. Når en ekstraordinær situasjon inntreffer vil hele organisasjon bli satt på prøve. Mangelfull oppgaveløsning vil fort kunne bli synlige i alle ledd i organisasjonene. Derfor er en stor vilje til å ha et øvet og trent apparat, men dessverre er det også grunn til å anta at planarbeid og øvelser ofte blir salderingsposter i de årlige budsjettkampene både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har i samarbeidet med fylkesmannetaten ivaretatt pådriverrollen bl.a. gjennom beredskapsmøter i utvalgte fylker, men sentrale helsemyndighet har i liten grad gitt overordnende føringer til de ulike aktørene når det gjelder øvelsesfokus og øvelsesaktivitet. Det er heller ikke etablert noe nasjonalt system for å fremskaffe oversikt over øvelsesaktiviteten innen helsetjenesten. Dette arbeidet må styrkes bl.a.



gjennom årlige nasjonale øvelser hvor øvelsesfokus sette av sentrale myndighet, men hvor det øves lokalt og med lokale tilpassede scenarier. Slike øvelser må være fellesøvelser hvor brann, politi og helse øver sammen og hvor frivillige organisasjoner, forsvaret og redningstjenesten ivaretar ulike roller i tråd med øvelsesfokus.

Som en del av økt plan- og øvelsesfokus bør kommuner og helseforetak underlegges en meldingsordning hvor definerte øvelsesaktivitet meldes årlig til Fylkesmannen og hvor Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap årlig utarbeider en nasjonal rapport. Helsedirektoratet er overbevist om at strukturerte og fokuserte årlige nasjonale øvelser som involverer flere aktører både i planlegging og gjennomføring samt en generell rapporteringsplikt vil bidra en styrket helseberedskap lokalt og en bedre nasjonal beredskap.

Nasjonale fokuserte øvelser som er koordinert i tid, men med lokal tilpasning vil sette et økt fokus på nasjonalt og lokalt planarbeid og vil gjennom et godt presse- og publikumsarbeid sette fokus på beredskapen generelt og øke befolkningens forståelse for samfunnets håndtering av stor eller uvanlige hendelser. For helsetjenesten kan slike øvelser også kombineres med andre aktiviteter som førstehjelpsopplæring i regi av frivillige organisasjoner, informasjonskampanjer om kommunale legevaktjenester, nødnummer og en generell informasjon om beredskapen der du bor.

Det er de tre nødetatene brann, politi og helse som må være de viktigste premissleverandørene i forhold til et økt nasjonal fokus på øvelser. Politiet har, som eneste nødetat etablert et system med nasjonale øvelser. Fokus for politiets årlige øvelse Tyr har vært å bedre krisehåndteringsevnen til politiet og samvirkende aktører. Øvelsen som blir arrangert av Politidirektoratet i samarbeid med aktuelle politidistrikter bør kunne danne basis for et større og mere integrert øvelsesopplegg hvor Politidirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Helsedirektoratet er eier av øvelsen og hvor et sekretariat står for den praktiske gjennomføringen.

Utvikling og gjennomføring av nasjonale øvelser vil være ressurskrevende og kreve økonomisk og praktisk innsats på mange plan. Det bør derfor settes ned en utredningsgruppe som får i mandat å utvikle ulike konsepter for et nasjonalt øvelsesopplegg, samt å kostnadsberegne de ulike modellene. Det er her viktig å merke seg at utredningen må ta utgangspunkt i at det skal være et nasjonalt øvelsesfokus gjerne med en større hendelse et sted i landet, men at øvelsen må også generere lokale øvelsesaktiviteter som griper inn i de lokalmiljøer i alle deler av landet. Kostnaden må derfor fordels på de ulike forvaltningsnivåene og hvor lokal evalueringprosesser også inngår i kostnadsberegningene.

### **Nasjonalt traumesystem i Norge**

Etter initiativ fra Traumeutvalget i Norsk Kirurgisk forening (NKF) og Norsk anesthesiologisk forening (NAF) opprettet de regionale helseforetakene og Sosialdepartementet i 2005 et nasjonalt utvalg med oppdrag om å foreslå et system for traumeorganiseringen i Norge. Det var en interregional arbeidsgruppe, kirurger og anestesileger med mange års traumeerfaring. Gruppen tok utgangspunkt i erfaringer

fra andre land, gjorde undersøkelser av både de prehospitale tjenestene og traumehåndtering ved sykehusene i Norge.

Arbeidet pågikk i 2006-2007, og var ledet Olav Røise, nå klinikkleder, Akuttklinikken, OUS. I forbindelse med utarbeiding av rapporten ble det utført en spørreundersøkelse der alle sykehus med akuttfunksjon deltok.

