

Gjennomgang og kvalitetssikring av beredskapsplaner i Helse Sør-Øst

Rapport fra prosjektarbeid

Prosjektleder Rune Rimstad
Prosjektmedarbeider Siri Bjørnson

15. februar 2017

Innhold

1	Bakgrunn og gjennomføring.....	3
1.1	Sammendrag	3
2	Ulikheter mellom helseforetakenes planverk	5
2.1	Funn.....	5
2.1.1	Beredskapsnivåer	5
2.1.2	Taktisk ledelse	6
2.1.3	Risiko- og sårbarhetsanalyser.....	7
2.1.4	Utrykningsteam	7
2.1.5	Helseforetak og sykehus med ulike beredskapssystemer.....	7
2.2	Vurdering av betydningen ulikhetene har for samlet håndteringsevne	8
2.2.1	Beredskapsnivåer	8
2.2.2	Taktisk ledelse	9
2.2.3	Risiko- og sårbarhetsanalyser.....	9
2.2.4	Utrykningsteam	9
2.2.5	Helseforetak og sykehus med ulike beredskapssystemer.....	10
3	Samordning på beredkapsområdet i Helse Sør-Øst.....	11
3.1	Grunnleggende om samordning.....	11
3.1.1	Standardisering, felles beredkapsplaner og andre former for samordning	11
3.1.2	Grader av samordning	12
3.2	Samordning på beredkapsområdet i Helse Sør-Øst i dag	12
3.2.1	Arbeidsdeling.....	12
3.2.2	Samordning av ressursbruk	13
3.2.3	Samordning av policy	13
3.2.4	Samordningsmekanismer	13
3.2.5	Samordningsvirkemidler	14
3.3	Analyse av samordning på beredkapsområdet	14
3.3.1	Vurdering av ambisjonsnivå for samordning.....	14
3.3.2	Gapanalyse	15
3.3.3	Behov for tiltak	16
4	Anbefalte tiltak	18
4.1	Forslag til endringer i regional beredkapsplan	18
4.2	Forslag om å utarbeide en delplan for prehospitale tjenester	22

1 Bakgrunn og gjennomføring

Beredskapshendelser, studier og øvelser (særlig AD-øvelsen 2015) har vist at det er forskjeller mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst når det gjelder beredskapsplaner og organisering av beredskapsarbeidet. I tillegg har fastsetting av beredskapsnivåer vært praktisert noe ulikt.

Regionalt beredskapsutvalg har ved flere anledninger diskutert mulighetene for å gjøre beredskapsplanene mer generiske for helseforetakene. Alle representantene har lagt fram sine planverk, og de har fremstått som forskjellige. Diskusjonene har pekt på behovet for å gjøre en nærmere analyse av disse ulikhetene, vurdere i hvilken grad disse har betydning for helseforetaksgruppens samlede håndteringsevne og komme med forslag til tiltak som burde iverksettes eller vurderes nærmere for å bedre effektiviteten i beredskapsarbeidet.

Helse Sør-Øst RHF besluttet å gjennomføre en gjennomgang og kvalitetssikring av beredskapsplaner i regionen og i helseforetakene som et prosjekt høsten 2016. Regionalt beredskapsutvalg, utvidet med representanter fra Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus, har fungert som prosjektgruppe. Referansegruppe har vært representanter fra andre fagområder i regionen, som smittevern, IKT, HR og innkjøp. Leder og nestleder i det regionale beredskapsutvalget har vært deltids-frikjøpt fra Sykehuset i Vestfold HF og Oslo universitetssykehus HF som prosjektressurser fra medio august til ultimo oktober.

Datagrunnlaget har bestått av nasjonale normgivende dokumenter, den regionale beredskapsplanen med tilhørende delplaner, helseforetakenes overordnede beredskapsplaner og intervjuer med medlemmer av regionalt beredskapsutvalg og andre representanter fra helseforetakene og de private sykehusene med akuttfunksjoner.

Denne rapporten oppsummerer de viktigste funnene, vurderingene som er gjort og de tiltakene som anbefales på grunnlag av dette. Tiltakene som anbefales er forsøkt formulert som endringer i den regionale beredskapsplanen slik at de er direkte implementerbare der.

Rapporten henvender seg til prosjektgruppa, med tanke på at det regionale beredskapsutvalget skal bruke dette som et verktøy i sitt videre arbeid. Det er også et mål at medlemmene i RBU skal kunne bruke rapporten som et verktøy ved neste gjennomgang av egen virksomhets beredskapssystem og -planverk.

Prosjektets sluttleveranse til oppdragsgiver er en Power Point-presentasjon, basert på denne rapporten, som legges fram for direktørmøtet i Helse Sør-Øst.

1.1 Sammendrag

Kapittel 1 forteller kort om bakgrunnen for og gjennomføringen av prosjektet.

I kapittel 2 presenteres de viktigste funnene fra gjennomgangen av datagrunnlaget og vurderinger av hvilken betydning ulikhetene har for den

samlede krisehåndteringsevnen i regionen. Et hovedfunn i gjennomgangen er at ulikheter i planverkene ikke medfører vesentlige utfordringer. Håndteringen av beredskapsarbeid og krisehåndtering vil imidlertid kunne forbedres gjennom bevisst bruk av andre samordningstiltak.

Kapittel 3 går nærmere inn på hva samordning innebærer, presenterer dagens mekanismer og virkemidler for samordning i Helse Sør-Øst og gir anbefalinger for hvilket ambisjonsnivå virksomhetene bør ha for samordning når det gjelder beredskap. Den teoretiske innledningen og beskrivelsen av nå-situasjonen leder opp til en gapanalyse som peker ut områder der det er behov for tiltak. Spesielt er det viktig med tiltak på prehospitalet-området.

Kapittel 4 angir prosjektets anbefalinger til tiltak uttrykt som endringer i den regionale beredskapsplanen og en anbefaling om å utarbeide en delplan for prehospitalet beredskap som del av regional beredskapsplan.

