



FRA FLODBØLGEKATASTROFE I ASIA TIL KRISE I MIDTØSTEN – HVA HAR VI LÆRT?

Sosial- og helsedirektoratet
Hovedrapport

November 2007
Dok. nr. ST-60046-MI-4-Rev04

Rapporttittel:

Fra flodbølgekatastrofe i Asia til krise i Midt-Østen – hva har vi lært?

Kunde:

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir)

Prosjekt nr.:

P60046

Dok. nr.:

ST-60046-MI-4-Rev03

Forfatter(e):

Grete Lauritzen Aastorp

Fil ref.:

P60046 Hovedrapport rev 03.doc

Oppsummering:

Denne rapporten presenterer de funn som er gjort i prosjektet "Fra flodbølgekatastrofe i Asia til krise i Midt-Østen – hva har vi lært?".

Prosjektet er en evaluering basert på intervjuer med 15 personer som satt sentralt ved håndteringen av én eller begge kriser. Representanter fra Sosial- og helsedirektoratet (SHdir), Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Utenriksdepartementet (UD), Helse Øst RHF, Ullevål Universitetssykehus HF (UUS), Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Ullensaker kommune og Forsvarsdepartementet har bidratt med sine erfaringer og innspill. I tillegg er flere evalueringsrapporter benyttet som underlagsinformasjon.

Hovedhensikten med evalueringen er å peke på hvilke elementer i beredskapen som fungerer tilfredsstillende, og hva som skal til for en ytterligere forbedring av krisehåndteringsevnen til de ulike aktørene. Evalueringen peker også på sentrale utviklingstrekk og endringer i beredskapen som er implementert i de to og et halvt år som har gått siden flodbølgekatastrofen.

Nøkkelord:

Flodbølgekatastrofen
Tsunami
Evakuering fra Libanon
Midt-Østen
Kriseledelse
Evaluering

☐ Begrenset☐ Fri distribusjon☐ Intern☐ Referanse tillatt

Rev. nr.	Dato	Utarbeidet av	Kontrollert av	Godkjent av	Grunn for revisjon
00	07.02.2007	Grete L. Aastorp	C. Bergersen	Stein Haugen	Utkast sendt til SHdir som underlag for møte den 09.02.07
01	26.02.2007	Grete L. Aastorp	C. Bergersen	Stein Haugen	Sendt for kommentarer
02	07.06.2007	Grete L. Aastorp	C. Bergersen	Stein Haugen	Revidert etter telefonmøter med SHdir uke 19 og 20
03	23.08.07	Grete L. Aastorp	M.N. Fagerland	Stein Haugen	Revidert etter kommentarer fra intervjuobjektene
04	06.11.07	Grete L. Aastorp	M.N. Fagerland	Stein Haugen	Endelig rapport. Kommentarer fra HOD implementert.

INNHold

SAMMENDRAG	2
1 INNLEDNING	3
1.1 Mål.....	3
1.2 Avgrensninger	4
1.3 Forkortelser og definisjoner	4
1.4 Endringer i helseberedskapen fra helsereformen ble iverksatt i 2002	6
1.5 Organisering av helseberedskapen ved kriser i utlandet.....	7
2 FORLØP AV HENDELSENE.....	11
2.1 Flodbølgekatastrofen.....	11
2.2 Evakueringen fra Libanon.....	15
3 METODE	16
4 RESULTATER.....	17
4.1 Beredskapsplaner	17
4.2 Kriseforståelse og varsling	18
4.3 Mobilisering	19
4.4 Ressurstilgang.....	21
4.5 Koordinering og ledelse.....	22
4.6 Informasjon.....	25
4.7 Utsending av helseteam og UDs utrykningsteam (URE).....	26
4.8 Evakuering og hjemtransport.....	28
4.9 Mottak og psykososial omsorg	29
4.10 Normalisering	33
5 ANBEFALINGER OG KONKLUSJON.....	34
5.1 Anbefalte tiltak og forbedringsområder.....	34
5.2 Konklusjon.....	40
6 REFERANSER.....	41
VEDLEGG A INTERVJUGUIDE	42
VEDLEGG B INTERVJUOBJEKTER.....	46
VEDLEGG C HELSETEAM.....	47

SAMMENDRAG

Safetec Nordic AS (Safetec) har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet evaluert helsetjenestens håndtering av flodbølgekatastrofen i Asia i julen 2004 samt evakueringen av norske statsborgere fra Libanon i juli 2006. Evalueringen tar utgangspunkt i 15 intervjuer med representanter fra Sosial- og helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Utenriksdepartementet (UD), Helse Øst RHF, Ullevål Universitetssykehus HF, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Ullensaker kommune og Forsvarsdepartementet. I tillegg er evalueringsrapporter, som listet i kapittel 6, benyttet som underlagsinformasjon.

Informasjonen fra intervjuobjektene og rapportene er bearbeidet og sammenstilt, og forslag til tiltak som vil forbedre etatenes krisehåndteringsevne er presentert i rapporten. Safetecs mangeårige erfaring med utarbeidelse av beredskapsplaner på regionalt og lokalt nivå, samt ROS- og beredskapsanalyser både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå innen helsesektoren har vært et viktig bakteppe for evalueringen. Safetec står som faglig ansvarlig for rapporten, og de ulike aktørene må selv vurdere hvordan de ulike innspillene til forbedringer skal følges opp.

Flodbølgekatastrofen var en hendelse som ingen egentlig var forberedt på. Enkelte av aktørene hadde kriseberedskapsplaner som var fleksible nok til å kunne brukes, men ulykkens art gjorde at det var behov for mye improvisasjon. Hele verdenssamfunnet brukte tid på å forstå omfanget av hendelsen, og Utenriksdepartementet som hadde hovedansvaret nasjonalt kom ikke skikkelig i gang med kriseledelse før det hadde gått over ett døgn.

På tross av manglende rutiner der en del av de involverte opplevde en følelse av kaos i startfasen, var det ingen deler av helsetjenestens oppgaver som ikke ble ivaretatt. Aktørene og de enkelte medarbeiderne strakk seg svært langt for å bistå rammede og deres pårørende, og flere tok på seg ansvar og oppgaver langt utenfor det man kunne forvente.

Behov for begrensning av antall kontaktpunkter i samarbeidet mellom etatene er et gjennomgående funn. Når flere avdelinger innen samme etat er involvert i en krisehåndtering, og gjør ukoordinerte henvendelser til samme samarbeidspartner, oppstår både forvirring og irritasjon. Styrket informasjonsoverføring og koordinering innad i egen etat, bedret kommunikasjon på direktørnivå mellom etatene og definering av et mindre antall kontaktpersoner på ulike nivåer, synes å være et ønske fra de fleste aktørene. Det er videre et stort behov for tverretattlig kunnskap om hverandres kriseledelses- og beslutningsstrukturer.

I etterkant av flodbølgekatastrofen har særlig UD gjort store forbedringer i sine beredskapsplaner. UD har gått fra å ha mer eller mindre bare varslingslister til å ha en godt beskrevet krisehåndteringsorganisasjon. Helse- og omsorgsdepartementet har utgitt "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan" (ref 6), der den ansvars- og rollefordeling man praktiserte ved flodbølgekatastrofen nå er tatt inn som nasjonale føringer. Sosial- og helsedirektoratet har videreutviklet sin kriseplan. Man ser tydelig to trender i planverkene; økt detaljering i beskrivelser av roller og ansvar og økt tydelighet i forhold til hvilke oppgaver som skal løses av hvilket kriseledelsesnivå (operativt, taktisk og strategisk).

Krisen i Midt-Østen viste at de beredskapsmessige grep som er gjort siden flodbølgekatastrofen, førte til en langt bedre krisehåndtering. Man forholder seg i større grad til predefinerte roller og ansvar, og er flinkere til å følge linja. Det gjenstår imidlertid en del "disiplin" i forhold til å holde seg til sitt eget ansvarsområde og ikke drive for mye kryssvarsling og krysskommunikasjon. Langt større bruk av liaisons, både hos samarbeidende etater og internt i store virksomheter, har ført til bedret samordning og koordinering.

Det å ha et felles virkelighetsbilde, dele informasjon om situasjonen og ha gode loggføringsrutiner er kriterier for god samhandling både internt og med eksterne samarbeidspartnere. Det finnes nå avanserte elektroniske krisestøttesystemer som tillater informasjonsdeling og samlet oversikt på en helt annen måte enn det man tidligere hadde muligheter for. Særlig i komplekse situasjoner med mange aktører er det grunn til å tro at et slikt system ville kunne lettet håndteringen, og gitt aktørene et bedre beslutningsgrunnlag.

Denne rapporten peker på en rekke tiltak som kan bidra til en bedret beredskap for alle de parter som har vært en del av evalueringen. Det er behov for en intern oppfølging innad i hver enkelt etat. I tillegg oppfordres det til tverrsektorielle drøftinger. Det er i "fredstid" man legger grunnlaget for et godt samarbeid ved krise.

1 INNLEDNING

Resultatene i rapporten baserer seg på intervjuer med 15 personer som sto sentralt i håndteringen av én eller begge kriser i tillegg til erfaringsrapporter. Innledningsvis vil vi rette en stor takk til intervjuobjektene som velvillig har bistått oss og delt av sin erfaring. Det har vært svært interessant å høre den enkeltes beretning, og derved få belyst hendelsesforløpene fra en rekke ulike vinklinger.

1.1 Mål

Prosjektets mål kan oppsummeres ved følgende punkter:

Det skal gjennomføres en samlet evaluering av sektorens erfaringer fra flodbølgekatastrofen i 2004 og krisen i Midt-Østen i 2006. Evalueringen skal dekke følgende punkter:

1. Prosjektet skal gjøre en vurdering av utviklingen av helseberedskapen sett i lys av de erfaringer som ble gjort under Flodbølgekatastrofen, og ved håndteringen av krisen i Midt-Østen.
2. Evalueringen skal gjøres innen et bestemt antall fokusområder identifisert av Sosial- og helsedirektoratet (SHdir).
3. Det skal gjennomføres intervjuer med 15 personer som hadde sentrale roller i håndteringen av en eller begge kriser.
4. Det skal gjøres en vurdering av:
 - Rapportering og rapporteringslinjer, og hvordan kommunikasjonen gikk mellom SHdir og de nærmeste samarbeidspartnerne.
 - Samhandlingen mellom SHdir og andre sentrale aktører som var involvert i håndteringen.
 - Informasjonsberedskapen
 - Psykososial omsorg
 - Arbeidsfordeling mellom aktørene.
 - Styring/ledelse av krisen.

Punktene er ivaretatt og supplert i intervjuguiden, se vedlegg A.

5. Resultatet av evalueringen skal:
 - Besvare Helse- og omsorgsdepartementets krav om evaluering av flodbølgekatastrofen.
 - På en enkel og oversiktlig måte presentere sektorens erfaringer fra flodbølgekatastrofen og krisen i Midt-Østen.
 - Presentere styrker og svakheter ved dagens organisering av helseberedskapen.
 - Gi anbefalinger for videre forbedringer med hensyn til organisering og håndtering av kriser av internasjonal karakter.

1.2 Avgrensninger

Prosjektet er avgrenset til å omfatte intervjuer med 15 personer. I tillegg har vi fått tilgang til relevante erfaringsrapporter fra enkelte av aktørene (se kap 6 Referanser). Personintervjuer vil nødvendigvis gi et delvis subjektivt bilde av en virksomhets krisehåndtering. Den enkeltes personlige erfaringer vil prege totaloppfattelsen. Rapporten vil derfor ikke kunne gi et utfyllende bilde av den enkelte virksomhets krisehåndtering. Ved å stille samme spørsmål til flere personer, vil man likevel få et rimelig godt bilde av situasjonen totalt sett.

Man har videre valgt å holde fokus på de mer overordnede og ledelsesmessige trekkene i krisehåndteringen. Dette betyr at kvalitet på pasientbehandling, medisinske vurderinger, og erfaringer fra pårørende og overlevende er holdt utenfor prosjektet. Rapporten omhandler spesifikt kriser og ulykker i utlandet, men forbedringsforslagene er delvis overførbare også til hendelser med ulykkessted i Norge.

1.3 Forkortelser og definisjoner

AE	Aeromedical evacuation
AECC	Aeromedical evacuation coordination cell
Ahus	Akershus universitetssykehus HF
AID	Arbeids- og inkluderingsdepartementet
AMK-sentral	Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral. Forkortes ofte til bare AMK. Helsetjenestens akuttmedisinske fagsentral plassert i sykehus med akuttmottak, for mottak og håndtering av medisinsk nødmelding, øyeblikkelig hjelp innleggelse og ambulanseoppdrag.
Beredskap	Med beredskap forstås tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser og andre uønskede hendelser. (NOU 2000:24 Et sårbart samfunn)
DSB	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. DSB skal ha oversikt over risiko, sårbarhet og beredskap i samfunnet, og fremme initiativ til aktuelle forbedringstiltak når det gjelder håndtering av ulykker, katastrofer og andre uønskede hendelser.
FAD	Fornyings- og administrasjonsdepartementet
FD	Forsvarsdepartementet
FM	Fylkesmannen
FOHK	Fellesoperativt hovedkvarter (FOHK) er den sentrale fellesoperative kommandoen i Forsvaret som har ansvaret for å planlegge og lede Forsvarets operasjoner i fred, krise og krig.
Helse Øst (evt sør, midt, nord eller vest)	Helseregion Øst som geografisk og administrativt område
Helse Øst RHF	Det regionale helseforetaket i Helse Øst som organisasjon
Helsemessig og sosial beredskap	Beredskap i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten i kommuner, fylkeskommuner og staten, herunder bl.a. beredskap i ambulansetjenesten, kommunikasjonsberedskap, smittevernberedskap, næringsmiddel- og drikkevannsberedskap, evakueringsberedskap, beredskap ved atomulykker, beredskap for forsyningstjenester, situasjoner med personellmangel og for ekstraordinære sosiale situasjoner.
Helseteam	Team av helsepersonell sendt for å bistå ved katastrofer. Normalt benyttet på oppdrag i utlandet for å bistå norske borgere, men kan også sendes ved store nasjonale hendelser.
HF	Helseforetak. Organisatorisk enhet bestående av ett eller flere sykehus, psykiatriske enheter og rusbehandlingstilbud.

HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
JD	Justis- og politidepartementet
Katastrofe	En katastrofe er en forverring av en krise situasjon og vil medføre at det må foretas andre prioriteringer enn hva som normalt ansees som forsvarlig.
Krise	Situasjon eller hendelse som krever flere ressurser enn det som normalt er tilgjengelig i daglig drift, men som man har planer og ressurser for å takle
Kriseledelse	Kriseledelse betyr i denne sammenheng iverksettelse og drift av de ledelsesfunksjoner som virksomheten har planlagt for ved ekstraordinære situasjoner. Kriseledelse foregår ofte på tre nivåer; operativt, taktisk og strategisk (se disse definisjonene).
Liaison	En liaison er en person som tiltrer f.eks. en kriseledelse i en annen virksomhet for å fungere som forbindelsesledd til sin egen organisasjon. Liaisonen er fysisk tilstede og har som hovedoppgave å sikre sin egen virksomhet tilstrekkelig informasjon om situasjonen, samt bidra til samordning.
Medevac	Forkortelse for "medical evacuation." Transport (oftest med fly eller helikopter) av skadd pasient fra ulykkessted til egnet behandlingssted. I Norge har Forsvaret en avtale med SAS Braathen om ombygging en Boeing 737 på 24 timer. Kapasiteten i en Boeing 737 er 24 bårepasienter og 21 sittende pasienter. SAS Braathens stiller med kabinpersonale og Forsvaret stiller med medisinsk personell.
MRSA	Meticillinresistente Staphylococcus aureus /Meticillinresistente gule stafylokokker. MRSA er en bakterie (gul stafylokokk) som er blitt noe mer motstandsdyktig mot behandling med vanlige stafylokokkmidler (som meticillin). Noen få MRSA er også multiresistente. Multiresistent MRSA er svært sjeldent forekommende i Norge, men er vanlig forekommende ved sykehus i utlandet. Pasienter som overføres fra sykehus i andre land blir derfor isolert og testet ved ankomst til Norge.
NATO STANAG	NATO avtale for aeromedical evacuation (evakuering med fly, med medisinsk støtte på flyreisen).
NKVTS	Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk stress
NLA	Norsk luftambulanse. Stiftelse/medlemsorganisasjon med ideelt formål. Eier datterselskapene Norsk Luftambulanse AS (som er operatør for Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS) og Global Medical Support AS (utfører assistanse og luftambulansetransport i utlandet, primært for nordmenn som blir syke i utlandet).
Operativ ledelse	Operativ ledelse skjer på stedet og/eller er knyttet til praktiske oppgaver direkte relatert til hendelsen.
OSL	Oslo Lufthavn Gardermoen
POD	Politidirektoratet
R-AMK	Regional AMK-sentral.
Repatriere	Å sende noen tilbake til hjemlandet
RHF	Regionalt helseforetak, inndelt i henholdsvis hhv Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF (Helse Øst RHF og Helse Sør RHF på det tidspunkt hendelsene i denne rapporten inntraff. Sammenslåing den 01.06.07).
ROS-analyser	Risiko- og sårbarhetsanalyser. Systematisk metodikk for å identifisere potensielle uønskede hendelser, analysere årsaker, konsekvenser og sannsynlighet, samt finne risikoreduserende tiltak.
SHdir	Sosial- og helsedirektoratet
Strategisk ledelse	Strategisk ledelse er det "høyeste" ledelsesnivået. Ledelsen på dette nivået vil i en krisesituasjon se på de langtrekkende virkningene av krisen samt legge en strategi for å minimalisere skaden. Videre vil den strategiske ledelsen fokusere på fortsatt drift på tross av situasjonen. En krisestab bestående av virksomhetens toppledelse kan være et eksempel på en strategisk ledelsesfunksjon.

Taktisk ledelse	Taktisk ledelse er nivået mellom operativ og strategisk ledelse. Den taktiske ledelsen bistår operativ ledelse med å prioritere innsats ut fra tilgjengelige ressurser. Innsatsen planlegges og koordineres slik at den samlede krisehåndteringen blir best mulig. Taktisk ledelse krever at man også vurderer situasjonen fram i tid.
Triage	Skadesortering. Kategorisering av pasienter etter omfang og grad av skader.
UD	Utenriksdepartementet
URE	UDs utrykningsenhet med representanter fra UD, helsetjenesten og politiet
UUS	Ullevål Universitetssykehus HF

1.4 Endringer i helseberedskapen fra helsereformen ble iverksatt i 2002

Ved tidspunktet for flodbølgekatastrofen var det nesten 3 år siden helsereformen ble iverksatt med deling av det tidligere Sosial- og Helsedepartementet i Sosialdepartementet (nå Arbeids- og inkluderingsdepartementet, AID) og Helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet, HOD), samt opprettelse av Sosial- og helsedirektoratet (SHdir), de regionale helseforetakene (RHF) og helseforetakene (HF). I tiden etter helsereformen har det vært høyt fokus på beredskap, og samtlige RHF hadde frist for utarbeidelse av regionale helse- og sosialberedskapsplaner innen juli 2003. Kommunene hadde tilsvarende frist for å utarbeide sine helse- og sosialberedskapsplaner.

Etter at RHFene hadde fått på plass sine helseberedskapsplaner begynte et større revideringsarbeid på HF nivå for å implementere de føringer som var lagt på det regionale nivået. Planverk på HF-nivået har oppnådd større grad av samordning enn før helsereformen som en følge av at RHFene laget "rammeplaner" som satte en regional standard for beredskapen. RHFenes planverk har siden 2002 også gjennomgått en omfattende samordningsprosess, slik at planene til den utøvende spesialisthelsetjeneste ved hver revisjon blir mer og mer like.

I det betydelige arbeidet som i disse årene er lagt ned i beredskapsplanlegging, har hovedfokus vært på håndtering av større kriser og katastrofer i Norge. Ansvarsavklaring i forhold til å håndtere en hendelse som rammet mange nordmenn i utlandet var mangelfull, og hadde verken vært drøftet eller øvd av de aktuelle aktørene på det tidspunkt flodbølgekatastrofen i Asia inntraff den 26. desember 2004.

De endringer som er gjort i helseberedskapen i perioden desember 2004 - juli 2006 er i stor grad basert på erfaringer fra flodbølgekatastrofen. Som ledd i oppfølgingen av Stortingsmelding nr. 37 (2004-05) "Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering", besluttet Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) at det skulle utarbeides en overordnet helse- og sosialberedskapsplan. Planen (ref. 6) ble vedtatt den 31.01.07, men ble sendt på høring allerede i mai 2006, slik at innholdet delvis var kjent på det tidspunkt evakueringen fra Libanon ble håndtert i juli 2006.

