

**PLAN FOR HELSEMESSIG OG SOSIAL
BEREDSKAP I HELSE VEST 2008 - 2010**

INNHOLDSFORTEGNELSE

Administrativ del.....	5
1 Introduksjon.....	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Målsetning.....	6
1.3 Prinsipper for beredskap.....	6
1.4 Risiko- og sårbarhetsanalyser.....	7
1.5 Planens oppbygning	7
1.6 Gyldighet.....	8
1.7 Administrasjon av planen.....	8
1.8 Forutsetninger.....	8
2 ANSVAR og oppgavefordeling	10
2.1 Helse Vest RHF.....	10
2.2 Helseforetak i Helse Vest.....	10
2.3 Private helseinstitusjoner som har avtale med Helse Vest RHF	10
3 OPplæring og øvelser.....	11
3.1 Opplæring.....	11
3.2 Øvelser	11
4 Kvalitetsindikatorer i helseberedskap.....	13
OPERATIV DEL	14
5 Organisering av beredskapsledelse	15
5.1 Nivåer av beredskapsledelse ved regionale/nasjonale katastrofer	15
5.2 Beredskapsledelse i Helse Vest RHF	15
5.3 Beredskapsledelse i helseforetak og helseinstitusjon.....	16
5.3.1 Operativ ledelse.....	16
5.3.2 Taktisk ledelse.....	16
5.3.3 Strategisk ledelse.....	17
6 Varslings- og Rapporteringsrutiner	17
6.1 Varsel fra lokal AMK til øvrige nødetater (1).....	17
6.2 Varsel fra lokal AMK til kommunehelsetjenesten (2)	18
6.3 Varsel fra lokal AMK til helseforetak (3)	18
6.4 Varsel fra lokal AMK til regional AMK (4)	18
6.5 Varsel og rapportering fra helseforetak til RHF og fra helseforetak til øvrige HF i regionen (5)	19
6.6 Varsel og rapportering fra RHF til Helse- og omsorgsdepartementet (6).....	19
6.7 Varsel og rapportering fra helseforetak til Sosial- og helsedirektoratet (7)	19
6.8 Varsling fra nasjonale helsemyndigheter til helseforetak	20
6.9 Varsling av befolkningen	20
6.10 Kommunikasjon ved pågående aksjon	20
6.10.1 Kommunikasjon på skadested	20
6.10.2 Kommunikasjonslinjer mellom lokal AMK og regional AMK.....	20
6.11 Rapportering og evaluering (normalisering)	21
7 Helseteam for nasjonale og internasjonale katastrofer	22
8 INFORMASJONSBEREDSKAP	23

8.1 Varsel om informasjonsberedskap	23
8.2 Ansvarsfordeling i forhold til informasjon.....	23
8.2.1 Politiet	23
8.2.2 Helse Vest RHF.....	24
8.2.3 Helseforetakene	24
8.3 Presse/media.....	25
8.4 Intern informasjon	25
9 Psykososial omsorg ved regionale beredskapssituasjoner	26
9.1 Hva er psykososiale støttetjenester?.....	26
9.2 Varsling ved behov for psykososiale støttetjenester	26
9.3 Ansvarsfordeling i forhold til psykososial omsorg	26
9.4 Koordineringsbehov	28
Hendelser som vil gi spesielle utfordringer.....	29
10 Smittevern.....	29
10.1 Planverk.....	29
10.2 Ressurser	29
10.2.1 Regionalt kompetansesenter i sykehushygiene	29
10.2.2 Indremedisin/infeksjonsmedisin	29
10.2.3 Laboratorier	30
10.3 Pandemisk influensa.....	30
10.3.1 Kompetanse og ansvarsfordeling.....	30
10.4 Terror med biologiske agens	31
11 Forsyningssvikt av legemidler, væsker, vaksiner og antidoter	32
11.1 Varsling	32
11.2 Organisering	32
11.3 Beredskapsordninger	34
12 forsyningssvikt av kritisk helsemateriell.....	36
12.1 Varsling	36
12.2 Organisering	36
13 Atom- og strålingsulykker	38
13.1 Organisering	38
13.2 Ressurser	40
14 Kjemikalieulykker, farlig gods ulykker og terror med kjemiske midler.....	42
14.1 Organisering	42
14.2 Skallsikring/avsperring av sykehuset	44
14.3 Terror med bruk av kjemiske våpen.....	44
VEDLEGG.....	46
Vedlegg A – Begrepsavklaring og definisjoner	47
vedlegg b - Operativ ledelse på skadested.....	52
Funksjoner og roller på skadestedet	52
Merking av pasienter	54
VEDlegg C – Varsling av Helse Vest RHF	55
Vedlegg D – Oversikt over helseforetak og private sykehus/institusjoner i helse Vest ...	56
VEDlegg E – Samordning med øvrige beredskapsetater	58
Politiet	58
Brannvesenet	58
Sivildforsvaret	59

Fylkesmannen.....	59
Forsvaret.....	59
Kommunene	59
Landets øvrige RHF	60
Andre land	60
Næringslivet	61
Frivillige organisasjoner.....	61
VEDLEGG F – Siviltforsvarets ressurser i Helse Vest.....	63
Organisering	63
Aktuell bistand for helsetjenesten	63
VEDLEGG G – Politidistrikt i Helse Vest.....	66
VEDLEGG H – Avtale mellom DSB og de fem regionale helseforetak	67
Vedlegg I – Foreløpig samarbeidsavtale mellom Helse Vest RHF og Landsdelskommando Sør-Norge	70
VEDLEGG J – Nordisk Helseberedskapsavtale	72
Referanser	76

Revisjonskontroll

Rev. nr.	Dato	Utarbeidet av	Kontrollert av	Godkjent av	Grunn for revisjon
00	2006-12-12	C. Bergersen	G. Aastorp		Sendt for kommentar på struktur og form
01	2007-02-05	C. Bergersen	G. Aastorp		Sendt for intern høring
02	2007-03-14	C. Bergersen	G. Aastorp		Sendt til prosjektgruppen i forkant av arbeidsmøte 21.03.2007.
03	2007-03-30	C. Bergersen	G. Aastorp		Revidert etter kommentarer på møtet 21.03.07
04	2007-05-11	C. Bergersen	G. Aastorp		Sendt for ekstern høring
05	2007-10-16	M. Fagerland	G. Aastorp		Endelig versjon. Høringssvar er integrert.

Administrativ del

Introduksjon

Bakgrunn

Lovverket gir hjemmel og føringer for beredskapsarbeidet i de regionale og lokale helseforetakene med underliggende enheter. Følgende lovverk utgjør utgangspunktet for arbeidet med helseberedskapsplanlegging og beredskapsarbeid i Helse Vest samt tilsvarende arbeid i regionens helseforetak:

- Lov om helsemessig og sosial beredskap (Lov 23. juni 2000, nr. 56)
- Smittevernloven (Lov 5. august 1994, nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer)
- Lov om spesialisthelsetjenesten (Lov 2. juli 1999, nr. 61).
- Forskift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid (For 23. juli 2001, nr. 881)
- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (For 18. mars 2005 nr. 252)

Det foreligger videre et utkast til "Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan", midlertidig fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (Ref. 1). Planutkastet gir utdypende føringer for organiseringen av helseberedskapen i Norge.

Målsetning

Helse Vest RHF sin plan for helsemessig og sosial beredskap 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 i en beredskapssituasjon
- Beredskapsledelsen er tydelig og ansvar og roller er definert og kjent
- Samordningen mellom helsetjenesten og samarbeidende etater styrkes

Planen er et rammeverk for utarbeidelse av planverk i helseforetak og private sykehus som har avtale med Helse Vest RHF. Planverket omfatter derfor også relevant informasjon om ansvarsforhold og ressurser som tilligger helseforetaksnivået og ikke RHF nivået. Beredskapsplan for Helse Vest IKT inngår foreløpig ikke som en del av dette planverket.

Prinsipper for beredskap

Helseberedskapsplanen bygger på følgende tre prinsipper (Ref. 1):

Ansvarsprinsippet Den etaten som har ansvar for et fagområde/tjenestetilbud i en normalsituasjon, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser. Dette gjelder også ansvaret for

å gi
informasjon innen eget fagområde

Nærhetsprinsippet En krise skal håndteres på lavest mulige operative nivå.

Likhetsprinsippet Den organisasjonen man etablerer under kriser og i krig skal være mest mulig lik organisasjonen man opererer med til daglig.

Risiko- og sårbarhetsanalyser

Dette beredskapsplanverket bygger på følgende analyser:

- Sosial og helsedirektoratet, *Nasjonale ROS- og beredskapsanalyser innen helse* (Ref. 2).
- Helse Vest RHF, *Beredskap i den medisinske nødmeldetjenesten* (Ref.3).
- Helse Vest RHF, *Håndtering av definerte operative situasjoner* (Ref. 4).
- Helse Vest RHF, *Forsyningsberedskap i Helse Vest RHF* (Ref.5).

Planens oppbygning

Planverket er bygd opp på følgende måte:

Administrativ del	Den administrative delen av planverket inneholder de overordnede føringene gitt fra myndigheter, prinsipper for beredskap, ansvars- og oppgavefordeling, føringer for opplæring og øvelser, samordning med øvrige beredskapsetater og ressursoversikt.
Operativ del	Den operative delen av planverket inneholder varslings- og rapporteringsrutiner, beredskapsledelse, organisering av helseteam, informasjonsberedskap og psykososial omsorg. I tillegg presenterer denne delen av planverket en rekke hendelser som vil gi spesielle utfordringer til regionens helseberedskap.
Vedlegg	Vedlegg A – Begrepsavklaring og definisjoner Vedlegg B – Operativ ledelse på skadested Vedlegg C – Varsling av Helse Vest RHF Vedlegg D – Oversikt over helseforetak og private sykehus/institusjoner i Helse Vest Vedlegg E – Samordning med øvrige beredskapsetater Vedlegg F – Sivildforsvarets ressurser i Helse Vest Vedlegg G – Politidistrikt i Helse Vest Vedlegg H – Avtale mellom DSB og de fem regionale helseforetak Vedlegg I – Foreløpig samarbeidsavtale mellom Helse Vest RHF og Landsdelskommando Sør-Norge. Vedlegg J – Nordisk helseberedskapsavtale

I tillegg er det utarbeidet en planveileder med retningslinjer og forventninger til utarbeidelse av planverk på helseforetaksnivå. Planveilederen er utgitt som selvstendig dokument.

Gyldighet

Denne beredskapsplanen er rullert i henhold til følgende ønsker/behov:

- Omstrukturering og forenkling av planverket.
- Større grad av samordning med tilsvarende planverk i de øvrige helseregionene.
- Tydeligere retningslinjer for informasjonsberedskap.
- Tydeligere retningslinjer for psykososial håndtering.
- Speiling av Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan (Ref. 1).
- Tydeliggjøre sammenhengen mellom regional helseberedskapsplan og regional smittevern- og tuberkuloseplan.

Planen erstatter "Beredskapsplan for Helse Vest" fra 2003. Vedlegg I "Håndtering av definerte operative situasjoner" (risiko- og sårbarhetsanalyse) og vedlegg II "Beredskap i den medisinske nødmeldetjenesten" fra planverket fra 2003 er tatt ut og publisert som selvstendige dokumenter. Vedlegg III "Planveileder" er revidert og foreligger nå som et selvstendig dokument.

Følgende virksomheter omfattes av denne planen: Helse Vest RHF, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF, Apoteka Vest HF, Helse Vest IKT og de private helseinstitusjoner, privatpraktiserende leger og psykologer som har avtale med Helse Vest RHF. Se Vedlegg D – Oversikt over helseforetak og private sykehus/institusjoner i helse Vest for kontaklinformasjon.

Administrasjon av planen

Administrerende direktør i Helse Vest RHF, har ansvar for at Helse Vest RHF har en helseberedskapsplan som er i samsvar med gjeldende lover og forskifter. Planen oppdateres ved alle større endringer i forutsetningene for planen. I tillegg skal planen være gjenstand for en kontinuerlig forbedringsprosess som sikres gjennom årlige revisjoner. Ved den årlige revisjonen skal også de tilhørende risiko- og sårbarhetsanalysene gjennomgås for å se om det er kommet til endringer i plangrunnlaget. Hovedrevisjon gjennomføres hvert 3. år.

Beredskapsplaner på alle nivåer i helsetjenesten skal inngå i virksomhetens kvalitetssystem.

Forutsetninger

Det forutsettes at alle helseforetak og private helseinstitusjoner i Helse Vest justerer sine egne planverk i tråd med de føringer som er gitt gjennom arbeidet med denne plan. Beredskapsplanene skal gjøre sektoren i stand til å tilby nødvendige tjenester ved kriser og katastrofer i fredstid og ved krig.

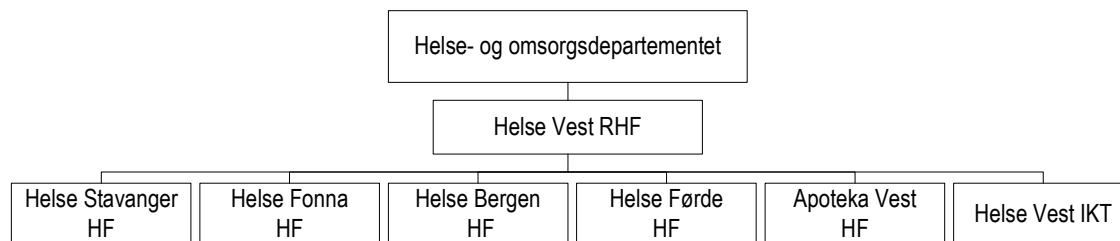
Basis for helseberedskapen i Helse Vest skal utgjøres av den daglige beredskapen i de lokale helseforetak, samt de institusjoner og enkeltpersoner som har inngått avtale med Helse Vest RHF om å yte helsetjenester.

Helse Vest RHF forutsettes ikke å ha en operativ rolle i håndteringen av en beredskapssituasjon med unntak av at det er etablert en ledelsesberedskap og en informasjonsberedskap som aktiveres ved behov.

Det forutsettes at det etableres samarbeidsforum for beredskapsledere i Helse Vest, der samordning i forhold til planverk, internrevisjon av planverk, øvelser behandles i tillegg til erfaringsutveksling.

ANSVAR og oppgavefordeling

Helse Vest RHF



Figur 0.1 Organisering av Helse Vest

RHF har etter loven både et ”sørge for”- ansvar, som blant annet omfatter fastsettelse og oppdatering av egen helseberedskapsplan, og et ansvar for samordning av denne planen med andre relevante planverk (Spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a).

Helse Vest RHF kan pålegge helsepersonell å utføre nærmere tilvist arbeid ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter (Lov om spesialisthelsetjenesten §2-1d). Helse Vest RHF gir nødvendig fullmakt til helseforetakenes beredskapsledelse til å forestå slike pålegg.

Helse Vest RHF har en intern beredskapsplan som beskriver detaljene i ledelses- og informasjonsberedskapen som RHFet vil vurdere å iverksette ved regionale beredskapssituasjoner.

Helseforetak i Helse Vest

Administrerende direktør i hvert helseforetak er ansvarlig for etablering av et forsvarlig planverk for helsemessig og sosial beredskap i eget helseforetak, og skal fastsette og revidere den lokale beredskapsplanen.

Foretakene skal revidere alle lokale planverk som beskriver konsekvensreducerende tiltak og også eventuelle forebyggende tiltak for å bringe dem i samsvar med denne overordnede helseberedskapsplanen for Helse Vest. Planene skal bygge på lokale risiko- og sårbarhetsanalyser.

Foretakenes helseberedskapsplaner skal kontinuerlig revideres og justeres med hovedrevisjon hvert 3. år.

Foretakene skal revidere sine planverk i tråd med denne planen, og de føringer som gis i planveilederen.

Private helseinstitusjoner som har avtale med Helse Vest RHF

De private helseinstitusjonenes innsats i en beredskapssituasjon er regulert gjennom de kontrakter som er etablert mellom institusjonen og Helse Vest RHF. Private sykehus skal

etablere egne beredskapsplaner på lik linje med helseforetakene. Disse sykehusenes ressurser skal inngå som en del av den regionale beredskapen. De private ideelle sykehusene kan inngå avtale med sitt lokale HF om hvilke ressurser som kan stilles til disposisjon.

Mindre institusjoner 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 større beredskapssituasjon.

Det henvises til vedlegg D med oversikt over private sykehus og institusjoner som har avtale med Helse Vest RHF.

Opplæring og øvelser

I ”Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap”, stilles det i § 7 Krav om kompetanse, opplæring og øvelser.

For mer detaljerte føringer for opplæring og øvelser vises det til planveilederen (Ref. 6).

Opplæring

Opplæring i beredskapsarbeid skal gis til nyansatte på lik linje med for eksempel brannvernopplæring.

Administrerende direktør har overordnet ansvar for at opplæring i beredskapsarbeid inngår som en del av opplæringen for nyansatte, og for at sykehuset har en plan som ivaretar opplæring i beredskapsarbeid. Den som innehar personalansvar har ansvar for at opplæring blir gitt til den enkelte ansatte. Det oppfordres til størst mulig grad av likhet i planverk og opplæring.

Hvert helseforetak må avsette midler til opplæring i beredskapsarbeid, og det forventes utarbeidet en årlig opplæringsplan med tilhørende budsjett.

Øvelser

Øvelser er et viktig element i kvalitetssikringen for å bedre håndteringen av hendelser som man normalt ikke får trening i. Det finnes ulike øvingsformer, fra enkle varslingsøvelser, via såkalte ”table-top” /simulering /spilløvelser, til store øvelser med markører og faktisk innsats av helseressurser.

Øvelse av beredskapsressursene forutsettes ivaretatt på helseforetaknivå. I beredskapsplanene på alle nivåer skal det beskrives hvordan krav om tilstrekkelig beredskapskompetanse hos eget personell skal ivaretas.

Foretaket skal planlegge og gjennomføre minst 4 årlige øvelser. Øvelsene skal ta utgangspunkt i situasjoner/hendelser som er beskrevet i den hendelsesspesifikke delen av denne planen, og ellers i situasjoner/hendelser som lokale risiko- og sårbarhetsanalyser viser kan være aktuelle. Planveilederen (Ref. 6) angir mer detaljert typer øvelser og aktuelle samarbeidspartnere.

