



# Regional beredskapsplan

**Godkjent av styret i  
Helse Sør-Øst RHF  
6. mai 2010**

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INNLEDNING/FORMÅL</b> .....	<b>4</b>
1.1	INNLEDNING .....	4
1.2	PRINSIPPER FOR BEREDSKAP .....	4
1.3	MÅLSETNING.....	5
1.4	GYLDIGHET .....	5
1.5	RULLERING, ØVING OG SAMORDNING AV PLANVERK .....	5
1.6	RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSER (ROS).....	6
1.7	BEREDSKAPSNIVÅ .....	6
1.8	FORUTSETNINGER.....	6
<b>2</b>	<b>ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING</b> .....	<b>7</b>
2.1	HELSE SØR-ØST RHF.....	7
2.2	HELSEFORETAK I HELSE SØR-ØST.....	8
2.2.1	Sykehusapotekene HF .....	9
2.2.2	Regionalt beredskapsutvalg .....	9
2.3	PRIVATE SYKEHUS SOM HAR AVTALE MED HELSE SØR-ØST RHF .....	9
2.4	PRIVATE SPESIALISTER SOM HAR AVTALE MED HELSE SØR-ØST RHF.....	10
<b>3</b>	<b>SAMORDNING MED ØVRIGE BEREDSKAPSETATER</b> .....	<b>10</b>
3.1	POLITIET (HRS OG LRS) .....	10
3.2	KOMMUNENE.....	11
3.3	FYLKESMANNEN.....	11
3.4	FORSVARET .....	12
3.5	SIVILFORSVARET .....	12
3.6	LANDETS ØVRIGE RHF .....	12
3.7	ANDRE LAND .....	12
3.8	NÆRINGSLIVET.....	12
3.9	FRIVILLIGE ORGANISASJONER .....	12
<b>4</b>	<b>VARSLINGS- OG RAPPORTERINGSRUTINER</b> .....	<b>13</b>
4.1	VARSLING FRA LOKALT TIL SENTRALT NIVÅ.....	13
4.2	KOMMUNIKASJON VED PÅGÅENDE AKSJON .....	15
4.3	RAPPORTERING/ETTERARBEID.....	15
<b>5</b>	<b>BEREDSKAPSLEDELSE</b> .....	<b>16</b>
5.1	LEDELSESNIVÅER OG HOVEDOPPGAVER PÅ DET ENKELTE NIVÅ .....	16
5.2	BEREDSKAPSLEDELSE I HELSE SØR-ØST RHF.....	16
5.3	BEREDSKAPSLEDELSE I HF .....	17
5.3.1	Ansvar og oppgaver .....	17
5.3.2	Sammensetning og etablering .....	17
5.3.3	Oppgaver og ansvar.....	17
5.3.4	Særskilte oppgaver for Oslo universitetssykehus HF i spesielle situasjoner .....	17
5.4	HELSETEAM FOR NASJONALE OG INTERNASJONALE KATASTROFER .....	19
<b>6</b>	<b>INFORMASJONSBEREDSKAP</b> .....	<b>19</b>
6.1	INFORMASJONSANSVAR.....	19
6.1.1	Grensesnitt mot psykososiale omsorgstjenester .....	20
6.1.2	Politiets informasjonsansvar.....	20
6.2	OMDØMMEKRISE OG INFORMASJONSKRISE.....	20
6.3	BISTAND TIL ANDRE INFORMASJONSENHETER .....	20
<b>7</b>	<b>ANSVARSFORDELING I FORHOLD TIL PSYKOSOSIAL OMSORG</b> .....	<b>21</b>
7.1	PASIENTER OG DERES PÅRØRENDE .....	21
7.2	EGET PERSONELL.....	21
7.3	PÅRØRENDESENTER UTENFOR SYKEHUS .....	21

<b>VEDLEGG 1: KONTAKTOPPLYSNINGER FOR VARSLING TIL HF OG RHF .....</b>	<b>22</b>
<b>VEDLEGG 2: SKJEMA FOR SITUASJONSRAPPORTERING SAMT SENDING OG MOTTAK AV BEREDSKAPSMELDINGER .....</b>	<b>23</b>
<b>VEDLEGG 3: SMITTEVERNBEREDSKAP I HELSE SØR-ØST .....</b>	<b>24</b>
<b>VEDLEGG 4: RETNINGSLINJER FOR HÅNDTERING OG VARSLING AV KRITISKE HENDELSER INNEN IKT .....</b>	<b>27</b>
<b>VEDLEGG 5: VARSLINGSRUTINER VED AKUTT OPPSTÅTT MANGEL PÅ LEGEMIDLER .....</b>	<b>30</b>
<b>VEDLEGG 6: LISTE OVER KRITISKE LVVA .....</b>	<b>33</b>
<b>VEDLEGG 7: ANBEFALINGER FOR LAGERHOLD AV ANTIDOTER .....</b>	<b>40</b>
<b>VEDLEGG 8: NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR NBC-MEDISIN .....</b>	<b>41</b>
<b>VEDLEGG 9: SENTRALE BEGREPER OG FORKORTELSER .....</b>	<b>42</b>
<b>VEDLEGG 10: LOVGRUNNLAG OG REFERANSER MED LENKER .....</b>	<b>45</b>

# 1 Innledning/Formål

## 1.1 Innledning

Lov om helsemessig- og sosial beredskap (Lov 23. juni 2000, nr. 56) og tilhørende "Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid" (For 23. juli 2001, nr. 881) gir hjemmel og føringer for beredskapsarbeidet i de regionale helseforetakene og de lokale helseforetakene med underliggende enheter. En rekke andre lover og forskrifter gir også føringer for beredskapsarbeidet. Det vises til vedlegg 10 med lenker til lovgrunnlag, nasjonale beredskapsplaner og ROS-analyser, regionale planer og ROS-analyser samt andre relevante referanser.

"Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan" gir utdypende føringer for organiseringen av helseberedskapen i Norge.

For Helse Sør-Øst RHF er krav om beredskapsplanverk ivaretatt gjennom utarbeiding av følgende dokumenter:

1. *"Regional plan for helsemessig beredskap i Helse Sør-Øst"*
2. Intern beredskapsplan for Helse Sør-Øst RHF som redegjør for kriseledelse og krisehåndtering internt i Helse Sør-Øst RHF.

Helseforetakenes forpliktelse til å utarbeide og vedlikeholde egne beredskapsplaner fremgår av Lov om helsemessig- og sosial beredskap. Dette er også videreført i helseforetakenes oppdrag og bestilling, senest for 2010, der det fremgår helseforetakenes beredskapsplaner *til en hver tid skal være oppdaterte, øvede og koordinerte med rutiner for å oppdage og varsle hendelse og for effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser.*

Definisjoner og forkortelser benyttet i planen er listet til slutt i dokumentet, se vedlegg 9.

## 1.2 Prinsipper for beredskap

Regional beredskapsplanen bygger på følgende 3 prinsipper:

1. **Ansvarsprinsippet:**

Den virksomhet som har ansvaret for en sektor, har også ansvaret for nødvendige skadeforebyggende tiltak, beredskapsforberedelser og iverksettelse av tiltak ved en krisehendelse.

2. **Likhetsprinsippet:**

Det skal være størst mulig likhet mellom organiseringen i fred, krise og krig. De som utfører en samfunnsoppgave i fred, har også de beste forutsetningene for å håndtere oppgavene ved en krise.

3. **Nærhetsprinsippet:**

Kriser skal håndteres på lavest mulig nivå.

### **1.3 Målsetning**

Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst skal bidra til å verne befolkningens liv og helse gjennom å sikre at nødvendige *spesialisthelsetjenester* kan tilbys befolkningen ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig.

Planen skal bidra til at:

- Regionens samlede helseressurser utnyttes mest mulig effektivt ved krise/katastrofe
- Kriseledelsen er tydelig og ansvar og roller er definert og kjent
- Samordningen innen helsetjenesten og med samarbeidende etater styrkes

Planen er et rammeverk for utarbeidelse av planverk i helseforetak og private sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. Planverket omfatter derfor også relevant informasjon om ansvarsforhold og ressurser som tilligger helseforetakene.

### **1.4 Gyldighet**

Planen erstatter tidligere versjoner av regional beredskapsplan. Oppdatert beredskapsplan og gjeldende risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser), som er en del av plangrunnlaget, kan lastes ned fra Helse Sør-Øst RHF sin nettside [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no).

Planen gjelder for Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende virksomheter, herunder også private institusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. De føringer som er lagt i denne plan skal gjenspeiles i planverkene på helseforetaksnivå slik at beredskapsarbeidet i Helse Sør-Øst fremstår som helhetlig og samordnet.

Planen er gyldig både i fredstid og ved krig. Krig er ikke behandlet spesielt, da krig er å betrakte som en krise på lik linje med andre kriser/katastrofer.

Planen skal legges til grunn for håndtering av alle regionale kriser/katastrofer. I tillegg vil planen kunne være et verktøy ved håndtering av mer avgrensede hendelser.

### **1.5 Rullering, øving og samordning av planverk**

Ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har det overordnede ansvar for ajourhold og revisjon av planen. Planen oppdateres ved alle større endringer i forutsetningene for planen. I tillegg skal planen være gjenstand for en kontinuerlig forbedringsprosess som sikres gjennom årlige revisjoner. Ved den årlige revisjonen skal også de tilhørende ROS-analysene gjennomgås for å se om det er kommet til endringer i plangrunnlaget.

Regionalt beredskapsutvalg er rådgivende instans for Helse Sør-Øst RHF ved oppdateringer av planen.

Det forutsettes at alle foretak og private helseinstitusjoner i Helse Sør-Øst justerer sine egne planverk i tråd med de føringer som er gitt i denne planen.

Helseforetakene og sentrale aktører skal holdes orientert om de endringer som gjøres i det regionale planverket for å sikre samordningen.

Beredskapsplaner på alle nivåer i helsetjenesten skal inngå i virksomhetens kvalitetssystem og skal rulleres og øves årlig.

## 1.6 Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS)

Planverket for Helse Sør-Øst bygger på følgende ROS-analyser og beredskapsanalyser og er tilgjengelig på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no):

1. Beredskapsanalyser for Helse Øst RHF (august-september 2006).
  - Smittevern/pandemi.
  - Helsemateriell.
  - Legemiddelforsyning.
2. Nasjonal ROS-analyse og beredskapsanalyser innen helse (helsedirektoratet 2005-06. 1 hovedrapport og 6 delrapporter).
3. Risiko- og sårbarhetsanalyser for Helse Sør-Øst oppdatert pr. 22.04.2010.
4. Regional smittevernplan

## 1.7 Beredskapsnivå

Følgende begreper for beredskapsnivå benyttes gjennomgående i helseforetakenes beredskapsplaner:

**Følgende begrep for beredskapsnivå utover normalberedskap benyttes:**

**GRØNN beredskap:** Betegner en beredskap der det etableres beredskapsledelse på foretaksnivå/sykehusnivå i situasjoner der det ikke eller i begrenset grad er behov for ekstra ressurser.

**GUL beredskap:** Betegner en beredskap som iverksettes når en uønsket hendelse er inntruffet (eller det er stor fare for at den kan inntreffe) og der det er sannsynlig at de ordinære ressursene ikke strekker til. På dette nivået iverksettes definerte tiltak og begrenset beredskapsøkning.

**RØD beredskap:** Betegner en beredskap som iverksettes når en større uønsket hendelse er inntruffet og de ordinære ressursene ikke strekker til. På dette nivået iverksettes definerte tiltak og en mer omfattende beredskapsøkning.

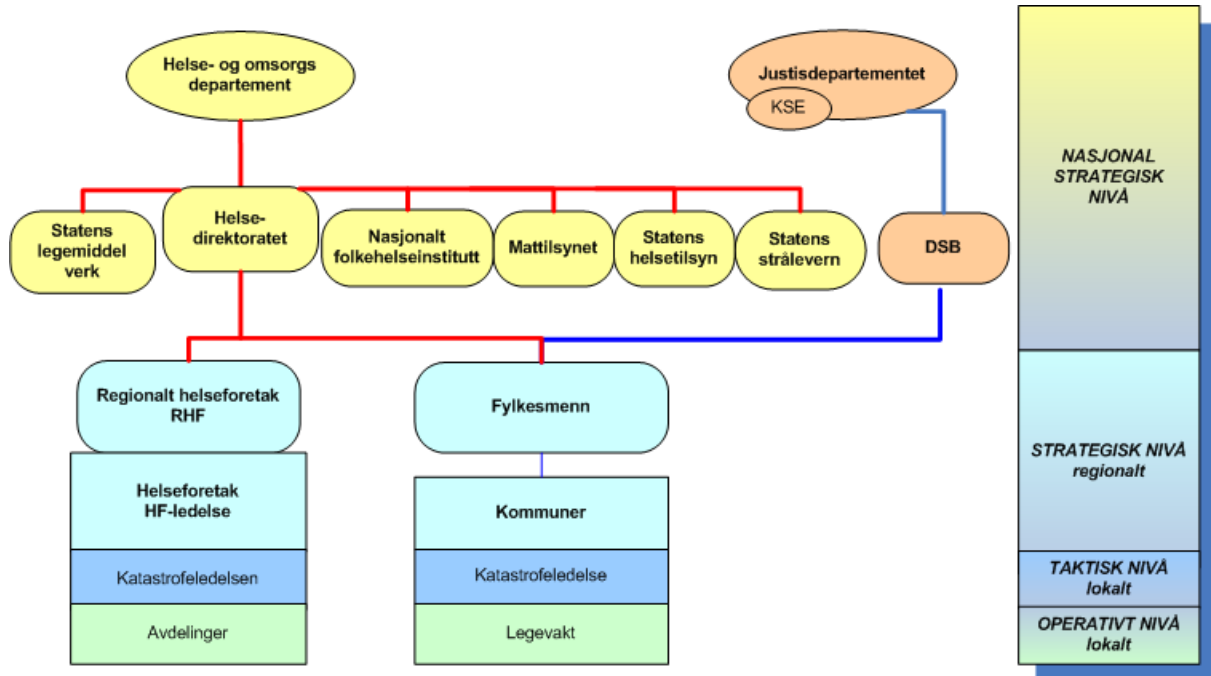
Ledelse på ethvert nivå kan høyne beredskapsnivået i eget myndighetsområde. Den myndighet som har bestemt at et beredskapsnivå skal høynes, eller ledelse på høyere nivå, har myndighet til å redusere beredskapsnivået.

## 1.8 Forutsetninger

Helse Sør-Øst RHF (foretaksledelsen) forutsettes ikke å ha en operativ rolle i håndteringen av en krisesituasjon med unntak av at det er etablert en ledelsesberedskap og en informasjonsberedskap som aktiveres ved behov.

