

Justis- og beredskapsdepartementet
Postboks 8005 Dep

0030 OSLO

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
2011/ 13297 - 38		S. Rannem	26.9.2012
Oppgis ved all henvendelse			

Høringsuttalelse – NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen

Oslo Universitetssykehus (OUS) var i stor grad involvert i redningsarbeid og pasientbehandling etter terrorhandlingen 22. juli 2011. Prehospitalt bidro OUS med koordinering fra AMK, innsatspersonell på skadested, ambulanser og utstyr i Oslo sentrum og på Utøya. OUS som regionalt traumesenter mottok 31 pasienter til behandling 22. juli og påfølgende helg, og fulgte disse opp både i den somatiske og psykiatriske behandlingsskjeden frem til siste pasient var utskrevet eller overført til andre sykehus 11. oktober.

Oslo Universitetssykehus ønsker å avgi følgende høringsuttalelse:

OUS støtter langt på vei kommisjonens konklusjon om at helsevesenets innsats var tilfredsstillende, som vist i artikler publisert i etterkant av hendelsen¹. Det er vesentlig for OUS at rapporten har fokus på læring og forbedring, og våre innspill har til hensikt å støtte opp om dette.

OUS er av den oppfatning at tidspunktet for bombeangrepet og den forsinkede adgangen til Utøya var medvirkende til at det ikke kom flere kritisk skadde pasienter til sykehuset, både i initialfasen (den første timen) og samlet sett. Dette ga tid til forberedelser, hvilket ikke alltid er tilfelle ved slike hendelser. Hadde bombeangrepet funnet sted tidligere på dagen eller utenom ferieperioden, kunne vi fått et mye høyere antall skadde, spesielt til skadelegevakten. Hadde vi fått adgang til pasienter på Utøya på et tidligere tidspunkt, ville mest sannsynlig flere pasienter ankommet sykehuset med behov for traumekompetent behandling. Således kunne prøven vi ble satt på vært enda større. Utfallet av dette er uvisst, selv om sykehuset har kapasitet til å motta langt flere pasienter enn vi gjorde 22. juli.

Grunnlaget for håndteringen av slike ekstraordinære situasjoner ligger uansett i en robust organisering som tar hånd om hverdagen. Det er lett å fokusere på det ekstraordinære og akutte, og derved glemme det daglige som ligger der som en basis. Det fremkommer for eksempel ikke i rapporten at en slik hendelse er en stor arbeidsbelastning for det regionale traumesenteret i dagene og ukene som følger, og at innsatsen i disse dagene er av stor betydning for behandlingsresultatet.

¹ Sollid et al. Oslo government district bombing and Utøya island shooting July 22, 2011: The immediate prehospital emergency medical service response. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2012, 20:3.

Gaarder et al. The twin terrorist attacks in Norway on July 22, 2011: the trauma center response. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012 Jul;73(1):269-75



OUS er likevel av den oppfatning at sykehuset som helhet hadde god kapasitet til mottak og behandling. Dette skyldtes blant annet at vi kunne spille på alle lokalisasjonene i det fusjonerte Oslo universitetssykehus gjennom den ordinære ledelsesstrukturen.

OUS har for oversiktens skyld delt inn våre kommentarer i fire hovedgrupper;

1. De fakta OUS ønsker å korrigere/supplere
2. Utsagn som bør nyanseres/ betones annerledes
3. Fakta som er uteglemt/utelatt eller mangler i rapporten for å gi et komplett bilde
4. OUS sine anbefalinger for fokusområder/oppfølging

1. OUS mener følgende fakta bør korrigeres/suppleres:

1.1

Side 173: ”Beredskapsplanen for Helse Sør-Øst RHF har fastsatt at OUS skal overta den operative koordineringen av de regionale ressursene ved katastrofer av en viss størrelse. AMK Oslo/Akershus overtar da som regional AMK-sentral og disponerer alle ambulanseressursene i regionen. Denne funksjonen ble etablert kl. 15.50, og ambulanse-/luftambulanseressurser ble innkalt fra omliggende helseforetak og frivillige organisasjoner”. Dette hevdes på nytt på side 207.

Formelt sett inntreer OUS sin koordinering av de regionale ressurser på anmodning fra Helse Sør-Øst RHF. Regional AMK kan opprettes uavhengig av dette; etter eget initiativ eller på anmodning fra annen AMK. Regional styring av ambulanseressursene ville imidlertid kun la seg gjøre dersom alle ambulanser er synlige i samme elektroniske system, og slik fungerer dagens AMIS (Akuttmedisinsk Meldingssystem) / Transmed ikke. AMK Oslo/Akershus kan dermed ikke ”disponere” eller styre enkeltambulansene i regionen, og overtar heller ikke automatisk regional koordinering. Anmodning om regional AMK kom ikke, men regional AMK ble opprettet på eget initiativ kl. 15.50.