For det regionale helseforetaket vil det bli avholdt regionale stabsøvelser, enten som et separat initiativ eller som et ledd i en øvelse på helseforetaksnivå.

Kvalitetsindikatorer i helseberedskap

Kvaliteten på beredskapsarbeidet skal være vurderingskriterium ved kommende revisjoner i helseforetakene. Følgende kvalitetsindikatorer anbefales lagt til grunn:

- Foretaket har en dokumentert beredskapsplan revidert/oppdatert i løpet av siste år, signert av administrerende direktør.
- Beredskapsplanen bygger på en dokumentert og datert risiko- og sårbarhetsanalyse.
- Det er gjennomført øvelser siste år. Disse er dokumentert og evaluert.
- Det finnes et dokumentert opplæringsprogram for nyansatte der opplæring i virksomhetens beredskapsplan inngår.

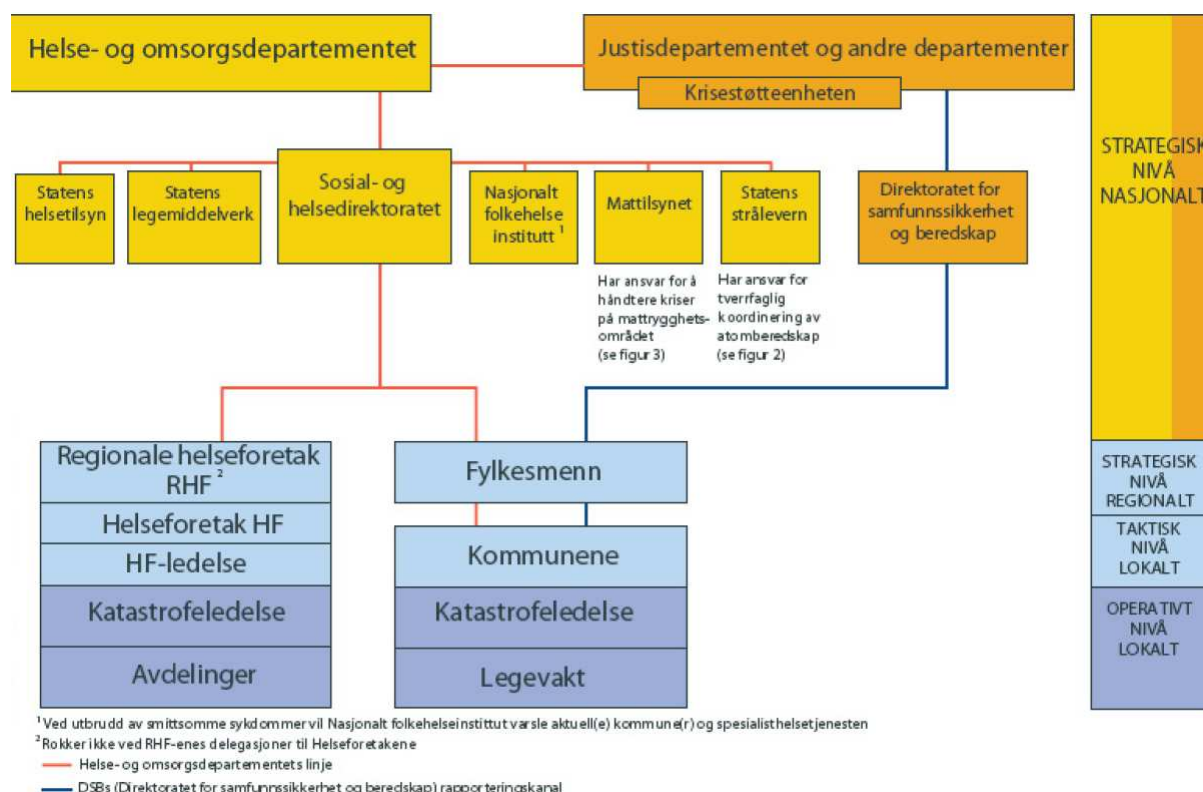
Beredskapsplaner skal inngå i de etablerte kvalitetssystemer som er etablert på institusjons-, helseforetaks- og RHF nivå (se f.eks. "Veileder for bruk av ISO 9001 i helsesektoren").

Rapportering av status på beredskapsarbeid skjer gjennom den ordinære styringsdialogen og i "Årlig melding".

OPERATIV DEL

Organisering av beredskapsledelse

Nivåer av beredskapsledelse ved regionale/nasjonale katastrofer



Figur 0.1 Varslings- og rapporteringslinjer i helsesektoren i beredskapssituasjoner.

Hvis situasjonen tilsier det, vil Helse- og omsorgsdepartementet fatte vedtak om delegasjon av den operative koordineringsfunksjonen til Sosial- og helsedirektoratet. Direktoratet skal da forestå overordnet koordinering av helsetjenestens operative innsats. Det innebærer iverksetting av tiltak og overordnet koordinering av tiltak mot andre virksomheter i helse- og sosialforvaltningen og i kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten (Ref. 1). Ved slike hendelser vil ansvar og rapporteringsveier som vist i Figur 0.1 gjelde.

Begrepene operativ, taktisk og strategisk ledelse som er benyttet i figuren ovenfor anbefales også benyttet i planverk på helseforetaksnivå. Det er viktig å definere og avgrense hvilke utfordringer som skal løses på hvilket nivå.

Beredskapsledelse i Helse Vest RHF

Ved behov vil det bli etablert en beredskapsledelse ved Helse Vest RHF i beredskapsrommet.

Helse Vest RHF har et overordnet administrativt ansvar for at beredskapssituasjoner i regionen blir forsvarlig håndtert og samordnet med annen innsats. Det betyr at RHF skal

sørge for at befolkningen ytes nødvendig og tilstrekkelig hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen.

Helse Vest RHF sin rolle i en beredskapssituasjon er ved behov å være kontakt til og gi støtte til det enkelte helseforetak, veilede og utøve myndighet som eier, herunder kontakt med statlige organer, yte styringsrett til disponering av personell, og bistå det enkelte helseforetak med informasjonstiltak.

Helse Vest RHF kan pålegge helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetaket og i institusjoner som det regionale helseforetaket eier eller har avtale med å utføre nærmere tilvist arbeid i enkelte akutte situasjoner. Helse Vest RHF delegerer denne fullmakten til den enkelte helseforetaksledelse. Helseforetakene skal vurdere nødvendigheten av å beskrive et slikt pålegg ved ansettelse av nytt personell.

Beredskapsledelse i helseforetak og helseinstitusjon

Sammensetning og rollefordeling i beredskapsledelsen skal være beskrevet i helseforetakenes beredskapsplaner. Beredskapsledelsen skal være den samme for alle typer hendelser, enten det er tradisjonelle kirurgiske katastrofer, medisinske katastrofer, store smitteutbrudd, interne sviktsituasjoner eller annet. Beredskapsledelsen styrkes med egnet fagkompetanse ved behov.

Operativ ledelse

Den operative ledelsen på helseforetaks/enhetsnivå har ”hands-on” ansvar og utøver ledelsesfunksjoner for eksempel i tilknytning til akuttmottak med registrering og triage, disponering av operasjonsstuer, sengekapasitet, psykososiale støttetjenester etc. Ved interne beredskapssituasjoner er det andre operative ledelsesfunksjoner som skal ivaretas, og de ulike rollene er beskrevet i planverk på HF-nivå. Operativ ledelse foregår også prehospitalt, se vedlegg B for detaljer om operativ ledelse på skadested.

Taktisk ledelse

Taktisk beredskapsledelse varsles og trer i funksjon ved større hendelser der alarm utløses eller der det forventes en informasjonskrise.

Taktisk beredskapsledelse skal:

- Ha hovedfokus på håndtering av beredskapssituasjonen.
- Drive taktisk ledelse i form av å forutse hvilke behov som vil dukke opp i nær framtid og planlegge i forhold til dette
- Bidra til å skaffe oversikt over situasjonen og planlegge informasjonstiltak både eksternt og internt

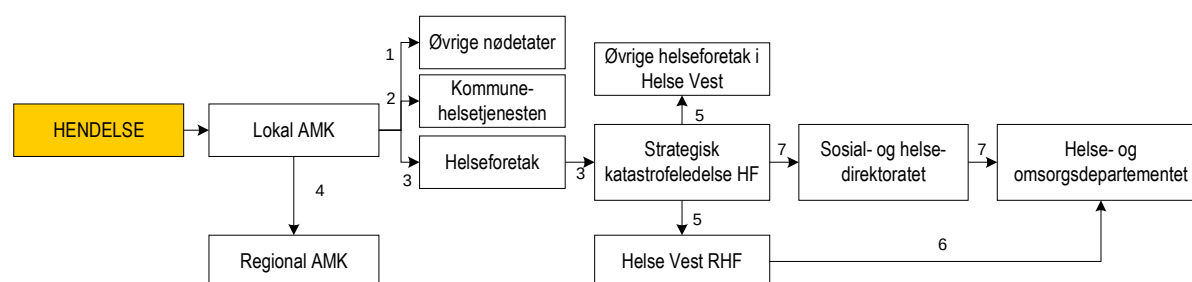
Taktisk ledelse kan være knyttet både til prehospitale tjenester, til AMK-sentralen og/eller til virksomhetens mer generelle håndtering av en beredskapssituasjon.

Strategisk ledelse

Den strategiske ledelsen på helseforetaksnivå vil i de fleste tilfeller bestå av helseforetakets ordinære ledelse (foretaksledelsen). Hovedfokus for den strategiske ledelsen vil være å sørge for mest mulig stabil drift på tross av situasjonen. I tillegg vil ledelsen måtte holde seg informert om situasjonen, og være "ansikt utad" i de tilfeller det er naturlig. Enkelte HF har valgt å skille taktisk og strategisk ledelse i to ulike grupper, mens andre har én gruppe. Hvis man velger å ha én samlet beredskapsledelse, kan funksjonene likevel ivaretas ved at medlemmene har ulike oppgaver og ansvar.

Ved behov for samordning ved større hendelser der flere helseforetak er involvert, skal det helseforetak som leder hendelsen innkalle representanter fra andre involverte helseforetak, samt representant fra RHF. Representanter fra det enkelte helseforetak sørger selv for å videreformidle informasjon til tilsvarende ledelsesnivå i egen virksomhet. RHF sin kriseledelse skal bistå lokalt HF i arbeidet med å håndtere krisesituasjonen dersom den blir større enn de har kapasitet til selv.

Varslings- og Rapporteringsrutiner



Figur 0.1 Varslingsgang i Helse Vest

Det er bedre å varsle én gang for mye, enn én gang for lite!

For hendelser hvor det er tvil om behov for viderevarsling av RHF, kan helseforetaket vurdere å orientere og eventuelt drøfte behovet for varsling med RHF. Helse Vest RHF ønsker en lav terskel med hensyn til orientering, for eksempel ved hendelser som kan eskalere eller pådra seg stor oppmerksomhet fra media.

Figur 0.1 angir prinsippene for varsling i Helse Vest RHF. Videre forklares de ulike varslingsveiene. Nummereringen i overskriftene, refererer til numre i figuren.

Varsel fra lokal AMK til øvrige nødetater (1)

Varsel fra lokal AMK til brann og politi, utføres i henhold til etablerte prinsipper for trippelvarsling.

Varsel fra lokal AMK til kommunehelsetjenesten (2)

Varsel fra lokal AMK til kommunehelsetjenesten skjer ved:

- Behov for utrykning av kommunelege eller andre kommunale helseressurser
- Behov for overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten
- Behov for psykososial omsorg
- Behov for å sende pasienter til legevakten

Varsel fra lokal AMK til helseforetak (3)

AMK varsler helseforetaket i tråd med intern varslingsplan. Ved hendelser der det besluttes å etablere sykehusets beredskapsledelse, skal strategisk katastrofeledelse (foretaksledelsen) foreta viderevarsling i henhold til prinsippene i denne planen.

Varsel fra lokal AMK til regional AMK (4)

Lokal AMK er ansvarlig for varsling av regional AMK. Varsel til regional AMK skjer ved:

- Større aksjoner som krever koordinering mellom flere HF, og der lokal AMK mener at egen kapasitet kan bli for liten.
 - Når eget helseforetak settes i beredskap.
-

Varsel og rapportering fra helseforetak til RHF og fra helseforetak til øvrige HF i regionen (5)

For hendelser der helseforetaket har etablert sin beredskapsledelse, skal den strategiske ledelsen (foretaksledelsen) ved helseforetaket varsle ledelsen i RHF, samt ledelsen i de øvrige HF i Helse Vest. NB! Husk at også Apoteka Vest HF og Helse Vest IKT skal ha varsel.

RHF-ledelsen vil vurdere om det skal iverksettes beredskapstiltak i regi av Helse Vest RHF. RHF-ledelsen kan bistå helseforetaksledelsen med å vurdere behov for viderevarsling av helsemyndighetene.

Rapportering fra det HF som leder en aksjon, skal gå fra helseforetaksledelsen i HFet til ledelsen i RHFet. Frekvens på rapporteringen avtales for hver enkelt hendelse.

Det HF som leder aksjonen har ansvar for samordning mellom HFene i regionen hvis flere er involvert. Behov for rapportering og samordning mellom HF avtales spesifikt i hvert enkelt tilfelle. Ved hendelser som foregår i grenseområde mellom to HF, skal avklaring av hvem som skal lede aksjonen skje mellom de to aktuelle parter. Når ulykkesstedet ligger nært et annet HFs opptaksområde, må varsel gis dette HF, og man må vurdere å sende ressurser fra begge HF.

Varsel og rapportering fra RHF til Helse- og omsorgsdepartementet (6)

Når RHF er varslet om en hendelse, skal RHF vurdere varsling av Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med etablerte prinsipper for rapportering i eierlinjen.

Helse- og omsorgsdepartementet skal holdes orientert om følgende (Ref. 7):

- Situasjoner hvor det oppstår usikkerhet om ivaretagelse av å sørge for ansvaret, og hvor det i denne sammenheng kan oppstå et nasjonalt behov for at informasjon formidles til departementet.
- Hendelser som kan utløse behov for nasjonale informasjons- eller kommunikasjonsiltak

Informasjonen til Helse- og omsorgsdepartementet skal være forankret i ansvarlig ledelse i det regionale helseforetaket (Ref. 1). Aktuelle kontaktpunkt i Helse- og omsorgsdepartementet er oversendt RHF.

Varsel og rapportering fra helseforetak til Sosial- og helsedirektoratet (7)

Når en omfattende beredskapssituasjon oppstår lokalt, skal helseforetaksledelsen ved det helseforetak som har den operative ledelsen av hendelsen varsle Sosial- og helsedirektoratet på deres døgnbemannede beredskapstelefon. Sosial- og helsedirektoratet foretar viderevarsling til Helse- og omsorgsdepartementet. Helseforetaksledelsen bør ha varslet Helse

Vest RHF før varsel til helsemyndighetene utløses. Ved tvil om behov for viderevarsling, drøftes dette med Helse Vest RHF.

Når Sosial- og helsedirektoratet er delegert ansvaret for overordnet koordinering av helse- og sosialtjenestens operative krisehåndtering, skal rapportering skje fra RHF, eller det HF som er delegert ansvar for den operative krisehåndteringen, til Sosial- og helsedirektoratet (Ref. 1).

Varsling fra nasjonale helsemyndigheter til helseforetak

Varsling til spesialisthelsetjenesten skjer fra Sosial- og helsedirektoratet til de regionale helseforetakene, som varsler helseforetakene.

Varsling av befolkningen

Hvis det er presserende at befolkningen raskt får varsel, for eksempel om evakuering eller om å oppholde seg innendørs, kan Siviltforsvarets varslingsanlegg benyttes i kombinasjon med radio/TV. Det er politimesteren i det aktuelle politidistrikt som har myndighet til å utløse dette varselet.

Annen mindre tidskritisk informasjon til befolkningen (for eksempel om tiltak ved en Pandemisk influensa eller en forsyningskrise) vil kunne formidles både via Radio/TV/internett/aviser og ved andre rettede informasjonstiltak.

Kommunikasjon ved pågående aksjon

Kommunikasjon på skadested

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

Kommunikasjonslinjer mellom lokal AMK og regional AMK

Kommunikasjon lokal AMK til regional AMK

Nær og god kommunikasjon mellom lokal AMK og regional AMK er viktig for en god håndtering ved regionale hendelser. De normale kommunikasjonsveiene forutsettes benyttet.

Kommunikasjon mellom AMK-sentral og egen taktisk beredskapsledelse

Hvis taktisk beredskapsledelse skal kunne fungere som en støttespiller for AMK-sentralen, er nærhet mellom AMK-sentral og lokalene til den taktiske beredskapsledelsen viktig.

Kommunikasjon mellom AMK-sentral og Hovedredningssentralen eller Lokal redningssentral

Hvis Hovedredningssentralen har etablert redningsledelse, vil fylkeslegen som sitter i redningsledelsen ta kontakt med regional AMK. Kommunikasjon mellom Hovedredningssentralen og den AMK som leder aksjonen skjer i konferansekobling med regional AMK. Tilsvarende kontakt skjer om nødvendig med Lokal redningssentral og via Lokal redningssentral sin lege, men denne vil også kommunisere direkte med lokal AMK.

Kommunikasjon mellom helseregionene

Der flere helseregioner er involvert i hendelsen, skal regional AMK i den regionen som leder hendelsen, kontakte tilstøtende regionale AMK for nødvendig samordning.

Kommunikasjon med Luftambulansen

Kommunikasjon med Luftambulansen skal skje via den AMK sentralen som har aksjonen. Normal prosedyre for "flight following" blir fulgt.

Rapportering og evaluering (normalisering)

Myndigheter

I beredskapssituasjoner hvor flere virksomheter i helse- og sosialsektoren er berørt, skal rapporteringen samordnes inn mot Helse- og omsorgsdepartementet. Når Sosial- og helsedirektoratet er delegert ansvaret for overordnet koordinering av helse- og sosialtjenestens operative håndtering, skal rapportering skje fra RHF, eller det helseforetak som er delegert ansvar for den operative håndteringen, til Sosial- og helsedirektoratet (Ref. 1).

RHF

For hendelser hvor HFet har utløst katastrofealarm og for store regionale hendelser hvor regional AMK har vært involvert, skal HFene rapportere til Helse Vest RHF.

