



Regional beredskapsplan

Til behandling i
styret for
Helse Sør-Øst RHF
10. mars 2016

Innledning

Med beredskap forstås tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere uønskede og ekstraordinære hendelser og kriser (NOU 2000:24)

En grunnleggende forutsetning for god beredskap og krisehåndtering er at virksomhetens daglige drift er sikker og robust (jf. bl.a. internkontrollforskriften og rammeverk for god virksomhetsstyring). Det legger til grunn at helseforetakene/sykehusene har systemer for risikoerkjennelse og for å håndtere risikoen i ordinær drift.

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 gjelder for Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende virksomheter, herunder også private institusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. Planen omfatter relevant informasjon om ansvarsforhold og ressurser som tilligger disse virksomhetene.

De føringer som er lagt i denne planen skal gjenspeiles i planverkene på helseforetaksnivå/institusjonsnivå slik at beredskapsarbeidet i Helse Sør-Øst fremstår som helhetlig og samordnet.

Planen bygger på de etablerte prinsippene for beredskapsarbeidet i Norge, som ansvar, nærhet, likhet og samvirke, og introduserer ikke endrede forutsetninger eller ansvarsforhold.

Beredskapsplanlegging og håndtering av beredskapssituasjoner er et ledelsesansvar. Beredskapsplaner på alle nivåer i helsetjenesten skal inngå i virksomhetens kvalitetssystem og skal rulleres og øves årlig.

Hva er nytt i denne rulleringen:

- Omtale av regelverk, organisering, planer, rutiner med videre er oppdatert.
- Det er foretatt mindre tekstlige justeringer på grunnlag av endrede forutsetninger
- Nytt rundskriv mht. utlevering av taushetsbelagte opplysninger er innarbeidet
- Regionalt beredskapsutvalgs oppgaver mht. evaluering og etterarbeid er presisert
- Smittevernplan er korrigert bl.a. på bakgrunn av erfaringer fra ebola-situasjonen i 2015
- ROS-analysen korrigert og harmonisert med *Nasjonalt risikobilde* som for 2015 er supplert med scenarioer matbåren smitte og skoleskyting

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING	1
1 MÅL OG PRINSIPPER FOR BEREDSKAPSARBEIDET	5
2 NASJONALE OG REGIONALE RAMMER	6
2.1 RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSER (ROS).....	7
2.1.1 Regional ROS-analyse	7
2.1.2 Nasjonalt risikobilde	7
2.2 BEREDSKAPSNIVÅ	7
2.3 RULLERING, ØVING OG SAMORDNING AV PLANVERK.....	8
2.4 PLANENS GYLDIGHET	8
3 AKTØRER, ROLLER, ANSVAR OG SAMHANDLING	9
3.1 HELSE SØR-ØST RHF.....	10
3.2 HELSEFORETAK OG ANDRE INSTANSER I HELSE SØR-ØST	10
3.2.1 Sykehusapotekene	11
3.2.2 Sykehuspartner HF	12
3.2.3 Helse Sør-Øst forsyningscenter.....	12
3.2.4 Regionalt beredskapsutvalg	12
3.3 PRIVATE SYKEHUS SOM HAR AVTALE MED HELSE SØR-ØST RHF	13
3.4 LUFTAMBULANSETJENESTEN ANS.....	13
3.5 PASIENTREISER ANS	13
3.6 HELSETJENESTENS DRIFTSORGANISASJON FOR NØDNETT HF	14
3.7 PRIVATE SPESIALISTER SOM HAR AVTALE MED HELSE SØR-ØST RHF	14
3.8 POLITIET (HRS OG LRS).....	15
3.9 KOMMUNENE	15
3.10 FYLKESMANNEN.....	16
3.11 FORSVARET	16
3.12 SIVILFORSVARET	17
3.13 LANDETS ØVRIGE RHF.....	17
3.14 ANDRE LAND	17
3.15 NÆRINGSLIVET.....	17
3.16 FRIVILLIGE ORGANISASJONER	17
4 SPESIALISERTE PLANER, KOMPETANSE OG RESSURSER	18
4.1 BEHANDLING AV ALVORLIG SKADDE PASIENTER – REGIONALT TRAUMESYSTEM	18
4.2 AVKLARE FORDELING AV PASIENTER OG RESSURSER MELLOM SYKEHUS	18
4.3 HELSETEAM FOR NASJONALE OG INTERNASJONALE KATASTROFER	18
4.4 ANSVARSFORDELING I FORHOLD TIL PSYKOSOSIAL OMSORG	19
4.4.1 Pasienter og deres pårørende.....	19
4.4.2 Pårørendesenter utenfor sykehus.....	19
4.5 OPPFØLGING AV EGET PERSONELL.....	19
4.6 SMITTEVERNBEREDSKAP I HELSE SØR-ØST	19
4.7 VEDRØRENDE REGIONAL IKT-BEREDSKAPSPLAN.....	20
4.8 VEDRØRENDE VEILEDER OM LEGEMIDDELBEREDSKAP - UTARBEIDET AV SYKEHUSAPOTEKENE	20
4.9 NASJONAL BEHANDLINGSTJENESTE FOR CBRNE-MEDISIN	21
4.10 FORSYNINGSSIKKERHET FOR MEDISINSK UTSTYR.....	22
4.11 ANBEFALT RETNINGSLINJE FOR SAMARBEID MELLOM LOKAL OG REGIONAL AMK VED STØRRE HENDELSER 23	23
4.12 INFORMASJONSANSVAR.....	24
4.12.1 Grensesnitt mot psykososiale omsorgstjenester	25
4.12.2 Politiets informasjonsansvar.....	25
4.12.3 Utlevering av taushetsbelagte opplysninger til politiet.....	25
4.13 FELLES KRISESTØTTESYSTEM I HELSE SØR-ØST	26
5 VARSLING, BEREDSKAPSLÆDELSE OG SAMHANDLING VED HENDELSER OG KRISER	27
5.1 VARSLING	27
5.1.1 Varsling fra lokalt til nasjonalt nivå	27
5.1.2 Varsling fra nasjonalt til lokalt nivå	27
5.1.3 Varsling internasjonalt	28

5.1.4	Varsling innad i Helse Sør-Øst	28
5.2	ETABLERE BEREDSKAPSLÆDELSE OG RAPPORTERING	30
5.2.1	Beredskapsledelse i Helse Sør-Øst RHF	30
5.2.2	Beredskapsledelse i helseforetak.....	30
5.2.3	Særskilte oppgaver for Oslo universitetssykehus i spesielle situasjoner.....	31
5.2.4	Rapportering.....	32
5.2.5	Evaluering og etterarbeid.....	32
VEDLEGG 1:	REGIONAL BEREDSKAPSPÅN FOR PANDEMI OG SMITTEVERNBEREDSKAP MOT ALVORLIGE, HØYINFEKSIØSE SYKDOMMER.....	33
VEDLEGG 2:	VARSLINGS- OG RAPPORTERINGSLINJER	37
VEDLEGG 3:	SENTRALE BEGREPER OG FORKORTELSER	39
VEDLEGG 4:	LOVGRUNNLAG OG REFERANSER MED LENKER.....	42
VEDLEGG 5:	REGIONAL ROS-ANALYSE.....	45

1 Mål og prinsipper for beredskapsarbeidet

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 og katastrofe
- Beredskaps-/kriseledelsen er tydelig, og ansvar og roller er definert og kjent
- Samordningen innen helsetjenesten og med samarbeidende etater styrkes

Regional beredskapsplanen bygger på følgende 4 prinsipper:

1. ***Ansvarsprinsippet:***

Den virksomheten som har ansvar for et fagområde eller tjenestetilbud i en normalsituasjon, har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser. Ansvaret gjelder også informasjon innenfor eget fagområde.

2. ***Nærhetsprinsippet:***

Kriser håndteres på lavest mulige nivå.

3. ***Likhetsprinsippet:***

Den organisasjonen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig, jf. ansvarsprinsippet

4. ***Samvirkeprinsippet:***

Alle virksomheter har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

2 Nasjonale og regionale rammer

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.

[Nasjonal helseberedskapsplan](#) gir utdypende føringer for organiseringen av helseberedskapen i Norge, herunder:

- Krav til beredskap i lover og forskrifter
- Nasjonale planer og plangrunnlag
- Nasjonale veiledere (bl.a. om masseskadetriagering, psykososiale tiltak og kontinuitetsplanlegging)
- Systematisk forbedringsarbeid og øvelser

Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst gjelder for Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende virksomheter, herunder også private institusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. Planen omfatter relevant informasjon om ansvarsforhold og ressurser som tilligger disse virksomhetene. De føringer som er lagt i denne planen skal gjenspeiles i planverkene på helseforetaksnivå/institusjonsnivå slik at beredskapsarbeidet i Helse Sør-Øst fremstår som helhetlig og samordnet.

Helseforetakenes forpliktelse til å utarbeide og vedlikeholde egne beredskapsplaner fremgår av [Lov om helsemessig- og sosial beredskap](#) og er 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.

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

1. *Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst*, med underliggende ROS-analyser, delplaner og veiledere omtalt i kapittel 4 *Spesialiserte planer, kompetanse og ressurser*
 - a. Regionale ROS-analyser
 - b. Regional smittevernplan, herunder pandemiplan
 - c. Regional IKT-beredskapsplan
 - d. Regional plan for forsyningssikkerhet for medisinsk utstyr
 - e. Veileder legemiddelberedskap
2. *Intern beredskapsplan for Helse Sør-Øst RHF* som redegjør for beredskapsledelse og krisehåndtering internt i Helse Sør-Øst RHF.

Beredskapsplanlegging og håndtering av beredskapssituasjoner er et ledelsesansvar. Beredskapsplaner på alle nivåer i helsetjenesten skal inngå i virksomhetens kvalitetssystem og skal rulleres og øves årlig.

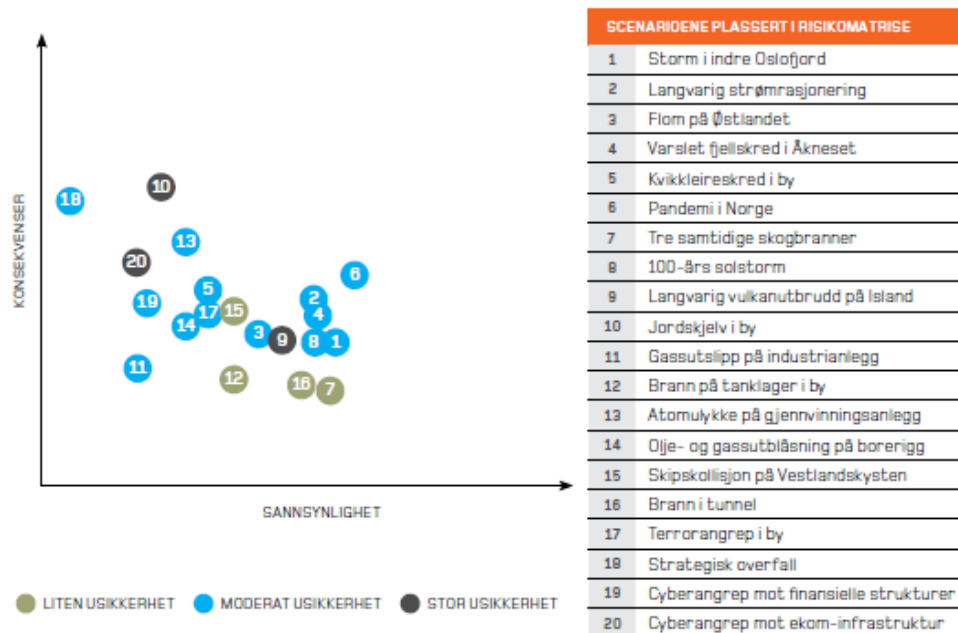
2.1 Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS)

Planverket for Helse Sør-Øst bygger på følgende analyser:

2.1.1 Regional ROS-analyse

Regional ROS-analyse (vedlegg 5 *Regional ROS-analyse*) 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.

