

Vedlegg 1

VARSLINGSRUTINAR OG VARSLINGSLISTER – HELSE VEST RHF OG NASJONALE HELSEMYNDIGHEITER

Når og på kva måte skal Helse Vest RHF varslast?

Hovudvarsel

Administrerende direktør (AD) i Helse Vest RHF skal bli varsla ved oppringing av AD i helseføretaka, Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest IKT ved følgjande hendingar:

- Større hendingar som oppstår lokalt, og der det blir etablert strategisk beredskapsleiing
- Hendingar der det må vurderast om sørgje for-ansvaret er oppfylt
- Hendingar som kan få mediemerksom, eller som det på annan måte blir vurdert som viktig at Helse Vest RHF er kjent med
- Hendingar der det er behov for dialog med Helse Vest RHF

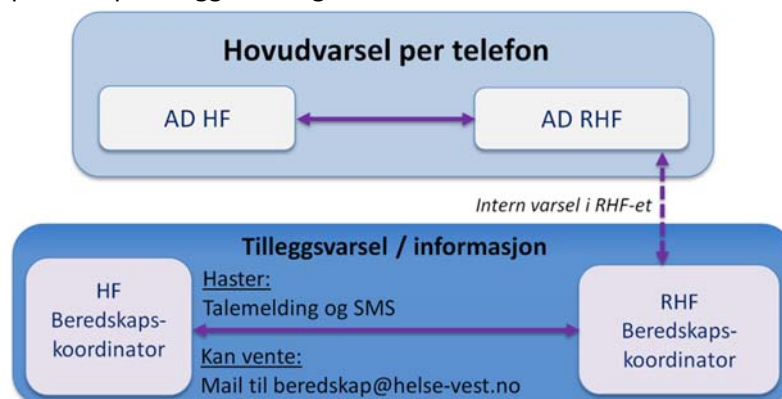
Det skal vere låg terskel for å varsle RHF-et. Dersom ein er i tvil, skal ein varsle.

Dersom AD i Helse Vest RHF ikkje er tilgjengeleg, skal varsel ved oppringing skje til ein annan i beredskapsleiinga til Helse Vest RHF, etter ei prioritert rekkjefølgje (sjå lista nedanfor). Helse Vest RHF varslar vidare i eigen organisasjon.

Ved større hendingar må det ansvarlege helseføretaket raskt vere budd på rapportering og informasjonsdeling til RHF-et. Ansvarleg helseføretak må tilsvarende varsle RHF-et ved normalisering / avslutning av beredskapen.

Tilleggsvarsel/informasjon

Det skal òg vere ei varslings-/informasjonslinje mellom beredskapskoordinatorar (eller tilsvarende rolle) i HF og RHF. Dette varselet skal òg skje ved mindre beredskapshendingar der HF mobiliserer og handterer hendinga proaktivt. HF må vurdere om varsel skal sendast straks eller kan vente. Hendingar som det er viktig at RHF blir varsla raskt om, skal sendast som SMS og talemelding. Varsel/informasjon som ikkje hastar, kan sendast på e-post til beredskap@helse-vest.no. Helse Vest RHF har ikkje etablert vaktordning 24/7 for beredskapskoordinatorar. HF må sikre varsling i leiarlinja dersom det ikkje blir respondert på tilleggsvarslinga.



Figur: To varslingsveggar til RHF-et

Når ein ringjer Helse Vest RHF, skal ein vere førebudd på å svare på følgjande:

Ring Helse Vest RHF og opplys om følgjande:

- Namnet ditt og funksjonen din
- Kvar ringjer du frå?
- Kva gjeld det?
 - Beredskapssituasjon, inkludert informasjon om beredskapsnivå
 - Øving
- Kva ønskjer du å formidle til AD RHF?
 - Varsle om ei hending og opprette kontakt med RHF-et
 - Be om assistanse frå RHF (for eksempel mediehandtering)
 - Be om varslings til nasjonalt nivå
 - Be om full mobilisering av beredskapsleiinga grunna alvorleg situasjon
- Korleis blir hendinga handtert, inkludert eventuelle ressursbehov?
- Er vidarevarslings utført i tråd med regional plan?
- Kven skal vere kontaktperson vidare?
 - I føretaket (namn, telefonnummer)
 - I RHF-et (namn, telefonnummer)
- Dersom det er behov for statusoppdatering og rapportering, avtaler de frekvens og kommunikasjonsveg.

SMS-/e-postvarsel til beredskapskoordinator skal innehalde:

- Kort om kva som er hendinga
- Kort og overordna om handtering og venta utvikling
- Kort om eventuelt støttebehov frå RHF
- Vidare kontaktpunkt

Varslingsliste – leiinga i Helse Vest RHF

| Leiinga i Helse Vest RHF – prioritert rekkjefølgje for varsling frå AD til AD | | | | |
|---|-------------------------|------------------------------------|------------|--|
| Nr | Namn | Stilling | Mobil | E-e-post |
| 1 | Herlof Nilssen | Administrerende direktør | 909 11 130 | herlof.nilssen@helse-vest.no |
| 2 | Bente Aae | Kommunikasjonsdirektør | 415 33 807 | bente.aae@helse-vest.no |
| 3 | Hilde Brit Christiansen | Personal- og organisasjonsdirektør | 415 33 809 | hilde.brit.christiansen@helse-vest.no |
| 4 | Baard-Christian Schem | Fagdirektør | 926 65 166 | baard-christian.schem@helse-vest.no |
| 5 | Per Karlsen | Økonomi- og finansdirektør | 415 33 806 | per.karlsen@helse-vest.no |
| 6 | Ivar Eriksen | Eigardirektør | 415 33 814 | ivar.eriksen@helse-vest.no |
| 7 | Ingvill Skogseth | Beredskapskoordinator | 415 33 812 | ingvill.skogseth@helse-vest.no |
| 8 | Ingeborg Aas Ersdal | Beredskapskoordinator | 900 36 662 | ingeborg.aas.ersdal@helse-vest.no |
| 9 | | Beredskapskoordinator | | |

Prioritert rekkjefølgje for varsling

Dersom administrerende direktør ikkje er tilgjengeleg for varsling, skal nummer 2 på beredskapsleiinga si liste varslast. Dersom nummer 2 ikkje er tilgjengeleg, skal nummer 3 på lista varslast, osv.

Under ferieavviklinga vil det vere eigne lister for kven som er fungerande AD. Ferielister for leiargruppa og beredskapskoordinatorane blir koordinerte og distribuerte til helseføretaka, Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest IKT i god tid før ferieavviklinga tek til.