## 2 Ansvars- og oppgavefordeling

Med bakgrunn i Nasjonal plan for helsemessig og sosial beredskap er følgende ledelsesnivåer skissert:



Figur 2.1 Ledelsesnivåer innen helseberedskap

Hvis situasjonen tilsier det, vil Helse- og omsorgsdepartementet fatte vedtak om delegasjon av den operative koordineringsfunksjonen til helsedirektoratet. 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 (ref. Overordnet nasjonal helseberedskapsplan). Ved slike hendelser vil ansvar og rapporteringsveier som vist i figur 2.1 gjelde.

### 2.1 Helse Sør-Øst RHF

I tråd med ansvarsprinsippet og øvrige bestemmelser i helselovgivningen, legger Helse Sør-Øst RHF til grunn at de regionale helseforetakene har det overordnede ansvar for spesialisthelsetjenestens beredskapsforberedelser og beredkapsarbeide.

Iht. spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 a skal de regionale helseforetakene sørge for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, herunder sykehus tjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.

Ved større kriser eller katastrofer som rammer hele eller deler av regionen vil det være behov for å koordinere/omdisponere spesialisthelsetjenesteressurser for å håndtere situasjonen. Oslo universitetssykehus er gitt et regionalt ansvar for å utføre denne koordineringen på vegne av Helse Sør-Øst RHF og etter initiativ fra Helse Sør-Øst RHF i det enkelte tilfelle. Dette røkker ikke ved Helse Sør-Øst RHF's eieransvar for helseforetakene og

”sørge for”-ansvaret for spesialisthelsetjenester til befolkningen. Helse Sør-Øst RHF skal holdes orientert om de disposisjoner som blir gjort. Ansvarer tillagt Oslo universitetssykehus er nærmere beskrevet i kapittel 5.4.

## 2.2 Helseforetak i Helse Sør-Øst

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst består av 11 helseforetak organisert innenfor 7 sykehusområder. Fra 1. januar 2009 er følgende struktur i etablert helseregionen:

<b>Helseforetaksstruktur</b> Helseforetak / sykehusområde	
Akershus universitetssykehus HF	Akershus sykehusområde
Oslo universitetssykehus HF	Oslo sykehusområde
Psykiatrien i Vestfold HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF	Telemark og Vestfold sykehusområde
Sykehuset Østfold HF	Østfold sykehusområde
Sykehuset Innlandet HF	Innlandet sykehusområde
Vestre Viken HF	Vestre Viken sykehusområde
Sørlandet sykehus HF	Sørlandet sykehusområde
Sunnaas sykehus HF Sykehusapotekene HF	Har ansvar iht. oppdrag i forhold til hele regionen.

Helse Sør-Øst RHF er medeier i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS i Vadsø, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS) i Bodø og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i Skien.

Det er inngått avtaler om forpliktende samarbeid med følgende fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehus:

- Betanien Hospital
- Diakonhjemmet Sykehus AS
- Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
- Martina Hansens Hospital AS
- Revmatismesykehuset AS

Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS ivaretar opptaksområde og funksjoner innenfor Oslo sykehusområde.

Helseforetakene er selvstendige pliktsubjekt. Foretaksstyrene og ledelsen har dermed selvstendig ansvar for å følge opp alle lovkrav, etablere god virksomhetsstyring og foreta lukking av avvik. Helseforetakenes/sykehusenes tjenesteproduksjon er regulert i et årlig oppdrags- og bestillerdokument som for helseforetakene bekreftes i foretaksmøte mens det inngås avtale med de private ideelle sykehusene.

Iht. ansvarsprinsippet har den som har ansvaret for en tjeneste, også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for håndtering av krisesituasjonen, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

Det enkelte helseforetak har det daglige og operative ansvaret for at befolkningen har tilgang på nødvendige tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Helseforetak som omfatter mer enn en institusjon har i tillegg:

- Overordnet ansvar for at den enkelte institusjon har gjort de nødvendige beredskapsforberedelser, herunder etablert planverk både for eksterne og interne kriser/katastrofer, og gitt tilstrekkelig øving og opplæring til sitt personell

- Overordnet ansvar for at institusjoner i samme helseforetak har samordnet sine planverk
- Ansvar for etablering av en overgripende beredskapsplan som beskriver rollefordeling, varslingslinjer etc innenfor det aktuelle helseforetaket

Det forutsettes at beredskapsarbeidet samordnes og koordineres innenfor hvert sykehusområde. Samordning i forhold til Sunnaas sykehus HF skal ivaretas av Oslo universitetssykehus HF. Samordning med de fem private sykehusene med driftsavtale skal inngå i beredskapsplanene for de respektive sykehusområdene.

Helseforetaket skal anmode om bistand fra andre helseforetak hvis det er behov for det. Alle helseforetak har plikt til å bistå, ref Lov om helsemessig- og sosial beredskap.

### **2.2.1 Sykehusapotekene HF**

Sykehusapotekene HF skal bidra til å følge opp den regionale beredskapsplanen og sikre at regionens samlede ressurser utnyttes mest mulig effektivt ved kriser og katastrofer.

Sykehusapotekene HF skal foreslå og gjennomføre løsninger som tilrettelegger for effektiv og sikker legemiddelforsyning og -bruk i alle regionens helseforetak, samt etablere lokale, regionale og nasjonale beredskapsavtaler<sup>1</sup> på legemiddelområdet, inkludert et nasjonalt beredskapslager av legemidler for spesialisthelsetjenesten.

Lokale sykehusapotek har et særskilt ansvar for etterforsyning av legemidler mv ved kritiske hendelser og katastrofer, og for lagerhold av kritiske legemidler i samarbeid med sykehuset de er tilknyttet.

### **2.2.2 Regionalt beredskapsutvalg**

Regionalt beredskapsutvalg (RBU) består av en representant fra hvert av sykehusområdene samt Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF og Helse Sør-Øst RHF. Utvalget har følgende mandat:

- Være et forum for erfaringsutveksling, samhandling og kompetanseutvikling
- Være et rådgivende utvalg for Helse Sør-Øst RHF innenfor beredskapsområdet
- Gi innspill før rullering av overordnet planverk (hovedberedskapsplan og delplaner)
- Bidra til øving av regionalt planverk
- Bidra til samordning av planverk (mot helseforetak/sykehus, fylkesmann, politi og brann)
- Arrangere regional beredskapskonferanse minimum 1 gang pr. år (med fokus på erfaringsutveksling, samordning og kompetanseutvikling)
- Ha oversikt og dialog med relevante nettverk og samarbeidsutvalg
- Utpeke arbeidsgrupper til spesielle tema eller prosjekter
- Utarbeide årlig melding og handlingsplan til Helse Sør-Øst RHF innen 1. februar.

## **2.3 Private sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF**

De private sykehusenes innsats i en krise/katastrofe er regulert gjennom de kontrakter som er etablert mellom sykehuset og Helse Sør-Øst RHF. Private sykehus skal etablere egne beredskapsplaner på lik linje med helseforetakene, og skal samordne sine planer innenfor sykehusområdet og med definerte helseforetak. Dette skal fremgå av avtalene med Helse Sør-Øst RHF.

---

<sup>1</sup> En arbeidsgruppe er nedsatt i februar 2010 for å utvikle delavtaler om ansvars- og oppgavefordeling knyttet til nasjonale, regionale og lokale beredskapsplaner og beredskapsarbeideide på legemiddelområdet.

Alle institusjoner, også de mindre som ikke er sykehus, skal ha etablert en beredskap for interne hendelser (brann, evakuering, svikt i teknisk infrastruktur, intern varsling etc). Disse institusjonene inngår også blant de ressurser regionen kan spille på ved en stor krise/katastrofe.

## **2.4 Private spesialister som har avtale med Helse Sør-Øst RHF**

Lov om helsemessig og sosial beredskap (§ 1-3) gjelder for den offentlige helse- og sosialtjeneste, herunder, private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og sosialtjenester til befolkningen, private som uten formell tilknytning til kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak eller staten tilbyr helse- og sosialtjenester mv. Privatpraktiserende spesialister med avtale med Helse Sør-Øst RHF omfattes således av denne planen. Det enkelte helseforetak må i sine beredskapsplaner vurdere hvordan avtalespesialistene i sitt opptaksområde skal inngå i de samlede ressurser.

Oversikt over privatpraktiserende spesialister finnes på hjemmesiden til [Helse Sør-Øst RHF](#).

## **3 Samordning med øvrige beredskapsetater**

Nært samarbeid under en krise, men også i beredskapsforberedelser, er en forutsetning for en koordinert krisehåndtering. Det bør etableres samordningsfora lokalt som ivaretar helsetjenestens tverretatlige samordning både i forhold til brann- og redningsetat, politi, sivilforsvar og eventuelle frivillige organisasjoner.

### **3.1 Politiet (HRS og LRS)**

Justis- og politidepartementet har det overordnede administrative samordningsansvar for land-, sjø- og flyredningstjenesten. Redningstjenesten er organisert med to hovedredningssentraler (HRS Nord-Norge i Bodø og HRS Sør-Norge på Sola) og lokale redningssentraler (LRS). Sjøredningsoperasjoner ledes normalt av HRS. LRS leder normalt alle landbaserte redningsaksjoner etter fullmakt fra HRS.

HRS kommer ved en større aksjon til å ta kontakt med regional AMK (R-AMK) i den region der hendelsen har oppstått. AMK evt. R-AMK vil kunne få hjelp til koordinering og allokering av ressurser via HRS. I enkelte tilfeller vil R-AMK kunne viderefremme informasjon fra HRS til aktuelle AMK-sentraler.

Politiet har ansvar for følgende oppgaver:

- Skadestedsledelse
- Oversikt over antall skadde og døde.
- Informasjon vedrørende redningsarbeid og etterforskning av ulykkesårsaker.
- Formidling av dødsbudskap for personer utenfor sykehus.
- Frigivelse av navn på omkomne.

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten samordner sine beredskapsplaner med politiet på disse områdene.

Lokale redningssentraler (LRS) er etablert ved landets politidistrikter og ved sysselmannen på Svalbard. Også disse har en redningsledelse med representanter fra aktuelle offentlige etater, med politimesteren som formann. LRS-legen oppnevnes av fylkeslegen.

Politiets hjemmesider viser bl.a. oversikt over [politidistriktene](#).

### **3.2 Kommunene**

Kommunene skal yte primærhelsetjenester og sosialtjenester til de som oppholder seg i kommunen, jf. ordningene med hjemmesykepleie, fastlege, legevakt og sosialkontor. Ansvarer gjelder også i en krisesituasjon.

Plikten til å yte helse- og sosialtjenester omfatter også virksomheten ved internasjonale grenseoverganger, havner og lufthavner. Internasjonale grenseoverganger, havner og lufthavner representerer en tilleggsutfordring i en beredskapssituasjon, jf behovet for å organisere forsvarlig mottak av et høyt antall passasjerer eller pasienter og andre utfordringer, ved en pandemi eller andre alvorlige hendelser. Ullensaker kommune er i en særstilling i forhold til Oslo Lufthavn Gardermoen.

I forskrift om helsemessig og sosial beredskap, § 6, er spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten pålagt å samordne sitt beredskapsplanverk. Videre fremgår det i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet at det skal etableres samarbeidsformer med kommuner og øvrige samarbeidsparter i egen og andre helseregioner, bl.a. vedrørende landsfunksjonen for behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske og kjemiske hendelser og om operativ ressursdisponering og samhandling ved kriser.

Det forutsettes at helseforetakene planlegger og følger opp samordningsansvaret overfor de kommuner som inngår i sykehusområdet på en hensiktsmessig måte. Omfanget av samordningsarbeidet vil kunne avhenge av kommunenes størrelse, graden av interkommunalt samarbeid og etablert regionstruktur, forekomsten av industrivirksomhet mv.

Som et minimum forutsettes at samarbeid om beredskap og smittevern inngår som element i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner, at beredskapsplaner gjensidig er gjort tilgjengelig og at kontaktpunkter er definert.

Som sektormyndighet og samordningsmyndighet er fylkesmannen pådriver og veileder for beredskapsarbeidet i fylket, og samordner planleggingen overfor kommuner og andre statlige etater. Fylkesmannen er også tillagt samordningsfunksjonen under kriser og katastrofer i fredstid.

Fylkesberedskapsråd er en viktig samarbeidsarena i forhold til kommuner og andre etater. Helseforetakene nevnt i kap. 3.3 nedenfor er ansvarlig for å samordne sine planer med respektive fylkesmenn og å stille seg til disposisjon for fylkesberedskapsrådets arbeid.

### **3.3 Fylkesmannen**

Både som sektormyndighet og samordningsmyndighet er fylkesmannen pådriver og veileder for beredskapsarbeidet i fylket, og samordner planleggingen overfor kommuner og andre statlige etater. Fylkesmannen er også tillagt samordningsfunksjonen under kriser og katastrofer i fredstid.

Ved hendelser der Fylkesmannens samordningsansvar kommer til anvendelse, vil Fylkesberedskapsrådet være det rådgivende organ for Fylkesmannen. Fylkesberedskapsrådet samles i tillegg jevnlig for å samordne beredskapsplaner og sørge for sektorovergripende beredskapsplanlegging.

Fylkeslegen i Oslo og Akershus er kontaktfylkeslege for Helse Sør-Øst RHF.

Følgende helseforetak plikter å stille seg til disposisjon i Fylkesberedskapsråd:

- Sørlandet sykehus HF (Aust- og Vest-Agder)
- Sykehuset Telemark HF (Telemark)
- Sykehuset i Vestfold HF (Vestfold)
- Psykiatrien i Vestfold HF (Vestfold)
- Vestre Viken HF (Buskerud)
- Sykehuset Østfold HF (Østfold)
- Sykehuset Innlandet HF (Hedmark og Oppland)
- Oslo universitetssykehus HF (Oslo og Akershus)

### **3.4 Forsvaret**

Forsvarets ressurser rekvireres lokalt via LRS/Politiet.

### **3.5 Sivilforsvaret**

Sivilforsvaret er en forsterkningsressurs og besitter mye personell og materiell som kan være en støtte i krisehåndteringen. Samarbeidslinjene går direkte mellom helseforetak og lokalt sivilforsvarsdistrikt.

Helsedirektoratet og DSB har inngått en avtale, som beskriver Sivilforsvarets rolle som forsterkningsressurs til helsetjenestens beredskap. Det vises til ytterligere opplysninger på [sivilforsvaret.no](http://sivilforsvaret.no) og [dsb.no](http://dsb.no).

### **3.6 Landets øvrige RHF**

De regionale helseforetak har en gjensidig plikt til å bistå hverandre.

### **3.7 Andre land**

Konsulter overordnet nasjonal helseberedskapsplan.