2 Ulikheter mellom helseforetakenes planverk

2.1 Funn

2.1.1 Beredskapsnivåer

Både dokumentgjennomgangen og intervjuene viser at helseforetakene har en mer ensartet oppfatning, lokal beskrivelse og faktisk bruk av beredskapsnivåer (grønn, gul og rød beredskap) enn forventet ut fra de erfaringene som var utgangspunktet for prosjektet.

Beredskapsnivåene benyttes stort sett kun til ekstraordinære beredskapshendelser og ikke dersom det oppleves trusler mot pasientsikkerhet ved for eksempel overbelegg. At det fortsatt finnes avvik fra dette synes å ha sammenheng med mangel på opplæring og erfaring hos de som er satt til å vurdere behov for å øke beredskapsnivået, ikke at systemet er beskrevet ulikt i de ulike helseforetakene.

Behovet for gul eller rød beredskap er knyttet til behovet for rask mobilisering av ekstra personell og iverksetting av krisehåndteringstiltak. Hvor mange som blir varslet og mobilisert på hvert trinn er ganske ulikt mellom helseforetakene. Der hvor rød beredskap innebærer at en stor andel av de ansatte blir mobilisert blir terskelen for å utløse dette beredskapsnivået tilsvarende høy.

Det kan synes som at helseforetakene som planlegger mest omfattende mobilisering er de som ikke har hatt hendelser med rød beredskap på en del år, mens de som har konkrete erfaringer fra nylige hendelser har valgt å begrense mobiliseringen både i antall og når det gjelder hvor bredt i organisasjonen man mobiliserer ekstra personell.

En ulikhet er at grønn beredskap i noen helseforetak formidles bredt i organisasjonen (uten at det automatisk fører til konkrete tiltak), mens det i andre helseforetak kun er et lite antall ledere som varsles for å diskutere og følge situasjonen.

En del helseforetak er organisert med flere geografisk adskilte sykehus, som til dels har lokal ledelse. I noen helseforetak praktiserer man lokal fastsettelse av beredskapsnivå, slik at f. eks. deler av helseforetaket kan være i gul beredskap mens helseforetaket samlet har grønn beredskap.

Det samme er tilfelle i Sykehuspartner HF, der Sykehuspartner IKT bruker beredskapsnivåene som et verktøy i den daglige håndteringen av feil og derfor er relativt hyppig i beredskap. Helseforetaket øker derimot svært sjelden sitt beredskapsnivå.

Hverken den regionale eller de lokale planene har i dag noen angivelse av hvor lenge det er nyttig eller gir mening å ha et forhøyet beredskapsnivå.

2.1.2 Taktisk ledelse

Om lag halvparten av helseforetakene har beredskapsplaner som beskriver en ledelsesenhet mellom direktørens ledergruppe og det utøvende leddet. Enheten kalles gjerne Taktisk ledelse (hos noen bare Beredskapsledelsen).

Sammensetning og størrelse varierer. For enkelte helseforetak er den taktiske ledelsen en utvidet eller innskrenket utgave av den ordinære ledergruppa.

For noen år siden inneholdt regional beredskapsplan føringer for at helseforetakene skulle ha en strategisk ledelse og en taktisk ledelse, mens den operative ledelsen i større grad var distribuert til de som koordinerer den løpende kliniske driften. I senere versjoner er disse begrepene fjernet, ikke minst fordi det ikke har vært samsvar mellom benevnelsen på ulike ledelsesnivåer i helsetjenesten og hos andre samarbeidspartnere, f.eks. Politiet.

Begrepene er også borte fra nasjonal helseberedskapsplan. Nasjonal og regional beredskapsplan legger i liten grad føringer for organisering av ledelsesarbeidet utover de grunnleggende beredskapsprinsippene ansvar, nærhet, likhet og samvirke.

I disse prinsippene ligger at den som har ansvar for et tjenestetilbud i en normalsituasjon også har ansvar for håndtering av ekstraordinære hendelser som berører dette, at kriser håndteres på lavest mulige nivå og at den organisasjonen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig. Regional plan forutsetter også at beredskapsledelsen skal innhente og formidle informasjon og være beslutningsstøtte for underliggende virksomheter.

De fleste helseforetakene med taktisk ledelse legger vekt på at denne skal bistå ledere med å planlegge og fordele ressurser, holde kontakt med samarbeidspartnere, sørge for beslutningsgrunnlag for andre i organisasjonen, ha ansvar for helheten i beredskapsarbeidet eller ha oversikt over pasientpågang og kapasitet/ressurser.

Tradisjonelt har det vært vanlig å anta at det er hensiktsmessig å sentralisere beslutningsmakt ved kriser. Men ingen av helseforetakene fremstiller det lenger i planverk eller intervjuer som at den taktiske ledelsen skal være en sentralisert beslutningstaker som får rapportert inn all nødvendig informasjon og sender beslutninger eller ordre ut i organisasjonen. Kun ett helseforetak oppgir at taktisk ledelse skal håndtere selve krisen.

De helseforetakene som ikke har en taktisk ledelse beskriver sin ledelsesstruktur ved beredskapshendelser som lik den linjeledelsen som fungerer til daglig. Navnsettingen av ledelsesstrukturen følger også det som brukes til daglig. Ulike typer hendelser kan likevel føre til at ledelsesgruppene trekker inn eksperter og stabspersoner som rådgivere, i tråd med vanlig hverdagspraksis for saksforberedelse.

2.1.3 Risiko- og sårbarhetsanalyser

Den regionale beredskapsplanen bygger på en ROS-analyse som ligger som vedlegg til planen. Metodikken som benyttes er beskrevet i samme vedlegg. Planen slår fast at analysen skal oppdateres årlig ved revisjon av planen.

Helseforetakenes beredskapsplaner spriker fra å legge ved ROS-analysene til å ikke nevne noe om plangrunnlaget. De færreste har skrevet noe om hvordan de konkret jobber med ROS-analysene.

Slik sentrale myndigheter bruker ordet beredskap inkluderes både forebyggende aktiviteter og krisehåndtering. Både den regionale planen og helseforetakenes planer har fokus på krisehåndtering og sier lite om forebyggende tiltak eller hvordan det forebyggende arbeidet er organisert.