Kontaktinfo til beredskapskoordinatorar RHF

| | | | |
|---------------------|-----------------------|------------|--|
| Ingvill Skogseth | Beredskapskoordinator | 415 33 812 | ingvill.skogseth@helse-vest.no |
| Ingeborg Aas Ersdal | Beredskapskoordinator | 900 36 662 | ingeborg.aas.ersdal@helse-vest.no |
| | Beredskapskoordinator | | |

Varsling av nasjonale helsemyndigheiter ved Helsedirektoratet

| | |
|--|-------------------|
| Beredskapstelefonen til Helsedirektoratet | 414 35 429 |
|--|-------------------|

Vedlegg 2

VARSLINGSRUTINAR OG VARSLINGSLISTER FOR HELSEFØRETAKA, HELSE VEST IKT OG SJUKEHUSAPOTEKA VEST

Varsling av strategisk beredskapsleiing

Nedanfor følger ei prioritert varslingsoversikt for den strategiske beredskapsleiinga i kvart av dei fire (sjukehus)helseføretaka, Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest IKT. Varslingsoversikta bør registrerast inn i HelseCIM-installasjonen til verksemda.

Lista er i prioritert rekkjefølgje. Dersom nummer 1 ikkje svarer, går ein vidare til nummer 2, osv.

Det må utarbeidast eigne varslingslister med avlørsarar før kvar sommarferieavvikling. Listene må distribuerast til alle helseføretaka, Helse Vest RHF, Helse Vest IKT og Sjukehusapoteka Vest før ferieavviklinga tek til.

Helse Førde

| Namn | Stilling | Mobil | Jobb | Alt. telefon (f.eks. privat) | E-post |
|-------------|------------------------------|------------|-------------|------------------------------|--|
| Jon Bolstad | Administrerande direktør | 932 43 152 | 57 83 90 20 | | jon.bolstad@helse-forde.no |
| Vidar Vie | Viseadministrerande direktør | 480 77 586 | 57 83 98 93 | | vidar.vie@helse-forde.no |
| | Beredskapssjef | | | | |

Helse Bergen

| Namn | Stilling | Mobil | Jobb | Alt. telefon (f.eks. privat) | E-post |
|----------------------|---------------------------------|------------|-------------|------------------------------|--|
| Anne Sissel Faugstad | Konst. administrerande direktør | 958 904 30 | 55 97 47 63 | 55 20 14 72 | anne.faugstad@helse-bergen.no |
| Askjell Utaaker | Drift. direktør | 932 304 48 | 55 97 47 15 | 55 95 38 90 | utaaker.askjell@helse-bergen.no |
| Hanne Klausen | Klinikk direktør | 911 320 92 | 55 97 68 88 | 55 13 91 50 | hanne.klausen@helse-bergen.no |
| Brit Pedersen | Spesialrådgivar | 975 974 53 | 55 97 54 54 | | brit.pedersen@helse-bergen.no |
| Jan E. Agdestein | Spesialrådgivar | 958 90 458 | | 53 49 48 29 | jan.agdestein@helse-bergen.no |

Helse Fonna

| Namn | Stilling | Mobil | Jobb | Alt. telefon (f.eks. privat) | E-post |
|------------------------------|---|------------|-------------|------------------------------|--|
| Olav Klausen | Administrerende direktør | 952 31 637 | 52 73 20 21 | | olav.godtfred.klausen@helse-fonna.no |
| Anne Hilde Bjøntegård | Direktør medisinsk serviceklinikk | 977 63 352 | 52 73 20 35 | | Anne.Hilde.Bjontegard@helse-fonna.no |
| Berit Haaland | Direktør kirurgisk og medisinsk klinikk | 971 05 388 | 52 73 20 32 | | Berit.Haaland@helse-fonna.no |
| Kenneth Eikeset | Direktør klinikk for psykisk helsevern | 995 13 977 | 52 73 20 50 | | Kenneth.Eikeset@helse-fonna.no |
| Ingerid Paulsen | Beredskapssjef | 918 10 785 | 52 73 20 40 | 52 72 32 09 | Ingerid.paulsen@helse-fonna.no |

Helse Stavanger

| Namn | Stilling | Mobil | Jobb | Alt. telefon (f.eks. privat) | E-post |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------|-------------|------------------------------|--|
| Inger Cathrine Bryne | Administrerende direktør | 913 56 788 | 51 51 96 14 | | inger.cathrine.bryne@sus.no |
| Svein Skeie | Divisjonsdirektør Medisinsk div. | 90748883 | 51 51 98 28 | 51 65 52 07 | svein.skeie@sus.no |
| Hans Tore Frydnes | Divisjonsdirektør Medisinsk service | 950 51 121 | 51 51 80 90 | 38 26 64 44 | hans.tore.frydnes@sus.no |
| Sverre Uhving | Fagdirektør FFU | 957 25 942 | 51 51 80 05 | 51 88 12 05 | sverre.uhving@sus.no |
| Karin Sollid | Beredskapssjef | 915 37 035 | 51 51 80 60 | 51 55 52 65 | karin.marie.sollid@sus.no |
| Eva Egeland | Beredskapskoord. | 481 20 168 | 51 51 36 49 | 51 62 01 57 | eva.kristin.egeland@sus.no |
| Olav Østebø | Beredskapskoord. | 900 69 150 | 51 51 82 03 | | olav.johan.ostebo@sus.no |

Helse Vest IKT

| Namn | Stilling | Mobil | Jobb | Alt. telefon (f.eks. privat) | E-post |
|-----------------------|----------------------------|------------|-------------|------------------------------|--|
| Erik M. Hansen | Administrerende Direktør | 932 30 422 | | | erik.hansen@helse-vest-ikt.no |
| Harald Flaten | Avdelingsleiar | 959 45 237 | 55 97 82 11 | | harald.flaten@helse-vest-ikt.no |
| Kundesenteret | Kontaktpunkt (døgnbemanna) | | 55 97 65 40 | | kundesenteret@helse-vest-ikt.no |

Sjukehusapoteka Vest

| Namn | Stilling | Mobil | Jobb | Alt. telefon (f.eks. privat) | E-post |
|-------------------------------|--------------------------------|------------|-------------|------------------------------|--|
| Jannicke Daae Tønjum | Administrerende direktør | 982 32 156 | | | Jannicke.daae.tonjum@sav.no |
| Øystein Torgauten | Fagdirektør | 932 00 138 | | | Oystein.torgauten@sav.no |
| Lene Svanberg Jakobsen | Sjukehusapotekar Bergen | 988 45 265 | 55 97 53 45 | | Lene.svanberg.jakobsen@sav.no |
| Tonje Folkvang | Sjukehusapotekar Stavanger | 911 44 639 | 51 51 93 57 | | Tonje.folkvang@sav.no |
| Berit Beate Berntsen | Personal- og organisasjonssjef | 481 62 688 | | | Berit.berntsen@sav.no |

Varslingsrutinar på lågare nivå (mellom dei beredskapsansvarlege)

Det skal òg vere ei varslings-/informasjonslinje mellom beredskapskoordinatorar/beredskapsansvarlege i HF-a og frå RHF til HF.

Kvar verksemd må vurdere om varsel skal sendast straks, eller om det kan vente. Hendingar som det er viktig at andre føretak er varsla raskt om, skal sendast som SMS og talemelding.

Varsel/informasjon som ikkje hastar, kan sendast som e-post. Sjå òg vedlegg 1.