Spørreundersøkelsen viste at 83 % av sykehusene har traumeteam, og det var fastlagt prosedyrer ved traumemottak ved 79 % av sykehusene. Bare 23 sykehus (48%) stiller krav til minimum 2 års erfaring for anestesilege. Bare tre av sykehusene stiller krav om ATLS-kurs for teamleder. 45 sykehus har gjennomført teamtrening, men lite informasjon om hyppighet og systematikk.

Rapporten "Organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem", var på en bred høringsrunde da rapporten var ferdig i 2007. Helse Sør-Øst arrangerte, som ledd i oppfølging av rapporten, en regional erfaringskonferanse i 2010. Spørreundersøkelsen fra 2007 ble gjentatt og den bekreftet at traumebehandlingen i Helse Sør-Øst fortsatt var uten tydelig koordinering, klare retningslinjer og forutsigbar kompetanse ved helseforetak utenom traumesenteret (UUS), men at bevisstheten var økt.

Kartlegging til erfaringskonferansen i Helse Sør-Øst viste at bare ett akuttmottak bortsett fra Traumesenteret OUS-Ullevål som oppfylte nesten alle krav (kompetanse og ressurser) til traumemottak – akuttsykehus; **Vestre Viken HF (Ringerike)**.

Som kjent, var det Ringerike sykehus som mottok et større antall alvorlig skadde 22/7. Kommisjonen skriver om Ringerike sykehus: "Sykehuset mobiliserte raskt og omfattende og gjorde etter kommisjonens syn en svært god medisinsk innsats 22/7 og i den etterfølgende tiden." (s.184); "Sykehuset har bygd opp en traumekompetanse som overstiger det man forventer av lokalsykehus. De gjennomfører også regelmessige øvelser for traumeteam. Denne kompetanse fikk de god bruk for 22/7. Syv pasienter som krevde avansert kirurgi, ble overflyttet til OUS-Ullevål etter primær stabilisering på Ringerike."(s.183). Etter kommisjonens vurdering illustrerer dette hvor viktig det er at også mindre sykehus har kompetanse til å motta, og yte stabiliserende behandling til pasienter med alvorlige skader.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i desember 2010 at det skulle innføres et traumesystem i Helse Sør-Øst, basert på anbefalingene i " rapporten om organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter-traumesystem"

Traumerapporten har pr. mars 2011 medført kun ett formalisert vedtak som reelt etterkommer traumerapportens intensjoner om å etablere et nasjonalt system, Helse Sør-Østs plan. Traumesystemet ble vedtatt gjennomført første halvår 2011. Traumesystemet er helt i tråd med de nasjonale føringene, svært detaljert og gir klare konkrete krav til aktørene.

HSØ har også i styrevedtak besluttet å ta initiativ ovenfor de tre andre helseforetakene i landet til å utarbeide et mandat for nasjonal samkjøring av traumesystemet. De øvrige regionale helseforetak har kommet langt i implementering av sine traumesystem, men et nasjonalt traumesystem er ikke implementert.

Helsedirektoratet finner at også erfaringene fra 22/7 tilsier at man nå, innenfor en viss tidsperiode, må få på plass et nasjonalt traumeomsorgssystem.

### **Kapasitet – fordeling av alvorlig skadde mellom sykehusene**

22. juli-kommisjonen skriver at kapasiteten ved Ullevål sykehus ble aldri utfordret 22/7 (s.184). ”Sykehuset opplevde aldri mangel på behandlingsskapasitet eller kompetanse. Kl. 19.00 sto også 15 team klare i Vestre Viken og på AHUS. Også på Rikshospitalet var 10 operasjonsteam og syv intermediær plasser for barn mobilisert”

Traumesystemet til HSØ sier; ” I hovedtrekk gjelder at pasienter som er ustabile eller har åpenbar alvorlig skade, skal til traumesenter dersom dette er mulig innen akseptabel tidsramme. Vanlig akseptert transporttid (fra skadested til sykehus) internasjonalt er 30 minutter, så det er derfor foreslått 30 minutter som akseptabel tid til traumesenter (her Ullevål sykehus). Denne planen ble fulgt ved transport av hardt skadde fra Regjeringskvartalet og Utøya bortsett fra 7 hardt skadde pasienter fra Utøya som ble transportert direkte til Ringerike sykehus. Dette var sannsynligvis som følge av misforståelser rundt lokalisering/etablering av helikopterlandingsplass. Fagleder helse kommuniserte direkte med traumelederen ved OUS-Ullevål via mobiltelefon for å sjekke mottakskapasiteten og melde om pasienter som ble sendt dit. Før omfanget av skadde var kjent, la Fagleder Helse og Operativ leder Helse en plan for hvordan man på en time kunne håndtere ca. 110 skadde med de ressursene som var tilgjengelige ved samleplass 2.

