



BEREDSKAPSANALYSE INNEN HELSE
Helse Øst RHF
Forsyningsberedskap - Helsemateriell
Delrapport

Rapporttittel:

Beredskapsanalyse innen helse, Svikt i helsemateriellforsyning

Kunde:

Helse Øst RHF

Prosjekt nr.:

P60009

Dok. nr.:

ST-60009-RA-2-Rev01

Forfatter(e):

Sigrun K. Sæther og Grete Aastorp

Fil ref.:

P60009 Helsemateriell rev01

Oppsummering:

 Rapporten presenterer resultatene av beredskapsanalyse i Helse Øst med tema: **Forsyningsberedskap - Helsemateriell**
Nøkkelord:

 Beredskapsanalyse, Beredskap
 Smittevern, Pandemi

 Begrenset

 Intern

 Fri distribusjon

 Referanse tillatt

Rev. nr.	Dato	Utarbeidet av	Kontrollert av	Godkjent av	Grunn for revisjon
00	2006-10-11	Sigrun K. Sæther	Grete Aastorp/ Camilla Bergersen		Sendt for kommentar
01	2006-10-24	Sigrun K. Sæther	Grete Aastorp		Revidert etter kommentarer fra analysegruppa

INNHOLD

1	BAKGRUNN	2
1.1	Mål.....	2
2	METODIKK.....	2
3	SCENARIOER BENYTTET I ANALYSEN	3
3.1	Scenario 1	3
3.2	Scenario 2	3
4	STATUS	3
4.1	Hva er status i regionen.....	4
4.1.1	Felles eksternt forsyningscenter (EFS) for Helse Øst	4
4.1.2	Forsyningsberedskap i Helse Vest RHF.....	7
5	FORSLAG TIL OPPFØLGENDE TILTAK.....	8
6	ANBEFALINGER TIL VIDERE ARBEID MED HELSEMATERIELL-BEREDSKAP	16
7	REFERANSER.....	17

1 BAKGRUNN

Lov om Helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 (ref 1) og dertil hørende Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid (ref 2), stiller krav til de regionale og lokale helseforetakene (RHF og HF) om å utarbeide beredskapsplaner for virksomheten.

Helse Øst RHF (HØ) er nå i ferd med å revidere sin regionale plan for helsemessig og sosial beredskap. HØ har basert sin beredskapsplan på egne ROS-analyser (ref 3) og Nasjonal ROS- og beredskapsanalyse i regi av SHdir (ref 4). For å videreutvikle beredskapsevnen i regionen, ønsket HØ å gjøre mer spesifikke beredskapsanalyser innen følgende tema:

- Smittevern med fokus på pandemi
- Forsyningsberedskap med fokus på svikt i legemiddelforsyning
- Forsyningsberedskap med fokus på svikt i forsyning av helsemateriell

Denne rapporten beskriver gjennomføringen av samt resultat fra temadagen om *Forsyningsberedskap med fokus på svikt i forsyning av helsemateriell*.

Det var ca 20 personer som deltok på temadagen med særlig kompetanse innen innkjøp og logistikk samt medisinsk kompetanse fra HF (samtlige i Helse Øst), Helse Øst RHF, Innhøst programmet og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

1.1 Mål

Målene med temadagen og denne rapporten er:

- Avstemme forventninger samt fordele ansvar og oppgaver mellom de ulike nivåene i forvaltningen
- Operasjonalisere tiltak fra tidligere ROS-analyser og utredninger
- Skaffe status over prosjektet "Felles eksternt forsyningscenter (EFS) i Helse Øst RHF" i regi Innhøst programmet/Helse Øst RHF
- Komme med gode forslag til hvordan regionens beredskapsevne kan styrkes
- Dele kunnskap
- Gi innspill til regional helseberedskapsplan
- Utarbeide en rapport som også vil hjelpe HF-ene i videre beredskapsplanlegging

2 METODIKK

I Nasjonal ROS- og beredskapsanalyse(ref 4), Regional ROS analyse i HØ fra 2003 (ref 3), rapporten Forsyningsberedskap i Helse Vest fra 2006 (ref 5) og den nasjonale pandemiplanen fra 2006 (ref 6) er det fremmet en rekke tiltak for å bedre beredskapen ved svikt i forsyning av helsemateriell. Hovedmålet med dette arbeidet var derfor ikke primært å generere nye forslag til tiltak, men å operasjonalisere eller konkretisere de forslag som allerede foreligger.

Temadagen ble delt inn i to hovedseksjoner. Dagen startet med følgende innlegg:

1. Status Innhøstprogrammet. Felles eksternt forsyningscenter (EFS) for Helse Øst; kvalitet, risiko, sårbarhet og beredskap
2. De viktigste erfaringene fra Helse Vest RHF: Rapport frå Regionalt råd for forsyningsberedskap

Del to av dagen var avsatt til selve analysen. Safetec utarbeidet en metodikk der deltakerne gjennom gruppearbeid fikk jobbe med en todelt oppgave:

1. Ta først utgangspunkt i tildelte tiltak fra tidligere analyser
 - Hva er status (hvis dere vet noe om det)?
 - Er tiltaket (fremdeles) relevant for Helse Øst?
 - Hva bør i såfall være oppfølgingen?
 - Hvem har ansvar?
2. Så, med utgangspunkt i tildelt scenario – hvilke andre tiltak ønsker dere å foreslå?