2.1.2 Nasjonalt risikobilde



Figur 1: [Nasjonalt risikobilde 2014](#) – samlet risikomatrikse viser vurdert risiko knyttet til de alvorlige scenarioene som er analysert

[Nasjonalt risikobilde 2015](#) er supplert med scenarier for [matbåren smitte](#) og [skoleskyting](#). Disse scenarioene er innarbeidet i regional ROS-analyse (vedlegg 5).

2.2 Beredskapsnivå

Følgende begreper for beredskapsnivå utover normalberedskap benyttes gjennomgående i helseforetakenes beredskapsplaner:

GRØNN BEREDSKAP:	Beredskapsledelse etableres, enkeltfunksjoner kan forsterkes
GUL BEREDSKAP:	Begrenset mobilisering av ekstra ressurser
RØD BEREDSKAP:	Mobilisering av betydelige ressurser og omlegging av drift

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.

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

2.4 Planens gyldighet

Denne planen erstatter tidligere versjoner av regional beredskapsplan. Oppdatert beredskapsplan med gjeldende risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) og andre beredskapsdokumenter, kan lastes ned fra Helse Sør-Øst RHF's nettside www.helse-sorost.no.

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.

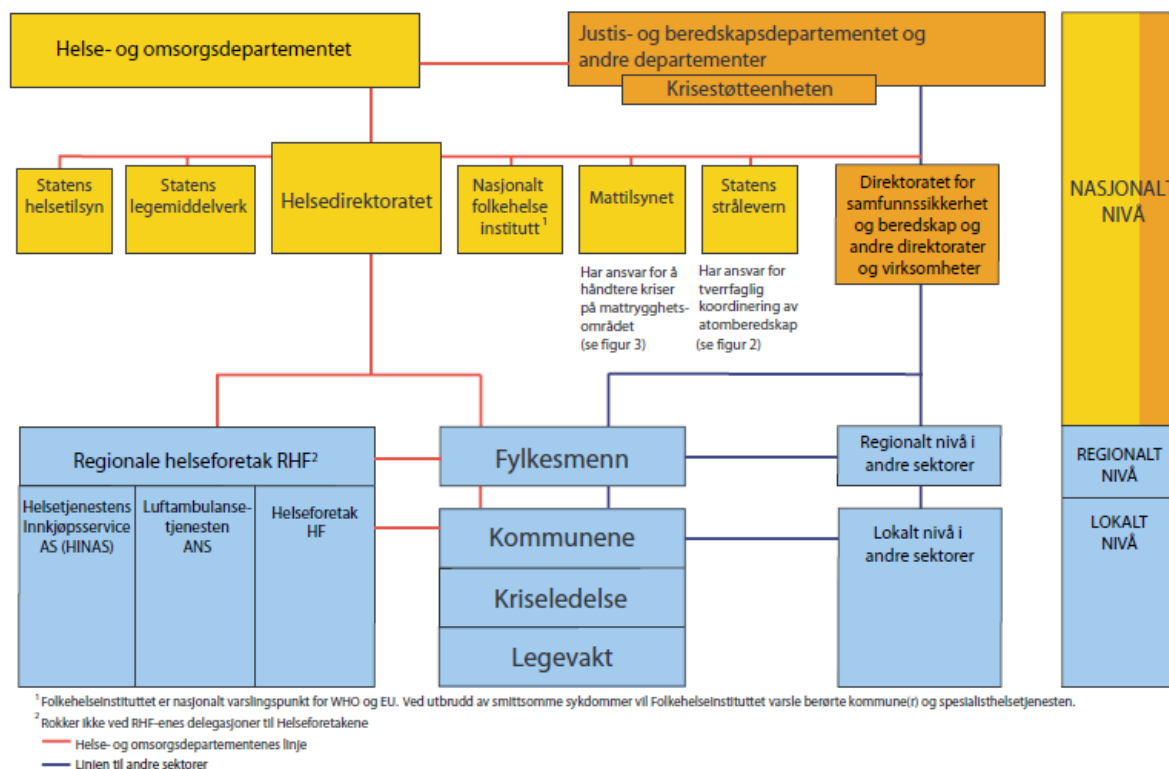
Planen skal legges til grunn for håndtering av alle regionale kriser. I tillegg vil planen kunne være et verktøy ved håndtering av mer avgrensede hendelser.

Definisjoner og forkortelser benyttet i planen er vist i vedlegg 3 *Sentrale begreper og forkortelser*.

3 Aktører, roller, ansvar og samhandling

Nært samarbeid under en krise, men også i beredskapsforberedelser, er en forutsetning for en koordinert krisehåndtering. Det bør etableres samordningsfora lokalt som ivaretar helsetjenestens tverrretatlige samordning både i forhold til brann- og redningsetat, politi, sivilforsvar og eventuelle frivillige organisasjoner, jf. også samvirkeprinsippet omtalt i kapittel 1 *Mål og prinsipper for beredskapsarbeidet*.

Nasjonal helseberedskapsplan definerer følgende varslings og rapporteringslinjer og ledelsesnivåer for helsesektoren:



Figur 2: Varslings- og rapporteringslinjer i helsesektoren ved kriser.

De forskjellige instansenes roller og ansvar er nærmere beskrevet i Nasjonal helseberedskapsplan. Der fremgår også varslings- og rapporteringslinjer ved atomhendelser og når Mattilsynet håndterer en hendelse. Det vises også til Nasjonalt beredskapsplanverk som gir oversikt over sentral krisehåndtering, aktører, roller og ansvar og en veiledning i hvordan kriser skal håndteres på sentralt nivå.

Helsedirektoratet skal, etter delegasjon fra departementet, forestå overordnet koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats og iverksette nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet. Dersom Helsedirektoratet vurderer at det åpenbart er behov for å iverksette tiltak uten at det på forhånd har vært mulig å etablere kontakt med departementet med sikte på å foreta delegasjon, kan direktoratet likevel etablere koordineringsfunksjonen. Kontakt med departementet etableres så snart dette lar seg gjøre. Dette er nærmere omtalt i Nasjonal helseberedskapsplan, kapittel 5 *Varsling, kriseledelse og samhandling ved hendelser og kriser*.

3.1 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. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.](#) § 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 beredskapshendelser som rammer hele eller deler av regionen kan 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 5.2.3.

3.2 Helseforetak og andre instanser i Helse Sør-Øst

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst består av 11 helseforetak organisert innenfor 7 sykehusområder:

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

Helse Sør-Øst RHF er medeier i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS)¹ i Vadsø, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS) i Bodø, Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i Skien, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF) i Gjøvik, Nasjonal IKT HF (NIKT HF) i Bergen. Sykehusbygg HF i Trondheim og Sykehusinnkjøp HF i Vadsø.

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

¹ Virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp HF i 2016.

Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus 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. ansvarsprinsippet² har den som har ansvaret for en tjeneste, også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap.

Det enkelte helseforetak har det daglige og operative ansvaret for at befolkningen har tilgang på nødvendige tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Helseforetak som omfatter mer enn ett sykehus 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 skal ivaretas av Oslo universitetssykehus. Samordning med de fem private sykehusene med driftsavtale skal inngå i beredskapsplanene for de respektive sykehusområdene der de er lokalisert.

Helseforetaket skal anmode om bistand fra andre helseforetak hvis det er behov for det. Alle helseforetak har plikt til å bistå.

3.2.1 Sykehusapotekene

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

Sykehusapotekene 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 (rammeavtale), og mellom det enkelte helseforetak og lokale sykehusapotek. Vedlegg til rammeavtalen (R-2) og til lokale avtaler (L-2) omfatter legemiddelberedskap.

Sykehusapotekene har ansvar for å:

- utarbeide og revidere veileder for legemiddelberedskap i Helse Sør-Øst
- utarbeide og oppdatere veiledende liste over kritiske legemidler til bruk ved kriser og katastrofer

² [Lov om helsemessig og sosial beredskap](#) § 2-1

- legge preparatene på listen over kritiske legemidler inn i kalkulatoren som grunnlag for dimensjonering av legemiddellagrene i helseforetakene
- supplere kalkulatoren med preparatene fra antidotlisten utarbeidet av Giftinformasjonsentralen

Lokale sykehusapotek har ansvar for å:

- fremskaffe oversikt over normalforbruk av ordinære legemidler for det enkelte helseforetak
- utarbeide 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
- etterforsyne legemidler ved kritiske hendelser og katastrofer

Sykehusapotekenes rolle og veileder for legemiddelberedskap er nærmere beskrevet i kapittel 4.8 *Vedrørende Veileder om legemiddelberedskap - utarbeidet av Sykehusapotekene.*

3.2.2 Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF yter ikke-medisinske fellestjenester til foretakene i Helse Sør-Øst. Samarbeidsform og grensesnitt i IKT krisesituasjoner mellom Sykehuspartner HF og foretakene er beskrevet i regional IKT beredskapsplan (jf. kapittel 4.7 Vedrørende Regional IKT-beredskapsplan). 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 har plikt til å yte bistand til HF som anmoder om det.

3.2.3 Helse Sør-Øst forsyningscenter

Sykehuspartner ivaretar driften av Helse Sør-Øst forsyningscenter. Målsettingen med forsyningscenteret 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 beredskapsmessig.

Det vises til kapittel 4.10 *Forsyningsikkerhet for medisinsk utstyr* som beskriver føringer og definerer roller, ansvarsområder og kommunikasjonsveier nødvendig for å ivareta forsyningsikkerheten for medisinsk utstyr i Helse Sør-Øst.

3.2.4 Regionalt beredskapsutvalg

Regionalt beredskapsutvalg (RBU) består av en representant fra hvert av sykehusområdene samt Sunnaas sykehus, Sykehusapotekene, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF. Utvalget skal i henhold til sitt mandat:

- Være et forum for erfaringsutveksling, samhandling og kompetanseutvikling
- Være et rådgivende utvalg for Helse Sør-Øst RHF innenfor beredskapsområdet
- Gi innspill før rullering av overordnet planverk (hovedberedskapsplan og delplaner)
- Bidra til øving av regionalt planverk
- Bidra til samordning av planverk (mot helseforetak/sykehus, fylkesmann, politi og brann)
- Arrangere regional beredskapskonferanse minimum 1 gang pr. år (med fokus på erfaringsutveksling, samordning og kompetanseutvikling)

- Ha oversikt og dialog med relevante nettverk og samarbeidsutvalg
- Utpeke arbeidsgrupper til spesielle tema eller prosjekter
- Utarbeide årlig melding og handlingsplan til Helse Sør-Øst RHF innen 1. februar.

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

Private sykehus skal etablere egne beredskapsplaner på lik linje med helseforetakene, og skal samordne sine planer innenfor sykehusområdet og med definerte helseforetak. Dette skal fremgå av avtalene med Helse Sør-Øst RHF.

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.

3.4 Luftambulansetjenesten ANS

Luftambulansetjenesten i Norge er organisert i Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS (Luftambulansetjenesten ANS). Selskapet ledes av et styre oppnevnt av eierne (de fire regionale helseforetakene) og rapporterer til eiermøtet (AD RHF).

Luftambulansetjenesten ANS inngår kontrakt med flyoperatører og følger opp disse, anskaffer og vedlikeholder alt medisinskteknisk utstyr i ambulanse- og redningshelikoptrene, ambulanseflyene og Sysselmannens helikoptre på Svalbard.