Systemet er åpenbart sårbart ved større katastrofer og ikke minst i distrikts- Norge, områder med store avstander mellom sykehusene. Det er et klart behov for et planverk for fordeling av pasienter til omkringliggende sykehus dersom kapasiteten ved regionens traumesenter blir ”sprengt”. Det bør derfor fremgå av planverket hvordan og hvem som skal være ansvarlig for pasientfordeling dersom det er grunn til å anta at ansvarlig traumesenter kan få kapasitetsproblemer.

### **Innkalling av personalet ved katastrofer**

Kommisjonen skriver; ”Ved katastrofer er det også viktig med effektive automatiske innkallingssystemer for personell og internvarslingssystemer som er effektive og funksjonelle. I de delene av helsetjenesten der dette ikke allerede er etablert, er det kommisjonens syn at dette bør innføres snarest.”

OUS erkjenner denne utfordringen/svakheten i sin organisasjon i sin rapport om håndtering av terrorhendelsene 22. juli (s.17): ”Tilbakemeldinger og erfaringer etter katastrofene viser at det var knyttet betydelige utfordringer til varsling av personell. Tilfeldig varsling (noen ble ikke varslet i det hele tatt) medførte at man hadde liten oversikt over hvem som hadde anledning til å møte og hvem som faktisk møtte (...) Dagens innkallingssystem består i hovedsak av at ledere må ringe og/eller sende SMS til sine ansatte ved katastrofe- og/eller beredskapsvarsling. (...) Hadde katastrofen inntruffet om natten er det grunn til å anta at det frivillige oppmøte ville blitt sterkt redusert”.

OUS finner nå behov for anskaffelse av følgende system; ” Automatisert varslingssystem basert på SMS og/eller taleinformasjonsmeldinger. Systemet bør

være nivå delt slik at man kan varsle om obligatorisk oppmøte, beredskap i hjemmet eller oppdekking av vakter for arbeidende mannskaper. Systemet må være i stand til å gi automatisert, kronologisk tilbakemelding pr. data – slik at stab og ledelse ser hvem som kommer, når og hvor. ”

Helsedirektoratet anbefaler at et slikt tiltak følges opp og innføres i alle landets helseforetak.

### **Psykososial oppfølging**

Rapporten er grundig, oversiktlig og godt skrevet og omhandler **helse- og redningstjenestens innsats** på en god måte (kapittel 9). Helse- og redningstjenesten mobiliserte raskt, og det var ikke mangel på medisinsk utstyr. Kommisjonen framholder at helsevesenets innsats 22/7 er preget av en god læringskultur. Videre slår kommisjonen fast at det ble utvist stor gjennomføringsevne i den uoversiktlige situasjonen som oppstod. Oppgaver ble fordelt på en adekvat måte, og det var en klar rolleforståelse mellom ledelse og personell og personellet imellom. Ansvars-, nærhets- og likhetsprinsippet, som er retningsgivende for arbeidet med beredskap og krisehåndtering, ble fulgt av helse- og redningstjenesten den 22/7. Erfarne helsearbeidere ble brukt på de vanskeligste og mest kritiske områdene. Det var erfarne anestesileger og traumekirurger som gjennomførte triagen av pasienter på samleplasser og akuttmottak, og erfarent ambulanspersonell som var operative ledere. Mye helse- og redningspersonell kom frivillig på arbeid, også før de ble innkalt.

Under overskriften **Helsepersonell i usikrede områder** (side 189) beskriver kommisjonen at: «Kommisjonen anser for øvrig at helsepersonell har en handlingsplikt når liv og helse står på spill. Kommisjonen mener det bør utarbeides nasjonale føringer for samarbeid mellom helsetjenesten og politi/brann- og redningstjenesten ved oppdrag i usikrede områder.»

Det anses viktig med føringer for slikt samarbeid, men at en slik handlingsplikt vanskelig kan gjelde fullt ut i skarpe situasjoner. Dette er et stort og omfattende tema som vil kreve en grundigere gjennomgang både ut fra faglige, menneskelige og etiske synspunkter. Det anses som avgjørende for den akutte innsatsen i en krisesituasjon at de erfarne anestesileger og traumekirurger ikke blir drept eller skadet, men kan fortsette det viktige arbeidet med å lede triagering og akutt innsats.