1.2

Kommisjonens rapport (side 174) beskriver at traumeleder ved Ullevål ”...besluttet å avvike fra vanlige prosedyrer med hensyn til CT...”. OUS føler her et behov for å korrigere dette bildet fordi det kan gi inntrykk av at man hadde intensjon om å senke behandlingskvaliteten. Dette er ikke korrekt; man etterstreber samme kvalitet i masseskadesituasjoner, men med mindre ressurser og til tider endret logistikk. Det er for eksempel ikke slik at alle traumepasienter automatisk skal til en CT-undersøkelse. Tvert i mot er noen pasienter for alvorlig skadet til dette, og skal rett til operasjon. Andre pasienter trenger ikke CT-undersøkelse. Tiltaket i akuttmottaket på Ullevål denne kvelden var at man skulle være restriktive med bruk av den CT-maskinen som er plassert i akuttmottaket. Pasienter som hadde behov for CT-undersøkelser fikk dette, men gjerne ved andre CT-maskiner. Dette er også illustrert i artikler fra traumesenteret i etterkant av hendelsen².

² Gaarder et al. The twin terrorist attacks in Norway on July 22, 2011: the trauma center response. J Trauma Acute Care Surg. 2012 Jul;73(1):269-75

2. Utsagn som bør betones/nyansers på annen måte

2.1

Rapporten fokuserer på OUS sin innsats i akuttmottak og sykehusets operasjonskapasitet fredag 22. juli. OUS har imidlertid behov for å utdype dette bildet noe. En rask tilstrømming av pasienter utfordrer det som kalles "surge capacity"³, mens de pasientene som ligger inne over tid etter selve hendelsen utfordrer det som kalles "total capacity". Vurderingen av "total capacity" er utelatt i rapporten. For OUS sin del medførte hendelsen 593 liggedøgn totalt, hvorav 319 intensivdøgn. For de første fire ukene var det isolert sett 128 respiratordøgn og 131 reoperasjoner. Operasjonsstuekapasiteten på Ullevål ble presset ute i forløpet. Foretaket løste dette internt ved å overføre enkelte planlagte kirurgiske inngrep til Rikshospitalet, og deler av øyeblikkelig hjelp-pasientene til Aker sykehus. Dette medførte at foretaket beholdt grønt beredskapsnivå fram til 5. august. Denne funksjonsomfordelingen ble betydelig forenklet av fusjoneringen av sykehuset i 2010.

2.2

Side 189: "Det ble mobilisert betydelige ressurser også i omliggende helseforetak, men disse ble ikke tatt i bruk." Dette utsagnet medfører bare delvis riktighet. Det er korrekt at Akershus universitetssykehus mobiliserte ressurser til mottak av pasienter fra 22.juli, uten at det ble sendt pasienter dit. I den påfølgende helgen mottok imidlertid Akershus universitetssykehus både gastrokirurgiske og ortopediske øyeblikkelig hjelp-pasienter fra Ullevåls opptaksområde, før denne funksjonen ble overtatt av Aker sykehus de neste halvannen uker.

2.3

OUS støtter kommisjonen på at man trenger et bedre planverk for skadestedsledelse på tvers av nødetatene. Foretaket vil understreke behovet for en mer detaljert beskrivelse av kompetansekravene til nøkkelfunksjonene fra helse (operativ leder helse og fagleder helse). OUS mener spesielt det er en fordel om fagleder helse er en lege med solid prehospital erfaring og trening i å vurdere kritisk syke/skadde pasienter, i tillegg til å inneha kunnskap om kompetansen ved omkringliggende sykehus.

2.4

Likeledes mener OUS det er nødvendig med en felles nasjonal utdanning for alt innsatspersonell fra alle nødetater som skal bekle nøkkelfunksjoner. Samtrening er en naturlig del av denne utdanningen.

2.5

Side 187: "Ved AMK-sentralen i Oslo/Akershus brøt et av IT-systemene sammen på grunn av overbelastning. Som en følge av at systemet brøt sammen, sviktet den elektroniske loggføringen, og man måtte kommunisere via radio. På grunn av regelmessige øvelser blant operatørene kunne man likevel håndtere situasjonen bra, ...".

IT-applikasjonen det refereres til heter AMIS (Akuttmedisinsk Meldingssystem), og ble innført i 1995. Systemet har fortsatt vesentlige funksjonsmangler (bl.a. i kommunikasjonen med Transmed) og tåler dårlig stor belastning. Systemet bryter såpass ofte sammen at operatørene får øvelse i å håndtere hverdagen ved kommunikasjon via radio, ikke ved at det gjennomføres øvelser. Systemet må derfor vurderes for utskiftning.