I det regionale beredskapsutvalgets arbeid har imidlertid det forebyggende perspektivet hatt større oppmerksomhet, bl.a. i forbindelse med oppfølgingen av Riksrevisjonens rapport om *helseforetakenes beredskap innen ikt, vann og strømforsyning*, utfordringer knyttet til sikkerhet i sykehus, samt problemstillinger knyttet til robusthet innen innkjøp, logistikk, legemiddelforsyning og smittevern.

2.1.4 Utrykningsteam

Noen helseforetak har en ordning med utrykningsteam ved eksterne ulykker, altså et team med personell (typisk anestesileger og anestesisykepleiere) som hentes på sykehuset og kjøres til skadestedet. Flertallet av helseforetakene har avvirket slike ordninger i løpet av de siste årene. Begrunnelsene for å avvikle er at man har mer bruk for det inhospitale personellet inne i sykehuset og at det i vår helseregion er tilgjengelig flere ambulanshelikoptre, redningshelikopter og legebiler – med tilhørende personell som ved store ulykker mobiliseres til skadested og er utstyrt, kledd og opplært spesielt i prehospitalt arbeid.

2.1.5 Helseforetak og sykehus med ulike beredskapssystemer

Revmatismesykehuset, Martina Hansens hospital, Betanien Hospital og Sunnaas sykehus HF har ikke akuttfunksjoner¹ og skal ikke ta imot pasienter fra store hendelser utenfor sykehus. Beredskapsplanene avgrenser seg derfor naturlig til svikt i kritisk infrastruktur og andre interne hendelser. Ett av sykehusene har tatt inn mer prosedyrepregede elementer som for eksempel akuttmedisinsk behandling ved hjertestans i sine beredskapsplaner.

To av de private ideelle sykehusene svarte ikke på henvendelsen om å sende inn sine beredskapsplaner til prosjektgruppa, slik at de ikke er en del av vurderingsgrunnlaget.

Sykehusapotekene driver sin virksomhet spredt i hele regionen og krisehåndteringen er oftest begrenset til enkeltlokalisasjoner med stedlig ledelse.

¹ Med unntak for isolerte øyeskader som tas imot på Betanien Hospital

Foretaket trenger sjelden å samordne seg innad på strategisk nivå. Planverket reflekterer disse forholdene.

Sykehuspartner dekker flere virksomhetsområder med betydelige forskjeller mellom de ulike delene. Som nevnt over er Sykehuspartner IKT den enheten som hyppigst øker beredskapsnivået, som oftest helt kortvarig.

2.2 Vurdering av betydningen ulikhetene har for samlet håndteringsevne

Funnene fra 2.1 er diskutert og vurdert i prosjektgruppa. Vurderingen har, i tråd med føringene for prosjektet, hatt vekt på hvordan ulikhetene påvirker den samlede krisehåndteringsevnen i regionen. Man kan si at analyseperspektivet er top-down.

Flere av ulikhetene er vurdert som å ha liten betydning for den samlede håndteringsevnen. Derfor er det heller ikke foreslått å pålegge helseforetakene å gjøre endringer i sine beredskapsplaner på disse områdene. Det er likevel god grunn til å ha en fornyet diskusjon i det enkelte helseforetak om hva som er grunnlaget for å være ulik de andre. Særlig gjelder det områder der planverket bryter de overordnede beredskapsprinsippene i Norge.

2.2.1 Beredskapsnivåer

Å heve beredskapsnivået i et helseforetak har en sterk signaleffekt både innad i virksomheten og utad mot samarbeidspartnere og allmennheten. Som nevnt innledningsvis har helseforetakene hatt noe ulik praksis for nivåsetting, hvilket har gjort det vanskeligere å skaffe seg et samlet bilde av situasjonen i hele helseregionen.

Et viktig funn i dette prosjektet er at disse forskjellene i hovedsak nå er borte: Helseforetakenes beredskapsplaner er likere enn de var for et par år siden. Det betyr på den ene siden at behovet for endring nå er mindre. På den annen side viser endringen at de samordningsmekanismene som er etablert i Helse Sør-Øst har en klar effekt. Spesielt finner vi at de årlige AD-øvelsene har hatt betydning for at beredskapsnivåene brukes mer likt, fordi ulikheter har blitt synlige og behovet for endring har blitt godt forankret hos topplederne i helseforetakene.

Det er fortsatt en del ulikheter knyttet til hvordan helseforetakene bruker beredskapsnivåene internt. Om grønn beredskap varsles til hele foretaket eller bare noen få ledere, om ulike deler av foretaket kan være i ulike beredskapsnivå og hvor omfattende mobilisering som settes i gang ved ulike nivåer varierer. Disse ulikhetene har derimot liten betydning for den samlede krisehåndteringen i regionen og kommunikasjonen mellom helseforetakene på overordnet nivå så lenge de øvrige helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF forholder seg til helseforetakets samlede beredskapsnivå.

Vi foreslår å utvide beskrivelsen av beredskapsnivåer i den regionale beredskapsplanen slik at den mer utfyllende beskriver bruken av nivåer slik den er i dag, og gir føringer for hvordan nivået bør trappes ned ved langvarige hendelser.

2.2.2 Taktisk ledelse

En taktisk ledelse som kun skal fungere ved beredskapshendelser og ikke er en ledelsesstruktur i organisasjonen til daglig bryter med nærhet-, likhets- og ansvarsprinsippene. Man kan si at de helseforetakene som velger å opprette en taktisk ledelse, som ikke er i funksjon til daglig, implisitt vurderer det som uhensiktsmessig å håndtere krisen på et lavere nivå, og at det er nødvendig å etablere en avvikende organisasjon og flytte ansvar bort fra de som har ansvar for det daglige tjenestetilbudet.

En stor del av oppgavene for den taktiske ledelsen gjelder koordinering av virksomheten mellom enheter på samme organisatoriske nivå, altså horisontal samordning. Dette understrekes av at medlemmene i taktisk ledelse gjerne er ledere på samme nivå eller representanter fra de ulike avdelinger og enheter som er involvert i driften.