Flykoordineringssentralen (samlokalisert med AMK Tromsø) koordinerer ambulanseflyene samlet for hele landet. Ambulanshelikoptrene koordineres fra de respektive AMK LA-sentralene. Redningshelikoptrene disponeres av Hovedredningssentralene (HRS), men inngår i den nasjonale luftambulansesstrukturen.

De regionale helseforetakene kan ved behov gi Luftambulansetjenesten ANS utvidet fullmakt til å forsterke og omdisponere luftambulanseressursene på et overordnet nivå, enten regionalt (1 RHF) eller nasjonalt (RHFene i fellesskap).

Varsling til Luftambulansetjenesten ANS skjer gjennom Flykoordineringssentralen i Tromsø: telefon 77 75 11 12 (backup: 908 02 669).

Se også [Beredskapsmessige forhold i luftambulansetjenesten](#).

3.5 Pasientreiser ANS

Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS) i Skien eies av de fire regionale helseforetakene. Selskapets skal bidra til å oppfylle de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar på området pasientreiser. Selskapet har en service- og støttefunksjon hvor formålet er å ivareta administrative og merkantile fellesoppgaver, samordningsoppgaver samt ivaretagelse av transaksjonstunge saksbehandlingsoppgaver for eierne. Selskapets krav til leveranser er regulert i felles SLA-avtale med alle de fire eierne.

Selskapet har en egen beredskapsplan som dekker hendelser innenfor selskapets primærområde, herunder beredskap knyttet til IKT-systemene på pasientreiseområdet. Dette ansvaret er fordelt

på Pasientreiser ANS, leverandører og pasientreisekontorene. Pasientreiser ANS kan i en beredskapssituasjon yte bistand til RHF/HF som anmoder om det.

Pasientreiser ANS kontaktes på telefon: 35 12 10 00 eller e-post postmottak@pasientreiser.no

3.6 Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF) i Gjøvik eies av de fire regionale helseforetakene. Selskapet skal bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsetninger for den nasjonale medisinske nødmeldetjenesten, herunder nødvendig og lovpålagt samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner innen nødmeldetjenesten slik det fremgår av Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. og Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF skal bidra til å realisere enhetlige og stabile kommunikasjonsløsninger og fagsystemer som skal støtte opp om ”sørge for”-ansvaret, samt bidra til nasjonalt samarbeid i spørsmål knyttet til videre utvikling av helsesektorens nødmeldetjeneste, herunder teknisk utvikling, test, implementering, drift og opplæring.

I henhold til vedtektene er foretakets primære og prioriterte oppgaver å:

- levere landsdekkende stabile, kostnadseffektive, tidsriktige og brukervennlige tjenester som ivaretar spesialist- og primærhelsetjenestens behov
- yte døgnåpen drift- og kundestøtte for foretakets brukere
- levere tjenester som ivaretar nødvendige krav til informasjonssikkerhet, herunder tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet
- bidra til utvikling av helsesektorens nødmeldetjeneste, herunder teknisk utvikling, test, implementering, drift og opplæring

Helseforetaket skal i samarbeid med regionale IKT-enheter bidra til at hele nødmeldetjenesten samlet driftes enhetlig, forsvarlig og i henhold til gjeldende sikkerhetskrav.

Selskapets krav til leveranser er regulert i felles SLA-avtale med alle de fire eierne.

HDO Drift- og brukerstøtte er tilgjengelig alle dager, 24 timer, 365 dager i året og kan kontaktes via telefon eller per e-post. Web kan også benyttes for mindre viktige feil og hendelser.

Følgende telefon, web- og e-postadresser kan benyttes:

Formål	Telefonnummer	Web	E-postadresse
Feilrapportering	08915	http://drift.hdo.no	drift@hdo.no

Selskapet skal risikovurdere og utarbeide beredskapsplaner som dekker hendelser innenfor selskapets primærområde, herunder beredskap knyttet til egne installasjoner, nødnett brukerstyr mv. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF kan i en beredskapssituasjon yte bistand til RHF/HF som anmoder om det.

3.7 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. Privatpraktiserende spesialister vil i aktuelle situasjoner kunne fungere som avlastningsressurs for helseforetakene.

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

3.8 Politiet (HRS og LRS)

Justis- og beredskapsdepartementet har det overordnede administrative samordningsansvaret for land-, sjø- og flyredningstjenesten, jf. [Organisasjonsplan for redningstjenesten](#).

Redningstjenesten er operativt organisert gjennom Hovedredningssentralen (HRS), lokalisert i Bodø og på Sola, og lokale redningssentraler lokalisert i politidistriktene. HRS har det overordnede operative ansvar for redningstjenesten og leder all sjø- og flyredning direkte. Ved landredning overlates dette normalt til de lokale redningssentralene (LRS). LRS varsler uten opphold HRS ved alle redningstilfelle.

HRS vil ved en større aksjon ta kontakt med regional AMK (R-AMK)³ 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 bl.a. 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 redningssentraler (LRS) er etablert ved landets politidistrikter og ved sysselmannen på Svalbard. Også disse har en redningsledelse med representanter fra aktuelle offentlige etater, med politimesteren som formann. Helsetjenestens representanter til de fem lokale redningssentralene er utpekt fra de respektive helseforetakene.

[Politiets hjemmesider](#) informerer bl.a. om de nye [politidistriktene](#).

3.9 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

³ Se *Anbefalt retningslinje for samarbeid mellom Lokal og Regional AMK ved større hendelser*, kapittel 4.11. Se også kapittel 5.2.3 om særskilte oppgaver for Oslo universitetssykehus

grenseoverganger, havner og lufthavner. Internasjonale grenseoverganger, havner og lufthavner representerer en tilleggsutfordring i en beredkapsituasjon, jf. behovet for å organisere forsvarlig mottak av et høyt antall passasjerer eller pasienter og andre utfordringer, ved en pandemi eller andre alvorlige hendelser. Iht. internasjonalt helsereglement (IHR)⁴ har Ullensaker kommune ansvar for helseberedskap på Oslo lufthavn, Gardermoen. Akershus universitetssykehus har ansvar for smittevernrådgivning til bl.a. Ullensaker kommune.

I [Forskrift om krav til beredkapsplanlegging og beredkapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap](#) § 6 og [Forskrift om kommunal beredkapsplikt](#) § 4, er spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten pålagt å samordne sitt beredkapsplanverk for å sikre god operativ ressursdisponering og samhandling ved kriser. I forbindelse med samhandlingsreformen er det inngått avtale (delavtale 11) mellom helseforetakene og kommunene om omforente beredkapsplaner og planer om den akuttmedisinske kjede. 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.

Fylkesberedkapsrådene er en viktig samarbeidsarena i forhold til kommuner og andre etater.

3.10 Fylkesmannen

Fylkesmannen er bindeledd mellom lokalt og sentralt nivå og har en rolle som koordinator, veileder og pådriver i samfunnssikkerhets- og beredkapsarbeidet i fylket. Fylkesmannen skal ivareta sitt ansvar for krisehåndtering ved hendelser i fred, krise og krig. Helseberedskap er et av flere områder i fylkesmannens samordningsansvar. [Nasjonal helseberedkapsplan](#) belyser fylkesmannens samordningsrolle og fylkesberedkapsrådet på dette området.

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

Helseforetakene er ansvarlig for å samordne sine planer med respektive fylkesmenn og å stille seg til disposisjon for fylkesberedkapsrådenes arbeid.

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

3.11 Forsvaret

Forsvarets ressurser rekvireres lokalt via LRS/Politiet. Helsedirektoratet og Forsvaret underskrev 7. desember 2011 en avtale som gir retningslinjer om Forsvarets anmodning om bistand fra helsetjenesten og omvendt, herunder retningslinjer for varsling, fremsendelse og beslutning om bistand, beskrivelse av ansvar, roller og myndighet, samband og uniformering. Avtalen inneholder bestemmelser om beredkapsplaner, opplæring og øvelser, rapportering, dokumentasjon og informasjonsutveksling, mediehandtering og kostnadsdeling.

⁴ Forskrift nr. 1573 21. desember 2007 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften).

Det er Helsedirektoratet ved beredskapsvakten og Forsvarets operative hovedkvarter (FOH) som er kontaktpunkter ved ønske om bistand. Unntaket fra dette er at AMK Oslo kan kontakte FOH direkte for anmodning om bistand for

- ECMO-transport
- Transport av organer og donorteam

3.12 Sivilforsvaret

Sivilforsvaret er en statlig forsterkningsressurs som kan bistå helsesektoren med oppgaver når det gjelder beskyttelse av sivilbefolkningen. Eksempler er evakuering, radiac-målepatruljer og kapasitet innen CBRNe-beredskap (kjemisk, biologisk, radioaktiv stråling og eksplosiver).

Normalt – ved redningsaksjoner, går henvendelser til Sivilforsvaret gjennom LSR. 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](#).

3.13 Landets øvrige RHF

De regionale helseforetak har en gjensidig plikt til å samordne sine planer og bistå hverandre ved behov, jf. Lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-1 c. *Bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner*.

3.14 Andre land

Det foreligger en rekke internasjonale avtaler som regulerer anmodning om bistand ved kriser, bl.a. Nordisk redningsavtale og Nordisk helseberedskapsavtale, jf. [Nasjonal helseberedskapsplan](#) kap. 5.1.3 *Varsling internasjonalt*.

3.15 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 [Forskrift om tiltak for å forebygge og begrense konsekvensene av storulykker i virksomheter der farlige kjemikalier forekommer \(storulykkeforskriften\)](#).

3.16 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 Spesialiserte planer, kompetanse og ressurser

4.1 Behandling av alvorlig skadde pasienter – regionalt 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 traumesenteret ved Oslo universitetssykehus.

Med 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](#).

Dersom de aktuelle lokalene for traumebehandling på Ullevål sykehus ikke kan benyttes vil den regionale traumefunksjonen ivaretas på Akershus universitetssykehus med støtte av personell fra Oslo universitetssykehus.

4.2 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 4.1 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.

4.3 Helseteam for nasjonale og internasjonale katastrofer

[Rutiner og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam til innsats 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.

Helseteamene sammensettes 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.

Oppgaven med å organisere helseteam i Helse Sør-Øst, er lagt til Oslo universitetssykehus. Mandat er nærmere beskrevet i planverket til Oslo universitetssykehus.

4.4 Ansvarsfordeling i forhold til psykososial omsorg

4.4.1 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.

4.4.2 Pårørendesenter utenfor sykehus

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

4.5 Oppfølging av eget personell

Det enkelte sykehus skal ha planer/rutiner både for oppfølging av eget innsatspersonell og etter interne ulykker blant de ansatte. Det er viktig at linjeledelsen er til stede for å følge opp personellens psykiske helse.

Helsedirektoratets [Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer](#) vil være faglig nyttig også for denne planleggingen.

4.6 Smittevernberedskap i Helse Sør-Øst

Det vises til vedlegg 1 med omtale av *Regional beredskapsplan for pandemi og smittevernberedskap mot alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer*. Dette vedlegget er et felles vedlegg til både Regional beredskapsplan (denne) 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.

4.7 Vedrørende Regional IKT-beredskapsplan

[Regional IKT-beredskapsplan](#) gir føringer 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 HF slik at beredskapsarbeidet i Helse Sør-Øst fremstår som helhetlig og samordnet.