Planen beskriver aktørene i helse- og sosialforvaltningen i beredskapsplanleggingen og ved krisesituasjoner. Roller og ansvar, lovgrunnlag, etablering av beredskapsorganisasjon, varsling og rapportering, koordinering og internasjonal samhandling er omtalt. Planen gir et rammeverk som de enkelte aktørene kan relatere planverket for sin virksomhet til, men er ikke en operativ plan til bruk i krisesituasjoner. Aktørene har egne beredskapsplaner som skal legges til grunn i krisehåndteringen.

Det var tidligere et problem at en rekke kommuner manglet plan for helsemessig og sosial beredskap. Dette er nå utbedret, se Tabell 1 (ref. 14). 30% av kommunene mangler fortsatt ROS-analyser (se tabell 1).

Tabell 1 Nøkkeltall for kommunehelsetjenesten, Beredskap

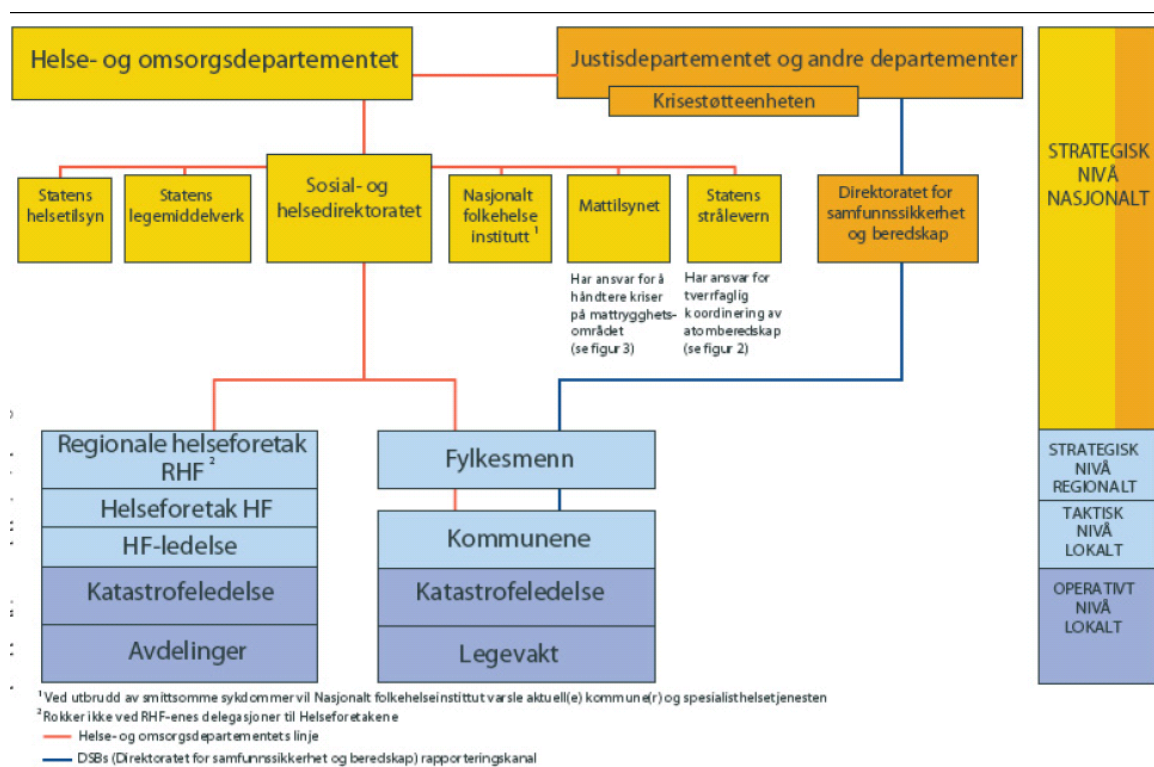
	Antall	Andel
Planer for helsemessig og sosial beredskap	424	99,6
Smittevernplaner	434	100
ROS-analyser (Risiko og sårbarhetsanalyser)	246	70

Kilde: Helsetilsynet/ DSB

1.5 Organisering av helseberedskapen ved kriser i utlandet

Videre gjengis et kortfattet utdrag fra "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan", som er relevant for de ulike aktørenes roller og ansvar ved større kriser som rammer nordmenn i utlandet. I tillegg er rollene beskrevet for de aktører som direkte eller indirekte omfattes av evalueringen.

Hvis situasjonen tilsier det, vil HOD fatte vedtak om delegasjon av den operative koordineringsfunksjonen for helsetjenesten til SHdir. Direktoratet skal da forestå overordnet koordinering av helsetjenestens operative innsats. Det innebærer iverksetting av tiltak og overordnet koordinering av tiltak mot andre virksomheter i helse- og sosialforvaltningen og i kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten. Ved slike hendelser vil ansvar og rapporteringsveier som vist i Figur 1-1 gjelde.



Figur 1-1 Ulike nivåer av kriseledelse

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

HOD har overordnet ansvar for beredskapsplanlegging og krisehåndtering i helse- og sosialsektoren. Tiltak og informasjonshåndtering må i nødvendig grad også samordnes i forhold til andre departementer. I tillegg til

ansvaret for de interne beredskapsforberedelsene, innebærer dette også ansvar for at beredskapsarbeidet i departementet og i underliggende virksomheter er samordnet. Departementsråden møter fast i Regjeringens kriseråd.

HOD vil ved hendelser der det koordinerende ansvar er overført SHdir, trekke seg bevisst tilbake slik at det operative apparatet får ett hovedpunkt for rapportering og samordning med helsemyndighetene; SHdir. HOD har tidligere hatt en mer fremtredende rolle, og rollefordelingen mellom HOD og SHdir har tidvis vært vanskelig å holde rede på for samarbeidende parter. I helseberedskapsplanene på RHF nivå har man tidligere sagt at all rapportering skal skje i eierkanalen, altså fra HF via RHFet sin ledelse til eieravdelingen i HOD. Med de endringer som ligger i nasjonal helseberedskapsplan, vil hovedstrømmen av informasjon relatert til krisehåndtering gå direkte til SHdir som igjen rapporterer til HOD. Det regionale helseforetaket vil samtidig informere HOD i tråd med etablerte prinsipper for informasjonsformidling i eierkanalen. Informasjonen til HOD skal være forankret i ansvarlig ledelse i det regionale helseforetaket.

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir)

SHdir skal sikre at samhandlingsbehovet blir ivaretatt, både i beredskapsplanlegging og i en krisesituasjon. I en krisesituasjon er hovedoppgaven å sikre at befolkningen tilbys nødvendig helsehjelp, om nødvendig også i utlandet. I henhold til etablert oppgavefordeling mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet skal direktoratet, etter delegasjon fra departementet, forestå overordnet koordinering av helse- og sosialsektorens innsats og om nødvendig, iverksette tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet. Dette ligger til grunn i SHdirs reviderte kriseplan.

Direktoratet og berørte regionale helseforetak har gjensidig plikt til å etablere kontakt som gir grunnlag for å vurdere om direktoratet bør tre inn i koordineringsfunksjonen. Når funksjonen er etablert, skal direktoratet også holde fylkesmennene oppdatert om situasjonen. Fylkesmennene vil på sin side motta bestillinger om aktivitet og rapportering fra direktoratet.

SHdir er inndelt i seks divisjoner: Folkehelse og levekår, Helseøkonomi og finansiering, Spesialisthelsetjenester, Primærhelsetjenester, Sosiale tjenester og Administrasjon. Avdeling Beredskap er underlagt Divisjon for primærhelsetjenester.

SHdir har 12 personer i kriseutvalget. Sammensetningen tilsvarer ledergruppen, det vil si divisjonsdirektørene, kommunikasjonsdirektøren, de to assisterende direktører og leder for beredskapsavdelingen. Direktøren eller én av de to assisterende direktørene beslutter om stab skal settes og leder kriseledelsen. Vakhavende (den som betjener beredskapstelefonen) har fullmakt til å innkalle kriseutvalget umiddelbart i tilfeller der behovet er tydelig. Det er tre steder som har 24-timers beredskap i SHdir: Beredskapstelefonen, Informasjonstelefonen og Giftinformasjonen.

Når UD ber om bemanning av UDs utrykningsteam (URE) skal helse- og omsorgssektoren stille med to personer, hvorav én utpekes som leder. En av personene skal ha forvaltningserfaring fra sektoren (bør arbeide i SHdir) og den andre bør ha medisinsk faglig utdanning, helst med katastrofemedisinsk kompetanse. Helsesektorens deltakelse i URE har som formål å klarlegge og ivareta det helsefaglige aspektet i den aktuelle situasjonen, gi råd til leder ved utenriksstasjonen og rapportere tilbake til SHdir om hva norsk helsetjeneste og norske helsemyndigheter bør bidra med med hensyn til eventuell utsendelse av helseteam.

Regionale helseforetak (RHF)

De fire (fem før 01.06.05) regionale helseforetakene i landet skal gjennom sine 34 helseforetak, og avtaler med private helsetjenesteytere, sørge for at befolkningen tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester. I forhold til kriser som rammer nordmenn i utlandet, vil SHdir kunne anmode om at de regionale helseforetakene stiller med personell til såkalte helseteam. Deltakelse i disse teamene er basert på frivillighet, og sammensetningen av fagpersonell vil variere avhengig av krisens art.

Selve RHFet har ikke operativt ansvar ved katastrofer i utlandet. Daværende Helse Øst (nå Helse Sør-Øst) var tyngst involvert i de to hendelsene som omfattes av denne rapporten. I Helse Sør-Øst er ledelse av regionens samlede helseressurser ved større hendelser som krever koordinering mellom flere HF, delegert til Ullevål universitetssykehus HF (UUS). Helse Sør-Øst RHF har en liaison i direktørens krisegruppe ved UUS som sikrer nødvendig koordinering og videreformidler informasjon til RHFet.

Helseforetak (HF)

HF har ansvaret for ambulansetjenesten, tar i mot personer som trenger videre behandling i spesialisthelsetjenesten, stiller med personell til å bemanne helseteam etter forespørsel fra sitt RHF og bistår kommunen med råd og ressurser hvis de anmoder om det (dette har særlig vært aktuelt i forhold til psykososial omsorg). Ansvaret for ambulansetjenesten innebærer i praksis også mottak av pasienter på flyplassen sammen med kommunen.

Ullevål universitetssykehus HF (UUS)

UUS står i en særstilling når det gjelder ulykker som skjer i utlandet, da de vil ha ansvar for triage og fordeling av pasienter for videre behandling i spesialisthelsetjenesten. Ved store hendelser der innsats fra flere av sykehusene i Helse Sør-Øst må koordineres, er UUS delegert ansvar for ledelse av regionens samlede spesialisthelsetjenesteressurser. SHdir vil ha en direkte rapporteringslinje til/fra UUS.

UUS har ansvaret for å sette sammen helseteam hvis SHdir anmoder Helse Sør-Øst RHF om dette. UUS skal benytte de ressurser man finner nødvendig, både egne, fra andre sykehus og private. Særlig Norsk Luftambulanse (NLA) er en aktuell privat ressurs som pr i dag inngår i beredskapen for helseteam ved UUS.

UUS har organisert sin kriseledelse på tre nivåer; operativt, taktisk og strategisk. Det er direktørens krisegruppe som leder krisen på strategisk nivå. Direktøren innkaller personell på tilsvarende nivå fra andre sykehus til samordningsmøter. Helse Sør-Øst RHF og SHdir stiller med liaisons til direktørens krisegruppe ved større hendelser. Man har også svært god erfaring med å ha en representant på høyt nivå fra Oslo kommune i krisegruppen.

Fylkesmannen (FM)

I situasjoner der Sosial- og helsedirektoratet er delegert ansvaret for overordnet koordinering av helsetjenestens operative innsats, skal fylkesmannen/-mennene bistå direktoratet i krisehåndteringen gjennom sitt samlede apparat. FM vil da motta bestillinger om aktivitet og rapportering fra direktoratet, som overordnet ansvarlig myndighet i linjen. Som det fremgår av Figur 1-1, har FM to rapporteringslinjer til overordnede myndigheter; én til SHdir og én til DSB.

Fylkesmannens organisasjon er basert på formidling av nasjonal politikk. I beredskapssammenheng og ved katastrofer innenlands vil FM formidle informasjon til sine kommuner. Ved katastrofer i utlandet vil FM formidle det som får konsekvenser for sine kommuner. Dessuten skal FM understøtte og samordne mellom kommuner og eventuelt andre statlige etater.

Kommunene

Kommunens primæroppgave knyttet til kriser/katastrofer i utlandet er først og fremst oppfølging av den enkelte pasient/pårørende innenfor primærhelsetjenesten. Fastlegen og, i enkelte tilfeller, kommunens kriseteam er sentrale ressurser.

De kommunene som har internasjonal lufthavn har i tillegg ansvar for å yte nødvendig helsehjelp til evakuerte som ankommer flyplassen. I praksis samarbeider kommunen med ambulansetjenesten, HF og politi om mottaket. En god overføring til den enkeltes hjemkommune ligger innenfor ansvarsområdet.

Ullensaker kommune sine oppgaver er i all vesentlighet knyttet til ivaretagelse av helse- og sosialberedskapen ved Oslo Lufthavn Gardermoen (OSL), med mottak av og bistand til berørte ved katastrofer i utlandet.

Utenriksdepartementet (UD)

UD har en krisestab med utrykningsenhet som har det operative ansvar for håndtering av kriser som krever rask reaksjon og koordinering av innsatsen fra ulike aktører. UD's operative stab og utrykningsteam (4 skift), kan innkalles på 1 times varsel. Liaisoner fra de nærmeste samarbeidspartnerne er definert og innkalles ved behov. Et kjerneteam på 8 personer er kontinuerlig i vaktberedskap. Ved en hendelse har ambassadør(er) i berørt(e) land tett kontakt med UD pr telefon.

UD har i tillegg til de som inngår i stab, et forholdsvis stort antall personer som har meldt seg som ressurspersoner, som departementet kan trekke på ved behov. Disse har alle fått opplæring i krisehåndtering og beredskapsrelaterte oppgaver.

Ambassadene

Ved hendelser som rammer norske statsborgere i utlandet har ambassaden en del sentrale oppgaver:

- sende ut personell til skadestedet umiddelbart
- innhente informasjon og vurdere hva man trenger av bistand hjemmefra (be om ekstra bemanning)
- kontakt med lokale myndigheter
- koordinere med andre ambassader (ofte de andre nordiske)
- kontakt for lokale reiselivskontakter
- trekke inn ressurser lokalt
- informere de nordmenn på stedet man har oversikt over
- ansvar for å sette opp pårørendesenter lokalt
- informasjonskanal for nordmenn på stedet, etter hvert sammen med UD sine utrykningsteam
- informerer media i samarbeid med UD
- Organisere evakuering av nordmenn i samarbeid med UD og evt. reiselivsselskap
- Skaffe oversikt over skadede/døde i samarbeid med evt. helseteam og polititeam, hvis disse har utsendt personell fra Norge

Forsvarsdepartementet (FD)

Forsvarsdepartementet vil sjelden være lederdepartement ved sivile katastrofer, men er en ressursbank for operasjoner både nasjonalt og i utlandet. Forsvaret har en betydelig kompetanse særlig innen felt som kriseledelse, logistikk og operasjoner i felt under vanskelige forhold. Forsvaret har flere såkalte kommandoplasser (24/7 institusjoner for operativ ledelse, særlig Fellesoperativt hovedkvarter, FOHK), og kan bistå med operative ledelsesfunksjoner også for det sivile. Forsvarsministeren, Forsvarssjefen og sjef for FOHK er de tre mest sentrale beslutningstakerne innad i Forsvaret.

FD stiftet 1. august 2003 en egen krisehåndteringsenhet med utgangspunkt i at FD ønsket en mer operativ enhet også på departementsnivå. Enheten består av 9 personer, hvorav omtrent halvparten er sivile og halvparten militære. Enheten er profesjonalisert på krisehåndtering.

Politiet

Politiet skal ha en samordnings- og tilretteleggingsfunksjon ved mottak på flyplasser av berørte og pårørende fra større hendelser som rammer norske statsborgere i utlandet. Dette var ikke avklart under flodbølgekatastrofen, men er fastslått i etterkant (ref St meld nr 37 (2004-05), pkt 8.6, jf Innst S nr 265 (2004-05)). Videre har politiet, ved Kripos, ansvar for registrering av savnede ved katastrofer og ulykker, identifisering av døde og overbringelse av dødsbudskap.

2 FORLØP AV HENDELSENE

2.1 Flodbølgekatastrofen

(Informasjonen er tatt fra rapporten til Reinåsutvalget, ref 1, intervjuene og referat fra styremøte i Helse Øst RHF, ref 9)

Søndag 26. desember 2004

Klokken 04.00: NRK Dagsnytt sender den aller første meldingen om et jordskjelv utenfor Sumatra i Indonesia.

Klokken 05.10: Saksbehandlervakten i UD blir klar over at en flodbølge har rammet Sør-Asia. Meldingen kommer i form av en telefonhenvendelse fra en privatperson.

Klokken 05.30: UD varsler ambassaden i Bangkok om katastrofen.

Klokken 07.15: UD starter varslings av egne ansatte. På dette tidspunktet er det stor pågang av telefonhenvendelser til UD, og det er vanskelig å ringe både ut fra og inn til departementet.

Klokken 10.30: Det besluttes at fungerende ekspedisjonssjef for Regionavdelingen skal ha det operative ansvaret for departementets håndtering av situasjonen.

Klokken 11.00: HOD blir ikke kontaktet om hendelsen fra UD. Helsemyndighetene forsøker å få telefonkontakt med UD, men mislykkes på grunn av stor telefonpågang til UD.

Klokken 11.30: Utenriksråden informerer utenriksminister Jan Petersen telefonisk om katastrofen. Regjeringsråden ved Statsministerens kontor blir også informert. Regjeringsråden varsler statsministeren.

Klokken 12.00: Departementsråden i HOD kontakter regjeringsråden ved Statsministerens kontor. De diskuterer muligheten for å iverksette en avtale som Forsvaret har med SAS Braathens om flytransport.

Tidlig ettermiddag: Kripos mottar opplysninger om nordmenn i det katastroferammede området, og det er kontakt mellom Kripos og UD om registrering. De to instansene utveksler lister, men fortsetter å registrere på hver sin måte.

Klokken 16.00: Ambassaden i Bangkok forsterkes med en person som er ansatt i Dhaka. Om kvelden reiser en annen person fra Norge til Bangkok for samme formål.

Reuters rapporterer om 11 300 omkomne.

Mandag 27. desember

Klokken 10.00 og 13.00: UD deltar i møter med reiselivsbransjen. Departementet har inntrykk av at charterselskapene har tilstrekkelig flykapasitet til å sende hjem egne gjester.

Klokken 12.45: HOD oppnår kontakt med UD for første gang etter flodbølgen, 32 timer etter at UD ble varslet første gang om katastrofen. Kontakt oppnås ved at SHdir henvender seg til departementsråden i HOD, som sender en SMS til utenriksråden. Forut for dette har SHdir gjort en lang rekke forsøk på å få telefonkontakt med UD.

Klokken 14.50: UD kontakter Justisdepartementet og orienterer om et koordineringsmøte som skal begynne ti minutter senere. UD anmoder om at justismyndighetene sender en representant til møtet.

Klokken 15.00: UD avholder et første koordineringsmøte med representasjon fra andre departementer.

SHdir hadde et møte i UDs lokaler rett etter koordineringsmøtet, der HOD delegerte det koordinerende ansvaret for helse- og sosialtjenesten til SHdir. På dette møtet besluttet helsetjenesten tiltak på fire områder:

1. Gi bistand til skadde på skadestedet (sende de to første helseteamene).
2. Hjemtransport av skadde og andre overlevende (utløse Medevac-avtalen med Forsvaret).
3. Mottak på flyplassene og videre behandling på egnet nivå.
4. Oppfølging av berørte, hjemkomne og pårørende.

Disse fire punktene ble førende for helsetjenestens innsats de påfølgende dagene.

Klokken 18.30: SHdir anmoder Forsvaret om å aktivere transportavtalen med SAS Braathens (Medevac-avtalen).

Klokken 21.30: SHdir er etablert med personell på Gardermoen.

I løpet av dagen: De første nordmenn som var i katastrofeområdet kommer til Gardermoen.

Reuters rapporterer om 23 200 omkomne.

Tirsdag 28. desember

Klokken 10.00: UD blir klar over at det mangler flykapasitet til å bringe hjem nordmenn fra det katastroferammede området.

