



Regional beredskapsplan

**Til styrebehandling i
Helse Sør-Øst RHF
14. mars 2013**

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING/FORMÅL	4
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
2	ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING	7
2.1	HELSE SØR-ØST RHF.....	7
2.2	HELSEFORETAK OG ANDRE INSTANSER I HELSE SØR-ØST	8
2.2.1	<i>Sykehusapotekene HF</i>	9
2.2.2	<i>Sykehuspartner</i>	10
2.2.3	<i>Helse Sør-Øst forsyningscenter</i>	10
2.2.4	<i>Regionalt beredskapsutvalg</i>	10
2.3	PRIVATE SYKEHUS SOM HAR AVTALE MED HELSE SØR-ØST RHF	10
2.4	PRIVATE SPESIALISTER SOM HAR AVTALE MED HELSE SØR-ØST RHF.....	11
3	SAMORDNING MED ØVRIGE BEREDSKAPSETATER	12
3.1	POLITIET (HRS OG LRS)	12
3.2	KOMMUNENE.....	12
3.3	FYLKESMANNEN.....	13
3.4	FORSVARET	14
3.5	SIVILFORSVARET	14
3.6	LANDETS ØVRIGE RHF	14
3.7	ANDRE LAND	14
3.8	NÆRINGSLIVET	14
3.9	FRIVILLIGE ORGANISASJONER	14
4	VARSLINGS- OG RAPPORTERINGSRUTINER	15
4.1	VARSLING FRA LOKALT TIL SENTRALT NIVÅ.....	15
4.2	KOMMUNIKASJON VED PÅGÅENDE AKSJON	17
4.3	RAPPORTERING/ETTERARBEID	17
5	BEREDSKAPSLEDELSE	18
5.1	LEDELSESNIVÅER OG HOVEDOPPGAVER PÅ DET ENKELTE NIVÅ	18
5.2	BEREDSKAPSLEDELSE I HELSE SØR-ØST RHF.....	18
5.3	BEREDSKAPSLEDELSE I HF.....	19
5.3.1	<i>Ansvar og oppgaver</i>	19
5.3.2	<i>Sammensetning og etablering</i>	19
5.3.3	<i>Oppgaver og ansvar</i>	19
5.3.4	<i>Særskilte oppgaver for Oslo universitetssykehus HF i spesielle situasjoner</i>	19
5.4	HELSETEAM FOR NASJONALE OG INTERNASJONALE KATASTROFER	21
5.5	BEHANDLING AV ALVORLIG SKADDE PASIENTER – NASJONALT TRAUMESYSTEM	21
5.6	AVKLARE FORDELING AV PASIENTER OG RESSURSER MELLOM SYKEHUS	21
6	INFORMASJON	22
6.1	INFORMASJONSANSVAR.....	22
6.1.1	<i>Grensesnitt mot psykososiale omsorgstjenester</i>	23
6.1.2	<i>Politiets informasjonsansvar</i>	23
6.1.3	<i>Utlevering av taushetsbelagte opplysninger til politiet</i>	23
6.2	OMDØMMEKRISE OG INFORMASJONSKRISE.....	23
6.3	BISTAND TIL ANDRE INFORMASJONSENHETER	24
7	ANSVARSFORDELING I FORHOLD TIL PSYKOSOSIAL OMSORG	24
7.1	PASIENTER OG DERES PÅRØRENDE	24
7.2	EGET PERSONELL.....	24
7.3	PÅRØRENDESENTER UTENFOR SYKEHUS	24

VEDLEGG 1: KONTAKTOPPLYSNINGER FOR VARSLING TIL HF OG RHF	25
VEDLEGG 2: SKJEMA FOR SITUASJONSRAPPORTERING SAMT SENDING OG MOTTAK AV BEREDSKAPSMELDINGER	26
VEDLEGG 3: SMITTEVERNBEREDSKAP I HELSE SØR-ØST	27
VEDLEGG 4: VEDRØRENDE REGIONAL IKT-BEREDSKAPSPLAN.....	30
VEDLEGG 5: VEDRØRENDE VEILEDER OM LEGEMIDDELBEREDSKAP - UTARBEIDET AV SYKEHUSAPOTEKENE HF	31
VEDLEGG 6: NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR NBC-MEDISIN.....	33
VEDLEGG 7: ANBEFALT RETNINGSLINJE FOR SAMARBEID MELLOM LOKAL OG REGIONAL AMK VED STØRRE HENDELSER.....	34
VEDLEGG 8: SENTRALE BEGREPER OG FORKORTELSER.....	37
VEDLEGG 9: LOVGRUNNLAG OG REFERANSER MED LENKER	40
VEDLEGG 10: REGIONAL ROS-ANALYSE	43

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 9 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"
 - a. Regional smittevernplan, herunder pandemiplan (vedlegg 3)
 - b. Regional IKT-beredslapsplan (vedlegg 4)
 - c. Veileder legemiddelberedskap (vedlegg 5)
 - d. Regionale ROS-analyser (vedlegg 10)
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. Det forutsettes at 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 vist i vedlegg 8.

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.

4. **Samvirkeprinsippet:**

Myndighet, virksomhet eller etat har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering (ref. [St. Meld. \(2011-2012\) Samfunnsikkerhet](#)).

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, gjeldende risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) og andre beredskapsdokumenter, kan lastes ned fra Helse Sør-Øst RHF's nettside 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 planen 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 forutsetninger for beredskapsplanleggingen. 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 (RBU) er rådgivende instans for Helse Sør-Øst RHF ved oppdateringer av 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 analyser:

1. Nasjonalt risikobilde
2. Regional ROS-analyse
3. Beredskapsanalyse helsemateriell for Helse Øst RHF (august-september 2006).

Regional ROS-analyse (vedlegg 10) er utarbeidet av RBU. Analysene er grovanalyser med vekt på konsekvenser, og bygger på nasjonalt risikobilde, tidligere regionale ROS-analyser samt analyser gjennomført i enkelte helseforetak.

Planverk, regional ROS-analyse og beredskapsanalyse helsemateriell er tilgjengelig på www.helse-sorost.no.

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.

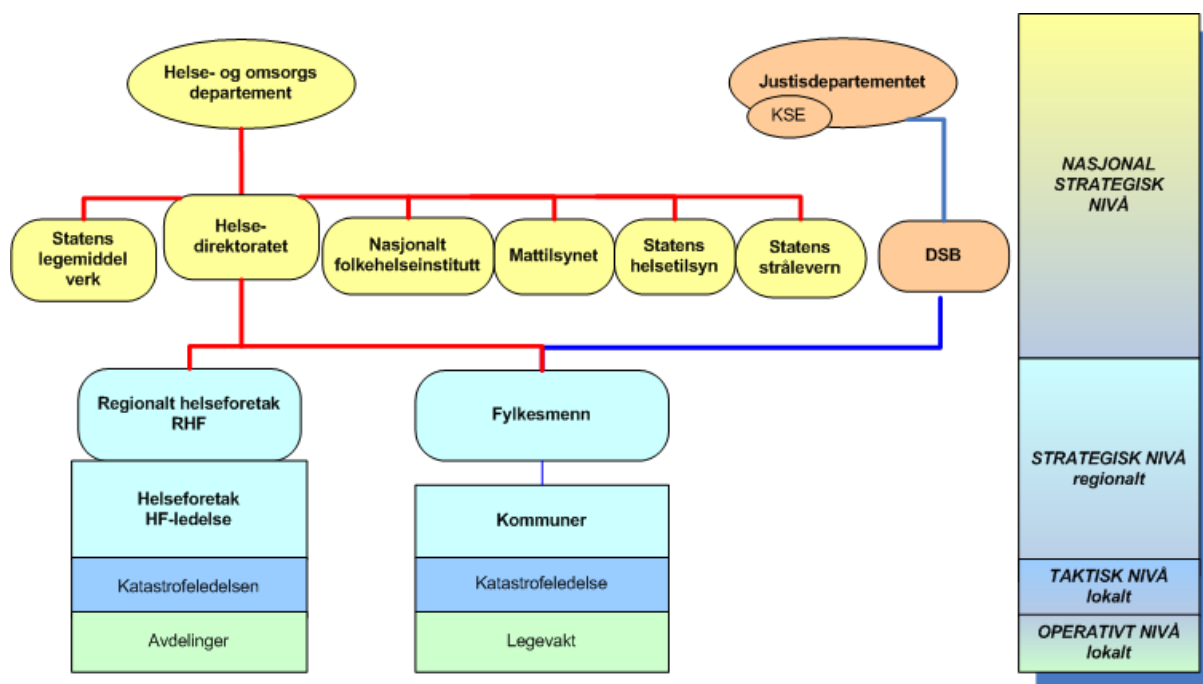
GUL beredskap: Betegner en beredskap som iverksettes når en uønsket hendelse er inntruffet (eller det er stor fare for at den kan inntreffe) og der det er sannsynlig at de ordinære ressursene ikke strekker til. På dette nivået iverksettes definerte tiltak og begrenset beredskapsøkning.

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.

Det skal fremgå av beredskapsplanene hvem som kan høyne beredskapsnivået. Den som har bestemt at et beredskapsnivå skal høynes har, evt. i samråd med ledelse på høyere nivå, ansvar for å redusere beredskapsnivået.

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 og 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 beredskapsarbeid.

Iht. spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 a skal de regionale helseforetakene sørge for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, 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. Helse Sør-Øst RHF skal holdes orientert om de disposisjoner som blir gjort. Dette rokker ikke ved Helse Sør-Øst RHF's eieransvar for helseforetakene og "sørge for"-ansvaret for spesialisthelsetjenester til befolkningen. Ansvar tillagt Oslo universitetssykehus er nærmere beskrevet i kapittel 5.4.