³ Surge capacity is the ability to treat a large increase in the number of persons, specimens, etc., requiring care or analysis following an emergency event. (http://www.medscape.com/viewarticle/513261_9)

2.6.

Rapporten skriver flere steder at Nødnett fungerte godt. Imidlertid er det grunn til å understreke at det finnes flere funksjoner i Nødnett som var ubrukt denne dagen. Ett eksempel er tekstmelding til alle brukere. Her kunne man gått ut med viktig informasjon som gjaldt alle etater, eksempelvis ”Samlested for pasienter er Storøya” eller ”Skadested sikret for helsepersonell”.

2.7

Rapporten beskriver også godt de store ulikhetene i utbreddingen av Nødnett mellom etater og geografiske områder. At luftambulansene ikke hadde nødnett, vanskeliggjorde koordinering av helseressursene. Når AMK samtidig var ute av stand til å drive ”flight following”, ga dette etter OUS sin mening også en unødig risiko for flyoperativt personell. OUS mener på bakgrunn av dette at installasjon av Nødnett i luftambulansene er et viktig tiltak.

2.8

Rapporten angir flere steder at personell meldte seg selv til tjeneste, uten å være varslet. Dette utgjorde en betydelig ressurstilgang, og var viktig for innsatsen i den umiddelbare fasen etter hendelsen. Det er likevel grunn til å gjøre seg noen betraktninger om dette. For mange ble dette utløst av at varslingen ikke var rask nok eller effektiv nok, slik at ansatte oppfanget situasjonen i media før varslingen nådde fram. Personell som kommer fra fri til arbeidsinnsats, bidrar i positiv retning til ressursøkning. Det samme gjelder om man er på jobb/i beredskap i det aktuelle området, og kommer i gang med livreddende innsats før varsling er nådd frem. Personell som allerede er i tjeneste, og som omdirigerer seg selv fra ett innsatsområde til ett annet, *kan* etterlate hull i beredskap. Alle grupper kan gi utfordringer for oversikten over tilgjengelige mannskaper, med mindre det finnes et system for å melde oppmøte.

2.9

Rapporten omtaler flere steder omsorgen og oppfølging av de etterlatte. Identifiseringen er KRIPOS sitt ansvar, obduksjoner er Folkehelseinstituttet sitt ansvar, lokalt politi har lokalt ansvar for oppfølging av pårørende mens hjemkommunen har det psykososiale ansvaret. 22. juli og i dagene etterpå var situasjonen at det var svært mange døde, det tok mange dager før identifisering var fullført, og de pårørende/etterlatte oppholdt seg ikke i sin hjemkommune. OUS improviserte et senter for de etterlatte, på bakgrunn av gammelt planverk fra Rikshospitalet, med utgangspunkt i at de døde ble obdusert i eller i nærheten av Rikshospitalets lokaliteter. OUS ser det som nødvendig at det gjøres en avklaring av formelt ansvar og planverk for denne funksjonen ved senere hendelser.

2.10

Rapportens kapittel 19.7 omhandler ”tilfeldighetenes rolle”. OUS er kjent med at flere høringsuttalelser i stor grad tilskriver den vellykkede helseinnsatsen som tilfeldigheter og flaks. OUS støtter kommisjonens konklusjon i kapittel 19.7. I større grad enn å snakke om flaks/uflaks vil vi understreke at det i større eller mindre grad alltid vil skje feil, eller tas mindre heldige beslutninger. Systemet i behandlingsskjeden må kompensere for dette. Helsetjenesten har et distribuert beslutningssystem, der beslutninger tas nær pasienten. Fordi kjeden består av flere ledd, der revurdering gjøres kontinuerlig, kan dette fange opp slike feil. Dette gir ”resilience” i helsetjenestens redningsarbeid. Systemet må ha kvalitetssikring i hvert av leddene og på den måten sikre pasientbehandlingen.

3. Fakta som er uteglemt/utelatt eller mangler

3.1

Det ble mobilisert i alt 6 helikoptre fra Luftambulansetjenesten og 2 Sea King helikoptre, alle med akuttmedisinsk personell. Disse gjorde en betydelig og viktig innsats, både på bakken (skadestedene) og i transport til sykehus. Imidlertid er det grunn til ettertanke hva dette gjorde med flybåren akuttmedisinsk beredskap for andre og samtidige større og mindre hendelser i Sør-Øst Norge (nærmeste helikoptre var i Bergen, Førde og Trondheim). Fagledelsen ved samle plass 2 (som var den som håndterte flest pasienter og som var i drift lengst) var bevisst dette og dimitterte derfor selv raskt (og uavhengig av AMK-sentralene) og trinnvis alle luftambulanseressursene etter hvert som man fikk informasjon om at det var få og ingen skadde igjen på Utøya. Risikoen for mangel på luftambulanseressurser ved andre samtidige hendelser ble derfor begrenset, men prinsipielt viser dette behovet for en bedre regional koordinering av luftambulanseressursene, slik også Helsedirektoratets rapport påpeker.