Om formiddagen: Helse Øst RHF, FM og berørte kommuner mv blir innkalt til orienteringsmøte i SHdir. Helse Øst RHF orienterer direktoratet om at kriseledelsen i regionen er delegert administrerende direktør ved UUS. Etter møtet i SHdir blir direktørens kriseteam ved UUS etablert, og man etablerer regional AMK (R-AMK). R-AMK etablerer kontakt med andre HF og AMK-sentraler / R-AMK sentraler.

Klokken 18.00: Statlige og kommunale myndigheter oppretter et pårørendesenter på Radisson SAS Plaza Hotell.

Klokken 18.00: Det første helseteamet i regi av SHdir reiser fra Gardermoen til Thailand.

Om ettermiddagen: Norske, svenske og danske utenriksmyndigheter inngår en avtale med SAS Braathens om ekstrasflygninger for hjemtransport av skandinaver fra Phuket.

Reuters rapporterer om 26 000 omkomne.

Onsdag 29. desember

Klokken 10.00: Den første ekstraordinære SAS-flygning går fra Stockholm mot Bangkok.

Klokken 10.00: Det første Medevac-flyet tar av fra Gardermoen på vei mot Phuket.

Formiddag: Ullensaker kommune etablerer mottaksteam på Gardermoen. Egen smittevernprosedyre utarbeides for ambulanseavdelingen for frakt av pasienter videre til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Klokken 11.20: Kripes sender to identifiseringsteam til Thailand.

Klokken 13.00: UD sender SMS til personer med status som savnet eller «ukjent». I meldingen oppfordres alle nordmenn i rammede områder til å ringe hjem, til UD eller til ambassader. Det opplyses at flyplassene i Bangkok og Phuket har norsk personell som vil bistå.

Om ettermiddagen: Bestilling fra SHdir til UUS om å stille med 100 leger og sykepleiere for mottak av charterfly kommende natt (støtte til Ullensaker kommune). Samtlige HF i Helse Øst/Hovedstadsområdet blir mobilisert for å stille leger, sykepleiere og ambulanser.

Klokken 22.00: UUS liaison på plass i militær wing-ops.

Reuters rapporterer om 77 828 omkomne.

Torsdag 30. desember

Klokken 05.20: Første charterfly med nordmenn fra katastrofeområdet lander på Gardermoen med 284 passasjerer.

Klokken 06.00: Asiaposten ved UUS åpnet.

Klokken 15.00: UD arrangerer møte om overføring av registreringsoppgaven fra UD til Kripes.

Om ettermiddagen: Første beredskapsmøte mellom helseforetakene i Oslo-området (inkl. Rikshospitalet og Sykehuset Buskerud HF) og Oslo kommune hos adm.dir. v/UUS. I møtet blir det klargjort at:

- Ahus har ansvaret for å organisere helsepersonell i mottaksteam på Gardermoen.
- Rikshospitalet tar ansvaret for eventuelle intensivpasienter
- UUS hospitaliserer alle transittpasienter

R-AMK etablerer kontakt med Helse Vest-team på Arlanda samt diverse andre aktører i Sverige.

Klokken 18.20: Charterfly lander på Gardermoen med UUS helseteam ombord.

Reuters rapporterer om 120 000 omkomne.

Fredag 31. desember

Klokken 06.15: Første Medevac-fly kommer fra katastrofeområdet til Gardermoen med 35 pasienter. Beredskap med 26 ambulanser og medisinske team til stede. 4 pasienter blir kjørt direkte fra Gardermoen til Sverige, de øvrige fordeles på Østlandet. Asiaposten forbereder overføring av flere pasienter til Sverige umiddelbart.

I løpet av dagen: På anmodning fra Røde Kors stiller Forsvaret to Hercules-fly for transport av nødutstyr mellom Singapore og Aceh-provinsen.

Klokken 20.30: Statsministeren intervjues i NRKs program RedaksjonEN. På spørsmål fra programlederen bekrefter statsministeren at vi dessverre må forberede oss på at mange hundre, og kanskje over 1 000 nordmenn, er omkommet i katastrofen. Videre sier han at «alt tyder på at dette nå er den største sivile katastrofe som har rammet oss i Norge i moderne tid.»

Reuters rapporterer om 124 000 omkomne.

Lørdag 1. januar:

Klokken 06.36: Andre Medevac-fly lander med 17 pasienter. Beredskap med 12 ambulanser og medisinsk team.

Reuters rapporterer om 127 000 omkomne.

Søndag 2. januar

Klokken 06.36: Tredje Medevac lander på Arlanda med 15 svenske pasienter. Ingen til Norge.

Klokken 14.00: Justisministeren opplyser at departementet regner med å kunne gå ut med en liste med navn på savnede neste dag, det vil si 3. januar.

Klokken 15.00: Politisk og administrativ ledelse i Justisdepartementet og ledelsen i Politidirektoratet avlegger et besøk hos Nye Kripos. Tema er offentliggjøring av liste.

Reuters rapporterer om 129 000 omkomne.

Mandag 3. januar

Om formiddagen: Det avholdes regjeringsskonferanse. Regjeringen behandler blant annet spørsmål om bevilgning av 1 milliard kroner til nødhjelp etter katastrofen, overføring av koordineringsansvaret for håndtering av katastrofen til HOD, samt opprettelse av et utvalg for evaluering av myndighetenes håndtering. Koordineringsansvaret blir overført til HOD, og fra da av leder statsråden og departementsråden en koordineringsgruppe hvor alle involverte departement er til stede. Gruppen møtes daglig for å etablere et likt situasjonsbilde i departementene, drøfte tiltak og koordinere. Sentrale direktorater som SHdir og Politidirektoratet (POD) deltar også.

Klokken 11.30: Justisdepartementet gjør offentlig kjent en liste med navn på 275 savnede, og en liste med navn på 16 antatt døde. I løpet av få timer korrigeres antall savnede til under det halve.

Klokken 13.05: Fjerde Medevac lander på Gardermoen med 1 pasient. Mellomlander først på Arlanda med 35 pasienter. Den femte og siste Medevacen lander den 5.januar kl. 09.30 med 1 pasient etter først å ha mellomlandet i Malmø med 1 pasient.

Reuters rapporterer om 150 000 omkomne.

2.2 Evakueringen fra Libanon

(informasjonen er tatt fra SHdir sin interne logg, UD's evalueringsrapporter, samt fra intervjuene)

Torsdag 13. juli 2006

Stab blir satt i UD etter kontortidens slutt.

Fredag 14. juli 2006

Klokken 19.45: Henvendelse fra UD til SHdir om behov for støtte til nordmenn som skal tilbys å evakuere fra Libanon. UUS varsles umiddelbart og iverksetter mobilisering av relevant personell.

Situasjonen:

300 nordmenn i Libanon, antakelig 150-200 som ønsker uttransport.

Plan: Utreise med buss Beirut-Damaskus med avgang Beirut søndag 16.07.06. Sannsynlig behov for støtte ved ankomst Damaskus, antar utreise søndag morgen.

Betydelig usikkerhet i forhold til veiforhold, grensepasseringer m.v., altså om busstransport er gjennomførbart. Det arbeides med alternativ uttransport, f.eks. med båt til Kypros (et svensk initiativ).

Om ettermiddagen: Beslutningen om å kalle sammen Regjeringens kriseråd ble tatt.

Lørdag 15. juli

Klokken 12.00: Helseteam bekreftes tilgjengelig. Avreise påfølgende dag. HOD ber SHdir lede innsatsen fra helsesiden.

Klokken 14.00: Beslutning om at støttetelefon skal opprettes på OSL. Ullensaker kommune varsles.

Klokken 22.10: Helse Sør blir bedt om å være forberedt på sende team til Kypros.

Søndag 16. juli

Klokken 06.30: SHdir sender en liaison til møte i UD sin krisestab. UD har chartret en bilferge, "HUAL Transporter", som vil gå til Kypros for å laste redningsvester og deretter gå til Beirut for å ta ombord nordmenn. I tillegg får nordmenn tilbud om buss til Damaskus etter å ha blitt informert om risiko og at det ville bli alternativ transport med båt. Det er ønske om at det skal være norsk helsepersonell samt politi ombord på båten.

Klokken 07.00: Støtteteam reiser til Damaskus. Meldt behov om helseteam til Libanon. Teamet er klart til avreise kl 15.30.

UD sender også egne folk til Kypros søndag morgen.

Klokken 11.00: Organisasjonen internt i SHdir kommer på plass. Elementer av kriseledelsen er på plass, men det var ikke behov for full mobilisering.

Klokken 13.15: Ønske om Medevac-fly i beredskap i tilfelle eskalering med krigshandlinger i området.

Klokken 23.00: Støttesenter/mottak etableres på Gardermoen i regi av Ullensaker kommune og Ahus. SHdir blir bedt om å sjekke med Forsvaret om de har liste over helsepersonell som er villig til å gå inn i en krigssone.

Mandag 17. juli

SHdir sitt kriseutvalg jobber aktivt med den helsemessige håndteringen. Medevac beredskap (Forsvarets avtale med SAS Braathens om å stille fly til disposisjon for evakuering av skadde personer) settes i bestilling.

UD påregner eskalering fra og med denne dagen grunnet rakett i Haifa som drepte 9 personer, noe som vil gjøre evakueringen mer krevende og farlig. Det er uklarhet om antallet nordmenn i Libanon, blant annet om tallet på 300 norske innbefatter 117 personer i Sør-Libanon. Det er uenighet mellom vestlige land om det er trygt å sende folk i buss fra Beirut til Damaskus.

RHF og FM informeres fra og med denne dagen og fram til og med 21. juli hver kveld om situasjonen per e-post.

Onsdag 19. juli

Medevac-beredskapen får ikke støtte fra UD, da kostnadsbildet er uklart og man frykter urimelig høye utgifter. SHdir inngår i stedet en avtale med Global Medical Support, som setter et ambulansefly i beredskap i Danmark. Mannskap blir holdt igjen for å sikre beredskapen, og disse ble senere benyttet for å bemanne Herkulesmaskinen som ble satt inn som ressurs.

Fredag 21. juli

Terminering av 2t Medevac-beredskap.

Søndag 23. juli

To helseteam sendes til Beirut. To helsearbeidere reiser med båt til Tyr.

UD avslutter full krisestab, men en arbeidsgruppe tar hånd om videre håndtering av situasjonen.

Daglige møter i SHdirs kriseutvalg fram til 7. august.

Oppsummert: Nesten 2000 mennesker ble evakuert med hjelp fra norske myndigheter. Ca 1000 av disse hadde tilknytning til Norge og ca 1000 hadde annen tilknytning. Hver dag arbeidet opptil 50 personer i krisestaben i UD. Det var en komplisert, men vellykket operasjon, hvor alle som ønsket hjelp til uttransportering, fikk hjelp.

3 METODE

Denne evalueringen er basert på i alt 15 telefonintervjuer med sentrale personer som var involvert i håndteringen av flodbølgekatastrofen og/eller krisen i Midt-Østen. Det er utarbeidet en intervjuguide i tråd med de ønsker og behov SHdir har for tilbakemeldinger og evalueringspunkter. Intervjuguiden finnes i vedlegg A. I tillegg er relevante elementer fra evalueringsrapporter tatt inn, se referanser i kapittel 6. Safetec Nordic AS har også benyttet sin inngående kjennskap til utviklingen innen helsemessig beredskap som mangeårig rådgiver både for ulike HF, RHF og SHdir.

Intervjuobjektene er plukket ut av SHdir og i brev form blitt invitert av SHdir til deltakelse. I etterkant har intervjuobjektene blitt kontaktet av Safetec for avtale om tidspunkt for gjennomføring av intervju.

Intervjuobjektene har i forkant av intervjuene fått tilsendt intervjuguiden slik at de har kunnet forberede seg. Selve intervjuene har blitt gjennomført pr. telefon. Intervjueren har supplert med utdypende og mer "frie" spørsmål der dette har vært relevant. Dette ble særlig gjort i de siste intervjuene hvor man hadde behov for utdypende detaljer. Den som intervjuet, noterte intervjuobjektets svar i intervjuguiden underveis i intervjuene. Det ble ikke brukt båndopptaker under intervjuene. I etterkant av intervjuene ble notatene oversendt intervjuobjektet for eventuelle korreksjoner og godkjenning.

Intervjuene ble gjennomført i perioden desember 2006 til og med januar 2007. I vedlegg B finnes en liste over intervjuobjektene.

De metodiske svakhetene er først og fremst at man får en subjektiv vurdering basert på den enkeltes personlige opplevelse av situasjonen. Man oppfatter situasjonene ulikt, og det har i tillegg gått tid fra ulykkene inntraff til intervjuene ble gjennomført. Intervjuer av enkeltpersoner vil ikke kunne gi et fullstendig bilde av den enkelte etats håndtering av krisene. På tross av dette, har det enkelte intervjuobjekt bidratt med en mengde gode innspill, hvilket er prosjektets primære mål. Den enkeltes hukommelse omkring krisehåndteringen har vært imponerende, noe som nok også kan relateres til de sterke inntrykk man får i slike situasjoner.

4 RESULTATER

4.1 Beredskapsplaner

Flodbølgekatastrofen

Reinåsutvalget påpekte i sin evaluering av flodbølgekatastrofen at helsetjenesten manglet et nasjonalt og overgripende beredskapsplanverk.

Ved flodbølgekatastrofen hadde SHdir en beredskapsplan, men håndtering av kriser og ulykker i utlandet var ikke beskrevet i planen. Planverket var under rullering, men det var ikke ferdigstilt eller tilstrekkelig implementert.

HOD hadde et brukbart planverk som ble fulgt. Helse Øst RHF og UUS sine planverk var fleksible nok til å dekke denne hendelsen, og ble benyttet som forutsatt. Ingen av planverkene beskrev håndtering av hendelser i utlandet spesifikt.

Forsvarsdepartementet hadde bare en støtterolle i form av flystøtte ved evakuering, og hadde tilstrekkelige planverk.

UD hadde kun varslingsplaner. De fleste ambassadene hadde planer for å evakuere ambassaden, men ikke for å håndtere en hendelse som rammet mange nordmenn.

Det fantes ikke en egen beredskapsplan for Ullensaker kommune som vertskommune for Oslo Lufthavn Gardermoen (OSL).

Evakueringen fra Libanon

Det har vært en klar positiv utvikling når det gjelder beredskapsplanverk i tiden fra flodbølgekatastrofen til evakueringen av Libanon. Innenfor alle sektorer og nivåer har man nedlagt mye arbeid i planverk og øvelser.

På nasjonalt nivå var utkast til "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan" (ref 6) på høring under evakueringen fra Libanon. Rollefordelingen mellom HOD og SHdir var ikke tilstrekkelig godt kjent hos alle samarbeidspartnerne, hvilket viser behov for en implementeringsprosess nå da endelig utgave av planen foreligger. SHdir hadde imidlertid hatt drøftinger både med FM og RHF angående planen, så disse var kjent med hovedtrekkene i planen.

SHdir har drevet planutvikling og gjennomført øvelser, samt håndtert flere reelle hendelser i etterkant av flodbølgen. SHdirs reviderte kriseplan framstår nå som gjennomarbeidet, og med langt mer detaljerte ansvars- og rollebeskrivelser enn tidligere, uten at det er gjort prinsipielle endringer. Store deler av staben internt er involvert ved krisehåndtering. Organiseringen er nå mer i tråd med ansvarsprinsippet. Beredskapsavdelingen fungerer som en kjerne og motor i håndteringen, og er i mindre grad enn tidligere utføreransvarlig. SHdir ble omorganisert pr 1.7.06, så evakueringen fra Libanon ble også en test av ny organisering. Beredskapsavdelingen er plassert i divisjonen Primærhelsetjenester uten at ansvarsområdet er avgrenset til dette.

UD har utviklet sitt planverk og har fått på plass en solid beredskapsorganisasjon. Planverket er under stadig forbedring, men man opplever at hovedelementene nå er slik de bør være. Ambassadene har utvidet sine kriseplaner til å omfatte hendelser som rammer et større antall nordmenn. Det har vært høyt fokus på samordning, felles øvelser og opplæring av eget personell. DSB har på vegne av Justis- og politidepartementet ført tilsyn både med en rekke departementer og tilleggende virksomheter (som ambassadene).

FM, Helse Øst RHF, UUS, Forsvaret og HOD hadde funksjonelle beredskapsplaner under flodbølgekatastrofen og har ikke gjort store prinsipielle endringer, men har tydeliggjort roller og ansvar. De fleste har opplevd behov for større grad av detaljinformasjon i sine planverk for å sikre tilstrekkelig rolleforståelse. Et klarere skille mellom hvilke oppgaver som skal ivaretas av hvilket ledelsesnivå er også en trend. Helse Øst RHF og Helse Vest RHF har innført en tydelig deling mellom operativt, taktisk og strategisk ledelsesnivå som en føring for sine helseforetak. I Figur 1-1 ser man at det også fra myndighetenes side er tydeliggjort ulike nivåer av ledelse.

Det er fremdeles et problem med samordning av planverk mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Mange helseforetak har en rekke kommuner innenfor sitt opptaksområde og man opplever det som en "umulig" oppgave å samordne planverk.

I forhold til både helsemessig og sosial beredskap møtte man en ny problemstilling under evakueringen fra Libanon: "Hvem har ansvaret når de som evakueres hit ikke har bodd i landet på mange måneder og derved ikke har en "kommuneilhørighet"?" Ved hendelser som rammer nordmenn i utlandet er det behov for en rekke sosiale tjenester. Involverte kommer til landet uten andre klær enn det de har på seg, og uten penger og personlige eiendeler. De mange oppgavene innenfor "sosial beredskap" må reflekteres både i planverk og i utvalg av personell.

4.2 Kriseforståelse og varsling

De to hendelsene evalueringen omfatter er vesensforskjellige av natur. Flodbølgekatastrofen kom uten forvarsel, og det var ingen som beredskapsmessig hadde tatt høyde for en flodbølge av dette omfanget. Både media, ambassadene i de berørte land, myndigheter og andre aktører brukte tid på å forstå omfanget av katastrofen. Krisen i Midt-Østen med påfølgende evakuering av norske borgere ut fra Libanon var en krise som bygget seg opp over tid, og dette ga en helt annen kriseforståelse.

Flodbølgekatastrofen

På generell basis var kriseforståelsen mangelfull i starten, både hos media og hos aktørene. Varsling fra UD til øvrige departementer tok lang tid. Ikke før den 27.12 ble det sendt varsel og innkalt til koordineringsmøte i UD (kl. 15). UD sine varslingslister ble fulgt, men omfattet bare ledelsen i UD og kontakter på dep.råd nivå hos berørte departementer. Man hadde ingen varslingsrutiner i forhold til andre samarbeidspartnere eller de operativt ansvarlige.

Varslingen videre foregikk ustrukturert. Folk ringte sine bekjente i samarbeidende etater og foretok "uoffisiell varsling", og selv der varslingsrutiner egentlig var etablert, ble disse i liten grad fulgt. Varsling innad i egen virksomhet fungerte for de fleste greit.

SHdir forsøkte å oppnå kontakt med UD allerede den 26.12 for å tilby assistanse, men på dette tidspunkt trodde man at kun et lite antall nordmenn var lettere skadet. I løpet av møtet i UD den 27.12 ble det imidlertid klart at omfanget av hendelsen var vesentlig større enn først antatt. Norsk helsetjeneste har formelt ikke noe ansvar i utlandet, så dette var en ny situasjon for SHdir. Man forholdt seg imidlertid raskt til alvoret i situasjonen og begynte innkalling av alt disponibelt personell. Det ble ikke foretatt en klar innkalling av kriseutvalget i SHdir, og det ordinære innkallingssystemet ble ikke benyttet. Heller ikke varsling til samarbeidende parter fulgte etablerte varslingsveier. På tross av dette fikk man tak i nødvendig personell.

HOD forsøkte gjentatte ganger selv å ta kontakt med UD fra tidlig formiddag den 26.12, men kom ikke gjennom på telefon. HOD fikk tak i regjeringsråden ved Statsministerens kontor (kl. 12 den 26.12) og drøftet iverksettelse av Medevac-avtalen. HOD oppnådde kontakt med UD første gang på formiddagen den 27.12.

FM i Oslo og Akershus ble først varslet via Ullensaker kommune. UD og SHdir hadde forsøkt å gi varsel direkte til FM på et tidligere stadium, men verken FM eller Fornyings- og administrasjonsdepartementet (FAD) har 24 timersvakt og var derfor ikke å få tak i. Fylkeslegen ble imidlertid varslet.

Helse Øst ble på ettermiddagen varslet av SHdir om mulig behov for å sende et team med helsepersonell til Thailand, senere formelt anmodet om å stille personell til disposisjon for SHdir.