Resultatene fra gruppearbeidene ble skrevet inn i et skjema som dannet grunnlag for plenumsdiskusjon. Tabellene som ble benyttet i oppgave 1 er presentert i kapittel 5.

Scenarioene er vist i kapittel 3.

3 SCENARIOER BENYTTET I ANALYSEN

3.1 Scenario 1

"Fugleinfluenzaviruset på vei til nordområdene!" står det å lese i dagsavisen. Det er nå klart at det verste som kunne skje har skjedd. Fugleinfluenzaviruset er nå påvist å smitte mellom mennesker, og det ventes at de første sykdomsutbruddene i den nordlige delen av Europa vil komme i løpet av de neste månedene.

Egne leverandører av medisinske forbruksvarer melder om ekstrem etterspørsel etter smittevernutstyr, da spesielt munnbind, engangshansker og -frakker. Fortsetter trenden vil lagrene gå tomme i løpet av den neste uken og de vil ikke greie å oppfylle leveransene til sykehusene og helsetjenesten forøvrig. Leverandørene melder om leveringsproblemer fra grossistene i Europa.

3.2 Scenario 2

Svikt i elektronisk bestillingssystem

Det nye bestillings- og logistikksystemet EFS er nå innført i HF.

En fredags natt rammes Østlandet av et voldsomt tordenvær, og lynnedslag slår ut en hovedtavle på sykehuset og serveren for elektronisk bestilling. Strømsvikten er lokal og rammer administrasjonens bygning, men bestillingssystemet er nede for hele sykehuset.

På motorveien får en ung sjåfør vannplaning. Bilen går rundt og forårsaker en kjedekollisjon med 9 biler involvert. Det slås katastrofealarm på sykehuset.

Eskalering: En av bilene tar fyr, og brannen sprer seg til flere biler. Flere hardt brannskadde forventes til sykehuset. Sykehuset har ikke tilstrekkelig helsemateriell for behandling av et så høyt antall brannskadde.

4 STATUS

Helsemateriell er en vid produktgruppe som innbefatter varegrupper som:

- Medisinsk engangsgods (sterilt og usterilt)
- Medisinsk flergangsgods (sterilt og usterilt)
- Medisinsk teknisk utstyr
- Laboratoriemateriell
- Utstyr til bruk i felt

Definisjonen på medisinsk utstyr er vid (ref 7):

Ethvert instrument, apparat, hjelpemiddel, materiale eller enhver annen gjenstand som brukes alene eller i kombinasjon, herunder nødvendig programvare, og som av produsenten er ment å skulle brukes på mennesker i den hensikt å:

- Diagnostisere, forebygge, overvåke, behandle eller lindre sykdom
- Diagnostisere, overvåke, behandle, lindre eller kompensere for skade eller uførhet
- Undersøke, erstatte eller endre anatomien eller en fysiologisk prosess
- Forebygge svangerskap

I en beredskapssammenheng vil utfordringene for helseforetakene være å identifisere hvilke utstyrgrupper som er kritiske, hvilke artikler innenfor gruppen(e) trenger vi et beredskapslager for og hvor stort skal dette beredskapslageret være.

4.1 Hva er status i regionen

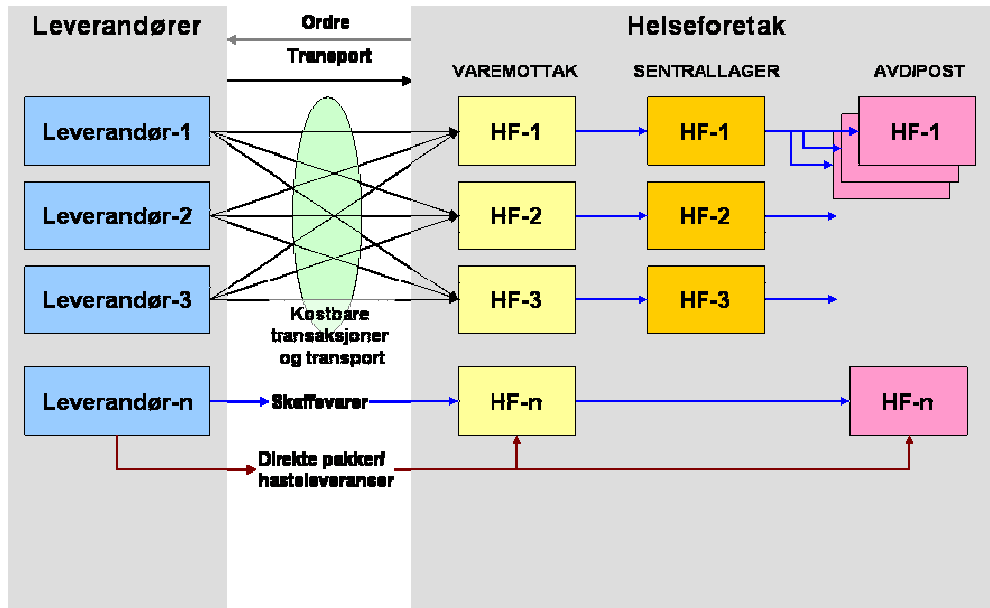
Kapittelet gir en oppsummering av de innledende foredrag på temadagen.