Det er også utarbeidet en [Veileder for IKT-beredskap og kontinuitet for Helseforetak i Helse Sør-Øst](#). 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-tjenester, inkludert telefoni og meldings-/varslingsløsninger. 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, Betanien Hospital og Revmatismesykehuset er inkludert, på grunn av avtale med Sykehuspartner HF. Andre private institusjoner med avtale med Helse Sør-Øst RHF er ikke inkludert, fordi de ikke har avtale med Sykehuspartner HF.

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
- Organisering, roller og ansvarsområder
- Varsling og informasjonsflyt
- Krav til helseforetakenes IKT-beredskap
- Krav til Sykehuspartners IKT-beredskap
- Krav til Helse Sør-Øst RHF's IKT-beredskap
- Referanser

4.8 Vedrørende Veileder om legemiddelberedskap - utarbeidet av Sykehusapotekene

Sykehusapotekene har ansvar for utarbeiding og oppdatering av en veileder i legemiddelberedskap. Veilederen er utarbeidet i samarbeid med fagmiljøene.

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: kalkulator for dimensjonering av legemiddellager til beredskap

Vedlegg 2: definisjoner

Vedlegg 3: sentral vaktordning

Oversikt over etablerte vaktavtaler:

Sykehusapotekene HF har organisert en sentral vaktordning som innebærer hjemmevakt utenom ordinær arbeidstid, på hverdager fra kl. 16.00 til kl. 08.00 og i helgene fra fredag kl. 16.00 til mandag kl. 08.00. Hjemmevakten gjelder også på døgnbasis for påske-, pinse-, jule- og nyttårshelgen, samt ved andre hellig- og høytidsdager.

Vaktfarmasøyten kontaktes for rådgivning vedrørende legemiddelbruk eller akutt behov for legemidler. Sykehusets leger avgjør om vaktfarmasøyt skal kontaktes.

Sykehus (HF)	Sykehusapotek/Omfang	Hvordan kontakte:
Alle foretak i Helse Sør-Øst RHF	Sykehusapotekene Oslo: Utenom åpningstid hver dag (kl. 16-08). Hele døgnet i helger og helligdager	Vakttelefon: 930 96 780
Sørlandet sykehus HF	Sykehusapoteket Arendal: Hele døgnet i helger og helligdager.	Vakttelefon: 970 90 721
	Sykehusapotekene Oslo. Utenom åpningstid hver dag (kl. 16-08).	Vakttelefon: 930 96 780

4.9 Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin

[Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin](#) har utarbeidet en [håndbok i CBRNe-medisin](#) med retningslinjer for håndtering av CBRNe-hendelser.

Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin er et nasjonalt kompetansesenter og har sentralisert behandlingsansvar for CBRNe-skader i Norge (landsfunksjon).

Fagområdet CBRNe-medisin omfatter særlig farlige kjemiske stoffer (Chemical), biologiske agens (Biological), radioaktiv stråling (Radiation), kjernefysisk stråling (Nuclear) og deres helseskadelige effekter. Faget inkluderer diagnostiske tilnærminger, deteksjon av agens, skadestedshåndtering, dekontaminering, forebyggende behandling, akuttbehandling og intensivbehandling i tilfeller der agens er enten *bekreftet* eller *mistenkt*.

Eksposering for CBRN-agens kan skje som følge av ulykker (inkludert eksplosjoner, e - explosives), uhell (for eksempel i laboratorium) eller villet spredning (terroranslag) og krever ekstraordinær beredskap og kompetanse for at nødvendig helsehjelp skal kunne ytes og for at innsatspersonell og befolkningen for øvrig skal kunne beskyttes mot skade.

Beredskap og kompetanse

Senteret er en integrert del av Oslo universitetssykehus. Det har pt. 4 overlegestillinger hvor spesialister med erfaring innen infeksjonsmedisin, stråleskader og toksikologi har ansvaret for

hver sitt fagområde innen CBRNe-medisin. I tillegg har senterets leder bakgrunn innen akutt- og intensivmedisin. En spesialsykepleier har ansvar for verne- og dekontamineringsutstyr, samt praktiske undervisningsopplegg om dette. Andre fagpersoner er også tilknyttet senteret. For å kunne gi best mulig medisinsk behandling på skadestedet og videre inn i sykehusene samarbeider senteret bl.a. med nødetatene (Ambulanse, Brann- og redningsetaten, Politi) samt Sivilforsvaret for å optimalisere den prehospitale håndteringen og behandlingen av pasienter.

Kontaktpunkter for senteret er:

E-mail adresse: nbcсен@ous-hf.no
Postadresse: Oslo universitetssykehus HF, Ullevål sykehus, Nasjonalt kompetansesenter for NBC-medisin, PB 4956 Nydalen, 0424 Oslo
Hjemmeside: [Lenke](#)
Telefon: Ved akuttsituasjoner formidler medisinsk intensivavdeling kontakt til CBRNe-senteret: 22 11 91 24

4.10 Forsyningsikkerhet for medisinsk utstyr

Hensikt

Denne delplanen beskriver føringer og definerer roller, ansvarsområder og kommunikasjonsveier nødvendig for å ivareta forsyningsikkerheten for medisinsk utstyr i Helse Sør-Øst. De føringer som er lagt i dette dokumentet skal gjenspeiles i planverkene på helseforetaksnivå og hos Sykehuspartner slik at beredskapsarbeidet i Helse Sør-Øst fremstår som helhetlig og samordnet.

Bakgrunn

Dokumentet er basert på rapporten Forsyningsikkerhet for medisinsk utstyr i Helse Sør-Øst. ([lenke](#)). Rapporten inkluderer ROS- og beredskapsanalyse samt metode for beregning av beredskapslager. Prinsippene fra regional beredskapsplan er lagt til grunn for rapporten.

Oppgaver og ansvar

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.

Kontaktpunkter

Helse Sør-Øst Forsyningscenter er hovedleverandør av medisinsk forbruksmateriell til helseforetakene i Helse Sør-Øst. Helseforetakenes innkjøpssystemer inneholder informasjon om hvilke varer som leveres via Helse Sør-Øst Forsyningscenter og hvilke varer som leveres via andre leverandører.

Helse Sør-Øst Forsyningscenter har en vakttelefon som er bemannet 24 timer i døgnet. Vakttelefonnummeret er 901 23 841. Den som bemanner vakttelefonen vil varsle logistikksjef ved Helse Sør-Øst Forsyningscenter og som tar kontakt med de(t) helseforetak som har varslet om beredskapshendelsen.

Følgende prinsipper skal legges til grunn i en beredskapssituasjon:

- Varer skal bestilles i de samme kanaler som under normaldrift.
- Dersom selger midlertidig ikke er leveringsdyktig er selger i henhold til standard rammeavtalevilkår for varer i Helse Sør-Øst forpliktet til å levere samme eller tilsvarende produkt fra andre selgere, til uendrede betingelser.
- Ved knapphet på varer i markedet har administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF myndighet til omfordeling og prioritering av leveranser.

Ved behov for spesialutstyr i forbindelse hendelser hvor radioaktiv stråling (N=Nucleær), biologiske agens (B=Biologisk) eller kjemiske stoffer (C=chemical) er involvert skal CBRNe senteret ved Oslo universitetssykehus kontaktes. Se kapittel 4.9

Nasjonal og regional samordning

I en beredskapssituasjon der det er behov for nasjonal eller regional samordning mht. å definere vareutvalg og varevolum er det administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF som har ansvar for formidling av informasjon om hvilke utstyr helseforetakene bør anskaffe. Vurderinger av dette gjøres i samråd med avdeling for innkjøp og logistikk i Helse Sør-Øst RHF. Ved behov for utstyr som ikke er omfattet av lokale eller regionale avtaler skal det etableres avtaler.

Ved sammenfallene behov i de fire helseregionene skal etablering av avtaler ledes av HINAS. Dersom det kun er helseforetak i Helse Sør-Øst som har behov for etablering av avtaler skal dette gjennomføres i regi av Sykehuspartner.

4.11 Anbefalt retningslinje for samarbeid mellom lokal og regional AMK ved større hendelser

I akuttmedisinske situasjoner er tidsfaktoren og kompetanse viktig og avgjørende. Det er nødvendig med et forberedt system som er klart til innsats etter varsling. Arbeidsfordeling og ansvarsforhold må være mest mulig avklart på forhånd. Kommuner og helseforetak må ha system og opplæring som sikrer at de som utøver tjenesten har nødvendige kunnskaper og ferdigheter.

Anbefalt retningslinje for samarbeid mellom Lokal og Regional AMK ved større hendelser er beskrevet i [Håndbok kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner](#)⁵ Håndboka skal bidra til kunnskap og forståelse om organisering og oppbygging av medisinsk nødmeldetjeneste. Handling, samhandling, oppgaver og ansvar er gjennomgående tema. De ulike kapitler omhandler:

- Regelverk, hvilke lover, forskrifter, rundskriv og andre relevante dokumenter vi må forholde oss til i medisinsk nødmeldetjeneste
- Struktur, hvordan den akuttmedisinske kjeden og den medisinske nødmeldetjeneste er oppbygget
- Oppgaver, ansvar og kompetansekrav, ansvarsforhold og faglig innhold i nødmeldetjenesten
- Handling og samhandling i ulike faser i den akuttmedisinske kjeden
- Kommunikasjon, ulike veier for kommunikasjon, sambandsprosedyrer, radiosamband og kommunikasjon i den akuttmedisinske kjeden
- Prosedyrer, rekvirering av ulike tjenester

⁵ Håndbok kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner. Kokom, 1. februar 2009

- Utfordrende grenseoppganger i medisinske nødsituasjoner, ting som kan være vanskelige
- Sentrale begreper og definisjoner
- De viktigste lover, forskrifter, rundskriv og andre sentrale dokumenter ligger som vedlegg til Håndboka

4.12 Informasjonsansvar

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.

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

Den som har lederansvaret i 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 Oslo universitetssykehus ved delegasjon fra Helse Sør-Øst RHF (jf. kapittel 5.2.3).

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 Oslo universitetssykehus ivaretar et regionalt koordineringsansvar (jf. kapittel 5.2.3), blir rollene som følger:

Oslo universitetssykehus	<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.) <p>Rapportering til Helsedirektoratet om informasjonstiltak inngår i ordinær rapportering.</p>
HF	<p>Informasjon til målgrupper som er berørt av sykehusets virksomhet eller som sykehuset samhandler med for å løse egne oppgaver, for eksempel informasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • til pasienter med planlagt time på sykehuset • om tilbud til pårørende for innlagte pasienter (pårørendesenter) • til fastleger • til ansatte som ikke er på jobb

	<ul style="list-style-type: none"> • om adgangsrestriksjoner • om lokale smitteverntiltak <p>Informasjonen må koordineres mot regional informasjon som gis av OUS, slik at samlet informasjon fra foretaksgruppen er enhetlig.</p>
RHF	Informasjon knyttet til ivaretagelse av ”sørge for”-ansvaret og konsekvenser for virksomheten i andre deler av helseforetaksgruppen som følge av beredskapssituasjonen

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. Jf. omtale av HelseCIM, kap. 4.13.

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.

4.12.1 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 4.4 om ansvarsfordeling i forhold til psykososial omsorg.

4.12.2 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.

4.12.3 Utlevering av taushetsbelagte opplysninger til politiet

I Helsedirektoratets [IS Rundskriv -9-2015](#) om *Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet* gis en oversikt over reglene om helsepersonells taushetsplikt, varslingsplikt og adgang til å utlevere pasientopplysninger til politiet og andre nødetater. Formålet med rundskrivet er å sikre nødvendig informasjonsdeling og styrke samarbeidet mellom helsetjenesten og politiet innenfor rammene av det regelverket som regulerer helsepersonellens virksomhet.