UUS fikk varsel på kvelden den 27.12 med forespørsel om å sende et medisinsk ledsagerteam for første charterfly samt et medisinsk team for å oppspore og hjelpe nordmenn i Thailand. Varsel gikk direkte fra SHdir til divisjonsdirektør i prehospital divisjon ved UUS. Teamene var på vei under et døgn senere.

Varsel til Forsvarsdepartementet gikk fra SHdir til Forsvarets situasjonssenter kl. 18.25 om kvelden den 27.12. etter at FSAN først var varslet direkte. Det ble anmodet om at SAS-Braathens-avtalen om Medevac ble utløst for å gå til Thailand og hente skadede nordmenn. Mest sannsynlig ville målet være Phuket eller Bangkok. Nærmere spesifikasjoner måtte man komme tilbake til. Det viktigste var å starte rigging av bærer i fly. Det ble kvittert at meldingen var mottatt og at Forsvaret ville vurdere hvilke ressurser som var mest hensiktsmessige, f.eks. å bruke Hercules-fly i stedet for Boeing 737. Forsvarsdepartementet tok senere kontakt med SHdir og informerte om at man ville bruke SAS-avtalen og at man var i kontakt med SAS. Ca kl 0230 den 28.12 ble SHdir informert om at oppdraget var godkjent politisk i FD. Tidlig neste morgen ble bruk av SAS/Braathens-fly godkjent av SAS-ledelsen. Før Forsvarets avdelinger var varslet formelt, hadde avdelingene selv begynt å forberede tiltak. Spesielt gjaldt dette Forsvarets Sanitet som på eget initiativ utredet evakueringsmuligheter (Medevac), sjekket tilgjengelig personell etc.

Evakueringen fra Libanon

Varslingsrutinene i UD var utbedret ved evakueringen fra Libanon. UD har nå et elektronisk varslingssystem som varsler staben og kriseteamet. Liaisoner fra SHdir, politiet og Forsvaret varsles og innkalles ved behov. Varsel ble sendt fra UD fredag ettermiddag den 14. juli til alle sentrale samarbeidspartnere.

Varsling utad fra SHdir ble i hovedsak gjort til fylkesmannsembetene, helseforetakene, de regionale helseforetakene, nivå 2 etater og flyplasser med internasjonale flyvninger. Helse Øst RHF hadde levert lister over kontaktpersoner til SHdir i tilfelle en beredskapssituasjon, men listene ble ikke benyttet.

Det er fremdeles et forbedringspotensial i det å la varsel følge besluttede varslingsveier. Også ved evakueringen fra Libanon ble det gitt "uoffisiell" varsling basert på at "man ringer noen man kjenner som man mener bør få vite noe". Dette skaper støy og forvirring, og kan føre til at mobilisering av ressurser blir iverksatt ukoordinert fra flere aktører innen samme virksomhet.

4.3 Mobilisering

Flodbølgen

De opplysninger som ble gitt fra UD 27.12 la grunnlaget for helsetjenestens respons. Man trodde på det tidspunkt at så mange som 800 nordmenn kunne være døde, og det var ca. 1500 man ikke kunne gjøre rede for. Gitt denne grunnlagsinformasjonen valgte man en handlekraftig og proaktiv tilnærmingssåte. Følgende punkter ble satt opp som helsetjenestens hovedinnsatsområder:

1. Gi bistand til skadde på skadestedet.

2. Hjemtransport av skadde og andre overlevende.
3. Mottak på flyplassene og videre behandling på egnet nivå.
4. Oppfølging av berørte, hjemkomne og pårørende.

Det ble raskt mobilisert 3 team med helsepersonell. Ett team som skulle kartlegge behov for medisinsk bistand, samt oppspore nordmenn, og to team som skulle reise hjem sammen med berørte via charter-flyvninger.

Helse Øst, ved UUS, opplevde at de fikk for lite informasjon ved mobilisering av teamet som skulle spore opp nordmenn. Bestillingen fra SHdir ble ansett å være utfordrende i forhold til hvilke ressurser som ville være egnet, og hvilke oppgaver teamet skulle utføre, men heller ikke SHdir hadde tilstrekkelig informasjon om situasjonen. SHdir valgte imidlertid proaktivitet på tross av manglende informasjon. SHdir og UUS hadde innledningsvis et noe ulikt syn på sammensetningen av teamet, men man ble enige. Bestillingen av følgeteam til å bistå evakuerte på hjemreisen var uproblematisk.

Forsvaret fikk tilstrekkelig informasjon til å starte mobilisering av evakueringsressurser. Det ble etablert et fast kontaktpunkt for Forsvaret i SHdir, hvilket fungerte godt.

For UD's personell var situasjonen vesensforskjellig fra det de var trent i å håndtere, og organisasjonen hadde følgelig manglende kompetanse. Da Forsvarets Herkules skulle brukes for å fly medisiner etc. ned til Indonesia for Røde Kors, ba Forsvaret om å få forholde seg direkte til Røde Kors, i stedet for personell ved UD som var ukjente med konseptet.

Mobilisering av transportkapasitet for evakuering med fly fra Thailand fungerte stort sett greit. Kapasiteten var større enn det som var behovet for nordmenn, men svenske myndigheter hadde bedt om bistand, så man valgte å mobilisere mer kapasitet som følge av dette.

Mobiliseringen av personell til mottak ved Gardermoen oversteg i perioder behovet.

Evakueringen fra Libanon

Som under flodbølgekatastrofen hadde SHdir et sentralt koordineringsansvar for utsendelse av helseteam.

UUS ble i første omgang bedt om å stille 6 personer til helseteam (Psykiatere og kirurger). Det viste seg etter hvert at de evakuerte ikke egentlig hadde behov for kirurgisk hjelp. De som ble evakuert var slitne og flere trengte medisiner, men de var ikke fysisk skadd. Det er problematisk å formidle egentlig hjelpebehov fra en lokasjon i utlandet via norske helsemyndigheter og til den utøvende helsetjeneste. Mangelen på opplysninger førte til at det teamet som ble sendt hadde en annen kompetanseprofil enn det som egentlig var behovet. Med bedre informasjon kunne noe av den kirurgiske kompetansen ha vært byttet ut med erfarne sykepleiere. Det var imidlertid en konstant fare for at situasjonen skulle eskalere med ytterligere krigshandlinger, hvilket gjorde sammensetning av team til et komplekst valg.

Rutinene ved UUS for mobilisering og utsending av helseteam fungerte godt selv om det var midt i sommerferien. Divisjonene stilte opp og var fleksible og raske, og det var god koordinering internt.

SHdir valgte en proaktiv holdning for mobilisering av helsepersonell. Man begynte å varsle og å sette sammen et nytt helseteam med en gang det første teamet var sendt ut. På denne måten ble mobiliseringstiden redusert. I utgangspunktet var det snakk om å evakuere i størrelsesorden 300 personer. Man så imidlertid at eventuelle krigshandlinger ville kunne ramme norske statsborgere som var i ferd med å bli evakuert, og man tok derfor høyde for å raskt måtte sende flere forsterkninger fra helsesektoren. Det ble sendt helseteam fra alle 5 RHF.

Det viste seg også at man endte opp med å evakuere ca. 2000 personer med bistand fra det norske hjelpeapparatet. Omtrent 60 helsepersonell reiste ut. De fleste hadde korte opphold på 3-4 dager.

4.4 Ressurstilgang

Flodbølgen

Utsendelse av helseteam var ikke blitt gjort tidligere, og verken helsemateriell, medikamenter eller personlig utstyr for deltakerne var klargjort. UUS fikk tilbudt flybilletter, men måtte besørge øvrig utstyr selv. Luftambulanseavdelingen ved UUS hadde en del mobiliserbart utstyr som ble benyttet. Det ble også tatt medisinsk utstyr fra sykehusavdelinger på UUS. Sykehusapoteket og Ahus bisto UUS med supplerende medikamenter. Helseteamet fra Helse Sør RHF måtte låne en del utstyr fra UUS, da de ikke hadde tilstrekkelig materiell med seg.

Egnet bekledning for temperaturforholdene i Asia var ikke tilgjengelig. Ved fremtidige utsendelser av helseteam er det behov for en tydelig uniform, med navnelapper og identifikasjon. Det må gå tydelig fram av bekledningen at man er der for å utføre et arbeid og er en del av et større apparat. Egnet fottøy for ulike klimatiske forhold er også viktig.

Under flodbølgekatastrofen var man avhengig av at det ordinære fasttelefon- og mobilnettet var oppe, da man ikke hadde tilstrekkelig eget sambandsutstyr. Heldigvis fungerte fasttelefon- og mobilnettet, og i tillegg sendte både SHdir og UUS to satellittelefoner til Thailand.

Det ble stilt til rådighet større transportressurser for evakuering fra Thailand til Norge enn det som var behovet for de nordmenn som var tilskadekommet. Dette skjedde til tross for rapportering og forsøk på korleksjon fra personell i felt. SHdir fikk en henvendelse fra svenske myndigheter om at opp til 500 svensker hadde transportbehov og man valgte derfor å opprettholde en overkapasitet for å bistå Sverige. Denne beskjeden ble ikke tilstrekkelig formidlet til stedlig helsepersonell i Thailand. Teamene fra UUS forholdt seg i stor grad direkte til UUS/AMKsentralen, og i mindre grad direkte til SHdir. Det kan synes som om dette var medvirkende til at en del beskjeder ikke nådde frem. Et forbedringspotensial er å få på plass systemer for tett og avklart kobling mellom operativt nivå og hjemlig beslutningsapparat.

Arbeidsforholdene/kontorfasilitetene til mottaket ved OSL var ikke tilstrekkelige. Ullensaker kommune ønsker tilgang til et kontor på Gardermoen der kommunen kan ha sine beredskapsplaner liggende, og hvor det er tilgang på PC og telefonlinjer. Det er sårbart å basere seg kun på mobiltelefon, og det er slitsomt å drifte et mottaksapparat uten å ha tilgang til noe annet enn fellesarealer på en flyplass.

Tilgangen til ambulanser og helsepersonell ved OSL var svært god, men det hadde vært ønskelig med en enkel skadestue ved Gardermoen. Frelsesarmeen og Sivilforsvaret stilte med tepper/klær etc. i tilstrekkelige mengder.

Evakueringen fra Libanon

Tilgangen på materiell var god, men å vite hva man bør ta med i ulike situasjoner er vanskelig. Man fikk etter hvert behov for et noe større reservelager av medikamenter enn det som fantes på UUS. Sykehusapoteket og Ahus stilte opp slik at dette ordnet seg på meget kort varsel. UD klarerte helseteamenes medisinbeholdning inn i respektive land, men ikke tilbake til Norge. Det ble oppfattet negativt at UD ikke tok ansvaret for utført oppdrag.

Ved flodbølgekatastrofen ble det utarbeidet utkast til utstyrsoppsett m.v. som dannet grunnlag for løsningen for materiell og utstyr til helseteamene under krisen i Midt-Østen. Ved UUS har man nå ferdigpakkede bager som helseteamene tar med ut. Disse blir gjennomgått etter hver utsending med tanke på forbedringer.

4.5 Koordinering og ledelse

De to nevnte hendelsene skiller seg organisatorisk fra slik redningstjenesten til vanlig er trent, blant annet ved et utstrakt samarbeid med utenriktjenesten. Normalt er skadestedet i Norge, og politiet leder og koordinerer krisehåndteringen. Politiet, spesielt ved Kripas, var en viktig samarbeidspartner også ved disse hendelsene, men da i form av fagetat uten den juridiske myndighet som man er vant med at de forvalter ved hendelser på norsk jord.

Flodbølgekatastrofen

Flodbølgekatastrofen skjedde i juleferien, og ingen av aktørene hadde erfaring med å håndtere en slik hendelse. Svært mye ble improvisert i den innledende fasen, og det var usikkerhet og forvirring omkring ansvar og roller.

Strategisk ledelse

UD sin ledelse av krisen hjemme i Norge bar preg av at det ikke var definert en krisestab og at ingen var øvet i håndtering av denne type beredskapssituasjoner. En avdelingsdirektør tok over ledelsen i UD allerede kl 9 om morgenen den 26.12. Utenriksråden ankom kl 10.30 og bekreftet at avdelingsdirektøren skulle ha det operative ansvaret. Utenriksråden eller Utenriksministeren ledet koordineringsmøter to ganger daglig med de øvrige departementene/etatene fra den 27.12, og benyttet sine ekspedisjonssjefer til ulike oppgaver. En stor ledelsesmessig svakhet var at det ikke ble ført referat fra møtene, og at informasjon ikke tilfløt de medarbeidere som besvarte henvendelser fra publikum (ref 1). Kriseledelsen i UD får relativt skarp kritikk av Reinåsutvalget.

I HOD ble det slått alarm og satt stab tidlig den 27.12. HOD hadde beredskapsplaner som var godt implementert, men størrelsen på katastrofen og avstanden var en uvant situasjon. Situasjonen tatt i betraktning foretok man ikke mange ad hoc-beslutninger, men fulgte etablerte linjer. HOD deltok på koordineringsmøtet i UD og avholdt rett etterpå et møte med SHdir der SHdir fikk i oppgave å forestå overordnet koordinering av helsesektorens operative innsats. Det ble etablert nær kontakt mellom ledelsen i HOD og SHdir i krisehåndteringen, herunder bred deltakelse i møtevirksomheten.

Det at HOD delegerte ansvar for koordinering av den operative helsetjenesten til SHdir skapte innledningsvis noen spørsmål da enkelte samarbeidende departementer forventet en tettere kontakt med helsetjenesten på departementsnivå. Samarbeidet mellom SHdir og HOD fungerte imidlertid godt, så innad i helsetjenesten var dette en ryddig og god rolleavklaring som i etterkant også har blitt formalisert gjennom "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan" (ref 6).

Etter at HOD overtok koordineringsansvaret fra UD den 3. januar ble det ført referat og deltakerlister fra koordineringsmøtene.

SHdir reagerte også tidlig og satte stab. De interne koordineringsmøtene i SHdir ble strukturert i tråd med de fire hovedpunktene; bistand på skadested, hjemtransport, mottak og oppfølging. Logg ble benyttet til å følge opp og kvittere ut oppgaver. Etter noen dager ble ledelse av møtene rullert og den faste dagsordenen ble i noen grad fraveket, noe som ikke var helt heldig. For noen av de som var involvert internt i SHdir ble oppgavefordelingen oppfattet som noe uklar, og man savnet at det ble ikke stilt klare krav til rapportering. Mulighet for systematisk utsjekking av oppgaver i et enhetlig beslutnings- og oppfølgingsverktøy var et savn.

For SHdir sine nærmeste samarbeidspartnere var det tidvis vanskelig å vite hvem i direktoratet som hadde beslutningsmyndighet og ansvar. Utøvende oppgaver ble i stor grad utført av fagavdelinger, særlig avdeling for Spesialisthelsetjenester og avdeling for kommunale helsetjenester. I forhold til psykososial omsorg var avdeling for psykisk helse ansvarlig. Helse Øst RHF og UUS opplevde å bli kontaktet av de ulike avdelingene hos SHdir, og av flere ulike personer fra hver avdeling. Man opplevde dette som forvirrende. Varsling og kommunikasjon bar preg av at de ulike personene i SHdir ikke kjente til hva som ble gjort i andre avdelinger ved SHdir. Dette var først

og fremst et problem de første dagene. Innad i SHdir fordelte man oppgaver i tråd med ansvarsprinsippet, men siden hendelsen inntraff i en ferie, fikk enkelte oppgaver de ikke normalt ville bli satt til inntil personellet var på plass.

Et generelt inntrykk er at mye av kontakten og varslingen fra SHdir ble utført på saksbehandlernivå. Fra de nærmeste samarbeidspartnerne uttrykkes det et klart behov for mer direkte kommunikasjon på ledernivå ved fremtidige hendelser. Ovenfor samarbeidende aktører er det viktig at SHdir synliggjør at krisehåndteringen er basert på en felles ledelsesstrategi fra helsetjenestens side. Hvis ikke en helhetlig strategi er kommunisert, er det lett at formidling av en rekke enkeltoppgaver oppfattes som ukoordinert og tidvis for detaljfokusert.

Tilsvarende problematikk opplevde SHdir i forhold til Forsvaret. Forsvaret hadde en fast kontakt i SHdir og denne kontaktpersonen fikk en rekke henvendelser fra ulike deler av Forsvaret. På tross av noe ukoordinert kommunikasjon og henvendelser fra flere avdelinger, opplevdes likevel dette samarbeidet som godt og konstruktivt.

Ledelse av de samlede helseressurser og samarbeidet mellom HFene i Helse Øst/Hovedstadsområdet samt Oslo kommune fungerte i henhold til planverk. Tidlig fordeling av arbeidsoppgaver mellom HF ga håndterbar belastning for alle. Samtlige HF initierte egne tiltak og var tidlig i stand til å bidra vesentlig. Det var stor pågang av personell som spontant ville gjøre en innsats. Opptaksområdene var gjeldende, med unntak for intensivpasienter (til Rikshospitalet) og transittpasienter (til UUS).

Ullensaker kommune valgte å ikke sette stab, men håndterte mottak av evakuerte fra flodbølgekatastrofen i linjen. Kommunen opplevde at helsemyndighetene gikk inn og overstyrte tiltak på områder som egentlig var kommunens ansvar, både i forhold til å sørge for psykososiale støttetiltak og i forhold til å ta direkte kontakter med skoler, skolekontorer og kommunelege.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus opplevde det også som at SHdir grep gjennom systemet og tok kontakt direkte med kommunene. Dette må imidlertid sees opp mot det faktum at SHdir forsøkte, men ikke oppnådde, kontakt med FM i starten på grunn av manglende 24-timers vakt. FM fikk varsel via Ullensaker kommune, og SHdir hadde på det tidspunkt etablert direkte kontakt med kommunen. Siden FM kom sent inn i bildet, ble det vanskelig å finne sin posisjon. FM fikk noe ekstraarbeid og opplevde uro med henhold til ukoordinerte meldinger. Denne situasjonen ville mest sannsynlig ikke oppstått dersom FM hadde hatt 24-timersvakt.

Operativ ledelse

Flodbølgekatastrofen var en uventet hendelse for utenriktjenesten som, i den første fasen, erfarte en mestringskrise. Dette er naturlig med utgangspunkt i deres normale oppgaver, trening og bemanning. Forventningene fra de berørte var klart i retning av helsetjenester i tillegg til praktisk bistand, og også dette var nytt for utenriktjenesten. Enkeltpersoner i UDs tjeneste gjorde en formidabel jobb som langt overskred formell bakgrunn og forutsetninger, men UDs personell ble raskt rammet av skarp kritikk fra media og kom i en situasjon der journalister hele tiden satte en negativ vinkling på UD.

En representant fra UD og en fra HOD/SHdir ble sendt til Bangkok 29.12. Det praktiske og operative samarbeidet fungerte svært godt, og helsetjenesten og UD løste en masse problemstillinger ad hoc. Grunnen til det gode samarbeidet lå nok mer i at de utsendte medarbeiderne hadde stor grad av personlig egnethet for oppgaven, enn at systematikken rent beredskapsmessig fungerte, eller var på plass. Det oppsto en "sømløs" tilpassing mellom begge etater i løsningen av oppgavene. Helsetjenesten bidro også med støtte til involvert ambassadepersonell.

Fra helsetjenestens side var det essensielt at man sendte en representant som kunne lede innsatsen fra Thailand, samt sørge for førstehånds informasjon. Det hadde mye å si for mulighetene til å dimensjonere responsen. For å lykkes i slike situasjoner, er det den operative innsatsen på selve skadestedet, samt solide forsyningslinjer som er nøkkelen.

Evakueringen fra Libanon

Under evakueringen av norske statsborgere fra Libanon var det generelt en klar forbedring i forhold til å holde seg til eget ansvarsområde og følge linjen. Ledelsesapparatet hos aktørene var bedre trent, og roller og ansvar var generelt mer avklart.

Samhandlingen mellom ulike aktører fungerte også vesentlig bedre. Øvelser sammen med de nærmeste samarbeidspartnerne, mer utstrakt bruk av liaison, bedre datasystemer og mer pålitelig datafangst er sentrale bidragsyttere til denne positive utviklingen. Ordningen med liaison i UD fra SHdir, politiet og Forsvaret sørger for god tverretattlig koordinering. Informasjon til HOD ivaretas nå i større grad av SHdir via SHdirs liaison. Det er ønskelig at liaisonene er med på alle møter i krisestaben, og at de er ansvarlige for koordinering og informasjonsoverføring til egen etat. Det er liten tvil om at en mer utstrakt bruk av liaison er et positivt bidrag til å sikre samarbeidspartnerne et felles situasjonsbilde, og at det gir tilgang til mer detaljert informasjon, dokumentasjon etc. Det er imidlertid viktig at bruk av liaison ikke erstatter den formelle kommunikasjonen i linjen.