Det har foregått en del arbeid den senere tid for å kartlegge status og få oversikt over risikobildet knyttet til svikt i forsyning av helsemateriell og konsekvenser for liv og helse. Helse Øst RHF sitt Innhøst program "Felles eksternt forsyningscenter (EFS) for Helse Øst", rapporten Forsyningsberedskap i Helse Vest RHF og den nye revisjonen av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, gir et godt oversiktsbilde på hva som er gjort og hva som bør være veien videre innen fagområdet.

4.1.1 Felles eksternt forsyningscenter (EFS) for Helse Øst

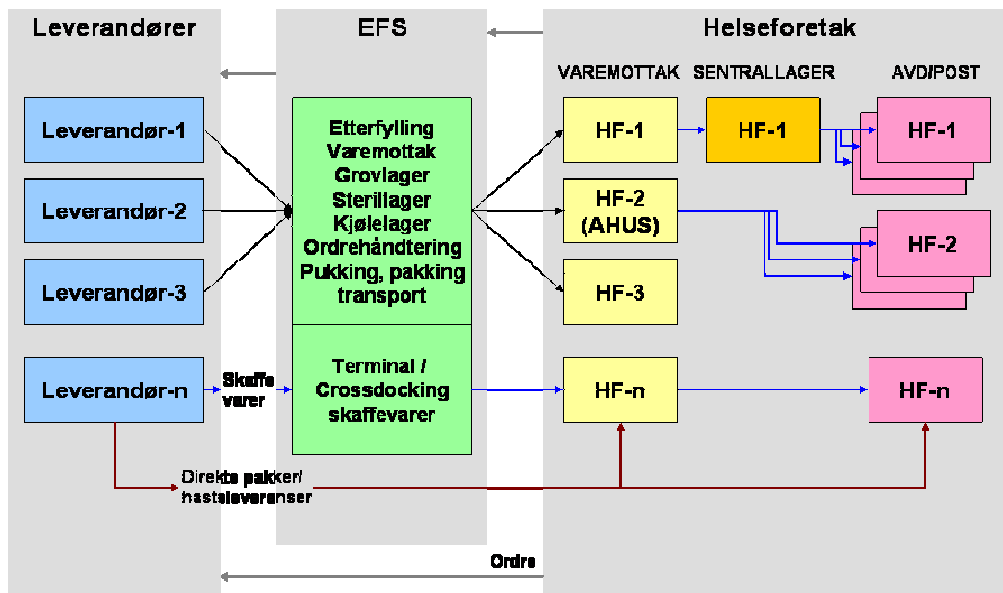
Etablering av felles forsyningsstruktur i Helse Øst har vært en del av strategien for foretaksgruppen siden 2002. Prosjektet "EFS for Helse Øst" ble initiert og etablert ved at nye Akershus universitetssykehus er bygget uten forsyningslager og skal knyttes opp mot et eksternt forsyningscenter (EFS). Vurderingen er at etablering av et felles eksternt forsyningscenter er mer lønnsomt og at dette fører til en mer stabil/sikker vareforsyning. I tillegg vil det være miljømessige gevinster ved at transport i større grad kan samordnes slik at det totale transportbehov vil kunne reduseres betydelig..

Dagens situasjon er at mer enn 100 leverandører leverer forbruksmateriell til sykehusene. Disse leverer forbruksmateriell til sentrale lager rundt omkring i regionen og dels direkte til avdelinger i HF. Hasteleveringer kan gå direkte til post/avdeling (se figur 1). Alle i sykehuset kan bestille varer og mange bruker i dag tid på bestilling av materiell i stedet for pasientrettet arbeid. Dette er en kostbar løsning og praksis.



Figur 1: Dagens logistikk-løsning

Gevinstmulighetene har vært det drivende bak løsningen med EFS (figur 2). Færre leverandører skal levere større kvanta til grossist, med forventning om prisreduksjon på varene som leveres.



Figur 2: Ekstern forsyning med EFS

Status på "Felles eksternt forsyningscenter" i Helse Øst

- Organisert med en styrings- og en prosjektgruppe
- Signert kontrakt med DHL den 25. september 2006
- Kontrakten i drift fra nyttår 2007. Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF er de første til å bruke EFS, og faser ut egne sentrallager.
- Øvrige sentrallager i Helse Øst (14 stk) fases ut over tid, og erstattes av EFS

Følgende **risikovurdering** har blitt utført for å belyse utfordringer ved overgangen fra sentrallager til EFS:

Hendelse	Risiko med EFS i stedet for egne lagre
1. Rask økning i behovet som overstiger forsyningskapasitet fra lager	EFS vil være buffer for utjevning mellom HF i regionen. EFS har beredskapslager.
2. Behovet overskrider produksjons- eller transportkapasiteten	EFS vil være buffer for utjevning mellom HF i regionen. EFS har beredskapslager. EFS/RHF har beredskap for alternative leverandører eller produkter.
3. Knapphetssituasjon skapes fordi hendelse / trussel skaper frykt som støvsuger markedet	Tilsv. 1 og 2
4. Produsentene greier ikke opprettholde produksjon pga ulykke, svikt i infrastruktur el.	Tilsv. 1 og 2
5. Total ødeleggelse av varelager og lagerlokale	Levering direkte fra leverandører til HF. EFS har kapasitet til å etablere alternativt lagerlokale. Varer i bestilling / under transport til EFS kan fylle opp lageret raskt. (ref Skåne Förråd)
6. Streik, blokade, fremføringsveier blokkert	