I rundskrivet oppsummeres helsepersonells opplysningsplikt og opplysningsrett til andre nødetater oppsummeres slik:

- Helsepersonell skal på eget initiativ varsle politi og brannvesen dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.
- Helsetjenesten kan utlevere opplysninger til politiet for at de skal kunne bistå helsetjenesten med å varsle pårørende.

- I en krise- eller katastrofesituasjon skal helsepersonell oppgi navn på pasienter som er ivarettatt av helsetjenesten for at politiet skal få oversikt *over* savnede og ikke binde opp ressurser til leting etter personer som er funnet.
- Helsepersonell har ikke rett eller plikt til å utlevere opplysninger til politiet utelukkende for etterforskning/- oppklaring av forbrytelser.

4.13 Felles krisestøttesystem i Helse Sør-Øst

HelseCIM er anskaffet og tatt i bruk som felles krisestøttesystem i Helse Sør-Øst. Dette etter anbefaling fra Helse- og omsorgsdepartementet og som del av et samordnet opplegg i regi av Helsedirektoratet.

HelseCIM skal være et verktøy for håndtering av ledelsesinformasjon ved beredskap, kriser og katastrofer. Samme system (eller tilsvarende, eks. DSB-CIM som benyttes av landets fylkesmenn,) skal sikre effektiv informasjonsutveksling mellom de operative nivåer i de forskjellige sektorer (forsvar, sivilforsvar, helse, justis, brann og redning, samferdsel osv.) og myndigheter på nasjonalt strategisk nivå.

Ambisjonen for innføringen i Helse Sør-Øst er at alle helseforetak skal bruke systemet til varsling, loggføring og rapportering av beredskapshendelser (jf. kap. 5.1.4). Systemet har også en modul for mediehåndtering (logg) som vil kunne benyttes av helseforetakets/sykehusets kommunikasjonsavdeling.

I all rapportering skal felles mal for og deling av situasjonsrapporter benyttes. Denne malen er den som til enhver tid ligger i HelseCIM. Helsedirektoratet er ansvarlig for i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet å holde denne à jour med behovene på alle relevante nivåer, herunder i samråd med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

Lenke: www.helsecim.no

5 Varsling, beredskapsledelse og samhandling ved hendelser og kriser

5.1 Varsling

Varsling er første beskjed fra berørt virksomhet til overordnet, sideordnet, underordnet ledd om at en ekstraordinær situasjon har inntruffet. Et varsel følger en forhåndsdefinert ansvarskjede. Varselet bør inneholde informasjon om hva som har skjedd og hvordan en håndterer situasjonen, behov for etablering av beredskap, eventuelt også behov for ressurser. Det er lav terskel for konsultasjoner på ledernivå.

5.1.1 Varsling fra lokalt til nasjonalt nivå⁶

- AMK- og legevaktsentralenes landsdekkende system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten, Helse radionettet og Nødnett utgjør helsetjenestens system for varsling, viderevarsling og styring av ressurser ved daglige hendelser og kriser. Ved hendelser der innsats fra andre nødetater er nødvendig, er det viktig å trippelvarsele raskt i henhold til fastlagte prosedyrer.
- Kommunene varsler fylkesmann og helseforetak/RHF.
- Fylkesmannen og RHF varsler Helsedirektoratet (døgnbemannet vakttelefon), med kopi til hverandre. Det regionale helseforetaket skal samtidig informere Helse- og omsorgsdepartementet gjennom eierkanalen.
- Helsedirektoratet varsler Helse- og omsorgsdepartementet og andre berørte virksomheter i egen og andre sektorer.
- Ved akutt forurensning eller fare for akutt forurensning fra landbasert virksomhet, skal ansvarlig for forurensning straks varsle nærmeste politimyndighet og brannvesen. Hovedredningssentralen eller nærmeste kystradio skal varsles ved akutt forurensning eller fare for slik fra fartøy. Hovedredningssentralen og Oljedirektoratet skal varsles ved akutt forurensning eller fare for akutt forurensning fra virksomhet på kontinentalsokkelen. Andre enn ansvarlig for forurensning plikter også å varsle med mindre det åpenbart er unødvendig.
- Ved (mistanke om) en atomhendelse lokalt skal Strålevernet øyeblikkelig varsles.
- Ved (mistanke om) smitteutbrudd, herunder av mat- og vannbåren sykdom, varsler leger og laboratorier Folkehelseinstituttet i systemet for utbruddsvarsling (www.vesuv.no). Leger og laboratorier melder til Folkehelseinstituttet i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Helsepersonell, som har varslingsplikt, varsler dette til Folkehelseinstituttet.
- Virksomheter under matloven varsler Mattilsynet og til å iverksette tiltak ved mistanke om helseskadelige næringsmidler. Mattilsynet varsler departementet og/eller berørte etater.

5.1.2 Varsling fra nasjonalt til lokalt nivå⁷

- Helse- og omsorgsdepartementet varsler underliggende virksomheter i henhold til en varslingsliste, som oppdateres i juni og desember hvert år.
- Helsedirektoratet varsler regionale helseforetak som varsler helseforetakene og Luftambulansetjenesten ANS, samt Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) og Helsetjenestens Innkjøpsservice AS (HINAS). Ved behov for rask varsling av helseforetakenes ledelse, varsler Helsedirektoratet i tillegg AMK-sentraler og legevaktsentraler, i henhold til egen rutine. Departementet informerer gjennom eierkanalen ansvarlig ledelse i berørte regionale helseforetak.

⁶ Jf. Nasjonal helseberedskapsplan, kapittel 5

⁷ Jf. Nasjonal helseberedskapsplan, kapittel 5

- Helsedirektoratet varsler fylkesmennene
- Fylkesmennene varsler kommunene.
- Helsedirektoratet varsler departementet og berørte virksomheter i helsesektoren og andre sektorer, som Direktoratet for nødkommunikasjon, Politidirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Forsvaret.
- Ved atomhendelse varsler Statens strålevern Kriseutvalget for atombereidskap, ved leder, medlemmer, rådgivere. Ved behov varsles også informasjonsmedarbeidere i andre etater, fylkesmenn, departementer og andre berørte aktører.
- Ved smitteutbrudd varsler Folkehelseinstituttet ved Smittevernvakten berørte kommune(r), sykehus, Helsedirektoratet og departementet.
- Det er etablert varslingsrutiner mellom Mattilsynets eierdepartementer, Mattilsynets regionale og lokale ledd samt deres samarbeidsparter eksternt.
- Varslings- og rapporteringslinjene ved kriser følger i figur 1, 2 og 3 i egne vedlegg til planen (Nasjonal helseberedskapsplan).

5.1.3 Varling internasjonalt

Varling til andre land og internasjonale organisasjoner er beskrevet i Nasjonal helseberedskapsplan, kapittel 5.1.3.

5.1.4 Varling innad i Helse Sør-Øst

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.

Hvis mulig benyttes krisestøttesystemet HelseCIM i all varling og rapportering. Se kapittel 4.13.

- Varling mellom 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 og/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.

Oversikten nedenfor viser AMK-sentralenes kontaktdata og hvilke virksomheter som dekkes av den enkelte AMK-sentral:

Helseforetak/sykehus som dekkes	AMK-sentral	E-postadresse	Telefonnr.	Telefaxnr.
<ul style="list-style-type: none"> • Oslo universitetssykehus • Akershus universitetssykehus • Sykehuset Østfold • Diakonhjemmet sykehus • Lovisenberg diakonale sykehus • Martina Hansens Hospital • Sunnaas sykehus • Sykehusapotekene 	AMK Oslo	oplamk@ous-hf.no	22932251	22932201
<ul style="list-style-type: none"> • Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold • Betanien Hospital 	AMK Vestfold/ Telemark	amk@siv.no	33727680	33310870
<ul style="list-style-type: none"> • Sykehuset Innlandet • Revmatismesykehuset 	AMK Innlandet	AMK.innlandet@sykehuset-innlandet.no	61139939	61157880
<ul style="list-style-type: none"> • Vestre Viken⁸ 	AMK Vestre Viken	amk@vestreviken.no	32715010	32803066
<ul style="list-style-type: none"> • Sørlandet sykehus 	AMK Sørlandet	beredskap.amksorlandet@sshf.no.	37006100	37014003

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

- Varsling av det lokale sykehus:
AMK varsler aktuelle akuttmottak så tidlig som mulig.
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/sykehus, og skal til enhver tid være oppdatert.
- Varsling fra RHF til helseforetak og motsatt skal skje via vanlig tjenestevei, dvs. til administrerende direktør i helseforetakene (foretaksledelsen).
- Varsling av ledelsen i Helse Sør-Øst RHF:
Helse Sør-Øst RHF skal motta varsel fra ledelsen i helseforetak ved:
 - Hendelser som oppstår lokalt og som utløser GUL eller RØD beredskap.
 - Hendelser der det kan stilles spørsmål om ”sørge for”-ansvaret oppfylles.
 - Hendelser som kan få medieoppmerksomhet eller som på annen måte vurderes som viktig at Helse Sør-Øst RHF er kjent med.

Ledelsen kan varsles samlet eller i følgende rekkefølge:

1. Administrerende direktør
2. Visadministrerende direktør
3. Fagdirektør

⁸ Asker og Bærum kommuner dekkes av AMK Oslo

4. Kommunikasjonsdirektør
5. Direktør forskning, innovasjon og utdanning
6. Konserndirektør
7. Direktør teknologi og eHelse
8. HR-direktør
9. Direktør styre- og eieroppfølging

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

Alternative kontaktpunkter:

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		

5.2 Etablere beredskapsledelse og rapportering

5.2.1 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

5.2.2 Beredskapsledelse i helseforetak

Ansvar og oppgaver

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

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

Sammensetning og etablering

Ved en omfattende krise, ulykke eller katastrofe kan administrerende direktør eller dennes stedfortreder beslutte etablering av beredskapsledelse.

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).

5.2.3 Særskilte oppgaver for Oslo universitetssykehus i spesielle situasjoner

Ved større kriser eller katastrofer som rammer hele eller deler av regionen kan det være behov for å koordinere/omdisponere spesialisthelsetjenesteressurser for å håndtere situasjonen. Oslo universitetssykehus er gitt et regionalt ansvar for å utføre slik koordinering på vegne av Helse Sør-Øst RHF etter delegasjon i det enkelte tilfelle. Dette røkkes 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 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 skal ivareta ansvaret for å koordinere/disponere regionens samlede helseressurser, er følgende rutine etablert:

- Helse Sør-Øst RHF tar kontakt med Oslo universitetssykehus v/ administrerende direktør så snart beredskapshendelsen er kjent.
- Oslo universitetssykehus bekrefter at delegasjonen ivaretas som forutsatt.
- Det avtales hvordan og hvor ofte Oslo universitetssykehus skal rapportere til Helse Sør-Øst RHF. Det må rapporteres så hyppig at omgivelsenes/mediens 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 oppretter beredskapsledelse og etablerer kontakt med involverte helseforetak.
- Observatører eller liaisoner fra RHF eller andre helseforetak tiltrer direktørens krisegruppe ved behov.

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.

5.2.4 Rapportering

Sending og mottak av beredskapsmeldinger skal fortrinnsvis gjøres HelseCIM, jf. kap. 4.13. Gjeldende mal for situasjonsrapportering er den som ligger i HelseCIM.