2.2 Helseforetak og andre instanser i Helse Sør-Øst

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst består av 10 helseforetak organisert innenfor 7 sykehusområder. Fra 1. januar 2012 er følgende struktur etablert i helseregionen:

Helseforetaksstruktur Helseforetak / sykehusområde	
Akershus universitetssykehus HF	<i>Akershus sykehusområde</i>
Oslo universitetssykehus HF	<i>Oslo sykehusområde</i>
Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF	<i>Telemark og Vestfold sykehusområde</i>
Sykehuset Østfold HF	<i>Østfold sykehusområde</i>
Sykehuset Innlandet HF	<i>Innlandet sykehusområde</i>
Vestre Viken HF	<i>Vestre Viken sykehusområde</i>
Sørlandet sykehus HF	<i>Sørlandet sykehusområde</i>
Sunnaas sykehus HF Sykehusapotekene HF	<i>Har ansvar iht. oppdrag i forhold til hele regionen.</i>
Sykehuspartner Forsyningssenteret	<i>Er ikke helseforetak, men har ansvar iht. oppdrag i forhold til hele regionen.</i>

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. Det er etablert avtaler mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehusapotekene HF (rammeavtale), og mellom det enkelte helseforetak og lokale sykehusapotek. Vedlegg til rammeavtalen (R-2) og til lokale avtaler (L-2) omfatter legemiddelberedskap.

Sykehusapotekene HF har ansvar for

- utarbeidelse og revisjon av veileder for legemiddelberedskap i Helse Sør-Øst
- utarbeidelse og oppdatering av veiledende liste over kritiske legemidler
- legge preparatene på listen over kritiske legemidler inn i kalkulatoren som grunnlag for dimensjonering av legemiddellagre i helseforetakene
- supplere kalkulatoren med preparatene fra antidotlisten utarbeidet av Giftinformasjonssentralen

Lokale sykehusapotek har ansvar for

- fremskaffe oversikt over normalforbruk av ordinære legemidler for det enkelte HF
- grunnlag for dimensjonering av beredskapslager
- assistere helseforetakene i bruk av veilederen og kalkulatoren for legemiddelberedskap for å dimensjonere beredskapslagre for kritiske legemidler og antidoter
- etablere lagre for inntil 14 dagers forbruk av kritiske legemidler iht. avtale med det enkelte helseforetak
- etterforsyning av legemidler ved kritiske hendelser og katastrofer

Sykehusapotekenes rolle og veileder for legemiddelberedskap er nærmere beskrevet i vedlegg 5.

2.2.2 Sykehuspartner

Sykehuspartner utfører ikke-medisinske fellestjenester for foretakene innen Helse Sør-Øst. Samarbeidsform og grensesnitt i IKT krisesituasjoner mellom sykehuspartner og foretakene er beskrevet i regional IKT beredkapsplan (jf. vedlegg 4). Det er også utarbeidet en veileder for IKT-beredskap og kontinuitet i Helse Sør-Øst. Planen og veilederen er tilgjengelig på www.helse-sorost.no/beredskap.

Sykehuspartner vil også kunne bistå helseforetak i krise/beredskap ved at helseforetaket anmoder Sykehuspartner om å iverksette gul beredskap.

2.2.3 Helse Sør-Øst forsyningscenter

Sykehuspartner ivaretar driften av Helse Sør-Øst forsyningscenter. Målsettingen med senteret er å sikre effektiv drift, god økonomi og leveranser som møter helseforetakenes forventninger og behov. God dialog mellom medisinsk faglig kompetanse og innkjøp og logistikk-kompetanse skal bidra til at helseforetakene og Helse Sør-Øst som helhet er godt forberedt beredkapsmessig¹.

Det vises forøvrig til [beredkapsanalyse forsyningsberedskap – helsemateriell](#)².

2.2.4 Regionalt beredkapsutvalg

Regionalt beredkapsutvalg (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 beredkapsområdet
- Gi innspill før rullering av overordnet planverk (hovedberedkapsplan og delplaner)
- Bidra til øving av regionalt planverk
- Bidra til samordning av planverk (mot helseforetak/sykehus, fylkesmann, politi og brann)
- Arrangere regional beredkapskonferanse 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 beredkapsplaner 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.

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.

¹ Det pågår et arbeid i regi av Sykehuspartner for å klassifisere alle produkter på forsyningscenteret for å sikre en god forsyning i en beredkapsituasjon. Medisinsk faglig kompetanse fra helseforetakene er involvert i dette arbeidet.

² Forsyningsberedskapen vil bli gjennomgått på nytt i 2013.

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 beredkapsplaner 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. Jf. også samvirkeprinsippet omtalt i kapittel 1.2.

3.1 Politiet (HRS og LRS)

Justis- og beredskapsdepartementet har det overordnede administrative samordningsansvar for land-, sjø- og flyredningstjenesten. Redningstjenesten er organisert med to hovedredningsentraler (HRS Nord-Norge i Bodø og HRS Sør-Norge på Sola) og lokale redningsentraler (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)³, se kapittel 5.3.4) 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 videreformidle informasjon fra HRS til aktuelle AMK-sentraler.

Politiet har iht. politiets beredskapssystem 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 (til media)
- Etablering av pårørendetelefon

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

Lokale redningsentraler (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

³ Se *Anbefalt retningslinje for samarbeid mellom Lokal og Regional AMK ved større hendelser*, vedlegg 7. Se også kapittel 5.3.4 om særskilte oppgaver for Oslo universitetssykehus

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 og forskrift om kommunal beredskapsplikt § 4, er spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten pålagt å samordne sitt beredskapsplanverk. Videre skal det 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.

I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen skal det inngås avtale (delavtale 11) mellom helseforetakene og kommunene om samarbeid om den akuttmedisinske kjeden og beredskap. 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.

Fylkesberedskapsråd er en viktig samarbeidsarena i forhold til kommuner og andre etater. Helseforetakene nevnt i kapittel 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)
- 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. Helsedirektoratet og Forsvaret underskrev 7. desember 2011 en avtale som gir retningslinjer om Forsvarets og den sivile helsetjenestens gjensidige bistand. Det er Helsedirektoratet ved beredskapsvakten og Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) som er kontaktpunkter ved ønske om bistand. Unntaket fra dette er at FOH kan kontaktes direkte for anmodning om bistand for

- ECMO-transport (AMK Oslo og Akershus)
- Transport av organer og donorteam

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 Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har inngått en avtale, som beskriver Sivilforsvarets rolle som forsterkningsressurs til helsetjenestens beredskap. Det vises til ytterligere opplysninger på [sivilforsvarets hjemmesider](#).

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 vedrørende antidoter. Dette i tråd med storulykkeforskriften⁴.

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

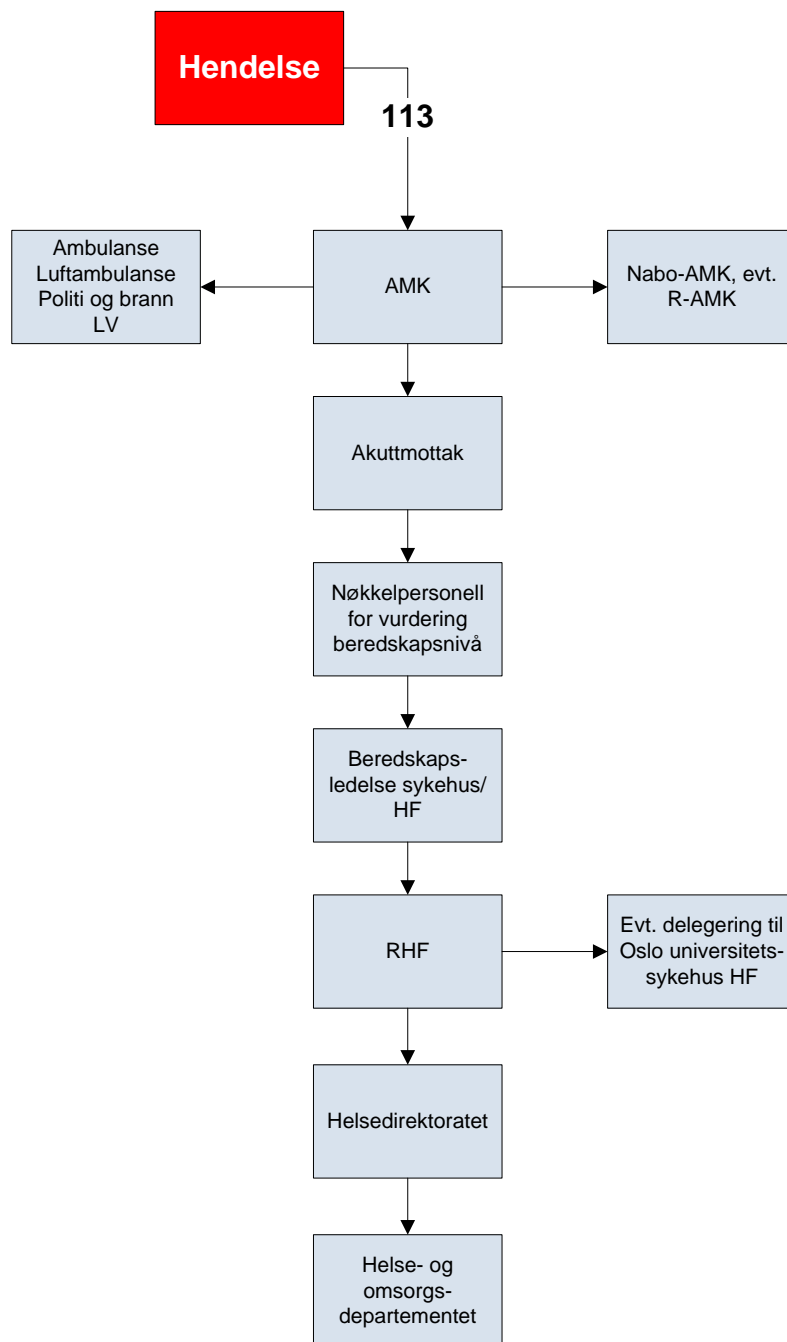
⁴ FOR 2005-06-17 nr 672: Forskrift om tiltak for å forebygge og begrense konsekvensene av storulykker i virksomheter der farlige kjemikalier forekommer (storulykkeforskriften).