Ved denne hendelsen var det et tettere samarbeid mellom SHdir og UD. Det kan synes som om UD og SHdir har et noe ulikt syn på når det er hensiktsmessig at SHdir tiltrer UD's kriseledelse med en liaison. UD ønsker en representant på plass innen én time etter at varsel er gitt. Ved evakueringen fra Libanon tok det lenger tid før SHdirs liaison var på plass, hvilket medførte at UUS i mellomtiden forholdt seg direkte til UD. Det er imidlertid viktig at UD tydelig anmoder om at det sendes liaison. SHdir mener at UD's kriseledelse må ha tid til å vurdere situasjonen og at det med fordel kan gå mer tid før en liaison fra SHdir tiltrer UD's kriseledelse.

UD viser til at SHdir responderte raskt og godt i forhold til utsendelse av helseteam til Damaskus, Kypros og etter hvert Beirut. Koordineringen av team fra UD og helsetjenesten fungerte tilfredsstillende selv om det fremdeles er behov for bedre kunnskap om hverandres roller. Kripes deltok fra første stund i arbeidet med listeføring av nordmenn i Libanon, sammen med UD's personell. Kripes gjorde en god jobb, og samarbeidet med politiet fungerte generelt bedre enn under flodbølgekatastrofen. En medarbeider fra Forsvaret hadde lokalkunnskap om Libanon, noe som var til stor hjelp i planleggingen og gjennomføringen av evakueringen.

Under flodbølgekatastrofen opplevdes kommunikasjonslinjene mellom feltoperasjonen og myndighetene hjemme som utilstrekkelige. Dette var vesentlig bedre under Libanon-hendelsen. Imidlertid bør det legges opp til en løsning som sikrer at styringselementet hjemme i minst mulig grad har behov for å ta operative feltbeslutninger. Et tydeligere skille mellom strategisk, taktisk og operativt nivå, samt gode rapporteringslinjer vil kunne bidra til en bedre kriseledelse.

SHdir regnet ikke evakueringen fra Libanon som en krise for helsemyndighetene. Man sjekket likevel hvilket personell som var tilgjengelig og gjorde forberedende varsling, men satte ikke krisestab før søndag 16. juli kl.11. SHdir sin ledelse fremstod utad som noe ukoordinert i starten. Det ble tatt kontakt fra flere ulike personer og avdelinger i SHdir, og samarbeidende etater oppfattet dette som mangel på intern samordning. Særlig UUS fant dette problematisk og tok direkte kontakt med direktøren i SHdir for å komme fram til en bedre samarbeidsrelasjon. Dette viser behovet for en tettere dialog på direktørnivå. Men det er klare begrensninger på hva det er praktisk mulig å løse på direktørnivået, hvilket betyr at det er viktig med en omforent forståelse for ulike kriseledelsesnivåer og behovet for å delegere oppgaver.

HOD reagerte tidlig, satte stab og ble i tillegg raskt innkalt til regjeringens kriseråd. HODs medarbeidere i krisestaben rapporterte tilbake til øvrig kriseledelse i HOD slik at man hele tiden hadde førstehånds informasjon. Dette førte til en strammere og bedre kriseledelse totalt sett. Det var et godt samarbeid og en avklart rollefordeling mellom HOD og SHdir. Det var imidlertid episoder underveis hvor SHdir opplevde at departementet tok på seg en operativ rolle. HODs direkte kontakt med helseteamledere var uheldig, og førte til misforståelser da ansvaret var delegert SHdir.

Det synes å være et behov på generelt grunnlag å drøfte hvem som beslutter iverksettelse av helserettede tiltak. Skal HOD/SHdir eller lederdepartementet avgjøre behovet? Hvordan er ansvar og beslutning i forhold til økonomi og faglige vurderinger?

SHdir og UD har ved flere anledninger, og også under Midt-Østen krisen, henvendt seg direkte til kommunelegen i Ullensaker kommune. Kommunen ønsker imidlertid at slike henvendelser skal rettes til kommunen ved ordfører/rådmann, som vurderer nødvendig beredskapsrespons. Direkte henvendelser som ikke skjer i linjen gjør at sentrale aktører mister viktig informasjon og styringsmulighet. Samtidig er det viktig at når meldinger til en virksomhet på denne måten kommer til feil nivå, at riktig nivå raskt informeres om dette internt.

4.6 Informasjon

Flodbølgekatastrofen

UD ledet informasjonsarbeidet den første uken. Informasjonen utad var mangelfull som følge av dårlig informasjonsflyt fra ledelsen over til de som ivaretok kontakten med publikum.

Da HOD overtok som lederdepartement, foretok man en betydelig samkjøring av innhenting og distribusjon av informasjon. Det ble foretatt en daglig innsamling av informasjon fra alle sentrale aktører som ble sammenfattet og publisert på departementenes nettside ODIN (nå: regjeringen.no) som faktaark. Man drev medieovervåkning, som også omfattet skandinaviske medier. Oppsummeringer ble distribuert daglig på e-post til departementene, og "spørsmål og svar" ble samlet inn og publisert.

Statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet, Ansgar Gabrielsen, frontet informasjon om helsetjenestens innsats. Han ble svært nøye informert slik at han kunne svare pressen på en troverdig og god måte. Dette var en heldig løsning som tok noe press bort fra andre deler av helsetjenesten. Det var et tett og godt samarbeid mellom informasjonsavdelingene i SHdir og HOD.

De som sto sentralt i krisehåndteringen opplevde et stort press fra media ved at journalister tok direkte kontakt. Det etablerte seg raskt en veldig kritisk vinkling fra pressen, og hovedfokus var gjerne "Hva har gått galt så langt?" Slike tilbakeskuende aktiviteter tar mye ressurser for kriseledere, som helst skal se framover i beslutningssløyfen. Fokuseringen på, og til dels objektiviseringen av egen person og aktivitet kan lett bli en mestringskonflikt for den enkelte, med mindre dette er beskrevet og trent i forkant.

Helsetjenesten, UD og KRIPOS etablerte en struktur for felles håndtering av kontakt med presse og pårørende under flodbølgekatastrofen. Retningslinjer for slik organisering bør foreligge i planverket for fremtidige operasjoner. Likeledes retningslinjer for kommunikasjon og samhandling med lokale myndigheter i det aktuelle landet.

UUS etablerte en kriseweb knyttet til sin hjemmeside på internett. Her ble det fortløpende lagt ut info om sykehusets aktiviteter. Siden ble mye benyttet både av andre HF, media og andre interessenter.

Evakueringen fra Libanon

Informasjonsavdelingen i SHdir ble ikke innkalt før på søndag den 16. juli, og informasjonsmessig kom man derfor sent i gang. Den viktigste informasjonsrollen SHdir ivaretok, var direkte informasjon til helseteamene. Kommunikasjonen fungerte godt og var viktig på grunn av at disse hadde begrenset tilgang på nyhetssendinger.

En informasjonsmedarbeider fra SHdir var til stede på OSL under krisehåndteringen. Vedkommende bisto med råd både når det gjaldt innhold og form på informasjonen, og dette ble opplevd som et nyttig og godt tiltak av Ullensaker kommune.

UD hadde hovedansvaret for informasjon eksternt, og håndterte dette på en god måte. I etterkant er det likevel en refleksjon at helsemyndighetenes rolle og engasjement kanskje ble for lite synlig og tydelig, både i forhold til pårørende og ansatte i helse- og sosialsektoren, spesielt medlemmene i helseteamene. UD sier at de forsøkte ved enhver anledning å trekke frem de andre aktørene, men at journalistene kun var opptatt av om UD hadde lært og blitt bedre siden flodbølgekatastrofen.

I UD fungerte også interninformasjonen mye bedre under denne krisen enn ved håndteringen av Flodbølgekatastrofen.

Generelt

Politikerne må tidlig på banen ved nasjonale kriser. Det fungerer godt at statsrådene fronter informasjonen utad, og det er et viktig signal om at man tar situasjonen på alvor på topp-nivå. Statsrådene får situasjonsrapporter med jevne mellomrom. Når det er helsetjenesten som skal fronte noe utad bistår SHdir med grundig briefing og talepunkter (punktliste over hva det er viktig å kommunisere akkurat nå).

4.7 Utsending av helseteam og UD's utrykningsteam (URE)

Utsending av helseteam er det temaet i evalueringen som intervjuobjektene har gitt flest innspill på forbedringer til. Da det jobbes spesifikt med å utarbeide rutiner for utsendelse av helseteam i SHdir, er det utarbeidet et eget vedlegg som innspill til SHdir (vedlegg C).

Helseteam sendes ut ved behov for helsefaglig bistand til et større antall nordmenn i utlandet. Helseteamene driver ikke feltsykehus, men har med noe utstyr og medisiner. De bistår skadde, prioriterer pasienter for hjemsendelse og bistår med å få identifisert berørte nordmenn. Teamene skal også ved behov yte helsefaglig bistand av forskjellig art til vedkommende lands myndigheter.

I tillegg til å sende egne helseteam, deltar helsesektoren i UD's utrykningsteam (URE). Normalt sendes to personer (én som skal ivareta myndighetsrollen, og koordinering mot myndigheter og én som skal vurdere det medisinskfaglige arbeidet, ofte en lege med erfaring fra katastrofemedisin) som har som formål å klarlegge og ivareta det helsefaglige aspektet i den aktuelle situasjonen, gi råd til leder ved utenriksstasjonen og rapportere tilbake til SHdir med hensyn til hva norsk helsetjeneste og norske helsemyndigheter bør bidra med.

Flodbølgekatastrofen

Helsetjenesten opplevde forespørslene fra SHdir om mobilisering av helseteam som alt for spesifikke, og UUS fikk ordre om ressursmobilisering uten forangående dialog. Den utøvende helsetjenesten ønsket i større grad selv å beslutte egnet sammensetning av helseteam ut fra situasjonsbeskrivelser. SHdir har i etterkant tatt selvkritikk på dette punktet, men det er samtidig en erkjennelse at situasjonsbeskrivelser i svært liten grad forelå på det tidspunkt ordre om mobilisering ble foretatt. Henstilling om ressurser ble foretatt via Helse Øst RHF, selv om det ble presisert at ansvaret for de samlede helseressurser i Helse Øst var delegert til UUS.

Det ble improvisert når det gjaldt materiell og praktiske og administrative forhold rundt helseteamene. UUS utviste stor fleksibilitet og handlingsevne som så raskt fikk sendt team til Thailand. Det første teamet som ble sendt var et koordinerende helseteam (researchteam) med mandat å kartlegge norske pasienter i Thailand. Teamet ankom Bangkok 29.12 og fikk da en oppdatering fra UD. Teamet samlet opplysninger om at det i Phuket fantes 13 sengeliggende norske pasienter som kunne sendes med Medevac. Det var klart at det ikke var mange nok norske pasienter til å fylle den første Medevacen. Det ble derfor tatt kontakt med svensk hjelpepersonell, som sørget for at svenske bærepassasjerer fikk nytte denne kapasiteten. Enkelte pasienter kom med tett før flyavgang, uten kontroll fra teamet. Det burde vært opprettet et transittområde slik at en hadde bedre kunnskap om de som kom om bord i flyet. Man fikk god hjelp fra Europeiske Reiseforsikring som hadde personell på stedet som snakket thai. SHdir var også i direkte kontakt med Europeiske Reiseforsikring som startet kartlegging og

vurdering av nordmenn med tanke på hjemtransport før helseteamene ankom. Det ble gjort en samlet etterretningsinnsats i forhold til nordiske borgere.

Etter 31.12 fant man ikke flere norske pasienter, og 2.1.05 var oppgavene til teamet utført. Teamet returnerte til Norge den 5.1. Kommunikasjonen mellom det koordinerende helseteamet og de som koordinerte Medevac hjemme var ikke god nok, i følge representantene som ble intervjuet i denne evalueringen. Teamet uttrykte overraskelse over at det kom både helseteam og fly uvarslet fra Norge, etter at de mente det ikke lenger var behov. Fra myndighetenes side ble det bevisst sendt ned både helseteam og fly fordi man hadde fått forespørsel fra svenske myndigheter om å bistå svenske statsborgere. Informasjonen om at man gjorde dette for å hjelpe Sverige nådde ikke teamet.

Det ble også sendt helseteam fra andre helseregioner. Det meste fungerte greit, men man opplevde at det ble sendt ut personell som ikke var tilstrekkelig mentalt forberedt.

Evakueringen fra Libanon

I starten oppstod det uklarheter knyttet til utsending av helseteam fordi UD tok kontakt både med HOD, SHdir og UUS ved direktøren. Dette viser et behov for å presisere SHdirs ansvar for koordinering og ledelse av arbeidet med helseteamene. Alle anmodninger om behov for bistand skal gå via SHdir, og alle helseressurser som blir satt inn skal koordineres av SHdir. Dette ble også raskt innskjærpet.

Det er registrert noen uklarheter med hensyn til forskjellen mellom SHdir sin deltakelse i UD's utrykningsenhet, URE, og etableringen av helseteam. UD oppfattet at helsesektoren hadde sendt tilstrekkelig personell, men helsesektoren var ikke representert i det URE teamet som først ble sendt ut. Helsepersonell i helseteam og helsesektorens representanter i URE har forskjellige oppgaver, og utsendelse av helseteam erstatter ikke deltakelse i URE. Det bør vurderes å utarbeide en felles instruks for UD, politiet og direktoratet med hensyn til URE.

På vegne av SHdir organiserte og etablerte RHFene 10 helseteam. SHdir hadde god dialog med RHFene og deres kontaktpersoner. Helse Øst RHF (v/UUS) og Helse Sør RHF opplevde en tydelig skjerpet varslings- og aksjonsberedskap i forhold til utsendelse av helseteam, og bedre organisatorisk tilrettelegging med basis i erfaringene fra flodbølgekatastrofen. Det er fortsatt ikke foretatt nødvendige formelle forberedelser i alle RHF/HF, men operative elementer har på eget initiativ, og med basis i egne erfaringer, iverksatt tiltak for å være bedre forberedt (utstyrslist, anskaffelser, tankemessige planer, personell med videre). SHdir vil følge opp og avklare de forventninger helsemyndighetene har til RHFene knyttet til praktiske og administrative forhold i forbindelse med helseteamene.

Det første helseteamet som reiste ut fra UUS fikk briefing i UD. Da helseteam to og tre skulle sendes fra UUS sin luftambulansestasjon på Lørenskog, ba UUS om at disse også fikk en briefing fra UD i forkant av reisen. SHdir valgte å forestå denne briefing selv. Dette ble oppfattet som uheldig, da UD har bred kompetanse på å forberede teamene på den setting, både kulturelt og politisk, som man vil møte i det landet man skal reise til. Siden det er SHdir som er ansvarlig for teamene er det imidlertid naturlig at teamene briefes også av SHdir. For fremtiden vil det være en fordel om briefing gis både av SHdir og UD, og at dette samkjøres.

I Libanon måtte helseteamene i relativt stor grad ta tak i oppgaver av administrativ art som ikke var helserelaterte, f.eks. organisering av fergetransport og praktiske oppgaver i publikumslokalene i Damaskus. Dette var oppgaver som normalt skulle vært håndtert av utenrikstjenesten. Helseteamene syntes det var uklart lokal koordinering/ledelse av operasjonen fra UD side. Dimensjoneringen av UD personalressurser var ikke tilstrekkelig, og bør økes ved fremtidige hendelser. Disse forholdene ble grundig drøftet i UD evalueringsmøte og flere fra deres egne utrykningsteam (URE) påpekte det samme. Det er behov for en egen logistikkansvarlig ute ved så store aksjoner som dette.

Personell fra helseteamene kom hjem med fly sammen med passasjerer som skulle ivaretas ved ankomst. Det er ønskelig å innføre en rutine der helsepersonell som har fulgt flighten gjør seg til kjenne for kommunens helsepersonell ved ankomst og deler informasjon om passasjerer som de mener trenger videre oppfølging.

4.8 Evakuering og hjemtransport

Flodbølgekatastrofen

Forsvarets Sanitet begynte vurderte ulike typer fly som mulig bistand ved evakuering, før formelt varsel ble gitt og før det ble anmodet om denne ressursen fra helsemyndighetene. Forsvaret hadde behov for mer informasjon fra UD, men det var svært vanskelig å få kontakt med UD på dette tidspunkt. SHdir tok kontakt med Forsvaret og ba om at ressursen ble klargjort, og leder for beredskapsavdelingen i SHdir ble Forsvarets hovedkilde for informasjon. Forsvaret betegner kontakten som konstruktiv og god.

I løpet av kvelden den 27.12 ble det klart at Herkules ikke ville egne seg for oppdraget (Herkules er et taktisk transportfly som er lite egnet for evakuering over store avstander). Forsvaret hadde en avtale med SAS Braathens om å bygge om ett rutefly til båretransport, men avtalen var egentlig forbeholdt evakuering av militært personell innenfor NATO. Rammeverket for avtalen kunne likevel brukes, men det var behov for reforhandling. Forsvaret fikk i løpet av samme kveld tak i ledelsen i SAS Braathens. Bekreftende svar på utvidelse av avtalen kom om morgenen 28.12. Første fly ble sendt 36 timer etter at Forsvaret fikk første varsel. Forsvaret ventet ikke til at avtalen med SAS Braathens var på plass, men gjorde parallelle forberedelser, og reduserte dermed mobiliseringstiden betraktelig.

SHdir og Forsvaret hadde i ettertid en diskusjon på hvorvidt Forsvaret selv skulle ha intern saksbehandling forut for utsendelse av Medevac. Når det sivile (i dette tilfellet ved Regjeringens kriseråd) bestiller ressurser fra Forsvaret, bør det ikke være nødvendig med ytterligere saksbehandling. Det er behov for en gjennomgang av avtaler/system for Medevac (hvem treffer beslutning om/finansiere/utløsning av avtale rundt Medevac, eventuelt leie av andre fly og lignende).

Da Medevac var klargjort, fløy man med to fly og gjorde til sammen 5 flighter. Medevac fraktet 116 pasienter til Norden, hvorav 43 norske og resten i all hovedsak svenske borgere. Norsk Luftambulans fraktet 21 pasienter; dels transporter fra Thailand og flygninger mellom europeiske flyplasser eller innen Norden, og ca. 170 norske borgere ble transportert ved de skandinaviske ekstraflgningene med SAS. Medevac-flyene ble tatt i mot på den militære delen av Gardermoen og pasientene ble videretransportert til sykehus med ambulans etter en kort undersøkelse. De fleste øvrige nordmenn kom med charterfly til den sivile delen av flyplassen. Drøyt 3000 mennesker kom til sivil del av Gardermoen fra Thailand (noen berørte, andre vanlige reisende).

Under flodbølgekatastrofen hadde UD én person på ambassaden i Bangkok som kun organiserte hjemtransport. Man oppnådde ikke tilstrekkelig koordinering med Medevac, og UD hadde for dårlig informasjon om når flyene var tilgjengelig.

UUS sendte en liaison til den militære flystasjonen (wing-ops) på Gardermoen. Slik fikk UUS informasjon om hvem som var ombord i innkommende fly og deres tilstand. Liaisonordningen var svært nyttig i denne situasjonen.

Tilstanden forverret seg for enkelte av pasientene under transporten, hvilket understreker behovet for grundig triage og vurdering av om transport kan tilrådes. God medisinsk evaluering er nødvendig både før og etter en lang flyreise. Pasientenes fysiske tilstand var preget av brudd- og sårskader, sårinfeksjoner og noe lungepåvirkning. I tillegg hadde de vært utsatt for en stor psykisk påkjenning med sterke opplevelser, trussel mot eget liv, samt tap av familiemedlemmer m.v.

I og med at Forsvaret i samarbeid med sivile operatører er involvert som operativ tilrettelegger av lufttransport, er det forventet at elementene i gjeldende NATO-avtale (NATO-STANAG) for "Aeromedical Evacuation" (AE) følges. Nevnte retningslinjer er et godt utgangspunkt for identifisering av organisatoriske elementer og samhandlingen mellom disse når det gjelder medisinsk evakuering og repatriering over store avstander. AECC (Aeromedical Evacuation Coordination Cell) eller tilsvarende må organiseres i linje med overordnet kriseledelse, slik at fremtidige aksjoner koordineres bedre med de faktiske behov.

Evakueringen fra Libanon

Ved evakueringen fra Libanon fikk UD en båt i området til å hente flyktninger. UD koordinerte fly til Damaskus, og reserverte plasser på fly hjem fra Kypros. UD sørget også for plasser på alternative transporter som andre land hadde satt opp, slik at totalkapasiteten ble optimalt utnyttet. Det ble avholdt telefonkonferanser med andre berørte EU nasjoner to ganger daglig (gjennom Schengen-samarbeidet). Dette fungerte rimelig bra. Det var flere personer med behov for evakuering enn først antatt (antallet økte fra ca. 300 til ca. 2000).