### **3.8 Næringslivet**

Helseforetakene skal i sin risiko- og sårbarhetsanalyse vurdere behovet for å etablere samarbeid med næringslivet, for eksempel leveringssamarbeid ift. antidoter. Dette i tråd med storulykkeforskriften.<sup>2</sup>

### **3.9 Frivillige organisasjoner**

De frivillige organisasjonene (f.eks. Norges Røde Kors Hjelpekorps og Norsk Folkehjelp) kan være et supplement til helsetjenestens egne ressurser ved større hendelser der det oppstår behov som søk etter savnede, store transportressurser, psykososial omsorg etc.

Redningstjenesten koordineres av politiet og det er også politiet som kaller ut hjelpekorpsene.

---

<sup>2</sup> FOR 2005-06-17 nr 672: Forskrift om tiltak for å forebygge og begrense konsekvensene av storulykker i virksomheter der farlige kjemikalier forekommer (storulykkeforskriften).

Hvert enkelt helseforetak må selv vurdere behov for konkrete avtaler med frivillige organisasjoner.

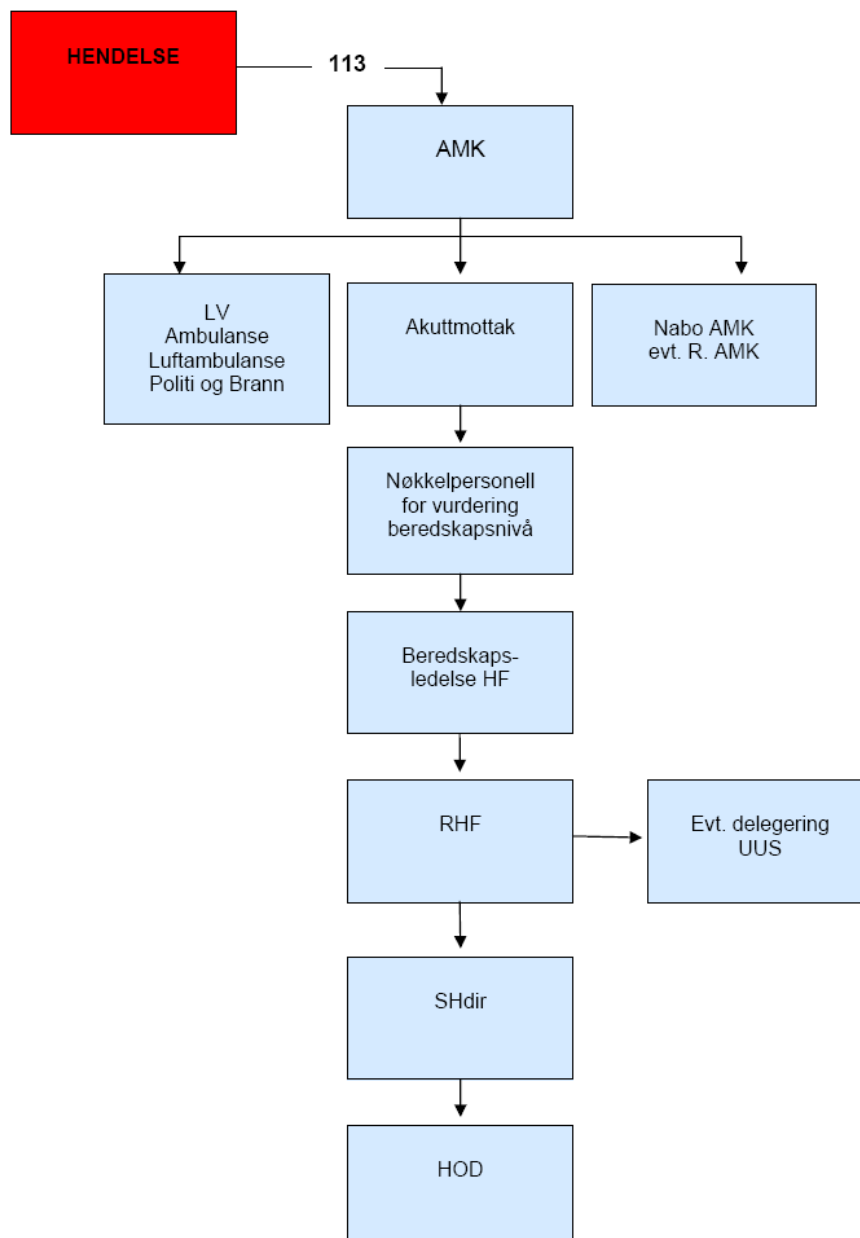
## 4 Varslings- og rapporteringsrutiner

### 4.1 Varsling fra lokalt til sentralt nivå

Generelt gjelder at alle virksomheter som får kjennskap til at en krisesituasjon innenfor egen sektor er under utvikling eller har inntruffet, snarest må varsle berørte virksomheter lokalt, regionalt og sentralt.

**Det er bedre å varsle en gang for mye enn en gang for lite.**

Figur 1. Flytskjema for varsling fra lokalt til sentralt nivå



- Varsling mellom de operative ledd (LV-sentraler, lokale AMK og regional AMK):  
AMK skal sikre seg at LV-sentralen har mottatt varsel om alvorlige hendelser der det forventes behov for ressurser fra primærhelsetjenesten, og hvis pasienter skal sendes til legevakten. LV-sentralen er normalt ansvarlig for å viderevarsle om behov for psykososiale og/eller andre kommunale tjenester, og det er viktig at sentralen får varsel tidlig nok slik at det blir tilstrekkelig tid til mobilisering av nødvendig personell. Hvis det er LV-sentralen som først mottar beskjed om alvorlige hendelser, skal AMK varsles hvis det forventes at det vil bli behov for ressurser fra spesialisthelsetjenesten.

AMK varsler nabo-AMK eller evt. R-AMK ved behov for hjelp til fordeling av pasienter, allokering og koordinering av ressurser ut over det den lokale AMK har kapasitet til.

- Varsling av det lokale sykehus:  
AMK varsler aktuelle akuttmottak.

Akuttmottak varsler medisinsk nøkkelpersonell som vurderer hvorvidt det er behov for å utløse GRØNN, GUL eller RØD beredskap eller på annen måte iverksette spesielle tiltak.

- Varsling av helseforetakets ledelse:  
Helseforetakets beredskapsledelse, varslingsrutiner og kommunikasjonslinjer skal beskrives i beredskapsplanen for det enkelte helseforetak/institusjon. Oppdaterte kontaktdata over helseforetakets ledelse skal ivaretas av AMK.

AMK-sentralen skal være helseforetakets knutepunkt for varsling av helseforetakets ledelse. All formell varsling fra eksterne instanser til helseforetakets ledelse skal fortrinnsvis skje gjennom AMK.

Det vises til vedlegg 1 med oversikt over AMK-sentralenes kontaktdata og hvilke virksomheter som dekkes av den enkelte AMK-sentral.

- Varsling av ledelsen i Helse Sør-Øst RHF:  
Helse Sør-Øst RHF skal motta varsel fra ledelsen i HF ved:
  - Hendelser som oppstår lokalt og som utløser GUL eller RØD beredskap.
  - Hendelser der det kan stilles spørsmål om "sørge for"-ansvaret oppfylles.
  - Hendelser som kan få medieoppmerksomhet eller som på annen måte vurderes som viktig at Helse Sør-Øst RHF er kjent med.

Det vises til vedlegg 1 med oversikt over kontaktopplysninger til Helse Sør-Øst RHF.

- Varsling av helsedirektoratet (Helse- og omsorgsdepartementet):  
Varsling til sentrale helsemyndigheter følger ordinær kommunikasjons veg til HOD v/eieravdelingen. Ved regionale kriser der HOD har delegert det koordinerende ansvaret til helsedirektoratet, og Helse Sør-Øst RHF har delegert ansvar til Oslo universitetssykehus HF, rapporterer beredskapsledelsen ved Oslo universitetssykehus HF direkte til SH-dir med kopi til Helse Sør-Øst RHF.

Når situasjonen krever det, f eks ved utbrudd av smittsomme sykdommer, epidemier eller andre helsetrusler, vil varsling kunne gå direkte til HF fra FHI, eller andre sentrale fagmyndigheter.

Statens strålevern har varslingsansvar ved atomulykker og andre hendelser som kan innebære ioniserende stråling eller spredning av radioaktivitet.

Sending og mottak av beredskapsmeldinger skal fortrinnsvis gjøres i skjema for beredskapsmeldinger, se vedlegg 2. Adressaten for beredskapsmeldingen skal alltid kvittere for at meldingen er mottatt.

## **4.2 Kommunikasjon ved pågående aksjon**

Hvert enkelt HF må vurdere hvorvidt det vil benytte postmottak og etablere sikre rutiner for bruken av dette, eller en egen e-postadresse for beredskapssituasjoner. Hvilken e-postadresse som skal benyttes til kommunikasjon ved pågående aksjoner, skal meldes til RHF.

- Kommunikasjon på skadested:  
Kommunikasjonen på skadestedet og til og fra skadestedet skal følge de etablerte prosedyrer.
- Kriser hvor det ikke er skadested:  
Ved kriser der det ikke er et skadested (smitteutbrudd, forsyningskriser, svikt i kritisk infrastruktur etc) vil kommunikasjonen kunne være ekstra utfordrende i mangel av innarbeidete rutiner. I slike situasjoner kreves det at de ulike ledelsesgruppene tar kontroll og raskt etablerer kommunikasjonslinjer som dekker de aktuelle behov.

## **4.3 Rapportering/etterarbeid**

### Helseforetak:

Ved hendelser der man mener det er mye erfaring å trekke ut, og ved iverksatt GUL eller RØD beredskap ved et eller flere sykehus/helseforetak, bør det sendes en skriftlig rapport fra lokal beredskapsledelse og evt. beredskapsledelsen ved Oslo universitetssykehus HF til administrerende direktør ved Helse Sør-Øst RHF.

### Regionalt helseforetak:

Ved mottatt evalueringsrapport, bør denne distribueres til regionalt beredskapsutvalg. Hvis Regionalt beredskapsutvalg vurderer at erfaringene fra hendelsen bør formidles til hele regionen, tar utvalget initiativ til et regionalt erfaringsoverføringsmøte eller utsendelse av relevant informasjon.

## 5 Beredskapsledelse

### 5.1 Ledelsesnivåer og hovedoppgaver på det enkelte nivå

Nivåinndelingen i denne planen følger nivåinndelingen i *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*.

Tabell 5-1 Ledelsesnivåer ved krise/katastrofe

Operativt	Operativ ledelse skjer på stedet og/eller er knyttet til praktiske oppgaver direkte relatert til hendelsen. Eks: Operativ leder helse har ansvar for operativ ledelse på skadested. Videre vil det være en operativ leder der pasientene tas imot i sykehuset.
Taktisk	Taktisk ledelse er nivået mellom operativ og strategisk ledelse. Ledelsen på dette nivået har fokus på håndtering av hendelsen innad i det enkelte sykehus, og 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.
Strategisk	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.

### 5.2 Beredskapsledelse i Helse Sør-Øst RHF

Beredskapsledelsen er lik det regionale foretakets daglige ledelse.

Beredskapsledelsens arbeid i en beredskapssituasjon gjennomføres i størst mulig grad i forhold til etablerte styrings-/kontaktlinjer mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket.

Sammenkalling av beredskapsledelsen skal vurderes i forhold til:

- er hendelsen som er oppstått/meldt en beredskapshendelse som krever varsling av hele eller deler av beredskapsledelsen i Helse Sør-Øst RHF
- hvem av beredskapsledelsen som skal varsles
- om (og eventuelt hvem av) beredskapsledelsen skal kalles sammen
- om beredskapsrommet skal tas i bruk
- om telefonmøte/videokonferanse kan erstatte fysisk oppmøte for alle eller noen

## **5.3 Beredskapsledelse i HF**

### **5.3.1 Ansvar og oppgaver**

Ansvar og oppgaver for helseforetaket beredskapsledelse, skal være beskrevet i helseforetakets beredskapsplanverk.

Ved alle enheter med døgntkontinuerlig akutfunksjon skal det foreligge delegasjon til å iverksette tiltak iht. beredskapsplanen til tilstedeværende personell/funksjon. Dette skal fremgå av beredskapsplanen.

### **5.3.2 Sammensetning og etablering**

Ved en omfattende krise, ulykke eller katastrofe skal administrerende direktør, eller i dennes fravær, viseadministrerende direktør, beslutte etablering av beredskapsledelse.

### **5.3.3 Oppgaver og ansvar**

Beredskapsledelsen skal:

- Etablere kontakt og innhente opplysninger om den aktuelle situasjonen fra ansvarlig helseforetaksledelse.
- Innhente og formidle informasjon til og fra eier/SH-dir og andre relevante samarbeidspartnere.
- Være beslutningstøtte for underliggende virksomheter (for informasjonsbistand, se kapittel om informasjonsberedskap).

### **5.3.4 Særskilte oppgaver for Oslo universitetssykehus HF i spesielle situasjoner**

Ved større kriser eller katastrofer som rammer hele eller deler av regionen vil det være behov for å koordinere/omdisponere spesialisthelsetjenesteressurser for å håndtere situasjonen. Oslo universitetssykehus er gitt et regionalt ansvar<sup>3</sup> for å utføre slik koordinering på vegne av Helse Sør-Øst RHF og etter initiativ fra Helse Sør-Øst RHF i det enkelte tilfelle<sup>4</sup>. Dette rokker ikke ved Helse Sør-Øst RHF's eieransvar for helseforetakene og "sørge for"-ansvaret for spesialisthelsetjenester til befolkningen. Helse Sør-Øst RHF skal holdes orientert om de disposisjoner som blir gjort.

Ansvar som tilligger Oslo universitetssykehus HF innebærer blant annet å:

- Ivareta rollen som regional AMK, herunder etablere rutiner for å motta og sende ut varslinger innad og utenfor regionen.
- Sikre optimal og samordnet utnyttelse av regionens samlede spesialisthelsetjenesteressurser.
- Avklare fordeling av pasienter og ressurser mellom sykehus.
- Etterspørre nasjonale ressurser ved behov.
- Ivareta rapporteringsoppgaver for Helse Sør-Øst RHF.
- Holde Helse Sør-Øst RHF orientert om de disposisjoner som kan påvirke totalkapasiteten i regionen og økonomiske forhold.