Det er grunn til å tro at helseforetaket også i hverdagen har et behov for å koordinere driften mellom de samme enhetene, og derfor har mekanismer for dette. Dersom daglig praksis i normalsituasjonen er at koordineringen gjøres nettverksbasert eller i en desentralisert matrisestruktur er utgangspunktet at dette også gjelder ved kriser. Ingen av helseforetakenes beredskapsplaner gjør det klart hvordan slike nettverksbaserte strukturer skal eller ikke skal benyttes når man oppretter taktisk ledelse.

Heller ikke ulikhetene knyttet til om helseforetakene har taktiske ledelser eller ikke ved beredskap er vurdert å påvirke den samlede krisehåndteringsevnen i særlig grad. Årsaken er at kommunikasjonen og koordineringen mellom helseforetakene i regionen foregår på et høyere ledernivå. De taktiske ledelsene er interne strukturer og har ikke mulighet til å kommunisere med andre taktiske ledelser i samarbeidende foretak, i og med at langt fra alle foretak har en slik enhet.

2.2.3 Risiko- og sårbarhetsanalyser

Riksrevisjonen har i sine tilsyn med beredskapsarbeidet i helseforetakene vært opptatt av at både ROS-analysene og beredskapsplanene skal ha en tydelig forankring i ledelsen (altså styrene).

Regional beredskapsplan bør tydeligere legge føringer for at helseforetakene baserer sine beredskapsplaner på ledelsesforankrede ROS-analyser. Selve analysene trenger ikke inngå i planverket, men det bør være beskrevet hvordan helseforetaket skal arbeide med ROS-analyser.

2.2.4 Utrykningsteam

Utrykningsteamene er ikke en ordning beskrevet i den regionale beredskapsplanen eller en etterspurt regional ressurs. Dersom spesielle lokale forhold gjør at det er behov for slike team i enkelte helseforetak bør det beskrives i en prehospital delplan til den regionale beredskapsplanen.

At noen helseforetak har utrykningsteam påvirker ikke den samlede krisehåndteringsevnen i regionen.

2.2.5 Helseforetak og sykehus med ulike beredskapssystemer

Tidligere mangeårig leder i regionalt beredskapsutvalg Hans Kristian Solberg gjorde i sin masteroppgave «Har helseforetakene noe å lære fra politiets beredskapssystem?» undersøkelser og analyser som har fungert som en pilotstudie eller forstudie til dette prosjektet.

Et viktig funn fra masteroppgaven, som vi i stor grad gjenfinner i dette prosjektet, er at hovedårsaken til de observerte ulikhetene mellom helseforetakenes beredskapssystemer er at likhetsprinsippet blir fulgt!

Helseforetakene og sykehusene med akutfunksjoner har et mer ensartet planverk, som skiller seg fra det hos Sykehusapotekene, Sykehuspartner og helseforetak og sykehus uten akutfunksjoner. Helseforetakene er ganske ulike på mange områder i linjeorganisering og daglige driftsrutiner. Disse ulikhetene gjenfinnes i planer for beredskap og krisehåndtering; akkurat slik de grunnleggende beredskapsprinsippene i Norge legger opp til.

Dersom beredskapssystemene skal standardiseres i stor grad vil det forutsette at helseforetakene og de private ideelle sykehusene blir likere eller mer standardisert helt generelt. Det er ikke grunnlag for å si at en slik dyptgripende omorganisering er nødvendig for å drive et tilfredsstillende beredskapsarbeid.

3 Samordning på beredskapsområdet i Helse Sør-Øst

3.1 Grunnleggende om samordning

3.1.1 Standardisering, felles beredskapsplaner og andre former for samordning

Begrepet «samordning» forekommer flere steder i nasjonal helseberedskapsplan og i den regionale beredskapsplanen. Intervjuene og diskusjonene i prosjektgruppa viste at en vanlig måte å bruke begrepet på var som synonym til standardisering, slik at når virksomheter er pålagt å samordne sitt beredskapsarbeid innebærer det at de skal strebe mot å gjøre ting likt. Det er også en vanlig oppfatning at «samordnede beredskapsplaner» betyr at virksomhetene har et felles plandokument eller en skriftlig avtale som regulerer samarbeidet.

Dette er en snever fortolkning. For å evaluere og utvikle tiltak som skal sikre samordning av beredskapen i helseregionen hadde prosjektgruppa behov for en bedre oversikt over innholdet i samordningsbegrepet og fant god støtte i Difi-rapporten «Mot alle odds»²:

*«Et grunnleggende utgangspunkt for enhver organisering er å utvikle en viss grad av **arbeidsdeling**.*

*Samtidig vil arbeidsdeling innebære et behov for **samordning** av de spesialiserte oppgaveløsningene for at de sammen kan bidra effektivt til et felles mål. Uten samordning vil de kunne sprike i ulike retninger, eller de vil kunne innebære dobbeltarbeid, og de kan i verste fall motvirke hverandre.*

*Med samordning sikter vi her til en prosess der selve kjernen er at ulike mål, verdier, aktiviteter, ressurser eller andre premisser blir sett i sammenheng, prioritert, avveid og tilpasset til hverandre. En samordningsprosess vil også omfatte to andre ledd: For å legge til rette for slike avveininger gjør man bruk av ulike **mekanismer** og **virkemidler**.*

*Når det gjelder hva som skal samordnes, kan det trekkes et skille mellom samordning av **ressursbruk** og samordning av **policies**. »*

Ved å samordne de samlede ressursene i tid og rom kan man utnytte dem mer effektivt. Standardisering er en måte å samordne ressurser på.

Samordning av policies innebærer å utforme prinsipper, regelverk, planer og konkretiseringer av rammevedtak for å være retningsgivende for organisasjonenes praksis.

Den klassiske samordningsmekanismen for vertikal samordning er hierarki, der beslutninger fattes på overordnet nivå og fungerer autoritativt for underliggende nivå. Horisontal samordning foregår oftere som en frivillig tilpasning der partene

² Difi – rapport 2014:07 – mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning.

blir enige om hvordan de skal samarbeide, gjerne fulgt opp over tid gjennom deltakelse i nettverksbaserte møteplasser.