**Psykososial ivaretagelse** beskrives i underkapittel 9.3. Dette underkapittelet er grundig og godt. Det beskriver faktiske hendelser og kunnskapsgrunnlaget, kommisjonen vurderer innsatsen som ble utført av frivillige og profesjonelle hjelpere og kommer med punkter med mulig forbedringspotensial.

**Kunnskapsgrunnlaget** beskrives relativt omfattende med mange litteraturhenvisninger til sentrale kilder på dette feltet. Det er tatt med forklaringer om hvordan psykiske traumer og Post Traumatic Stress Disorder, PTSD, er definert.

Begrepet **psykologisk debrifing** beskrives også med henvisning til viktig nyere forskning der man har vist at denne metoden kan virke mot sin hensikt, særlig hvis den settes i gang for kort tid etter hendelsen. Omtalen av psykologisk debrifing fremstår imidlertid litt forvirrende i rapporten, fordi det er beskrevet samtidig som gjennomgangen av ivaretagelsen av ofre og direkte berørte. Dette beskrives her uten

at det understrekes at det ikke er denne gruppen som skal ha debrifing, men at debrifing er en metode som utelukkende skal benyttes overfor innsatspersonell. Metoden egner seg for gjennomgang med innsatspersonell der en har hatt en brifing i forkant, og debrifing med innsatspersonell skal ikke gjennomføres før det minimum er gått et døgn etter innsatsen. Ofrene skal derimot motta individuell tilpasset **psykologisk førstehjelp**. Helsedirektoratet har med en anbefaling om dette i sin rapport (side 76): «Opplæring i psykologisk førstehjelp må gis gjennom obligatoriske kurs til helsepersonell og annet hjelpemannskap som gir akutt hjelp til berørte og rammede, samt til alle organiserte frivillige.»

Psykologisk førstehjelp og psykologisk debrifing er to ulike intervensjoner, men begreper som ofte blandes sammen, og dette kan føre til forvirring. Ved utarbeidelse av Helsedirektoratets rapport framkom det i samtaler med involverte aktører at psykologisk debrifing var noe som mange hadde etterlyst i den akutte situasjonen. Det var derfor tydelig at den nyere forskningen rundt debrifing ikke var allmenn kjent, hadde blitt etterspurt på feil grunnlag og ved et for tidlig tidspunkt.

I Helsedirektoratets rapport er derfor dette en viktig anbefaling (side 84 i Helsedirektoratets rapport): «Dersom debrifing skal gjennomføres, må det være en tydelig plan for dette, for når og hvordan det skal gjennomføres, og for hvordan begrepet debrifing skal benyttes. Debrifing bør defineres entydig som gruppeintervensjon for innsatspersonell; en intervensjon som ikke skal gjennomføres før det har gått minst ett døgn etter hendelsen.»

Kommisjonens rapport beskriver og vurderer de samme elementene som Helsedirektoratets rapport beskriver i sitt kapittel om psykososial oppfølging, og har i tillegg med en kort betraktning om befolkningens reaksjoner og markeringer (side 194). Når det gjelder evalueringen av valg av **bedriftsmodell** for oppfølgingen av de berørte i regjeringskvartalet og **kommunemodell** for de berørte på Utøya, vurderer kommisjonen dette som gode og kloke valg, på samme måte som Helsedirektoratets rapport bedømmer dette.

Når det gjelder **pårørendesentrene** er vurderingen av disse i samsvar med Helsedirektoratets rapport. Kommisjonen beskriver i sin rapport at det var en utfordring med informasjon til de etterlatte ved pårørendesenteret for de etterlatte på Rikshospitalet. Her vurderer kommisjonen at det er et forbedringspotensial, og at det er behov for å vurdere samarbeid mellom helsetjenesten og politiet, og rutinene for håndtering av informasjon til pårørende og etterlatte (side 196). Kommisjonen understreker også viktigheten av at landets kommuner og politidistrikter prioriterer å gi ansatte opplæring i pårørendehåndtering og drift av pårørendesenter i krisesituasjoner, og at dette bør inngå som element i felles øvelser (side 196). Dette er i samsvar med anbefalingen i Helsedirektoratets rapport side 80: «Beredskapsplanen for håndtering av pårørende i helsetjenesten må oppdateres. Kunnskap om at pårørendehenvendelser skal gå til pårørendesenteret må være kjent og integrert i tjenestene. Samarbeidet mellom helsetjenestene og politiet må gjennomgås, inkludert rutiner for informasjonsutveksling og kontaktpunkter.»