Helseforetak

Ved hendelser der man mener det er mye erfaring å trekke ut, og ved utløst katastrofealarm ved et eller flere sykehus/helseforetak, skal det sendes en skriftlig rapport fra lokal beredskapsledelse og til administrerende direktør ved Helse Vest RHF.

Helseteam for nasjonale og internasjonale katastrofer

Helse Vest RHF har etablert ordning for mobilisering av helseteam som kan sendes ut ved kriser/katastrofer i utlandet for å bistå lokale ressurser når disse ikke strekker til.

Helseteamene blir sammensatt av personell som på forhånd frivillig har samtykket i å inngå i en slik ordning.

Sosial- og helsedirektoratet er ansvarlig for utsendelsen i nært samarbeid med Utenriksdepartementet. Rammer og forutsetninger for uttrykningsteamenes sammensetning, utstyr, forsikring, økonomi etc. defineres av Sosial- og helsedirektoratet.

Ordningen med helseteam er i Helse Vest organisert gjennom en ”kjernegruppe” og en ”storgruppe” med fagpersoner som innehar ulike medisinske kompetanser. Kjernegruppen vil bli innkalt uansett hendelse og vil inneha kompetanse som gjør dem i stand til å plukke ut personer fra storgruppen som er aktuelle for å bistå ved den inntrufne katastrofe. Gjennom en slik organisering har man forsøkt å sikre at kompetansen i helseteamene i størst mulig grad er tilpasset det aktuelle behovet.

I Helse Vest delegeres oppgaven med å organisere helseteam ut av regionen til Helse Bergen HF (Ref. 8). Teamets mandat og behov for opplæring og utstyr beskrives nærmere i planverk ved Helse Bergen HF.

INFORMASJONSBEREDSKAP

I en beredskapssituasjon vil presset på informasjonsavdelingen kunne bli svært stort. Behov for informasjonsberedskap antas å opptre oftere enn det inntreffer store hendelser som utløser den medisinske beredskapen. En hendelse som ikke er en medisinsk katastrofe kan likevel skape stort press på informasjonsapparatet. Videre vil dårlig håndtert informasjon/feilinformasjon kunne generere en ”informasjonskrise”.

En god informasjonsberedskap vil være et svært viktig element for å gi den enkelte virksomhet rom til å utføre sine primæroppgaver i en beredskapssituasjon. Informasjonsberedskapen har to hovedhensikter avhengig av situasjonen:

- Ved hendelser som skaper angst 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.
- Ved medisinske/kirurgiske katastrofer der sykehusene faktisk mottar pasienter er hovedoppgaven å informere egen organisasjon, pårørende og presse/media om tilstanden til de forulykkede og hvordan situasjonen håndteres på de ulike nivåer i organisasjonen. I slike situasjoner skal all mediekontakt skje i nært samarbeid med politiet.

Informasjon vedrørende redningsarbeidet og etterforskning av ulykkesårsaker er politiets ansvar. Videre tilligger ansvar for dødsbudskap og frigivelse av navn på omkomne politiet.

Varsel om informasjonsberedskap

Varsel om informasjonsberedskap skal følge den normale varslingslinjen (se Figur 0.1). Dersom det gjøres avvik fra den oppsatte varslingslinjen, har avsender av informasjonen plikt til å informere de mellomliggende ledd i linjen i ettertid.

NB! Beredskapsmeldinger skal bekreftes mottatt, og det skal føres logg over meldingene.

Den som ”eier” situasjonen vil ha det primære informasjonsansvaret. Bemanningen på informasjonsavdelingene i helseforetakene vil raskt bli for lav i en beredskapssituasjon. Det er derfor åpnet for at informasjonsavdelingene i en beredskapssituasjon kan anmode om ressurser fra øvrige helseforetak og Helse Vest RHF.

Ansvarsfordeling i forhold til informasjon

Politiet

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. Det 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.

Helse Vest RHF

Dersom det skjer en alvorlig uønsket hendelse i Helse Vest, eller på landsbasis, vil dette kunne utløse en strøm av telefoniske henvendelser til Helse Vest sine kontorer. Helse Vest har etablert beredskap for håndtering av dette.

Helse Vest RHF vil både i normal driftssituasjon og i en beredskapssituasjon ha ansvar for å formidle og koordinere informasjon fra helseforetaksnivå opp til Eieravdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet, og fra eier, eller annen helsemyndighet, til underliggende helseforetak.

RHF sin rolle knyttet til informasjon i en beredskapssituasjon er detaljert beskrevet i Helse Vest RHF sin interne beredskapsplan. 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, Sosial- og helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og øvrige RHF.

Ved hendelser som ikke er knyttet til et ulykkessted (f.eks. forsyningskrise, epidemi/pandemi), vil Helse Vest RHF samordne informasjonen for regionen i tråd med retningslinjer fra helsemyndighetene.

I normaliseringsfasen skal Helse Vest RHF:

- Kvalitetssikre at informasjonsflyten har vært tilstrekkelig mellom de ulike nivåene (Helse- og omsorgsdepartementet – Sosial- og helsedirektoratet – RHF – helseforetakene – den enkelte virksomhet).
- Påse at de nødvendige personer og instanser samles for å evaluere hendelsen.
- Påse at det utarbeides en rapport fra hendelsen.

Helseforetakene

Det skal etableres en informasjonsberedskap ved alle helseforetak som ivaretar følgende:

1. Rutiner for forsterkning av informasjonstjenesten med hensyn til personell og ressurser for øvrig, herunder rutiner for mottak av informasjonsbistand fra RHF og andre helseforetak i en beredskapssituasjon.
2. Definert forhold til strategisk ledelse og taktiske ledelse der informasjonstjenesten inngår i en beredskapssituasjon.
3. Etablerte kommunikasjonslinjer til ansvarlig medisinsk ledelse slik at fagspesifikk informasjon kan målbæres av rette vedkommende.

Helseforetakene har ansvar for å gi informasjon om situasjonen i eget helseforetak og i sykehus/institusjoner innenfor helseforetaket. Helseforetaket har ikke primæransvar for informasjonen eksternt i en beredskapssituasjon. Dette ansvaret er det politiet som har, men

helseforetaket, som representant for helsetjenesten, må forvente en betydelig etterspørsel etter informasjon knyttet til pasientbehandling og helsetjenestens innsats i krisehåndteringen. Helseforetaket har ansvar for å formidle relevant informasjon til RHF og til sine underliggende virksomheter. Personell fra Informasjonsavdelingen i et helseforetak kan ved forespørsel gå inn å bistå informasjonsavdelingen ved det helseforetak som "eier" beredskapssituasjonen.

Ved mottak om melding om informasjon som forutsettes spredt innad i helseforetaket og til andre, er det viktig å la medisinsk kompetanse sjekke kildene. I mange situasjoner vil det være mulig å vise til, eller hente informasjon fra, nettsidene til helsemyndighetene, framfor å generere informasjonen selv.

Det HF som leder aksjonen har også det primære informasjonsansvaret. Rutiner for informasjon til øvrige HF, samarbeidspartnere, Sosial- og helsedirektoratet og RHF må synliggjøres i lokalt planverk.

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.

Presse/media

Riktig bruk av presse og media kan være et effektivt virkemiddel til å begrense skadevirkningene av en beredskapssituasjon. Det forutsettes derfor at det lokalt etableres rutiner for bruk av nasjonale og regionale nyhetskanaler som formidlere av viktige meldinger og informasjon. Planene må være koordinert med politiet. Aktiv bruk av Internet/hjemmeside er også hensiktsmessig.

Både RHF og helseforetakene skal ha etablert gode rutiner for møter med presse/media. Når helseforetak og RHF sender ut pressemeldinger skal det sendes kopi til informasjonsansvarlige i begge nivåer.

Ved helseforetak skal det i tillegg finnes rutiner for hvordan medias ønsker om intervjuer med inneliggende pasienter og eget fagpersonell skal håndteres.

Intern informasjon

Informasjon til egen organisasjon/egne ansatte er en viktig oppgave i en beredskapssituasjon. Det skal derfor settes av informasjonsressurser som kan sørge for å ivareta den interne informasjonen. Lokale planer for informasjonsberedskap skal inneholde plan for intern informasjon. Aktiv bruk av intranett anbefales.

Psykososial omsorg ved regionale beredskapssituasjoner

Hva er psykososiale støttetjenester?

Psykososiale støttetjenester er et samlebegrep for de tiltak som settes inn i akuttfasen for å gi husrom, mat, varme, informasjon og psykisk støtte til fysisk uskadde, skadde og pårørende etter en beredskapssituasjon.

Det er hensiktsmessig å dele de psykososiale støttetjenestene inn i tre deler:

1. Psykososiale støttetjenester på pårørendesenter og senter for overlevende som politiet og/eller kommunehelsetjenesten etablerer ved en større beredskapssituasjon.
2. Psykososiale støttetjenester som etableres på det enkelte sykehus for å ivareta pasienter som mottas fra ulykken, og deres pårørende.
3. Psykososiale støttetjenester som etableres på det enkelte sykehus for å ivareta egne ansatte (debriefing etter innsats, oppfølging ved interne ulykker, oppfølging av personer som har vært utsatt for stort press, samt tiltak ved skader og dødsfall blant egne ansatte).

Varsling ved behov for psykososiale støttetjenester

Psykososiale tjenester utenfor sykehuset er primært et kommunalt ansvar, og behov formidles normalt til legevaktsentralen. Ved større hendelser, der det oppstår behov ut over det kommunen selv kan fremskaffe, kan kommunen anmode om ressurser fra spesialisthelsetjenesten.

Ansvarsfordeling i forhold til psykososial omsorg

1. Etablering av psykososiale støttetjenester på pårørendesenter og senter for overlevende

Politiets ansvar	Hvert politidistrikt har sin redningsplan, som også omfatter arbeid for pårørende og overlevende. Aktuelle lokaliteter for pårørendesenter er forhåndsutpekt i flere distrikt. Politiet vil ha behov for helsepersonell for å yte psykososiale støttetjenester, og skal da primært henvende seg til legevaktsentralen.
Kommunenes ansvar	Den enkelte kommune plikter å etablere omsorgstiltak for fysisk uskadde overlevende og pårørende ved beredskapssituasjoner innen kommunen. Ved behov for helsepersonell ut over det som finnes lokalt i kommunen, kan ressurser fra spesialisthelsetjenesten allokere via taktisk beredskapsledelse i aktuelt helseforetak eller via AMK-sentralen.
AMK-sentralene	AMK kan formidle kontakt med personellressurser fra spesialisthelsetjenesten dersom kommunehelsetjenesten ber om dette.

Nasjonalt
kompetansesenter
mot vold og
traumatisk stress
(NKVTS)

Senteret gir helsemyndighetene råd og kan også bistå i en beredskapssituasjon etter oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet, evt. i samarbeid med Utenriksdepartementet.

2. Etablering av psykososiale støttetjenester for pårørende og hospitaliserte overlevende

Det enkelte sykehus

Hvert enkelt sykehus skal ha et system for å fremskaffe ressurser til psykososiale støttetjenester og ha oversikt over katastrofepsykiatrisk/ -psykologisk kompetanse. Personell fra psykiatriske avdelinger, barne- og ungdomspsykiatrisk, psykiatriske poliklinikker, Distriktpsikiatriske senter (DPS), prestetjenesten og sosionomtjenesten er aktuelle ressurser. Taktisk beredskapsledelse eller AMK-sentralen kan formidle kontakt.

Ved en større beredskapssituasjon med stor pasienttilstrømning, bør det etableres et eget tilholdssted for pårørende der de kan skjermes for pågang fra presse/media. Helseforetak har kun ansvar for pårørende til egne pasienter. Andre pårørende skal henvises til kommunens/politiets senter for pårørende.

3. Etablering av psykososiale støttetjenester for ivaretagelse av eget personell

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

Koordineringsbehov

Opprettelse av flere ulike "senter" eller samlingssteder for pårørende er en stor utfordring for god informasjonsflyt og god oppfølging av den enkelte. Det er svært viktig med god kommunikasjon mellom politiet, kommunenes kriseteam, spesialisthelsetjenesten sine ressurser og eventuelt den virksomhet som er rammet.

NB! Det er politiets oppgave å koordinere det psykososiale arbeidet. Politiet vil sørge for gjenforening eller overbringe dødsbudskap.

Ved hendelser hvor bedrifter er involvert, vil også disse kunne ha planlagt psykososiale støttetjenester for sine ansatte.

Hendelser som vil gi spesielle utfordringer

Smittevern

Helse Vest RHF har utarbeidet regional smittevernplan for 2006-2008 (Ref. 9). I regional plan for helsemessig og sosial beredskap (denne), gjengis kun beredskapsmessige forhold fra Smittevernplanen.

Planverk

Helse Vest RHF	Regional smittevernplan for 2006-2008 (Ref. 9), herunder også et regionalt tuberkulosekontrollprogram og plan for sterilisering. Smittevernplanen finnes på Helse Vest RHF sine nettsider.
Nasjonal kopperberedskapsplan	Finnes som et midlertidig utkast og beskriver de tiltak som skal iverksettes ved forsettlig eller uforvarende reintroduksjon av koppeviruset. Ullevål universitetssykehus HF har ansvar for å håndtere opp til 4 (i nødsfall 8, med 2 på hvert rom) kopperpasienter. Hvis antallet overstiger dette, vil Akershus universitetssykehus HF, avdeling Stensby, tømmes for vanlig sykehusdrift og omgjøres til koppesykehus (kohortisolering).
Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa (pandemiplanen)	Beskriver ansvarsfordeling og organisasjon ved truende eller manifest utbrudd av pandemisk influensa. Organiseringen og ansvarsfordelingen er relevant også ved andre smitteutbrudd av nasjonal karakter. Ny versjon av pandemiplanen kom i februar 2006, og finnes på departementene sin nettside (ODIN) (Ref. 10).

Ressurser

Regionalt kompetansesenter i sykehushygiene

Regionalt kompetansesenter i sykehushygiene er i følge Forskrift om smittevern i helsetjenesten (Ref. 11) pålagt å samordne smittevernarbeidet, stimulere til aktivitet og fremme fagutvikling i det regionale helseforetakets helseinstitusjoner. Kompetansesenteret, som er tillagt Helse Bergen HF, skal yte sakkyndig hjelp til andre helseinstitusjoner i det regionale helseforetaket, herunder smittevernrådgivning, overvåkning, kompetansehevede tiltak for personell, forskning og oppklaring av utbrudd i samarbeid med Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Indremedisin/infeksjonsmedisin

To sykehus i regionen har egne poster for pasienter med infeksjonssykdommer, Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF. I tillegg har Helse Bergen HF et Kompetansesenter i tropesykdommer, som innehar en nasjonal funksjon sammen med Ullevål universitetssykehus HF.

Laboratorier

Med utgangspunkt i Nordisk helseberedskapsavtale som ble inngått på Nordisk ministerrådsmøte i juni 2002, er det inngått avtale med Smittskyddsinstitutet i Sverige om døgnberedskap for bruk av deres høysikkerhetslaboratorium (P4-nivå) ved behov for å undersøke særlig smittestoff i den høyeste risikoklassen.

Folkehelseinstituttet har et nasjonalt beredskapslaboratorium som tilfredsstiller kravene til sikkerhet ved håndtering av bakterier og virus av fareklasse 3 (P3-nivå), og instituttet koordinerer mikrobiologisk beredskap blant medisinsk mikrobiologiske laboratorier i landet.

Pandemisk influensa

Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa	Vil være førende for håndtering av en pandemisk influensa, og vil kunne komme til anvendelse også ved andre beredskapskrevende smitteutbrudd (Ref. 10)
Pandemikomiteen	Et rådgivende organ for Helse- og omsorgsdepartementet ved håndtering av pandemisk influensa og som har oppnevnt en arbeidsgruppe for tilpassing av pandemiplanen til spesialisthelsetjenesten. En ytterligere spesifisering av ansvar på RHF og helseforetaks nivå forventes etter at arbeidsgruppen har avsluttet sitt arbeid.

Kompetanse og ansvarsfordeling

Pandemiplanens kapittel 4 gir en nærmere orientering om aktører, roller og ansvar under en pandemi. Beskrivelsen gjentas ikke her.

Regionalt helseforetak sin rolle	Ved utbrudd av pandemisk influensa vil RHF bistå med følgende: • Prioritere knappe ressurser (personell, materiell, legemidler, vaksiner, spesiell kompetanse, analysekapasitet). Utføres i samarbeid representanter fra de resterende helseforetakene i regionen. • Bistå helseforetakene med beslutningsstøtte • Holde fokus på å opprettholde størst mulig grad av normal tjenesteproduksjon • Sikre at øyeblikkelig hjelp ytes • Holde helsemyndighetene informert om situasjonen • Ha samarbeid med andre regioner
Helseforetakenes rolle	Hvert enkelt helseforetak skal etablere en beredskap for krevende smitteutbrudd, herunder pandemisk influensa. Det er svært viktig at dette skjer i aktivt og nært samarbeide med kommuner/bydeler i sykehusets opptaksområde. I pandemiplanen (Ref. 10) finnes et eget vedlegg som gir føringer og stiller krav til planverk på helseforetaknivå. Svært mye av den faglige informasjonen, veiledere

og føringer vil bli utarbeidet av helsemyndighetene. Informasjonsspredning, opplæring av eget personell, beredskapsledelse og praktisk håndtering av situasjonen tilligger helseforetak.

Folkehelseinstituttet (FHI)

FHI vil kunne distribuere faglig informasjon både til helsepersonell og til befolkningen på sine hjemmesider og bør benyttes som hovedkilde og informasjonskanal ved alle typer større smitteutbrudd.

Har egen fagside om influensa og link til relevant fagstoff og pandemi spesielt (se www.fhi.no). I tillegg finnes www.pandemi.no, som er helsemyndighetenes nettsted om pandemisk influensa i Norge.

Terror med biologiske agens

Ved terror med biologiske agens/forsettelig smittespredning har kommunehelsetjenesten og Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) ansvar for håndtering av smittevernaspekter, varsling, overvåkning og informasjon både til befolkningen og til fagmiljøene. FHI driver det Nasjonale beredskapslaboratoriet i medisinsk mikrobiologi og koordinerer den mikrobiologiske beredskapen gjennom den nyopprettede Nasjonal mikrobiologisk beredskapskomité.