Samordningsvirkemidler kan være av mange ulike typer. Virkemidler som skal understøtte frivillig tilpasning er gjerne av tilretteleggende art, som kommunikasjonsteknologi og bygging av felles kultur og tillit. Vertikal samordning i et hierarki benytter gjerne vanlige styringsvirkemidler av juridisk, organisatorisk, økonomisk eller pedagogisk art.

3.1.2 Grader av samordning

Samordning er ikke et enten – eller; det er altså ikke slik at virksomheter enten er fullstendig samordnet eller ikke er det i det hele tatt. Behovet for samordning vil være større jo tettere man samarbeider i hverdagen eller må kunne samvirke i spesielle situasjoner. Der arbeidsdelingen gjør at man har svært ulike oppgaver som i liten grad påvirker hverandre vil behovet for samordning være mindre.

For et helseforetak vil det være viktigere å være samordnet på beredskapsområdet med nabo-helseforetakene enn med andre helseregioner, men begge deler er av betydning. Helseforetakene har høyere grad av gjensidig avhengighet med kommuner i opptaksområdet enn med Kystverket. Det er ikke nødvendig eller hensiktsmessig å lage felles beredskapsplaner for å samordne seg med virksomheter med liten grad av gjensidig påvirkning.

Slike forskjeller i samordningsbehov gir grunnlag for å gjøre en vurdering av hvilket ambisjonsnivå virksomheten skal ha for samordning med ulike samarbeidspartnere. I dette prosjektet ble det benyttet en tilpasset versjon av «samordningsstigen» fra den nevnte Difi-rapporten. Stigen har tre trinn, som symboliserer en økende grad av samordningsbehov og dermed mer omfattende samordningstiltak og –mekanismer.

Trinn 1- gjensidig deling av informasjon, erfaringer og kunnskap

Trinn 2 - utvikling av felles problem- og løsningsforståelse

Trinn 3 – utvikling av felles strategi, planer eller tiltak

3.2 Samordning på beredskapsområdet i Helse Sør-Øst i dag

3.2.1 Arbeidsdeling

Lov om helsemessig- og sosial beredskap slår fast at det enkelte helseforetak skal utarbeide beredskapsplaner, og ut fra de generelle beredskapsprinsippene drive krisehåndtering innenfor sitt ansvarsområde.

Den viktigste arbeidsdelingen på beredskapsområdet følger dermed de funksjonsfordelingene som gjelder for ordinær drift. Viktigste av disse er den geografiske inndelingen i sykehusområder eller opptaksområder.

Dagens regionale beredskapsplan gjør også et skille mellom helseforetakene og de private, ideelle sykehusene. Den bruker dessuten sykehusområdene som et organiserende prinsipp i noen sammenhenger, slik at for eksempel Sykehuset i

Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF har et særskilt pålegg om å samordne og koordinere sitt beredskapsarbeid fordi de tilhører samme sykehusområde.

Regionalt beredskapsutvalg har en særskilt oppgave med å gi råd til Helse Sør-Øst RHF ved oppdateringer av planverket. Regional beredskapsplan har gjennom de siste årene blitt utvidet med flere delplaner som spesielt omhandler avgrensede temaområder. I dette arbeidet har Sykehuspartner HF, Sykehusapotekene HF, ulike fagnettverk og fagområdeansvarlige i det regionale helseforetaket hatt en sentral rolle.

3.2.2 Samordning av ressursbruk

Ved større kriser eller beredskapshendelser som rammer hele eller deler av regionen slik at det er behov for å koordinere eller omdisponere spesialisthelsetjenesteressurser for å håndtere situasjonen er Oslo universitetssykehus HF gitt et regionalt ansvar på vegne av (og etter initiativ i det enkelte tilfelle fra) Helse Sør-Øst RHF. Denne rollen utøves i praksis ved å avholde møter (oftest på telefon) med de administrerende direktørene i helseforetakene.

AMK Oslo fungerer som regional AMK ved hendelser der det er behov for å samordne den prehospitale ressursbruken i regionen som helhet, eller samordne med andre helseregioner som helhet.

3.2.3 Samordning av policy

Regional beredskapsplan inneholder enkelte konkrete instruksjoner, for eksempel om varsling og rapportering ved hendelser og kriser.

Hoveddelen av dokumentet er et policy-dokument som angir mål og prinsipper for beredskapsarbeidet, oppsummerer nasjonale og regionale rammer for arbeidet, beskriver aktører, roller, ansvar og samhandling, og presenterer overordnet noen spesialiserte planer, kompetanse og ressurser. Den regionale beredskapsplanen er førende for hvordan helseforetakene skal utarbeide sine planer.

3.2.4 Samordningsmekanismer

Regionalt er det det regionale beredskapsutvalget som er et viktig møtested for de deltakende sykehus sine beredskapsansvarlige. Der deles informasjon, saker drøftes og utvalget er en høringsinstans for ulike råd og utvalg.

Enkeltbeslutninger og konkretisering av rammevedtak fra overordnet nivå diskuteres gjerne i Regionalt beredskapsutvalg slik at foretakene har en omforent forståelse av hvordan disse bør implementeres i foretakene.

Ulike regionale fagråd og nettverk har beredskap som en del av sin agenda, for eksempel smittevernnettverket og fagråd for prehospitale tjenester og akuttmottak.

Flere av helseforetakene deltar i organiserte fora og møteplasser med mange av sine samarbeidspartnere utenfor spesialisthelsetjenesten. De viktigste er

fylkesberedskapsrådene og lokale tverretatlige beredskapsfora eller fora for øvingssamarbeid. Videre er det møter mellom helseforetak og kommunene som følger opp samhandlingsreformens delavtale om den akuttmedisinske kjede og beredskap. Oslo sykehusområde har halvårlige møter der sykehus som ikke er representert i regionalt beredskapsutvalg deltar sammen med Oslo kommune.

De beredskapsansvarlige i de fire regionale helseforetakene har jevnlig møter for å samordne på tvers av helseregionene.