Vedlegg 3

RETNINGSLINJER FOR VARSLING OG HANDTERING – IKT, TELEFONI OG SIGNALANLEGG

Dette vedlegget gir retningslinjer for varsling og handtering av kritiske uønskete hendingar i interaksjon mellom helseføretaka og Helse Vest IKT. Tenestene Helse Vest IKT leverer, er ein viktig del av infrastrukturen til sjukehusa og har direkte konsekvensar for liv og helse. Ved svikt i desse tenestene skal to (eller fleire) organisasjonar arbeide saman for å handtere den uønskete hendinga, minimere konsekvensane og sørge for kontinuitet i tenesteleveransen. Presisering av roller og ansvar vil bidra til det.

Du finn meir detaljert informasjon i beredskapsplanen/kontinuitetsprosessen¹ til Helse Vest IKT.

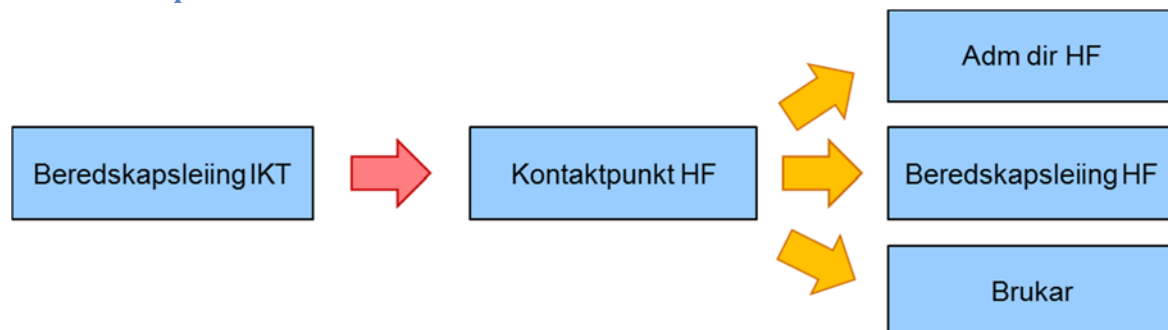
3.1 Ansvarlege aktørar innanfor handtering av IKT-svikt

| Pkt. | System | Ansvarleg aktør |
|------|--|----------------------------|
| 1. | IKT-system i samsvar med den årleg avtalte tenesteavtalen | Helse Vest IKT |
| 2. | Drift av datahallar | Helse Vest IKT |
| 3. | Drift av teknisk infrastruktur som er nødvendig for datahallar: kjøling, straum etc. | Helseføretaka i Helse Vest |
| 4. | Telefoni og signalsystem i samsvar med den årleg avtalte tenesteavtalen | Helse Vest IKT |
| 5. | Brannvarslingsanlegg | Helseføretaka i Helse Vest |
| 6. | Nødrutinar i samband med bortfall av tenester | Helseføretaka i Helse Vest |

3.2 Varsling ved beredskap

Varsling til kvarandre om pågåande situasjonar er viktig for å kunne sjå heile biletet, og for å kunne hjelpe kvarandre.

Ved beredskap i Helse Vest IKT



Figur 1: Helse Vest IKT varslar det avtalte kontaktpunktet i føretaket, som igjen varslar vidare internt.

¹ Helse Vest IKT nyttar det globale rammeverket ITIL for verksemdsprosessane sine, blant anna prosessen for beredskapsarbeid i selskapet. Kontinuitetsprosessen er ITIL-prosessen, som handterer planar og tiltak i samband med uønskete hendingar / beredskapssituasjonar.

Ved erklært beredskap i Helse Vest IKT skal det påverka helseføretaket varslast gjennom eit avtalt kontaktpunkt. Kontaktpunktet skal vere beskrive i tenesteavtalen og stå i det lokale planverket til HF-et.

Ved beredskap i helseføretaka



Figur 2: Helseføretaket varslar og kallar inn Helse Vest IKT i si eiga beredskapsleiing

Ved erklært beredskap i helseføretaket kallar helseføretaket Helse Vest IKT inn i si eiga beredskapsleiing ved behov. Informasjon om kven som skal kallast inn, finn du i tenesteavtalen.

Situasjonar som krev varsling eller innkalling:

- a. Dersom Helse Vest IKT fangar opp ein situasjon som potensielt kan få store konsekvensar for sjukehuset, skal Helse Vest IKT varsle sjukehuset så snart som mogleg gjennom avtalte kanalar.
- b. Ved ein erklært beredskapssituasjon der beredskapsnivået er gul/B eller høgare i Helse Vest IKT, skal føretaka varslast så snart som mogleg.
- c. Ved ein erklært beredskapssituasjon der beredskapsnivået er gul/B eller høgare i helseføretaket, skal Helse Vest IKT varslast så snart som mogleg.

3.3 Generelle retningslinjer for handtering av omfattande svikt i tenesteleveransane

1. Helseføretaket og Helse Vest IKT har kvar for seg ansvaret for å dokumentere og implementere dei interne rutineane for handtering av kritiske uønskete hendingar.
2. Både helseføretaket og Helse Vest IKT kan melde inn og definere uønskete hendingar som kritiske. Ved samtidshendingar er rekkjefølgja på feilretting regulert i samsvar med tenesteavtalen og kor kritisk hendinga er.
3. Kva typar uønskete hendingar som blir definerte som ein kritisk situasjon, er beskrive i tenesteavtalen mellom Helse Vest IKT og helseføretaket. Varsling skal skje i samsvar med reglane og tidsfristane for kommunikasjonsstyring som er fastlagde i tenesteavtalen og beredskapsplanen/kontinuitetsstyringa² til Helse Vest IKT.
4. Helse Vest IKT har ansvar for å følgje opp eksterne leverandørar.
5. Det er alltid ein representant frå leiargruppa i Helse Vest IKT som leier arbeidet med å handtere situasjonen.
6. Når eitt eller fleire helseføretak er involverte i ein beredskapssituasjon, blir det for Helse Vest IKT sin del vareteke av kontinuitetsprosessen. Helse Vest IKT vil koordinere innsatsen overfor helseføretaka i dialog med helseføretaka. Helseføretaka må handtere konsekvensane ved bortfall av tenestene i tråd med beredskapsplanane sine.

² Kontinuitetsstyring er arbeidet med å planleggje for uønskete hendingar / beredskapssituasjonar.

7. Helse Vest IKT har ansvaret for å informere dei ramma brukarmiljø via driftsmeldingar om framdrifta på løysinga av ei kritisk hending. Kommunikasjon mellom partane skal følgje ordinære varslingslinjer ved beredskapssituasjonar.
8. Ei varsling om situasjonen til det regionale helseføretaket (Helse Vest RHF) skal skje tenesteveg og kan utførast av både helseføretaket og Helse Vest IKT. Den parten som varslar, skal informere den andre parten om at det vil bli gjort. Ved hendingar som vil få store konsekvensar for IKT-systema/fagsystema, skal Helse Vest IKT varsle systemeigar i Helse Vest RHF.