Nasjonalt senter for ARBC-medisin v/UUS, tlf 22 11 73 50. Spør etter medisinsk konfereringsvakt (døgkontinuerlig). Ullevål universitetssykehus HF/Infeksjonsmedisinsk avdeling er ansvarlig for behandling/ isolering av personer utsatt for biologiske agens og formidler også kompetanse til andre sykehus.

Helse- og omsorgsdepartementet deltar i EUs varslingssystem for terrorhendelser.

Forsyningssvikt av legemidler, væsker, vaksiner og antidoter

Helse Vest RHF har utarbeidet en rapport om forsyningsberedskap i Helse Vest RHF (Ref. 5). Teksten under er delvis hentet fra denne rapporten og supplert.

Med kritiske legemidler menes i denne forbindelse (ref Beredskapsplan i Apotekene Vest):

- Legemidler som har stor verdi i livreddende oppgaver
- Legemidler med få eller ingen fullgode alternativer
- Legemidler med få/en produsent av legemiddel/virkestoff
- Legemidler der en forventer økende etterspørsel ved en uønsket hendelse

Varsling

Varsel om forstyrrelser i varetilgang skal nå gis fra innehaver av markedsføringstillatelse (MT) til Statens Legemiddelverk (SLV). Videre varsling kan skje etter følgende, avhengig av situasjon:

1. SLV varsler parallelt til RHF, Apotekene Vest, Sosial- og helsedirektoratet og grossist.
2. SLV varsler til Apotekene Vest som vurderer situasjonen og som så viderevarsler til RHF og Sosial- og helsedirektoratet ved behov. Det kan finnes lager av produktet på sykehusapotek, eller sykehusapotek kan ha forslag til alternative produkter.

Det er et problem at leverandører ikke ønsker å tilkjenne leveringsvansker. Derfor er det ofte grossistleddet som oppdager en leveringssvikt. Varslingsrutiner via leveringssystemet må følge etablerte kommunikasjonsveier, og informasjonen må nå helt ut til forbrukende ledd.

Organisering

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)	Har det overordnede ansvar og vil kunne gå inn å styre ressursene og informasjonen ved en kritisk mangelsituasjon.
Sosial- og helsedirektoratet (SHdir)	Forvalter statlig legemiddelberedskap og har utarbeidet lister over legemidler som ansees å være kritiske. Sosial- og helsedirektoratet kan i gitte tilfeller bistå Sykehusapotekene med å løse en situasjon med mangel på kritiske legemidler.
Giftinformasjonen Tlf. 22 59 13 00 (døgnvakt)	Kan gi råd om tilgjengelighet til sykehus som mangler antidoter i akutte situasjoner. Norsk Medisinaldepot (NMD) kan også bistå med dette.

Statens
legemiddelverk
(SLV)

Legemiddelverket gir tillatelser til og fører tilsyn med alle aktørene i legemiddelforsyningen. Det gir Legemiddelverket inngående kjennskap til tilvirkning, distribusjon og utlevering av legemidler i Norge. Kunnskapen er viktig både for sentral og lokal planlegging av beredskap og for strategiske beslutninger i en krisesituasjon, der forsyningssituasjonen for legemidler raskt kan bli endret.

Folkehelseinstituttet
(FHI)

Grossister har leveringsplikt for alle legemidler. Apotek plikter å levere og lagerføre alle legemidler som jevnlig etterspørres. Legemiddelverket kan i henhold til grossistforskriften også pålegge den enkelte grossist å holde et beredskapslager av nødvendige legemidler. I løpet av 2007 vil innehavere av markedsføringstillatelse få plikt til å melde til Legemiddelverket om leveransesvikt.

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

Helseforetakene og
private
helseinstitusjoner

Har ansvaret for legemiddel- og antidotberedskapen, særlig rettet mot å håndtere en plutselig økning i behov for legemidler. Forsyningsvansker forventes ikke løst på helseforetaksnivå. Beredskapsplan for håndtering av en sviktsituasjon og for informasjon i en slik situasjon skal være en del av helseforetakets beredskapsplan. På basis av lister over kritiske legemidler, vaksiner og antidoter må det enkelte sykehus pr i dag selv vurdere sitt behov for lagerhold av disse legemidlene. Vurderingen bør skje i samarbeid med sykehusapoteket.

Ved erkjent behov for å ha et visst beredskapslager av et medikament, bør det tilstrebes å legge dette inn ved avtaleinngåelse med produsent. Samordning av lager bør skje mellom sykehusene i regionen og de respektive legemiddelkomiteene.

Det regionale
helseforetaket (RHF)

Ved etablering av felles innkjøpsordninger på regionalt nivå har RHF ansvar for at nødvendige beredskapsordninger inngår i kontraktene for de legemidler som anses å være livsviktige og absolutt nødvendige i en beredskapssituasjon.

Apotekene Vest	Apotekene Vest består av 4 sykehusapotek knyttet opp mot hvert av de største sykehusene i regionen og er et selvstendig helseforetak. Det enkelte sykehusapotek skal bistå helseinstitusjonene med å finne alternative leverandører eller synonyme/alternative preparater ved svikt i legemiddelforsyning. Sykehusapoteket og medisinske ansvarlige ved berørte institusjoner må sammen utarbeide retningslinjer for alternativ terapi ved behov. Samtlige sykehusapotek underlagt Apotekene Vest har samme logistikk datasystemet (FarmaPro). Dette gjør det mulig å gå inn å se hverandres vareutvalg og lagerbeholdning.
Legemiddelinnkjøps-samarbeid (LIS)	LIS er en organisasjon som innhenter anbud på legemidler til bruk i sykehus på vegne av helseregionene.
Norsk Medisinaldepot (NMD)	De regionale helseforetakene har i 2007 inngått en 3-årig grossistavtale med NMD for all forsyning til sykehusene (etter anbud). Levering skjer via sykehusapotekene. NMD kan være hjelpelig med å skaffe oversikt over sykehusapotek/sykehus som har aktuell antidot ved lokal mangel.
Legemiddel-leverandørene	Må forplikte seg til å melde fra om leveringsproblemer, særlig for kritiske legemidler. I løpet av 2007 vil innehavere av markedsføringstillatelse få plikt til å melde til Legemiddelverket om leveransesvikt.

Beredskapsordninger

Sosial- og helsedirektoratet og Norsk Medisinaldepot

Avtale mellom Sosial- og Helsedirektoratet og Norsk Medisinaldepot (NMD). Avtalen gjelder beredskapslagring av legemidler ved at NMD fører et noe større lager enn nødvendig. Avtalen omfatter preparater til en verdi fra grossist på ca. 82 millioner kroner. Opplysning om hvilke preparater som finnes fås ved å kontakte Sosial- og helsedirektoratet, Beredskapsavdelingen. Utvalget av legemidler på lageret er under revurdering. Beredskapslageret er primært til bruk i kommunene og ikke i spesialisthelsetjenesten.

Forsvaret

Forsvaret ved Forsvarets logistikkorganisasjon/Sanitetsmateriellforvaltningen eier et beredskapslager av legemidler til en anskaffelsesverdi av om lag 12 millioner kroner. Lageret forvaltes av Norsk Medisinaldepot. Sammensetningen av lageret tar utgangspunkt i de sett og satser Forsvaret benytter.

Industrien

Store industribedrifter har ofte et godt utbygd industrivern og bedriftshelsetjeneste. De har derimot vanligvis ingen beredskapslagre av infusjonsvæsker eller legemidler.

Apotekene Vest

Regionalt råd for forsyningsberedskap i Helse Vest anbefaler at gjennomsnittlig lagerbeholdning av kritiske legemidler på sykehusapotekene skal tilsvare et normalforbruk på ca 6 uker (Ref. 5).

Infusjonsvæsker

Leverandører av væsker er i LIS-avtalen pålagt å ha ferdig produkt eller innhold og emballasje for minimum fem måneder normalforbruk på lager i Norge. Hvert sykehus er i samarbeid med det lokale sykehusapoteket pålagt å ha et lager av væsker tilsvarende minimum seks ukers normalforbruk.

Vaksiner, sera og spesifikke immunglobulinpreparater

FHI har etablert et minimums støttelager på 4-6 måneders forbruk avhengig av type preparat. Helse Vest RHF har utarbeidet en oversikt over hvilke vaksiner og antisera som skal lagerføres ved det enkelte helseforetak (Ref. 6). En vurdering av lager, koordinering og evt fordeling mellom sykehusene i hvert helseforetak bør gjøres på HF-nivå i samarbeid med det lokale sykehusapotek og legemiddelkomité.

Antidoter

NMD administrerer et nasjonalt antidotlager på vegne av Sosial- og helsedirektoratet. Lageret følger anbefalingene fra Giftinformasjonen og mengden av de ulike antidotene er satt til det maksimalt rullerbare med hensyn til holdbarheten.

Helse Vest RHF har utarbeidet en liste med hvilke antidoter de ulike sykehusene i regionen skal lagerføre (Ref. 6). En vurdering av lager, koordinering og evt fordeling mellom sykehusene i hvert helseforetak bør gjøres på HF-nivå i samarbeid med det lokale sykehusapotek og legemiddelkomité.

Giftinformasjonen har utarbeidet lister over hvilke antidoter som bør finnes ved sykehusene, og etablerer med jevne mellomrom en oversikt over hvilke antidoter det enkelte sykehus har tilgjengelig.

forsyningssvikt av kritisk helsemateriell

Helse Vest RHF har utarbeidet en rapport om forsyningssvikt i Helse Vest (Ref. 5), og teksten under er utdrag fra denne rapporten.

Helsemateriell omfatter alt medisinsk flergangs- og engangsutstyr. Eksempler på materiell som kan være kritisk er respiratorer og smittevernutstyr.

Varsling

Leverandøren varsler normalt om leveringsvansker til de som de avtalemessig har kontrakt med. Det er svært viktig at avtaleadministratoren videreformidler denne informasjonen til innkjøpsledelsen i alle helseforetakene. Det skal derfor i alle avtaler om forsyning av medisinsk forbruksmateriell ligge klare krav til at alle sykehusene skal varsles, selv om bare ett av helseforetakene har avtale med den gitte leverandøren.

For å sikre at melding om svikt i levering av kritisk helsemateriell når ut til respektive sykehus/avdeling, skal avtaleadministratoren etablere rutiner for hvordan dette skal gjøres. Eksempelvis kan varsel gå pr e-post eller via intranett. Klare rutiner med oversikt over hvem som gjør hva og hvordan informasjonsflyten skal gå, må utarbeides. På helseforetaksnivå bør avgjørelser i forbindelse med forsyningssvikt ligge til fagdirektørnivået eller til et eksisterende råd/utvalg som har fått tildelt denne type oppgaver (Ref. 5).

Organisering

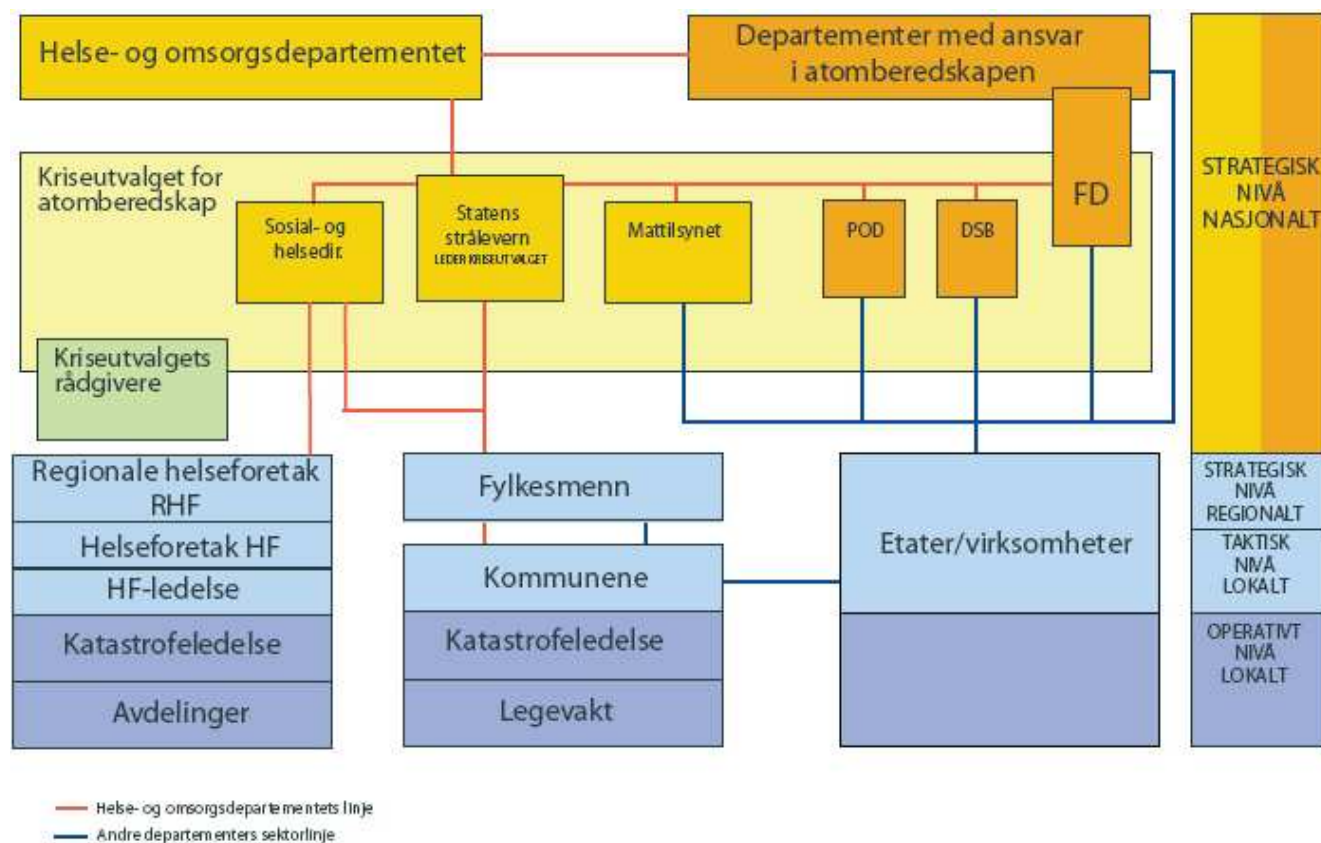
Det regionale helseforetaket (RHF)	Ved utvikling og etablering av felles innkjøpsordninger og lagerhold på regionalt nivå har RHF ansvar for at nødvendige beredskapsordninger inngår for det helsemateriell som anses å være livsviktige, og absolutt nødvendig, i en beredskapssituasjon.
Helseforetakene (HF)	Er selv ansvarlig for å sikre sine forsyninger av helsemateriell. Beredskapsplan for håndtering av en sviktsituasjon og for informasjon i en slik situasjon skal være en del av helseforetakets beredskapsplan. Basert på risiko- og sårbarhetsanalyser av egen virksomhet, må kritisk materiell identifiseres. Følgende momenter bør som et minimum vurderes for hvert vareslag: • Er produktet kritisk i forholdet til sykehusets evne til å yte sine lovpålagte tjenester? • Vil det forbrukes store mengder av produktet i en akutt beredskapssituasjon?
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)	Hvis JA på disse spørsmålene må det etableres en beredskap som sikrer tilførsel av det aktuelle produktet. Har det overordnede ansvar for helsetjenesten og vil kunne gå inn og styre ressursene ved en kritisk mangelsituasjon.

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir)	Administrerer det som finnes av såkalt statlig helsemateriellberedskap. Deler av utstyret som tidligere inngikk i den ”statlige helsemateriellberedskapen er avhendet.
Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS)	Et selskap som samordner innkjøp for helseforetakene i Norge. HINAS har oversikt over alternative tilbydere for de vareslag som det til nå har vært kjørt anbudsrunder på.
Leverandørene	Leverandører av helsemateriell må forplikte seg til å melde fra om leveringsproblemer, særlig for kritisk materiell. Dette blir lovpålagt når ny legmiddelforsyningsforskrift trer i kraft.
Sivilforsvaret	Har en del helsemateriell. Delvis er dette utstyr beregnet for bruk på skadesteder med mange skadde og dels er det stasjonært utstyr knyttet til sanitetshjelpelasser. Sistnevnte utstyrsenheter er ikke oppdatert på utstyr med begrenset holdbarhet.
Frivillige organisasjoner	Frivillige organisasjoner og private bedrifter besitter en del helsemateriell, som kan inngå som en del av ressursoversikten ved det enkelte AMK.

Atom- og strålingsulykker

Organisering

Atomberedskap skiller seg ut fra øvrig beredskap ved at det er etablert en nasjonal beredskapsorganisasjon som vist i figuren under.



Figur 0.1

Nasjonal beredskapsorganisasjon ved atomulykker

Statens strålevern	Statens strålevern, 24 timers vakttelefon 67 16 26 00, vil ved faktiske hendelser etablere Kriseutvalget som har overordnet ansvar for atomberedskap og er gitt fullmakter når det gjelder tiltak overfor befolkningen samt koordineringsansvar for informasjonsformidling. Strålevernet har en døgnkontinuerlig vaktordning for mottak og eventuell sending av nasjonale og internasjonale varsel og informasjon knyttet til alle hendelser på atomområdet. Statens strålevern er pådriver og tilrettelegger i den helsemessige beredskapen angående nukleære og radiologiske ulykker og hendelser. Denne beredskapen er rettet mot befolkningen og spesialisthelsetjenesten. Det er utarbeidet et informasjonshefte om hvordan atomberedskapen i Norge er organisert, som er tilgjengelig fra Strålevernets hjemmesider (Strålevern Hefte 10: "Stråling og atomulykkeberedskap").
Fylkesmannen	Fylkesmennene representerer det regionale ledd i atomulykkesberedskapen og er Strålevernets bindeledd mot kommunene. Fylkesmennene kan mobilisere egne atomberedskapsutvalg (ABU) for å håndtere situasjonen best mulig på regionalt nivå. Helseforetak og/eller RHF bør være representert i ABU.
Kommunehelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten er ansvarlig for å iverksette de tiltak som Kriseutvalget beslutter, herunder f.eks. videreformidling av informasjon og distribusjon av jodtabletter i de tilfeller at det anbefales. Kommunene er ansvarlige for tiltak hvis befolkningen blir anbefalt opphold innendørs i akutfasen etter et radioaktivt nedfall.
Nasjonalt senter for ARBC-medisin	Nasjonalt senter for ARBC-medisin v/UUS, tlf 22 11 73 50. Spør etter medisinsk konfereringsvakt (døgnkontinuerlig). Kompetansesenteret har oversikt over medisinsk kompetanse (regionalt og nasjonalt) for behandling av stråleskadde, og det er identifisert et kontaktnett av spesialister på området dersom ulykken skulle inntreffe. Ullevål universitetssykehus HF v/Hematologisk avdeling er ansvarlig for behandling av stråleskadde og for å gi råd til Kriseutvalget når det gjelder skadebegrensende tiltak i befolkningen, samt ved behov gi råd til primærhelsetjenesten.