Resultatet av ROS analyser utført ved Aker universitetssykehus (AUS)

For å kartlegge konsekvensene av å innføre EFS ved nye Ahus, har styret ved Aker universitetssykehus (AUS) bedt om at det gjennomføres en ROS-analyse for å kartlegge potensiell risikøkning i forhold til nåværende lager- og forsyningsordning. Arbeidsgruppen identifiserte 9 hendelser der risikoen øker ved innføring av EFS i forhold til dagens løsning.

Konklusjon

- Analysen viser at risiko og sårbarhet ved å tilknytte seg et eksternt forsyningscenter er moderat i utgangspunktet og risikoen klassifiseres som "akseptabel".
- Det mest kritiske punkt er tilgjengelighet på kritiske varer. Bruken av "Aktiv Forsyning" har imidlertid redusert faren for at kritisk materiell ikke skal være tilgjengelig ved en krisesituasjon.

Veien videre

- På nåværende tidspunkt har arbeidsgruppen gjennomført en fin-analyse av de 9 enkeltstående hendelsene.
- Neste steg vil være å beskrive forslag til tiltak for å sikre at de identifiserte hendelser håndteres på en slik måte at AUS får størst mulig utbytte av overgangen til EFS, og at risikoen blir så lav som mulig.

Det er et uttrykt ønske at alle HF i Helse Øst skal knytte seg opp til et felles forsyningscenter. De sikkerhetsmessige aspektene ved en slik overgang må ivaretas slik at forsyningsberedskapen tilfredsstiller krav i hvert enkelt HF. Arbeidet som nå er gjort ved Ahus og AUS vil kunne være til nytte ved de andre HFene i regionen. Resultatet fra ROS-analysene ved AUS kan fås ved å henvende seg til Helse Øst RHF eller Anders Skumsnes som per dato er ansvarlig for Innhøst programmet.

4.1.2 Forsyningsberedskap i Helse Vest RHF

I Helse Vest RHF er det etablert et Regionalt Råd for Forsyningsberedskap (RRFB) som har gjennomført vurderinger av forsyningssituasjonen for blant annet medisinsk forbruksmateriell. I januar 2006 publiserte RRFB rapporten "Forsyningsberedskap i Helse Vest RHF" (ref 5).

Rapporten konkluderer med følgende:

Det er lite sannsynlig at svikt i forsyning av forbruksmateriell skal få større konsekvenser for pasientbehandling. Unntak er smittevernutstyr, som blant annet åndedrettsvern. Monopolsituasjon og utfasing av lager på norsk jord har ført til økt sårbarhet, men konsekvenser av dette er ikke systematisk vurdert for kritisk helsemateriell. Det er heller ikke avklart hva som skal defineres som kritisk helsemateriell, og hvem som skal avgjøre dette.

Helse Vest RHF avventer også resultatet fra arbeidet i Helse Øst vedrørende eksternt felles sentrallager (EFS) for om mulig å koble seg opp til en slik mulighet for felles lagring og innkjøp av helsemateriell.

5 FORSLAG TIL OPPFØLGENDE TILTAK

Tabellen under viser de utfyllende kommentarer som kom frem under temadagen og i påfølgende høringsrunde. Tiltakstabellen under er basert på Tiltaksplaner fra Nasjonal ROS- og beredskapsanalyse (ref 4), den regionale ROS-analysen i Helse Øst RHF (ref 3), Helse Vest RHF sin rapport (ref 5) og fra kap 7 i Pandemiplanen (ref 6). Oppgaven til gruppene var å drøfte hvert enkelt tiltak samt komme med presiseringer, konkretiseringer og eventuelle behov for ytterligere avklaringer (for nærmere beskrivelse av metode se kap. 2).

En forutsetning for diskusjonene er at EFS innføres i alle HF i Helse Øst RHF.

