

Justis- og beredskapsdepartementet
Postboks 8005 Dep,
0030 Oslo

E-post: postmottak@jd.dep.no

Høringssvar fra Stiftelsen Norsk Luftambulansse og Norsk Luftambulansse AS til NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen.

Stiftelsen Norsk Luftambulansse (SNLA) er Norges største ideelle medlemsorganisasjon med over 700 000 medlemmer. SNLA eier legehelikopteroperatøren Norsk Luftambulansse AS (NLA AS).

22. juli 2011 var Norsk Luftambulansse AS' mest omfattende operasjon noensinne. Seks legehelikoptre var i aksjon på Utøya om ettermiddagen og utover natten. Stiftelsen Norsk Luftambulansse har lang erfaring som utvikler og arrangør av tverretatlige kurs for redningspersonell, og representerer Europas største forskningsmiljø innen akuttmedisin. På bakgrunn av dette takker Norsk Luftambulansse for muligheten til å levere høringssvar til NOU 2012:14. Det er med utgangspunkt i kunnskap og erfaring fra våre leger, flyvere, redningsmenn, forskere og kursutviklere vi vil underbygge enkelte av kommisjonens konklusjoner, utdype andre og påpeke forhold der vi mener virkeligheten er annerledes enn den som beskrives i rapporten.

God helseinnsats skyldtes delvis tilfeldigheter

22. juli-kommisjonen har gjort et grundig og omfattende arbeid med å kartlegge omstendighetene og beskrive hendelsesforløpet etter terrorangrepene den 22. juli i fjor. Kommisjonen beskriver organisering og ledelse av den store helse- og evakueringsinnsatsen som imponerende (side 188). Det er vi i stor grad enige i. Men innsatsen ble avgjort av en rekke faktorer som ikke ville vært mulig under andre omstendigheter.

1) Hendelsesforløp og geografi

Oslo har landets beste beredskap. Det er ikke mange andre steder en ambulansarbeider med utdannelse og erfaring i operativ ledelse kan ankomme skadestedet etter fire minutter. Utøya ligger 15 minutter flytid fra luftambulansbase, og kjøretid med ambulansse er overkommelig fra mange ambulansstasjoner. Tilstrekkelig med personell fra nødretater og sivile gjorde at utfordringen var å styre ressursene, heller enn mangel på ressurser. Det siste vil ofte være tilfelle ved storulykker andre steder. Mye helsepersonell mobiliserte seg selv, ikke via systemer som varslet dem. Det bidro til at det var full kapasitet på de fleste tjenestene.

2) Tidspunkt.

Bomben i Oslo gikk av kl 15:26. Det var midt i vaktskiftet for både ambulanssetjenesten og sykehus. Det var derfor nært to skift helsepersonell tilgjengelig. Angrepet på Utøya skjedde når personell i Oslo var på vei til å bli dimittert. Mange enheter var operative og kunne sette kurs for Utøya. På et annet tidspunkt, natt eller helg, ville man antageligvis sett en helt annen personellsituasjon både i helseforetak og for nødretater.

3) Utilgjengelig skadested.

De hardeste skadde lå utilgjengelige til på en øy og det tok lang tid å evakuere. Det er sannsynlig at vi kunne reddet flere ved raskere tilgang til skadested. Derimot kunne redningsarbeidet opplevd overbelastning ved samtidig tilgang til flere hardt skadde. Mange av pasientene som ankom landsiden hadde lettere skader og de ankom i mindre puljer. Det gjorde at triage og mottak passet med kapasiteten på mottaket. Kapasiteten ble derfor ikke overbelastet, heller ikke i luftambulansetjenesten.

4) God tid til forberedelser som følge av skarp situasjon.

Den uavklarte situasjonen på Utøya medførte at helsearbeiderne fikk sjeldent god tid til å organisere seg og planlegge ressursbruken mens de ventet på å slippe til. På de fleste skadesteder vil pasientbehandling og triagering starte umiddelbart. Uten 1 ½ time til forberedelse er det nærliggende å tro at situasjonen ville sett langt mer kaotisk ut.

5) Mannskaper fant alternative løsninger når nødnett og kommunikasjon fungerte dårlig. Nødnett fungerer ikke om bord i legehelikoptre. Mannskaper brukte mobiltelefoner og fant andre, men ikke optimale, løsninger for kommunikasjon.

Kommisjonen spør om helsevesenet hadde hatt tilstrekkelig beredskap under andre omstendigheter (side 205). Vårt svar på det er nei. I eventuelle fremtidige hendelser vil neppe like mange heldige omstendighetene inntreffe.