På båten var det vanskelig å kvalitetssikre oppdaterte passasjerlister, vite hvem som faktisk var om bord og hvordan tilstanden til den enkelte var. Både på sivil og militær side finnes det retningslinjer for føring av slike lister, men samordningen av disse kan bedres. Når evakueringen først kom i gang, fungerte den i hovedsak bra.

Myndighetene valgte å holde et Medevac-fly på 2-timers beredskap på Gardermoen. For å få til dette måtte Forsvaret i tråd med sine avtaler innhente personell fra sivil helsetjeneste. Beredskapen ble etablert fordi man fryktet en eskalering av situasjonen med krigshandlinger, samt at det var et ukjent antall nordmenn i Sør-Libanon som det kunne ble mer problematisk å evakuere. Det kan etterkant diskuteres om dette var riktig ressursbruk, men den opprinnelige mobiliseringstiden på 24 timer ble ansett å være for lang situasjonen tatt i betraktning.

4.9 Mottak og psykososial omsorg

Flodbølgekatastrofen

I Thailand og på Sri Lanka

Forsvaret sendte team fra Forsvarets mentalhygienelag både til Thailand og Sri Lanka. I Sri Lanka hadde Norge ett observatørteam i forhold til borgerkrigen som kom midt opp i flodbølgekatastrofen. Forsvaret bisto med psykososial støtte til observatørteamet. På forespørsel fra SHdir deltok de også med støtte til debriefing både av helseteam, UD-personell og journalister.

Mottak av evakuerte

Det var innledningsvis uavklarte roller og ansvarsforhold i tilknytning til organisering av mottak av evakuerte. Politimesteren i Romerike politidistrikt ønsket ikke å ha koordineringsansvar for en hendelse som ikke hadde skjedd i Norge. Det var et savn for de øvrige aktørene at politiet ikke tok ansvar for å organisere mottaket (skadestedledelse) og håndtere forholdet til security på OSL. Politiets fravær gjorde at mange organisatoriske oppgaver i stedet falt på SHdir og Ahus som på vegne av spesialisthelsetjenesten fikk et ansvar. Kripos var til

stede og utførte identifikasjonsarbeid. SHdir sendte tidlig en representant til Gardermoen for å organisere mottaket. SHdir kontaktet også Politidirektør Killengren og fikk politimesteren på banen etter en tid. På tross av at det var hektisk i kulissene, ble de som ankom mottaket tatt i mot på en god måte. Flere hadde mistet alt og trengte mye praktisk hjelp (alt fra klær og sko til nøkkelsmed for å komme seg inn i eget hus).

SHdirs representant ble avløst av Ullensaker kommune etter at mottaket hadde vært i drift i ett døgn. Kommunelegen, helsesjefen og beredskapskoordinatoren møtte på flyplassen den 28.12, og forsøkte å skaffe seg oversikt over situasjonen. De etablerte sitt mottaksapparat den 29.12 med kommunelege, Oslo legevakts beredskapsteam, prest, sosialtjenesten og barnevernet. Det første flyet med evakuerte landet den 28.12 tidlig på formiddagen. Det var på det meste ca. 200 hjelpepersonell til stede på Gardermoen, hvilket var mer enn det reelle behovet. Mengden personell skapte også koordineringsmessige utfordringer.

Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Frelsesarmeen og Sivilforsvaret ble innkalt og bisto kommunen med ulike oppgaver. Frelsesarmeen stilte med egen buss med klær til berørte og hadde ansvar for servering av mat, både til evakuerte og de som var innkalt til beredskapsarbeid.

De evakuerte ankom både med sivile og militære fly. Forsvaret og UUS gjorde en god jobb med å organisere mottak av bårepasienter på den militære delen av flyplassen. Det var satt opp telt i hangaren, og UUS ledet triagen med personell både fra egen stab, legeambulansen og sanitetsfolk fra Forsvaret. Hovedprinsippet for triagen var å få til hjemsending for så mange som mulig, og få de som trengte videre behandling i spesialisthelsetjenesten direkte til sitt lokalsykehus. UUS undersøkte hvor folk hørte hjemme og rekvirerte ambulanser fra hjemkommunen når det var mulig. Det var gunstig at UUS hadde en liaison ved den militære wing-ops på Gardermoen fordi de da fikk førstehånds informasjon om pasienter på innkommende fly, og kunne ta kontakt med hjemkommunene før flyet landet.

R-AMK ved UUS koordinerte innsatsen til sykehusene i hovedstadsområdet og Helse Øst. R-AMK hadde utfordringer med å fremskaffe pålitelig informasjon om pasienter på vei til Norge. Det var vanskelig å tilfredsstille HFFenes kontinuerlige behov for informasjon. R-AMK erfarte at de beste kildene var:

- Den direkte dialogen med UUS sitt eget koordinerende helseteam i Thailand
- UUS sin egen liaison i militær wing-ops.

Mottak av hjemkomne med ordinære fly ble organisert på den sivile delen av flyplassen. Helsetjenesten stilte med store ressurser og det ble gjennomført triage også ved mottak av pasienter fra charterfly. Passasjerene ble informert underveis om hva som kom til å skje ved ankomst til Gardermoen. Passasjerene ble mottatt i egen mottakshall av ulike team. Kripes fikk informasjon i forhold til identitet, helsepersonell vurderte helsetilstanden, og kommunen, sivilforsvaret og frivillige organisasjoner bidro med praktisk og emosjonell støtte. UUS hadde ansvar for det første flyet, og deretter ble ansvaret overført til Ahus. Pasientene ble ved ankomst Gardermoen evaluert i forhold til videre transportdyktighet. Dette viste seg nyttig da man fikk fanget opp noen som ikke var identifisert som hjelpetrengende fra før. Mottaket var godt organisert, og den enkelte evakuerte kunne plukke tjenester etter behov. Passasjerene fikk tilbud om skjermet vei ut av bygget for å unngå pressen. Mottaket var i drift fra 28.12.04 t.o.m. 9.1.05.

UUS etablerte en egen "Asia-post" for mottak av pasienter som ikke kunne sendes direkte videre (transittpasienter). Asia-posten var en post ved UUS som var tømt grunnet rehabilitering. Posten ble fylt med folk og utstyr i løpet av noen få timer. Etableringen av en egen post ble gjort primært fordi disse pasientene i hovedsak kom fra sykehus i Thailand, og dermed måtte isoleres for å unngå spredning av eventuell MRSA. Men denne kohortisoleringen viste seg i tillegg svært nyttig knyttet til det faktum at pasientene var sterkt psykisk traumatiserte, og at det var mye lettere å skjerme dem og følge dem opp når de var samlet.

På Radisson SAS Airport hotel ved Gardermoen ble det etablert møtested for de som kom hjem, men fremdeles hadde savnede i Thailand, og deres pårørende. Krisepsykiatere var tilgjengelige. Det hele foregikk kontrollert og avskjermet, var profesjonelt organisert og alle fikk god oppfølging i etterkant.

Oppfølging av pårørende

Samme dag som HOD overtok som lederdepartement, innkalte helseministeren representanter fra støttegrupper ved tidligere katastrofer til møte for å få innspill til hvordan forholdet til de mange pårørende og berørte best kunne organiseres. Det ble raskt opprettet formalisert dialog med Norges Røde Kors, som stilte lokaler og kompetanse til rådighet for etablering av støttegruppen. Støttegruppen ble stiftet den 24. januar 2005. For at gruppen skulle slippe å forholde seg til en rekke myndigheter separat, organiserte SHdir fellesmøter mellom Støttegruppen, Norges Røde Kors, HOD, SHdir og andre offentlige etater, herunder Politiet, Nye Kripos, UD, Rikstrygdeverket og Utdanningsdirektoratet. Møtene mellom støttegruppen og myndighetene ble avholdt ukentlig i de første 4 månedene, deretter én gang i måneden. Møtene ble avsluttet 15.11.2005. Det er nå etablert en egen støttegruppeberedskap etter avtale mellom SHdir og Røde Kors i tilfelle nye katastrofer.

SHdir tok initiativ til opprettelse av pårørendetelefon (grønt nummer) selv om dette er politiets ansvar. Oslo Legevakt v/Sosial vaktjeneste bemannet telefonene. Videre sørget SHdir for at pårørendesenter ble opprettet på Gardermoen og på Oslo Plaza. SHdir utarbeidet informasjonsmateriale både for pårørende og andre berørte. Informasjonsmateriell om krisereaksjoner og psykisk helse ble oversatt til indonesisk, tamil, singalesisk og thai.

SHdir sendte ut et rundskriv 5. januar til kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten med informasjon om oppfølging, symptomer på psykososialt stress og viktigheten av psykososial beredskap. SHdir anmodet kommunene i brev om å be fastlegene ta direkte kontakt med folk som kom fra katastrofeområdet, for å tilby den enkelte berørte en samtale. Videre så man at skoler og barnehager hadde behov for å forberede seg på at en elev var skadet, hadde mistet noen eller var omkommet. Politiet ønsket ikke å ta denne informasjonsjobben ovenfor kommunene, hvorpå SHdir fikk lister fra politiet, koblet disse mot nødvendige registre og sendte brev til alle berørte kommuner. Alle overlevende og nærmeste pårørende fikk tilbud om noen timer gratis psykologtjeneste.

Det er opprettet et kompetansesenter; Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk stress (NKVTS) (opprettet 1. januar 2004). NKVTS har fått i oppdrag å evaluere og forske på det som skjedde ved flodbølgekatastrofen – hvordan det har gått med overlevende og pårørende. Oppdraget består av 8 delprosjekter, og omfatter ulike aspekter og grupper som var berørt av katastrofen. Det foreligger nå delrapporter som forteller mer om hvordan ettervirkningene av en slik katastrofe er.

Debriefing av eget personell

SHdir var opptatt av at debriefing skulle gjøres skikkelig. Stressmestringsteam fra Forsvaret var inne som ressurser i tillegg til at man kjørte debriefing av eget personell. SHdir sørget for at tilsvarende tilbud også ble gitt til UD's personell og journalister som var tungt inne.

UUS og NLA "eide" personellet i helseteamene fra Helse Øst RHF. Disse organiserte mottak av teamene i fellesskap. Første debrief ble gjennomført allerede på Gardermoen, rett etter ankomst. Den første runden var en rask gjennomgang, deretter fulgte man opp med en ny detaljert gjennomgang noen dager senere.

Så lenge helseteam var ute på oppdrag tok UUS daglig kontakt med pårørende til helseteampersonellet. De ble gitt informasjon om status, og gitt eventuelle nyheter. Pårørendestøtte anbefales som rutine ved utsending av helseteam.

Evakueringen fra Libanon

Mottak av evakuerte

SHdir kontaktet fylkesmannen i Oslo og Akershus og opprettet etter avtale direkte kontakt med Ullensaker kommune som ansvarlig for mottaket på Gardermoen. Dette fungerte meget bra, og Ullensaker kommune gjorde en god jobb. Ullensaker kommune opplevde også at varslingen og kommunikasjonen med SHdir fungerte bedre enn ved flodbølgekatastrofen. Ullensaker kommune tok tidlig kontakt med Helse Øst RHF, og fikk ekstra personell fra spesialisthelsetjenesten. Dette oppleves fra kommunens side som en riktig måte å gjøre det på. Ullensaker kommune ønsker et helhetlig ansvar for OSL, og vil selv viderevarsle og innkalle hjelp etter å ha vurdert situasjonen. Ved evakueringen fra Midt-Østen opplevde Ullensaker kommune et langt større behov for merkantilt personell enn helsepersonell. Det var behov for bistand til å ordne videre reise, samt bistå med praktiske ting.

Arbeidsforholdene/kontorfasilitetene til mottaket var ikke gode nok, og dette må følges opp i forhold til OSL. Det er behov for at en liaison fra OSL deltar i krisestaben som skal organisere mottaket. Det er svært mange enkeltfunksjoner på flyplassen å forholde seg til, og det er behov for en som kjenner flyplassen godt til å koordinere dette.

Politiet gikk tidlig inn med tydelig skadestedsledelse på Gardermoen ved Midt-Østen evakueringen. Dette hadde mye å si for at samarbeidet mellom de ulike aktørene fungerte så godt. Etter flodbølgekatastrofen ble det avklart at politiet har ansvar selv om hendelsen ikke har skjedd i Norge.

Helseteam og ambulanser var til stede på OSL ved ankomst av evakuerte. Ansvarlig ved SHdir var i kontakt med helseteam i Libanon og kunne videreformidle hva berørte hadde behov for ved ankomst til Gardermoen. De evakuerte fikk et infoskriv på flyplassen som også var tilgjengelig på internettssidene til SHdir. Infoskrivet inneholdt informasjon om hva som er vanlig reaksjon på en slik situasjon. De evakuerte ble oppfordret til å ta kontakt med fastlegen sin.

Oppfølging av pårørende

Behovet for oppfølging av pårørende var begrenset. SHdir etablerte et telefonnummer bemannet med en psykiatrisk sykepleier til støtte for UD (mulighet for UD personell til å videresende henvendelser fra innringere som hadde behov for noen å snakke med). Om tjenesten skulle være en støttetelefon for pårørende eller for UD personell, som mottok henvendelser fra pårørende, fremgikk ikke av den første bestillingen, men ble tydeliggjort etter hvert.

En pårørendetelefon ble etablert på Gardermoen i samarbeid mellom SHdir og UD. Hensikten var at UD kunne sette over telefoner fra personer som hadde behov for noen å snakke med etter å ha fått informasjon om den faktiske situasjonen fra UD personell. Personell fra Ullensaker kommune ble innkalt for å bistå med å betjene telefonen. Pårørendetelefonen fungerte ikke som tiltenkt, og hadde lite informasjon å gi de som ringte. Roller og ansvar synes ikke å ha vært tilstrekkelig avklart. Ullensaker kommune presiserer at det må være UD, og ikke kommunen, som skal ha hovedansvar for informasjon til pårørende ved ulykker/kriser i utlandet. Ullensaker kommune la ned pårørendetelefonen uten på forhånd å informere SHdir.

Debriefing av eget personell

Forespørselen fra UD til SHdir om psykososial støtte til utsendte medarbeidere var upresis, og det var også her uklart hva som egentlig var behovet. SHdir gikk i dialog med Forsvaret ved F-SAN som etter hvert bisto med en psykolog. Det var behov både for debriefing av personell ved ankomst til Norge, men også debriefing i Damaskus. HOD besluttet at det i tillegg til ressursen fra Forsvaret skulle reise 4 helsepersonell til Damaskus, hvor det var 22 personer totalt. UD mener selv at dette var i overkant mye ressurser, og det stilles spørsmålstegn ved om ikke avgjørelsen om antall personer burde vært overlatt til UD og SHdir. UD vurderte imidlertid psykologstøtten som svært nyttig. Det er behov for at UD for fremtiden har et mer bevisst og planlagt forhold til

behov for oppfølging av eget personell ved krevende hendelser og traumatiske opplevelser. Helsetjenesten vil kunne bistå, men UD må legge dette inn som en del av sin beredskap. UUS stilte med team for å kunne støtte UDs hjemkommende personell.

Personell fra SHdir møtte helseteamene for debriefing da de kom hjem. Teamene stod senere selv for en større debriefing.

Begge hendelser

Politiet har hovedansvar for registrering av evakuerte ved ankomst og lager lister med personopplysninger for hver enkelt. Erfaringen, særlig fra Flodbølgekatastrofen, er at det er behov for å varsle den enkeltes hjemkommune, særlig hvis det er behov for videre behandling eller oppfølging. Helsetjenesten må derfor få tilgang til politiets lister for å kunne sende informasjon til hver enkelt sin hjemkommune. Ullensaker kommune ser det som hensiktsmessig at kommunen tar ansvar for å kontakte hjemkommunene til de som ankommer Gardermoen. Det bør foretas en systematisk screening for å sikre videre oppfølging for de man mener har behov. Faglige kommentarer knyttet til den enkelte bør kunne følge informasjonen til hjemkommunene.

4.10 Normalisering

Flodbølgekatastrofen

SHdir hadde døgndrift fram til 10. januar. Helsetjenesten hadde personell i Thailand til langt ut i februar av hensyn til pårørende. Man forsøkte å få tungt traumatiserte pårørende til å reise hjem, men det var flere som ikke selv ønsket dette. I Reinåsutvalgrapporten vises det til at enkelte pårørende følte seg presset til å dra hjem. Anmodning om å dra hjem ble gjort på basis av en helsemessig vurdering. Pårørende var i psykisk dårlig form, og det var intet håp verken om å finne overlevende eller å kunne identifisere noen på basis av utseende. Det å utøve et visst press vil i en slik situasjon kunne være til hjelp for den enkelte, selv om det ikke oppfattes slik der og da. SHdir var engasjert i håndteringen av hendelsen til nærmere mars. Man var klare på at man ikke skulle trappe ned beredskapen helt før man var sikre på at alle var kommet hjem.

Også de øvrige aktørene hadde langvarig oppfølging etter flodbølgen. Det tok tid før alle omkomne kom til Norge. De omkomne ble sendt til patologisk avdeling ved UUS, der prestetjenesten gjennomførte en rekke seremonier sammen med de pårørende i kapellet. Deretter ble de omkomne overtatt av begravelsesbyrå og fraktet til hjemsted. Det ble også arrangert ulike seremonier og to minnereiser, der flere av aktørene var representert. At hjelpepersonell deltar på oppfølgende arbeid oppfattes som viktig av de pårørende. De som faktisk har vært på stedet, og håndtert de praktiske oppgavene, vil både kunne gi detaljert informasjon og vise oppriktig forståelse. Det kan imidlertid være vanskelig å vite hvor lenge myndighetene og det offentlige skal følge opp etter en katastrofe. For noen av de som har mistet sine i "vanlige" ulykker, virket det provoserende at pårørende til de som omkom i flodbølgekatastrofen fikk et så omfattende tilbud om hjelp.

Evakueringen fra Libanon

Overgangen fra å jobbe i krisestab til å jobbe i linjeorganisasjonen er vanskelig. For Midt-Østen krisen besluttet man fra UD sin side å avblåse beredskapen søndag den 23. juni om kvelden, og man var da ikke godt nok forberedt for "normal dag" på mandag. Det er behov for å sitte sammen og overføre oppgaver på en skikkelig måte fra krisestaben til linjeorganisasjonen.

Flere i UD har i ettertid påpekt at de var for raske til å legge ned sin krisestab, og dette fremgår også av UDs evalueringsrapporter. Overføring av oppgavene til linjen mens operasjoner fortsatt pågår, gjør at oversikt og kontinuitet i arbeidet kan tapes, noe som er særlig viktig i forhold til samarbeidende etater og til uteapparatet. Det fremkom også at de hadde stor nytte av at SHdir ikke trakk liaisonene tilbake så tidlig som UD anbefalte. Det å opprettholde stabsfunksjonen er viktig også i forhold til informasjonsberedskap.

SHdir trappet ned da arbeidsmengden avtok, men hadde daglige møter i kriseutvalget fram til 7. august.