1. Situasjonsbeskrivelse
Beskriv situasjonen innenfor egen sektor. Sentrale punkter er HVA, HVOR, NÅR, HVEM og HVORLEDES
2. Status for krisehåndtering i virksomhetens ansvarsområde
Beskrivelse av pågående og planlagte aktiviteter relatert til egen sektor. Videre vurdering av egen ressursituasjon.
3. Forventet utvikling av krisen innenfor virksomhetens ansvarsområde
Beskrivelse av sannsynlige utviklingsretninger
4. Tiltak som virksomheten og underliggende virksomheter har iverksatt
Informasjon om hvilke vesentlige tiltak virksomheten har iverksatt innenfor eget ansvarsområde
5. Tiltak som virksomheten og underliggende virksomhet vurderer å iverksette
Informasjon om hvilke vesentlige tiltak virksomheten vurderer å iverksette innenfor eget ansvarsområde.
6. Etablert beredskapsorganisasjon
Beskrivelse av særlige beredskapstiltak, overføring av fullmakter, etablering av særlig beredskapsorganisering (f.eks. Kriseutvalget for atomberedskap, mv.)
7. Ønskede samordningstiltak
Tiltak virksomheten mener bør løftes til overordnet, eller politisk nivå for behandling og/eller bør koordineres med en eller flere virksomheter, eller andre sektorer.

5.2.5 Evaluering og etterarbeid

Alle hendelser med GUL eller RØD beredskap i et helseforetak skal føre til at det opprettes hendelse og loggføres i HelseCIM. Slike beredskapshendelser og evt. andre hendelser som varsles til Helse Sør-Øst RHF, Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgås i regionalt beredskapsutvalg med sikte på læring og oppfølging. Om nødvendig utarbeides skriftlig evalueringsrapport som forelegges ledelsen i HF/RHF.

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

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 pandemi og ekstraordinære situasjoner med alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer, for eksempel ebola.

2. Plangrunnlag

De nasjonale forutsetninger for smittevernberedskap er beskrevet i regional smittevernplan, kapittel 2: "Overordnede føringer for smittevernet", samt i § 7 -11 i smittevernloven. For scenariobeskrivelser og ROS-analyser vises det til ROS-analyser som finnes på www.helse-sorost.no under Beredskap, samt til nasjonal ROS- og beredskapsanalyse som finnes på helsedirektoratets nettsider.

Influensapandemier er en av de mest sannsynlige årsaker til omfattende krisetilstander i regionen. Anslagene i Nasjonal pandemiplan tilsier at mellom 30 % og 50 % av befolkningen blir smittet og at 15 % til 25 % blir syke.

Spesialisthelsetjenesten vil møte utfordringer på flere områder.

- Belastningen på sykehusene vil øke, særlig på intensivavdelingene
- Sykefravær hos eget personell øker, både på grunn av egen sykdom og syke familiemedlemmer
- Det kan oppstå forsyningsproblemer både for medikamenter, medisinsk utstyr og andre varer og tjenester som er nødvendige for driften
- Samfunnsfunksjoner som er viktige for driften i foretakene kan bli påvirket (for eksempel stengte skoler/barnehager)

Referanser:

[Nasjonal helseberedskapsplan](#)

[Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa](#)

Regional beredskapsplan Helse Sør-Øst

WHO's nye pandemifaser

3. Oppgaver og ansvarsfordeling i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at befolkningen i regionen får nødvendige spesialisthelsetjenester og har ansvaret for å koordinere beredskapsarbeidet i helseregionen.

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

Helse Sør-Øst RHF er ansvarlig for å monitorere situasjonen og sørge for nødvendige forberedende og koordinerende tiltak i regionen, herunder koordinere ressurser, samordne

rapporter fra helseforetakene og rapportere til helsemyndighetene (Helse- og omsorgsdepartementet og/eller Helsedirektoratet). Helse Sør-Øst RHF skal fremme eventuelle behov for beredskapstiltak som krever tiltak på nasjonalt nivå.

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

Nasjonal beredskapsplan mot kopper definerer særskilt ansvar og oppgaver bl.a. for Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF. Dette gjelder bl.a. pasientbehandling, beredskaps- og utrykningsteam og mottak av inntil 100 pasienter for observasjon, behandling og isolering.

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

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

Nasjonal beredskapsplan mot ebola slår fast at høysikkerhetsisolat ved Oslo universitetssykehus HF Ullevål, er førstevalg for innleggelse av pasienter med ebola. Den in-hospitale behandlingen vil skje under ledelse av avdelingsleder ved infeksjonsmedisinsk avdeling i faglig samarbeid med CBRNe-senteret og annet intensiv/støttepersonell ved Oslo universitetssykehus HF.

Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin (CBRNe-senteret) har sentralisert behandlings- og kompetansesenterfunksjon for CBRNe-skader i Norge og er faglig rådgiver for helsetjenesten og myndighetene.

4. Ledelse av beredskapssituasjoner

Pandemier oppstår ikke brått, men utvikler seg over tid. Helse Sør-Øst RHF vil i årvåkenhetsfasen ha en viktig rolle i å samordne helseforetakenes forberedelser, ikke minst med tanke på å forebygge forsyningssvikt av medikamenter, smittevernutstyr og annet forbruksutstyr. Prinsipielt er det ikke noen forskjell på slik forsyningssvikt med utgangspunkt i epidemier enn ved andre situasjoner, slik at det vil være de daglige rutiner og beredskapsplaner for forsyningssvikt som følges også ved en pandemi.

Det enkelte helseforetak leder interne beredskapssituasjoner i henhold til egne beredskapsplaner. Ved epidemier må ledelsen støttes av rådgivere med smittevernkompetanse.

De kommunikasjonslinjer som brukes i normal drift benyttes også under pandemisituasjoner. Helseforetakene rapporterer til Helse Sør-Øst RHF. I den pandemiske fasen vil rapporteringen oftest delegeres til Oslo universitetssykehus HF i tråd med den regionale beredskapsplanen. Dersom en smittevernsituasjon utvikler seg slik at flere helseforetak må etablere beredskap kan det bli aktuelt at Helse Sør-Øst RHF delegerer også den operative koordineringen til direktøren på Oslo universitetssykehus.

5. Helseforetakenes beredskapsplanverk

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

- Situasjoner med en eller få pasienter med alvorlig, allmennfarlig smitte/høyrisiksykdom (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.
- Situasjoner med fravær eller knapphet på eget personell.
- Vaksinerings av ansatte.
- Hvilke lokaler/enheter som skal benyttes til isolasjon av smitteførende pasienter og hvordan øvrige lokaler, avdelinger og arbeidsmiljø skjermes mot smittespredning.
- Hvilke avdelinger/enheter som har ansvar for smitteførende pasienter i slike situasjoner.
- Ytterligere tiltak med hensyn til sengeplass og isolasjon dersom smitte brer seg eller pasientantallet overstiger sykehusets kapasitet.
- Bruk av personlig smittevernutstyr for personell og besøkende som skal ha kontakt med aktuelle smitteførende pasienter.
- Beredskapslagring av smittevernutstyr for høyinfeksiøse infeksjoner.
- Melding og overvåking av smitteførende pasienter og smittet personell.
- Transport av smitteførende pasienter i og utenfor sykehus.
- Reduksjon av elektiv drift.

Helseforetakene skal på grunnlag av nasjonal og regional pandemiplan utarbeide egne pandemiplaner som tar høyde for å håndtere en pandemisituasjon faglig, kapasitetsmessig, personellmessig og utstyrsmessig, herunder planer for massevaksinasjon.

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

I forskrift om helsemessig og sosial beredskap, § 6, er spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten pålagt å samordne sitt beredskapsplanverk. Samordning med henholdsvis kommuner og fylkesmenn er omtalt i regional beredskapsplan.

I en beredskapssituasjon der det er behov for nasjonal eller regional samordning mht. å definere vareutvalg og varevolum er det administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF som har ansvar for formidling av informasjon om hvilket smittevernutstyr helseforetakene bør anskaffe. Vurderinger av dette gjøres i samråd med avdeling for innkjøp og logistikk i Helse Sør-Øst RHF.

6. Tiltaksplan ved pandemi

Denne tiltaksplan tar utgangspunkt i tiltaksplan i Nasjonal pandemiplan og må sees i sammenheng med denne. Tiltakene som er listet er å anse som mulige tiltak som både Helse Sør-Øst RHF (under forkortet RHF) og helseforetakene (under forkortet HF) skal planlegge for, men hvert tiltak iverksettes først etter konkret vurdering av aktuell situasjon.

INTERPANDEMISK PERIODE (WHO Interpandemic phase)

Mulige tiltak RHF og HF

- Revisjon/gjennomgang av pandemiplaner
- Tema for øvelse
- Vurdere forsyningsstatus av medikamenter og utstyr som lett kan bli mangelvare ved et pandemiutbrudd, isolatkapasitet og forberedt kohortisolasjon
- HR-enhetene har planer for å inngå avtaler med de ansattes organisasjoner om økt tilgang på personell, samt klargjør informasjon om konsekvens av fullmaktsbestemmelser i henhold til Lov om helsemessig og sosial beredskap samt lager planer for suppleringspersonell.

PANDEMISK ÅRVÅKENHETSPERIODE (WHO Alert phase)***A. Mulige tiltak RHF og HF når Norge er berørt***

- I samarbeid med Hdir/FHI sikre oppdaterte kasusdefinisjoner og melderutiner.
- Når anbefalinger kommer fra Hdir/FHI planlegge samlinger og/eller andre informasjonstiltak for å sikre felles forståelse av disse.
- Innhente og vurdere forsyningsstatus på materiell, medikamenter og utstyr.

B. Mulige tiltak - RHF uavhengig av om Norge ennå er berørt

- Anmode fylkesmennene om å delta på et felles samordningsmøte for å avtale forventninger til samarbeid i en pandemisituasjon. Utveksle strategiske vurderinger, herunder innkalling og bruk av fylkesberedskapsrådet, status helsepersonellregistre, samarbeid om rapportering mm.
- Innkalle HF ved ledelse og smittevernansvarlige til samordningsmøte/"table top"-øvelse hvor særlig følgende momenter inngår:
 - rapporteringsrutiner
 - kommunikasjonsstrategier
 - retningslinjer og muligheter på personalområdet (konsekvens av iverksetting av fullmaktsbestemmelsene i beredskapsloven)
 - behov for å inngå avtaler med de ansattes organisasjoner, samt klargjøre regelverk for dispensasjoner i forhold til arbeidsmiljøloven og helsepersonelloven, drøfte dette med de ansatte og forberede søknader
 - planer for reduksjon av ikke livsviktig, elektiv virksomhet
 - be HF'ene å avholde kontaktmøter med kommuner
 - be HF å ta kontakt med private aktører som har i sin avtale at de skal underlegges HF i beredskapssituasjoner
- Kartlegge forsyningsstatus av relevant materiell og vurdere ekstra anskaffelser og evt. fordeling av beredskapsmateriell.
- Klargjøre status for mikrobiologisk analysekapasitet og gi føring for prioritering av analyser.
- Påse at HF i samarbeid med kommuner har planlagt for plutselig varsel om mulig influensaspyke reisende fra utlandet.

PANDEMI (WHO Pandemic phase)***Mulige tiltak - RHF***

- Påse at rapportering går som forutsatt
- Vurder behov for å omfordele ressurser mellom HF og eventuelt endringer i HFenes oppdrag
- Samarbeide fortløpende med Hdir, FHI og andre RHF.