Nasjonale retningslinjer for beredskap og planverk

Nasjonale retningslinjer for beredskap er ikke som kommisjonen hevder ”*utarbeidet på relevante områder*” (side 206). Direktiv for politiet om redningstjenesten, eller ”Redningshåndboken” er det eneste som legger føringer for redningsarbeid ved store ulykker og katastrofer i Norge. Direktivet stammer fra 1980 og er ikke lenger tilpasset dagens behov. Det mangler blant annet elementær kunnskap om triage, samt føringer og behov for bruk av nåtidens materiell eller elektronisk utstyr. De eneste tilgjengelige retningslinjer som finnes, kan ganske enkelt ikke benyttes for sammenhenger de trengs i. Nytt forslag til redningshåndbok har blitt sendt på høring flere ganger, seinest i 2008. SNLA etterspurte revidert utgave seinest 3. september d.å. Justis- og beredskapsdepartementet beklaget i e-post 4. september at de ikke har noen dato for ny redningshåndbok.

Et annet sted i rapporten beskriver kommisjonens likevel at de ser denne mangelen. «*Kommisjonen oppfatter at det er behov for et gjennomarbeidet planverk for redningstjenesten. Et felles planverk bør ferdigstilles i samarbeid med de involverte redningsetatene. Deretter må de operative håndbøkene og manualene for den enkelte etat oppdateres og harmoniseres opp mot samarbeidspartnerne.*» (side 188)

Det kommisjonene etterlyser, er et planverk aktører i akuttmedisin og redningstjenesten har etterspurt lenge. Siden januar 2011 har SNLA deltatt i en tverretattlig gruppe som blant arbeider med å utarbeide felles *skadestedstaktikk*. I arbeidet deltar Nasjonalt kompetansesenter for prehospitalet akuttmedisin (NAKOS), Politihøyskolen, Norges Brannskole, Luftambulansetjenestens ANS, 330 skvadronen, St. Olavs Hospital, Oslo universitetssykehus ved luftambulansetjenesten og ambulansetjenesten. Gruppen har gjentatte ganger stilt kunnskap og erfaring til rådighet for Helsedirektoratet. Målet har vært å utforme kapitlet om helseoppgavene i en ny Redningshåndbok.

Vi mener arbeidet med å etablere et oppdatert felles planverk for nødetatene må være høyt prioritert fremover, og tror det er klokt å la aktørene med bredest erfaring og kunnskap på feltet inngå i arbeidet.

Obligatoriske øvelser for nødetatene

God ulykkes- og katastrofehandtering krever samarbeid på tvers av etater. Dette synet får bred oppslutning i 22. juli-kommisjonens rapport. Om nødvendighet for felles øvelser, og hva disse må inneholde skriver kommisjonen:

«God katastrofehandtering forutsetter god kommunikasjon, samhandling og felles rolleforståelse nødetatene i mellom. Når katastrofen inntreffer, må redningsarbeiderne og etatene være samkjørte.» (side 188).

Norsk Luftambulansse mener felles nasjonale retningslinjer bør uttrykkes som lovhjemlede forpliktelser, og det må etableres opplegg for obligatorisk samtrening for nødetatene.

Vi har heldigvis få virkelig store ulykker i Norge, men de forekommer. I tillegg har alle kommuner og fylker mindre, men alvorlige, ulykker hvert eneste år. Som kommisjonen påpeker skjer alle hendelser i en kommune (side 208). Den beste øvelsen gjøres derfor lokalt, når redningsmannskaper fra de ulike etatene og forvaltningsnivåene (primærhelsetjenesten, ambulansse, politi og brann) med utgangspunkt i kommunens risiko -og sårbarhetsanalyser, trener i eget distrikt. Øvelsene må være realistiske, og avhenger av rett personell og kompatibelt materiell av høy kvalitet.

SNLA har lang erfaring i å arrangere den type øvelser det etterlyses i kommisjonsrapporten, gjennom utvikling og gjennomføring av kurskonseptet Tverretatlig Akuttmedisinsk Samarbeid (TAS). Der gis redningspersonell fra ulike nødetater felles øvelse i samhandling, kommunikasjon og ledelse ved store ulykker. Siden 1998 har vi hatt 21 000 personer fra ulike redningsetater fordelt på drøyt 600 kurs arrangert i alle landets fylker. SNLA og NLA AS stiller gjerne sin erfaring, kompetanse og systemer seg til disposisjon for å få fortlgang i arbeidet med å etablere obligatoriske øvelser.