<sup>3</sup> Styret for Oslo universitetssykehus HF har besluttet at disse oppgavene skal ivaretas av direktøren ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Jf. brev av 15.12.08 fra Oslo universitetssykehus HF

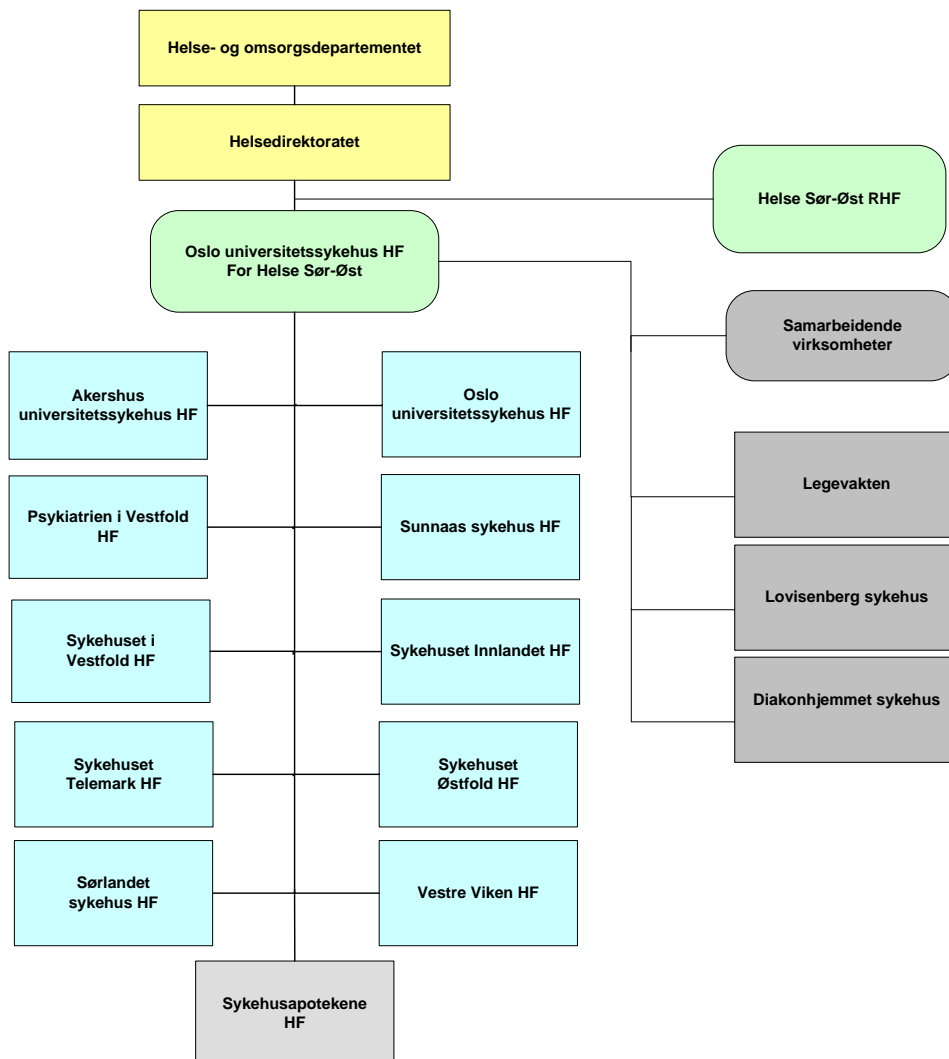
<sup>4</sup> Slik delegasjon er bl.a. gjennomført i forbindelse med tsunamien i 2004, legionellautbrudd, svikt i vannforsyning, arbeidskonflikter og i øvelser hvor hendelser av tilsvarende omfang inngår. Delegasjonen vil også kunne omfatte koordinering av deloppgaver slik som i forbindelse med influensapandemien og vulkanutbruddet på Island.

I de situasjoner der Oslo universitetssykehus HF skal ivareta ansvaret for å koordinere/disponere regionens samlede helseressurser, er følgende rutine etablert:

- Helse Sør-Øst RHF tar kontakt med Oslo universitetssykehus HF v/ administrerende direktør så snart beredskapshendelsen er kjent.
- Oslo universitetssykehus HF bekrefter at delegasjonen ivaretas som forutsatt.
- Det avtales hvordan og hvor ofte Oslo universitetssykehus HF skal rapportere til Helse Sør-Øst RHF.
- Oslo universitetssykehus HF oppretter beredskapsledelse og innkaller liaisoner fra de involverte helseforetakene.
- Observatør fra Helse Sør-Øst RHF, medisinsk direktør eller den denne utpeker, tiltrer direktørens krisegruppe.

Beredskapsledelsen i Helse Sør-Øst RHF vurderer fortløpende hvordan beredskapssituasjonen påvirker mulighetene for ivaretagelsen av "sørge for"-ansvaret i foretaksgruppen og vil være tilgjengelig for henvendelser fra Oslo universitetssykehus HF.

Ved slike hendelser vil rapporteringslinjene være som følger:



## 5.4 Helseteam for nasjonale og internasjonale katastrofer

Dersom det er behov for å sende helsepersonell til kriser i utlandet, vil helseteam bli sammensatt av helsepersonell som på forhånd frivillig har samtykket i å inngå i en slik ordning, og har gjennomgått nødvendige forberedelser. Helsedirektoratet er ansvarlig for utsendelsen i nært samarbeid med Utenriksdepartementet.

Opgaven med å organisere helseteam ut av regionen, er lagt til Oslo universitetssykehus HF. Mandat beskrives nærmere i planverket til Oslo universitetssykehus HF.

Rutiner og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam ved kriser i utlandet – [versjon 1.0](#) er fastsatt av departementet 4. juli 2008. Rutinene beskriver ordningen med helseteam og avklarer forventninger, roller og ansvar for involverte parter når det gjelder forberedelser, etablering og utsendelse av helseteam ved kriser i utlandet – herunder krav til beredskap og varsling, operativ ledelse, drift av helseteam, personell, personelladministrative bestemmelser og økonomisk ansvar. Rutinene kan ved behov nyttes for etablering og utsending av helseteam som forsterkningsressurs ved kriser i Norge.

## 6 Informasjonsberedskap

En god informasjonsberedskap vil være et svært viktig element for å gi den enkelte virksomhet rom til å utføre sine primæroppgaver i en krisesituasjon.

Ved hendelser som skaper utrygghet i befolkningen (smitte, terror, gassutslipp, mangel på legemidler eller annet medisinsk utstyr etc.) er hovedoppgaven å lede henvendelser til riktige kilder, gi nøktern og riktig informasjon innenfor eget ansvarsområde, og bidra til å unngå krisemaksimering og unødig angst.

Informasjon til egen organisasjon/egne ansatte er en viktig oppgave i en krisesituasjon.

### 6.1 Informasjonsansvar

Den som har lederansvaret for en krise eller en del av en krise har også det primære informasjonsansvaret for sitt ledelsesområde, enten innen det enkelte HF, Helse Sør-Øst RHF eller OUS som koordinator på vegne av Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF skal uansett holdes tilstrekkelig informert til å kunne informere eier, helsedirektoratet og andre om spørsmål knyttet til "sørge for"-ansvaret og konsekvenser for virksomheten i andre deler av helseforetaksgruppen som følge av beredskapssituasjonen.

Er krisen et regionalt anliggende og Oslo universitetssykehus HF ivaretar et regionalt koordineringsansvar, blir rollene som følger:

OUS	Informasjon knyttet direkte til foretaksgruppens kapasitet til å takle selve beredskapssituasjonen
RHF	Informasjon knyttet til ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret og konsekvenser for virksomheten i andre deler av helseforetaksgruppen som følge av beredskapssituasjonen

RHF sin rolle knyttet til informasjon under en krise/katastrofe er detaljert beskrevet i Helse Sør-Øst RHF sin interne beredskapsplan. Informasjon internt, mot eier, mot underliggende HF og eksternt til medier og pårørende er beskrevet.

Det er administrerende direktør eller den denne utpeker som skal stå som avsender på informasjon som formidles eksternt. Pressemeldinger som sendes ut skal gå i kopi til informasjonsansvarlige i helseforetakene, helsedirektoratet, HOD og øvrige RHF.

I forhold til informasjon på internett, er det av stor betydning at informasjonen fra Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF er i overensstemmelse. Det anbefales at informasjonen om den helsemessige håndteringen av krisen kun utgår fra Oslo universitetssykehus HF og at RHF har lenke til OUS aktuelle nettsider. RHF bør tilgjengeliggjøre lenker til relevante nasjonale nettsider som til enhver tid har oppdatert og kvalitetssikret informasjon.

### **6.1.1 Grensesnitt mot psykososiale omsorgstjenester**

Informasjonstjenesten har et klart grensesnitt mot de som yter psykososiale omsorgstjenester. Det er viktig å planlegge disse tjenestene helhetlig slik at pårørende og skadde i størst mulig grad skjermes for pressen og får tilgang på oppdatert, korrekt informasjon.

Se kapittel 7 om ansvarsfordeling ift psykososial omsorg.

### **6.1.2 Politiets informasjonsansvar**

Politiet har hovedansvaret for informasjon ved ulykker og katastrofer. Helsetjenesten må derfor koordinere og samordne sin informasjon med politiet, og være klar over hvilken informasjon som kun skal gis av politiet. De vil kunne være aktuelt for politiet ved en katastrofe å sende representanter til alle sykehus som har mottatt pasienter, for å innhente informasjon om innleggelsene, samt bistå med koordinering av informasjon. Det anbefales at det enkelte HF inngår samarbeidsavtaler med politiet.

## **6.2 Omdømmekrise og informasjonskrise**

Det er viktig å være klar over at en hendelse som ikke er en krise i medisinsk sammenheng, fort kan bli en informasjonskrise eller omdømmekrise og dermed legge stort press på informasjonsapparatet.

Det skal ved HF finnes rutiner for varsling av informasjonsansvarlig ved alle hendelser som kan tenkes å skape stort informasjonsbehov.

Dårlig håndtert informasjon eller feilinformasjon vil kunne generere en "informasjonskrise".

## **6.3 Bistand til andre informasjonsenheter**

Bemanningen på informasjonsavdelingene i HF vil raskt bli for lav i en krisesituasjon. Informasjonsavdelingene ved krise/katastrofe skal derfor kunne få ressurser fra øvrige HF og Helse Sør-Øst RHF.

## **7 Ansvarsfordeling i forhold til psykososial omsorg**

### **7.1 Pasienter og deres pårørende**

Det enkelte helseforetak har selv ansvar for å etablere rutiner for ivaretagelse av pårørende til pasienter som er kommet til sykehuset.

Sykehuset har kun ansvar for pårørende til egne pasienter. Andre pårørende skal henvises til kommunens/politiets senter for pårørende.

### **7.2 Eget personell**

Det enkelte sykehus skal ha rutiner både for debrifing av innsatspersonell og oppfølging av eget personell etter interne ulykker eller tragedier blant de ansatte.

### **7.3 Pårørendesenter utenfor sykehus**

Det er politiets og kommunenes ansvar å etablere pårørendesenter. Helseforetakene yter faglig bistand ved forespørsel.

Det er politiets oppgave å koordinere det psykososiale arbeidet.

## Vedlegg 1: Kontaktopplysninger for varsling til HF og RHF

### Varsling av helseforetakets ledelse:

Helseforetakets beredskapsledelse, varslingsrutiner og kommunikasjonslinjer skal beskrives i beredskapsplanen for det enkelte helseforetak/institusjon. Oppdaterte kontaktdata over helseforetakets ledelse skal ivaretas av AMK.

AMK-sentralen skal være helseforetakets knutepunkt for varsling av helseforetakets ledelse. All formell varsling fra eksterne instanser til helseforetakets ledelse skal fortrinnsvis skje gjennom AMK.

NB! Sending pr. e-post må ledsages av kontakt pr. telefon

Helseforetak/sykehus som dekkes	AMK-sentral	E-postadresse	Telefonnr.	Telefaxnr.
<ul style="list-style-type: none"><li>Oslo universitetssykehus HF</li><li>Akershus universitetssykehus HF</li><li>Diakonhjemmet sykehus</li><li>Lovisenberg diakonale sykehus</li><li>Sunnaas sykehus HF</li><li>Sykehusapotekene HF</li></ul>	AMK Oslo og Akershus	<a href="mailto:oplamk@uus.no">oplamk@uus.no</a>	22932251	22 932201
<ul style="list-style-type: none"><li>Sykehuset Telemark HF</li><li>Psykiatrien i Vestfold HF</li><li>Sykehuset i Vestfold HF</li><li>Betanien Hospital</li></ul>	AMK Telemark/Vestfold	amk@siv.no	33343570	33310870
<ul style="list-style-type: none"><li>Sykehuset Østfold HF</li></ul>	AMK Østfold	AMK113@so-hf.no	69862020/10	6986 2060
<ul style="list-style-type: none"><li>Sykehuset Innlandet HF</li><li>Revmatismesykehuset</li></ul>	AMK Innlandet	AMK.innlandet@sykehuset-innlandet.no	61148516	61157880
<ul style="list-style-type: none"><li>Vestre Viken HF</li><li>Martina Hansens Hospital</li></ul>	AMK Vestre Viken	amk@vestreviken.no	32803060	32803066
<ul style="list-style-type: none"><li>Sørlandet sykehus HF</li></ul>	AMK Sørlandet	beredskap.amksorlandet@sshf.no.	37006100	37014003

### Varsling av ledelsen i Helse Sør-Øst RHF:

Helse Sør-Øst RHF skal motta varsel fra ledelsen i HF ved:

- Hendelser som oppstår lokalt og som utløser GUL eller RØD beredskap.
- Hendelser der det kan stilles spørsmål om "sørge for"-ansvaret oppfylles.
- Hendelser som kan få medieoppmerksomhet eller som på annen måte vurderes som viktig at Helse Sør-Øst RHF er kjent med.

Ledelsen i Helse Sør-Øst RHF	E-postadresse	Telefonnr.	Telefaxnr.
Hverdag/kontortid, man-fre 08.00-16.00	Postmottak@helse-sorost.no	02411	625 85 501
Utenom kontortid	Kommunikasjonsavdelingen v/ <a href="#">mediekontakten</a> – <a href="http://www.helse-sorost.no">www.helse-sorost.no</a> . Ved beredskapshendelser benyttes også <a href="mailto:beredskap@helse-sorost.no">beredskap@helse-sorost.no</a>		

## Vedlegg 2: Skjema for situasjonsrapportering samt sending og mottak av beredskapsmeldinger<sup>5</sup>

### Beredskapsmelding / situasjonsrapport

Dato:	Kl.:	
Til:	Adressaten for beredskapsmeldingen skal alltid kvittere for at meldingen er mottatt.	
Kopi:		
Fra:		
<b>1. Melding / situasjon</b> a. Hva har skjedd b. Hvor c. Når (dato, kl) d. Hvordan er situasjonen på hendelsesstedet e. Hvilket beredskapsnivå er etablert i helseforetaket.		
<b>2. Status iverksatte tiltak</b> a. På hendelsesstedet b. I helseforetaket		
<b>3. Status informasjonstiltak</b> a. Tiltak som er iverksatt b. Behov for støtte eller retningslinjer		
<b>4. Vurdering av situasjonen</b> a. Kort sikt b. Lang sikt c. Kritiske mangler; personell, utstyr, medikamenter, medisinsk forbruksutstyr		
<b>5. Behov for støtte</b>		
<b>6. Anbefaling</b>		

<sup>5</sup> Dette skjemaet er en mal og huskeliste for rapportering. Alle punkter vil ikke være like relevante i alle situasjoner. I konkrete situasjoner kan det være behov for å utforme andre tilpassede rapporteringsskjema.