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, og skal til enhver tid være oppdatert.
- Varsling fra RHF til HF og motsatt skal skje via vanlig tjenestevei, dvs. til administrerende direktør i helseforetakene (foretaksledelsen).

Vedlegg 1 viser 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 kommunikasjonsveg 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 Helsedirektoratet med kopi til Helse Sør-Øst RHF.

Når situasjonen krever det, for eksempel ved utbrudd av smittsomme sykdommer, epidemier eller andre helsetrusler, vil varsling kunne gå direkte til helseforetak fra Folkehelseinstituttet 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 helseforetak 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 Helse Sør-Øst RHF.⁵

- Kommunikasjon på skadested:
Kommunikasjonen på skadestedet og til og fra skadestedet skal følge de etablerte prosedyrer.⁶
- 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.⁷

Regionalt helseforetak:

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

⁵ Det er besluttet at helseforetakene i Helse Sør-Øst skal anskaffe og ta i bruk felles krisestøttesystem (Helse CIM). Systemet er internettbasert og fungerer uavhengig av interne IT-ressurser. Alle helseforetak skal kunne bruke systemet til egen loggføring i beredskapshendelser samt at rapportering og informasjonsutveksling skjer elektronisk og i fastlagt mal.

⁶ Dette utredes i forbindelse med Helsedirektoratets oppfølging etter 22.07.11.

⁷ Alle hendelser med GUL eller RØD beredskap i et helseforetak skal føre til at det opprettes hendelse og loggføres i HelseCIM. Egne rapporteringsmalen utarbeides.

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 sykehusets håndtering av hendelsen 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. Helse Sør-Øst RHF (foretaksledelsen) har ikke en *operativ rolle* i håndteringen av en krisesituasjon, men vil etablere ledelsesberedskap og informasjonsberedskap ved behov.

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:

- om hendelsen er oppstått/meldt er 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 helseforetak

5.3.1 Ansvar og oppgaver

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

Ved alle enheter med døgnkontinuerlig akuttfunksjon 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 kan administrerende direktør eller dennes stedfortreder 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/Hdir og andre relevante samarbeidspartnere.
- Være beslutningstøtte for underliggende virksomheter (for informasjonsbistand, se kapittel 6 om informasjon).

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 HF (OUS) er gitt et regionalt ansvar for å utføre slik koordinering på vegne av Helse Sør-Øst RHF etter delegasjon i det enkelte tilfelle. 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 R-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.
- Basert på de rapporteringer som blir etablert, informere media/befolkningen på et overordnet nivå om sykehusenes håndtering av situasjonen, inkludert informasjon om antall innlagte pasienter i alle involverte sykehus i regionen.
- 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.

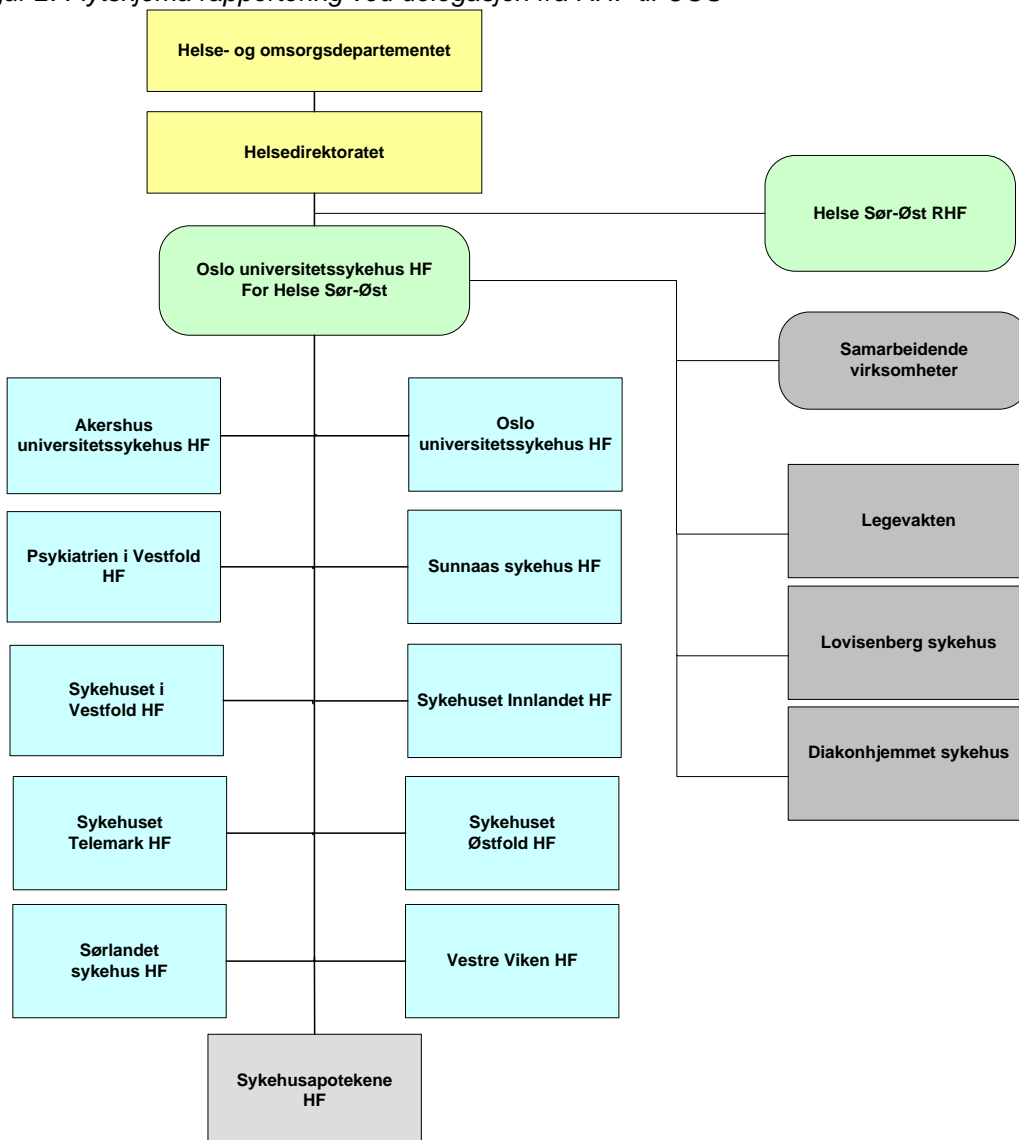
I de situasjoner der Oslo universitetssykehus HF skal ivareta ansvaret for å koordinere/disponere regionens samlede helseressurser, er følgende rutine etablert:

- 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. Det må rapporteres så hyppig at omgivelsenes/medienes behov for presis informasjon kan dekkes tilfredsstillende med utgangspunkt i rapporteringen. Behovet for hyppig oppdatering vil være størst i første del av en krise, før situasjonen stabiliserer seg.
- 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 fremstilt i figur 2.

Figur 2. Flytskjema rapportering ved delegasjon fra RHF til OUS



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](#) er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 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.

5.5 Behandling av alvorlig skadde pasienter – nasjonalt traumesystem

Styret i Helse Sør-Øst RHF har besluttet at traumerapporten fra 2007 skal legges til grunn for organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter. Iht. dette er det opprettet en regional koordinatorfunksjon tilknyttet det nasjonale traumesenteret ved Oslo universitetssykehus HF.

Med nasjonalt traumesystem menes en organisert plan for behandling av akutt skadde pasienter i en definert region eller populasjon. Med alvorlig skadet pasient menes en person som har pådratt seg åpenbart alvorlige skader og/eller er sirkulatorisk/respiratorisk ustabil og/eller har vært utsatt for høyenergetisk traume.

Traumesystemet er nærmere beskrevet i [Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst – rapport 9. oktober 2007](#) og [RHF-styresak nr 086-2010 om praktisk gjennomføring av organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst](#).

5.6 Avklare fordeling av pasienter og ressurser mellom sykehus

Ved storulykker og hendelser med mange pasienter er det fortsatt likhetsprinsippet som er utgangspunkt for fordeling av pasienter til ulike sykehus og primærhelsetjenesten. Det innebærer at pasientene i utgangspunktet skal behandles i det sykehusområdet ulykken er, men også at den daglige driftens ordninger for funksjonsfordeling ut fra alder, sykdomstilstand osv er gjeldende.

Viktigst av disse er at multitraumatiserte pasienter tas hånd om etter det eksisterende traumesystemet, uavhengig av antall. Jf. punkt 5.5 ovenfor.

Helseforetak som etter mobilisering av ekstra ressurser ser at behandlingsskapiteten er i ferd med å overskrides kan avtale at omkringliggende helseforetak avlaster. Ved behov kan regional AMK bistå i dette.