Forsvarets overkommando (FO)	FO har utarbeidet retningslinjer for Forsvarets støtte til det sivile samfunn ved atomulykker. Retningslinjene gjelder spesielt ved atomulykker, men Forsvarets støtte vil i prinsippet være innrettet tilsvarende ved bruk av ABC-våpen. Forsvarets overkommando er med i Kriseutvalget ved atomulykker. Forsvarets forskningsinstitutt (FFI) er faglig rådgiver for Kriseutvalget ved atomulykker.
Sivilforsvaret	Sivilforsvaret har måleutstyr for deteksjon av radioaktivt materiale, og kan også bistå med å løse oppgaver som Kriseutvalget har fullmakt til å iverksette i akutfasen av en atomulykke, som for eksempel evakuering, rensing av forurensede personer og opphold i tilfluktsrom.

Ressurser

Helseforetak	Det er fordelt utstyrsenheter i Helseforetakene for håndtering av stråleskadde/kontaminerte pasienter. Pakken består av følgende utstyr: • Måleutstyr for radioaktivitet (1 stk Automes måleapparat med probe for alfa- og betastråling) • Prøvetagningsutstyr (blodprøve, slimhinneprøver osv) Slik situasjonen er i dag stilles det spørsmålsteget ved hvorvidt det finnes helsepersonell ved det enkelte helseforetak som er i stand til å bruke utstyret, og om dette er vedlikeholdt.
Statens strålevern	Har en egen beredskapsenhet i Sør-Varanger og Tromsø som overvåker radioaktivitet i miljøet. Det er bygget opp et landsdekkende stasjonært og automatisk måle- og overvåkningsnettverk med følsomme apparater som kontinuerlig overvåker strålenivået i lufta og på bakken. Systemet kan avdekke og følge utviklingen av eventuelle utslipp fra atomanlegg, atomdrevne fartøy og ubåter langs norskekysten. I tillegg finnes fem svært følsomme luftfilterstasjoner for overvåking av luftmassene over Norge, samt LORAKON-stasjonene, et landsdekkende nett av instrumenter for måling av radioaktivitet i næringsmidler som driftes av de kommunale næringsmiddeltilsynene. Strålevernet er kontaktpunkt mot de norske, nordiske og internasjonale organisasjoner når det gjelder retningslinjer og bistand til helsetjenesten. Denne bistanden har hjemmel i den internasjonale konvensjonen om assistanse ved atom- og strålingsulykker og i den nordiske helseberedskapsavtalen. Innen den nordiske avtalen benytter man seg av bistand fra Finland innen biologisk dosimetri.

Sivilforsvaret	Har etablert 123 målepatruljer for påvisning av radioaktiv forurensning. Patruljene har en tilnærmedesvis lik geografisk plassering som Sivilforsvarets fredsinnsettsgrupper (FIG). Sivilforsvaret har i tillegg doseratemålere i alle de 16 mobile renseenhetene.
Forsvaret	Har en viss kapasitet til å spore radioaktivt materiale og radioaktive utslipp ved bruk av såkalt RADIAC-utstyr om bord i mobile enheter.
Mattilsynet	Forvalter 59 stk måleutstyr som kan detektere radioaktivt forurenset mat (LORAKON-systemet).
Sosial- og helsedirektoratet	Har kjøpt inn 1 200 000 kaliumjodidtabletter i 2002 for bruk ved et eventuelt radioaktivt nedfall/ulykke. Tablettene er utplassert i kommunene i Finnmark, Troms og Nordland (nord for Ofoten). I 2003 ble det kjøpt inn ytterligere ca 800.000 tabletter for lagring i Harstad, Trondheim, Bergen og Oslo. Disse er foreløpig lagret hos NMD.

Kjemikalieulykker, farlig gods ulykker og terror med kjemiske midler

Organisering

Fiskeridepartementet	Har siden 1. januar 2003 hatt det overordnede ansvaret for den statlige beredskapen mot akutt forurensning, herunder akutt kjemikalieforurensning. Det operative ansvaret på nasjonalt nivå er tillagt Kystverket. Lokalt administreres beredskapen av et Interkommunalt utvalg mot akutt forurensning (IUA) og beredskapen er dimensjonert for lokal eller regional kartlagt risiko.
Kystverket Tlf. 33 03 48 00 (døgnvakt)	Har ansvaret for drift og utvikling av statens beredskap mot akutt forurensning, herunder statens aksjonsorganisasjon. Dersom et akutt utslipp bekjempes av ansvarlig forurensner eller kommunal beredskap, vil Kystverket innta en tilsynsfunksjon. Kystverkets 24-timers vakt gir råd til uhells-/skadested direkte, og • Ved behov kontakter Giftinformasjonen og/eller Folkehelseinstituttet, DSB, Statens strålevern mv. • Vurderer og eventuelt aktiverer Rådgivning ved kjemikalieuhell (RVK).
Hovedredningssentralen (HRS)	Hovedredningssentralen har de mest omfattende ressuroversiktene og vil være en viktig samarbeidspartner for helsetjenesten ved håndtering av store og kompliserte hendelser.
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)	Har en rådgivende rolle i forhold til problemer som måtte oppstå i håndteringen av et kjemikalieuhell. DSB har utarbeidet et dataverktøy som beskriver fysiske og kjemiske data for de vanligste kjemikaliene som kan opptre i såkalte "farlig-gods ulykker". Hvert tiltakskort gir spesialinformasjon om brann- og eksplosjonsfare, miljøfare og akutt helsefare. Tiltakskortene er et nyttig verktøy for samtlige nødetater, og kan lastes fritt ned fra DSB sine hjemmesider. DSB har også utarbeidet en veileder i etablering, drift og organisering av renseenhet. Forsvarets mannskapsressurser kan benyttes bl.a. i forbindelse med sikring og evakuering.
Giftinformasjonen Tlf. 22 59 13 00 (døgnvakt)	Er det nasjonale rådgivnings- og kompetansesenteret vedrørende akutte forgiftninger og forgiftningsfare. Primærfunksjonen er å gi døgnkontinuerlig informasjon, råd og veiledning angående akutte forgiftninger og forgiftningsrisiko til publikum og helsetjeneste. Giftinformasjonen gir kun råd, da det er den utøvende helsetjeneste

som eventuelt behandler forgiftningene. Giftinformasjonen har en viss oversikt over hvilke antidoter som er lagret hvor i landet, og utarbeider informasjon relatert til eksponering for ulike kjemikalier herunder vurdering av risiko, symptomer, diagnostisering, tiltak og behandling.

Folkehelseinstituttet	Kan kontaktes via Giftinformasjonen, og sitter med mye fagkompetanse på enkeltkjemikalier.
Nasjonalt senter for ARBC-medisin v/Ullevål universitetssykehus HF Tlf. 22 11 73 50	Spør etter medisinsk konfereringsvakt (døgnskntinuerlig). Kompetansesenteret har knyttet til seg et nettverk av spesialistkompetanse og har et nært samarbeid med Giftinformasjonen. Sykehuset kan selv motta et begrenset antall pasienter med gass/kjemikalieskade, og har forbindelser med sykehus og kompetansemiljøer internasjonalt som også tar imot pasienter ved behov. UUS har også et antidotlager som i praksis delvis er en nasjonal ressurs, uten at forholdene rundt dette lageret er formalisert.
Interkommunale utvalg mot akutt forurensning (IUA)	Aktiveres via 110-sentralene. Norge er delt inn i 34 regioner, der et system er bygd opp ved at en større kommune i hver region er satt opp med ekstra olje- og kjemikalievernustyr, samt at personell i disse kommunene er gitt spesialopplæring for å takle slike uhell. Enkelte IUA har saneringsutstyr for personell som kan være en aktuell ressurs.
Sivilforsvaret	Vil ved hendelser som medfører kontaminering med kjemikalier være en sentral samarbeidspartner for helsetjenesten. Sivilforsvaret kan utføre deteksjon, fordele verneutstyr, varsle ved bruk av sirener, bistå i evakuering, sanering, opprette og drifte midlertidige oppholdssteder for nødstedte, avsperre/sikre områder, yte støtte og forsterke nødetatene, yte førstehjelp, gi øvrig materiellstøtte. For at Sivilforsvaret også skal kunne være en forsterkningsressurs ved hendelser hvor giftige industrikjemikalier eller kjemiske stridsmidler er brukt, er det anskaffet vernebekledning og vernemasker til styrkene (verneutstyr til ca 6.000 personer). Dette muliggjør at styrkene også kan bistå med store ressurser på forurenset skadested, men ikke i sone I (mest forurenset).
Brannvesenet	Brannvesenet er den viktigste delen av beredskapen i første fase mot akutt forurensning. Ved kjemikalieuhell vil brannvesenet sikre og klargjøre skadestedet før de andre redningsressursene kan rykke inn. Normal prosedyre ved større hendelser er at brannvesenet foretar en grovsanering (fjerning av klær og avspyling, eventuelt

”tørr sanering” ved terroranslag med kjemiske stridsmidler) av pasientene når de fraktes ut fra den såkalte indre sone (mest forurensset) av skadestedet. Noen brannvesen har telt på sine redningsbiler, og de må planlegges inn som en del av saneringskonseptet.

Rådgivning ved
kjemikalieuhell (RVK)

RVK omfatter de mest brukte kjemikalier som daglig fraktes på norske veier eller på tog, fly eller båter og inngår i et internasjonalt nettverk (ICE, International Chemical Environment). I Norge stiller 15 bedrifter i prosessindustrien sine eksperter til rådighet 24 timer i døgnet. Disse kan kontaktes via Kystverket dersom 110-sentralene ikke selv har tilstrekkelig kunnskap om de stoffene som en ulykke omfatter.

Bedrifter med potensial for storulykker har ofte selv etablert en god beredskap gjennom industrivernet. Politiet og brannvesenet har ofte samøving med store bedrifter. Helsetjenestens kapasitet til å stille på slike øvelser er begrenset, men da det er viktig trening, så oppfordres det til å styrke dette samarbeidet.

Skallsikring/avsperring av sykehuset

Skallsikring betyr sikring av bygningsmassen for å oppnå kontroll med hvem som kommer inn. En del sykehus har ikke dekontamineringsfasiliteter i akuttmottakene. Mange har heller ikke mobil saneringsvogn tilgjengelig i nærheten. Ved store kjemikalieulykker vil det kunne komme tilskadekomne direkte til sykehus som ikke er dekontaminert på skadestedet. Kontaminerte personer kan, om de tar seg inn i sykehuset, sette hele eller deler av sykehuset ut av drift. Beredskapsplanverk på helseforetaksnivå skal omfatte plan for avsperring av sykehuset. Det må etableres triage/skadesorteringssted utenfor sykehuset, og settes opp dekontamineringsutstyr. Planer for dette etableres i samarbeid med lokalt politi, siviltforsvar og brannvesen.

Terror med bruk av kjemiske våpen

De aktørene og ressursene som er listet opp i kapittel 0 vil også være de mest sentrale ved terror. I tillegg nevnes følgende:

Justis- og
politidepartementet
(JD)

Er tillagt en samordningsfunksjon for sikkerhet og beredskap i sivil sektor, og vil ha en sentral rolle i håndteringen av et terrorangrep.

Politiets
sikkerhetstjeneste
(PST)

Har til oppgave å forebygge og etterforske eventuell spredning av masseødeleggelsesvåpen, og gjør jevnlig trusselvurderinger.

Politiet vil måtte avklare om det dreier seg om en villet handling eller skaden er forårsaket av tilfeldigheter.

Forsvarets
forskningsinstitutt
(FFI)

Har laboratoriekapasitet til å analysere et stort antall kjemiske stridsmidler, utgangskjemikalier for produksjon av kjemiske stridsmidler og nedbrytningsprodukter av kjemiske stridsmidler.

Forsvaret

Forsvarets innsats ved terror vil være nok så likt det som er beskrevet for Forsvarets innsats ved atomulykker. En del av Forsvarets mannskapsstyrker er utstyrt med autoinjektorer for egenbeskyttelse. NB! Disse spesielle mannskapsstyrkene i Forsvaret er pr i dag de eneste som kan beskytte seg selv mot effektene av enkelte kjemiske stridsmiddel.

Helse- og
omsorgsdepartementet

Deltar i EUs varslingsystem for terrorhendelser.

VEDLEGG

Vedlegg A – Begrepsavklaring og definisjoner

ABC-midler	Samlebetegnelse på atom-, biologisk- eller kjemiske midler. Kalles også ABC-agens. ABC utvides av og til til ARBC, der R står for radiologi.
AMK lege	Vakthavende lege ved AMK sentral – ofte kombinert med andre vaktfunksjoner
AMK- område	Geografisk område som AMK- sentral har ansvaret for.
AMK-sentral	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Forkortes ofte til bare AMK. Helsetjenestens akuttmedisinske fagsentral plassert i sykehus med akuttmottak, for mottak og håndtering av medisinsk nødmelding, øyeblikkelig hjelp innleggelse og ambulanseoppdrag. Det finnes 2 hovedtyper AMK-sentraler: - o Regionale AMK-sentraler (R-AMK) som har en overordnet koordinerende rolle i større ulykker der flere AMK-sentraler kan være involvert, - o Lokale AMK-sentraler (L-AMK) med mottak av nødnummer (113) innenfor et geografisk område (AMK-område) I tillegg finnes det normalt kommunikasjonsentraler uten mottak av nødnummer 113, der helseforetaket har akuttfunksjon.
Beredskap	Med beredskap forstås tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser og andre uønskede hendelser. (NOU 2000:24 Et sårbart samfunn)
Beredskapsledelse	Beredskapsledelse betyr i denne sammenheng iverksettelse og drift av de ledelsesfunksjoner som virksomheten har planlagt for ved ekstraordinære situasjoner. Beredskapsledelse foregår på tre nivåer; operativt, taktisk og strategisk (se disse definisjonene).
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.
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.
Beredskapsutvalg	Utvalg som på helseforetaksnivå skal arbeide med utvikling, vedlikehold og samordning av helseforetakets beredskapsplaner på vegne av direktøren.
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.

Eksterne kriser	Situasjoner som oppstår i samfunnet med behov for spesialisthelsetjenesten sin bistand.
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 normalt fra kommunehelsetjenesten.
FIG	Sivilforsvarets fredsinnsettingsgrupper
Forsyningskrise	Regionen greier ikke å opprettholde et tilstrekkelig nivå på sin behandlingskapasitet som følge av knapphet på helsemateriell, medisiner, strøm-/vanntilførsel e.l.
Helse Vest	Helseregion Vest som geografisk og administrativt område
Helse Vest RHF	Det regionale helseforetaket i Helse Vest (som organisasjon)
Helsemessig og sosial beredskap	Beredskap i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten i kommuner, fylkeskommuner og staten, herunder bl.a. beredskap i ambulansetjenesten, kommunikasjonsberedskap, smittevernberedskap, næringsmiddel- og drikkevannsberedskap, evakueringsberedskap, beredskap ved atomulykker, beredskap for forsyningstjenester, situasjoner med personellmangel og for ekstraordinære sosiale situasjoner.
HF	Helseforetak er en organisatorisk enhet bestående av et eller flere sykehus, sykehusapotek, psykiatriske enheter og rusbehandlingstilbud.
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HRS	Hovedredningssentral. Norge har to hovedredningssentraler i henholdsvis Stavanger og Bodø (HRS Sør-Norge og HRS Nord-Norge). Hovedredningssentralene har ansvar for all redning på sjø, i luft og på land. Koordinering av redningsaksjoner på land håndteres normalt av lokal redningssentral (LRS) med mindre HRS beslutter noe annet.
HRS-lege	HRS-legen er helsetjenestens medlem i den kollektive redningsledelsen i HRS. Rollen innehas av fylkeslegen i henholdsvis Rogaland og Nordland.
Informasjonsberedskap	Beredskap i forhold til situasjoner der kapasiteten ved et HF sin informasjonsavdeling overskrides, og det er behov for å trekke inn ekstra ressurser internt samt evt. Ressurser fra andre HF og/eller RHF.
Innkalling	Tilkalle personell til helseforetakets virksomheter for innsats til forhåndsdefinert funksjon.

Interne kriser	Ulykker og hendelser som rammer sykehusets pasienter, personale, bygningsmasse, og teknisk infrastruktur, avdelinger og enheter og som i alvorlig eller stor grad hindrer sykehusets normale drift.
Katastrofe	En katastrofe er en forverring av en krisesituasjon og vil medføre at det må foretas andre prioriteringer enn hva som normalt ansees som forsvarlig. Katastrofebegrepet skal nyttes restriktivt og kun betegne situasjoner der man på tross av tiltak ikke makter å yte helsehjelp innen normale standarder.
Kontaminering	Forurensing. Her; av gass eller kjemikalier.
Krise	Situasjon eller hendelse som krever flere ressurser enn det som normalt er tilgjengelig i daglig drift, men som man har planer og ressurser for hvordan takle.
Kritiske legemidler	Kritiske legemidler er legemidler av stor betydning for pasientbehandling, som oppfyller minst et av følgende punkter: • Det finnes ikke tilstrekkelig gode erstatningspreparater for preparatet • Det er monopol på leveranse av selve preparatet • Det er monopol på råvareleveranse til preparatet • Preparatet kan forventes å bli holdt tilbake i produksjonslandet ved krise
L-AMK	Lokal AMK- sentral. Den AMK- sentral som får inn melding om en hendelse innenfor sitt AMK- område.
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 tilstede og har som hovedoppgave å sikre sin egen virksomhet tilstrekkelig informasjon om situasjonen, samt bidra til samordning.
LRS	Lokal redningssentral. Det ledelses- og koordineringsapparat som iverksettes i redningstilfeller. Det enkelte politidistrikt utgjør LRS, og ledes av politimesteren. LRS leder i de fleste tilfeller redningsaksjoner innen eget distrikt.
LRS-lege	Helsetjenestens medlem i den kollektive redningsledelsen ved lokal redningssentral. LRS-legen oppnevnes av fylkesmannen.
LV-sentral	Legevaktsentral. Skal motta og håndtere henvendelser over et fast legevakts-telefonnummer innen et fastsatt geografisk område, herunder prioritere, iverksette og følge opp henvendelser til kommunal legevakt, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser. Skal kunne kommunisere direkte og videreformidle henvendelser om medisinsk nødhjelp til AMK-sentralen.