Kommisjonen har beskrevet at det var **problemer med navnelistene** på Sundvolden, og at det er nødvendig at temaene registrering av overlevende, drift av pårørendesenter og generell pårørendehåndtering prioriteres i planverket og i katastrofe- og redningsøvelser for nød- og redningsetatene. Dette er i samsvar med vurderingene i Helsedirektoratets rapport og anbefaling på side 106: « Ved kriser

som omfatter flere sykehus, må det sikres raskere oppdatering av lister over tilstedeværende pasienter og uskadde.»

Det var også problemer med navnelistene på sykehus, det var tidkrevende og vanskelig for politiet å få utlevert navnelister fra flere sykehus, da disse påberopte seg taushetsplikt. Kommisjonen anbefaler at det tas initiativ til en grundig gjennomgang av taushetsbestemmelsene i helselovgivningen i forbindelse med håndteringen av katastrofesituasjoner. Dette samsvarer med innhentet informasjon og vurderinger i Helsedirektoratets rapport der det på side 76 framholdes at: «Oppstarten og driften av pårørendetelefonen var vanskelig de første dagene fordi man manglet valide navnelister fra politiet. Politiet var ikke involvert i etableringen, bemanningen eller oppfølgingen av telefonen. Det var problematisk at de pårørende selv måtte lete opp telefonnumrene til de ulike sykehusene og ringe rundt til hvert enkelt sykehus for å oppspore familiemedlemmene sine.» Videre er det referert etter møte med Nasjonal støttegruppe: «Nasjonal støttegruppe etter 22. juli-hendelsene har etterlyst fleksibilitet med hensyn til sensitiv informasjon ved en slik unntakstilstand.»

Når det gjelder **kommunenes oppfølging** av de rammede, har heller ikke kommisjonen hatt mulighet til å se på hver enkelt kommunes oppfølging av de rammede (side 195). På samme måte som i Helsedirektoratets rapport beskrives det i kommisjonens rapport som ikke mulig innenfor de oppgitte tidsrammer for arbeidet. Kommisjonen har imidlertid hatt tilgang på mer informasjon enn Helsedirektoratet hadde, ved at kommisjonen også hadde egne spørreundersøkelser til de berørte. Det framgår av kommisjonens spørreundersøkelse til de berørte at de ansatte som deltok på bedriftshelsetjenestens informasjonsmøter, opplevde disse som nyttige, og at flertallet av de som mottok oppfølging fra bedriftshelsetjenesten hadde opplevd å få god hjelp. Gjennom kommisjonens spørreundersøkelse til de berørte framkommer det videre at mange har rapportert om varierende oppfølging og lokale forskjeller i kommunene i etterkant av hendelsene.

Kommisjonen mener det kan være ønskelig med et rammeverk ved at det for eks forskriffs festes et krav om psykososiale kriseteam i kommunene (side 197).

Imidlertid beskriver kommisjonens rapport i liten grad **spesialisthelsetjenesten** i psykisk helsevern og deres rolle og innsats i det psykososiale arbeidet. Kommisjonen beskriver kun psykososial innsats fra spesialisthelsetjenesten i den akutte fasen, dette beskrives under overskriften «Pårørendesentrene». Der beskrives innsatsen ved OUS Ullevål, OUS Rikshospitalet og ved Ringerike sykehus. Ved OUS Ullevål ble det organisert støtteteam for hver pasient og dennes pårørende og ved Ringerike sykehus ble det åpnet et pårørendesenter under ledelse av Ringerike distriktpsykiatriske senter. Kommisjonen vurderer at den psykososiale oppfølgingen i hovedsak har vært god, men understreker viktigheten av at landets kommuner og politidistrikter prioriterer å gi ansatte opplæring i pårørendehåndtering og drift av pårørendesenter i krisesituasjoner.

**Det akutte psykososiale arbeidet** beskrives i Helsedirektoratets rapport side 74: «Man tilstrebet at det psykososiale hjelpepersonellet skulle ha en klar rolle med en ledelse som formidlet hvordan god støtte skulle gis. I akutfasen etterspurte kriseledelsen spesielt personell med psykiatrisk og psykologisk kompetanse for å kunne ivareta en slik rolle. Det ble også innhentet fagfolk fra ulike yrkesgrupper med god og bred kompetanse.»

Mobilisering fra spesialisthelsetjenesten svært viktig i det akutte arbeidet som ble utført, spesielt ved Utøya og Sundvolden. Det var en stor tilstrømming av helsepersonell som stilte opp, også uten å være tilkalt. Vestre viken bisto katastrofeledelsen i akuttfasen på Sundvolden hotel med ca 65 personer, Modum Bad med 15 personer, i tillegg deltok flere personer fra Ringerike distriktpsykiatriske senter og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Klinikk for psykisk helse og rus i Vestre viken etablerte også et system for oppfølging for de 26 kommunene som ligger innenfor deres område.