6 Informasjon

God informasjonshåndtering er 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 helseforetak, Helse Sør-Øst RHF eller OUS ved mottatt delegasjon fra 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 av regional karakter og OUS ivaretar et regionalt koordineringsansvar (jf. kapittel 5.3.4), blir rollene som følger:

OUS	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon til medier/befolkningen om håndteringen av situasjonen på vegne av foretaksgruppen, inkludert informasjon om antall innlagte pasienter knyttet til hendelsen ved de involverte sykehusene i regionen (basert på etablert rapportering). • Informasjon til pårørende/berørte om nummer til politiets pårørendetelefon (internett mv.) • Rapportering til Helsedirektoratet om informasjonstiltak inngår i ordinær rapportering.
RHF	Informasjon knyttet til ivaretagelse av ”sørge for”-ansvaret og konsekvenser for virksomheten i andre deler av helseforetakgruppen som følge av beredskapssituasjonen

Det er viktig at informasjon om håndteringen av krisen på internett og i sosiale medier er enhetlig og koordinert i foretaksgruppen. Er krisen av regional karakter og OUS ivaretar et regionalt koordineringsansvar bør informasjon på nett til publikum bare utgå fra Oslo universitetssykehus, og ved at Helse Sør-Øst RHF og involverte helseforetak lenker dit.

Det regionale helseforetakets informasjon internt, overfor eier, overfor underliggende helseforetak og eksternt til medier og pårørende, er beskrevet i intern beredskapsplan for Helse Sør-Øst RHF. 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.⁸

Helse Sør-Øst RHF vil legge ut lenker til relevante nasjonale nettsider som til enhver tid har oppdatert og kvalitetssikret informasjon, samt til nettsiden for Oslo universitetssykehus.

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 i forhold til 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 helseforetak inngår samarbeidsavtaler med politiet.

6.1.3 Utlevering av taushetsbelagte opplysninger til politiet

Helsedirektoratet klargjør i [brev 20.08.2012](#) at helsepersonell under visse omstendigheter har anledning til å utlevere personopplysninger til politiet uten pasientens samtykke når hensikten er å varsle pårørende om innleggelse på sykehus. I vedlegg til dette brevet er dette formulert slik:

- I en krise- eller katastrofesituasjon hvor en pasient er innlagt på sykehus og det er nødvendig å varsle pårørende via politiet, kan helsepersonell utlevere opplysninger om navn og innleggelsessted til politiet. Samtykkekompetent pasient over 16 år kan nekte utlevering av opplysninger.
- I en krise- eller katastrofesituasjon med mange savnede, kan helsepersonellet oppgi navn på pasienter som kommer fra åstedet for krisen/katastrofen til nødetater og redningsmannskap, i den hensikt at disse skal få oversikt over om noen fortsatt er savnet og for ikke å binde opp ressurser til leting etter personer som er funnet.
- Helsepersonell kan ikke utlevere opplysninger til politiet i etterforskningsøyemed. I slike tilfeller må pasienten eller den som kan samtykke på vegne av pasienten gi sitt samtykke til utlevering av opplysninger.

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

Helseforetakene skal ha rutiner for varsling av informasjonsansvarlig ved alle hendelser som kan tenkes å skape stort informasjonsbehov.

⁸ Informasjonsutvekslingen og rapportering være en del at krisestøttesystemet (Helse CIM) når dette innføres.

6.3 Bistand til andre informasjonsenheter

Bemanningen på informasjonsavdelingene i de involverte helseforetak kan bli for lav i en krisesituasjon. Det er derfor den koordinerende enheten sitt ansvar å fordele ressurser på de involverte helseforetakene. Alle sykehusene i Helse Sør-Øst skal kunne avgjøre ressurser.

7 Ansvarsfordeling i forhold til psykososial omsorg

7.1 Pasienter og deres pårørende

Det enkelte helseforetak har ansvar for å etablere rutiner for ivaretagelse av pårørende til pasienter som er kommet til sykehuset. Andre pårørende skal henvises til kommunens/politiets senter for pårørende.

Det vises til Helsedirektoratets [Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer](#). Denne veilederen har som formål å bidra til utøvelse av god praksis med hensyn til psykososial håndtering av kriser, ulykker og katastrofer. I tillegg til å være en faglig veileder for ledere og innsatspersonell, er veilederen også ment å være et hjelpemiddel for kommunene ved utarbeidelse av plan for psykososial beredskap og psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer.

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 etter forespørsel.

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.

Varsling fra RHF til HF og motsatt skal skje via vanlig tjenestevei, dvs. til AD (foretaksledelsen).

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"> • Oslo universitetssykehus HF • Akershus universitetssykehus HF • Diakonhjemmet sykehus • Lovisenberg diakonale sykehus • Sunnaas sykehus HF • Sykehusapotekene HF 	AMK Oslo og Akershus	oplamk@ous-hf.no	22932251	22932201
<ul style="list-style-type: none"> • Sykehuset Telemark HF • Sykehuset i Vestfold HF • Betanien Hospital 	AMK Telemark/Vestfold	amk@siv.no	33343570	33310870
<ul style="list-style-type: none"> • Sykehuset Østfold HF 	AMK Østfold	AMK113@so-hf.no	69862020/10	69862060
<ul style="list-style-type: none"> • Sykehuset Innlandet HF • Revmatismesykehuset 	AMK Innlandet	AMK.innlandet@sykehuset-innlandet.no	61148516	61157880
<ul style="list-style-type: none"> • Vestre Viken HF • Martina Hansens Hospital 	AMK Vestre Viken	amk@vestreviken.no	32803060	32803066
<ul style="list-style-type: none"> • Sørlandet sykehus HF 	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 medieoppmærksomhet 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/mediekontakten, tlf.: 971 47 065 (ikke send sms). Se også mediekontakten – www.helse-sorost.no . Ved beredskapshendelser benyttes også beredskap@helse-sorost.no		

Vedlegg 2: Skjema for situasjonsrapportering samt sending og mottak av beredskapsmeldinger⁹

Beredskapsmelding / situasjonsrapport

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

⁹ 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. Ved innføring av krisestøttesystemet HelseCIM vil oppsett for rapportering bli inkorporert utformet etter felles mal for helsetjenesten.

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 regionale og nasjonale ROS-analyser.

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 kommunikasjonssentral. 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.

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. kapittel 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 smittevernustyr for personell og eventuelt besøkende/pårørende som skal delta i kontakt med aktuelle smitteførende pasienter, samt beredskapslager for smittevernustyr 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: Vedrørende *Regional IKT-beredskapsplan*

Regional IKT-beredskapsplan (lenke) gir føringer på strategisk og taktisk nivå og definerer roller, ansvarsområder og kommunikasjonsveier nødvendig i IKT-beredskap. De føringer som er lagt i denne planen skal gjenspeiles i planverkene på helseforetaksnivå og hos Sykehuspartner slik at beredskapsarbeidet i Helse Sør-Øst fremstår som helhetlig og samordnet.

Det er også utarbeidet veileder for IKT-beredskap og kontinuitet for helseforetak i Helse Sør-Øst (lenke). Hensikten med denne veilederen er å gi innspill til hvordan dette arbeidet kan gjennomføres i helseforetakene.

Regional IKT-beredskapsplan skal bidra til å sikre tilgjengeligheten til virksomhetskritiske IKT-systemer, inkludert telefoni/ personsøkerløsninger. Håndtering av hendelser som påvirker tilgjengelighet til medisinsk-teknisk utstyr er ikke inkludert i planen, fordi dette er et område som i stor grad håndteres av hvert foretak, og i mindre grad påvirker hele regionen.

Delplanen gjelder for Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende virksomheter. Martina Hansens Hospital er inkludert, på grunn av avtale med Sykehuspartner. Andre private institusjoner med avtale med HSØ er ikke inkludert, fordi de ikke har avtale med Sykehuspartner.

Ansvarlig for planen er, som for resten av regional beredskapsplan, ledelsen i Helse Sør-Øst RHF. Avdeling for Teknologi og eHelse har et særlig ansvar for at denne delen av planen er oppdatert.

Regional IKT-beredskapsplan beskriver:

- IKT-beredskapens formål
- Beredskapsnivåer
- Organsiering, roller og ansvarsområder
- Varsling og informasjonsflyt
- Krav til helseforetakenes IKT-beredskap
- Krav til Sykehuspartners IKT-beredskap
- Krav til Helse Sør-Øst RHFets IKT-beredskap
- Referanser

Vedlegg 5: Vedrørende *Veileder om legemiddelberedskap - utarbeidet av Sykehusapotekene HF*

Sykehusapotekene har ansvar for utarbeiding og oppdatering av en veileder i legemiddelberedskap. Veilederen utarbeides i samarbeid med fagmiljøene og skal innholde blant annet:

- Hvordan ROS analysen skal gjennomføres
- Tidskritikalitet for antidotene
- Dimensjonering av lager
- Kalkulator for dimensjonering av lager.

[Veilederen](#) lastes ned fra Sykehusapotekenes hjemmesider om [legemiddelberedskap](#).

Veilederen inneholder anbefalinger og beskrivelser av følgende forhold:

- Anbefaling vedr. utarbeidelse av ros analyser
- Anbefaling vedr. dimensjonering av lagerhold inkl kalkulator, tidskritikalitet og antidoter
- Anbefaling vedr. apotekstyrt legemiddellager inkl publisering av lister
- Anbefaling vedr. varslingsrutiner og vaktordning
- Anbefaling vedr. øvelser
- Beskrivelse av legemiddeldistribusjonsskjeden herunder forutsetninger, beskrivelser av sykehusapotekenes rolle og nasjonale forhold

Veilederen har følgende vedlegg:

Vedlegg 1: ros-analyse

Vedlegg 2: [kalkulator for dimensjonering av legemiddellager til beredskap](#)

Vedlegg 3: definisjoner

Vedlegg 4: brukerveiledning for antidotdatabase

Vedlegg 5: eksisterende vaktavtaler

Oversikt over etablerte vaktavtaler (gyldige til 31.5.13)¹⁰:

Sykehus (HF)	Sykehusapotek/Omfang	Hvordan kontakte:
Akershus universitetssykehus HF	Sykehusapoteket Lørenskog / Utenom åpningstid hver dag (kl 22-07) & helger	Vakttelefon: 91670492 Kun vakthavende lege kan godkjenne utrykning.

