

Fagdirektør Jan Norum  
Helse Nord RHF  
Bodø

UNN-Tromsø 7.9 2012

## Høringsuttalelse: NOU2012:14 Rapport fra 22.juli-kommisjonen

Det vises til Justis- og beredskapsdepartementet høringsbrev med ledsagende adresseliste av 17.8 2012. Det bemerkes innledningsvis at hverken helseforetak, Helsedirektoratet eller Luftambulansen ANS er omfattet av den spesifiserte listen over høringsinstanser.

Tre av Justis- og beredskapsdepartementets egne direktorat samt flere frivillige organisasjoner er derimot spesifisert. Den bemerkelsesverdige adresselisten over høringsinstanser kan vanskelig tolkes på annen måte enn at det høringsansvarlige departementet ikke vurderer de offentlige helsetjenester, spesielt helseforetakene og Luftambulansen ANS, som spesielt viktige i nasjonal beredskapssammenheng.

Høringsfristen er dessuten så knapp at mekanismen med «åpen høring» ikke gir tilstrekkelig tid til den nødvendige fordypning og drøfting som den grundige og omfattende kommisjonsrapporten krever. Dette er sterkt beklagelig fordi en grundigere, formalisert høringsprosess ville gitt helseforetakenes ansatte og ledere en viktig mulighet for strukturert erfaringslæring. Som lærende organisasjoner ville en bredere, formalisert høringsprosess med tilstrekkelige høringsfrist høstet langt større gevinster med tanke på de forbedringspotensialer den offentlige helsetjenesten har på området planarbeid, trening og systemutvikling på områdene helse- og katastrofeberedskap.

Helse og redning er omtalt spesielt i Kapittel 9 (s 171-208).

1. Det er åpenbart at den katastrofemedisinske innsatsen på alle nivå og i alle ledd var preget av stort personlig ansvar, mot og evne til improvisasjon blant helsepersonellet innenfor eksisterende planverk. Fagpersonell fra medisinsk nødmeldetjeneste, kommunehelsetjenestene, spesialisthelsetjenesten med ambulansetjenestene, lokale- og sentrale sykehus og de frivillige traff valg, besluttet og gjennomførte tiltak som reddet liv, begrenset skade og synliggjorde norsk helsetjenestes verdigrunnlag og fagkyndighet på en imponerende måte. Vi slutter oss til rapportens hovedkonklusjon om at «helse- og redningsarbeidet ivaretok de skadde og pårørende i akutfasen på en god måte» (s.15).
2. Erfaringene viser betydningen av god spredning av kapasitet og desentraliserte enheter som kan iverksette livreddende behandling og triage. Lokalsykehusenes akutt- og katastrofeberedskap var av stor betydning og bør styrkes ytterligere. Systematisk team-trening på alle nivå i helsetjenestene må forankres i faste rutiner og modeller.
3. Helsedirektoratets egen erfaringsrapport<sup>1</sup> påpeker en rekke forbedringspunkter som vi slutter oss til. For UNN HF's eget beredskapsarbeid gir erfaringene fra 22.juli en verdifull mulighet til systemforbedringer og endringer i planverk, disponering av kompetanse og ressurser, organisasjonskultur, prioriteringer og fokus i egen virksomhet. UNN HF vil ta dette med i vår pågående revisjon av vårt eget katastrofeplanverk. Vi vil også understreke betydningen av at

<sup>1</sup> Læring for bedre beredskap; Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011

helseforetakene og kommunehelsetjenesten tildeles tilstrekkelige rammer og resurser for trening av personalet og gjennomføring av realistiske øvelser innen egen organisasjon og i samvirke mellom de ulike nivå i helsetjenestene og mellom beredskapsorganisasjonene. Slik regelmessig trenings- og øvingsvirksomhet kan med fordel spesifiseres og formaliseres gjennom eiers årlige bestillerdokumenter.

4. Ingen av de aktuelle gjennomganger av erfaringsmaterialet fra 22.juli, inklusiv politiets egen gjennomgang, anfører at en annen struktur på medisinsk nødmeldetjeneste vil være et relevant svar på utfordringene etter 22.7. UNN HF er av den bestemte oppfatning at medisinsk nødmeldetjeneste med et eget medisinsk nødnummer (113) og sykehusbaserte, medisinsk-faglige operasjonssentraler (AMK) lokalisert i sykehus har spilt – og spiller - en helt avgjørende rolle for dagliglivets akuttberedskap, ved større ulykker og i monumentale katastrofesituasjoner som 22.7. Vi ser derfor med dyp bekymring på de gjentatte framstøtene fra Justis- og beredskapsdepartementet for å endre dagens struktur og ansvarsdeling gjennom innføring av «felles nødnummer» og «felles operasjonssentraler». Det foreligger ikke evidens, erfaringsmateriale eller dokumentasjon fra norsk virkelighet på at en slik endring vil forbedre verken generell katastrofeberedskap eller nødvendig aksjonsfellesskap i dagliglivets ulike akutsituasjoner. Vi kan heller ikke se at nye forsøksprosjekter med felles nødnummer og felles operasjonssentraler for brann, politi og helse er rasjonell bruk av tid og personellressurser i det nødvendige forbedringsarbeidet helsetjenesten må gjøre etter 22.7.
5. UNN HF har lansert modeller for dynamisk, situasjonstilpasset, virtuelle ledelsesrom (VAKe: Videobasert akuttmedisinsk konferanse). Med denne modellen kan AMK-sentraler over hele landet rast sammenkoples og ved behov kople seg til både politiets og brann/rednings egne operasjonssentraler. Nasjonale ledelsepunkter kan også tilkoples, alle med lyd og bilde av høy kvalitet. Slike virtuelle ledelsesrom har et betydelig potensiale for effektiv, sann tids deling av informasjon, ressursstatus, behovsanalyser og felles ledelsesbeslutninger i krise. Vi foreslår at dette moderne ledelses- og samhandlingsverktøyet utprøves i større skala for etablering av en mer effektiv organisasjonsmodell for regional og nasjonal krisehåndtering.

Med hilsen

Tor Ingebrigtsen

Direktør

Universitetssykehuset Nord Norge