## Vedlegg 3: Smittevernberedskap i Helse Sør-Øst

### 1. Hensikt

Dette vedlegget er et felles vedlegg til både Regional beredskapsplan og Regional smittevernplan for Helse Sør-Øst, og gir overordnede retningslinjer for hvordan helseforetakene i Helse Sør-Øst skal planlegge for ekstraordinære situasjoner med alvorlig, allmennfarlig smitte.

Beskrivelsen omfatter bare situasjoner hvor det foreligger fare for smitte mellom pasienter, personell og miljø.

### 2. Plangrunnlag

De nasjonale forutsetninger for smittevernberedskap er beskrevet i regional smittevernplan, kapittel 2: "Overordnede føringer for smittevernet", samt i § 7 –11 i smittevernloven. For scenariobeskrivelser og ROS-analyser vises det til ROS-analyser som finnes på [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no) under beredskap, samt til nasjonal ROS- og beredskapsanalyse som finnes på helsedirektoratets internettsider.<sup>6</sup>

### 3. Oppgaver for spesialisthelsetjenesten

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at befolkningen i regionen får nødvendige spesialisthelsetjenester og har ansvaret for å koordinere beredskapsarbeidet i helseregionen både mellom helseforetakene og med samarbeidende kommuner og virksomheter.

Helseforetakene har det operative ansvaret for interne beredskapsforhold, herunder å ha et tilstrekkelig planverk.

Spesialisthelsetjenestens ansvar under en epidemi/pandemi eller annen smittesituasjon er å ha et godt og tilstrekkelig til bud til personer som trenger innleggelse i sykehus eller annen institusjon eller har behov for ytelser fra poliklinikk, ambulansetjeneste eller akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Dette inkluderer diagnostikk, pleie, behandling og eventuelt isolering av pasienter, analyse av mikrobiologiske og biokjemiske prøver, samt gjennomføring av radiologiske undersøkelser, rådgivning og kontinuerlig samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

### 4. Samordning med primærhelsetjenesten

I forskrift om helsemessig og sosial beredskap, § 6, er spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten pålagt å samordne sitt beredskapsplanverk. Videre fremgår det i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet at det skal etableres samarbeidsformer med kommuner og øvrige samarbeidsparter i egen og andre helseregioner, bl.a. vedrørende landsfunksjonen for behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske og kjemiske hendelser og om operativ ressursdisponering og samhandling ved kriser.

Samordning med henholdsvis kommuner og fylkesmenn er omtalt i regional beredskapsplan kapittel 3.2 og 3.3. Det forutsettes at helseforetakene planlegger og følger opp samordningsansvaret overfor de kommuner som inngår i sykehusområdet på en hensiktsmessig måte. Omfanget av samordningsarbeidet vil kunne avhenge av kommunenes størrelse, graden av interkommunalt samarbeid og etablert regionstruktur, forekomsten av industrivirksomhet mv.

Som et minimum forutsettes at samarbeid om beredskap og smittevern inngår som element i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner, at beredskapsplaner gjensidig er gjort tilgjengelig og at kontaktpunkter er definert.

---

<sup>6</sup>[Nasjonale ROS-analyser](#)

Som sektormyndighet og samordningsmyndighet er fylkesmannen pådriver og veileder for beredskapsarbeidet i fylket, og samordner planleggingen overfor kommuner og andre statlige etater. Fylkesmannen er også tillagt samordningsfunksjonen under kriser og katastrofer i fredstid.

Fylkesberedskapsråd er en viktig samarbeidsarena i forhold til kommuner og andre etater. De helseforetak som er gitt samordningsansvar med fylkesmenn (jf. kap. 3.3 i regional beredskapsplan) er ansvarlig for å samordne sine planer med respektive fylkesmenn og å stille seg til disposisjon for fylkesberedskapsrådets arbeid.

## 5. Helseforetakenes beredskapsplaner

Helseforetakenes beredskapsplaner skal beskrive eller vise til rutiner for håndtering av følgende problemstillinger:

- Situasjoner med en eller få pasienter som med alvorlig, allmennfarlig smitte/høyrisiko-sykdom (høy alvorlighetsgrad og høy risiko for dødelighet)
- Situasjoner med et høyt antall syke eller skadde med allmennfarlig smitte som følge av epidemi, pandemi eller stor ulykke.
- Plan for bruk av personlig smittevernutstyr for personell og eventuelt besøkende/pårørende som skal delta i kontakt med aktuelle smitteførende pasienter, samt beredskapslager for smittevernutstyr generelt
- Plan for håndtering og transport av smitteførende pasienter i og utenfor sykehus
- Plan for håndtering av situasjoner med fravær eller knapphet på eget personell. Herunder hvilke aktiviteter som kan reduseres eller stanses for å omdisponere ressurser til kontroll over situasjonen (for eksempel stans i elektiv virksomhet), jf. Veileder fra DSB; Kontinuitetsplanlegger – pandemisk influensa.
- Hvilke avdelinger/enheter som har ansvar for smitteførende pasienter i slike situasjoner
- Hvilke lokaler/enheter som skal benyttes til isolasjon av smitteførende pasienter
- Hvordan smitteførende pasienter transporteres inn i sykehuset uten at andre pasienter, personell, besøkende eller miljø utsettes for smitte
- Hvordan andre lokaler, avdelinger og arbeidsmiljø skjermes mot smittespredning fra områder der smitteførende pasienter er innlagt
- Opptrappingsplaner som forbereder videre tiltak med hensyn til sengeplass og isolasjon dersom smitte brer seg eller pasientantallet overstiger sykehusets kapasitet, herunder etablere et definert punkt for når slike tiltak skal settes i gang.
- Plan for melding og overvåking av smitteførende pasienter og smittet personell
- Kontinuerlig oversikt over personell og besøkende ved alle avdelinger i helseforetaket

Veileder "Pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten" bør benyttes under utarbeiding av planen. Smittevernplan for Helse Sør-Øst gir ytterligere føringer for smittevernarbeidet.

## 6. Ansvarsfordeling i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF er ansvarlig for å monitorere situasjonen og sørge for nødvendige forberedende og koordinerende tiltak i regionen, herunder koordinere ressurser, samordne rapporter fra helseforetakene og rapportere til helsemyndighetene (Helse- og omsorgsdepartementet og/eller helsedirektoratet). Helse Sør-Øst RHF skal fremme eventuelle behov for beredskapstiltak som krever tiltak på nasjonalt nivå.

Nasjonal beredskapsplan mot kopper definerer særskilt ansvar og oppgaver bl.a. for Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Dette gjelder bl.a. pasientbehandling, beredskaps- og utrykningsteam (OUS) og mottak av inntil 100 pasienter for observasjon, behandling og isolering (Ahus - Stensby). Sistnevnte funksjon vil bli overført til annen virksomhet innen Helse Sør-Øst i løpet av 2010.

Akershus universitetssykehus har ansvar for smittevernrådgivning til bl.a. Ullensaker kommune som ivaretar ansvaret for helseberedskap på Oslo lufthavn Gardermoen.

### **7. Ledelse av beredskapssituasjoner**

Det enkelte helseforetak leder interne beredskapssituasjoner i henhold til egne beredskapsplaner og rapporter til Helse Sør-Øst RHF iht. regional beredskapsplan. Dersom en smittevernsituasjon utvikler seg slik at flere helseforetak må etablere beredskap kan det bli aktuelt at Helse Sør-Øst RHF delegerer den operative ledelsen av koordineringen til direktøren på Oslo universitetssykehus iht. regional beredskapsplan.

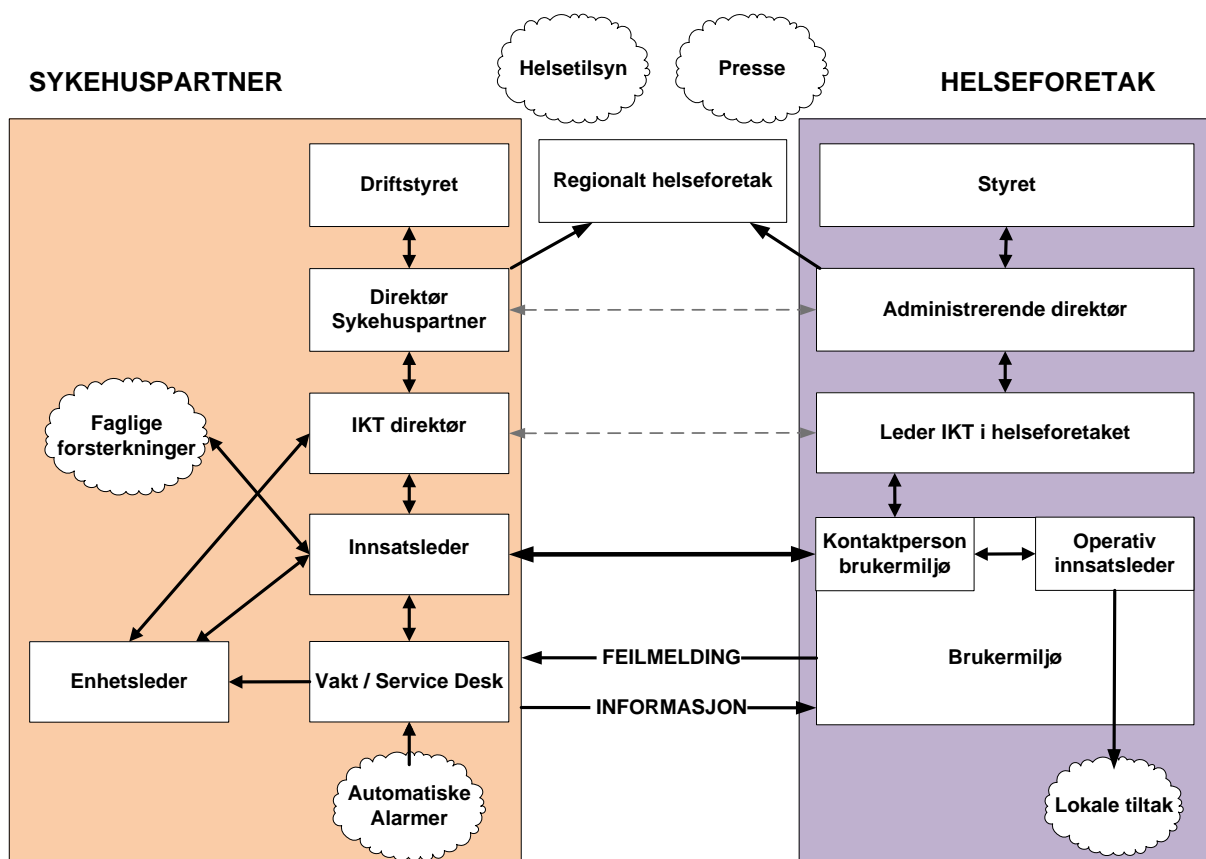
Ved epidemier eller pandemier hvor situasjonen ikke oppstår brått, men utvikler seg over lang tid og vedvarer over lengre tidsrom og hvor grensen for etablering av beredskap vil være uklar, kan det være hensiktsmessig at Helse Sør-Øst RHF opprettholder en mer aktiv lederrolle enn ved storulykker hvor den operative perioden normalt er forholdsvis kort og intensiv.

## Vedlegg 4: Retningslinjer for håndtering og varsling av kritiske hendelser innen IKT

Ved etableringen av felles tjenesteleverandør vil både varslingsveier og kravet til formell håndtering bli påvirket som en konsekvens av at det blir to organisasjoner som skal samarbeide. Med dette som bakgrunn er disse retningslinjene utarbeidet med momenter som skal ivaretas i partenes respektive rutiner og beredskapsplaner fra 1.9.2009.

Disse retningslinjene vil bli revidert i løpet av 2010 i forbindelse med etablering av kontinuitets- og beredskapsplanverk for IKT.

### Varslings- og kommunikasjonsmodell – kritiske hendelser:



### Forklaring til modellen

Modellen illustrerer gangen i håndtering av en kritisk hendelse. Boksene i illustrasjonen viser ulike roller eller aktører som vil være involvert ved en kritisk hendelse. Det vil kunne variere fra helseforetak til helseforetak hvordan det spesifikt vil se ut (intern organisering og hvordan varsling gjøres), men modellen viser hvordan det prinsipielt skal fungere.

1. En hendelse oppdages enten av brukermiljøet eller av drift i Sykehuspartner.
2. Hendelsen registreres hos Sykehuspartners Service Desk eller vakt.
3. Dersom hendelsen oppfyller de avtalte kriteriene til å defineres som kritisk, eller dersom helseforetaket (ved avdelingsleder hos helseforetakets brukermiljø) insisterer på dette, skal Service Desk eller vakt kontakte sin enhetsleder.

4. Enhetsleder skal umiddelbart utnevne en innsatsleder, og informere Sykehuspartners IKT direktør om situasjonen. Enhetsleder og innsatsleder vil i mange sammenhenger være samme person.
5. Innsatsleder skal lede arbeidet med å gjenopprette normaltilstand, og initielt informere og i det videre arbeidet samarbeide tett med helseforetakets kontaktperson for det/de berørte brukermiljø (avdelingsleder eller lignende).  
Samtidig skal innsatsleder holde Service Desk / vakt orientert om sakens utvikling, slik at Sykehuspartner kan holde helseforetakets brukermiljø løpende orientert om status.
6. Avdelingsleder skal informere ansvarlig leder for IKT funksjonen i helseforetaket om den kritiske hendelsen.
7. Helseforetakets skal utnevne en operativ innsatsleder, som skal sørge for å ta i bruk alternative rutiner for gjennomføring av avdelingens primær oppgaver for å begrense forringelse av pasientbehandlingens kvalitet.
8. De formelle kommunikasjonslinjene i forbindelse med løsning av kritiske situasjoner går mellom Sykehuspartners innsatsleder og helseforetakets kontaktperson for det/de berørte brukermiljø (avdelingsleder eller lignende).  
Partene har hver for seg varslingsnivå som de kan benytte seg av, og rollene på samme varslingsnivå vil kommunisere seg imellom for å bidra til at situasjonen normaliseres så raskt som mulig.  
Dersom en av partene velger å eskalere utover sine respektive organisasjoner (til Helse Sør Øst RHF), skal den andre part informeres om dette i forkant.