Vedlegg 4

RETNINGSLINJER FOR VARSLING OG HANDTERING AV MANGEL PÅ LEGEMIDDEL, VÆSKER, VAKSINAR OG ANTIDOT

Mangel på legemiddel, væsker, vaksinar og antidot (LVVA) kan oppstå som følge av fleire forhold. Helse Vest har i denne planen fokus på to hovudkategoriar:

1. Nasjonal eller lokal forsyningssvikt
2. Behov som overstig dei tilgjengelege ressursane

Dersom du vil ha meir detaljert informasjon, viser vi til beredskapsplanen til Sjukehusapoteka Vest HF.

Roller og ansvar

Sjukehusapoteka Vest HF

Sjukehusapoteka Vest HF har ei viktig rolle innanfor beredskap for LVVA og skal blant anna gjere følgjande:

- Oppdatere lister over kritiske legemiddel, vaksinar og antidot i denne planen, jf. nasjonale anbefalingar, og forankre desse i relevante fagmiljø i sjukehusføretaka
- Hjelp det enkelte sjukehusapoteket og HF-et med legemiddelberedskap og lagerhald
- Koordinere eventuelle felles lager i Helse Vest i samarbeid med dei fire sjukehusapoteka og tilhøyrande HF
- Bidra med ein representant i regionalt beredskapsutval (RBU)
- Leggje til rette for innføring av nasjonale tilrådingar innanfor feltet legemiddelberedskap i Helse Vest, for eksempel for organisering av lokalt arbeid med legemiddelberedskap og bruk av LIS-avtalar og grossistavtale i beredskapssikring av legemiddel
- Gjere rutinar for varsling og beredskap så vel som beredskapslistar for LVVA kjende i eige føretak

Det enkelte sjukehusapoteket

- I samarbeid med helseføretaket og legemiddelkomiteen skal sjukehusapoteket informere/varsle relevante medisinske fagmiljø på sjukehusa ved forsyningssvikt for enkelte legemiddel og deretter hjelpe til med å finne alternative leverandørar eller synonyme/alternative preparat.
- Beredskapsleiinga (sjå vedlegg 2) ved sjukehuset skal få varsel så tidleg som mogleg dersom legemiddelforsyninga frå det lokale sjukehusapoteket av ulike grunnar blir redusert eller stoppar opp. Beredskapsleiinga skal òg få varsel dersom det er venta å bli mangel på legemiddel som står på kritisk liste (sjå vedlegg 9), og ein ikkje kan skaffe gode alternativ.
- Sjukehusapoteket skal ha regelmessig kontakt med nasjonal funksjon for overvaking av mangel på legemiddel ved Oslo universitetssykehus.
- Saman med relevante fagmiljø på sjukehuset skal sjukehusapoteket sørge for å fordele eksisterande lager ved mangelsituasjonar og eventuelt intern fordeling mellom sjukehusapoteka i Helse Vest.

- Sjukehusapoteket skal til kvar tid ha eit minimumslager av kritiske legemiddel, jf. lista i vedlegg 9, som svarer til seks vekers normalforbruk. Eit slikt lager skal dekkje både uventa auka behov og ein eventuell forsyningssvikt av essensielle legemiddel til det kjem ei ny sending frå grossisten.
- Sjukehusapoteket skal støtte sitt eige HF med å utarbeide og halde ved like lister for lagerhald av vaksinar og antidot, slik at dei følgjer anbefalingane frå Giftinformasjonen og er tilpassa det lokale risikobiletet.
- Sjukehusapoteket skal støtte beredskapsleiinga i helseføretaket i situasjonar der legemiddelforsyninga er ein del av problemstillinga.

Helseføretaka/sjukehusa

- Ansvar for LVVA-beredskap ligg hos det enkelte HF-et og det tilhøyrande sjukehuset og sjukehusapoteket. Handtering av mangelsituasjonar og beskriving av informasjons- og kommunikasjonslinjer i ein slik situasjon skal vere ein del av beredskapsplanane til HF-a.
- Helseføretaka skal i samarbeid med sjukehusapoteka vurdere behovet for og storleiken på alle beredskapslager med omsyn til behandlingsskapitet, kritisk leveringstid, avstandar osv. HF-a skal samarbeide med det lokale sjukehusapoteket for å utarbeide retningslinjer for rekvirering og prioritering av legemiddel ved mangel, medrekna koordinering og prioritering ved mangelsituasjonar som trekkjer ut i tid. Dei medisinsk ansvarlege ved sjukehusa det gjeld, må saman med det lokale sjukehusapoteket utarbeide retningslinjer for alternativ terapi ved behov.
 - HF-a skal samarbeide med andre helseføretak og lokalt sjukehusapotek for å vurdere storleiken på lager av vaksinar og antidot. Kwart sjukehus må vurdere om det er behov for å lagre spesielle antidot utover Giftinformasjonen sine anbefalingar på grunn av lokal industriverksemd og/eller mogleg kjemikalieeksponering.
 - Helseføretaka/sjukehusa skal vurdere behovet (storleiken på lager) for infusjonsvæsker. Vanleg praksis har vore å ha eit lager som svarer til minimum fire vekers normalforbruk på kvart sjukehus (sjukehusapoteket i Helse Bergen). Kwart HF må sjølv bestemme kva væsker dette skal gjelde.
- Helseføretaka skal utarbeide listene og gjere desse kjende i føretaket. Sjukehusapoteka Vest skal oppdatere listene over tilgjengelege vaksinar og antidot i helseføretaket (for eksempel via intranettet).
- Helseføretaka/sjukehusa skal forhandle fram avtalar gjennom LIS (legemiddelinnkjøpsamarbeid) som forpliktar leverandøren til å ha eit beredskapslager.
- For hendingar som gjeld radioaktivitet eller biologiske trugsmål (inkludert pandemiar), har Helsedirektoratet nasjonale lager av kaliumjodidtablettar og antivirale legemiddel. I tillegg har Bergen kommune eit lager av kaliumjodidtablettar. Det er Helsedirektoratet som er ansvarleg for innkjøp og lagerhald av vaksinar og antivirale legemiddel til bruk ved ein eventuell pandemi.