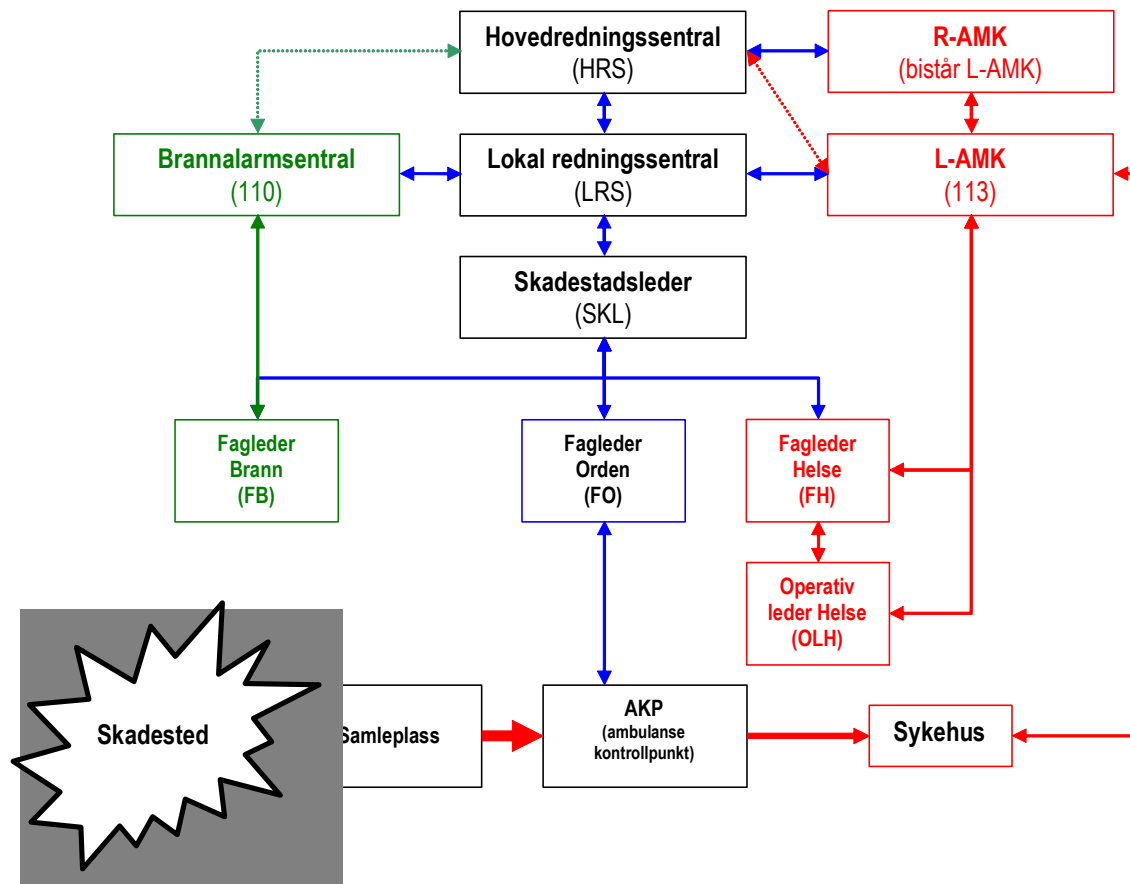
LVVA	Forkortelse for legemidler, væsker, vaksiner og antidoter (motgifter) som hvert sykehus må ha minimumslager av enten lokalt (på ett eller flere sykehus) eller på sykehusapoteket.
Operativ ledelse	Operativ ledelse skjer på stedet og/eller er knyttet til praktiske oppgaver direkte relatert til hendelsen. Eks: Operativ leder helse har ansvar for operativ ledelse på skadested. Videre vil det være en operativ leder der pasientene tas imot i sykehuset. Lederens faglige kvalifikasjoner vil kunne variere med hvilken type beredskapssituasjon det dreier seg om.
Operativ leder (helse)	Ambulansesjefen sin stedfortreder – operativ leder for helsetjenesten på skadested.
Pandemi	Pandemi er en verdensomspennende epidemi.
R-AMK	Regional AMK sentral: AMK sentral med koordineringsansvar i sitt regionale helseforetak.
RHF	Regionalt helseforetak, inndelt i henholdsvis Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Øst RHF og Helse Sør 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).
Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS- analyse)	En systematisk metode for å finne ut hvilke risiko- og faremomenter som finnes og hvor sårbare virksomheten er ved ekstraordinær belastning og svikt i egne funksjoner. Metoden skal danne grunnlag for oversikt over forebyggende og skadebegrensende tiltak og hjelpe i prioriteringen av beredskapstiltak.
Risikomatrise	Tabell som viser sannsynlighet og konsekvenser for utvalgte hendelser, på grunnlag av risiko- og sårbarhetsanalyser.
Samleplass for skadde	Sted der evakuerte pasienter fra større ulykke samles for behandling / overvåking før transport videre til behandlingssted. Defineres som sykehusområde.
Sanering	Rensing av personer/pasienter som er utsatt for atom-, biologisk- eller kjemiske midler (ABC), før det eventuelt gis medisinsk behandling.
Saneringsenheter	Rensestasjon for biologisk/kjemisk forurensede pasienter.
Shdir	Sosial- og helsedirektoratet
SKL	Skadestedsleder. Skadestedets øverste ansvarlige.
Strategisk ledelse	Strategisk ledelse er det ”høyeste” ledelsesnivået. Ledelsen på dette nivået vil i en beredskapssituasjon se på de langtrekkende virkningene av situasjonen samt legge en strategi for å minimalisere skaden. Videre vil den strategiske ledelsen fokusere på fortsatt drift

på tross av situasjonen. En krisestab bestående av virksomhetens toppledelse kan være et eksempel på en strategisk ledelsesfunksjon.

Sykehusapotek	Apotek i samlokalisering med offentlig sykehus (eller offentlig sykehus som inngår i offentlige helseplaner). Sykehusapoteket har legemiddelforsyning til sykehuset som sin primæroppgave og er forbindelsesleddet mellom spesialisthelsetjenesten og leverandører/grossister. Sykehusapoteket er heleid av de regionale helseforetakene, og er organisert som deler av helseforetak eller som selvstendige helseforetak. Apotekene Vest er organisert som eget helseforetak og består av 4 sykehusapotek tilknyttet de største sykehusene i regionen.
Sårbarhet	Sårbarhet er et uttrykk for de problemer et system får med å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet. (NOU 2000:24 Et sårbart samfunn)
Sårbarhets- reduserende tiltak	Tiltak som enten forebygger kriser og/eller bidrar til å begrense skadevirkningene av kriser som allerede er oppstått
Taktisk ledelse	Taktisk ledelse er nivået mellom operativ og strategisk ledelse. Ledelsen på dette nivået har fokus på håndtering av hendelsen innad i det enkelte sykehus, og bistår operativ ledelse med å prioritere innsats ut fra tilgjengelige ressurser. Innsatsen planlegges og koordineres slik at den samlede håndteringen blir best mulig. Taktisk ledelse krever at man også vurderer situasjonen fram i tid. En beredskapsledelse/kriseledelse med nær tilknytning til AMK-sentralen eller akuttmottaket er et eksempel på en taktisk ledelse.

vedlegg b - Operativ ledelse på skadested

Funksjoner og roller på skadestedet



Figur V.1 Operativ ledelse skadested

Figur V.1 er en skjematisk fremstilling av operativ ledelse på skadested, slik den er organisert i Helse Vest. Dette vedlegget vil bli revidert når det foreligger nye nasjonale retningslinjer for ledelse på skadested. Inntil videre er vedlegget gjeldende. Nedenfor følger en beskrivelse av de ulike operative funksjoner som inngår i organiseringen.

Skadestedsleder
(SKL)

Utpekes av politimesteren for samordning på skadestedet:

Hovedoppgave:

- Koordinere innsatsen til faglederne og legge forholdene best mulig til rette for at disse skal kunne utføre sine oppgaver, nemlig å redde mennesker fra død eller skade.
- Skadestedsleder skal bistå faglederne med å skaffe nødvendige ressurser gjennom lokal redningssentral.
- Skadestedslederen oppretter kommandoplass og leder derfra innsatsen gjennom faglederne.

Fagleder helse (lege)	Medisinsk ansvarlig på skadested. Fagleder helse kommer normalt fra kommunehelsetjenesten. Ved epidemiske utbrudd vil tilsvarende funksjon kunne opprettes med en infeksjonsmedisiner som fagleder helse på mottakssted.
Operativ leder helse (OLH)	Rollen dekkes normalt av ambulansepersonell. Operativ leder helse er medisinsk faglig underlagt fagleder helse (og, hvis denne ikke er opprettet: AMK-legen). OLH skal forestå organisering, ledelse og koordinering av det operative sanitetsapparat, herunder organisere evakueringskjeden fra skadested i samarbeid med skadestedsleder og AMK-sentral. Fagleder og operativ leder helse må forholde seg til: • Skadestedsleder vedrørende koordinering av oppgaver inne på skadeområdet og ved behov for ressurser utenfor helsetjenesten (lys, transport, redningshelikopter osv) • AMK, vedrørende anmodning om ressurser fra helsetjenesten og fordeling av pasienter til neste ledd i behandlingskjeden.
AMK-legen	AMK-legen er ansvarlig for AMK-sentralens medisinske virksomhet og veileder ved behov ambulansepersonell og AMK-personell. AMK-legen kan være en sentral støttespiller for operativ leder helse ved større aksjoner.
Fagleder brann	Fagleder brann har både det faglige og det operative ansvar for brannvesenets innsats. Fagleder brann har ansvar for sikring og klarering av skadested.
Fagleder orden	Fagleder orden skal ivareta alle funksjoner vedrørende orden, sperring av området, regulering og registrering, samt tiltak vedrørende omkomne. Vedkommende er normalt politi.
Ambulanse kontroll punkt (AKP)	AKP er det sted der det registreres hvor de enkelte pasienter skal transporteres. Både helse og Politi utfører registrering av pasientene, men Politiet har hovedansvar for eventuelt å opprette AKP. Som del av den medisinske vurdering og trinnvise behandling er det et medisinsk ansvar å bestemme til hvilke sted hver pasient skal transporteres. Det bør vurderes å styrke AKP med ambulanse-personell, særlig ved større hendelser.
Lokal redningssentral (LRS)	LRS kan etableres for å koordinere de operative funksjonene. LRS ledes av politimesteren, og består av en redningsledelse som sammensettes av representanter fra en rekke etater, herunder helsetjenesten.
LRS-legen	LRS-legen er redningsledelsens medisinske rådgiver, og vil være et kontaktpunkt mellom AMK/HF og LRS. Det kan være aktuelt for AMK/HF å sende en liaison til LRS i tillegg til LRS-legen.

Hovedredningssentralen (HRS)	Hovedredningssentralene er lokalisert til henholdsvis Sola og Bodø, og kan koordinere redningsaksjoner som går ut over et enkelt politidistrikts ansvarsområde. Videre tilfører de spesielle ressurser som helikoptre med videre, samt leder normalt aksjoner til sjøs. Fylkeslegen i henholdsvis Rogaland og Nordland tiltrer vedkommende HRS ved behov, og vil være hovedkontaktperson for taktisk beredskapsledelse i helseforetak/RHF, samt vil opprette kontakt med regional AMK.
Lokal AMK (L-AMK)	Lokal AMK har hovedansvar for tilførsel av ressurser og fordeling av pasienter innenfor eget helseforetak i samarbeid med de medisinske ansvarlige på ulike avdelinger i sykehusene. Ansvarlig lege (fagleder helse) forholder seg til AMK, som i alle andre akutsituasjoner. Under omfattende aksjoner vil regional AMK bistå med samordning over et større område, f.eks. hele helseregionen, samt ha kontakt med andre helseregioner for koordinering av ressurser og fordeling av pasienter.
Regional AMK (R-AMK)	R-AMK har ansvar for å bistå lokal AMK i den grad kapasiteten til lokal AMK er overskredet. R-AMK skal ha totaloversikten over fordelingen av pasienter mellom sykehusene, og skal: • Være støttefunksjon for den AMK (lokal AMK) som har ansvaret for aksjonen. • Være hovedkontakt ovenfor Hovedredningssentralen (kommunikasjon skjer ved konferansekobling mellom det HF som leder aksjonen, R-AMK og HRS)

Merking av pasienter

Merking av pasienter på skadested skjer ved bruk av skadelapper. De samme skadelappene skal benyttes ved alle HF i Helse Vest. Nasjonale standarder skal følges. Eventuell innføring av skadelappsystemet Predoc gjøres samlet for hele regionen.

VEdlegg C – Varsling av Helse Vest RHF

Varsling til Helse Vest RHF skal skje til følgende kontaktpersoner:

Navn	Stilling	Telefon
Herlof Nilssen	Administrerende direktør	51 963 810 / 909 11 130
Helge Bryne	Viseadministrerende direktør	51 963 803 / 415 33 803
Björg Sanddal	Kommunikasjonsdirektør	51 963 807 / 415 33 807

Vedlegg D – Oversikt over helseforetak og private sykehus/institusjoner i helse Vest

Navn	Postadresse	Poststed	Telefon
Helse Stavanger HF	Postboks 8100	4068 Stavanger	0 51 51
Universitetssykehuset i Stavanger	Arm. Hansensv. 20	4068 Stavanger	
Psykiatrisk Klinikk	Arm. Hansensv. 20	4095 Stavanger	
Helse Fonna HF	Postboks 2170	5504 Haugesund	52 73 20 00
Haugesund sjukehus	Karmsundgt. 120	5528 Haugesund	
Stord sjukehus		5409 Stord	
Odda sjukehus	Sjukehusvegen 1	5750 Odda	
Valen sykehus	Sjukehusvegen 26	5451 Valen	
Karmøy DPS	Postboks 224	4291 Kopervik	
Haugland DPS	Floravn. 75	5535 Haugesund	
Folgefonna DPS Valen	Sjukehusvegen 15	5451 Valen	
Folgefonna DPS Odda	Postboks 66	5751 Odda	
Folgefonna DPS Jonatunet		5627 Jondal	
Helse Bergen HF	Postboks 1	5021 Bergen	55 97 50 00
Haukeland Universitetssykehus	Jonas Liesvei 65	5021 Bergen	
Voss sjukehus	Sjukehusvegen 2	5700 Voss	
Kysthospitalet i Hagevik		5217 Hagevik	
Sandviken sykehus	Sandviksleitet 1	5035 Bergen	
Björgvin DPS Døgnavdelingen Tertnes	Tertnesveien 37	5113 Tertnes	
Fjell og Årstad DPS, administrasjonen	Knappenveien 23		
Askviknes Voksenpsykiatriske Senter	D	5151 Straumsgrend 5217 Hagavik	
Helse Førde HF		6807 Førde	55 83 90 00
Førde sentralsjukehus		6800 Førde	
Florø sjukehus	Hans Blomsgt. 32	6900 Florø	
Nordfjord sjukehus	Sjukehusvegen 14	6770 Nordfjordeid	
Lærdal sjukehus		6887 Lærdal	
Nordfjord psykiatrisenter	Sjukehusvn. 9	6770 Nordfjordeid	
Indre Sogn psykiatrisenter	Postboks 184	6851 Sogndal	
Apotekene Vest	Postboks 1	5021 Bergen	55 97 53 44
Sjukehusapoteket i Haugesund	Postboks 2170	5504 Haugesund	
Sjukehusapoteket i Stavanger	Postboks 8100	4068 Stavanger	
Haukeland sykehusapotek	Jonas Liesvei 65	5021 Bergen	
Sjukehusapoteket i Førde		6807 Førde	
Private ideelle			
Haraldsplass Diakonale sykehus	Ulriksdal 8	5009 Bergen	55 97 85 00

	Vestlundveien		05612
Hospitalet Betanien	23	5145 Fyllingsdal	
Solli Sykehus	Osveien 15	5227 Nesttun	55 11 82 00
Olaviken alderspsykiatriske sykehus	Askevegen 150	5306 Erdal	56 15 10 00
Haugesund Sanitetsforenings	Karmsundgt.		52 80 50 00
Revmatismesykehus	134	5513 Haugesund	
Jæren Distriktskykiatriske Senter	Postboks 163	4349 Bryne	51 77 69 00
Voss Distriktskykiatriske Senter avd.			56 52 39 40
NKS Bjørkeli	Bjørkelivn. 27	5700 Voss	

Vedlegg E – Samordning med øvrige beredskapsetater

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

Politiet

Politiet er ofte helsetjenestens viktigste samarbeidspartner ved større hendelser. Planlegging og øving av redningsledelse, skadestedsledelse, psykososiale støttetiltak og kriseinformasjon er innsatsområder som krever nært samarbeid med politiet.

Justis- og politidepartementet har det overordnede administrative samordningsansvar for land-, sjø- og flyredningstjenesten. Redningstjenesten er organisert med to hovedredningssentraler (HRS Nord-Norge i Bodø og HRS Sør-Norge på Sola) og 27 lokale redningssentraler i fastlands-Norge (LRS).

Hovedredningssentral (HRS)

Ved aksjoner som krever særlig koordinering og ressurstilgang, trer redningsledelsen i Hovedredningssentralene sammen. Redningsledelsen ledes av politimesteren i Rogaland (Sør), og består i tillegg av representanter fra Sjøforsvaret, Luftforsvaret, Lufttrafikkjenten, Telenor (kystradio) og helsetjenesten (Fylkeslegen i Rogaland). Fylkeslegen er helsetjenestens viktigste kontaktpunkt i Hovedredningssentralen. Fylkeslegen kommer ved en større aksjon til å ta kontakt med regional AMK-sentral i den region der hendelsen har oppstått. Dialog mellom den AMK som leder aksjonen og HRS skjer i konferanse med regional AMK. AMK-sentralene vil kunne få hjelp til koordinering og allokering av ressurser via Hovedredningssentralen.