3.2

16. desember 2010 vedtok styret i Helse Sør-Øst (styresak 086-2010) å innføre felles regionalt traumesystem⁴. I nyhetssaken på Helse Sør-Østs hjemmesider etter styrevedtaket, angis det at dette skulle innføres for hele regionen første halvår 2011. Det regionale traumesystemet er først nå under implementering, og det bør settes fokus på vedlikehold av dette systemet både regionalt og nasjonalt. Vedtaket i Helse Sør-Øst er konkret og detaljert, og bør kunne danne grunnlag for felles triage, felles begreper/definisjoner og systematisert kompetanse. Dette er et konkret krav fra regionen om hvilken kapasitet og kompetanse de ulike foretakene skal besitte for å håndtere traumepasienter. OUS ønsker i den sammenheng også å poengtere at selv ved et betydelig høyere antall skadde/kritisk syke pasienter skal likhetsprinsippet følges. Det betyr i praksis at alvorlig skadde pasienter skal til regionalt traumesenter. Traumesenteret må eventuelt søke avlastning innen eget eller andre foretak.

3.3

En tilsvarende konkret ”bestilling” som i regionalt traumesystem, kan være nyttig for beredskapsplanlegging generelt. Konkret kapasitet/dimensjoneringsstørrelse for så vel pre- som in-hospital spesialisthelsetjeneste, vil kunne gjøre det lettere for foretakene å vite hva de skal strekke seg mot. Dette vil gi bedre grunnlag for kvalitetsmålinger. Som en del av denne bestillingen kunne man også tenke seg en dimensjonering av lagre for beredskapsmateriell knyttet til de større sykehusene.

3.4

Rapporten tar ikke opp utfordringene rundt organiseringen av AMK-sentralene i Norge med henblikk på størrelse og samlokalisering. Det finnes i dag 6 AMK-sentraler i Helse Sør-Øst. Hver AMK-sentral er etter forskrift pålagt å ha tilknyttet en AMK-lege som medisinsk ansvarlig døgnet rundt. Alle AMK-sentraler har problemer med å oppfylle dette kravet. Det finnes like IT-applikasjoner i sentralene, men man kan ikke slå sammen/speile operasjonsområdene slik at man kan avlaste/overta for hverandre. Dette er en svakhet, ikke bare ved en større hendelse som 22.juli, men også dersom en sentral blir satt ut ved IT-svikt, brann eller lignende.

⁴ <http://www.helse-sorost.no/aktuelt/nyheter/Sider/behandling-av-alvorlig-skadde-pasienter-.aspx>

3.5

OUS mener det på nasjonalt nivå må gjøres en vurdering av hvorvidt helseinstitusjoner er terrormål som krever spesiell beskyttelse og sikring i forbindelse med terrorhandlinger.

4. Fokusområder for forbedring

4.1

Felles nasjonalt planverk for nødetater, som beskriver roller for nøkkelpersonell som deltar i skadestedsarbeid. Felles nasjonal utdanning med samtrening er en naturlig følge av felles planverk.

4.2

Vurdering av IT-systemer og – applikasjoner som brukes i AMK-sentraler, med tanke på funksjonalitet rundt koordinering på tvers av sentraler.

4.3

Omsorg for etterlatte når mange dør i samme hendelse og identifisering tar tid. Her har KRIPOS, Folkehelseinstituttet og hjemkommunene formelt ansvar, mens de pårørende oppholder seg i nærheten av sted for identifisering. En formalisert avtale og felles planverk bør på plass.

4.4

Koordinering av luftambulanseressurser på tvers av AMK-områder ved større hendelser bør belyses, både med tanke på sikkerhet for flybårent akuttmedisinsk personell og for å styre beredskapsressurser i og utenfor hendelsen.

4.5

Overordnet, nasjonal vurdering av sykehus som terrormål bør gjennomføres.

Avslutningsvis vil Oslo universitetssykehus berømme kommisjonen for en grundig og godt skrevet rapport.

Med vennlig hilsen

Sign.

Bjørn Erikstein
Adm. direktør



Cathrine M. Lofthus
Viseadm. direktør