3.2.5 Samordningsvirkemidler

Det viktigste virkemiddelet for vertikal samordning er den regionale beredskapsplanen. I noen grad benyttes det årlige oppdragsdokumentet for å angi spesifikke beredskapsoppgaver.

Et pedagogisk virkemiddel er den årlige regionale beredskapskonferansen. Aktuelle tema som berører mange deler av foretakenes evne til å håndtere en hendelse har vært presentert, og konferansene har flere ganger satt fokus på beredskapsutfordringer som har blitt fulgt opp videre gjennom de etablerte samordningsmekanismene. Det har de siste tre årene vært avholdt en regional øvelse for de administrerende direktørene.

Av de tilretteleggende virkemidlene for horisontal samordning er regionalt beredskapsutvalg av alle de intervjuede fremholdt som det viktigste. Det er et viktig forum for utveksling av kunnskap og erfaring og er et naturlig sted å diskutere hvordan helseforetakene skal forholde seg til nye nasjonale initiativer og pålegg.

Regionalt beredskapsutvalg er et viktig virkemiddel for å bygge tillit mellom helseforetakene og felles kultur i beredskapsarbeidet i regionen.

Helseforetakene samarbeider ofte om store øvelser og deltar som observatører og evaluatører hos hverandre.

Helse-CIM er innført som felles rapporteringssystem og utgangspunkt for utveksling av informasjon i regionen og mot sentrale helsemyndigheter.

3.3 Analyse av samordning på beredskapsområdet

3.3.1 Vurdering av ambisjonsnivå for samordning

Gjennom dokumentanalyse og intervjuer gjorde prosjektgruppa en oppstilling av de vesentlige samarbeidspartnere de ulike delene av spesialisthelsetjenesten i regionen må samordne sitt beredskapsarbeid med. Basert på egen erfaring vurderte så prosjektgruppa hvor stort behovet for samordning er mellom de ulike aktørene. Dette ble uttrykt ved hjelp av samordningsstigen presentert over i 3.2.1 og systematisert i tabeller.

Gjennomgangen viste at samordningsbehovet ikke var det samme for ulike helseforetak og private ideelle sykehus. Inndelingen som ligger i regional

beredskapsplan skiller mellom helseforetakene og de private ideelle. Planen benytter sykehusområdene som organisatoriske enheter for samordning og skiller ikke mellom helseforetak med akutfunksjoner og helseforetak som utfører spesialiserte funksjoner for hele regionen. Den angir heller ikke tydelig hvordan samordningen med de felleseide foretakene (som Pasientreiser og Nasjonal IKT) skal foregå.

Ut fra vurderingen av behov for samordning fant prosjektgruppa det mer hensiktsmessig å gruppere slik:

- Det regionale helseforetaket
- Helseforetak som utfører funksjoner for hele regionen
- Helseforetak og sykehus med akutfunksjoner
- Sykehus uten akutfunksjoner
- Felleseide helseforetak

Inndelingen ble brukt som utgangspunkt for å uttrykke en veiledende norm for ambisjonsnivå for samordning. Dette er foreslått tatt inn som et nytt vedlegg 6 i regional beredskapsplan, og er omtalt i kapittel 4.2.

Inndelingen fanger ikke opp de spesielle utfordringene knyttet til prehospitale tjenester. Dette omtales nærmere i kapittel 3.3.2.

3.3.2 Gapanalyse

Basert på den foreslåtte normen gjorde prosjektgruppa en gapanalyse for å identifisere i hvilken grad eksisterende samordningsmekanismer og samordningsvirkemidler bidrar til at vi når et rimelig ambisjonsnivå for samordning.

Gapanalysen tas ikke inn i sin helhet i denne rapporten. Der det ble funnet at det var et gap mellom ambisjonsnivå og oppnådd samordning ble det utarbeidet forslag til tiltak, som presentert under.

Det største gapet gjelder for prehospitalområdet.

Selv om de beredskapshendelsene som opptrer hyppigst er knyttet til svikt i kritisk infrastruktur eller brann, flom og annet inne på sykehusene er den prehospitale beredskapen for storulykker en svært viktig del av det beredskapsplaner og beredskapssystemer skal bidra til å håndtere. Mye av den samordningen som skjer mot samarbeidspartnere utenfor helsetjenesten gjelder for en vesentlig del prehospitale beredskapsproblemstillinger.

Helseforetakenes opptaksområder følger ikke fylkesgrensene og overlapper ikke med politidistriktene. Dette gjør samordningen mer komplisert. På den ene siden er fylkesberedskapsrådene et viktig forum for samordning av beredskap. På den andre siden måtte for eksempel Vestre Viken deltatt i fylkesberedskapsrådene for både Buskerud, Vestfold, Telemark, Hedmark og Oslo og Akershus for å utnytte denne møtearenaen fullt ut. Et annet eksempel er at LRS-legen (helsetjenestens representant i redningsledelsen ved lokal redningssentral) i nye Oslo politidistrikt

må ha kjennskap til beredskapsplaner og ressurser i Oslo universitetssykehus, Lovisenberg, Diakonhjemmet, Ahus, Vestre Viken, Sunnaas, Martina Hansen foruten kommunehelsetjenesten i hele politidistriktet.

Sykehusenes opptaksområder er i deler av regionen heller ikke de samme som ansvarsområdene til helseforetakenes ambulansetjenester og AMK-områdene. Sykehuset Østfold har ambulansetjeneste, men ligger i AMK-området til Oslo universitetssykehus. Ahus har hverken ambulansetjeneste eller AMK, og sorterer til Oslo universitetssykehus i så måte.

Luftambulansene koordineres nå fra AMK Oslo for hele regionen og er en viktig beredskapsressurs i alle helseforetakene, helt uavhengig av hvorvidt det ligger en helikopterbase i helseforetakets område.

Det felleseide helseforetaket Pasienttransport har også en viktig rolle i beredskapsarbeidet, enten det gjelder storulykker, evakuering av sykehus eller annet.