Det henvises til Hovedredningssentralens hjemmesider for informasjon med hensyn til statistikker over type ulykker og frekvenser hvor hovedredningssentralen er involvert (www.hovedredningssentralen.no)

Lokal redningssentral (LRS)

De lokale redningssentraler er etablert ved landets 27 politidistrikter og sysselmannen på Svalbard. Også disse har en redningsledelse med representanter fra aktuelle offentlige etater, med politimesteren som formann. Legen ved lokal redningssentral er helsetjenestens representant i lokal redningssentral. Lokal redningssentral leder normalt alle landbaserte redningsaksjoner etter fullmakt fra Hovedredningssentralen. Dersom redningsledelsen ikke innkalles, ledes og koordineres redningsaksjonen av politiet etter fullmakt fra lokal redningssentral.

Liste over politidistrikt i Helse Vest finnes i vedlegg G.

Brannvesenet

Brannvesenet har i hovedsak følgende oppgaver i en beredskapssituasjon:

- Sikring og klarering av skadested – Fagleder brann har ansvar for sikring og klarering av skadested. Fagleder brann innehar både det faglige og det operative ansvar for brannvesenets innsats på skadestedet.
- Frigjøring av pasienter (for eksempel ved trafikkulykker)

Brannvesenet har en sentral rolle i beredskapen for akutt forurensning. Dette omfatter blant annet sikring og klargjøring av skadested før andre redningsressurser kan rykke inn og grovsanering av pasienter når de fraktes ut av skadested ved kjemikalieulykker (se kapittel 14 for ytterligere detaljer om brannvesenets rolle ved kjemikalieulykker).

Brannvesenet er representert i Interkommunalt utvalg mot akutt forurensning (IUA) (se kapittel 14 i operativ del).

Sivilforsvaret

Sivilforsvaret er en viktig ressurs for de øvrige nødetatene, både i kraft av at de besitter mye materiell (dekontamineringshengere, akuttmedisinsk utstyr, bårer, varmetelt, utstyr for radioaktiv måling, sambandsutstyr m.m.) og ikke minst personell. I en førsteinnsats for fredsinnsettsgruppene vil sivilforsvaret ha tilgjengelig utstyr som er beregnet for behandling av 25 personer på skadested. Det enkelte helseforetak kan kontakte sivilforsvaret ved behov for bistand. Sivilforsvaret ønsker tidlig varsel i en krise/katastrofesituasjon, for raskere å kunne komme ut til skadested med sine ressurser.

En oversikt over de ressurser sivilforsvaret kan bistå med finnes i vedlegg F.

Fylkesmannen

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

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

I Helse Vest har hvert HF sin representant i Fylkesberedskapsrådet.

Forsvaret

Helseberedskapsrådet er et samarbeidsorgan mellom helsesektoren og Forsvaret for å samordne beredskapstiltak på de to sektorene. Rådet ledes av Sosial- og direktoratet. I den grad det er behov for rekvirering av forsvarets ressurser ved sivile beredskapssituasjoner, kan Sosial- og helsedirektoratet bistå den utøvende helsetjenesten.

Forsvarsdepartementet har inngått en avtale med SAS Braathens om leie av flykapasitet til å frakte pasienter, den såkalte Medevac-avtalen. Flyene kan brukes ved både innenlands- og utenlandstransport og bemannes med forhåndsutpekt helsepersonell. Ved behov for transport til sivile formål, kan Sosial- og helsedirektoratet utløse avtalen på vegne av helse- og sosialsektoren. Flyene klargjøres av flyselskapet på henholdsvis 24 og 36 timer og kan ta både sittende pasienter og båretransporter.

Kommunene

Kommunene har primæransvaret for helsemessig og sosial beredskap herunder beredskap for

- psykososial kriseberedskap og krisehåndtering
- medisinsk nødmeldetjeneste (legevakten)

Den enkelte kommune forutsettes å delta i samordningsfora i den hensikt å avstemme sin plan for helsemessig og sosial beredskap med det beredskapsplanverk som foreligger i det aktuelle helseforetak, samt Regional plan for helsemessig og sosial beredskap i Helse Vest (denne).

Alle helseforetak skal ha generell samarbeidsavtale med kommunene innenfor eget opptaksområde. Det finnes en felles mal for slik avtale. Beredskap skal inngå som eget punkt i samarbeidsavtalen, og nødvendige avklaringer omkring kommunikasjon, varslingslinjer, overføring av pasienter fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, psykososial omsorg og håndtering av epidemier, herunder pandemisk influensa, bør inngå.

AMK-sentralene har ansvar for å skaffe oversikt over kommunale ressurser. Ofte er dette løst ved å holde jevn og god kontakt med legevaktsentralene og etterspørre kommunale ressurser via disse. I planverk på helseforetaknivå vil det tydelig fremgå varslingsrutiner og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i gitte situasjoner. Helseforetakene skal i sitt planarbeid aktivt gå inn for samordning med de kommunale planverk, gjerne ved å involvere Fylkesmannen som mellomledd. Det vises til Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, gyldig fra 01.04.2005.

Landets øvrige RHF

Ved hendelser der kapasiteten i Helse Vest overskrides, eller det er behov for koordinering/tilførsel av ressurser fra andre regioner, skal henvendelsene rettes via regional AMK. Regional AMK vil da i stor grad forholde seg til tilsvarende regional AMK funksjon som er etablert i de andre regionene.

Ved hjelp til andre RHF på anmodning, skal det RHF som mottar hjelp yte kompensasjon for utgifter som pådras det RHF som bidrar med hjelp, med mindre annet er avtalt (jfr.§2-1c Lov om spesialisthelsetjeneste).

Det er videre behov for et nært samarbeid mellom landets RHF for å ivareta samordningsprinsippet i helsemessig beredskap. Dette vil delvis bli ivarettatt gjennom jevnlig dialog og delvis gjennom interregionale samordningsfora.

Andre land

Det internasjonale samarbeidet innen helsesektoren er omfattende og betydningen av samarbeidet øker. Landene samarbeider for å løse helsemessige utfordringer som ikke stopper ved grensene, både for å øke kunnskap og utvikle samarbeidsordninger for å kunne drive effektiv forebyggende arbeid og sykdomsbekjempelse nasjonalt, i våre nærområder og i andre deler av verden. Dette gjelder også samarbeid om katastrofeinnsats. Tilgang på rask informasjon og samarbeid om tiltak kan bidra til raskere og mer effektive hjelpeinnsatser.

Norge kan i en beredskapssituasjon bli anmodet om å bidra med helseresurser både på bilateral basis og til de internasjonale organisasjonene vi deltar i. Norge kan på lik linje med andre land selv anmode om slik bistand. Henvendelser til andre land om behov for bistand vil normalt gå via Sosial- og helsedirektoratet med mindre det allerede er etablert et direkte samarbeid på faglig/operativt nivå.

Beskrivelsene under er utdrag fra Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan.

De nordiske landene

De nordiske landene underskrev i juni 2002 en rammeavtale om helseberedskap (Vedlegg J) der landene forplikter seg så langt som mulig til å:

- yte hverandre gjensidig assistanse i krisesituasjon
- informere og konsultere hverandre om tiltak som iverksettes i krisesituasjoner
- fremme samarbeid ved å fjerne hindringer i nasjonale regler mv
- samarbeide om erfaringsutveksling og kompetanseheving

EU/WHO/NATO

EU: Beredskapstiltak og krisehåndtering er et nasjonalt ansvar for medlemslandene i EU/EØS-området. Det er likevel bred enighet om behovet for å etablere samarbeidsordninger for å øke helseberedskapen. Dette gjelder blant annet konsultasjoner, varslingsordninger og standardiseringsarbeid (for eksempel klassifiseringssystemer, beredskapsplaner) for å kunne kommunisere og håndtere en krisesituasjon på tvers av landegrenser. Norge deltar fullt ut i dette samarbeidet.

WHO: I likhet med EU/EØS-samarbeidet hviler samarbeidet i Verdens helseorganisasjon (WHO) på frivillighet fra medlemslandenes side. Det er en viktig målsetting for Norge å bygge opp under WHOs rolle som en global aktør for sykdomsovervåkning og krisehåndtering på helseområdet.

NATO: NATOs sivile samarbeid omfatter også helserelatert samarbeid gjennom den felles sivil-militære helsekomiteen; Joint Medical Committee (JMC). Norge kan bli anmodet om å bistå med helseressurser til humanitære operasjoner. For å lette iverksettingen av slik bistand, har det i regi av komiteen blitt utarbeidet oversikter over kapasiteter og ressurser i de enkelte medlemslandene.

Næringslivet

I deler av regionen utgjør en rekke industri- og transportbedrifter et storulykkespotensiale. Slike bedrifter besitter ofte betydelige ressurser for krisebekjempelse selv, herunder etablerte industrivernenheter. Disse enhetene har jevnlig øvelser. En god håndtering av en større industriulykke fordrer en samordning av beredskapsplanene både fra helseforetak, fra kommunens og fra virksomhetens side. Videre vil det være viktig for helseforetaket å ha informasjon om hvilke kjemikalier og gasser som representerer en ulykkesrisiko i nærområdet. Behov for lokalt lager av spesielle antidoter vil måtte vurderes i nærområdet til industri med storulykkespotensial. Det oppfordres til etablering av samarbeid mellom næringslivet og spesialisthelsetjenesten på helseforetaksnivå.

Frivillige organisasjoner

De frivillige organisasjonene (f.eks. Norges Røde Kors Hjelpekorps og Norsk Folkehjelp) kan være et viktig 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.

Mange av hjelpekorpsene har depoter med førstehjelpsutstyr, radiosendere, sokningsutstyr, beredskapslagre med forbindingsmateriell og utrykningsbiler for mannskapene. Hjelpekorpsene kan også være en god samarbeidspartner ved planlegging og gjennomføring av øvelser. Hvert enkelt helseforetak må selv vurdere behov for konkrete avtaler med hjelpekorpsene.

VEDLEGG F – Sivilforsvarets ressurser i Helse Vest

Sivilforsvaret besitter store personell- og materiellressurser som kan mobiliseres på ½ - 4 timers varsel, og representerer således en betydelig beredskapsressurs for helsevesenet.

Imidlertid bør det presiseres at disse ressurser også kan være disponert av politiet/brannvesenet, eller andre, i aktuelle situasjoner og hendelser som kan utløse bistandsbehov i helsevesenet. Det er derfor å anbefale at man avklarer sitt bistandsbehov og bistandsområder i fredelige tider, for deretter å drøfte mulighetene med det aktuelle sivilforsvarsdistriktet og eventuelt gjennom skriftlige avtaler organisere dette på best mulig måte. Slike avtaler kan også danne basis for felles øvelser fra tid til annen.

Sivilforsvaret har et raskt og moderne varslingsystem for alle ansatte og innsatsgrupper. Varslingsystemet er landsdekkende og gir mulighet for å varsle mange personer og også sivilforsvarsdistrikt i løpet av sekunder. Varslingsystemet har tilbakemeldingsfunksjon, slik at man vil ha oversikt over tilgjengelig mannskap i løpet av få minutter. Varsel kan gå med både talemelding og tekstmelding til den enkelte.

Organisering

Sivilforsvaret er satt opp i følgende avdelingstyper:

Sivilforsvarets Fredsinnsatsgrupper (FIG) med 22 trente mannskaper med brann/rednings og sanitetsmateriell tilpasset lokale behov. AMK kan mobilisere FIG direkte, via 110/112 sentralen eller en døgnvakttelefon. Ønsket varslingsrutine bør drøftes med sivilforsvarsdistriktet. FIG øves flere ganger pr. år og er ”spydspissen” i bistanden fra Sivilforsvaret

Katastrofeavdelinger (Innsatsgrupper (IG)): I fredstid disponerer Sivilforsvaret katastrofeavdelinger (grupper á 77, øvet befall og mannskaper). Styrkene øves årlig og gjerne i samarbeid med oppdragsgiverne. Siden styrkene er under ledelse av eget befall kan oppdragstypene variere etter behov som for eksempel til avsperring/vaktmannskaper/trafikkdirigering med mer.

Aktuell bistand for helsetjenesten

Renseenheter: I tillegg til de ABC-saneringsenhetene som helseforetakene selv disponerer, har Sivilforsvaret mobile rensenheter med trente mannskaper og materiell. Enhetene er av merket Swede og er av samme type som flere HF disponerer. Disse enhetene er primært planlagt brukt på/ved et skadested. Enhetene har apparatur for å kunne måle flere typer forurensing. Krav til mobilisering på de mobile rensenheterne er 2 timer.

Hordaland sivilforsvarsdistrikt:	1 rensenhet stasjonert i Bergen
Rogaland sivilforsvarsdistrikt:	1 rensenhet stasjonert i Sandes
Sogn og Fjordane sivilforsvarsdistrikt:	1 rensenhet stasjonert ved og betjent av Helse Førde HF (Sentralsjukehuset)

Skallsikring: AMK eller HF kan ved behov anmode be Sivilforsvaret om bistand til nødvendig skallsikring av egne bygninger og anlegg etter forhåndsavtale.

Vannforsyning ved bortfall av vanntilførsel. Sivilforsvaret kan bistå kommunen med midlertidig fremføring av vann. Sivilforsvaret disponerer store mengder vannslanger, med stor dimensjon og kapasitet, som på kort varsel kan legges over stor avstand. Vannet må kokes før det er egnet som drikkevann.

Oppblåsbare telt med varme. Sivilforsvarsdistriktene disponerer flere oppblåsbare telt med lys og varme. Helseforetakene bør kartlegge denne ressursen og avtale hvordan slike telt kan rekvireres ved behov.

Grupper for deteksjon av radioaktiv forurensing. På ca 120 steder rundt i landet har Sivilforsvaret trent mobilt personell som på én times varsel skal være klare for å måle radioaktiv forurensing/stråling.

Hordaland sivilforsvarsdistrikt:	8 grupper
Rogaland sivilforsvarsdistrikt:	6 grupper (Lokalisert: Sauda, Vindafjord, Sandnes, Lund, Eigersund)
Sogn og Fjordane sivilforsvarsdistrikt:	6 grupper (Lokalisert: Aurland, Sogndal, Høyanger, Askvoll, Førde, Norfjordeid)

Sambandsutstyr. Sivilforsvaret har mye godt sambandsutstyr som kan benyttes i en beredskapssituasjon, også til bruk over lengre avstand. Blant annet kan nødetater be om bistand til etablering av alternativt samband.

Sanitetsmateriell. Sivilforsvaret har utstyr som er beregnet til å behandle 25 skadde på samleplass. FIG har med utstyret som vil kunne settes opp i løpet av ½ -1 time. Følgende sanitetsmateriell er tilgjengelig: Grunnsats for blødning, sårbehandling, intravenøs væskebehandling, pasient infusjonsvarmer, intubasjon, thorax drenasje, nakkekrager, spejlesett, førstehjelpsvæsker, ulltepper og bårer. I tillegg utstyr for dokumentasjon, overvåkning, ventilasjon, transport og varme

For nærmere detaljering på tilgjengelig utstyr henvises det til det enkelte sivilforsvarsdistrikt.

	Hordaland Sivilforsvarsdistrikt	Rogaland Sivilforsvarsdistrikt	Sogn og Fjordane Sivilforsvarsdistrikt
Kontakt- informasjon:	Sandbrekktoppen 30 5224 Nesttun Tlf: 55 10 93 00 Fax: 55 10 93 01 www.sivilforsvaret.no/ hordaland	Vagleleiren 4323 Sandnes Tlf: 51 68 20 00 Fax: 51 62 58 14 www.sivilforsvaret.no/ rogaland	Postboks 343 6852 Sogndal Tlf: 57 62 88 60 Fax: 57 67 48 57 www.sivilforsvaret.no/ sognogfjordane
Fredsinn- sats- s-grupper:	8 x 22-30 personer <u>Lokalisert:</u> Bergen, Fjell, Lindås, Stord, Voss, Eidfjord, Kvam og Odda.	6 x 25 personer <u>Lokalisert:</u> Sauda, Vindafjord, Sandnes, Lund, Eigersund, Strand.	6 x 23 personer <u>Lokalisert:</u> Aurland, Høyanger, Førde, Askvoll, Florø, Nordfjordeid.
Innsats- grupper	8 x 50-100 personer	5 x 70 personer	4 grupper med følgende fordeling:

	<u>Lokalisert:</u> 2 grupper i Bergen 1 gruppe i Os 1 gruppe på Askøy 1 gruppe på Stord 1 gruppe på Voss 1 gruppe i Odda 1 gruppe i Lindås	<u>Lokalisert:</u> Eigersund, Sandnes, Sola, Stavanger, Haugesund	Sogndal: 80 personer Florø: 60 personer Måløy: 25 personer Årdal: 25 personer
--	---	--	--

VEDLEGG G – Politidistrikt i Helse Vest

Politidistrikt	Postadresse	Telefon	Faks
Rogaland politidistrikt	Postboks 240 4001 Stavanger	51 89 90 00	51 89 91 00
Haugaland og Sunnhordland politidistrikt	Postboks 278 5501 Haugesund	52 86 80 00	52 86 81 00
Hordaland politidistrikt	Postboks 285 Sentrum 5804 Bergen	55 55 63 00	55 55 65 50
Sogn og Fjordane politidistrikt	Postboks 85 6901 Florø	57 75 88 00	57 75 88 01

VEDLEGG H – Avtale mellom DSB og de fem regionale helseforetak

Avtale mellom Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og de fem regionale helseforetak (RHF) om samarbeide om utvikling og bruk av sivilforsvaret (SF) som forsterkningsressurs for helsetjenestene

1. Innledning

1.1 Hensikt

Hensikten med denne avtale er å beskrive hvorledes DSB gjennom Sivilforsvaret (DSB/SF) og de fem RHF skal samarbeide for at SF skal kunne bistå spesialisthelsetjenesten som den statlige forsterkningsressurs ved kriser i fred og krig slik at forsterkningsressursen blir utviklet mest mulig målrettet, rasjonell og effektiv i pakt med helsetjenestenes behov for forsterkninger under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

Merknad:

Kommunene er ikke part i denne avtale, men partene stiller seg positive til at kommunene tiltrer på begge samarbeidsnivåer. I den grad kommunene ikke tiltrer forplikter RHF og HF til å ta hensyn til kommunale behov, jfr pålegg om samhandling med kommunehelsetjenesten.