¹⁰ Fra 1.6.2013 etableres en felles vaktordning for hele regionen, med en rådgivingstelefon tilgjengelig utenom åpningstid mandag – fredag kl 16-08, og hele døgnet i helger og helligdager. Ansvarlig for vekten vil være Sykehusapoteket Oslo. Den nye vaktordningen vil også omfatte en produksjon av et begrenset utvalg av legemidler frem til kl 22 hver dag.

Oslo universitetssykehus HF	Sykehusapoteket Oslo/ Utenom åpningstid hver dag (kl 16-08) & helger	Via sentralbord OUS, Telefon 02770
Sunnaas sykehus HF	Ingen avtale	
Sykehuset i Vestfold	Ingen avtale	
Sykehuset Innlandet HF	Sykehusapotekene i Innlandet / Fredag fra kl 16 – mandag kl 8 + helligdager	Vakttelefon: 97479481
Sykehuset Telemark HF	Ingen avtale	
Sykehuset Østfold	Ingen avtale	
Sørlandet sykehus HF	Sykehusapotekene på Sørlandet/ Fredag fra kl 16 – mandag kl 8 + helligdager	Vakttelefon: 97090721
Vestre Viken HF	Ingen avtale	

Vedlegg 6: Nasjonalt kompetansesenter for NBC-medisin

Håndbok i NBC-medisin

Nasjonalt senter for NBC-medisin har utarbeidet en håndbok i NBC-medisin med retningslinjer for håndtering av NBC-hendelser. Helsebiblioteket også lagt ut en nettsversjon av NBC-håndboken, den finner du [her](#).

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 forsettlig 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 prehospitale håndtering av slike pasienter.

Kontaktpunkter for senteret er:

E-mail adresse: nbcсен@ous-hf.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.

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

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

Vedlegg 7: Anbefalt retningslinje for samarbeid mellom Lokal og Regional AMK ved større hendelser¹¹

Indikasjon for varsling av R-AMK:

- Større aksjoner som krever flere ressurser fra annen AMK
- Hendelser som krever uvanlig mengde ressurser og koordinering
- Større hendelser der regionale behandlingsressurser er nødvendig
- Redningsaksjoner der HRS er involvert
- Ved tvil: Informer R-AMK

	Lokal AMK	R-AMK
1	<p>Varsling Varsle i henhold til lokale prosedyrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tverretattlig varsling • Varsle AMK-lege • Behov for lokal katastrofeledelse • Koble opp aktuelle kommunikasjonskanaler: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nødnett <ul style="list-style-type: none"> - Aktuell ressursgruppe og eventuelt med HE-/LA-nett i konferanse 2. HE-nett i konferanse med aktuell LA-kanal • Innhent vær opplysninger <p>Varsling av egen R-AMK:</p> <p>Tilstrebe closed loop-kommunikasjon med involverte aktører (beskjeder gis, og bekreftes mottatt og utført):</p> <p>Telefonnummer 1: Telefonnummer 2:</p> <p>Supplerende opplysninger kan sendes til: Fax: E-post:</p> <p>Gir R-AMK følgende informasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beskriv hendelsen • Hvem er varslet • Hendelsessted - kartreferanse • Antatt oppmøteplass 	<p>Kvalitetssikre varsling Innhent informasjon fra Lokal AMK om utført:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tverretattlig varsling • Varsling av AMK-lege • Behov for lokal katastrofeledelse • Hvilke kommunikasjonskanaler som er oppkoplet <p>Varsling av andre ressurser:</p> <p>Tilstrebe closed loop-kommunikasjon med involverte aktører (beskjeder gis, og bekreftes mottatt og utført):</p> <p>I samråd med lokal AMK å vurdere behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andre regionale og nasjonale ressurser • Å varsle aktuelle ressurser i andre AMK-områder • Å varsle andre R-AMK sentraler • Varsle AMK-lege i R-AMK • Regional katastrofeledelse • Varsle HRS • Varsle Regionalt helseforetak RHF

¹¹ Kilde: KOKOM: [Kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner, håndbok.](#)

	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikasjon/Samband • Antatt omfang • Forventet ressursbehov • Egne ressurser <p>Lokal AMK leder aksjoner i sitt geografiske dekningsområde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dersom flere AMK er involvert, skal R-AMK raskt og tydelig avgjøre hvem som skal lede aksjonen • Lokal AMK kan be R-AMK om å overta aksjonen 	<p>Lokal AMK leder aksjoner i sitt geografiske dekningsområde</p> <ul style="list-style-type: none"> • R-AMK skal raskt og tydelig avklare tvil om aksjonsledelse.
	<p>HRS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HRS kan, hvis hensiktsmessig, rekvirere luftambulansse til redningsoppdrag ved henvendelse direkte til AMK- LA-, som bør informere R-AMK. • HRS skal ved alarmering (scramble) av redningshelikopter til redningsoppdrag, sikre at AMK-LA-blir varslet. AMK-LA-bør informere R-AMK. <p>Kommunikasjon mellom lokal AMK og R-AMK i aksjoner der HRS er involvert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • R-AMK varsler Lokal AMK som sørger for nødvendig medisinsk aksjonsledelse • Konferansekopling etter avtale 	
2	<p>Informasjonsutveksling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det skal gjøres klare avtaler om gjensidig informasjonsutveksling mellom R-AMK og Lokale AMK-sentraler. • Kontinuerlig oppdatering til nødetatene. Hvis mulig, elektronisk overføring av: • Oppdragsinformasjon (AMIS til AMIS) • Posisjonsdata for hendelsessted (TransMed) <p>Gi R-RAMK oppdatert informasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Om hendelsen • Hendelsessted - kartreferanse • Samleplass • Kommunikasjon/samband • Antatt omfang • Status på varsling • Forventet ressursbehov • Egne ressurser 	<p>Informasjonsutveksling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det skal gjøres klare avtaler om gjensidig informasjonsutveksling mellom R-AMK og Lokale AMK-sentraler. • Kontinuerlig oppdatering til HRS <p>Hvis mulig motta elektronisk overføring av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppdragsinformasjon • Posisjonsdata for hendelsesstedet <p>Gi L-AMK oppdatert informasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekvirerte ressurser og antatt ankomsttid • Relevant behandlingstilbud og kapasitet på regionalt eller nasjonalt nivå

3	<p>Aksjonsledelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokal AMK leder aksjoner i sitt geografiske dekningsområde. 	<p>Aksjonsledelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtte lokal AMK i aksjonsledelse • Ved aksjoner rundt regionsgrenser skal aktuelle R-AMK-sentraler er snarest mulig avklare aksjonsledelse, og formidle dette til lokal AMK og evt. LRS/HRS • Følgende punkter kan ha betydning for valg av aksjonsledelse: <ul style="list-style-type: none"> - Samleplass og skadested i ulike AMK områder. - Prehospitale ressurser, sykehus som skal motta flest pasienter, - Værforhold, stengte veier og lignende. • Hvis nødvendig, overta aksjonsledelse
4	<p>Ressursdisponering</p> <p>Det forutsettes at L-AMK har etablert system for samordnet flåtestyring for oversikt over ressursene på hendelsesstedet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponere og koordinere egne og mottatte ressurser i eget lokalområde. • Lokal AMK disponerer avgitte ressurser i sitt lokalområde • Når ressursen er fristilt fra aksjonen, returneres ressursen til eier. 	<p>Ressursdisponering</p> <p>Det forutsettes at R-AMK har etablert system for samordnet flåtestyring for oversikt over ressursene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avklarer avgivning av ressurser med eier, og formidler dette til lokal AMK • Koordinere avgitte ressurser så lenge de er utenfor L-AMK sitt lokalområde. • Ivareta talekommunikasjon med avgitte ressurser inntil ressursen er på plass lokalt. • Innhente oversikt vedr tilgjengelige ressurser og sykehuskapasitet, også i andre regioner (via R-AMK) • Fortløpende kommunikasjon med lokal AMK og HRS om aksjonsutvikling, strategi og pasientfordeling
5	<p>Etter endt aksjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinere lokal evaluering. • Ta initiativ til debrief av lokale aktører etter endt aksjon. 	<p>Etter endt aksjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • I samarbeid med lokal AMK koordinere regional evaluering. • Ta initiativ til debrief av koordinerende aktører etter endt aksjon.

Vedlegg 8: Sentrale begreper og forkortelser

Begrep	Forklaring
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 behandlingsskapasitet 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	Hovedredningssentral. Sentral som har det overordnede koordinerende ansvar for redningsaksjon. Vi har i Norge 2 hovedredningssentraler som er plassert i Stavanger og Bodø (henholdsvis HRS Sør-Norge og HRS Nord-Norge). Hovedredningssentralene har ansvar for all redning på sjø, i luft og på land. Koordinering av redningsaksjoner på land håndteres normalt av lokal redningssentral (LRS) med mindre HRS beslutter noe annet.
HRS-lege	HRS-legen er helsetjenestens medlem i den kollektive redningsledelsen i HRS. Rollen innehas av fylkeslegen i hhv Rogaland og Nordland.
Krise og katastrofe	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. En katastrofe er en forverring av en krisesituasjon og medfører at det må foretas andre prioriteringer enn hva som normalt anses som forsvarlig.
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 redningssentral. 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 redningssentral. 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 vedlegg 7. 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 risikoreduserende tiltak.
RBU 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 intruffet. (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.