5 ANBEFALINGER OG KONKLUSJON

5.1 Anbefalte tiltak og forbedringsområder

Nr	Tiltak	Ansvarlig
Kap 4.1	Beredskapsplaner	
1.	Det er behov for at det gjennomføres en implementeringsprosess i forbindelse med vedtatt utgave av "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan". Både samarbeidende parter og helsetjenesten selv har behov for å bli bedre kjent med dette planverket. Implementering av rapporteringslinjer direkte til SHdir, når SHdir er delegert koordinerende ansvar for helsetjenesten fra HOD, er ikke tilstrekkelig på plass.	HOD SHdir (bistå)
2.	Samordning av planverk mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er fremdeles et svakt punkt. Mange helseforetak har en rekke kommuner innenfor sitt opptaksområde, og man opplever det som en "umulig" oppgave å samordne planverk. Metodikk og incitament for slik samordning bør vurderes utviklet av helsemyndighetene.	SHdir
3.	Det må lages et konkretisert oppdrag om forventet nivå på planverk og forberedelse til å stille personell/utstyr til internasjonale oppdrag i fredstid både på RHF og HF nivå. Løsningsforslag på oppdraget må utformes for hver region, og løsningen må meldes tilbake til oppdragsgiver (SHdir), slik at dette kan inngå i en nasjonal oversikt over aktive beredskapsressurser.	SHdir RHF
4.	Kommende regionreform må ikke frata FM koordineringsrollen ovenfor helse- og sosialtjenesten i kommunene. FM har to rapporteringslinjer ved hendelser der helsetjenesten har en rolle; en til DSB og en til SHdir. Det er viktig med tydelighet og aksept for denne ordningen.	Kommunal- og regionaldepartementet/ HOD
Kap 4.2	Kriseforståelse og varsling	
5.	Varsling må skje tjenestevei, og må være beskrevet i planverk ved den enkelte virksomhet. Varsling til spesialisthelsetjenesten bør skje i hht føringer i "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan". Direktevarsling til aktuelle ledere og "bekjentskapsvarsling" er sårbart og mye krysskommunikasjon er en trussel mot god krisehåndtering.	Alle
6.	Et tema den enkelte krisestab bør drøfte og ha et omforent syn på er: Når er det krise? Når er det riktig å "sette stab"? Trolig er det fornuftig å ha en lav terskel for å sette stab.	Alle

Nr	Tiltak	Ansvarlig
7.	Fravær av 24-timers vakt gjør varslings til Fylkesmannen og Fornyings- og administrasjonsdepartementet (FAD) til et sårbart punkt. 24-timers vaktordning bør vurderes som forbedringstiltak.	Fylkesmannen FAD
Kap 4.3	Mobilisering	
8.	I beredskapsplanene til den enkelte virksomhet/ etat bør det fremgå behov for personellressurser for å håndtere ett sett av oppgaver ved krise. Dette vil gjøre det lettere å dimensjonere innkallingen.	Alle
9.	Det er bedre å kjøre inn mye personell i en tidlig fase og heller trekke ressurser tilbake. Under begge hendelser opplevde helsemyndighetene at UD sendte for lite personell, noe som må utbedres ved kommende hendelser.	UD
Kap 4.4	Ressurstilgang	
10.	Personell som skal sendes ut (Helseteam, URE eller andre) må utstyres med satellittelefoner (eller andre uavhengige sambandsløsninger) slik at de ikke er avhengige av at fast- eller mobilnettet fungerer.	SHdir UD UUS
11.	En enkel skadestue hadde vært ønskelig på Gardermoen.	SHdir
12.	SHdir har ikke et sikkert system ved bortfall av strøm. Mye av beredskapssystemet er basert på digital informasjon, og det finnes i liten grad et alternativt papirsystem. Kriserommet i SHdir må også vurderes med hensyn på størrelse og utstyr.	SHdir
13.	Arbeidsforholdene/kontorfasilitetene til mottaket på OSL må følges opp. Ullensaker kommune ønsker tilgang på et kontor på Gardermoen der kommunen kan ha sine beredskapsplaner liggende, og der de har tilgang til PC og telefonlinjer. Det er sårbart å basere seg kun på mobiltelefon slik det er nå.	Ullensaker kommune
Kap 4.5	Koordinering og ledelse	
14.	Det at ansvarlige ledere gis tilstrekkelige fullmakter er viktig for en god operativ kriseledelse.	Alle
15.	Personellet som jobber i felt jobber av og til under ekstreme forhold med svært lite søvn. Det er behov for å etablere avløsningsordninger for personell slik at risikoen for psykiske senskader holdes så lav som mulig. I tillegg til avløsningsordninger, er gode debriefingsrutiner nødvendig.	Alle
16.	For å håndtere en krise er det helt essensielt å bygge opp en felles situasjonsforståelse. Det anbefales at det tilrettelegges for bruk av avansert informasjonsteknologi og at etatene i størst mulig grad harmoniserer sine rutiner for informasjonssinnhenting og datafangst. Tverretattlig samarbeid må til, og partene må møtes!	Alle

Nr	Tiltak	Ansvarlig
17.	Det er viktig at man legger vekt på beredskapsroller ved omorganisering internt i virksomheten. Ny organisering internt og nye roller krever opplæring og trening.	Alle
18.	Bedret kontakt på ledernivå mellom hovedsamarbeidspartnere er et forbedringspunkt som mange av aktørene trekker fram. For at dette skal være gjennomførbart, er det nødvendig å være tydelig på hvilke problemstillinger som skal være gjenstand for en leder-til-leder drøfting, og hva som skal løses på andre nivåer.	Alle
19.	Ryddighet og tydelighet i kommunikasjons- og rapporteringslinjene må tilstrebes hos alle parter. Antall personer i en organisasjon som skal ha kontakt med eksterne samarbeidspartnere bør reduseres for å ha større kontroll på kommunikasjonen (beslutte <i>hvem</i> som skal ha kontakt med <i>hvilke</i> eksterne partnere). Det er viktig å synliggjøre at de tiltak som iverksettes er en del av virksomhetens strategi for å løse utfordringene ved en krise.	Alle
20.	De som sitter i stillinger der de også kan komme til å ha en lederrolle i en krisestab må få tid og mulighet til å trene denne rollen sammen med andre de skal sitte i stab sammen med. Kjennskap til andre etaters beslutningssystemer og kriseorganisering må inngå som en del av opplæringen. Mange kriseledere trenger dessuten økt kunnskap om beslutningssløyfen: Observer situasjonen – orienter deg om fakta – ta beslutning – handle – observer effekt.	Alle
21.	Det er viktig å være tydelig på hvilken rolle en liaison har. Bruk av liaison skal ikke erstatte rapportering i de fastsatte rapporteringslinjer.	Alle
22.	Departementene skal samordne seg via regjeringens kriseråd, men dette er ikke tilstrekkelig for å sikre samordning mellom de ulike sektorene. Det er også nødvendig med koordinering direkte på direktoratsnivå. Direktoratene bør også treffes utenom kriser for å samordne planverk.	SHdir DSB POD
23.	For å legge best mulig til rette for sivilt-militært samarbeid mellom Forsvaret og helsetjenesten bør det utarbeides en egen bistandsinstruks slik Forsvaret har ovenfor politiet. Det å utarbeide bistandsinstrukser er en nyttig prosess der partene drøfter potensielle problemstillinger og roller på forhånd. Man blir godt kjent med hverandres beredskapsplaner og beslutningsstrukturer.	Forsvaret SHdir
24.	I henhold til UD sine beredskapsplaner, skal stab settes innen én time etter at varsel er gitt. Det er behov for å avstemme forventningene til når liaisoner skal være på plass i UD.	UD SHdir Forsvaret Politiet
25.	Det er behov for å forenkle, koordinere og inkorporere de avdelings- og divisjonsvise kriseplanene i direktoratets kriseplan.	SHdir

Nr	Tiltak	Ansvarlig
26.	Det synes å være behov for å styrke intern informasjonsdeling innad i SHdir slik at den enkelte medarbeider er kjent med beslutninger tatt i andre avdelinger.	SHdir
27.	Ved hendelser i hovedstaden, eller større hendelser i utlandet, er det ønskelig både fra Helse Sør-Øst RHF og UUS at en liaison fra UUS tiltrer staben i SHdir for å bedre kontakten mellom disse to sentrale aktørene. Tilsvarende vil det ved større hendelser være riktig at SHdir har en liaison i direktørens krisestab ved UUS.	SHdir
28.	At SHdir oppretter en direkte dialog med UUS sin ledelse er essensielt. Det bør vurderes å tydeliggjøre hvilke beslutninger som skal fattes av helsemyndighetene og hvilke beslutninger som tilligger den utøvende helsetjenesten.	SHdir og HOD
29.	Regjeringens krisestøtteenhet må ha et tydelig mandat. Enheten skal yte støtte til lederdepartementet, men skal ikke være et eget forvaltningsorgan. Når flere departementer er involvert, er tydelighet omkring beslutningslinjer og myndighet svært viktig.	Regjeringens krisestøtteenhet
Kap 4.6	Informasjon	
30.	Ved kriser bør man ha en fast talsperson som fronter den enkelte sektor og aktør utad, på pressekonferanser o.l.	Alle
31.	Medietrening må inngå for ledere, og forholdet til pressen bør reguleres av retningslinjer for alt øvrig personell.	Alle
32.	Det er viktig med et aktivt og åpent forhold til pressen også for personell i felt. Det er imidlertid behov for å skåne operativt personell slik at de får konsentrert seg om sine primæroppgaver. Det anbefales å synkronisere informasjonen utad mellom alle involverte etater, og la én person få hovedansvar for felles informasjonsformidling utad. Retningslinjer for slik organisering bør foreligge i planverket for fremtidige operasjoner. Likeledes retningslinjer for kommunikasjon og samhandling med lokale myndigheter.	Alle
33.	Informasjonsflyten ved "vaktskifter" i staben må sikres for å unngå at saker og oppfølgingspunkter glipper. God overlapp ved rulling av personell er nødvendig. Forbedret loggføring vil også bidra til bedret koordinering ved rulling.	Alle
34.	Både UUS og Forsvaret har god erfaring med en intern liaisonordning med informasjonsansvarlige på divisjonsnivå/avdelingsnivå som stiller på felles informasjonsmøter og bringer informasjon tilbake til egne ansatte. Dette bør også vurderes av andre.	SHdir UD
35.	Virksomhetene bør legge ut informasjon fortløpende på internett.	Alle
Kap 4.7	Utsending av helseteam og UD's utrykningsteam (URE)	

Nr	Tiltak	Ansvarlig
36.	Organisering av helseteam: Listen over forbedringstiltak er utarbeidet som eget vedlegg (vedlegg C).	Se vedlegg C.
37.	Det er ikke gjort en egen evaluering av utsendelsene av helseteam. Dette bør vurderes utført.	SHdir
38.	Det er behov for bedre debrifingsrutiner i felt for utsendt personell fra UD og fra pressen.	UD Pressen
Kap 4.8	Evakuering og hjemtransport	
39.	Det er behov for en gjennomgang av avtaler/system for Medevac (hvem treffer beslutning om/finansiere/utløsning av avtale rundt Medevac, eventuelt leie av andre fly og lignende).	SHdir og Forsvaret
40.	Det bør legges større vekt på å avklare hvilken Medevac som trengs i den enkelte evakueringssituasjon ved behov for evakuering av bårpasienter. Forsvarets Herkules er mye billigere enn å benytte avtalen med SAS Braathens, men har kortere rekkevidde og er ikke egnet for langdistansetransport av pasienter. Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS disponerer 9 turboprop ambulansfly med to bårplasser hver og med helsepersonellbemanning. Disse har ca. 1 times responstid og kan egne seg til mellomlang flytransport i en første fase.	SHdir, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS og Forsvaret
41.	Medisinsk flybesetning (medcrew) må sikre vurderingen av den enkelte pasients egnethet med hensyn til luftevakuering, identifisere behov, vurdere den totale arbeidsbelastning ombord i forhold til transportapparatets ressurser og transportens varighet samt sikre nødvendige personopplysninger. Det må således etableres funksjonelle løsninger for sortering og håndtering i for- og etterkant av en luftevakuering.	SHdir og Forsvaret
42.	Systemet for transport og evakuering må integreres tett med organisasjonsapparatet forøvrig, og ikke fungere frittstående. Spesielt er dette viktig når løsningen skal dimensjoneres til å dekke "massetransport" over store avstander.	SHdir og Forsvaret
43.	Forsvaret lærer opp og setter sammen sine egne Medevac-team. Dette bør kunne samkjøres med den sivile helsetjenesten, og luftambulansetjenesten slik at man ikke får ulik praksis og opplæring.	SHdir, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS og Forsvaret
Kap 4.9	Mottak og psykososial omsorg	
44.	Det er behov for å formalisere hvilken psykososial støtte og oppfølging som skal gis til personell som har hatt en rolle i krisehåndteringen. Dette bør inngå som en del av den enkelte virksomhet sine beredskapsplaner.	Alle

Nr	Tiltak	Ansvarlig
45.	Politiet har hovedansvar for registrering av evakuerte ved ankomst OSL. Det er behov for at helsetjenesten får tilgang til listene over evakuerte og kan benytte dem for å sende informasjon til hver enkelt sin hjemkommune. Ullensaker kommune ser det som hensiktsmessig at de tar et større ansvar for dette. Det bør foretas en systematisk screening for å sikre videre oppfølging for de man mener har behov. Faglige kommentarer knyttet til den enkelte bør kunne følge informasjonen til hjemkommunene.	Politiet Ullensaker kommune
46.	Man skal ikke drive medisinsk behandling på Gardermoen, og dette må ved senere hendelser reflekteres i valg av personell. Personell til å ivareta logistikk og merkantile oppgaver er viktige i mottaksapparatet.	Ullensaker kommune UUS
47.	Ved etablering av mottak for evakuerte på Gardermoen er det behov for at en liaison fra OSL deltar i krisestaben som skal organisere mottaket. Det er svært mange enkeltfunksjoner på flyplassen å forholde seg til og det er behov for en som kjenner flyplassen godt til å koordinere dette.	Ullensaker kommune og Avinor v/OSL
Kap 4.10	Normalisering	
48.	Overgangen fra beredskapsorganisering til normal drift bør skje med et skikkelig koordineringsmøte i normal arbeidstid. En rekke oppgaver må sikres videre oppfølging ved avblåsning av stab. Man må vurdere å la enkeltpersoner følge opp spesielle oppgaver som ligger utenfor deres "normalansvar" en periode, for å sikre at overgangen blir god nok.	Alle
49.	UD ønsker at liaisonene fra deres nærmeste samarbeidspartnere deltar på øvelser og opplæring i regi av UD. UD oppfordrer også samarbeidspartnere til å stille på øvelser ute på stasjonene for å se problemstillingene i felt.	Alle

5.2 Konklusjon

Det har skjedd en meget positiv utvikling innenfor beredskaps- og kriseledelse i de to og et halvt år som har gått siden flodbølgekatastrofen. Planverkene til de aktører som har vært omfattet av denne evalueringen har gjennomgått tildels betydelige forbedringer, der tydeliggjøring av ansvar og roller har stått sentralt. Flere har hatt behov for økt grad av detaljering i planverkene, og det er en tendens til at man setter et skarpere skille mellom hvilke oppgaver som skal løses på hvilke kriseledelsesnivåer (operativt, taktisk og strategisk). Graden av samordning mellom etatene har økt, og man har innført liaisonordninger som har lettet kommunikasjonen og forståelsen innad i den enkelte krisestab og ovenfor samarbeidende etater. Flere rapporterer også om velfungerende interne liaisonordninger knyttet til både kriseledelse og informasjon.

Innad i helsetjenesten har det skjedd en harmonisering og samordning av planverk, og ytterligere tydelighet forventes nå når vedtatt utgave av "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan" foreligger. Planverk på HF og RHF nivå i Helse Øst, samt avtale med Helse Sør RHF om hovedstadsberedskapen fungerte godt ved begge hendelsene. Det må imidlertid gjøres en revisjon av de regionale planverkene til Helse Øst og Helse Sør etter sammenslåingen til Helse Sør-Øst (01.06.07).

Utenriksdepartementet har gått fra å ha stort sett bare varslingslister til å ha en veldokumentert beredskapsorganisasjon. Det er gjort tekniske tilrettelegginger for bedret kriseledelse, og man har allerede høstet positive erfaringer med krisestøttesystemet. Det rapporteres om vesentlig bedre koordinering og generelt godt samarbeidsklima aktørene i mellom. Sosial- og helsedirektoratet har også et langt mer detaljert planverk nå, og har i likhet med Utenriksdepartementet lagt ned et betydelig arbeid både i planutvikling, opplæring og øvelser.

Ved de to hendelsene denne evalueringen omfatter var det ingen vesentlige sider ved helsesektorens oppgaver som ikke ble ivarettatt. På tross av tidvis usikkerhet om roller og ansvar, særlig under flodbølgekatastrofen, har aktørene vist stor evne til å finne praktiske løsninger, samt vært fleksible i forhold til å ta på seg ansvar langt utover det man ordinært er øvet i. Særlig har SHdir løst en rekke oppgaver som i opprydningsarbeidet i etterkant formelt har blitt plassert hos andre aktører. En grunnleggende proaktiv holdning synes å ligge til grunn i direktoratets krisehåndtering.

Av de mest sentrale forbedringspunktene er flere knyttet til disiplin i forhold til de rutiner og linjer man har definert. Varsling må følge varslingslinjen, og tilfeldig "bekjentvarsling" eller "uoffisiell varsling" skaper forvirring. I dagens tilgjengelighetssamfunn vil varsling gå raskt selv om man ikke utfører den "på kryss og tvers".

Videre må den enkelte kriseledelse og aktør ha et bevisst forhold til eget ansvarsområde og hvilket nivå av ledelse som skal utøves (strategisk, taktisk eller operativt). Med ansvar må det også følge tillit. Den utøvende helsetjeneste må styre detaljene knyttet til den faglige helseinnsatsen, og kommunen må selv lede innsatsen i henhold til sitt ansvarsområde. Man ser at det har vært behov for inngripen fra helsemyndighetenes side for å sikre at en del oppgaver andre var usikre på, ble løst. Men når planverk og systemer nå er bedre beskrevet og trent, kan man bli tydeligere på fordelingen av oppgaver og ansvar.

Behov for begrensning av antall kontaktpunkter er et gjennomgående funn. Når flere avdelinger innen samme etat er involvert i en krisehåndtering, og gjør ukoordinerte henvendelser til samme samarbeidspartner, oppstår både forvirring og irritasjon. Styrket informasjonsoverføring og koordinering innad i egen etat, bedret kommunikasjon på direktørnivå mellom etatene og definering av et mindre antall kontaktpersoner på ulike nivåer, synes å være et ønske fra de fleste aktørene. Det er videre et stort behov for tverretattlig kunnskap om hverandres kriseledelses- og beslutningsstrukturer.

Det å ha et felles virkelighetsbilde, dele informasjon om situasjonen og ha gode loggføringsrutiner er kriterier for god samhandling både internt og med eksterne samarbeidspartnere. Det finnes nå avanserte elektroniske

krisestøttesystemer som tillater informasjonsdeling og samlet oversikt på en helt annen måte enn det man tidligere hadde muligheter for. Særlig i komplekse situasjoner med mange aktører er det grunn til å tro at et slikt system ville kunne lettet håndteringen, og gitt aktørene et bedre beslutningsgrunnlag.

Denne rapporten peker på en rekke tiltak som kan bidra til en bedret beredskap for alle de parter som har vært en del av evalueringen. Det er behov for en intern oppfølging innad i hver enkelt etat. I tillegg oppfordres det til tverrsektorielle drøftinger. Det er i "fredstid" man legger grunnlaget for et godt samarbeid ved krise.

6 REFERANSER

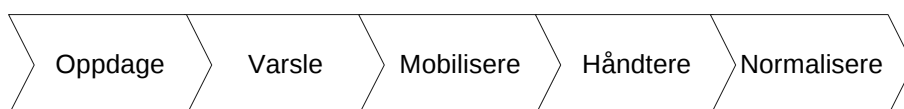
1. Reinåsutvalget, 26.12. *Rapport fra evalueringsutvalget for flodbølgekatastrofen i Sør-Asia*. 2005.
2. Sindre Mellesmo, *Tsunami 26.desember 2004. Rapport fra Helseteam*. 26.januar 2005.
3. Sosial- og helsedirektoratet, *Evaluering av SHdirs håndtering av Libanonkrisen*. Internt notat, 17.08.06.
4. Ullensaker kommune, *Beredskap på Gardermoen i forbindelse med flomkatastrofen i Sørøst-Asia*. Notat til politisk utvalg, 19.01.05.
5. Sosial- og helsedirektoratet, *Kriseplan for Sosial- og helsedirektoratet*. 2006
6. Helse- og omsorgsdepartementet, *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*. 01.01.07.
7. Helse- og omsorgsdepartementet, *Om varsling og rapportering ved kriser*. Brev til landets regionale helseforetak 19.01.07 med to vedlegg.
8. Helse- og omsorgsdepartementet, *Myndighetenes krisehåndtering under flodbølgekatastrofen 2004-2005, oppsummering av hovedpunkter*. 20. januar 2006.
9. Helse Øst RHF, *Driftsorienteringer fra administrerende direktør, punkt 7, Beredskapstiltak i Helse Øst i forbindelse med flomkatastrofen i Asia*. Styremøte 20. januar 2005
10. Helse Øst RHF, *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap*. 2006.
11. Helse Øst RHF og Helse SØR RHF, *Avtale om samordnet sykehusberedskap i hovedstadsområdet*. Oktober 2004.
12. Ullevål Universitetssykehus HF, *Beredskapsplan 2006-2007, Instruks*.
13. Justisdepartementet, St.meld. nr. 37 (2004-2005). *Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering*. 2005.
14. Sosial- og helsedirektoratet, *100 nøkkeltall for helse- og sosialsektoren 2007*. Mai 2007.