Akershus universitetssykehus og de distriktpsykiatriske sentrene har hatt et omfattende samarbeid med helsetjenestene i kommunene.

Sykehuset Innlandet ved Gjøvik distriktpsykiatriske senter, Hadeland poliklinikk deltok ved Utøya da de ble utkalt i den akutte fasen. Den første uken var det tett og daglig kontakt med overlevende og deres pårørende. I tillegg var det tett samarbeid med kommunene.

OUS Ullevål overførte psykososial oppfølging av pasienter og pårørende til neste behandlingsnivå ved at pasienter som kunne utskrives til hjemstedet, ble overført til den lokale spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern/distriktpsykiatriske senter-poliklinikk som umiddelbart overtok ansvaret for videre oppfølging. Pasienter som skulle behandles videre på somatisk sykehus, ble overført til konsultasjons-/liaisonenheten (K-L-teamet) på sykehuset.

Når det gjelder **den langsiktige psykososiale oppfølgingen** etter den akutte første fasen har også spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern en viktig rolle, og det har vært diskutert om for mange spesialiserte oppgaver ble lagt til kommunene.

Nasjonal støttegruppen etter 22. juli-hendelsene har uttalt: «Det er helt greit med en kommunemodell, men da må kommunene ha lav terskel for å søke hjelp og bistand hvis de ikke har nok kompetanse.»

Langtidsoppfølging og oppfølging av overlevende og pårørende i spesialisthelsetjenesten blir i Helsedirektoratets rapport beskrevet på side 92.

Det ble i forbindelse med den første kartleggingen av oppfølgingen i kommunene i september/oktober 2011 rapportert at ca 360 personer fikk oppfølging i spesialisthelsetjenesten på det tidspunktet. Det har variert hvor omfattende psykososiale oppgaver spesialisthelsetjenesten i helseforetakene rundt i landet har hatt etter terrorhendelsene, men alle de regionale helseforetakene har gitt tilbakemelding til Helsedirektoratet at de har hatt oppgaver. Dette er kort omtalt i Helsedirektoratets rapport side 92-95. Fra rapporten til Helse Midt-Norge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk, Levanger: «Vi opplever at det i Nord Trøndelag har vært et sterkt behov for en 2. linje tjeneste som har hatt kompetanse på krise og krisehåndtering da det er store variasjoner i forhold til dette innenfor den enkelte kommune.»

Spesialisthelsetjenesten har vært aktive og bidratt med kunnskapsoverføring i samarbeid med kommunene og kommunale kriseteam. Tjenestene har rapportert at de i de fleste tilfeller har hatt tilstrekkelig kompetanse og kapasitet, og at arbeidet ikke har gått på bekostning av lengre ventetid for andre pasienter, men har blitt løst ved ekstra innsats.

Når det gjelder **sentrale myndigheters rolle** og Helsedirektoratets innsats, vurderer kommisjonen at Helsedirektoratet gjennomførte et vanskelig oppdrag på en god måte. Dette samsvarer med vurderingen i Helsedirektoratets egen rapport, men det ble der også trukket fram noen utfordringer knyttet til den aktive og operative rollen

Helsedirektoratet inntok. Rapporten fra Helsedirektoratet kom med en anbefaling knyttet til dette (side 92): «Sentrale helsemyndigheter bør vurdere om det kan utvikles mer eksplisitte kriterier for når de skal innta en så aktiv rolle med tanke på framtidige hendelser.» Videre: «Helsemyndighetenes føring om å benytte en proaktiv tilnærming med kommunemodell og bedriftsmodell må evalueres.»

Når det gjelder felles samlinger for etterlatte og overlevende viser kommisjonen til den svenske KAMEDO rapporten. KAMEDO rapporten stiller spørsmålsteget ved de nasjonale og regionale samlinger som ble arrangert i Helsedirektoratets regi etter hendelsene, fordi kunnskapsgrunnlaget om slike samlinger er begrenset. Kommisjonen anbefaler at vitenskapelig forskning og evaluering bør være koblet til gjennomføring av slike samlinger for å klargjøre hvilke effekter slike samlinger har på sikt (side 197). Dette er i samsvar med avsluttende vurderinger i Helsedirektoratets rapport (side 101): «Arbeidet bør evalueres, og forskning vil kunne bidra til å gi flere svar på hva som er den beste psykososiale oppfølgingen i akutt fase og over tid.»