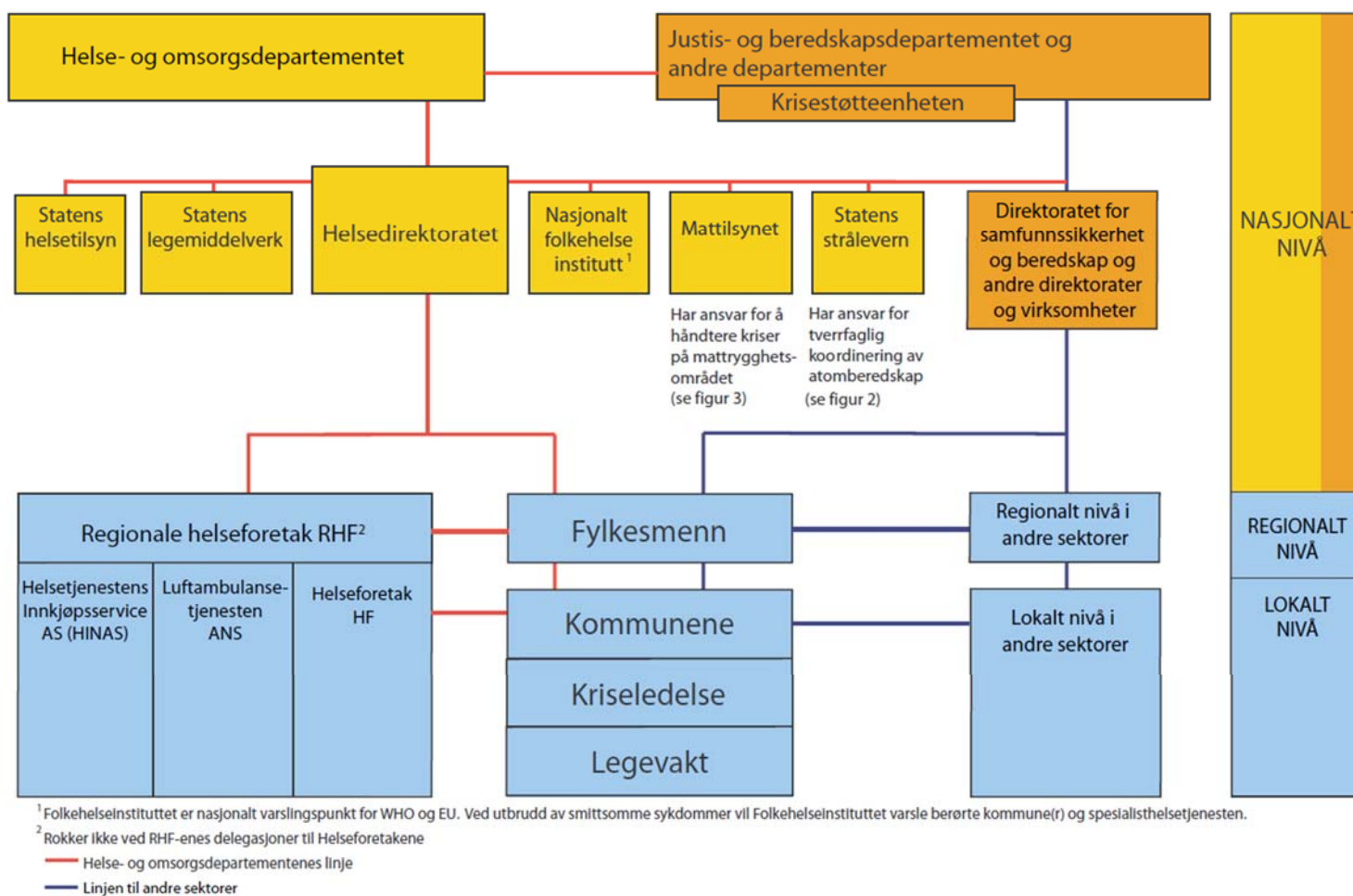
Varsling ved svikt i legemiddelleveransar

Når ein kritisk mangelsituasjon oppstår, er det viktig med tett dialog mellom sjukehusapoteket og det enkelte sjukehuset. Ein kritisk situasjon oppstår dersom det manglar erstatningspreparat for LVVA som er svært viktige for pasientbehandlinga. Ved behov for å fordele knappe ressursar mellom dei fire sjukehusapoteka, må eit relevant medisinsk miljø gjere ei prioritering.

For å sikre at melding om svikt i levering når ut til dei respektive sjukehusa/avdelingane, skal sjukehusapoteket i samarbeid med legemiddelkomiteen etablere rutinar for korleis dette skal gjerast i kvart føretak. Varsel kan for eksempel gå på e-post eller via intranettet. Det må utarbeidast klare rutinar med oversikt over kven som gjer kva, og korleis informasjonsflyten skal vere.

Vedlegg 5

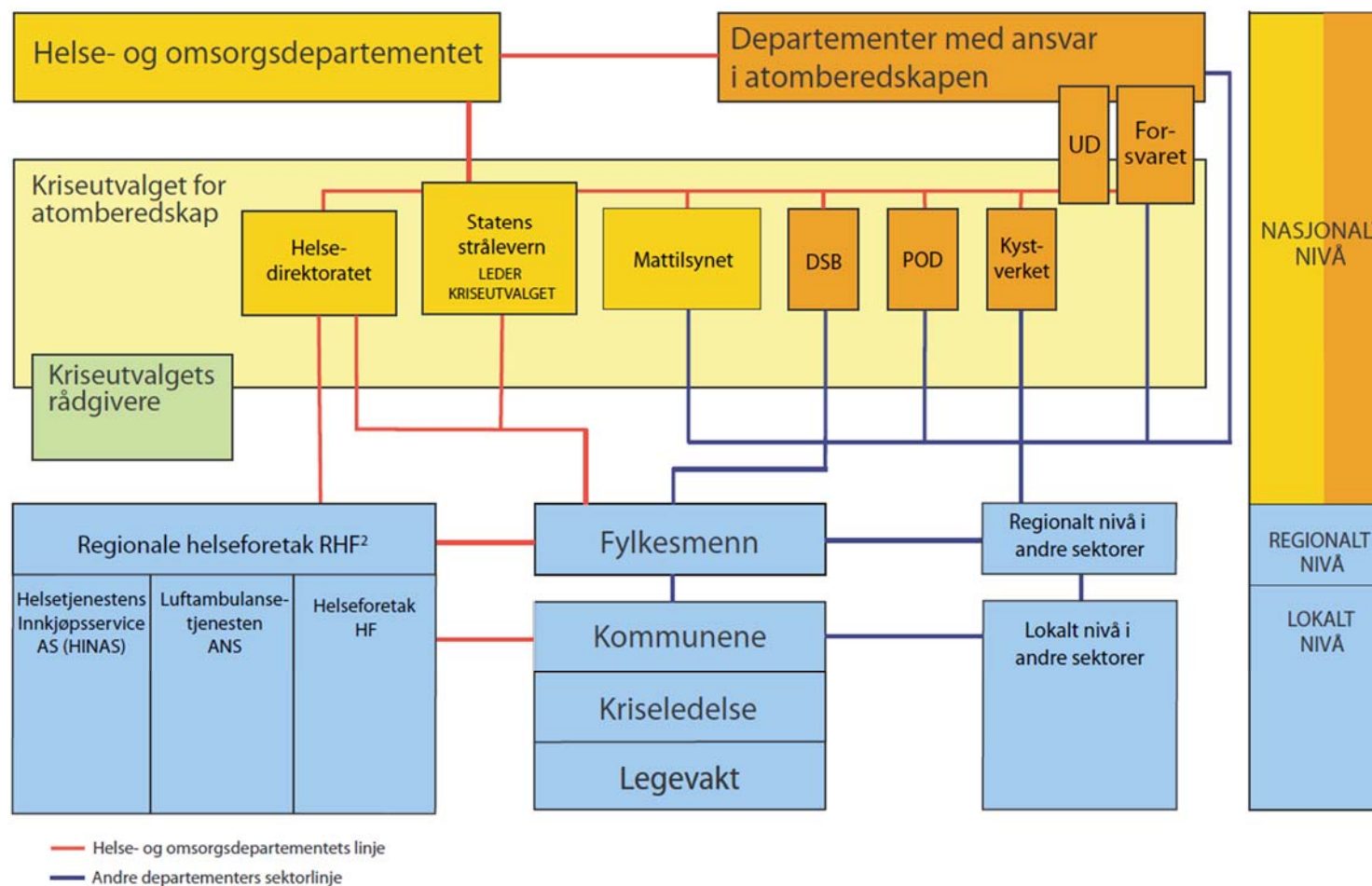
VARSLINGS- OG RAPPORTERINGSLINJER I HELSESEKTOREN VED KRISER – NASJONAL OVERSIKT