Tverretatlig Akuttmedisinsk Samarbeid bygger på følgende prinsipper som må vurderes implementert for nye retningslinjer og Redningshåndboka i tråd med nasjonal og internasjonal forskning:

Katastrofetriage

Helsedirektoratet anbefaler et enhetlig nasjonalt system for triage. Triageringen 22/7 ble utført av erfarne anestesileger med prehospital erfaring (side 187-188). Dette er en ressurs på skadested man ikke regne med å ha tilgang på. Et annet sted ville ambulansarbeidere gjort denne jobben. Det trengs et enkelt, raskt og effektivt system for triage som alle nødetatene kan benytte. Det kan godt være brann -eller politimannskaper som er først på et skadested, derfor er kunnskap om livreddende prioritering og evakuering av høyeste betydning. SNLA anbefaler at TAS-triage er systemet man bør ta i bruk. Det er et vitenskapelig dokumentert system i verdensklasse. Riktig triagering sparer tid som er hovednøkkelen til å spare liv.

Effektiv evakueringskjede

I TAS har vi innført Optimal Pasient Evakuering Norge (TAS OPEN). Nøkkelpunkter er tilstrekkelig funksjonelt og kompatibelt båremateriell og forutsigbart, planmessig og kjent

skadestedsarbeid. Systemet ble delvis brukt på Utøya og flere rapporter hevder dette var meget effektivt. Systemet er tatt i bruk av samtlige luftambulanssebaser, samt 330 skvadronen.

Materiell

Kommisjonens rapport utdyper i for liten grad viktigheten av nok og riktig utstyr. Det står nevnt på side 206; *«Noen ambulanser tok med ekstrautstyr fra sine baser, inklusive katastrofebårer, som viste seg meget nyttig.»* Videre står det i samme avsnitt: *«Etter avvikling av Sivilforsvarets beredskapslager har sentrale myndigheter imidlertid bygd opp lager av medisinsk katastrofeutstyr på Gardermoen. Dette er primært ment for utenlandsoppdrag, men kan også brukes innenlands».*

God og effektiv håndtering av pasienten på skadestedet forutsetter riktig utstyr og materiell. Det er nødvendig at materiellet er hensiktsmessig og lett tilgjengelig lokalt for å kunne mobiliseres raskt. Et sentralt lager på Gardermoen er dårlig egnet for katastrofer innenlands. Det er viktig at kommunene gis ressurser til oppbygging av rett materiell og tidsriktig katastrofeutstyr for å sikre beredskap. Gjennom felles øvelser vil redningsmannskapene lære å arbeide med likt materiell.

Bårene bør være varmeisolerende for å forebygge hypotermi (tap av kroppstemperatur). Bårer bør være kompatible for å passe i alle ambulanser, helikopter eller båter som transporterer pasienter. Kompatible bårer gir betydelig mer effektiv pasientevakuering fordi pasientene slipper å bli flyttet to eller flere ganger. Systemet gjør også at hvert legehelikopter enklere kan transportere 2 pasienter. Under Utøya-operasjonen ble moderne og varmeisolerende bårer brukt. Disse var stilt til rådighet av Stiftelsen Norsk Luftambulansse.

Bruk publikumsressursene

I kommisjonens rapport (side 202) leser vi at ”Mange frivillige fra lokalbefolkningen og turister i Hole kommune og på Utvika Camping hjalp ungdommer som var i livsfare ved Utøya 22/7. Disse frivillige gjorde en heltmodig innsats, og viste hvilken enorm ressurs den alminnelige mann og kvinne er i en katastrofesituasjon.” Tilskuere, pårørende og den vanlige mann i gata er en stor ressurs som sjelden er tatt med i beredskapsplaner. I TAS-konseptet er frivilliges rolle/innsats tatt med i planverk og øvelser som viktige ressurser på skadestedet.

Læringskultur, ledelse og øvelser

Kommisjonen fremhever behovene for samkjørte rutiner for katastrofehandtering, men vi mener de beskriver systemer og rutiner feilaktig på side 206: *«Kommisjonen vil fremholde at helsevesenets innsats 22/7 er preget av god læringskultur. Alle virksomheter innenfor helsevesenet har internkontrollplikt, der avviksbehandling skal sørge for at man lærer av feil så de ikke gjentar seg. Aktørene i den akuttmedisinske kjeden har også plikt til å gjennomføre regelmessige øvelser, både hver for seg og sammen. Tjenestene fokuserer på læring av øvelsene, og egevaluering gjennomføres etter kritiske hendelser. Det er også utgitt gjennomarbeidede nasjonale retningslinjer på relevante områder.»*

Kommisjonen underbygger disse påstander med å vise til forskriftene nr.1731 av 20.des. 2002/ nr. 252 av 18.mars 2005/ og nr. 881 av 23.juli 2001. Vi vil i likhet med andre i den prehospitalt akuttkjeden hevde at disse påstandene ikke medfører riktighet i den praktiske virkeligheten.