Når det gjelder **kommunikasjon og samarbeid** har kommisjonen (side 208) framholdt at beredskapen fungerte godt også på grunn av handlekraft, improvisasjon og samarbeidsevne og vilje på tvers av nivåer og lokalisasjoner. Samarbeidet med frivillige hjelpere var også helt avgjørende, og beredskapsplanen bør inkludere hvordan frivilliges innsats best kan benyttes i en katastrofesituasjon. Dette samsvarer med vurderingene og anbefaling som er gitt i Helsedirektoratets rapport på side 80: «Rollen til organiserte frivillige aktører må tydeliggjøres; hva de skal gjøre og hva de ikke skal gjøre. Det må klargjøres hvem som har det overordnede ansvaret for ledelsen av de frivilliges innsats i krisehåndteringen. Samarbeidsrutiner mellom helsepersonell og frivillige må tydeliggjøres, og kommunene bør inngå intensjonsavtaler med de frivillige organisasjonene.»

Kommisjonen anbefaler i sitt avsluttende kapittel **to tiltak som omhandler helsevesenet**.

Tiltak 21: Helsevesenet bør opprettholde kapasitet og fleksibilitet til krisehåndtering inkludert å sikre ressurser til øvelser.

Tiltak 22: Taushetsbestemmelsene i helsepersonelloven bør gjennomgås for å sikre at politiet og pårørende kan få nødvendig informasjon i katastrofesituasjoner.

Dette anses som to tiltak som samsvarer godt med vurderinger og anbefalinger i Helsedirektoratets egen rapport og som det kan gis full tilslutning til.

### **Helsepersonells taushetsplikt**

Innspillet nedenfor kommenterer rapportens kapittel 9.4 (underpunktet med tittel *Problemer med navnelister over skadde på sykehus*) og anbefaling nr. 22.

Rapporten påpeker at enkelte sykehus under henvisning til helsepersonells taushetsplikt ikke ville utlevere navnelister over innlagte fra Utøya til politiet kvelden 22. juli/natten til 23.juli. Dette vanskeliggjorde politiets arbeid med å varsle pårørende. Rapporten gjennomgår regelverket om helsepersonells taushetsplikt og opplysningsplikt- og rett til politiet. Rapporten konkluderer i kap 9.4 (s.199) med følgende:



"Helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt, samtykke, opplysningsrett og opplysningsplikt er bestemmelser som er gjenstand for et visst skjønn, og bestemmelsenes rekkevidde må vurderes konkret ut fra den enkelte situasjonen. I noen tilfeller er det rom for at et samtykke fra pasienten, eventuelt fra pasientens foreldre, kan presumeres. Loven gir også sykehus og helsepersonell i noen tilfeller en plikt, eventuelt en rett, til å utlevere opplysninger som navnelister over pasienter etter en katastrofehendelse. Kommisjonen mener det er av stor betydning at sykehus og helsepersonell oppfyller pliktene og bruker mulighetene de har etter eksisterende lovverk, til å utlevere opplysninger i krisesituasjoner som den vi hadde 22/7. På bakgrunn av dette anbefaler kommisjonen at det tas initiativ til en grundig gjennomgang av taushetsbestemmelsene i helselovgivningen i forbindelse med håndteringen av katastrofesituasjoner."

Konklusjonen i ovenstående avsnitt følges opp i rapportens anbefaling nr. 22:

"Taushetsbestemmelsene i helsepersonelloven bør gjennomgås for å sikre at politiet og pårørende kan få nødvendig informasjon i katastrofesituasjoner."

Helsedirektoratet slutter seg til rapportens fremstilling av regelverket om helsepersonells taushetsplikt og de foreliggende unntaksreglene. Det er også direktoratets vurdering at eksisterende regelverk ga helsepersonell hjemmel for å utlevere navn på innlagte til politiet med det formål å varsle pårørende etter hendelsene den 22. juli i fjor.

Direktoratet har imidlertid merket seg at det varierte i hvilken grad helsetjenesten hadde en tilsvarende forståelse. Direktoratet støtter derfor rapportens anbefaling om behov for å gjennomgå reglene om helsepersonells taushetsplikt for å sikre at politi og pårørende kan få nødvendig informasjon i katastrofesituasjoner.