	Tiltak	Status, kommentar, behov for oppfølging	Ansvar
	Fra Nasjonal ROS Behov overskrider tilgjengelig ressurs		
1.	<p>Dagens situasjon med fragmentert ansvar for bestilling og lagerhold de fleste steder er ikke gunstig, verken i forhold til å oppdage svikt, eller for å styre knappe ressurser i en mangelsituasjon. Overgang til større og mer profesjonelle lager, der beredskapslager også inngår og rulleres, vil bedre denne situasjonen. Følgende tiltak foreslås:</p> <p>a) Helsematerieell er et svært omfattende område. En klassifisering av hva som skal inngå i begrepet, og en overordnet vurderingsnøkkel av hva som er kritisk, vil være et nyttig verktøy for videre beredskapssikring og utvikling av logistikkfunksjonene. Klassifiseringen kan utføres f.eks. på oppdrag fra SHdir, mens detaljerte vurderinger må ivaretas av den enkelte RHF/helseinstitusjon.</p>	<p>Kommentar fra seminardagen: Det bør utarbeides en liste over kritisk medisinsk helsematerieell (klassifisering). Føringsen bør komme fra SHdir. Det enkelte HF må selv identifisere hvilke utstyrsgupper som er kritiske, hvilke artikler innenfor gruppen(e) som må inn i et beredskapslager og hvor stort dette beredskapslageret skal være.</p> <p>Men – det er ikke tenkt iverksatt noe arbeid på dette i SHdir i nær fremtid.</p> <p>Kommentar fra Terje Pettersen, prosjektleder EFS: I kapittel 6 med anbefalinger til videre arbeid, er det henvist til at det bør "iverksettes et arbeid på regionalt nivå med å definere 'kritisk helsematerieell'. Det er dette arbeidet som har vært etterlyst fra de helseforetakene som deltar i EFS-prosjektet. Enkelte av deltakerne har gått så langt som å si at de ikke vil ta stilling til når de slutter seg til EFS før risiko er vurdert og det er utarbeidet beredskapsplan for EFS. Det er derfor viktig at dette arbeidet videreføres/kommer i gang slik at krav til beredskap for EFS, herunder plassering av kritisk helsematerieell i beredskapskategori, kommer i gang.</p>	RHF

	Tiltak	Status, kommentar, behov for oppfølging	Ansvar
1 b)	Det oppfordres til økt interregionalt samarbeid både for å øke mulighetene for samarbeid ved krise og for å finne fram til de gunstigste løsningene mht logistikk, leveringsavtaler og økonomi.	<p>Etableringen av EFS skjer i første omgang kun innenfor Helse Øst RHF. De andre regionene har ikke gjort vedtak om tilsvarende ordning, men det vil være mulig å inngå samarbeid med andre helseregioner i etterkant. Helse Sør har opsjon på å ta i bruk den valgte løsningen i Helse Øst.</p> <p>INNHØST (Innkjøpsnettverket til HØ)/HINAS (Helseforetakenes Innkjøpsservice AS) skal på sikt sørge for felles innkjøpsavtaler på enkelte produkter. INNHØST vil synliggjøre mangel på felles avtaler for Helse Øst RHF.</p>	RHF Innhøst
1 c)	Gjennom utarbeidelse av anbuds dokumentasjon er det viktig å vektlegge leveringssikkerhet. Det bør gjennom kontraktsforhold kreves at leverandøren etablerer beredskap på kritisk materiell.	<p>Krav til leveringssikkerhet må kontraktfestes og må inngå i anbuds dokumentasjonen der dette er relevant, spesielt for definert kritisk materiell. Dette er det tatt høyde for i avtaleinngåelsen med DHL som skal administrere og drifte EFS. Det opereres med 3 ulike kategorier av produkter, med minimumskrav til lagerbeholdning på hhv 2, 4 og 6 måneders normalforbruk. Hvilke produkter som skal inngå i hver kategori, er imidlertid ikke definert.</p> <p>EFS skal ha tilstrekkelig med varer på lager for å oppfylle de krav som stilles til beredskap som er stilt av HØ. HFene må definere sine behov i forkant av anbudsutlysning for aktuelle artikler. Lokale ROS-analyser kan gi et godt grunnlag for å fremskaffe en slik oversikt. SHdir anbefaler at HF tar utgangspunkt i "hvilke hendelser kan føre til en plutselig økning i forbruk av helsemateriell, og hvilke artikler vil bli forbrukt?".</p> <p>Hvis det tas høyde for et sett større hendelser som er dimensjonerende for regionens beredskapsbehov, vil også mindre hendelser være dekket. Det er trolig mest effektivt å kjøre et prosjekt i regi av RHF der HF sammen definerer kritisk materiell og behov ved krise. INNHØST programmet ønsker at en viderefører ROS-prosjektet på dette området for å sikre en regional koordinering.</p>	RHF

	Tiltak	Status, kommentar, behov for oppfølging	Ansvar
2.	Både kommunal- og spesialisthelsetjenesten bruker fabrikksterilisert engangsutstyr. Lov om medisinsk utstyr forbyr resterilisering av slikt utstyr – dersom det ikke utføres i en sterilsentral godkjent av EU eller hos fabrikant. Lovens tekst gir lite rom for skjønn. Ved en uventet situasjon (f.eks. brann med røyk- eller vannskade på lager) vil steriliteten sannsynligvis være brutt. Det bør sies noe om hvordan man skal gå fram for eventuelt å få dispensasjon fra dette lovverket ved en krisesituasjon (nødrett).	I den regionale helseberedskapsplanen bør det beskrives hvor man skal henvende seg både for dispensasjoner fra loven ved krise, og ved behov for rasjonering av knappe beholdninger av kritisk materiell.	RHF
3.	Ved etablering av lager- og logistikksystemer i helsetjenesten må det legges vekt på å identifisere kritisk materiell samt legge opp til mulighet for raskt å oppdage når lagrene av kritisk materiell faller under et visst nivå. Et meldesystem som innbefatter hele forsyningskjeden bør etableres.	Ved etablering av EFS er dette tenkt ivaretatt. Meldesystemet må bygges opp slik at melding om forsyningssvikt/avvik i leveranse når helt ut til forbrukende enhet. RHF v/Innhøst må teste at meldesystemet fungerer. Kommentar fra John Skjulhaug, SØ Hvert HF må få spesifikke krav til beredskap. Minimumskravene må tallfestes i form av et gitt antall pasienter som skal behandles ut i fra en gitt skadesituasjon og i et gitt tidsrom. For scenarioer som bygger seg opp over tid f.eks en pandemi må minimum oppbygningstid identifiseres. Ambisjonsnivået må forankres på RHF nivå. Ut i fra gitte beredskaps scenarioer må hvert HF identifisere kritisk materiell basert på listene/føringene fra SHdir. Ved overgang til EFS må disse beregningene danne grunnlag for beredskapslager direkte på sengepost eller i tilknytning til varerampe lokalt på HF.	RHF/HF