## Rollelister

### Sykehuspartner

Rolle	Kommentar
Vakt / Service Desk	Sykehuspartner skal fra 1.9 2009 som minimum videreføre dagens vaktordninger i helseforetakene
Innsatsleder	Leder arbeidet internt i Sykehuspartner for å gjenopprette normaltilstand og begrense omfanget. Innsatslederen utnevnes av enhetsleder i samarbeid med IKT Direktør
Enhetsleder	Operative lederen for Sykehuspartners lokale leveranseorganisasjon i et helseforetak pr. 1.9.2009
IKT Direktør	Øverste leder for Sykehuspartners leverandørorganisasjon av IKT tjenester til helseforetakene
Direktør Sykehuspartner	Øverste leder for Sykehuspartner
Driftstyret	Sykehuspartners øverste myndighet.

### Helseforetak

Rolle	Kommentar
Brukermiljø	Alle brukermiljø som berøres av en kritisk hendelse
Avdelingsleder	Leder for brukermiljø som er berørt av en kritisk hendelse. Dersom flere brukermiljø i helseforetaket rammes tilnærmet like hardt, skal helseforetaket utnevne en av avdelingslederne som koordinerende kontaktperson mot Sykehuspartners innsatsleder.
Operativ innsatsleder	Leder arbeidet internt i avdelingene med å ta i bruk alternative arbeidsmodeller slik at pasientbehandlingen i minst mulig grad blir skadelidende for den situasjon som er oppstått.
Leder IKT	Leder for helseforetakets IKT miljø
Administrerende Direktør	Helseforetakets øverste leder
Styret	Helseforetakets øverste myndighet.

## Retningslinjer - Håndtering av kritiske hendelser

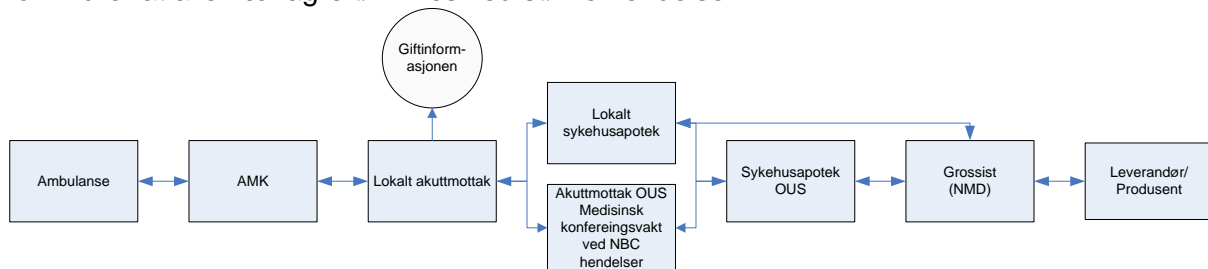
1. Helseforetaket har ansvaret for dokumentasjon og implementering av sine interne rutiner for håndtering av kritiske hendelser.
2. Sykehuspartner har ansvaret for dokumentasjon og implementering av sine interne rutiner for håndtering av kritiske hendelser.
3. Både helseforetak og Sykehuspartner kan melde inn og definere hendelser som kritiske. Dersom det er dissens mellom partene, er det helseforetakets standpunkt som er førende for beslutningen som tas.
4. Hvilke typer hendelser som defineres som en kritisk situasjon, skal beskrives i tjenesteavtalen mellom Sykehuspartner og helseforetaket. Varsling skal skje i henhold til de regler og tidsfrister for styring av kommunikasjon som er fastlagt i disse retningslinjene og i tjenesteavtalen mellom partene. Oversikten eies av partene i fellesskap.
5. Sykehuspartner og helseforetaket skal i samarbeid påse at feil knyttet til kritiske hendelser umiddelbart tas hånd om ved at det iverksettes tiltak for å løse og/eller begrense hendelsens skadeomfang.
6. Det er Sykehuspartners ansvar å følge opp overfor eksterne leverandører.
7. Innsatslederen som leder arbeidet med å håndtere situasjonen, skal gis tilstrekkelige fullmakter i Sykehuspartner til å kunne iverksette de tiltak han/hun finner nødvendig.
8. Sykehuspartner skal ha en varslingsliste over teknisk ekspertise og ledere i egen organisasjon og hos underleverandører som kan kontaktes ved behov for bistand i forbindelse med kritiske hendelser.
9. Sykehuspartner har ansvaret for å informere berørte brukermiljø om fremdriften på løsning av en kritisk hendelse.
10. Kommunikasjon mellom partene skal følge prinsippene i varslings- og kommunikasjonsmodellen (se tidligere i dokumentet).
11. Eventuell varsling om situasjonen til det regionale helseforetaket skal skje tjenestevei<sup>7</sup> og kan utføres av både helseforetaket og Sykehuspartner. Dersom dette gjøres av den ene part, skal den andre part informeres om at dette vil bli gjort.
12. Dersom hendelsen har allmenn interesse, og/eller at pågangen og kravet til å informere utenfor Helseforetaket tilsier det, skal det regionale helseforetakets rutiner og planer for dette følges.
13. Øving av varslingsrutiner og beredskapsplanene skal skje regelmessig og i henhold til de lover, regler, krav som er stilt til helseforetakene samt Sykehuspartners IKT leveranseorganisasjon pr. 1.9.2009.

---

<sup>7</sup> Varsling fra lokalt til sentralt nivå er beskrevet i kapittel 4.

## Vedlegg 5: Varslingsrutiner ved akutt oppstått mangel på legemidler

Ved akutt oppstått behov for større mengder legemidler enn det som finnes på lager lokalt skal varslingsgangen i figur 1.1 følges. Hensikten med varslingen er at Sykehusapotek og grossist også skal kobles inn tidlig i en hendelse, slik at man sikrer etterfylling av lagre og forhindrer at alle nærlagre tømmes ved større hendelser.



**Figur 1.1:** Oversikt over aktørene som er involvert i håndteringen av en akutt hendelse som krever mer legemidler enn det som er på lager lokalt. De blå boksene illustrerer aktørene som er involvert i logistikken, mens Giftinformasjonen kan konfereres i forhold til terapi.

### ***Roller og ansvar***

**Ambulanse:** Akutt oppstått behov for legemidler oppdages ofte av ambulansetjenesten/prehospitale tjenester. Gjeldende varslingsrutiner benyttes ved knapphet/mangel på legemidler/antidoter. AMK varsles og har ansvar for å håndtere situasjonen videre. Også private ambulanseaktører skal varsle den AMK sentralen de er knyttet opp mot i tillegg til egen ledelse. Hvilke kvanta av legemidler som skal medbringes i den enkelte ambulanse vil avhenge av hvor stort område ambulansen betjener, og hvilken avstand det er til sykehus. Ved ulykker som krever spesielle legemidler må ofte ambulansen få påfyll av legemidler fra akuttmottaket.

**Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral):** tlf 113 (døgnvakt)

AMK-sentralen har ansvaret for å aktivere og å koordinere de prehospitale tjenestene i opptaksområdet. Ved mangel på legemiddel som oppdages av ambulansetjenesten, vil AMK varsles. AMK formidler igjen varsel til akuttmottaket og beredskapsledelsen og evt. andre HF og AMK-sentraler.

### ***Helseforetakene (HF)***

Akutt behov for store mengder legemidler og antidoter kan innenfor HFet oppdages ved akuttmottaket, på avdeling evt. ved lokalt sykehusapotek. Gjeldende varslingsrutiner skal brukes (jmf. Kap 4.1). Det presiseres at sykehusapoteket skal varsles umiddelbart for raskest avhjelping av situasjonen, både ved kortsiktige og langvarige knapphetssituasjoner. Sykehusapoteket skal holdes orientert om utviklingen av situasjonen slik at de kan ligge i forkant og sørge for å aktivere sine forsyningslinjer.

Ansvaret for legemiddel- og antidotberedskapen ligger hos det enkelte HF. Beredskapsplan for håndtering av en sviktsituasjon og for informasjon i en slik situasjon skal være en del av HFets beredskapsplan. På basis av listen over kritiske legemidler må HF pr i dag selv vurdere sitt behov for lagerhold av disse legemidlene ut fra HFets behandlingsskapasitet innenfor de ulike typene av skader. Vurderingen skal skje i samarbeid med sykehusapoteket. Det skal etableres rutiner for oppdatering og etterfylling av lager med vekt på tidlig varsling til sykehusapoteket (lokalt sykehusapotek, og til medisinsk konfereringsvakt ved Oslo universitetssykehus HF ved forgiftningsskader) ved oppstått mangel av legemidler og antidoter. Samarbeid mellom HF bør også vurderes.

Legemiddelkomiteene bistår med koordinering og prioritering ved knapphetssituasjoner som trekker ut i tid.

Sykehusapotekene HF (tlf 23 13 52 00 i normal åpningstid)

Sykehusapotekene HF er organisert som et selvstendig helseforetak som omfatter alle sykehusapotekene i Helse Sør-Øst. Sykehusapoteket er forbindelsesleddet mellom spesialisthelsetjenesten og leverandører/grossister. Sykehusapotekene skal sikre sykehusene nødvendig legemiddelforsyning samt bistå med å finne alternative leverandører eller synonyme/alternative preparater ved svikt i legemiddelforsyningen. Medisinske ansvarlige ved berørte institusjoner og Sykehusapoteket må sammen utarbeide retningslinjer for alternativ terapi ved behov.

*Sykehusapoteket Lørenskog* åpner i oktober 2008, ved nye Akershus universitetssykehus HF (Ahus). Deler av dette sykehusapoteket vil ha døgnkontinuerlig drift. Det vil også opprettes en produksjonsavdeling der som produserer cytostatika, TPN, smerte-kassetter og antibiotika.

*Sykehusapoteket ved Oslo universitetssykehus HF (tlf 23 20 52 00 i åpningstiden)* er tilgjengelig også utenfor åpningstid for å avhjelpe knapphetssituasjoner. Henvendelser skjer da til portvakten ved Oslo universitetssykehus HF på tlf 22 11 88 01. Døgnåpen vakttelefon/bakvaktfunksjon ved sykehusapoteket vurderes.

*Sykehusapoteket ved Rikshospitalet (tlf 23 07 34 00 i åpningstiden)* har etablert en formalisert vaktordning, og har også en egen produksjonsenhet.

*Sykehusapoteket Sørlandet sykehus, Kristiansand:* Det eksisterer pr i dag en formalisert vaktordning for SSHF med døgnkontinuerlig farmasøyttilgjengelighet utenom apotekets åpningstid i helger/helligdager. I ukedagene kan farmasøyter ved Sykehusapoteket Kristiansand og Sykehusapoteket Arendal nås via telefonliste, men det er ingen formell døgnkontinuerlig farmasøyttilgjengelighet utenom apotekets åpningstid på ordinære ukedager ved SSHF. Ordningen vurderes avviklet.

Giftinformasjonen: tlf 22 59 13 00 (døgnvakt)

Giftinformasjonen er en avdeling i helsedirektoratet, men er lokalisert på Oslo universitetssykehus HF. De tilbyr en døgnåpen rådgivende telefontjeneste vedrørende behandling ved forgiftninger.

Medisinsk konfereringsvakt (OUS): tlf 22 11 73 50 (døgnvakt)

Ved nasjonalt kompetansesenter for NBC (Nuclear, Biological, Chemical) ved OUS, tilbys medisinsk rådgivning pr telefon til helsepersonell i forhold til personer som har vært utsatt for biologisk eller kjemisk agens eller radioaktiv stråling. Kompetansesenteret har oversikt over medisinsk kompetanse (regionalt og nasjonalt) for behandling av NBC skader. Ved akutt behov for antidoter skal medisinsk konfereringsvakt varsles enten via akuttmottaket ved OUS eller direkte fra et annet akuttmottak. Medisinsk konfereringsvakt kontakter sykehusapoteket ved OUS for å besørge etterforsyning av antidoter eller andre legemidler ved NBC-skader.

Oslo Universitetssykehus HF (OUS): Ved kriser knyttet til knapphet/mangel på legemidler og antidoter som rammer hele eller store deler av regionen, delegeres ledelse av Helse Sør-Østs samlede helseressurser til OUS (jmf kap.5.3 i beredskapsplan for Helse Sør-Øst). Direktøren ved OUS vil da sammen med sin kriseledelse og liaisoner koordinere HFenes samlede innsats for å avhjelpe situasjonen, herunder samordning, prioritering og fordeling av legemidler.

Norsk Medisinaldepot (NMD). Henvendelser utenfor normal åpningstid gjøres via Sykehusapotekene HF.

De regionale helseforetakene inngår hvert 3.år en grossistavtale etter anbud for all forsyning til sykehusene. Per nå er denne avtalen med NMD. Grossisten er underlagt norsk lovverk knyttet til avtalen og er blant annet forpliktet til fremskaffing av aktuelle legemidler, og evt.

sammen med sykehusapoteket og legemiddelkomiteen å vurdere alternativ terapi. Fremskaffing av legemidler er grossist sitt ansvar.

### **Andre relevante aktører innen legemiddelberedskap**

Leverandørene: Legemiddelleverandørene må forplikte seg til å melde fra om leveringsproblemer, særlig for kritiske legemidler.

Legemiddelprodusenter: Når det gjelder produksjon har vi i Norge et 50-talls produsenter av ulike legemidler. De største er Alpharma, Amersham, Fresenius Kabi og Nycomed Pharma. Produsentene har ansvar for tidlig å melde uregelmessigheter i produksjonen som kan føre til en mangel på kritiske legemidler hos forbrukende enheter.

Det regionale helseforetaket (RHF):

Ved etablering av felles innkjøpsordninger på regionalt nivå har RHF ansvar for at nødvendige beredskapsordninger inngår i kontraktene for de legemidler som anses å være livsviktige og absolutt nødvendige i en krisesituasjon. Regional plan for helsemessig- og sosial beredskap legger føringer for hvordan knapphet på legemidler skal håndteres. Ansvar for fordeling av knappe ressurser vil normalt delegeres til strategisk kriseledelse ved OUS.

Helsedirektoratet: Forvalter statlig legemiddelberedskap. Helsedirektoratet vil få delegert ansvar fra HOD ved en kritisk mangelsituasjon og vil kunne gå inn å styre ressursene. Ved forsyningssvikt kan helsedirektoratet benytte sin styringsmyndighet til å anmode legene om forsiktighet/restriksjon av foreskriving av enkelte reseptbelagte legemidler.

Statens legemiddelverk (SLV) er en etat under HOD, og vil bl.a.:

- Vurdere godkjenning av nye preparater.
- Måtte sørge for rask godkjenning av for eksempel utenlandske pakninger i krisesituasjoner.
- Vurdere søknader om markedsføringstillatelse eller godkjenningsfritak for eventuelle nye preparater.