Figur 5-1: Varslings- og rapporteringslinjer i alle kriser med unntak av atom- og strålingsulykker. Kjelde: Nasjonal helseberedskapsplan, versjon 2.0

Atom- og strålingsulykker – organisering og varsling

Atomberedskap skiller seg ut frå anna beredskap ved at det er etablert ein nasjonal beredskapsorganisasjon som er noko annleis enn den nasjonale beredskapsorganisasjonen som er vist til i figur 5-1. Blant anna har Fylkesmannen ei sentral rolle i dette arbeidet.



Figur 5-2: Varslings- og rapporteringslinjer ved atom- og strålingsulykker. Kjelde: Nasjonal helseberedskapsplan, versjon 2.0

Vedlegg 6

TEKNISKE LØYSINGAR FOR VARSLING OG KOMMUNIKASJON

Skjemaet nedanfor er rettleiande for kva for utstyr og løysingar som bør nyttast i helseføretaka.

| Formål | Målgruppe | Middel | Merknad |
|--|----------------------------------|--|--|
| Varsling av tidskritiske eksterne hendingar | AMK-sentral og beredskapsleiinga | Telefon + SMS (Både ev. fasttelefon- og mobiltelefonnummer må vere på varslingslista.) | Førehandsdefinerte UMS-lister. |
| Varsling av tidskritiske interne hendingar, f.eks. bortfall av kritisk infrastruktur | AMK-sentral og beredskapsleiinga | Telefon + SMS (Både ev. fasttelefon- og mobiltelefonnummer må vere på varslingslista.) | Førehandsdefinerte UMS-lister. |
| Alternativ varsling ved tidskritiske hendingar | AMK-sentral og beredskapsleiinga | <p>a) Satellitttelefoni³ for å ringje ut av institusjonen til nokon utanfor som har kontakt med ordinært telenett.</p> <p>b) Nødnettsradio for kommunikasjon med annan nødsentral som har kontakt med ordinært telenett, alternativt direkte kontakt med ulike varslingsnoder</p> <p>c) 3G /4G kan òg nyttast ved bortfall av ordinær Wi-Fi-tilgang.</p> <p>d) Prioritetsabonnement hos mobiltilbydar for kritisk personell</p> | <p>Bortfall av infrastruktur kan vere eit element av hendinga. Derfor må det liggje føre alternative varslingsplanar.</p> <p>Det må bli vurdert om nøkkelpersonell kan bli utstyrt med små nødnettsradioar som òg kan nå det offentlege telenettet. På sikt må målet vere at alle vaktfunksjonar i sjukehus og helseteneste er tilgjengelege på nødnettet.</p> <p>Det må søkjast om godkjenning for prioritetsabonnement hos Nasjonal kommunikasjonsmyndigheit (Nkom – tidlegare Post- og teletilsynet) gjennom eit eige skjema via Altinn.no.</p> |
| Varsling av ikkje-tidskritiske hendingar | AMK-sentral og beredskapsleiinga | Skriftleg melding kan sendast via e-post, men skal alltid minst følgjast opp med ein SMS om at | Førehandsdefinerte UMS-lister Alternativt primært til eit beredskaps-e-post- |

³ Sjå oversikt under

| Formål | Målgruppe | Middel | Merknad |
|--|-------------------|---|--|
| | | det er sendt ei beredskapsmelding per e-post | mottak |
| Statusrapportar ved tidskritiske hendingar | Beredskapsleiinga | Alltid via talemedium, ev. supplert med bilete (video eller Lync) og tekst (e-post eller HelseCim). | Vurder å leggje inn standard video- eller Lync-møte for statusrapportar. Ved statusrapportering via RHF til nasjonale myndigheiter skal alltid HelseCIM nyttast når det blir bedt om dette. |
| Statusrapportar ved ikkje-tidskritiske hendingar | Beredskapsleiinga | Tekst (e-post eller HelseCim). | Skriftleg statusrapport til RHF skal sendast i HelseCIM. |

Innføring av nødnett i beredskapssamanheng vil kunne gi nye moglegheiter for korleis kommunikasjon skal skje. Vedlegg 6 må reviderast når dette er klart.

Oversikt over videokonferansenummer

Helse Vest

hve.virtuelt.kjerag@uc.nhn.no eller 997116

Helse Bergen

hus.k1@hbhf.nhn.no eller 905807

Helse Førde

beredskap.hfd@uc.nhn.no eller 997082.

Helse Stavanger:

Har ikkje tilgjengeleg videokonferanseutstyr i beredskapsrommet.

Helse Fonna:

Har ikkje tilgjengeleg videokonferanseutstyr i beredskapsrommet.

Oversikt over satellitt-telefonar i dei enkelte helseføretaka

Helse Stavanger HF

| SJUKEHUS | PLASSERING | TELEFONNUMMER |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------------|
| STAVANGER UNIVERSITETSSJUKEHUS | Ambulansetenesta, Stavanger | 00881651433584 |
| STAVANGER UNIVERSITETSSJUKEHUS | AMK-sentralen | 00881631414730 |

Helse Fonna HF

| SJUKEHUS | PLASSERING | TELEFONNUMMER |
|--------------------|-----------------------|---------------|
| HAUGESUND SJUKEHUS | AMK | +881621415835 |
| STORD SJUKEHUS | Akuttmottak | +881641498988 |
| ODDA SJUKEHUS | Lokal beredskapsleing | +881641498989 |
| VALEN SJUKEHUS | Akuttposten | +881641498985 |

Helse Bergen HF

| SJUKEHUS | PLASSERING | TELEFONNUMMER |
|-----------------------------------|------------------|------------------|
| HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS | AMK | +881 677 730 190 |
| HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS | Adm.linje | +881 677 730 191 |
| HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS | Ambulansetenesta | +881 641 465 078 |
| VOSS SJUKEHUS | | +881 677 709 353 |
| VOSS SJUKEHUS | Ambulansetenesta | +881 623 448 355 |

Helse Førde HF

| SJUKEHUS | PLASSERING | TELEFONNUMMER |
|---|--|---|
| FØRDE SENTRALSJUKEHUS | AMK | +881623448554 |
| FØRDE SENTRALSJUKEHUS | Møterom ambulanse plan 2, prehospitalt bygg | +881623448555 |
| FØRDE SENTRALSJUKEHUS | AMK | +881641425667 *Berre for bruk utandørs |
| LÆRDAL SJUKEHUS | Medisinsk sengepost rom nr. 1047 | +881623448550 *Berre for bruk utandørs |
| LÆRDAL SJUKEHUS | Medisinsk sengepost rom nr. 1047 | +881677729888 |
| LÆRDAL SJUKEHUS | Medisinsk sengepost rom nr. 1047 | +881677729889 |
| NORDFJORD SJUKEHUS | Medisinsk avd. vaktrom 2. etg. | +881623448548 |
| NORDFJORD SJUKEHUS | Medisinsk avd. vaktrom 2. etg. | +881623448549 *Berre for bruk utandørs |
| ISP RUTLIN | Vaktrom 2045 | +881623448552 |
| TRONVIK | Vaktrom 209 | +881623448547 |
| KLINIKKDIREKTØR OLE CHRISTIAN REUSCH | Førdegården 2 etg. rom 309 | +881621419263 *Berre for bruk utandørs |

Vedlegg 7

DAGENS KAPASITET VED RESSURSKREVJANDE FUNKSJONAR I HELSEFØRETAKA

Skjemaet er utarbeidd av traumesenteret i Helse Bergen, jf. spørjeskjema som er sendt til alle helseføretaka i Helse Vest, og viser status per 1.1.15.