Vedlegg 9: Lovgrunnlag og referanser med lenker

De mest sentrale lovene og forskriftene

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

Se www.lovdatab.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 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](#)

er erstattet av

[LOV 2010-06-25 nr 45: Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret \(sivilbeskyttelsesloven\)](#)

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

[Lov 27. juni 2008 nr. 71 Plan- og bygningsloven](#)

[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 22. august 2011 nr. 894 om kommunal beredskapsplikt](#)

[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](#)

[Forskrift 17. juni 2005 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

[Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst – rapport 9. oktober 2007](#)

[RHF-styresak nr 086-2010 om praktisk gjennomføring av organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst](#)

[Ulevering av opplysninger til politiet i krise- og katastrofesituasjoner](#)

[St. Meld. \(2011-2012\) Samfunnsikkerhet](#)

[Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjeden](#)

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

[Håndbok for redningstjenesten \(høringsutkast\)](#)

[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](#)

[St.meld. nr. 17 \(2001-2002\) Fylkesmannens beredkapsoppgaver](#)

[Kontinuitetsplanlegging – pandemisk influensa](#)

[Miljøverndepartementets nettside om klima](#)

[Nasjonal beredkapsplan for pandemisk influensa, versjon 3.0. Helse- og omsorgsdepartementet, 16. februar 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 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 sosialberedkapsplan. Helse- og omsorgsdepartementet, 2007](#)

[Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer](#)

[Aktuelle dokumenter om redningstjenesten – Statens helsetilsyn](#)

[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](#)

[Håndbok i NBC-medisin](#)

Vedlegg 10: Regional ROS-analyse

1. INNHOLD

1.1	OMFANG OG BEGRENSNINGER	44
1.2	METODEVALG	44
1.2.1	<i>Definisjon av risiko</i>	44
1.2.2	<i>Analysene i HSØ i 2003 og 2010</i>	44
1.2.3	<i>Metodikken som er brukt ved utarbeidelsen av nasjonalt risikobilde</i>	44
1.2.4	<i>Drøfting av metode for rullering av regionale ROS-analyser i HSØ i 2012</i>	45
2	HVA KAN MAN BRUKE ROS-ANALYSER TIL?	45
2.1	INNLEDNING	45
2.2	HVILKE UØNSKEDE HENDELSER KAN INNTREFFE, OG HVA ER RISIKOEN?.....	46
2.2.1	<i>Sentrale spørsmål for å avdekke risiko</i>	46
2.2.2	<i>Risikovurderinger knyttet til type hendelse</i>	46
2.2.3	<i>Gjennomføring</i>	47
3	REGIONALE ROS-ANALYSER FOR HSØ	48

1. Innledning

1.1. Omfang og begrensninger

Helse Øst RHF (HSØ) gjennomførte i 2003 regionale ROS-analyser som grunnlag for den regionale beredskapsplanen. Etter sammenslåingen av Helse Øst RHF og Helse Sør RHF var det behov for en oppdatering av ROS-analysene. Dette arbeidet ble ledet av Safetec Nordic i samarbeid med Regionalt beredskapsutvalg (RBU) i løpet av 2009-2010. Det ble også gjennomført et arbeidsseminar med deltakere fra alle HF i HSØ. De oppdaterte regionale analysene ble samlet i eget dokument, og ble godkjent i styret for HSØ 6. mai 2010.

I forbindelse med rullering av regional beredskapsplan i 2012 er det besluttet også å oppdatere de regionale ROS-analysene.

1.2. Metodevalg

1.2.1. Definisjon av risiko

I nyere litteratur defineres risiko som en ”kombinasjon av mulige konsekvenser (utfall) og tilhørende usikkerhet” (Aven 2007). Usikkerheten *kan* uttrykkes ved sannsynligheten for at hendelsen inntreffer, men definisjonen har også mening uten at usikkerheten kvantifiseres. På denne måten understrekes det at analysene har en kvalitativ tilnærning.

Begrepene risikovurdering, risikoanalyse og risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) er forøvrig upresise betegnelser på varianter av samme metodikk. Forskjellen på en vurdering og en analyse er ikke klar, men en analyse oppfattes som grundigere og mer systematisk enn en vurdering. Tilsvarende brukes ROS-begrepet også om analyser som ikke berører sårbarhetsproblematikken spesifikt. I dette dokumentet anvendes for enkelthets skyld begrepet ROS-analyser konsekvent.

1.2.2. Analysene i HSØ i 2003 og 2010

Metodikken som ble brukt ved ROS-analysene både i 2003 og ved oppdateringen i 2010 var en form for grovanalyser, basert på et grovt anslag for sannsynlighet og konsekvens, en beskrivelse av skadebegrensende tiltak og tilgjengelige ressurser, samt en oppsummering av risiko og sårbarhet. Ved oppdateringen i 2010 ble i alt 14 scenarier gjennomgått. Scenariene ble ikke koblet til akseptkriterier (dvs. kriterier for hvor stor risiko som aksepteres) eller satt inn i en risikomatrise.

1.2.3. Metodikken som er brukt ved utarbeidelsen av nasjonalt risikobilde

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) utga i juni 2010 et temahefte som beskriver prosessen og metoden som ble brukt ved utarbeidelsen av nasjonalt risikobilde. Metodikken er en tradisjonell grovanalyse basert på definisjonen $risiko = sannsynlighet \times konsekvens$, med definerte sannsynlighets- og konsekvenskriterier. Beregningen av risiko har dermed en kvantitativ tilnærming, men usikkerheten ved dette er tydelig understreket. Prosessen baseres på 4 trinn:

1. Definerings av samfunnsverdier
2. Trussel- og fareidentifikasjon
3. Gjennomføring av risikoanalyser
4. Etablering av risikomatrise

1.2.4. Drøfting av metode for rullering av regionale ROS-analyser i HSØ i 2012

Metoden som beskrives av DSB virker tilsynelatende mer presis enn den metoden som er brukt i HSØ, men det er heftet usikkerhet spesielt til sannsynlighetsberegningen. Ingen av de anvendte metodene er uten videre hensiktsmessige som utgangspunkt for nedskalering til nasjonalt/regionalt nivå til foretaksnivå. De tar utgangspunkt i scenarier, og vektlegger i liten grad analyse av sårbarhet.

I tillegg til DSBs analyser knyttet til nasjonalt risikobilde finnes det også analyser fra andre instanser som er relevante for HSØ, for eksempel fra Statens strålevern, og fra fylkesROS-analyser. I den videre prosessen er det besluttet å anvendes slike analyser som *basis* (input) der dette er hensiktsmessig fremfor å gjennomføre nye analyser av de samme scenariene. Prosessen i HSØ kan dermed avgrenses til vurderinger av konsekvenser, sårbarhet og tiltak/barrierer. Vurderinger og tiltak fra de tidligere ROS-analysene i Helse Sør-Øst vil også være nyttige i dette.

Som verktøy for å foreta analysene er det valgt å bruke en matrise med plass til å beskrive hendelse, merknader, konsekvenser for HF/RHF og aktuelle tiltak.

2. Hva kan man bruke ROS-analyser til?

2.1. Innledning

Det er et krav i Lov om helsemessig og sosial beredskap at ROS-analyser skal danne grunnlaget for beredskapsplaner. *Dette er en erkjennelse av at det ikke er mulig å forebygge alle uønskede hendelser!* Det som ikke kan forebygges må *håndteres*, slik at skaden/tapet blir minst mulig, og til det kreves tiltak, reserveløsninger og planer. Det er nettopp dette beredskapsplanleggingen skal sørge for.

For å kunne planlegge og iverksette de riktige tiltakene er det nødvendig på vite hvilke hendelser som kan inntreffe. Teoretisk kan viten om når de kan inntreffe være viktig for å prioritere mellom tiltak og forberedelser. Forsøk på kvantifisering av usikkerheten *om* og *når* en uønsket hendelse kan inntreffe, er imidlertid problematisk. Når det gjelder hendelser med alvorlige konsekvenser for liv og helse eller for sykehusenes virksomhet har dette også begrenset verdi; hvis konsekvensene er alvorlige nok *må* det planlegges beredskapstiltak uavhengig om man "tror" hendelsen vil inntreffe på kort eller lang sikt.

Når det gjelder eksterne ulykker og hendelser, har sykehusene liten eller ingen mulighet til å påvirke årsakene eller til å iverksette forebyggende tiltak. For slike hendelser er det derfor fokus på mulige konsekvenser og skadereduserende tiltak som er viktig. Med interne ulykker og hendelser er det annerledes, der vil forebygging være det viktigste innsatsområdet. I henhold til ansvars-, likhets- og nærhetsprinsippet ligger ansvaret for å identifisere mulige hendelser, identifisere årsaker og iverksette forebyggende tiltak hos den som har ansvar for daglig drift. I praksis vil dette være knyttet til svikt i intern forsyning av strøm, vann og medisinske gasser, brannberedskap, IKT-svikt eller mangel på legemidler.

Både for eksterne og interne hendelser vil vurdering av sårbarhet være sentralt. *"Sårbarhet er et uttrykk for de problemene et system vil få med å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de problemene systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet"* (Et sårbart samfunn, NOU 2000: 24). Sårbarhet er altså et uttrykk for hvor ofte og hvor mye virksomheten som system blir påvirket av uønskede hendelser, dvs. hvilke ringvirkninger hendelsen kan få for virksomheten. Selv om sårbarhetsvurderingen kan være en integrert del av risikovurderingen, handler den mer om hvilke (langtids)effekter uønskede hendelser kan få fremfor bare å fokusere på selve hendelsen. Dette omfatter også vurderinger av hvilke problemer som gjenstår når selve

den uønskede hendelsen er håndtert, og om det er mulig å velge **alternative** løsninger der virksomheten blir mindre påvirket.