	Tiltak	Status, kommentar, behov for oppfølging	Ansvar
4.	Ved inngåelse av kontrakter på utstyr som er vurdert som kritisk, bør det etableres kontrakt med flere og alternative leverandører, slik at man ikke gjør seg avhengig av en monopolsituasjon.	<p>Det er delte meninger om dette er et relevant tiltak. Parallell rammeavtaler der kun en er aktiv vil være vanskelig å håndtere. Nytt regelverk pålegger innkjøper å fordele innkjøp på alle distributører/produsenter med avtale.</p> <p>Alternativ kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Holde oversikt over alternative leverandører. Ved leveransesvikt hos hovedleverandør kan man henvende seg til alternative leverandører. Denne type informasjon vil en få inn i forbindelse med anbudsrunder. • Skifte hovedleverandør ved nye tilbud, for å holde kontakt med flere leverandører og opprettholde konkurranse i markedet. • Helseregionene sprer seg på flere leverandører (parallell nasjonale avtaler). Her kan HINAS brukes som mellomledd. 	RHF/Innhøst HINAS
5.	Smittevernustyr forventes å bli mangelvare ved utbrudd av pandemi. Den enkelte helseinstitusjon må vurdere om den skal lagerholde smittevernustyr. NB! Det går ca 20 skift med engangstøy pr smittepasient pr døgn i spesialisthelsetjenesten.	<p>Ved en pandemisk influensa kan man se for seg en tidobling av behovet for smittevernustyr fra det ene døgnet til det andre.</p> <p>Krisesituasjoner ute i verden kan medføre leveringssvikt av helsemateriell til Norge. Smittefrakker som leveres til Norge produseres stort sett i Kina. Under SARS-utbruddet stoppet levering av smittefrakker fordi produsentene prioriterte å dekke landets eget behov.</p> <p>Det må vurderes å beredskapslagre smittevernustyr i regi av EFS. Fordelen med EFS er at EFS er en større aktør som er mer konkurransedyktig, hvilket øker leveringssikkerheten ved pandemier og andre større krisesituasjoner som ikke bare er av nasjonal karakter.</p>	RHF/Innhøst/EFS

	Tiltak	Status, kommentar, behov for oppfølging	Ansvar
6.	Varlingsrutiner for akutt mangel på helsemateriell, samt for forsyningssvikt, må etableres og skal inngå som en del av beredskapsplanen til den enkelte enhet.	FHI overvåker den internasjonale situasjonen knyttet til spredning av infeksjonssykdom, og har velfungerende meldesystemer for dette. Etablerte meldesystemer bør også kunne brukes ved knapphetssituasjoner på helsemateriell. Det må da sikres at logistikk/innkjøp også er på "mail listen"? Rutiner for akutt mangel på helsemateriell må etableres lokalt. Overgang til EFS gir nye rutiner og nye kontaktpunkter, og dette må gjenspeiles i HF sin beredskapsplan.	FHI HF
7.	Det høye antallet vareslag i kategorien "helsemateriell" kombinert med variasjonene av helsetilbud tilsier at hver enkelt helseinstitusjon selv må gjøre ROS-analyser og identifisere kritisk materiell. Vurderinger gjort på overordnet nivå vil kunne gi klassifiseringer og enkelte føringer, men innenfor dette området ansees det ikke som en realistisk oppgave å lage en "statlig liste" over kritisk materiell.	De enkelte HFene er ikke så ulike med hensyn til varesortiment. Varesortimentet ved EFS vil føre til økt standardisering sammenlignet med dagens situasjon. Se også tiltak 1 c).	RHF HF
	Tiltak fra Helse Vest		
8.	Det må etableres rutiner for rasjonering av forbruksmateriell ved truende eller etablert mangelsituasjon.	I krisesituasjoner der man vet det vil oppstå leveringssvikt må det enkelte HF utarbeide rekvireringsrutiner og beskrive hvordan dette skal iverksettes. Rutinene må beskrive hvem som skal få levert materiell og i tilfelle hvor mye. På HF nivå bør en vurdere om et eksisterende utvalg/råd kan tillegges oppgave med å stå for fordeling av materiell i slike situasjoner. Arbeidet bør koordineres på regionalt nivå for å sikre lik behandling innenfor regionen og sikre at rutinene ikke legger til rette for at enkelte avdelinger hamstrer og bestiller mer enn nødvendig. Kriseledelsen på regionalt nivå må kunne gjøre regionale prioriteringer som hele foretaksgruppen må rette seg etter.	HF RHF