Skjemaet viser estimert kapasitet i det enkelte sjukehuset. Beredskapsleiinga i HF-a kan bruke det som grunnlag for å samarbeide om fordeling av pasientar mellom HF-a. Informasjon om kapasitet ved ein beredskapssituasjon må alltid skaffast i sanntid.

| Sjukehus/ føretak | Operasjonsteam i vakt 365 dg/år | Operasjonsteam ved beredskap | Intensivplassar 1:1 365 dg/år | Postoperativ 1:2 365 dg/år | Merknader |
|------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---|
| Helse Bergen | | | | | |
| Haukeland | 5 | 20 | 25 | 20 | Inkl. BSA, 2 opr. team kombinert heimevakt |
| Voss | 1 | 4 | 2 | 4 | Totalt 6 senger varierende etter fordeling |
| Helse Fonna | | | | | |
| Haugesund | 1 | 4 | 3 | 2 | 5 totalt |
| Odda | 1 | 2 | 0 | 2 | |
| Stord | 1 | 2 | 2 | 4 | |
| Helse Førde | | | | | |
| Førde | 1 | 7 | 1 | 3 | 13 fysiske plassar på intensiv. Oppgir som 5 maks ved beredskap. + 9 1:2 |
| Helse Stavanger | | | | | |
| Stavanger | 2 | 15 | 14 | 16 | |
| Totalt | 12 | 54 | 47 | 51 | |

Vedlegg 8

HANDTERING AV BEREDSKAPSSITUASJONAR I GRENSEOMRÅDE MELLOM HELSEFØRETAKA I HELSE VEST

Grensene mellom RHF-a er ikkje nærmare omtalte her. ReBU vil ta det vidare ansvaret for at det blir sett i verk arbeid med å klargjere roller, ansvar og handtering ved hendingar i grenseområda mellom helseregionane.

Dersom ikkje anna er avtalt, er det ifølgje ansvarsprinsippet ein klar hovudregel at ansvaret følgjer føretaksgrensene. Etter særskilde styrevedtak i Helse Vest RHF er det berre for kommunane Eidfjord og Gulen at det formelle ansvaret er flytta til naboføretaket (Helse Bergen HF), sjølv om føretaksgrensene formelt er beholdne. Det er semje om at Helse Bergen handterer hendingar på og ved jernbanestrekninga på Bergensbanen, frå Bergen og fram til grensa til Buskerud – også dei 18 km av jernbanelinja som går gjennom Sogn og Fjordane.

Hovudredningsentralen for Sør-Noreg har det overordna koordinerande ansvaret for hendingar på sjøen, blant anna hendingar knytte til offshore-installasjonane i Nordsjøen og hendingar i fjordane. Korleis ei slik hending skal løysast, må vurderast i den enkelte situasjon. Det daglege ansvaret til sjukehusa påverkar vurderinga av kva sjukehus som blir nytta av dei ulike offshore-installasjonane.

Det må vere tydeleg kven som skal ta det reelle ansvaret for å handtere eller koordinere enkelte hendingar i nokre grenseområde mellom HF-a.

Dette kan illustrerast ved at ei hending skjer innanfor grensene til HF A, men dei prehospitala ressursane kjem i hovudsak frå HF B. Eit anna eksempel er hendingar der dei fleste, eller mest ressurskrevjande pasientane skal til HF B.

Dette blir ytterlegare komplisert ved at det blir ulik løysing for val av sjukehus avhengig av om det er flyvêr eller ikkje. Med flyvêr vil alvorleg skadde pasientar bli transporterte til traumesenteret. Dersom det ikkje er flyvêr, vil pasientane truleg bli køyrde til det nærmaste lokalsjukehuset for ev. stabillisering og seinare transport til eit større sjukehus.

Andre eksempel vil vere fjellovergane mot nabo-HF-et, både innanfor og utanfor eige RHF. I fall det ikkje er flyvêr, er det eit spørsmål om kvar det finst tilgjengelege og gode nok prehospitala ressursar (stikkord: mengd og tidsfaktor). Det er òg eit spørsmål om kvar pasientar og uskadde skal sendast i slike tilfelle. Når slike spørsmål blir løyste, blir det lettare å svara på kven som bør koordinere ein slik aksjon. Ikkje minst vil det òg komme fram kor viktig det er med god kommunikasjon mellom AMK-sentralane og dei ulike beredskapsleiingane i HF-a.

Dersom ikkje anna blir bestemt, er hovudregelen at det nærmaste sjukehus med akuttkirurgikompetanse skal nyttast (sjå *Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015*). Det vil seie at for hendingar mellom Hardangerfjorden og Sognefjorden skal pasientane køyrast til Voss

sjukehus og ev. deretter overførast til Haukeland universitetssjukehus (HUS). For ytre delar, som E39 sør for Sognefjorden i Nordhordland og områda rundt Lukksund, skal pasientane køyrast direkte til HUS.

For å sikre ei god og effektiv handtering av beredskapssituasjonar i grenseområde må det utarbeidast objektplanar som omhandlar oppgåveløysing og koordinering av innsats mellom HF-a.

Tiltak

- For grenseområda skal det gjennomførast ROS- og beredskapsanalyse som aktuelle HF er einige om, og ein detaljert objektplan for beredskapen og samhandlinga til spesialisthelsetenesta i området. *Nasjonal traumeplan - Traumesystem i Norge 2015* sine anbefalingar må leggjast til grunn når ein skal vurdere kva for eit sjukehus pasientane skal transporterast til. Objektplanen blir basert på eit dimensjonerande scenario. For eksempel så vil ei bussulykke av eit visst omfang vere eit dimensjonerande scenario for ein hovudveg i grenseområde mellom to HF.

Dette arbeidet vil bli gjort av ressurspersonell frå HF-a si beredskapsleiing og prehospitale tenester (AMK/ambulanse).

- Den AMK-sentralen som får melding om ei beredskapshending i eit grenseområde mellom to HF, skal *utan opphald* alltid melde hendinga til AMK-sentralen i naboføretaket, slik at eventuelle prehospitale ressursar og/eller beredskapsleiing blir varsla. Det er viktig at dei involverte AMK-sentralane har god kommunikasjon og oppdaterer kvarandre kontinuerleg.