Øvelser

Pliktene er nedfelt i forskrift, men øvelser i den akuttmedisinske kjeden gjennomføres ikke regelmessig. Øvelsene er få og preges av tilfeldigheter i form og innhold. Det er store regionale forskjeller. Mange øvelser har dårlig læringseffekt eller bygger ikke på dokumenterte prinsipper for katastrofehandtering og skadestedtaktikk. Erfaringene fra øvelser blir nødvendigvis ikke implementert i daglig drift. Samkjøring mot andre nødetater i øvelser skjer i liten grad.

Egenevalueringer

Kritiske hendelser blir ofte ikke evaluert på en måte som vil gi læringsutbytte. SNLA har samlet nødetater for å samle erfaringer etter enkelte store hendelser. Nødetatene gir uttrykk for manglende evalueringer. Et felles nasjonalt evalueringssystem som samler erfaring og kunnskap fra større ulykker/katastrofer, er nødvendig. Det er få store ulykker i Norge, derfor er det begrenset erfaring å hente. SNLA har en stipendiat som forsker på området, og mener erfaringsdeling er svært viktig. Sverige har et system som de kaller KAMEDO.

Nasjonale retningslinjer

Det er galt at det finnes gjennomarbeidede nasjonale retningslinjer på relevante områder. Her motsier for øvrig kommisjon seg selv når den beskriver nettopp dette som mangefult andre steder i rapporten (side 188-189). Vi beskriver dette på side 2 under; Nasjonale retningslinjer for beredskap og planverk, i dette høringssvaret.

Felles lederutdanning for nødetatene

Kommisjonen skriver det samme; (side 189). «*Videre mener kommisjonen det er en utfordring at dagens utdanning for redningspersonell stort sett gjennomføres etatsvis. Skal redningspersonell samhandle optimalt på et skadested, er opplæring og utdanning på tvers av etatene nødvendig. Det nevnte felles planverket kan brukes som et utgangspunkt for felles opplæring for nødetatene*».

NLA AS og SNLA er enig i at det er behov for felles utdanning og felles etterutdanning/ledertrening for personell i nødetatene. Til sammenligning kan nevnes at nødetatene i Danmark har tre uker felles utdanningsløp for å sikre likt kunnskapsgrunnlag og forståelse av skadestedshåndtering.

Legehelikopteroperasjonen

De flyoperative aspekter som er påpekt tidlig i prosessen etter 22/7 er ikke vurdert i 22. juli-kommisjonens rapport. De rapporter og kommentarer som ble belyst av det flyoperative i NLA AS etter 22/7 er belyst i Evalueringsrapport fra Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS og i Helsedirektoratets rapport etter 22/7.

Varsling av luftambulansse

I 22. juli-kommisjonens rapport (s 174, kap 9, første linje) står det "luftambulanseresurser ble innkalt fra omliggende helseforetak og frivillige organisasjoner". Dette er bare delvis korrekt. Luftambulansse 1-1 og 1-2 fra Lørenskog varslet seg selv etter å ha sett oppslag på TV 2 om eksplosjon i regjeringskvartalet. Når det gjelder de omliggende luftambulanser ble noen varslet mens andre varslet seg selv. Det manglet kontroll og oversikt i AMK-sentralen over luftambulanseresursene.

Flight following og koordinering

For luftambulansse Lørenskog 1-1 og 1-2 var "Flight Following" (AMK-sentralens system for oversikt over hvor helikoptrene befinner seg) fra AMK Oslo/Akershus kritikkverdig. Det var ingen "Flight Following" eller kontakt med AMK Oslo/Akershus i startfasen. Mannskapet forsøkte å overføre "Flight Following" til AMK Buskerud. Dette fungerte ikke. Koordinering, oversikt og informasjon til luftambulansser som ankom oppdraget var mangelfull fra AMK Oslo/Akershus og AMK Buskerud både på grunn av manglende kapasitet, systemer og sammenbrudd i radiosambandet.

Koordinering av ressurser på skadested

Det var 6 legehelikoptre, 2 redningshelikoptre og 3 Bell 412 på skadestedet. Det var vanskelig å holde oversikt og kontroll på alle enheter på og rundt landingsplassen på Sundvollen. Verken regional AMK eller lokal AMK hadde oversikt og hadde derfor ikke mulighet for å koordinere luftressursene. Alle helikoptre var i starten ikke på samme frekvens, men etter hvert kom alle på 123.10 som beskrevet.