Folkehelseinstituttet (FHI) har blant annet hovedansvaret for å forsyne landet med vaksiner, sera og spesifikke immunglobulinpreparater til humanmedisinsk bruk i Norge. Pr i dag dekkes forsyningen kun ved import. FHI og helsedirektoratet vil være sentrale informasjonsgivere ovenfor helsetjenesten ved en krise.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordnede ansvaret for statlig legemiddelberedskap, men har delegert det praktiske ansvaret til helsedirektoratet. HOD vil kunne gå inn og styre hvem som skal ha ansvar for å formidle informasjon avhengig av fagområde og omfang av informasjonsbehov. Det er imidlertid ikke etablert konkrete planer for ressursstyring og informasjonsstyring innen legemiddelberedskapen.

## Vedlegg 6: Liste over kritiske LVVA

Følgende oversikt er utarbeidet for regionen over kritiske legemidler, væsker, vaksiner, antidoter:

Kategori	Generisk navn	Preparatnavn	ATC kode	Enhet	Legemiddel-form	Bruksområde	Anbefaling for kvanta
Ambulansse	Amylnitritt	Amyl nitrite inhalant	V03AB22	12x03ml	Inh væske	Cyanid forgiftninger. Aktuell ved industri, skip og lignende. Dssn: 1 ampulle inhaleres hvert 5 min.	Bør være tilgjengelig på skadested.
Ambulansse	Kalsiumglukonat	HF antidotgel	V03AB	25g	gel	Til smøring av hud som har vært i kontakt med flussyre. Bør finnes i førstehjelpskap på steder der det arbeides med flussyre.	Bør være tilgjengelig på skadested.
Ambulansse	Atropinsulfat	Atropin	A03BA01	1 mg/ml (amp)	inj	Forgiftninger	Lokal vurdering av mulig skadeomfang. Må også ses i sammenheng med utkjøring av autoinjektorer fra OUS sitt NBC senter (Oslo-regionen). Ambulansene må få påfyll fra mottakene når de leverer pasienter.
Ambulansse	Naloksone	Naloxone	V03AB13	10x1ml (0,4mg/ml)	Inj amp	Motgift opioider/ Opioidderivater	Hva kan man forvente av skadeomfang? Ambulansene må få påfyll fra mottakene når de leverer pasienter.
Akutt-mottak	Propofol	Propolipid/ Propofollipuro	N01AX10		Inf/inj	Anestesi (Dssn 20-400mg/t)	Tilsvarende respiratorkapasitet for HFet, 1 ukes behandling. Hvor mange plasser kan frigjøres raskt?

Kategori	Generisk navn	Preparatnavn	ATC kode	Enhet	Legemiddel-form	Bruksområde	Anbefaling for kvanta
Akutt-mottak	Suksametoniumklorid	Curacit	M03AB01	10x20ml (10mg/ml)	inj	Anestesi (1.A gangs intubering av respiratorpasienter)	Tilsvarende respiratorkapasitet til HFet. Hvor mange plasser kan frigjøres raskt?
Akutt-mottak	Fentanyl	Fentanyl	N01AH01	10x10ml (50mcg/ml)	inj	Anestesi (Dssn 0,2 – 0,5 mg/t)	Tilsvarende respiratorkapasitet for HFet, 1 ukes behandling. Hvor mange plasser kan frigjøres raskt?
Akutt-mottak	Midazolam	Midazolam/ Dormicum	N05CD08	5x10ml hgl 500ml pose (5mg/ml)	Inj/inf	Sedasjon. (Dssn 10-40mg/t) (Hetteglass lagerføres. Poser må produseres ved sykehusapotek)	Tilsvarende respiratorkapasitet for HFet, 1 ukes behandling. Hvor mange plasser kan frigjøres raskt?
Akutt-mottak	Morfinhydroklorid	Morfin	N02AA1	10x10ml (10mg/ml eller 20mg/ml eller 40mg/ml)	Inj eventuelt råstoff til produksjon av inj	Anestesi/ Smertestillende (alternativ til Midazolam/Fentanyl) (Dssn 20-50mg/t)	Må ha noe ferdig hgl på lager. Antall vil avhenge av hvor fort man kan få produsert Morfin fra råstoff. Mulige produsenter er Nycomed Pharma (10mg/ml og 20mg/ml) og sykehusapoteket ved Rikshospitalet (40mg/ml).
Akutt-mottak	Diazepam	Stesolid	N05BA01	10x2ml eller 50x2ml	inj	Sedasjon. Kan være alternativ til Midazolam. (Dssn 5-10mg/t)	

Kategori	Generisk navn	Preparatnavn	ATC kode	Enhet	Legemiddel-form	Bruksområde	Anbefaling for kvanta
Akutt-mottak	Atropinsulfat og obidoksim	Atropin autoinjektorer			Auto-injektorer		NBC senteret har inngått avtale av kjøp av 300 autoinjektorer som pakkes i 2 kasser à 150stk. Plasseres på OUS. En kasse kjøres ut til skadested, den andre beholdes på sykehus til behandling av de som oppsøker sykehuset direkte.
Akutt-mottak	Atropinsulfat	Atropin	A03BA01	1 mg/ml (amp) og 10 mg/ml eller 200mg/ml (hgl)	inj	Forgiftninger	Hva er sykehusenes kapasitet til å ta imot pasienter? Må også ses i sammenheng med autoinjektorene. Trenger hetteglass/ampuller til behandling inne på sykehuset (ikke alle pasienter vil ha behov for dette).
Akutt-mottak		Dialysevæsker	B05D		inf	Dialyse	Tilsvarende dialysekapasiteten og 1 ukes forbruk. Hvor mange dialyseapparater kan frigjøres raskt?
Akutt-mottak	Oseltamivir	Tamiflu	J05AH02	75mg kapsler (10enpac)	po	Behandling og forebyggelse av influensa (Dssn behandling 75mgx 2 i 5 dager. Forebyggelse 75mg x1 i 10 dager)	Hvor mange av personalet trenger forebyggelse ved pandemi? Må ses i sammenheng med nasjonalt lager, og prioritering av dette. NB! Nasjonalt lager tar ikke høyde for profylaktisk behandling av store grupper helsepersonell.

Kategori	Generisk navn	Preparatnavn	ATC kode	Enhet	Legemiddel-form	Bruksområde	Anbefaling for kvanta
Akutt-mottak	Natriumhydrogenkarbonat	Natriumhydrogenkarbonat	B05XA02	500 mmol/L, 500 ml 167mmol/L, 1000ml flaske	Inf kons	Metabolsk acidose. Individuell dosering etter bestemmelse av syre-base status.	
Akutt-mottak	Fomepizol	Fomepizole	V03AB34	5x20ml amp (5mg/ml)	Inf kons	Metanol og etylenglykol forgiftninger (Dssn avhenger av blodkons av etylenglykol. Initialt 15mg/kg deretter ny dose hver 12. time til etylenglykolkons er under 0,2g/l (3.2mmol/l)). Se for øvrig felleskatalogen.	Hvor mange forventes det at kan komme inn på en gang (historiske tall, jmf tidligere hendelser med større tilfeller av metanol forgiftning)
Akutt-mottak	Etanol	Sprit steril til parenteral antidot 70%		50ml hgl	Inf kons	Dssn 1 ml/kg over 20 min. Deretter 12-17ml/t som infusjon (utblandes i Glukose 5% eller NaKII 0,9%)	Kan velges som alternativ til eller i stedet for Fomepizol. Etanol er et billigere legemiddel å lagre, og kan produseres på sykehusapotek med steril tilvirkning. Bruk av steril sprit i stedet for Fomepizol krever imidlertid mer overvåking av pasienten.

Kategori	Generisk navn	Preparatnavn	ATC kode	Enhet	Legemiddel-form	Bruksområde	Anbefaling for kvanta
Akutt-mottak	Obidoksim	Toxogonin	V03AB13	5x1ml (250mg/ml)	Inj	Forgiftninger av organofosfater etter at Atropin er gitt, forgiftninger med nervegasser. Dssn 250mg iv over 5min hver 6.-8.time i inntil 1 uke eventuelt lenger dersom behandlingen har klinisk effekt.	Arbeidsgruppen stilte spørsmål om det er behov for både obidoksim og pralidoksim på alle sykehus.
Akutt-mottak	Pralidoksim	Contrathion	V03AB04	10sett (200mg)	Inj subst	Alternativ til Obidoksim. Dssn 30mg/kg iv over 4min hver 4.time i inntil 1 uke, eventuelt lenger dersom det er mulig.	Arbeidsgruppen stilte spørsmål om det er behov for både obidoksim og pralidoksim på alle sykehus.
Akutt-mottak	Hydroksokobalamin	Cyanokit	V03AB33	2x2,5g hgl	Inj subst	Cyanid forgiftninger. Alene eller i kombinasjon med natriumtiosulfat. Dssn 5g iv over 25-30min (inf) – voksne. 70mg/kg til barn. Dosen kan gjentas 1-2 ganger.	Hvilket omfang ser man for seg kan skje? På OUS har de 27 sett p.t på lager i akuttdivisjonen.
Akutt-mottak	Kalsiumglukonat	HF antidotgel	V03AB	25g	gel	Til smøring av hud som har vært i kontakt med flussyre. Bør finnes i førstehjelpskap på steder der det arbeides med flussyre.	Behov er størst i industri hvor det arbeides med flussyre. Dette er førstehjelp.

Kategori	Generisk navn	Preparatnavn	ATC kode	Enhet	Legemiddel-form	Bruksområde	Anbefaling for kvanta
Akutt-mottak	Metylprednisolon	Solu-Medrol	H02AB04	120mg 1 sett	Inj væske	Ved inhalasjon av røyk/gass	
Sykehus- apotek	Midazolam	Midazolam/Dormicum	N05CD08	5x10ml hgl 500ml pose	Inj/inf	Sedasjon. (Dssn 10-40mg/t) (Hetteglass lagerføres. Poser må produseres ved sykehusapotek)	Tilsvarende respirator kapasitet for HF, 1 ukes behandling og tilsvarende det som ikke lagerføres som hgl på sykehuset
Sykehus- apotek	Morfinhydroklorid	Morfin	N02AA01	10x10ml (10mg/ml eller 20mg/ml eller 40mg/ml)	Inj eventuelt råstoff til produksjon av inj	Anestesi/ Smertestillende (alternativ til Midazolam/Fentanyl)	Tilsvarende det som lagerføres kan produseres, og som ikke lagerføres som hetteglass. Mulige produsenter er Nycomed Pharma (10mg/ml og 20mg/ml) og sykehusapoteket ved Rikshospitalet (40mg/ml).
Sykehus- apotek	Ciprofloksacin	Ciprofloxacin/Ciproxin	J01MA02	500mg tabletter	po	Ved bl.a. antrax	Hvor mange forventer man at kan bli rammet?
Sykehus- apotek	Benzylpenicillin	Penicillin	J01CE01	10 hgl (3g)	Inj/inf subst	Antibiotikabehandling av intensivpasienter	Kan fordeles mellom lager på apotek og sentralt lager
Sykehus- apotek	Cloxacillin	Cloxacillin	J01CF02	10 hgl (2g)	Inj/inf subst	Antibiotikabehandling av intensivpasienter	Kan fordeles mellom lager på apotek og sentralt lager
Sykehus- apotek	Cefuroksim	Cefuroxim/zinacef	J01DC02	10hgl (750mg)	Inj subst	Antibiotikabehandling av intensivpasienter	Kan fordeles mellom lager på apotek og sentralt lager
Sykehus- apotek	Gentamycin	Gentamicin/tobramycin	J01GB03	5x2ml (40mg/ml)	inj	Antibiotikabehandling av intensivpasienter	Kan fordeles mellom lager på apotek og sentralt lager

Kategori	Generisk navn	Preparatnavn	ATC kode	Enhet	Legemiddel-form	Bruksområde	Anbefaling for kvanta
Regionalt/sentralt lager	Oseltamivir	Tamiflu	J05AH02	75mg kapsler (10enpac)	po	Behandling og forebyggelse av influensa (Dssn behandling 75mgx 2 i 5 dager. Forebyggelse 75mg x1 i 10 dager)	Hvor mange av personalet trenger forebyggelse ved pandemi? Må ses i sammenheng med nasjonalt lager, og prioritering av dette.
Regionalt/sentralt lager	Ciprofloksacin	Ciprofloxacin/Ciproxin	J01MA02	500mg tabletter	po	Ved bl.a antrax.	Hvor mange forventer man at kan bli rammet?
Regionalt/sentralt lager	Benzylpenicillin	Penicillin	J01CE01	10 hgl (3g)	Inj/inf subst	Antibiotikabehandling av intensivpasienter	Kan fordeles mellom lager på apotek og sentralt lager
Regionalt/sentralt lager	Cloxacillin	Cloxacillin	J01CF02	10 hgl (2g)	Inj/inf subst	Antibiotikabehandling av intensivpasienter	Kan fordeles mellom lager på apotek og sentralt lager
Regionalt/sentralt lager	Gentamycin	Gentamicin/tobramycin	J01GB03	5x2ml (40mg/ml)	inj	Antibiotikabehandling av intensivpasienter	Kan fordeles mellom lager på apotek og sentralt lager

## Vedlegg 7: Anbefalinger for lagerhold av antidoter

Giftinformasjonen gir følgende anbefaling for lagerhold av antidoter på sykehus:

<b>Alle sykehus</b>	<b>Tillegg større sykehus</b>	<b>Tillegg regionsykehus</b>
Acetylcystein	Dantrolen	DMPS
Adrenalin	Digitalisantistoff	DMSA
Atropin	Fomepizol	Jern(III)heksacyanoferrat
Biperiden	Kalsiumfolinat	Kalsium-EDTA
Brekkmiddel	Metylenblått	Penicillamin
Deferoksamin	Pralidoksim/obidoksim <sup>2</sup>	
Diazepam	Pyridoksin	
Etanol	Silibinin	
Flumazenil	Vipera TAB <sup>3</sup>	
Fysostigmin		
Glukagon		
Hydroksokobalamin <sup>1</sup>		
Isoprenalin		
Kalsiumglubionat (inj)		
Kalsiumglukonat (gel)		
Medisinsk kull		
Nalokson		
Natriumhydrogenkarbonat		
Natriumtiosulfat		
Vitamin K <sub>1</sub>		

<sup>1</sup> Hydroksokobalamin erstatter koboltdetat ved cyanidforgiftning.

<sup>2</sup> Obidoksim har tradisjonelt vært brukt i Norge, men pralidoksim er terapeutisk likeverdig.

<sup>3</sup> Vipera TAB erstatter Viper Venom Antiserum, Euro (tidl Zagreb antiserum) ved huggormbitt.

En mer detaljert preparatoversikt finnes på følgende lenke:

<http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Antidoter/4832.cms>

## Vedlegg 8: Nasjonalt kompetansesenter for NBC-medisin

Senterets hovedoppgaver er å arbeide for øket lokal og nasjonal medisinsk kompetanse og beredskap ved hendelser hvor radioaktiv stråling (N=Nucleær), biologiske agens (B=Biologisk) eller kjemiske stoffer (C=chemical) utgjør en helsefare.