	Tiltak	Status, kommentar, behov for oppfølging	Ansvar
9.	Det må vurderes om forsyningssvikt av medisinsk-teknisk utstyr kan føre til kritiske situasjoner mht praktisk bruk av kritisk forbruksmateriell.	<p>Svikt i forsyning av medisinsk teknisk utstyr som igjen fører til kritiske situasjoner mht praktisk bruk av kritisk forbruksmateriell er ikke et scenario man ser for seg. Derimot vil man kunne oppleve svikt i tilgang på forbruksmateriell til medisinsk-teknisk utstyr, og også svikt i forsyning av reservedeler.</p> <p>Svikt i tilgang på medisinsk-teknisk utstyr kan være et aktuelt scenario, men begrensningen er vel så ofte personell til å betjene utstyret .</p> <p>Ved Legionella-utbruddet i Østfold gikk hadde man ikke tilstrekkelig respiratorkapasitet ved Sykehuset Østfold HF. Løsningen var å samarbeide med andre sykehus og overføre pasienter til disse.</p>	
10.	Avtale om transport av kritisk materiell mellom enhetene i ulike HF og sentralforsyning må utarbeides.	<p>Tiltaket er ikke relevant for Helse Øst.</p> <p>Regelen er at man skal frakte pasienter i stede for materiell. I Helse Øst er dette en etablert praksis. Pasienter fordeles mellom sykehusene avhengig av sykdomstilstand, skade og alvorlighetsgrad.</p> <p>Ved behov for frakt av utstyr er ikke transportkapasiteten en flaskehals. Det kritiske i slike tilfeller er oftere å få utstyret montert og i drift. Utfordringen er å ha oversikt over utstyr som kan omdisponeres. Her er det behov for å diskutere om det skal etableres oversikter over slikt utstyr, og evt avtaler for omdisponering/lån.</p>	RHF v/R-UFAB
	Tiltak fra Regional ROS-analyse 2003		

	Tiltak	Status, kommentar, behov for oppfølging	Ansvar
11.	<p>HF er selv ansvarlig for å etablere en tilstrekkelig forsyningssikkerhet. Basert på ROS-analyser av egen virksomhet, må kritisk materiell identifiseres. Følgende momenter bør som et minimum vurderes for hvert vareslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er produktet kritisk i forholdet til sykehusets evne til å yte lovpålagte tjenester? • Vil det forbrukes store mengder av produktet i en akutt krisesituasjon? <p>Hvis JA på disse spørsmålene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva har vi selv på lager? • Hva er leveringstiden (lang leveringstid krever større lokale lager?) • Besitter leverandøren lager av produktet? • Finnes det alternative leverandører? • Finnes det brukbare erstatningsprodukter? • Er det mulig å raskt skaffe tilveie produktet fra andre deler av regionen? 	<p>Tiltaket er også besvart i tiltak 1c).</p> <p>For å fremskaffe en oversikt over kritisk materiell vil forhåndsdefinerte scenarier til bruk ved ROS-analyser være til stor hjelp. SHdir har utarbeidet scenarier på nasjonalt plan. Oppgaven vil være å fremskaffe oversikt over hvilke varer som vil bli kritisk ved de ulike hendelsene.</p> <p>Etablering av EFS vil gjøre det lettere å etablere rullerbare beredskapslager. I de tilfeller der HFene ikke er tilknyttet EFS vil det være vanskeligere å få til tilstrekkelig rullering av beredskapslageret.</p>	HF
12.	Beredskap og forsyningssikkerhet må implementeres i innkjøpsstrategien for både RHF og HF.	Innkjøps samarbeid og avtaler styres av prosjektet SGIL (en del av INNHØST programmet). I prosjektgruppa sitter innkjøps sjefene i Helse Øst RHF. De vurderer blant annet å hva som skal bestilles regionalt og nasjonalt. Dette spilles inn til EFS som da kjøper inn i henhold til avtaler. Det er etablert systemer som kan ivareta behovet for beredskapslager, men det enkelte HF må gi beskjed om behov (volum og vareslag).	RHF/HF
13.	Ved AMK-sentralene i regionen bør det finnes en oversikt over hvilke ressurser Forsvaret, Sivilforsvaret, Frivillige organisasjoner og store private aktører besitter.	<p>Tiltaket videreføres. Status usikker.</p> <p>Kommentar/spørsmål fra A. Skumsnes: Sjekker ROS-prosjektet opp dette slik at det kan tas inn i rapporten? Hvor finnes en samlet oversikt over dette – viktig mht til å vurdere beredskapsnivå – samt situasjoner der det kan være aktuelt at f.eks EFS må støtte disse organisasjonene.</p>	RHF R-UFAB?