Mobilisering av ekstrapersonell ved store prehospitale hendelser har liten sammenheng med behovet for mobilisering inhospitalt. For eksempel vil ambulanse og luftambulansetjenestene i Vestre Viken, Oslo, Innlandet og Oslo kunne ha behov for å mobilisere ved en hendelse i opptaksområdet til Ahus, uten at disse helseforetakene mottar mange pasienter eller på annet vis har behov for å øke sitt beredskapsnivå. Det kan med andre ord av og til være en svak kopling mellom mobilisering av prehospitalt personell og helseforetakenes beredskapsnivå.

3.3.3 Behov for tiltak

Prosjektgruppa foreslår at den regionale beredskapsplanen utvides med en delplan for prehospital beredskap. Arbeidet med delplanen bør ta utgangspunkt i de allerede etablerte regionale prehospitale fora, gjennomføres i samarbeid med regionalt beredskapsutvalg og ta hensyn til de nasjonale og regionale prosjektene som pågår på prehospitalområdet. Det er grunn til å tro at mye av innholdet i en slik plan allerede forefinnes i andre dokumenter og prosedyrer. Deler av dagens regionale plan kan det også være naturlig å flytte over i en prehospital delplan.

De øvrige tiltakene er formulert som endringer i den regionale beredskapsplanen og presentert i kapittel 4. Tiltakene kan tas inn ved neste rullering av planen, intensjonen er ikke å legge fram for styret en ny versjon med disse anbefalte endringene separat.

Flere av de eksisterende samordningstiltakene og –mekanismene er ikke beskrevet i planen og foreslås omtalt der for å tydeliggjøre hvilke aktiviteter som gjennomføres. Noen av samordningstiltakene bør følges opp systematisk. Tiltak som foreslås omtalt tydeligere omfatter:

- Samhandlingsmøter med kommunene
- Samordning knyttet til IHR-havner og –flyplasser
- Samordning i forhold til tros- og livssynsamfunn
- Bruk av helse-CIM
- Systematisk kontakt med ulike fagmiljøer ved revisjon av regional beredskapsplan
- Samordningsmøter med øvrige regionale helseforetak, felleseide helseforetak og private sykehus uten akutfunksjoner

Med utgangspunkt i vurderingen av behov for samordning foreslås dagens samordningstiltak knyttet til sykehusområder fjernet.

Av samme grunn foreslår prosjektgruppa å permanent utvide regionalt beredskapsutvalg med representanter fra Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmets sykehus. Regionalt beredskapsutvalg vil da bestå av representanter fra alle helseforetak og private ideelle sykehus med akutfunksjon, og fra helseforetak som utfører fellesfunksjoner i regionen. Dette er en mer hensiktsmessig samordningsmekanisme enn å skille mellom helseforetak og private ideelle sykehus slik det gjøres i dag.

Helsedirektoratet har bestemt at de vil utnevne leger fra spesialisthelsetjenesten som helsetjenestens representanter til de lokale redningsentralene. Dette bør omtales i planen.

Regional beredskapsplan for pandemi og smittevernberedskap mot alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer er i dag integrert i den regionale beredskapsplanen på en annen måte enn de sammenliknbare delplanene og foretas skilt ut som et vedlegg på lik linje med de øvrige for å markere at det ikke er noen formell forskjell på delplanene.

De positive erfaringene med felles øvelser i regionen viser at pedagogiske virkemidler har stor verdi i samordningen av beredskapsarbeidet i regionen. En sterkere satsing på slike tiltak foreslås forankret i planen.

4 Anbefalte tiltak

4.1 Forslag til endringer i regional beredskapsplan

Nummereringen av forslagene viser til overskriftene i regional beredskapsplan.

2.2 Beredskapsnivå

Nytt avsnitt under tabellen:

Beredskapsnivået skal uttrykke det akutte behovet for beredskapsledelse og mobilisering av ekstra personell, og er således ikke et direkte uttrykk for hvor alvorlig hendelsen er, i hvilken grad den ordinære driften blir påvirket eller om «sørge for»-ansvaret er truet. I beredskapssituasjoner som varer mer enn et døgn vil man vanligvis redusere til grønn beredskap eller til ordinær drift når den initiale håndteringen er over.

2.3 Rullering, øving og samordning av planverk

Endret tekst i hele avsnitt 2.3 til:

Ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har det overordnede ansvaret for ajourhold og revisjon av planen. Regionalt beredskapsutvalg (RBU) er rådgivende instans for Helse Sør-Øst RHF ved oppdateringer av planen.

Helseforetakene og sentrale aktører, jf. kapittel 3 *Aktører, roller, ansvar og samhandling*, skal holdes orientert om de endringer som gjøres i det regionale planverket for å sikre samordningen.

Planen oppdateres ved alle større endringer i forutsetninger for beredskapsplanleggingen. I tillegg skal planen være gjenstand for en kontinuerlig forbedringsprosess som sikres gjennom årlige revisjoner.

Ved den årlige revisjonen skal de tilhørende regionale ROS-analysene gjennomgås for å se om det er kommet til endringer i plangrunnlaget. Helseforetakene skal utarbeide lokale ROS-analyser og beredskapsplaner og holde sine styrer orientert om arbeidet.

RBU tar i forbindelse med den årlige revisjonen kontakt med de fagmiljøene som har ansvar for delplaner eller avsnitt i den regionale planen for dialog og samordning, gjerne gjennom et felles møte.

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med RBU årlige samordningsmøter med de øvrige regionale helseforetakene og deres beredskapsutvalg, de felleseide helseforetakene og de private sykehusene uten akutfunksjoner.

Felles øvelser i regionen bidrar til samordning av planverk og beredskapssystemer. Helse Sør-Øst RHF tar årlig initiativ til:

- En diskusjonsøvelse for de administrerende direktørene samlet
- En kort diskusjonsøvelse i hvert av helseforetakenes ledergrupper
- Varslingsøvelser med vurdering av beredskapsnivå

- En simuleringsøvelse i hvert AMK med fordeling av pasienter fra en større prehospital hendelse
- En simuleringsøvelse i hvert helseforetak av intern pasientflyt ved store hendelser

3.2 Helseforetak og andre instanser i Helse Sør-Øst

Første setning og tabellen erstattes med:

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst består av 11 helseforetak:

Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuspartner HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF.