VEDLEGG A INTERVJUGUIDE**Introduksjon**

Dette intervjuet er et bidrag til en samlet evaluering av helsesektorens erfaringer fra flodbølgekatastrofen i 2004 og evakueringen i Midt-Østen i 2006. På basis av intervjuer med nøkkelpersonell skal utviklingen av helseberedskapen i denne perioden belyses, og det skal fremmes en anbefaling i forhold til hvordan samhandlingen mellom aktørene kan styrkes ytterligere. Intervjuene gjøres av rådgivningsfirmaet Safetec Nordic AS på vegne av Sosial- og helsedirektoratet.

Det er viktig at du som intervjuobjekt tenker over følgende:

- Du representerer din avdeling/organisasjon
- Erfaringer fra en krisehåndtering er knyttet til en eller flere av fasene skissert i figuren under. Det er viktig at du som intervjuobjekt tenker over hvilke(n) fase(r) din avdeling var involvert i, og hvordan rolle og ansvar ble utøvd i de ulike fasene. Kommenter gjerne ulikheter mellom fasene der det er relevant.

**Generelt**

1	Navn:	
2	Stilling/rolle under flodbølgekatastrofen:	
3	Stilling/rolle under evakueringen i Midt-Østen:	
4	Arbeidssted:	
5	E-post:	
6	Kan du fortelle om din organisasjons rolle ved katastrofer i utlandet?	

Kriseforståelse og varsling

1	Hvordan ble dere varslet om hendelsen?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:
2	Når ble det "slått alarm"? - Hvordan ble dette gjort? - Kunne dette vært gjort tidligere?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:
3	Hvordan fungerte varslingen? - Var det usikkerhet rundt hvordan varslingen skulle foregå? - Var det klare varslingslinjer? - Hvordan varslet dere videre? - Var det noen som ikke ble varslet?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:
4	Fikk dere tilstrekkelig informasjon for å	Flodbølgen

	dimensjonere beredskapsresponsen i tidlig fase?	Midt-Østen
5	Forslag til forbedring i forhold til varsling og etablering av kriseledelse?	

Koordinering og ledelse

1	Hvordan er kriseledelsen i deres virksomhet organisert?	
2	Hvordan oppfatter du at din virksomhets rolle ble i utøvet ? - Gikk det tydelig frem av den gjeldende beredskapsplan hvilke ansvarsområder dere skulle dekke? - Oppsto det tvil/usikkerhet omkring roller og ansvar underveis?	Flodbølgen: Midt-Østen:
3	Hvordan vil du beskrive helse- og omsorgsdepartementet ledelse	Flodbølgen: Midt-Østen:
4	Hvordan vil du beskrive sosial- og helsedirektoratets ledelse	Flodbølgen: Midt-Østen:
5	Hvem var din virksomhets nærmeste samarbeidspartnere under krisehåndteringen	Flodbølgen: Midt-Østen:
6	Hvordan vil du beskrive samarbeidet med nevnte samarbeidspartnere under flodbølgekatastrofen? a. Hva var bra? b. Hva fungerte mindre bra? c. Var det faser av hendelsen dette fungerte bedre/ dårligere?	Flodbølgen: Midt-Østen:
7	Hva må til for at en ny hendelse skal håndteres bedre i fremtiden? (ledelsesmessig? bruk av liaison? Opplæring? Øvelser?)	
9	Materiell og ressurser: a. Hva er din vurdering av tilgangen på materiell under håndteringen b. Hadde dere nok og riktige ressurser til å løse pålagte arbeidsoppgaver c. Kunne dette vært håndtert annerledes, i så fall hvordan?	Flodbølgen: Midt-Østen:

10	Hva mener du kunne bidratt til forbedret styring og ledelse av krisene? a. Rolleavklaringer? b. Kommunikasjon? c. Tilgjengelighet? d. Beredskapsplaner? e. Samhandling? f. Loggføring?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:
11	Hvilke endringer er gjort i organisering av beredskapen/planverkene siden flodbølgekatastrofen?	
12	Er det vesentlige sider ved helsesektorens oppgaver som ikke ble ivarettatt ved de to hendelsene?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:

Informasjonshåndtering

1	Hvordan er informasjonsberedskapen i din virksomhet organisert?	
2	Hvordan fungerte organiseringen av informasjonsarbeidet under de to hendelsene? a) Internt i deres organisasjon? (ansatte) b) Mot de norske berørte? c) Mot pårørende? (Håndtering av ekstraordinær pågang?) d) Mot myndigheter? e) Befolkningen?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:

Evakuering og hjemtransport

1	Utsending av helseteam og URE (UDs utrykningsteam) Momenter til vurdering: - Varsling og mobilisering - Vurdering av behov? - Koordinering?(innsats og informasjon) - Positive erfaringer? - Negative erfaringer? - Vurdering av ressurser? - Vurdering av kompetanse?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:
2	Hvordan fungerte organisering av hjemtransport med rutefly og Medevac (flodbølgen)?	

3	Hvordan fungerte evakuering med ferge/båt og rutefly (evakueringen i Midt-Østen)	
4	Mottak og videre behandling Momenter til vurdering: - Mottak Gardermoen - Mottak på andre lufthavner - Overføring av pasienter til spesialisthelsetjenesten - Overføring av pasienter til kommunehelsetjenesten - Tydelige ansvarslinjer? - Nok ressurser og materiell?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:

Psykososiale støttetjenester

1	For pårørende Var det klart hvem som hadde ansvar for pårørende i denne gitte krisesituasjonen - Hvilke tiltak ble iverksatt - Hvordan ble pårørende ivaretatt i de ulike faser av krisen - Organisering av pårørendemottak - Oppfølging av pårørende i ettertid	Flodbølgen:
		Midt-Østen:
2	For evakuerte ved ankomst - Hvordan fungerte mottaket av evakuerte? - Var det klare ansvarslinjer? - Hvordan har oppfølgingen av evakuerte i ettertid fungert?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:
3	Hvordan fungerte debriefing av innsatspersonell?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:

Normalisering

1	Når ble krisen avblåst? Var tidspunktet riktig?	Flodbølgen:
		Midt-Østen:

VEDLEGG B INTERVJUOBJEKTER

Nr	Navn	Stilling/Arbeidssted under tsunamien	Stilling/Arbeidssted under Libanon krisen
1.	Bjørn Inge Larsen	Direktør SHdir	Direktør SHdir
2.	Ragnhild Castberg	-	Fungerende divisjonsdirektør for spesialisthelsetjenesten
3.	Jon Hilmar Iversen	Avdelingsdirektør i Avdeling for primærhelsetjenester	Avdelingsdirektør i Avdeling Kommunale helsetjenester
4.	Morten Randmæl	Avd dir i Avdeling beredskap i SHdir	Avd dir i Avdeling beredskap i SHdir
5.	Ellinor Major	Fungerende avdelingsdirektør for psykisk helse. Ansvar for håndtering av psykososiale tjenester.	Avdelingsdirektør psykisk helse. Fungerende divisjonsdirektør psykisk helse og rus.
6.	Tove Strand	-	Direktør UUS
7.	Kristin Lossius	Fagdirektør Helse Øst	Avdelingsdirektør Helse Øst RHF
8.	Pål Madsen	Div.dir. Prehospital divisjon, UUS	-
9.	Hans J. Røsjorde	FM Oslo og Akershus	FM Oslo og Akershus
10.	Ivar Nævra	Kommunaldirektør, Ullensaker kommune	Kommunaldirektør, Ullensaker kommune
11.	Tom H. Knudsen	Brigader i Forsvarsdepartementet. Leder av krisehåndteringsenheten i Forsvarsdepartementet.	-
12.	Anne Kari Lande Hasle	Departementsråd HOD	Departementsråd HOD
13.	Per Bleikelia	Ekspedisjonssjef Eieravdelingen HOD	Fungerende departementsråd/ Ekspedisjonssjef Eieravdelingen HOD
14.	Sindre Mellesmo	Klinikkssjef ved Sykehuset Buskerud HF (Helse Sør RHF). Ledet helseteam til Thailand i den første fasen, ledet arbeidet med "vurdering av innsats for lokalisering og identifisering av overlevende nordmenn", og ledet helsetjenesten under to etterfølgende minnemarkeringsreiser.	Ledet helseteam til Kypros og helsetjenestens bidrag under sjøevakueringen fra Libanon.
15.	Cecilie Landsverk	Avd dir UD/utsendt til ambassaden i Bangkok Operativt ansvarlig ved ambassaden.	Krisestabsleder i UD

VEDLEGG C HELSETEAM

Forslag til forbedringer, kravspesifikasjon og huskelister i tilknytning til utsending av helseteam var det området der intervjuobjektene hadde flest innspill. Det pågår et utredningsarbeid på dette i regi av SHdir, og for å lette samordningen er relevante innspill samlet i dette vedlegget. I tillegg til innspill fra intervjuobjektene har Safetec valgt å ta inn innspill fra et møte vi ledet i Helse Vest med dette som tema.

Teamsammensetning	
1.	Det må utarbeides en kravspesifikasjon til helsepersonell som skal sendes ut; personlig egnethet, robust psyke og god helse, erfaring fra feltarbeid, erfaring i å håndtere sterkt traumatiserte personer, gode samarbeidsevner, kompetanse, praktiske forutsetninger og treningsgrunnlag. Personell med erfaring i transportmedisin/flymedisin bør inngå i teamene.
2.	Det bør gis føringer for hvordan personellet skal velges ut (intervju, case/rollespill m.m.). Norsk Luftambulans har en liste med helsepunkter for hva som kan forhindre innsats over lengre tid, og kan være et relevant grunnlagsdokument.
3.	Det er viktig å velge team ut fra reelt behov og ikke ut fra antagelser. Det er naturlig at teamsammensetningen avgjøres av den utførende helsetjenesten på basis av informasjon om situasjon og behov. Behovet for faglige kvalifikasjoner endrer seg i forhold til hvilken fase man er i i krisehåndteringen. Akuttmedisinsk kompetanse vektlegges normalt tidlig i hendelsen. Senere blir krisepsykiatrisk/-psykologisk kompetanse, allmennlege, m.fl. mer sentrale. Men psykososial støtte og allmennhelsetjeneste kan også være helt sentrale i en tidlig fase. Det er viktig å ha med seg noen generalister (allmennleger) i felt, særlig i de senere faser av krisehåndteringen (etter redningsfasen), men også på eventuelle minnereiser. Redningsmenn med praktisk og bred kompetanse viste seg å være svært nyttige under flodbølgekatastrofen.
4.	Merkantilt personell er en viktig ressurs. Ofte er det behov for bistand til å organisere videre reise og andre praktiske forhold.
5.	Teamene bør organiseres med en mindre kjernegruppe og en større pool av personell med ulike fagkompetanse som benyttes avhengig av type hendelse og behov.
6.	Utenlandserfaring – språk og kultur – vil være en stor fordel. Flysykepleiere og andre med internasjonal erfaring er aktuelle ressurser.
7.	Kompetanseutvikling for teamet må ivaretas. Øvelser er viktig for å sikre dynamikk, gode relasjoner og godt samarbeid. Det er en fordel at teammedlemmene kjenner hverandre, og i alle fall kjerneteamet bør ha felles øvelser og opplæring i forkant.
Mobilisering	
8.	SHdirs ansvar for å koordinere og lede arbeidet med helseteamene må presiseres. Alle anmodninger om behov for bistand skal gå via direktoratet, og alle helseressurser som blir satt inn skal koordineres fra SHdir.

9.	Beredskapsordning og rutiner for hvordan mobilisering av helseteam skal foregå må på plass. Fram til nå har første mobilisering skjedd ved at SHdir har tatt direkte kontakt med enkeltpersoner som så har startet organiseringen. Formelle henvendelser til RHFene har skjedd i etterkant. RHF/HF og SHdir må enes om en løsning, og etablering av helseteam må inn i RHF'enes beredskapsplanverk. Det første teamet vil normalt ha utgangspunkt i Ullevål miljøet. Fra UUS er det ønskelig at forespørsel, valg av sammensetning og mobilisering av teamene skjer via divisjonsdirektør i prehospital divisjon. Hvis ikke det oppnås kontakt med ledelsen på UUS kan forespørsel rettes via AMK.
10.	Kompetanse om logistikk, kunnskap om hvilke ressurser man kan spille på både i Norge og i Skandinavia, vurdering av ulike transportmidler avhengig av skader og tilgjengelig infrastruktur må gjøres tilgjengelig for helseteam, enten i form av at slik kunnskap innehas av teammedlemmer eller som en støttefunksjon.
11.	Det må settes krav til responstid for helseteamene.
Utstyr	
12.	Teamene må ha med seg satellittelefoner (eller annet fungerende sambandsutstyr) og ikke være avhengig av mobiltelefon eller fasttelefon.
13.	Lister over medisinsk utstyr (artikler og kvanta) og medikamenter som bør være med til ulike typer katastrofeinnsats må være laget på forhånd. Det må vurderes å ha noe ferdig pakket (UUS har bagger stående). Det bør være mulig å hente erfaringer fra f.eks. Leger uten grenser for å finne en fornuftig grunnoppsetning.
14.	Teamene må ha egnet bekledning for ulike temperaturforhold. Det er behov for fottøy, tydelig uniform med navnelapper og identifikasjon, og det må gå tydelig fram av bekledningen at man er der for å gjøre en jobb.
Operativ innsats	
15.	En "første-repons-enhet" fra helsetjenesten (få personer, ikke et ordinært helseteam) bør på forhånd være utplukket og forberedt til svært rask utreise og med forhåndsbestemte oppgaver (gjørne pass, penger og tannbørste på OSL). Teamet bør kunne organisere innsatsen lokalt på skadestedet, samt melde reelt behov tilbake. Det bør være en relativt lav terskel for å sende et slikt team. Et slikt team vil øke presisjonen på de ressurser helsetjenesten sender ut.
16.	Før utreise bør helseteamene briefes. Dette bør utføres av representanter både fra helsetjenesten og fra UD. UD vil ha større kompetanse på å forberede teamene på den setting, både kulturelt og politisk, som man vil møte i det landet man skal reise til, og det er en nødvendig del av forberedelsen til teamene. Senter for interkulturell kommunikasjon vil også kunne være en ressurs.
17.	Det er behov for at noen koordinerer mellom teamene når operasjonen har pågått en stund. Dette har betydning for ressursoptimaliseringen, da hvert HF sender ut team basert på hva de tror det er behov for.
18.	SHdir må fasilitere operasjonen, ressurstilgangen, ivareta lover og forskrifter, analysere og dokumentere, men skal ikke ta feltbeslutningene. Fasilitatorrollen og aktørrollen må ikke blandes, men teamene ute har behov for at noen innhenter informasjon fra flere, kvalitetssikrer informasjonen og fatter strategiske beslutninger på bakgrunn av dette. Teammedlemmene er vant med å forholde seg til egne linjer og agerer i forhold til egne beslutningslinjer hjemme. De har ikke et internasjonalt perspektiv. Departementet og direktoratet må etablere mellomledet mellom det operative feltarbeidet og den taktiske og strategiske ledelsen her hjemme.

19.	Utsendte ledere og personell bør informeres om og trenes i det forhold at ansvarsforhold i utlandet (rettigheter og plikter) er annerledes enn hva som reguleres av nasjonale lover og retningslinjer. Hva har vi rett og plikt til å gjøre som norsk helsepersonell på fremmed lands jord, selv overfor egne landsmenn? Dette krever en ny relasjons- og kunnskapsbase.
20.	Det må lages prosedyrer for hvordan kommunikasjonen skal gå, hva som skal kommuniseres, på hvilken måte og i hvilket format. Dette gjelder både kommunikasjon mellom ulike helseteam, i egne linjer og ovenfor myndighetene. Erfaringene så langt har vært at ulike etater hjemme i Norge henvendte seg på telefon til teamleder for å få informasjon. Det var ingen synlig koordinering mellom de som ringte, ikke en gang innenfor samme etat. Både helsemyndighetene, ambassaden og UD's utrykningsteam har behov for informasjon fra helseteamene. Det er behov for å få på plass et stabsnivå som kan innhente og videreformidle informasjon for å avlaste de som er i felt. Samtidig er det viktig at det til en viss grad åpnes for direkte kommunikasjon mellom utførende ledd. Operativ informasjon bør ikke formidles gjennom personer uten operativ innsikt.
21.	Samarbeidsrelasjonene mellom helseteam og UD sine utrykningsteam (URE) må gjennomgås og beskrives. Det er behov for bedret koordinering mellom teamene. Hvis helseteam skal ha nytte av URE, må URE ha en helsekompetanse som forstår de operative konsekvensene av det som observeres. Observasjoner må kunne omsettes til en bestilling. Dette skal ivaretas av helsesektorens deltakelse i URE, og det er avgjørende at personellet som sendes ut har tilstrekkelig faglig kompetanse til å ivareta denne oppgaven.
22.	Utenriktjenesten bør informeres om og lære noe om hvordan helsepersonell og helsetjenesten kan benyttes – herunder bidra til å opprettholde mestring hos eget og andres etaters personell, rådgivning, kartlegging og informasjon. Slike funksjoner og roller må inngå i trenings- og oppdraggrunnlaget til utsendt helsepersonell.
23.	Det er behov for å presisere forskjellen mellom helsetjenestens deltakelse i UD's utrykningsenhet (URE) og etablering av helseteam. Helsepersonell i URE har en annen oppgave enn helseteamene, og utsendelse av helseteam erstatter ikke behovet for å ha helsepersonell i URE. Det bør vurderes å utarbeide en felles instruks for UD, politiet og SHdir mht URE.
24.	For at helseteam skal fungere bedre er det vesentlig at det første teamets erfaring overføres til etterfølgende team. Uten predefinerte formater for rapportering og fastlagte rutiner for innhenting, bearbeidelse og lagring av informasjon, går kunnskap tapt i vekslingsfeltene. Nødvendig systemkunnskap drar hjem med enkeltindividene og blir lite tilgjengelig. For at suksessive helseteam skal fungere bedre, er det vesentlig med et med et system for erfaringsinnhenting og overføring, også av hensyn til erfaringsgrunnlaget for fremtidige oppdrag.
25.	Rutiner for informasjonshåndtering (f.eks. pressehåndtering) bør foreligge skriftlig til de som sendes ut.
26.	Ullensaker kommune ønsker å innføre en rutine der helsepersonell som har fulgt en flight med evakuerte personer gjør seg til kjenne ved ankomst og deler informasjon med kommunens helsepersonell om passasjerer som de mener trenger videre oppfølging.
27.	Retningslinjer for debriefing under en "feltoperasjon" må inngå som en del av organisasjonsapparatets retningslinjer. Ikke som en erstatning for senere tiltak, men som en forutsetning for mestring og oppfølging av personell mens de er i aksjon. Operativt helsepersonell er vant med nødvendigheten av dette hjemmefra, men slike rutiner er mindre kjent for bl.a. personellet fra utenriktjenesten og pressen. Innsattpersonellet må sikres debrief i to ledd 1. Det må etableres et system og rutiner for løpende debriefing 2. Innsattpersonell må møte personer med kunnskap og erfaring på debriefing ved hjemkomst.

Organisatorisk forberedthet	
28.	Det må beskrives et mandat for teamene. Hvilken myndighet har de?
29.	Pårørendestøtte anbefales innført som rutine ved utsending av helseteam. Oppfølging av pårørende til deltakere i helseteam (jevnlig oppdatering og informasjon, særlig hvis direkte kontakt er vanskelig) bør ivaretas av vedkommendes arbeidsgiver. Dette fordrer gode kommunikasjonslinjer og tett rapportering fra SHdir til HF.
30.	Første team bør ha sitt utspring i miljøet ved UUS, både pga kapasitet og mulighet til raskt å mobilisere. Divisjonsdirektør i prehospital divisjon er ansvarlig for å iverksette mobilisering og beslutte sammensetning av teamet.
31.	Det er behov for å avklare hvem som har arbeidsgiveransvaret for teamene. Regionene setter ofte sammen team fra flere forskjellige foretak, og også NLA er en viktig bidragsyter.
32.	Det må legges føringer for hvordan kostnadene for utsendelse av team dekkes inn, og hvordan avlønningen skal være. Retningslinjene må gjelde for hele landet.
33.	Det er behov for at aktuelle ressurspersoner fra helsetjenesten gjør seg kjent med norsk utenrikstjeneste, og vice versa.
Praktisk forberedthet	
34.	Forhåndsdefinert personell bør ha tjenestepass eller diplomatpass
35.	Det må vurderes hvilke vaksiner personell til helseteam skal ha tatt på forhånd, og det må etableres en beredskap for raskt å kunne supplere med nødvendige tilleggsvaksiner før avreise.
36.	SHdir må ha en solid beredskapsavtale i forhold til å kunne skaffe billetter også utenom normale åpningstider og på helligdager.
37.	Forsikringer for helseteam må på plass.
38.	Personell som reiser ut bør ha med tilstrekkelig med kontanter i relevant valuta.