Nødnett fungerer ikke i lufta

Kommunikasjonen fungerte ikke optimalt 22. juli. Det digitale nødnettet var ikke i bruk i luftambulanssetjenesten. Selv om kommisjonen skriver "nettet tålte den store belastningen det ble utsatt for", betyr ikke det at kommunikasjonen fungerte optimalt. Vi må ha et digitalt nødnett som sikrer god kommunikasjon mellom alle nødetatene, også i luften. Dette må ha nok kapasitet og det må sikres god utnyttelse av nødnett gjennom opplæring, øvelse og radiodisiplin.

Norsk Luftambulansse mener

- at det bør etableres egne luftambulansse-koordinatorer ved utvalgte AMK-sentraler med ansvar for koordinering av alle luftambulansseresurser uavhengig av base. Da blir det mulig å få en kontrollert, nasjonal oversikt. I dag har vi liten eller ingen kunnskap om hvor ressursen utenfor den enkelte region befinner seg. Om tre til fire AMK-sentraler samarbeider om å styre tjenesten, vil man utnytte ressursene i luftambulanssetjenesten (LAT) og heve pasientsikkerheten betraktelig.
- at det er viktig med enhetsflåte, enhetsutstyr, like prosedyrer og samtrent personell. Under Utøya-aksjonen var seks ambulanshelikoptre involvert. Utstyret og de medisinske prosedyrene var stort sett like. Dette gjorde det mulig å bytte medisinsk personell og utstyr mellom helikoptrene. Dette ble også gjort under ett oppdrag. Det er viktig at luftambulanssetjenesten har enhetlig utstyr, prosedyrer og samtrent personell på tvers av basene. Det var en stor fordel med en enhetlig helikopterflåte med samme operasjonsmønstre når så mange var på samme sted samtidig. Dette bør myndighetene ta med i betraktningen ved framtidige anbudsrunder for ambulanshelikoptertjenester

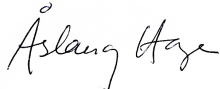
Konklusjon

Vi mener Gjørsv-kommisjonen har utført et solid og imponerende arbeid med rapporten. Vår hensikt med høringssvaret er å få frem læringspunkter som er oversett, eller er beskrevet på en måte som ikke stemmer overens med virkelighetsbildet vi kjenner fra den prehospitaltjenesten.

Den vellykkede prehospital katastrofehandteringen 22.7 mener vi delvis må tilskrives tilfældigheter, omstendigheter som sjelden inntreffer, og at enkeltindivider kunne bidra med en ekstraordinær innsats. Norge har ikke god nok helseberedskap, fastlagte retningslinjer for håndtering av katastrofer, innarbeidede rutiner for øvelser, eller krav om enhetlig utstyr og materiell. Vi mener konklusjonen derfor må bli at redningsaksjonen 22. juli gikk bra på tross av systemene, og ikke på grunn av dem.

SNLA og NLA AS besitter til sammen solid kompetanse, kunnskap og erfaring innen prehospital akuttberedskap. Vi mener det raskt kan innarbeides nye og bedre retningslinjer og systemer bygget på arbeid som allerede er gjort. Norsk Luftambulansse ser frem til å bidra videre for å etablere en best mulig prehospital akuttmedisin i Norge.

Drøbak 7. september 2012



Åslaug Haga
generalsekretær
Stiftelsen Norsk Luftambulansse



Syver Leivestad
adm. dir

Norsk Luftambulansse AS

Om Norsk Luftambulansse

Stiftelsen Norsk Luftambulansse (SNLA) er Norges største ideelle medlemsorganisasjon med over 700 000 medlemmer.

SNLA er en akuttmedisinsk kompetanse- og beredskapsorganisasjon som i mer enn 30 år har bidratt til å styrke den akuttmedisinske redningskjeden. SNLAs hovedoppgave er å styrke luftambulansetjenesten.

SNLA har Europas største forskningsmiljø innen prehospital akuttmedisin.

SNLA har etablert et nasjonalt utviklingscenter for luftambulansse på Torpomoen, Ål i Hallingdal.

SNLA eier legehelikopteroperatøren Norsk Luftambulansse AS (NLA AS), som opererer på 8 av landets 11 legehelikopterbasert på oppdrag for helseforetakene. NLA AS drives som et non-profit selskap hvor eventuelle overskudd går tilbake i tjenesten.