3.2.4 Regionalt Beredskapsutvalg

Første setning endres til:

Regionalt beredskapsutvalg (RBU) består av en representant fra Helse Sør-Øst RHF, fra hvert helseforetak og privat sykehus med akuttfunksjoner, og fra helseforetak som utfører fellesfunksjoner i regionen.

3.3 Private sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF

Første setning endres til:

Private sykehus skal etablere egne beredskapsplaner på lik linje med helseforetakene, og skal samordne sine planer med helseforetak de har overlappende opptaksområde eller funksjonsfordeling med.

3.8 Politiet

Erstatte siste setning i nest siste avsnitt med:

Helsetjenestens representant til de lokale redningsentralene utpekes av Helsedirektoratet fra de helseforetakene som har hovedsetet for et politidistrikt i sitt opptaksområde. Helsedirektoratet har utarbeidet instruks for disse.

3.9 Kommunene

Erstatte siste setning med:

Samhandlingsmøtene med kommunene er en viktig arena for samordning av helseberedskapsarbeidet, også prehospitalt og i forhold til IHR-havner og IHR-flyplasser.

4.4.1 Pasienter og deres pårørende

Ny siste setning til slutt i avsnittet:

Veilederen beskriver også samordning med andre aktører, inkludert tros- og livssynsamfunn.

4.13 Felles krisestøttesystem i Helse Sør-Øst

Siste setning i andre avsnitt endres til:

Samme system (eller tilsvarende, eks. DSB-CIM som benyttes av landets fylkesmenn) skal sikre effektiv informasjonsutveksling mellom de utøvende nivåer i de forskjellige sektorer (forsvar, sivilforsvar, helse, justis, brann og redning, samferdsel osv.) og myndigheter på nasjonalt strategisk nivå ved å dele rapporter.

4.6 Vedrørende Regional beredskapsplan for pandemi og smittevernberedskap mot alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer (Ny overskrift)

Regional beredskapsplan for pandemi og smittevernberedskap mot alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer gir overordnede retningslinjer for hvordan helseforetakene i Helse Sør-Øst skal planlegge for pandemi og ekstraordinære situasjoner med alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer, for eksempel ebola.

Spesialisthelsetjenestens ansvar under en epidemi/pandemi eller annen smittesituasjon er å ha et godt og tilstrekkelig tilbud til personer som trenger innleggelse i sykehus eller annen institusjon eller har behov for ytelse 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 samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

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.

Vedlegg 1 Regional beredskapsplan for pandemi og smittevernberedskap mot alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer

Vedlegget fjernes fra den regionale planen, og lenkes som et frittstående dokument på lik linje med de andre delplanene.

Vedlegg 6 Ambisjonsnivå for samordning

Basert på prosjektet «Effektiv og samordnet beredskap i Helse Sør-Øst» har regionalt beredskapsutvalg utarbeidet en veiledende norm for hvor stor grad av samordning det er hensiktsmessig å ha ambisjon om å nå mellom ulike aktører på beredskapsområdet.

Tabellen er ment som et utgangspunkt for videre vurderinger og diskusjoner i den enkelte virksomhet.

Ambisjonsnivået er enkelt uttrykt ved å plassere hver aktør på et trinn i «samordningsstigen»:

Nivå 1- gjensidig deling av informasjon, erfaringer og kunnskap

Nivå 2 - utvikling av felles problem- og løsningsforståelse

Nivå 3 – utvikling av felles strategi, planer eller tiltak

Regionalt helseforetaksnivå

Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
FHI	Andre RHF	Felleseide helseforetak
Statens helsetilsyn	Forsvaret	Helseforetak med akuttfunksjoner
Private spesialister	Hdir	Helseforetak som utfører fellesfunksjoner i regionen
	HOD	Sykehus uten akuttfunksjoner
	Statens legemiddelverk	

Helseforetak som utfører fellesfunksjoner i regionen

Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
		Helseforetak med akuttfunksjoner
		Helseforetak som utfører fellesfunksjoner i regionen
		Helse Sør-Øst RHF

Helseforetak og sykehus med akuttfunksjoner

Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
Frivillige organisasjoner	Avinor	Helseforetak med akuttfunksjoner
Hdir	Brann og redning	Helseforetak som utfører fellesfunksjoner i regionen
Statens helsetilsyn	Felleseide HF	Helse Sør-Øst RHF
Storulykkebedrifter	FHI	Sykehus uten akuttfunksjoner
Tros- og livssynsamfunn	Forsvaret	
	Fylkesmannen	
	Grensesamarbeid (Sverige, andre RHF)	
	IHR-havner og -flyplasser	
	Bane NOR	
	Kommuner	
	Kystverket	
	LRS - leger	
	Mattilsynet	
	Politidistrikt	
	Sivilforsvaret	
	Statens vegvesen	

Sykehus uten akuttfunksjoner

Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
		Helseforetak med akuttfunksjon
		Helse Sør-Øst RHF

4.2 Forslag om å utarbeide en delplan for prehospitaltjenester

Helse Sør-Øst RHF anbefales å sette i gang et arbeid med å utvikle en delplan for prehospitaltjenester til den regionale beredskapsplanen. Planen må gi føringer for den prehospitaltjenestehåndteringen og beskrive samarbeidet mellom ambulansetjeneste, luftambulansetjeneste, Pasienttransport, lokal AMK, regional AMK og helseforetakenes kriseledelser ved store hendelser og langvarige kriser. Den må også omtale samordning på beredskapsområde med de prehospitaltjenestenes samarbeidspartnere, inkludert nødetatene, Sivilforsvaret, frivillige organisasjoner og industrivernet i storulykkebedrifter.

Hvorvidt utarbeidelsen av en slik delplan alene er nok til at helseforetakene når sitt ambisjonsnivå for samordning med alle de aktuelle aktørene bør kontrolleres ved å gjennomføre en ny gapanalyse når planen er vedtatt.