En gjennomført ROS-analyse er en **dokumentasjon** på at man har gjennomført systematisk vurdering av mulighet for uønskede hendelser, mulig skadepotensial og identifikasjon av risikoreduserende tiltak. Om man bruker et elektronisk eller papirbasert verktøy for dette spiller liten rolle, men elementene i analysen bør føres inn i en matrise. Dette gjør også analysen dynamisk i den forstand at den lett kan **revideres** ved at man med jevne mellomrom går gjennom matrisen og vurderer om det er skjedd endringer, dvs. om noen momenter kan fjernes eller om det er kommet til nye. Et tredje moment er at matrisen presenterer/kommuniserer problemstillinger og sammenhenger på en måte som er lett lesbart for andre enn de som har deltatt i analysen.

2.2. Hvilke uønskede hendelser kan inntreffe, og hva er risikoen?

2.2.1. Sentrale spørsmål for å avdekke risiko

Gjennomføring av ROS-analyser for disse hendelsene innebærer egentlig å stille disse sentrale spørsmålene:

I. *Hvor hyppig kan uønskede hendelser forventes å inntreffe?*

Sannsynlighet er tradisjonelt blitt uttrykt ved å angi hvor mange ganger man forventer at en hendelse vil inntreffe i løpet av en gitt periode. I nyere risikoteori angis heller usikkerheten knyttet til når den aktuelle hendelsen kan inntreffe.

II. *Hvorfor kan de uønskede hendelsene inntreffe?*

Årsakene til hendelsene må identifiseres for at man skal kunne forebygge dem.

III. *Hva blir konsekvensen av de uønskede hendelsene?*

Konsekvensene må identifiseres i forhold til variabler som pasientsikkerhet, ressursbruk, omdømme m.fl. Dette må gjøres for ulike nivåer av virksomheten.

IV. *Hva kan gjøres for å redusere hyppighet og konsekvens av hendelsene?*

Risikoreduserende tiltak må identifiseres og iverksettes. Dette omfatter forebyggende tiltak som skal hindre at årsakene til den uønskede hendelsen inntreffer og konsekvensreduserende tiltak som skal redusere påvirkningen av hendelsen. I tillegg til tiltakene bør det også etableres barrierer som kan hindre at feil fører til uønskede hendelser. Det er disse tiltakene/barrierene som er det viktigste resultatet av en ROS-analyse.

V. *Hvilken ytelse (effekt) har de identifiserte tiltakene og barrierene?*

Effekten av de aktuelle tiltakene må vurderes. Hvis ikke tiltakene og barrierene fører til at sannsynligheten/usikkerheten og konsekvensene reduseres til et akseptabelt nivå, må det legges planer for håndtering av hendelsen.

Spørsmål I til IV ovenfor er egentlig knyttet til å gjøre virksomheten mer robust, og er i prinsippet også et styringsverktøy i tillegg å være grunnlag for beredskapsplaner.

2.2.2. Risikovurderinger knyttet til type hendelse

Det kan være nyttig å dele uønskede hendelser av beredskapsformat inn i 3 kategorier for å tydeliggjøre ansvaret for hhv. forebygging og håndtering. Når helseforetakene skal gjennomføre

ROS-analyser, vil kategorien hendelsen tilhører ha betydning for hvilke av spørsmålene ovenfor som er mest relevante, og dermed for hvilke tiltak som vil ha effekt::

Eksterne ulykker

Vi vet at større ulykker kan inntreffe, og hvis konsekvensene er store, er det nødvendig å kunne håndtere hendelsen uansett. Hvor ofte hendelsen inntreffer, er av mindre betydning. Fordi helseforetakene ikke har mulighet til å forebygge den, må man konsentrere seg om å identifisere konsekvenser og konsekvensreducerende tiltak. Disse hendelsene håndteres i stor grad ved å utnytte eksisterende ressurser, der ”beredskap er integrert i daglig drift”.

Svikt i ekstern infrastruktur eller leveranser

Helseforetakene er i utgangspunktet prisgitt leverandørene når det gjelder eksterne leveranser. Leverandørene har ansvar for å identifisere årsaker til svikt og for å forebygge at uønskede hendelser inntreffer. Dette innebærer også å sørge for robusthet for ekstraordinære påkjenningen knyttet til for eksempel værforhold, og for at også underleverandører sikrer sine leveranser.

Helseforetakene kan til en viss grad redusere hyppigheten av at eksterne hendelser påvirker virksomheten ved å inngå avtaler om redundante løsninger og gode serviceavtaler (SLA). Dette kan for eksempel være å etablere flere tilførselsveier for strøm og vann eller reserveløsninger for IKT, som for eksempel anskaffelse av satellitt-telefoner. I noen grad bør det altså gjøres ”beredskapsinvesteringer” ut over behov knyttet til daglig drift for å sikre økt robusthet.

Interne hendelser (ulykker og svikt i intern infrastruktur)

Helseforetakene har hele ansvaret for å identifisere årsaker og konsekvenser, og for å iverksette risikoreducerende tiltak (både forebyggende og konsekvensreducerende).

Nedenfor er både intern og ekstern svikt i infrastruktur eller leveranser samlet i tabell 2.

2.2.3. Gjennomføring av analysene

Rulleringen av de regionale ROS-analysene for HSØ er gjennomført ved at Regionalt beredskapsutvalg (RBU) har bearbeidet relevant materiale fra allerede gjennomførte analyser og lagt dette inn i tabell 1 og 2. Oppgaven med å gå i dybden for enkelte områder er fordelt mellom representantene i RBU, som alle arbeider med generell beredskap i sine respektive foretak.

2.2.4. Videre anvendelse

Denne versjonen av regionale ROS-analyser er utformet med tanke på videre bearbeidelse i helseforetakene. Analysene er ikke komplette, og det bør legges opp til (årlige) revisjoner, ikke minst basert på tilbakeføring av erfaringer fra helseforetakene. Oppdatering av analyser fra andre instanser bør også legges til grunn ved revisjoner. For enkelte områder kan det også være aktuelt å konsultere spesielle fagmiljøer.

3. Regionale ROS-analyser for HSØ

Tabell 1: Eksterne hendelser

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
Flom, stormflo, skred og stort snøfall, se Nasjonalt risikobilde (link)	<ul style="list-style-type: none"> Fører sjelden til mange pasientskader Felles for disse hendelsene er at kritisk infrastruktur blir skadet eller ikke-fungerende Større ulykker med personskade som skyldes eller sammenfaller med vanskelige værforhold stiller ekstra krav til redningsinnsatsen 	<ul style="list-style-type: none"> Redusert framkommelighet for: <ul style="list-style-type: none"> ambulanser annen pasienttransport personell Svikt i telefonisystemer eller nødnett/helseradionett kan føre til at publikum ikke kommer i kontakt med helsevesenet, og/eller at AMK mister kontakt med ambulanser Svikt i leveranser av legemidler, mat, materiell og drivstoff Svikt i ekstern forsyning av strøm, vann og IKT-tjenester 	<ul style="list-style-type: none"> Avklare mulighetene for at Forsvaret kan bistå med personell, materiell og transport Påtrykk for å avklare hvilket telefonisystem som er prioritert Vurdere behov for lagerkapasitet av legemidler, mat, materiell og drivstoff
Transportulykker med personskade (bil, tog, båt, fly)	<ul style="list-style-type: none"> Brann/havari med passasjerskip har et stort skadepotensial, men inntreffer relativt sjelden. 	<ul style="list-style-type: none"> Hendelsene vil kunne føre til et større antall skadde, både kirurgiske tilstander, brannskader/røykskader og nedkjøling Skipsulykker kan føre til at sykehusene må forholde seg til flere mottakssteder, noe som gir ekstra utfordringer for prehospitale tjenester Problemet knyttet til ulykker med tog og fly kan være vanskelig tilgjengelighet til skadested, både for å få personell inn og pasienter ut Økt forbruk kan føre til mangel på 	<ul style="list-style-type: none"> Dimensjonere legemiddellager iht. veileder for legemiddelberedskap i Helse Sør-Øst Anmode Jernbaneverket om at det oppgis kartposisjoner ved ulykker Vurdere behov for lagring av materiell og utstyr, samt etablere oversikt over hvor disse finnes og hvordan de mobiliseres Se tiltak beskrevet i rapportene etter 22. juli, oppsummert i felles matrise fra fagråd fra prehospitale tjenester og

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
Brann- og eksplosjonsulykker	<ul style="list-style-type: none"> Hoteller, diskotek og institusjoner har særlig stort potensial for personskader 	<p>legemidler og helsemateriell</p> <ul style="list-style-type: none"> Mange alvorlige brannskader kan bli en lokal, regional og nasjonal utfordring Kan føre til behov for antidoter Kan føre til mangel på legemidler og helsemateriell 	<p>akuttmottak samt RBU</p> <ul style="list-style-type: none"> Etablere rutiner for å konferere med brannskadeavsnittet på Haukeland sykehus Avklare hvilke avtaler som er inngått med andre brannskadeavsnitt i Europa Dimensjonere legemiddellager iht. veileder for legemiddelberedskap i Helse Sør-Øst
Ulykker med farlig gods	<ul style="list-style-type: none"> Brannvesenet har ansvar for sanering på skadested, og kan be om assistanse fra Siviltforsvaret Hendelsen kan omfatte radioaktive, biologiske eller kjemiske stoffer (inkludert gasser) 	<ul style="list-style-type: none"> Kan føre til kontaminert skadested Kontaminerte pasienter kan komme direkte til sykehus Fare for helsepersonell på skadested og i kontakt med kontaminerte pasienter Kan føre til behov for antidoter 	<ul style="list-style-type: none"> Forberede og gjennomføre tiltak iht. håndbok i NBC-mesisin Det må avklares om helsepersonell skal inn i varm sone (dette er under vurdering, ref. NBC-senteret og nasjonale myndigheter) Dersom helsepersonell (ambulanspersonell) skal inn i varm sone må det finnes tilgjengelig verneutstyr, og nødvendig opplæring og trening må være gjennomført Opplegg for nødsanering må etableres utenfor akuttmottakene Dimensjonere legemiddellager iht. veileder for legemiddelberedskap i Helse Sør-Øst
Industriulykke	<ul style="list-style-type: none"> Virksomheter som omfattes av § 9 i storulykkesforskriften har plikt til å informere off. myndighet Brannvesenet vil 	<ul style="list-style-type: none"> Se brann- og eksplosjonsulykker og ulykker med farlig gods 	<ul style="list-style-type: none"> Foretaket må vurdere risiko og tiltak knyttet til behandling og medikamenter (antidot) i samarbeid med den enkelte § 9-virksomhet Se ulykker med farlig gods