1.2 Avgrensninger

DSB/SF har en tilsvarende forsterkningsrolle overfor både politi og branntjenesten. Partene er således kjent med at denne avtalen ikke gir helsetjenestene en særskilt forrang foran de øvrige etater, men at ressursene i en krisesituasjon vil bli prioritert av politimester gjennom lokal redningssentral evt. fylkesmann.

1.3 Referanser

- Stortingsmelding nr 17 2001/2002 som beskriver Sivilforsvarets rolle som en statlig forsterkningsressurs for nødetatene, helse, brann og politi.
- Lov om helsemessig og sosial beredskap som forplikter bl.a. helseforetakene til å bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.
- Lov om spesialisthelsetjeneste
- Lov om helsetjenesten i kommunene
- Lov om Sivilforsvaret (under arbeid)

2. Samarbeidsnivåer

Samarbeidet foregår på 2 nivåer, ett sentralt nivå og lokalt nivå.

Sentralt nivå omfatter DSB/SF og gruppe bestående av representanter for hvert av de fem RHF.

Lokalt nivå omfatter sivilforsvarsdistrikt (SFD) og helseforetak (HF).

3. Forventninger til samarbeidet på de ulike nivåer

3.1 Sentralt nivå

Samarbeidet på sentralt nivå forventes å reflektere partenes ulike rolle i krisehandlingen. RHF har ansvaret for at det utøves spesialisthelsetjenester og DSB/SF skal bistå utøver med forsterkninger.

Samarbeidet omfatter derfor i prinsippet all aktivitet i DSB/SF som har til hensikt å bistå helsetjenestene, som for eksempel;

- styrkestruktur,
- rammer og begrensninger i SFD sin adgang til å inngå lokale samarbeidsavtaler
- utarbeiding av operative konsepter for ulike enheter/oppgaveløsninger
- materiellforvaltning,
- prinsipper for forvaltning av helsepersonell til SF
- opplæring i sanitetsfag mv.

DSB/SF forplikter seg til å konsultere RHF før det gjøres vedtak innen de aktuelle områder som kan ha konsekvens for DSB/SF sin evne til å fungere som forsterkningsressurs for helsetjenestene.

RHF forplikter seg til å stille helsefaglig kompetanse til disposisjon for DSB/SF til å utrede det faglige grunnlaget for vedtak på områdene.

Begge parter forplikter seg til å delta i evaluering og utvikling av DSB/SF sin rolle som forsterkningsressurs for blant annet helsetjenestene.

3.2 Lokalt nivå

På lokalt nivå utarbeides konkrete avtaler om samarbeide og bistand innen rammen av sentrale avtaler mellom DSB/SF og basert på lokale bistandsbehov som for eksempel;

- rutiner for varsling og utløsning av bistand
- bistand ved større eksterne ulykker i form av materiell, personell og forsyningstjeneste (for eksempel etablering assistanse ved etablering av hjelpplasser og lignende)
- bistand ved evakuering av helseinstitusjon
- bistand ved interne kriser som svikt i forsyning av vann, strøm, transport ol.
- samarbeide om lagring og forvaltning av sanitetsmateriell
- etablering og drift av kommunale omsorgsenter for evakuerte og pårørende (tilsv)
- samarbeide om forvaltning av helsepersonell som skal inngå i og eller bistå DSB/SF under opplæring, øving og innsats for å forsterke helsetjenestene
- samarbeide om utdanning og øving

Der enhetenes ansvarsinnodelinger ikke er sammenfallende skal det etableres lokalt samarbeide mellom aktørene slik at bistand blir rasjonell og forutsigbar for alle parter. Kommunene skal involveres i samsvar med merknader under pkt 1.

4. Administrative forhold

4.1 Kommunikasjon: RHF ene utpeker ett kontaktpunkt for DSB/SF

4.2 Økonomi: Partene dekker i prinsippet egne kostnader. Prinsippet kan fravikes etter avtale

Tønsberg den

For Helse Nord RHF

For Direktoratet for samfunnssikkerhet og
beredskap

.....
Lars H Vorland
Administrerende direktør

.....
Jon Lea
Direktør

For Helse Vest RHF

.....
Herlof Nilsen
Administrerende direktør

For Helse Midt Norge RHF

.....
Paul Hellandsvik
Administrerende direktør

For Helse Øst RHF

.....
Bente Mikkelsen
Administrerende direktør

For Helse Sør RHF

.....
Bjørn Erikstein
Administrerende direktør

Merknad: Avtalen utferdiges i ett original eksemplar som oppbevares i DSB.
Hvert RHF mottar en attestert kopi

Vedlegg I – Foreløpig samarbeidsavtale mellom Helse Vest RHF og Landsdelskommando Sør-Norge

FORELØPIG SAMARBEIDSAVTALE MELLOM HELSE VEST RHF OG LANDSDELSKOMMANDO SØR-NORGE

1. Generelt / Hensikt

Etter omorganisering av både sivil helseforvaltning og militær struktur i Sør-Norge er behovet for en samarbeidsavtale mellom Regionale helseforetak (RHF) og Landsdelskommando Sør-Norge (LDKS) åpenbart. Gjennom en slik avtale kan partene koordinere bruk av knappe ressurser innen helsesektoren optimalt ved krise- og krigssituasjoner.

Ideelt sett burde en slik samarbeidsavtale bygge på en sentral avtale mellom FD/FO/FSAN og Sosial- og helsedepartementet. Da en slik sentral avtale foreløpig ikke foreligger, inngås denne foreløpige samarbeidsavtale. Så snart en sentral avtale foreligger vil denne samarbeidsavtalen justeres iht til overordnede føringer.

Overordnet avtale bør også vurdere muligheten av en felles, samordnet planlegging av medisinske beredskapslagre der det er sammenfallende behov.

Videre må det avklares en ordning som kvalitetssikrer at sivilt medisinsk nøkkelpersonell ikke mobiliseres til Forsvaret.

2. Ansvarsområder

a. Sivil:

- RHF har det overordnede ansvar for sivil beredskapsplanlegging av spesialisthelsetjenesten innenfor egen region.
- Helseforetak (HF) har ansvar for beredskapsplanlegging for eget/egne sykehus.
- Kommunen har ansvaret for beredskapsplanlegging innen egen kommune.

b. Militær:

- Sjef LDKS har som landmilitær sjef ansvar for å koordinere sanitetstjenesten mellom Forsvarets avdelinger i Sør-Norge ovenfor RHF.
- Sjef LDKS har videre følgende ansvar:
 - Planlegge og gjennomføre sanitetstjenesten med tildelte militære sanitetsressurser.
 - Koordinere mottak av pasienter fra andre landsdeler ved en krise/krig.
 - Koordinere sanitetstjenesten for utenlandske avdelinger ved øvelser/krise/krig.
 - Sjef HV-distrikt har som landmilitær sjef ansvar for planlegging av sanitetstjenesten innen eget distrikt.
 - Sjef Haakonvern orlogsstasjon(HOS), Sjef KNM Harald Hårfagre(KNM HH) og Sjef Sola Flystasjon har ansvar for planlegging/gjennomføring av sanitetstjenesten innen eget område.

3. Samarbeidslinjer

- Helse Vest RHF - LDKS
- Helse Stavanger HF - HV 08
- Helse Fonna HF - HV 08/09
- Helse Bergen HF - HV 09
- Helse Førde HF - HV 10
- Kommunal helsetjeneste - HV avsnitt og eller områder.

4. Sivile ressurser

- Sivile sykehus tilhørende Helse Vest RHF:
 - Helse Stavanger HF:
 - Sentralsjukehuset i Rogaland

\\pc\crum6000\data\5\dkr\ldks_gflogplanoff_sivil-siv_samarbeidsavtalemellomhelsevest.doc



Helse Fonna HF:

- Haugesund sjukehus
- Stord sjukehus
- Odda sjukehus

Helse Bergen HF:

- Haukeland Universitetssykehus
- Voss sjukehus
- Kysthospitalet i Hagavik

Helse Førde HF:

- Førde Sentralsjukehus
- Nordfjord sjukehus
- Lærdal sjukehus

- b. Kommunal helsetjeneste
- c. Ambulanser-/luftambulanser

5. Militære avdelinger med sanitetsressurser i Helse Vest sitt område:

- a. Fred/krise:
 - HV 08 - Stavanger
 - HV 09 - Bergen
 - HV 10 - Jølster
 - HOS, Bergen, med sykestue.
 - KNM HH, Stavanger, med sykestue.
- b. Etter oppsetting av mobiliseringsavdelinger:
 - Hospitalliaisonlag fra HV ved utpekte sykehus, administrativt ansvar for militære pasienter.
 - Stasjonssykehus ved HOS.
 - Stasjonssykehus ved KNM HH.
 - Stasjonssykehus ved Sola Flystasjon.
- c. Avhengig av situasjon kan følgende mobile sanitetsressurser disponeres i Helse Vest sitt område:
 - Sanitetsbataljon / LDKS
 - Sanitetsbataljon / DIV 6
 - Sanitetskompani / Brig 12

6. Forsvarets avdelinger i Helse Vest sitt område kan i en krisesituasjon gi følgende støtte:

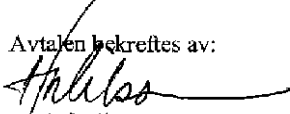
- a. Fredskrise:
 - Personellstøtte
 - Materiellstøtte (primært fra HV)
 - Personell/materiell for å kunne sikre/uskadeliggjøre et skadeområde der det er gjort funn av eksplosiver.
- b. Politiet, som skadestedsleder, vurderer behovet for militær støtte og rekvirerer støtten fra LDKS.
- c. Etter oppsetting av mobiliseringsavdelinger:
 - Militær sanitetstjeneste ved ledig kapasitet.



7. Forsvarets avdelinger har følgende behov for støtte fra Helse Vest RHF med HF:
- Ved øvelser/krise/krig:
 - Direkte tilgang til sivile sykehus.
 - Tilgang til sykehustjenester for utenlandske avdelinger.
 - Ved større øvelser kunne etablere hospitalliaisonlag ved utpekte sykehus. Avtales av Sjef HV-distrikt med HF.
 - I tillegg etter oppsetting av mobiliseringsavdelinger:
 - Infrastruktur ved sivile sykehus, for etablering av Hospitalliaisonlag (kontor, lagerplass, telefon og lignende). Avtales av Sjef HV-distrikt med HF.
 - Være forberedt på mottak av pasienter fra en annen landsdel, dette for å frigjøre behandlingskapasitet i et bestemt område. Avtales mellom Sjef LDKS og RHF.
8. Forsvarets avdelinger i Helse Vest sitt område har følgende behov for støtte fra kommunehelsetjenesten:
- Tilgang til kommunehelsetjenesten. Avtales av Sjef HV-distrikt med berørte kommuner.
9. Avtaler mellom de enkelte foretak i Helse Vest RHF og lokale militære avdelinger. På grunnlag av denne overordnede avtale og behov bygget på lokale risiko og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser), bør det søkes etablert lokale samarbeidsavtaler mellom hvert lokale HF og lokale militære avdelinger. Avtalene beskriver både samarbeid om øvelser og om personell, materiell, sanitet, transport, bygningsmessig og annen logistikkstøtte fra Forsvaret ved fredskriser og helsevesenets tilsvarende støtte til Forsvaret ved øvelser/krise/krig.

10. Denne avtalen er gjeldende fra 18 juni 2003.

Avtalen bekreftes av:


 Herlef Nilssen
 Administrerende direktør
 Helse Vest RHF


 Kjell Narve Ludvigsen
 Generalmajor
 Sjef Landsdelskommando Sør-Norge

VEDLEGG J – Nordisk Helseberedskapsavtale

Regjeringene i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige,

som er overbevist om nødvendigheten av samarbeid mellom helsemyndighetene i de kontraherende stater med det formål å øke de nordiske lands samlede evne til å håndtere kriser

og katastrofer, herunder naturkatastrofer og hendelser (ulykker og terrorhandlinger) med bl.a. radioaktiv stråling, biologiske og kjemiske agens,

som ønsker å legge til rette for effektiv assistanse dersom en krise eller katastrofe rammer et nordisk land og assistanse ikke er omfattet av andre nordiske multilaterale og bilaterale overenskomster, herunder Avtale mellom Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige om samarbeid over territorialgrensene for å forhindre eller begrense skade på mennesker, eiendom eller i miljøet ved ulykkeshendelser av 20. januar 1989 (Nordisk redningstjenesteavtale),

som ønsker en avtale som kan være en ramme for samarbeid om konkrete beredskapsforberedelser,

som ytterligere ønsker å forbedre samarbeidet på området,

er blitt enige om å inngå en nordisk helseberedskapsavtale med den ordlyden som følger nedenfor:

Artikkel 1, Definisjoner

I denne avtale betyr uttrykkene

a) “nordisk land”

hver av de kontraherende stater, samt hjemmestyreområdene Færøyene, Grønland, og Åland i en grad de nevnte hjemmestyreområder har gitt sitt samtykke til deltagelse i samarbeidet,

b) “kompetent myndighet”

i Danmark:

Indenrigs- og sundhedsministeriet

i Finland:

Social- och hälsovårdsministeriet

i Island:

Helsedepartementet

i Norge:

Helsedepartementet

i Sverige:

Regjeringen (Socialdepartementet), eller den virksomhet departementet har delegert denne myndigheten til.

Artikkel 2, Formål

Denne avtale skal legge til rette for samarbeid mellom de nordiske land om å forberede og utvikle helseberedskapen i forhold til å håndtere kriser og katastrofer, herunder naturkatastrofer og hendelser (ulykker og terrorhandlinger) med bl.a. radioaktiv stråling, biologiske og kjemiske agens.

Artikkel 3, Anvendelsesområde

Denne avtale gjelder samarbeid mellom de kompetente myndigheter innenfor helse(- og sosial)området. Samarbeidet omfatter:

- a. forberedelser av beredskapstiltak, og
- b. assistanse i tilfelle en kontraherende stat rammes av en krise eller katastrofe.

Denne avtale kommer i tillegg til og skal derfor ikke gjelde dersom behov for assistanse omfattes av Nordisk redningstjenesteavtale av 20. januar 1989.

Fordelingen av administrative og økonomiske konsekvenser ved samarbeid om beredskapstiltak som nevnt i første ledd bokstav a i denne artikkel, avtales i det enkelte tilfelle.

I situasjoner nevnt i første ledd bokstav b i denne artikkel får bestemmelsene i Nordisk redningstjenesteavtale om økonomisk oppgjør anvendelse så langt de passer.

Denne avtale skal ikke være til hinder for at de nordiske land oppfyller sine folkerettslige forpliktelser eller deltar i internasjonalt samarbeid.

Innenfor rammen av denne avtalen kan de kompetente myndigheter inngå avtaler på enkeltområder.

Artikkel 4, Landenes forpliktelser

De nordiske land forplikter seg til

- 1) på anmodning å yte hverandre assistanse så langt de har mulighet til etter bestemmelsene i denne avtalen,
- 2) å informere hverandre så raskt som mulig om tiltak de planlegger å iverksette, eller iverksetter, som får eller antas få betydning for de øvrige nordiske land
- 3) å fremme samarbeide ifølge denne avtalen i nasjonale lover, forskrifter og andre rettsregler og fjerne hinder for dette samarbeidet så langt det er mulig,
- 4) å legge til rette for erfaringsutveksling og samarbeid om kompetanseutvikling.
- 5) å arbeide for utvikling av samarbeidet på dette området.
- 6) å holde hverandre orientert om relevante endringer i landenes beredskapsordninger, herunder lovendringer.

Artikkel 5, Gjennomføring av avtalen

Helseministrene i de kontraherende stater møtes jevnlig for å diskutere problemstillinger innenfor avtalens virkeområde. Det land som har formannskapet i Nordisk Ministerråd har ansvaret for at dette skjer.

For den praktiske gjennomføring av denne avtale, forutsettes at de kompetente myndigheter står i direkte kontakt med hverandre.

De kompetente myndigheter skal i fellesskap evaluere utviklingen og gjennomføringen av denne avtale hvert år. Dette bør så vidt mulig skje i forbindelse med eksisterende fora og møteaktiviteter.

Artikkel 6, Ikrafttreden

Avtalen trer i kraft tretti dager etter den dag alle de kontraherende stater skriftlig har underrettet det norske utenriksdepartementet om at de har godkjent avtalen.

Det norske utenriksdepartement underretter de øvrige avtaleparter og Nordisk Ministerråd skriftlig om tidspunktet for mottagelse av slike meddelelser og om tidspunktet for avtalens ikrafttreden.

Artikkel 7, Oppsigelse

En avtalepart kan si opp avtalen ved å gi skriftlig meddelelse om dette til det norske utenriksdepartementet som underretter de øvrige avtaleparter om tidspunktet for mottagelsen av slik meddelelse og om dens innhold. Oppsigelsen får virkning seks måneder etter at meddelelsen ble mottatt.

Artikkel 8, Avtalens deponering

Denne avtales originaleksemplar deponeres i det norske utenriksdepartement som tilstiller de øvrige avtalepartene bekreftede kopier.

Referanser

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet, *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*. Fastsatt 31.01.07.
- 2 Sosial- og helsedirektoratet, *Nasjonale ROS-analyser innen helse*. Juni 2005.
- 3 Helse Vest RHF, *Beredskap i den medisinske nødmeldetjenesten*. Helse Vest RHF. 17.2.2003.
- 4 Helse Vest RHF, *Håndtering av definerte operative situasjoner*.
- 5 Helse Vest RHF, *Forsyningsberedskap i Helse Vest RHF*. Rapport fra RRFB, 17.01.2006.
- 6 Helse Vest RHF, *Planveileder*. 2007.
- 7 Helse- og omsorgsdepartementet, Brev til landets RHF av 28. juni 2006.
- 8 Helse Vest RHF, *Styringsdokument 2007 til Helse Bergen HF*. Februar 2007.
- 9 Helse Vest RHF, Smittevernplan 2006-2008, www.helse-vest.no
- 10 Helse og omsorgsdepartementet, *Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa (pandemiplanen)*. Lenke: http://odin.dep.no/filarkiv/273635/Beredskapsplan_pandemi.pdf
- 11 Helse- og omsorgsdepartementet, *Forskrift om smittevern i helsetjenesten*. FOR-2005-06-17 nr 610.