### Beredskap og kompetanse

Senteret er en integrert del av OUS. Det har pt. 4 overlegestillinger, hvor spesialister med erfaring innen infeksjonsmedisin, hematologi og toksikologi har ansvaret for hver sin del av senterets arbeidsoppgaver. I tillegg har senterets leder bakgrunn innen anestesi, akutt- og intensivmedisin. En spesialsykepleier har ansvar for verne- og dekontamineringsutstyr samt administrasjon av praktiske undervisningsopplegg.

De medisinske og ressursmessige konsekvenser av alvorlige N-, B- og C-hendelser er stort sett uavhengig av om hendelsen forårsakes av uhell, skjødesløshet, naturkatastrofer eller terrorisme. Senteret arbeider derfor ikke bare med medisinsk NBC-beredskap i forbindelse med forsettlige handlinger, men vil øke kompetanse og beredskap mht. disse områdene på generell basis.

Den helsemessige påvirkning av N, B og C hendelser starter før eksponerte personer kommer til sykehus. For å kunne gi best mulig medisinsk behandling fra og med et eventuelt skadested og videre inn i sykehusene, samarbeider NBC-senteret med nødetatene (Ambulanse, Brann- og redningsetaten, Politi) samt Sivilforsvaret for å optimalisere den prehospital håndtering av slike pasienter.

### Håndbok

Senteret har utarbeidet en [håndbok i NBC-medisin med retningslinjer for håndtering av NBC-hendelser](#).

Kontaktpunkter for senteret er:

E-mail adresse: [NBC-senteret@uus.no](mailto:NBC-senteret@uus.no)

Postadresse: NBC senteret, Medisinsk divisjon, Oslo universitetssykehus, 0407 Oslo.

Hjemmeside: [Lenke](#)

Ved mistenkte eller bekreftede akutte NBC hendelser tilbyr senteret faglig kontakt og rådgivning for medisinsk personell, nødetatene og relevante myndigheter 24 timer i døgnet.

*Konfereringsvakten* på Akuttmedisinsk avdeling, OUS, fungerer til enhver tid som NBC senterets representant ved akutte hendelser.

*Konfereringsvakten* kontaktes via Medisinsk intensivavdeling, MIO (22 11 91 24), alternativt UUS sentralbord (22 11 80 80 eller 02770) eller Akuttmottaket (22 11 73 50).

## Vedlegg 9: Sentrale begreper og forkortelser

Følgende forkortelser og begreper er benyttet i planen:

NBC-midler	Samlebetegnelse på atom-, biologisk- eller kjemiske midler. Kalles også NBC-agens. NBC utvides av og til NRBC, se under.
NRBC-skader	Skader forårsaket av atom-, radiologiske, biologiske eller kjemiske midler.
AMK-område	Det geografiske dekningsområde til AMK.
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Forkortes ofte til bare AMK. Helsetjenestens akuttmedisinske fagsentral 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).
Beredskapsplan	En beredskapsplan er en beskrivelse av ansvar, myndighet, ledelses- og kommunikasjonslinjer, samt en samling av forberedte tiltak som kan settes i verk i en ekstraordinær situasjon.
Beredskapsledelse	Beredskapsledelse betyr i denne sammenheng iverksettelse og drift av de ledelsesfunksjoner som virksomheten har planlagt for ved ekstraordinære situasjoner. Beredskapsledelse foregår ofte på tre nivåer; operativt, taktisk og strategisk (se disse definisjonene).
Beredskapssituasjon	En situasjon (ulykke, krise, katastrofe i fredstid eller i krig) der oppgavene til virksomheten er så store at de ikke kan håndteres uten at aktiviteten blir lagt om og evt. ekstra ressurser blir satt inn.
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.
Epidemi	Klart flere tilfeller enn normalt av en sykdom i et gitt tidsrom (ref Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer).
Fagleder helse	Medisinsk leder for helsetjenesten på skadested – kommer vanligvis fra kommunehelsetjenesten, evt.spesialisthelsetjenesten. Begrepet erstatter det tidligere "Fagleder sanitet".
Forsyningskrise	Regionen greier ikke å opprettholde et tilstrekkelig nivå på sin behandlingsskapitet som følge av knapphet på helsemateriell, medisiner, strøm-/vanntilførsel e.l.
Helse Sør-Øst	Helseregion Sør-Øst som geografisk og administrativt område
Helse Sør-Øst RHF	Det regionale helseforetaket i Helse Sør-Øst (som organisasjon)
Helsemessig- og sosial beredskap	Helse- og sosialtjenestens evne til å kunne utvide og omstille sin tjenestekapasitet til det som vil være nødvendig under fredstidskriser og ved sikkerhetspolitiske kriser.
HF	Helseforetak. Organisatorisk enhet bestående av et eller flere sykehus, psykiatriske enheter og rusbehandlingstilbud.
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HRS	Hovedredningsentral. Sentral som har det overordnede koordinerende ansvar for redningsaksjon. Vi har i Norge 2 hovedredningsentraler som er plassert i Stavanger og Bodø (henholdsvis HRS Sør-Norge og HRS Nord-Norge). Hovedredningsentralene har ansvar for all redning på sjø, i luft og på land. Koordinering av redningsaksjoner på land håndteres normalt av lokal redningsentral (LRS) med mindre HRS beslutter noe annet.
HRS-legge	HRS-leggen er helsetjenestens medlem i den kollektive redningsledelsen i HRS. Rollen innehas av fylkeslegen i hhv Rogaland og Nordland.

Krise og katastrofe	<p>Krise er en situasjon eller hendelse som går utover det en virksomhet normalt er i stand til å håndtere og som krever flere ressurser enn det som normalt er tilgjengelig i daglig drift, men som man har (beredskaps/krise-) planer og ressurser for å takle.</p> <p>En katastrofe er en forverring av en krisesituasjon og medfører at det må foretas andre prioriteringer enn hva som normalt anses som forsvarlig.</p>
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 til stede og har som hovedoppgave å sikre sin egen virksomhet tilstrekkelig informasjon om situasjonen, samt bidra til samordning.
LRS	Lokal redningsentral. Det ledelses- og koordineringsapparat som iverksettes ved redningsoppdrag i det enkelte politidistrikt. LRS ledes av politimesteren.
LRS-lege	Helsetjenestens medlem i den kollektive redningsledelsen ved lokal redningsentral. LRS-legen oppnevnes av fylkesmannen.
LV-sentral	Legevaktsentral. Skal motta og håndtere henvendelser over et fast legevakts-telefonnummer innen et fastsatt geografisk område, herunder prioritere, iverksette og følge opp henvendelser til kommunal legevakt, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser. Skal kunne kommunisere direkte og videreformidle henvendelser om medisinsk nødhjelp til AMK-sentralen.
LVVA	Legemidler, Væsker, Vaksiner, Antidoter
Operativ ledelse	Operativ ledelse skjer på stedet og/eller er knyttet til praktiske oppgaver direkte relatert til hendelsen. Eks: Operativ leder helse har ansvar for operativ ledelse på skadested. Videre vil det være en operativ leder der pasientene tas imot i sykehuset. Lederens faglige kvalifikasjoner vil kunne variere med hvilken type krise/katastrofe det dreier seg om.
Pandemi	Pandemi er en verdensomspennende epidemi.
R-AMK	Regional AMK-funksjon som kan tre i kraft ved større hendelser og koordinering av regionale ressurser. Se AMK-sentral. Det er sentralen tilknyttet Oslo Universitetssykehus HF (AMK Oslo og Akershus) som skal inneha funksjonen som R-AMK i Helse Sør-Øst.
RHF	Regionalt helseforetak, inndelt i hhv Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF.
Risiko	Risiko er et uttrykk for den fare uønskede hendelser representerer for mennesker, miljø eller materielle verdier. Risikoen uttrykkes ved sannsynligheten for og konsekvensene av de uønskede hendelsene. (Norsk Standard, NS 5814).
ROS-analyse	Risiko- og sårbarhetsanalyse. Metode for systematisk gjennomgang av potensielle trusler med tanke på å avdekke virksomhetens sårbarhet og finne risikoreducerende tiltak.
Regionalt beredskapsutvalg	Rådgivende utvalg for RHF, bestående av alle helseforetak og sykehus med akuttmottak. Fora for samhandling og kompetanseutvikling innenfor beredskapsområdet.
Sanering	Rensing av personer/pasienter som er utsatt for atom-, biologisk- eller kjemiske midler (NBC), før det eventuelt gis medisinsk behandling.
Saneringsenheter	Rensestasjon beregnet for NBC-forurensede pasienter.
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.

Sykehusapotekene ANS	Sykehusapotekene ANS er et felles selskap for Helse Sør-Øst RHF og Helse Sør RHF. Selskapets formål er å eie og drive sykehusapotekene (jf apotekloven § 1-3 bokstav d) i Helse Sør-Øst og Helse Sør. Selskapet skal samordne virksomhetene med sikte på en hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.
Sårbarhet	Sårbarhet er et uttrykk for de problemer et system får med å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet. (NOU 2000:24 Et sårbart samfunn)
Taktisk ledelse	Taktisk ledelse er nivået mellom operativ og strategisk ledelse. Ledelsen på dette nivået har fokus på håndtering av hendelsen innad i det enkelte sykehus, og 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. En katastrofeledelse/kriseledelse med nær tilknytning til AMK-sentralen eller akuttmottaket er et eksempel på en taktisk ledelse.
OUS	Oslo universitetssykehus HF

## Vedlegg 10: Lovgrunnlag og referanser med lenker

### De mest sentrale lovene og forskriftene

Lovene og forskriftene er sortert etter årstall, dato og nummer.

Se [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no).

[Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer \(smittevernloven\)](#)

[Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap](#)

[Forskrift 22. juni 2001 nr. 700 om overgangsbestemmelser til Lov om helsemessig og sosial beredskap](#)

[Forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter Lov om helsemessig og sosial beredskap](#)

[Forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helsetjenesten](#)

### Andre aktuelle lover

[Lov 15. desember 1950 nr. 7 om særlige rådgjerd under krig, krigsfare og liknende forhold](#)

[Lov 17. juli 1953 nr. 9 om sivilforsvaret](#)

[Lov 14. desember 1956 nr. 7 om forsynings- og beredskapstiltak](#)

[Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten](#)

[Plan- og bygningslov 14. juni 1985 nr. 77](#)

[Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner \(kommuneloven\)](#)

[Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.](#)

[Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern \(psykisk helsevernloven\)](#)

[Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter \(pasientrettighetsloven\)](#)

[Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.](#)

[Lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling \(strålevernloven\)](#)

[Lov 2. juni 2000 nr. 39 om apotek](#)

[Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. \(helseforetaksloven\)](#)

[Lov 14. juni 2002 nr. 20 om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver \(brann- og eksplosjonsvernloven\)](#)

[Lov 19. desember 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv. \(matloven\)](#)

[Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. \(arbeidsmiljøloven\)](#)

[Lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen \(arbeids- og velferdsforvaltningsloven\)](#)

### **Andre aktuelle forskrifter**

[Forskrift 17. januar 1986 nr. 3047 om reglement for forberedelse av rekvirering av bygninger til Totalforsvaret ved beredskap og i krig](#)

[Forskrift 17. januar 1986 nr. 3081 om reglement for rekvisisjoner til sivile formål ved beredskap og i krig](#)

[Forskrift 3. mars 1998 nr. 327 om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd](#)

[FOR 2005-06-17 nr 672: Forskrift om tiltak for å forebygge og begrense konsekvensene av storulykker i virksomheter der farlige kjemikalier forekommer \(storulykkeforskriften\).](#)

[Forskrift 20. desember 2000 nr. 1556 om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap](#)

[Forskrift 31. januar 2001 nr. 1016 om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten \(rammeforskriften\)](#)

[Forskrift 4. desember 2001 nr. 1372 om vannforsyning og drikkevann \(drikkevannsforskriften\)](#)

[Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten](#)

[Forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern](#)

[Forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus](#)

[Forskrift 1. april 2005 nr. 276 om konsekvensutredninger](#)

### **Andre referanser**

[Atomberedskap – sentral og regional organisering Kgl. res. av 17. februar 2006. Statens strålevern](#)

[Befolkningsundersøkelse om klimatilpasning. Direktoratet for samfunnstrygghet og beredskap, 2007](#)

[DagROS. Helsedirektoratet  
Direktiv for politiets redningstjeneste](#)

[Helseteam - Rutiner og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam ved kriser i utlandet – versjon 1.0](#)

[Håndbok - Kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner. KoKom](#)

[Innst.O.nr.79 \(1999-2000\) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsemessig og sosial beredskap](#)

[Kgl. resolusjon av 12. desember 1997. Fylkesmannens ansvar for samordning ved kriser og katastrofer i fredstid](#)

[Kontinuitetsplanlegging – pandemisk influensa, veileder fra DSB](#)

[Lovdata](#)

[Miljøverndepartementet si nettside om klima](#)

[Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, versjon 3.0. Helse- og omsorgsdepartementet, 16. februar 2006](#)

[Nasjonal ROS-analyse for helse- og sosialsektoren. Sosial- og helsedirektoratet, 2006](#)

[NOU 2000: 24 Et sårbart samfunn](#)

[NOU 2001: 31 Når ulykken er ute](#)

[NOU 2006: 6 Når sikkerheten er viktigst - beskyttelse av landets kritiske infrastrukturer og kritiske samfunnsfunksjoner](#)

[Oppfølging i kommunene av personer som har vært berørt av ulykker og katastrofer. IS-4/2005. Sosial- og helsedirektoratet](#)

[Ot.prp. nr. 89 \(1998-99\) Om lov om helsemessig og sosial beredskap](#)

[Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan. Helse- og omsorgsdepartementet, 2007](#)

[Rapport: Psykososiale tjenester ved katastrofer. Hvilke tiltak viser positiv effekt? IS-1238. Sosial- og helsedirektoratet](#)

[Retningslinjer for fylkeslegenes funksjon som representant for helsetjenesten ved hovedredningssentralene og de lokale redningssentralene. Statens helsetilsyn, 5. november 2003](#)

[St.meld. nr. 17 \(2001-2002\) Samfunnssikkerhet - veien til et mindre sårbart samfunn](#)

[St.meld. nr. 39 \(2003-2004\) Samfunnssikkerhet og sivil-militært samarbeid](#)

[Veileder i informasjonsberedskap og strategisk krisekommunikasjon, Direktoratet for samfunnstrygghet og beredskap, Direktoratet for samfunnstrygghet og beredskap, 2007](#)

[Økt sikkerhet og beredskap i vannforsyningen – Veiledning. Mattilsynet, mai 2006](#)