Helsedirektoratet vurderer det slik at anbefalingen kan følges opp ad to spor:

For det første må riktig forståelse av reglene om helsepersonells taushetsplikt og opplysningsplikt og -rett kommuniseres bedre til helsetjenesten. Direktoratet har allerede tatt initiativ til dette. Det vises til Helsedirektoratets brev av 20. august 2012 til de regionale helseforetakene, helseforetakene, fylkesmennene og kommunene, der det redegjøres for plikt og rett til utlevering av opplysninger til politiet. Brevet er fulgt av en kortfattet punktliste som er egnet til oppslag eller til å inngå i virksomhetenes beredskapsplaner mv. Brev og punktliste kan leses på direktoratets nettside <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/utlevering-av-taushetsbelagte-opplysninger-til-politiet.aspx>

Videre vurderes en rekke andre informasjons- og kunnskapsutviklingstiltak om regelverket, som bl.a. kurspakke om taushetsplikt, e-læringsprogram, plakat, redaksjonell omtale av taushetsplikt bestemmelsen i fagtidsskrifter for helsepersonell og politi mv.

For det andre er det et spørsmål om regelverket bør utredes med tanke på behov for endringer, for eksempel med det pedagogiske formål å tydeliggjøre helsepersonells plikt og rett til utlevering av opplysninger til politiet. Et slikt arbeid må initieres av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet er kjent med at departementet allerede i etterkant av NOU 2010: 3 *Drap i Norge i perioden 2004-2009* (Olsen-utvalget) har iverksatt et slikt arbeid, bl.a. i form av en kartlegging av helsepersonells

praktisering av bestemmelser om taushetsplikt, opplysningsplikt og -rett (NOVA). Det er direktoratets oppfatning at vurderinger av lovendringer som følge av 22. juli bør ses i sammenheng med det arbeidet som allerede er igangsatt etter Olsen-utvalgets rapport.

### **Nødmeldetjenesten**

Helsedirektoratet ser at det er store forskjeller mht hvordan de ulike deler av beredskapsapparatet fungerte ved de to hendelsene. Helsetjenestens er generelt en godt integrert tjeneste hvor alle deler av organisasjonen, enten det er i primær- eller spesialisthelsetjenesten, er rettet inn mot å håndtere akutt oppstått sykdom og ulykker. Helsetjenesten må sikre seg at virksomheter med sentrale roller i beredskapen varsles gjennom gode varslingsplaner og det finnes varslingsystemer som er effektive og sikre.

Helsetjenestens hverdag preges av utbredt koordinering og enhetlig ledelse av ofte komplekse og forløp. Helsetjenestens nødmeldetjeneste er viktig i denne koordineringen, både i daglige situasjoner og ved alvorlige hendelser. Det er viktig at denne tette integrasjonen videreføres og utvikles. Koordinering av luftambulansetjenesten og ressurser på tvers av AMK områder og foretaksgrenser bør ha et særskilt fokus

Samtidig deler direktoratet kommisjonens anbefalinger om en gjennomgang og tydeliggjøring av roller, ansvar og beredskapsplaner, både i sektoren og på tvers av etatene. Helsedirektoratet ser at ytterligere klargjøring av prinsippene om nærhet, likhet og ansvarsprinsippene, vil være nødvendig for å fremme samvirke mellom de enkelte etatene. En sterk godt integrert nødmeldetjeneste i den enkelte etat, vil være viktig i en slik utvikling.

Helsedirektoratet deler kommisjonens anbefalinger om å styrke politiets operasjonssentraler. Videre har direktoratet merket seg kommisjonens vurdering av at samlokaliseringen av nødmeldesentralene i Drammen kan ha skapt uklarheter i beslutningstagningen.

Felles nødmeldesentraler vil etter direktoratets vurdering ikke svare ut de utfordringer som løftes frem i kommisjonens rapport. Etatene er svært forskjellige i både tjenesteutøvelse og organisering. Felles nødsentraler vil raskt kunne virke hemmende på den enkelte etats autonomi og behov for tilpassede og funksjonelle systemer.

Bedre samvirke mellom etatene bør etter direktoratets vurdering skje gjennom utvikling av gode informasjonssystemer og klare rutiner for samhandling og beslutningstagning. Dette kan raskt etableres ved å bygge ut og ta i bruk tilgjengelige teknologiske løsninger som allerede er utprøvd i helsetjenesten. Robusthet og sikkerhet i kritiske IKT-systemene i helsetjenesten må gjennomgås for å sikre at de fungerer ved større hendelser og tåler den belastningen som følger av dette.

Planer for organisering av sambandstrafikk, og styring av ressurser og skadested, bør være etablert i organisasjonen og mellom etatene for å gi oversikt i situasjonen, sikre informasjonsflyt og kvalitetssikre innsatsen. Planene må være tilpasset

gjeldende sambandsløsninger og ta høyde for kommunikasjon mellom nytt og gammelt nett i utbyggingsområdene.