	Tiltak	Status, kommentar, behov for oppfølging	Ansvar
	Nye tiltak		
14.	Lokale lager må dimensjoneres ulikt avhengig av transportavstand fra DHL sitt lager (EFS).	<p>For sykehus med sentrallagerfunksjon kan man ved akutt oppstått krise sende noen til lageret for å hente nødvendig materiell. Ved innføring av EFS bortfaller denne muligheten. EFS har imidlertid 24 timers beredskap 365 dager i året, og hasteleveranse kan skje direkte til forbrukende avdeling.</p> <p>For sykehus som ligger langt vekk fra lageret (på Ulven i Oslo) må det påregnes et større lokalt lager enn for sykehusene i hovedstadsområdet.</p>	HF
15.	Et utbrudd av pandemi vil føre til knapphet på smittevernutstyr som blant annet munnbind og frakker og engangsutstyr som kirurgiske kniver og lignende. HF bør utarbeide en liste over utstyr som kan brukes flere ganger (resteriliseres) og legge denne inn i sin beredskapsplan.	Tiltaket ble fremmet ved drøfting av scenario nr 1.	HF
16.	<p>Ved strømsvikt på sykehuset vil varebestilling bli gjort pr telefon i stedet for elektronisk. Men varekatalogen er elektronisk og strømsvikt medfører at man ikke har tilgang på bestillingsnummer.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Varekatalog må også finnes i papirversjon. Utarbeide et sett med standardordrer for forbruksmaterieell ved ulike typer skade, f.eks. kirurgiske skader, brannskader osv. Kontaktinformasjon til EFS må også finnes på papir, slik at varebestilling kan skje også ved strømsvikt. 	<p>Tiltakene ble fremmet ved drøfting av scenario nr 2.</p> <p>Forslag til praktisk gjennomføring fremmet i høringsrunden: EFS sender ut en elektronisk versjon av total varekatalog til HFene. HFene må printe ut denne katalogen eller gjøre den elektronisk tilgjengelig på utstyr som ikke berøres av en eventuell strømsvikt.</p> <p>HFene utarbeider standard ordre (handleliste) i sine systemer for ulike scenarioer, som blir lagret elektronisk i bestillingssystemet. HFene må oppbevare papirkopier/versjoner av disse standard ordrene.</p> <p>Helseforetakene etablerer oversikt over hvor varekataloger og standardordrer oppbevares i papirkopier med definert ansvarlig(-e) for løpende oppdatering.</p>	RHF/HF/EFS

6 ANBEFALINGER TIL VIDERE ARBEID MED HELSEMATERIELLBEREDSKAP

Kartlegge hva som er "kritisk helsemateriell"

Det anbefales at det arbeidet som er påbegynt nå, bl.a. med denne rapporten, videreføres på regionalt nivå med mål å definere "kritisk helsemateriell", samt kvantifisere behov for lagerhold. Både Innhøst og HF har gitt entydige tilbakemeldinger på at et regionalt prosjekt er den beste løsningen. Det er gjort studier på "kritisk helsemateriell" i andre land, som kan fungere som underlag.

Det bør tas utgangspunkt i et sett dimensjonerende scenarier og beregnes forbruk av materiell ved disse (eks. større kirurgisk katastrofe, brannskade, gass/kjemikalieulykke, pandemisk influensa etc.). En beregning gjort samlet for regionen vil gi både en kvantifisering av forbruksmateriell ved ulike scenarier, og man vil identifisere de fleste artiklene som skal klassifiseres som kritiske. Analysen som gjøres regionalt bør bl.a. ta hensyn til varierende avstand til lageret til DHL (EFS), og det bør gis anbefalinger på lagerhold både lokalt og via EFS.

Utarbeidelse av standard bestillingsordre for ulike scenarier bør inngå som en del av arbeidet.

I etterkant må det enkelte HF på basis av den regionale analysen vurdere eventuelle egne behov som ikke er tilstrekkelig dekket.

Ved akutt økning i behov for helsemateriell vil sykehusene ofte låne av hverandre inntil etterforsyning kan skje fra lager/leverandør. Det bør sees spesielt på spesialfunksjoner/særskilte ansvarsområder som bare finnes ved ett sykehus, der det ikke er mulig å låne materiell fra andre.

Ved sammensetning av den gruppen som skal videreføre arbeidet er det viktig at det involveres både innkjøp/logistikk-kompetanse og klinisk kompetanse (kirurgisk, medisinsk, infeksjonsmedisinsk).

Hva bør inn i regional helseberedskapsplan?

EFS sin rolle innen helsemateriellberedskapsplanen må beskrives.

De beredskapsordninger det nå legges opp til innenfor EFS bør vurderes beskrevet i den regionale helseberedskapsplanen. Eventuelle forutsetninger og krav til HF kan også tas inn.

7 REFERANSER

1. Lov om Helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000.
2. Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid
3. Regionale ROS-analyser, Rev.02, 9.september 2003, Grete Aastorp
4. Nasjonale ROS- og beredskapsanalyser innen helse, Hovedrapport samt Delrapport Svikt i helsemateriellforsyning. Grete Aastorp, 2005
5. Forsyningsberedskap i Helse Vest RHF. Rapport frå RRFB; Regionalt råd for forsyningsberedskap til Helse Vest RHF, 17.01.06
6. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Versjon 3.0 fastsatt 16.februar 2006. Helse- og omsorgsdepartementet
7. Lov om medisinsk utstyr av 12. januar 1995