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
	samarbeide med industrivern og kan be om assistanse fra Sivilforsvaret		
Atomulykker og ulykker med radioaktiv stråling	<ul style="list-style-type: none"> • Det er begrenset nukleær virksomhet i Norge. Mindre strålekilder brukes i helsevesen, industri og forskning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Farepotensialet knyttet til atomulykker er hendelser i atomkraftverk og vil være av nasjonal karakter • Ulykker med strålekilder lokalt vil føre til direkte bestråling, og ha begrenset omfang (enkeltpersoner) • Skitne bomber knyttet til terror vil føre til kontaminering av personer, som dermed vil utgjøre en fare for redningspersonell. Dette vil kunne gi et stort skadeomfang 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere rutiner for å konferere med Statens strålevern og NBC-senteret • Se ulykker med farlig gods
Terror (brukes som begrep i nasjonalt risikobilde)	<ul style="list-style-type: none"> • Kan omfatte brann/eksplosjon, NBRC-hendelser eller bruk av våpen • Vil også kunne rettes mot sykehus • Iht. nasjonalt risikobilde er risikoen for dette liten 	<ul style="list-style-type: none"> • Skader som ved brann- og eksplosjonsulykker, ulykker med radioaktiv stråling ulykker med kjemiske stoffer eller skuddskader 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak vil være avhengig av type hendelse og lokal trusselvurdering • Aktuelt å vurdere tiltak i forbindelse med gjennomføring av KIKS-prosjektet (kritisk infrastruktur og kritiske samfunnsfunksjoner) • Se ulykker med farlig gods • Se tiltak beskrevet i rapportene etter 22. juli, oppsummert i felles matrise fra fagråd fra prehospitaltjenester og akuttmottak samt RBU
Pandemier og alvorlige epidemier	<ul style="list-style-type: none"> • Har nasjonalt eller regionalt omfang 	<ul style="list-style-type: none"> • Økt pågang av pasienter – svekket ytelseskraft pga. økt sykefravær • Problemer med å opprettholde kritiske funksjoner • Mangel på legemidler og helsemateriell 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalt planverk må være forankret i nasjonale og regionale pandemiplaner • Gjennomføre kontinuitetsplanlegging (iht. veileder fra DSB)

Tabell 2: Svikt i infrastruktur og leveranser

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
Brann/eksplosjon i sykehus	<p>Kan omfatte følgende situasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brann som ikke slukkes av personalet umiddelbart og/eller som spres utover startbranncellen • eksplosjon i bygninger eller på sykehusområdet • terror-/trusselsituasjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • Fare for pasienter og ansattes liv og helse • Vil kunne sette hele eller deler av sykehuset ut av drift 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak må baseres på lokale ROS-analyser • Nødvendig med beredskapsplaner for evakuering mv. • Redningsarbeidet skal organiseres med ledelse som på skadested utenfor sykehus
Bortfall av strøm pga. svikt i ekstern strømforsyning	<ul style="list-style-type: none"> • Kan skyldes kabelbrudd på grunn av overgraving, ekstermvær (ras, trær over linjer mv.) eller brann/eksplosjon i transformatorer eller ledningsnett 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis reservestromaggregatene starter vil det være strømforsyning til prioriterte kurser. • Ventilasjon, oppvarming, vannforsyning, og kjøling av IKT-utstyr og røntgenmaskiner kan påvirkes • Blink i strømforsyning kan føre til forstyrrelser/svikt i IKT 	<ul style="list-style-type: none"> • Reservekraftaggregater (evt. nødstrømsaggregater) skal starte automatisk • Det skal gjennomføres regelmessig test og vedlikehold av aggregater og andre komponenter • Det skal gjennomføres lokale ROS-analyser for å avdekke hvilke funksjoner som er sårbare for svikt i strømforsyning Spesielt sårbare funksjoner og vitalt utstyr skal ha nødstrøm/UPS • Sykehusene skal ha rutiner og vaktordninger som sikrer nødvendig omkobling av tilførsel dersom det dreier seg om kabelbrudd • Det skal være minimum to tilførselsveier for hovedstrømtilførsel til sykehusene

Bortfall av strøm pga svikt i intern strømforsyning	<ul style="list-style-type: none"> • Kan skyldes ekstern svikt samtidig som aggregatene ikke starter, svikt i intern infrastruktur eller brann 	<ul style="list-style-type: none"> • Totalt bortfall av strøm til hele eller deler av sykehuset • Kan føre til umiddelbar fare for pasientsikkerheten 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriterte kurser skal være merket • Nødvendige tiltak for å ivareta pasientsikkerheten må iverksettes umiddelbart • Det må utarbeides evakueringsplaner for kritiske deler av pasientbehandling
Intern IKT-svikt	<ul style="list-style-type: none"> • Kan skyldes linjebrudd, brann eller tekniske problemer i sentraler 	<ul style="list-style-type: none"> • Interne varslings- og kommunikasjonssystemer virker ikke • IT-systemer går ned 	<ul style="list-style-type: none"> • Alternative planer for tilkalling av personell ved akutsituasjoner må iverksettes
Ekstern IKT-svikt (herunder telefoni)	<ul style="list-style-type: none"> • Kan skyldes strømbortfall eller tekniske problemer hos leverandør, datavirus/hacking, uvær/ekstremvær, solstorm 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinære telefonlinjer, mobilnett og/eller IP-telefoner (manglende internett-tilgang) fungerer ikke for kommunikasjon ut/inn av sykehuset • IT-systemer med eksterne leverandører/servere virker ikke • Interne IKT-systemer vil sannsynligvis fungere 	<ul style="list-style-type: none"> • Iverksette tiltak iht. Veileder for IKT-beredskap og kontinuitet i Helse Sør-Øst • Det bør stilles strenge krav i ASL om redundans og servicenivå
Svikt i legemiddelforsyning	<ul style="list-style-type: none"> • Gjelder situasjoner med forsyningssvikt, produksjonssvikt, transportsvikt utenfor helseforetakene • Nasjonal rapport om svikt i forsyning av legemidler er under utarbeidelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsekvenser må klarlegges av helseforetakene, spesielt med tanke på regionale/nasjonale oppgaver 	<ul style="list-style-type: none"> • Iverksette tiltak iht. Veileder for legemiddelberedskap i Helse Sør-Øst • Samarbeid mellom apotek og legemiddelkomité ved hvert enkelt HF om erstatningspreparater/prioritering samt informasjon for å øke robustheten • Spesielle tiltak må beskrives for pandemier/epidemier, med tanke på antiviral behandling og massevaksinasjon (prioritering av personalgrupper) •

Forurensning av vann	<ul style="list-style-type: none"> • Kan skyldes forurensning med kjemisk/biologisk agens • Viktig at dette oppdages raskt • Informasjon må ut til berørte områder umiddelbart 		<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak avhengig av type forurensning og omfang, for eksempel koking av drikkevann, drikkevann på flasker/kanner
Svikt i vannforsyning	<ul style="list-style-type: none"> • Skyldes ledningsbrudd eller feil i pumpe- og/eller renseanlegg 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsekvenser må klarlegges av helseforetakene • Prioritering mellom ulike typer pasientvirksomhet og teknisk virksomhet beskrives 	<ul style="list-style-type: none"> • Reserveløsninger må avklares/avtales med leverandør • Tiltak må baseres på lokale ROS-analyser
Svikt i forsyning av medisinske gasser	<ul style="list-style-type: none"> • Svikt i leveranser til sentralgassanlegg i helseforetakene, 	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere sårbarhet ved regionale/nasjonale avtaler, og muligheter for alternative leverandører 	<ul style="list-style-type: none"> • Svikt/feil i gassanlegg med bortfall av hele eller deler av gassforsyningen ved et foretak
Svikt i materiellforsyning	<ul style="list-style-type: none"> • Hdir har utarbeidet forslag til nasjonale lagre av helsemateriell 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsekvenser må klarlegges av helseforetakene • Forsyningscenteret leverer 80 % av volum av forbruksmateriell, men bare 20 % av varelinjer som kjøpes inn. Dette må gjenspeiles i beredskapslagre på Forsyningscenteret og i helseforetakene. • Høyere risiko for varer på nasjonale/regionale avtaler, særlig mht ansvar for beredskapslagre 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak må baseres på lokale ROS-analyser • RHFet bør gjennomføre en grundig regional ROS-analyse knyttet til leveransesystem, omfang av regionalt lager (i regi av Forsyningscenteret) og behov for lokale lagre
Svikt i forsyning av matvarer	Forårsakes av større regionale/nasjonale hendelser med kritisk svikt i leveranser til flere enn HF	<ul style="list-style-type: none"> • Konsekvenser må klarlegges av i helseforetakene med tanke på lagerkapasitet, leveransehyppighet, alternative transportruter/helikopterlift, og 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak må baseres på lokale ROS-analyser
Sikkerhet for ansatte og pasienter	<ul style="list-style-type: none"> • Gjelder vold og trusler fra pasienter eller inntrengere 		<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak må baseres på lokale ROS-analyser