Mulige tiltak - HF

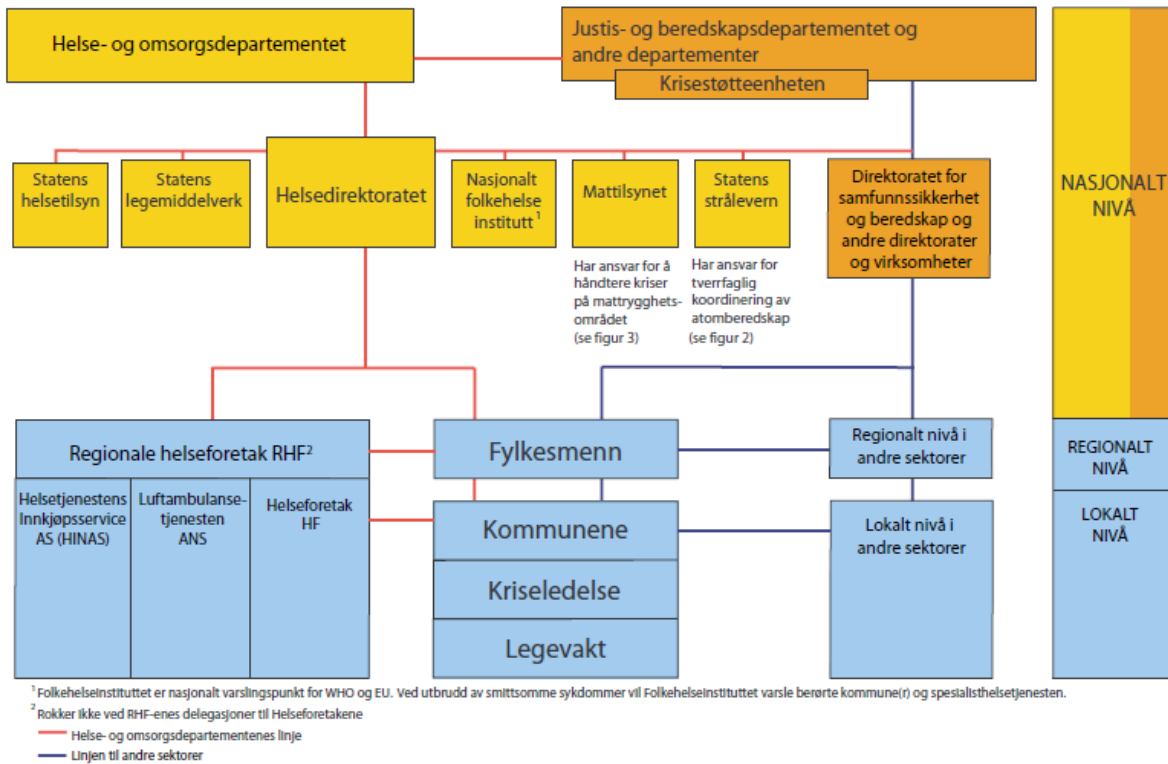
- Innsats i tråd med egne pandemiplaner

POSTPANDEMISK PERIODE (WHO Transition phase)

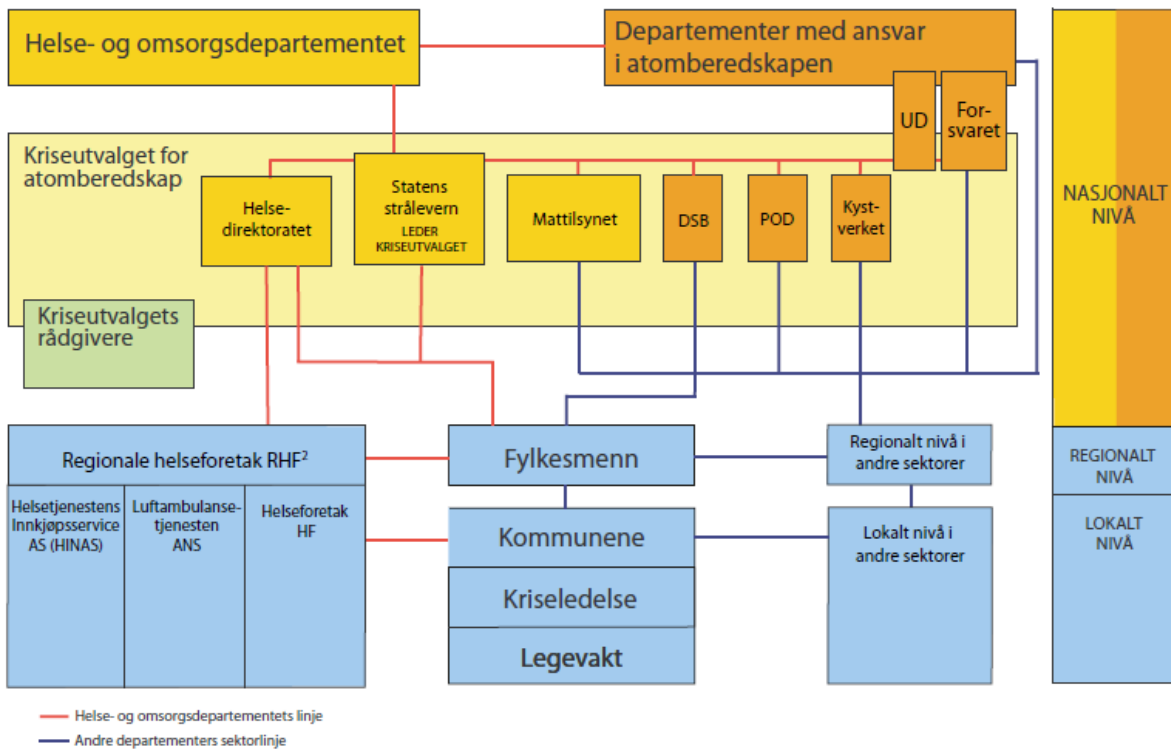
- Rapportering.
- Evaluering.
- Omstilling til normal drift.
- Vurdere tiltak for å midlertidig øke kapasiteten på elektiv drift

Vedlegg 2: Varslings- og rapporteringslinjer

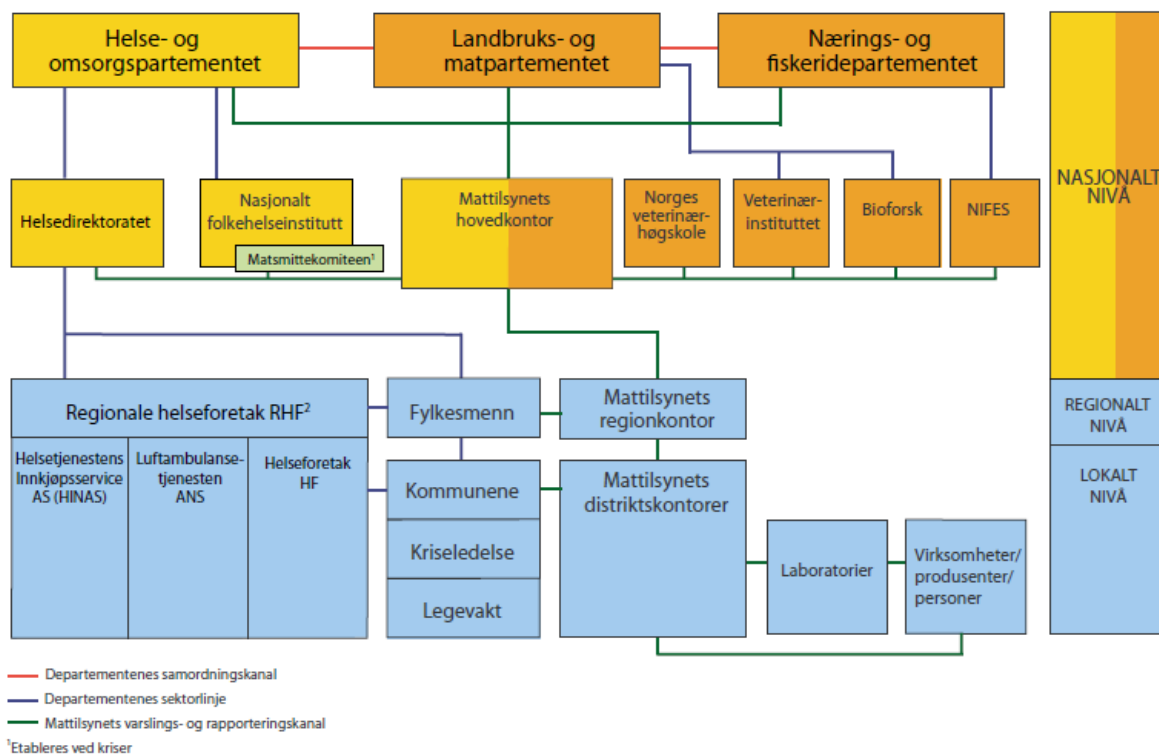
Figur 1: Varslings- og rapporteringslinjer i helsesektoren ved kriser



Figur 2: Varslings- og rapporteringslinjer ved atomhendelser



Figur 3: Varslings- og rapporteringslinjer når Mattilsynet håndterer en hendelse



Vedlegg 3: Sentrale begreper og forkortelser

Begrep	Forklaring
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Forkortes ofte til bare AMK. Helsetjenestens akuttmedisinske fagsentral for mottak og håndtering av medisinsk nødmelding, øyeblikkelig hjelp innleggelse og ambulanseoppdrag.
AMK-område	Det geografiske dekningsområde til AMK.
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.
CBRNe-medisin	Fagområdet CBRNe-medisin omfatter særlig farlige kjemiske stoffer (Chemical), biologiske agens (Biological), radioaktiv stråling (Radiation), kjernefysisk stråling (Nuclear) og deres helseskadelige effekter. Faget inkluderer diagnostiske tilnærminger, deteksjon av agens, skadestedshåndtering, dekontaminering, forebyggende behandling, akuttbehandling og intensivbehandling i tilfeller der agens er enten <i>bekreftet</i> eller <i>mistenkt</i> .
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	Hovedredningsentral. Sentral som har det overordnede koordinerende ansvar for redningsaksjon.
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 beredskapsledelse i en annen virksomhet for å fungere som forbindelsesledd til sin egen organisasjon. Liaisonen er fysisk til stede og har som hovedoppgave å sikre sin egen virksomhet tilstrekkelig informasjon om situasjonen, samt bidra til samordning.
LRS	Lokal redningsentral. Det ledelses- og koordineringsapparat som iverksettes ved redningsoppdrag i det enkelte politidistrikt. LRS ledes av politimesteren.
LRS-lege	Helsetjenestens representant i den kollektive redningsledelsen ved lokal redningsentral. LRS-legen utpekes av Helsedirektoratet.
LV-sentral	Legevaktsentral. Skal motta og håndtere henvendelser over et fast LV-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
Nødnett	Nødnett er et nytt digitalt samband for politi, brannvesen, helsetjenesten og andre viktige samfunnsfunksjoner der hver etat kan kommunisere internt i egne talegrupper samt med andre etater i dedikerte talegrupper. Nødnettet brukes til varsling og utalarmering av ressurser ved hendelser.
Pandemi	Pandemi er en verdensomspennende epidemi.
Pliktsubjekt	Pliktsubjekt vil si den institusjon (eller person) som har ansvaret for at krav i lov og forskrift blir oppfylt.
R-AMK	Regional AMK-funksjon som kan tre i kraft ved større hendelser og koordinering av regionale ressurser. Det er sentralen tilknyttet Oslo universitetssykehus (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. Forum for samhandling og kompetanseutvikling innenfor beredskapsområdet.
Sanering	Rensing av personer/pasienter som er utsatt for atom-, biologisk- eller kjemiske midler før det eventuelt gis medisinsk behandling.
Saneringsenheter	Rensestasjon beregnet for pasienter utsatt for atom-, biologisk- eller kjemiske midler, før det eventuelt gis medisinsk behandling
Sykehusapotekene HF	Farmasøytisk og apotekfaglig kompetansesenter som eier og driver sykehusapotekene i helseregionen. Foretaket leverer tjenester innen legemiddelberedskap slik dette er vedtatt av Helse Sør-Øst RHF.
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)

Vedlegg 4: Lovgrunnlag og referanser med lenker

De mest sentrale lovene og forskriftene

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

Se www.lovdato.no.

[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 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\)](#)

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

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

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

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.](#)

[IS Rundskriv -9-2015 om Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet](#)

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

[Atomberedskap – sentral og regional organisering Kgl. res av 23. august 2013. Statens strålevern](#)

[Håndbok - kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner. KoKom](#)
NB: Siden handboken ble trykt, har Styret i Luftambulansetjenesten ANS vedtatt [nye retningslinjer for rekvirering av luftambulanse](#)

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

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

[Kontinuitetsplanlegging – pandemisk influensa - Opprettholdelse av kritiske funksjoner ved høyt personellfravær – Veileder, versjon 2 \(DSB\)](#)

[Miljøverndepartementets nettside om klima](#)

[Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa](#)

[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](#)

[Nasjonalt risikobilde 2014](#)

[Nasjonalt risikobilde 2015 - scenarier for matbåren smitte og skoleskyting](#)

[Nasjonal helseberedskapsplan versjon 2.0 fastsatt 2. juni 2014](#)

[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 sivilt-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 CBRNe-medisin](#)

[Beredskapsmessige forhold i luftambulansetjenesten](#)

[Organisasjonsplan for redningstjenesten](#)

Vedlegg 5: Regional ROS-analyse

1. INNHOLD

1.	INNLEDNING	46
1.1.	OMFANG OG BEGRENSNINGER.....	46
1.2.	METODEVALG	46
1.2.1.	DEFINISJON AV RISIKO	46
1.2.2.	TIDLIGERE ANALYSER I HELSE SØR-ØST.....	46
1.2.3.	DRØFTING AV METODE FOR RULLERING AV REGIONALE ROS-ANALYSER I HELSE SØR-ØST.....	46
2.	HVA KAN MAN BRUKE ROS-ANALYSER TIL?	47
2.1.	INNLEDNING	47
2.2.	HVILKE UØNSKEDE HENDELSER KAN INNTREFFE, OG HVA ER RISIKOEN?	48
2.2.1.	SENTRALE SPØRSMÅL FOR Å AVDEKKE RISIKO	48
2.2.2.	RISIKOVURDERINGER KNYTTET TIL TYPE HENDELSE.....	48
2.2.3.	GJENNOMFØRING AV ANALYSENE	49
3.	REGIONALE ROS-ANALYSER FOR HELSE SØR-ØST.....	50

1. Innledning

1.1. Omfang og begrensninger

De regionale ROS-analysene ble forelagt styret i 18. desember 2014. ROS-analysene er gjennomgått og endret i denne planrevisjonen.

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 tilnærming.

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. Tidligere analyser i Helse Sør-Øst

Metodikken som ble brukt ved ROS-analysene frem til 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. Etter 2010 har ROS-analysene basert seg på gjennomgang av aktuelle scenarier som ikke blir koblet til akseptkriterier eller blir satt inn i en risikomatrise.

1.2.3. Drøfting av metode for rullering av regionale ROS-analyser i Helse Sør-Øst

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) har utarbeidet 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

Metoden som beskrives av DSB virker tilsynelatende mer presis enn den metoden som er brukt tidligere i Helse Sør-Øst, men det er heftet usikkerhet spesielt til sannsynlighetsberegningen. Ingen av de anvendte metodene er uten videre hensiktsmessige som utgangspunkt for nedskalering fra 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 Helse Sør-Øst, for eksempel fra Statens strålevern, og fra fylkesROS-analyser. I den videre prosessen er det besluttet å anvende slike analyser som *basis* (input) der dette er hensiktsmessig fremfor å gjennomføre nye analyser av de samme scenariene. Prosessen i Helse Sør-Øst 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 helseforetak/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 eventuelt 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?***
Risikoreducerende tiltak må identifiseres og iverksettes. Dette omfatter forebyggende tiltak som skal hindre at årsakene til den uønskede hendelsen inntreffer og konsekvensreducerende 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. 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 risikoreduserende tiltak (både forebyggende og konsekvensreduserende).

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 Helse Sør-Øst gjennomføres av regionalt beredskapsutvalg (RBU). De regionale ROS-analysene er utformet med tanke på videre bearbeidelse i helseforetakene. Analysene er ikke komplette, og det bør legges opp til jevnlig 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 Helse Sør-Øst

Tabell 1: Eksterne hendelser

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
Flom, stormflo, skred og stort snøfall	<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 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"> Be om hjelp fra Forsvaret (gjennom Helsedirektoratet), evt. Sivilforsvaret (gjennom LRS) kan bistå med personell, materiell og transport Sikre prioritet i mobilsambandet Vurdere behov for andre kommunikasjonsmidler Utplassering av ambulanser til legevakt og lignende Vurdere behov for lagerkapasitet av legemidler, mat, materiell og drivstoff
Transportulykker med personskade (bil, tog, båt, fly)	<ul style="list-style-type: none"> Transportulykker er de de hyppigst inntreffende storulykkene 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 de prehospitale tjenestene må forholde seg til flere mottakssteder Skadesteder med tog og fly kan være vanskelig tilgjengelig, både for å få personell inn og pasienter ut 	<ul style="list-style-type: none"> Etablere planer for å sikre forsyning av utstyr og legemidler. Etablere rutiner og verktøy for mobilisering av nødvendig personell prehospitalt og i aktuelle avdelinger i sykehusene Sikre tilgang til transportmuligheter utenfor veg for prehospitale tjenester
Brann- og eksplosjonsulykker	<ul style="list-style-type: none"> Hoteller, diskotek og institusjoner har særlig stort potensial for personskader 	<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 	<ul style="list-style-type: none"> Etablere rutiner for å konferere med brannskadeavsnittet på Haukeland sykehus, herunder avklare hvilke avtaler som er inngått med andre

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
		helsemateriell	brannskadeavsnitt i Europa <ul style="list-style-type: none"> • 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 Sivilforsvaret • 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 for Nødetatene – farlige stoffer - CBRNe • Prehospitale tjenester og akuttmottak skal ha tilgjengelig verneutstyr, og nødvendig opplæring og trening må være gjennomført • Opplegg for nødsanering må være etablert utenfor akuttmottakene
Industriulykke	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomheter som omfattes av § 9 i storulykkesforskriften har plikt til å informere off. myndighet • Brannvesenet vil samarbeide med industrivern og kan be om assistanse fra Sivilforsvaret 	<ul style="list-style-type: none"> • Se brann- og eksplosjonsulykker og ulykker med farlig gods 	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetakene må ha oversikt over aktuelle storulykkebedrifter i eget område og vurdere behovet for felles planer og øvelser, herunder • Vurdere risiko og tiltak knyttet til behandling og medikamenter Se ulykker med farlig gods
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, som dermed vil utgjøre 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere rutiner for å konferere med Statens strålevern og CBRNe-senteret • Se ulykker med farlig gods

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
Terror	<ul style="list-style-type: none"> • Kan omfatte brann/eksplosjon, CBRNe-hendelser eller bruk av våpen • Skoleskyting 	<p>en fare for redningspersonell.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skader som ved brann- og eksplosjonsulykker, ulykker med radioaktiv stråling ulykker med kjemiske stoffer eller skuddskader • Prehospitalt helsepersonell vil måtte arbeide i områder med økt risiko 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak vil være avhengig av type hendelse og lokal trusselvurdering • Se ulykker med farlig gods • Prehospitalt personell må være øvet i vedtatte PLIVO-prosedyrer
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, særlig intensivpasienter – svekket ytelseskraft pga. økt sykefravær • Problemer med å opprettholde kritiske funksjoner • Mangel på legemidler og smittevernutstyr 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalt planverk må være forankret i nasjonale og regionale pandemiplaner • Gjennomføre kontinuitetsplanlegging

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 	<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"> • 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, ekstremvær (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 avbruddsfri nødstrøm • Sykehusene skal ha rutiner og vaktordninger som sikrer rask utbedring 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"> • Det må utarbeides evakueringsplaner for kritiske deler av pasientbehandling

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
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"> • Helseforetakene må ha manuelle nødrutiner for drift uten IKT • 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 • Avtaler må stille krav til redundans og servicenivå
Svikt i legemiddelforsyning	<ul style="list-style-type: none"> • Gjelder situasjoner med forsyningssvikt, produksjonssvikt, transportsvikt utenfor helseforetakene 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsekvenser kan innebære bruk av erstatningspreparater, evt. utsettelse av behandlinger som er avhengig av spesielle preparater. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iverksette tiltak iht. Veileder for legemiddelberedskap i Helse Sør-Øst • Samarbeid mellom apotek og legemiddelkomité ved hvert enkelt helseforetak 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)

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
Forurensning av vann eller mat	<ul style="list-style-type: none"> • Kan skyldes forurensning med kjemisk/biologisk agens 	<ul style="list-style-type: none"> • Vannet kan ikke benyttes til drikkevann eller hygieneformål • Konkrete matvarer kan ikke benyttes 	<ul style="list-style-type: none"> • Viktig at dette oppdages raskt • Planer og rutiner for å kontakte Mattilsynet for sporing av for smittekilder/forurensning • Tiltak avhengig av type forurensning og omfang. • Tilgjengelig smittevernkompetanse for valg av tiltak • 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"> • Sanitæranlegg svikter 	<ul style="list-style-type: none"> • Reserveløsninger må avklares/avtales med leverandør • Prioritering mellom ulike typer pasientvirksomhet og teknisk virksomhet beskrives
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"> • Medisinsk behandling som er avhengig av gass må gjennomføres med nødløsninger med løse gassflasker 	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere sårbarhet ved regionale/nasjonale avtaler, og muligheter for alternative leverandører
Svikt i materiellforsyning	<ul style="list-style-type: none"> • Pandemi er dimensjonerende scenario • Målbildet for forsyning i Helse Sør-Øst innebærer at lokale lager bygges ned • Helseforetakenes sårbarhet varierer ut fra lokale lagre • Regional ROS-analyse for forsyningsberedskap peker på sårbarhet i normaldrift 	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko for pasientbehandlingen • Risiko for personell 	<ul style="list-style-type: none"> • Systemer for lagerstyring • Systematiske innkjøpsprosesser • Alternative produkter må benyttes • Redusere elektiv virksomhet

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
Svikt i forsyning av matvarer	<ul style="list-style-type: none"> • Forårsakes av større regionale/nasjonale hendelser med kritisk svikt i leveranser til flere enn helseforetak 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvalg av mat begrenses • For lite mat i forhold til antall pasienter • Helseforetakene vil måtte gis prioritet • Går tom for ferskvarer og må bruke konserver 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale tiltak må baseres på lokale ROS-analyser • Ernæringskompetanse kobles inn i planleggingen • Omlegging av menyer • Redusere elektiv virksomhet
Sikkerhet for ansatte og pasienter	<ul style="list-style-type: none"> • Hendelser som vold og trusler, skjer oftere nå enn tidligere. • Politiets sikkerhetstjeneste (PST) har påpekt at sykehus bør vurdere alvorlig kriminalitet og terrorisme som mulige scenarioer i fremtiden 	<ul style="list-style-type: none"> • Utrygghet blant personell og pasienter • Skade på personell, pasienter og materiell/bygg • Rammer pasientbehandling og øvrig drift 	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhet i sykehus følges opp gjennom HMS-arbeidet (jf. regional HMS-strategi) • Tiltak må baseres på lokale ROS-analyser med utgangspunkt i Veileder om sikkerhet i sykehus og Veileder i sikringsrisikoanalyse • Planer for evakuering av pasienter og personell