Sjå òg kapittel 4.1.1 og 4.2.3 i Regional helseberedskapsplan for varsling og samhandling mellom beredskapsleiingane ved hendingar i grenseområda.

Identifiserte grenseområde som treng særskild merksemd

Område der det er avklart å flytte formelt ansvar for handtering av hendingar:

| Grenseområde der det er avklart å flytte ansvar til eit anna HF | Ansvarleg HF/AMK | HF/AMK i samhandling |
|---|------------------|----------------------|
| Bergensbanen, 18 km i Sogn og Fjordane | Bergen | Førde / Vestre Viken |
| Gulen kommune | Bergen | Førde |
| Eidfjord kommune | Bergen | Fonna / Vestre Viken |

Nedanfor er ei oversikt over grenseområde / spesielle objekt der det er behov for nærmare klargjering av ansvar og samhandling. Det skal utarbeidast detaljerte objektplanar for kvart av områda/objekta.

| Grenseområde / spesielle objekt i Helse Vest | HF/AMK i samhandling – ansvar og rollar må avklarast i objektplanar |
|--|--|
| Flåmsbana | Førde og Bergen |
| E39 Jernfjelltunnelen | Førde og Bergen |
| E16 Lærdal | Førde og Bergen |
| Rv. 13 Vikafjellet | Førde og Bergen |
| Hardangerbrua og tilhøyrande tunnelanlegg | Fonna og Bergen |
| Tysnes, Fusa, Kvinnherad (nord for Hardangerfjorden) | Fonna og Bergen |
| Lukksund bru og Stussvikhovdatunnelen | |
| Kårstø | Fonna og Stavanger |
| Gassrørleidning Karmøy | Fonna og Stavanger |

Vedlegg 9

LISTER FOR LAGERHALD AV LEGEMIDDEL, VAKSINAR OG ANTIDOT

Kritiske legemiddel

- Lista og anbefalingane blei i si tid utarbeidd av regionalt råd for forsyningsberedskap. Lista og anbefalingane er under revisjon.
- Kritiske legemiddel skal lagerhaldast på sjukehusapoteket i det enkelte HF-et.
- Det er anbefalt å ha ei gjennomsnittleg lagerbeholdning som svarer til eit normalforbruk på om lag seks veker.
- Val av preparat og eventuell vurdering av kvantum må skje i samarbeid mellom sjukehusapoteket og legemiddelkomiteen i kvart enkelt HF.

Alle sjukehusapoteka i Helse Vest:

Førde, Haugesund, Stavanger universitetssjukehus og Haukeland universitetssjukehus.

| ATC kode | Legemiddel | Legemiddelform |
|----------|-----------------------------|----------------------|
| A03BA01 | Atropin | Injeksjon |
| A10AB01 | Insulin hurtigverkande | Injeksjon |
| A10AC01 | Insulin middels | Injeksjon |
| A11DA02 | Tiamin | Injeksjon |
| B01AB01 | Heparin | Injeksjon |
| C01BD01 | Amiodaron | Injeksjon |
| C01CA03 | Noradrenalin | Injeksjon |
| C01CA04 | Dopamin | Injeksjon |
| C01CA24 | Adrenalin | Injeksjon |
| C01DA02 | Glyserolnitrat | Tablett |
| C03CA01 | Furosemid | Injeksjon |
| D06BA01 | Sølvulfadiazin ⁴ | Krem |
| H01BB02 | Oxytocin | Injeksjon |
| H02AB06 | Prednisolon | Tablett |
| H02AB09 | Hydrokortison | Injeksjon |
| J01CE01 | Benzylpenicillin | Injeksjon |
| J01CE02 | Fenoksymetylpenicillin | Tablett |
| J01CF01 | Dikloksacillin | Kapsel |
| J01CF02 | Kloksacillin | Injeksjon |
| J01FF01 | Clindamycin | Injeksjon og tablett |
| J01GB03 | Gentamicin | Injeksjon og tablett |
| J01MA02 | Ciprofloksacin | Injeksjon og tablett |
| J01XD01 | Metronidazol | Injeksjon og tablett |

⁴ Berre Haukeland universitetssjukehus (brannskadeavsnittet)

| ATC kode | Legemiddel | Legemiddelform |
|----------|---|----------------------|
| J02AC01 | Fluconazol | Injeksjon og tablett |
| J07AM57 | Difteri- og tetanusvaksine ⁵ | Injeksjon |
| J07BC02 | Hepatitt A vaksine ⁶ | Injeksjon |
| J07BF03 | Poliovaksine ⁷ | Injeksjon |
| M03AB01 | Suksametonium | Injeksjon |
| M03AC03 | Vekuronium | Injeksjon |
| N01AF03 | Tiopental | Injeksjon |
| N01AH01 | Fentanyl | Injeksjon |
| N01AX03 | Ketamin | Injeksjon |
| N01BB01 | Bupivakain | Injeksjon |
| N02AA01 | Morfin | Injeksjon |
| N02AA59 | Kodein + paracetamol | Tablett |
| N02BE01 | Paracetamol | Tablett |
| N05AA02 | Levopromazin | Injeksjon |
| N05AD01 | Haloperidol | Injeksjon |
| N05BA01 | Diazepam | Injeksjon |
| N05CD08 | Midazolam | Injeksjon |
| R03AC02 | Salbutamol | Inhalasjonsvæske |
| S01AA01 | Kloramfenikol | Augedropar |

⁵ Står òg på lista over vaksinar og immunglobulin. Bør vere på lager på sjukehusapoteket på grunn av relativt høgt forbruk.

⁶ Står òg på lista over kritiske legemiddel. Bør vere på lager på sjukehusapoteket på grunn av relativt høgt forbruk.

⁷ Står òg på lista over kritiske legemiddel. Bør vere på lager på sjukehusapoteket på grunn av relativt høgt forbruk

Vaksinar og immunglobular

Lista og anbefalingane blei i si tid utarbeidd av regionalt råd for forsyningsberedskap. Siste revisjon er gjort etter gjennomgang i legemiddelkomiteane i dei fire helseføretaka våren 2015.

- Val av preparat, lagerstad og kvantum skal beskrivast i lokale beredskapsplanar og lett tilgjengelege lister i kvart enkelt sjukehusføretak.
- Eventuell fordeling av lager (sjukehus/sjukehusapotek) må skje i samarbeid mellom sjukehusapoteket og det enkelte sjukehuset.
- Lageret på kvart sjukehus skal som eit minimum dekkje behandlinga av éin pasient.

Alle sjukehus

Stord, Odda, Voss, Lærdal, Nordfjord, Førde, Haugesund, Stavanger universitetssjukehus og Haukeland universitetssjukehus

Vaksinar mot

1. Hepatitt A
2. Poliomyelitt⁸
3. Hepatitt B
4. Pneumokokkar
5. Difteri og tetanus⁹
6. MMR (meslingar, kusma og raude hundar)
7. Haemophilus influenzae type b

Immunglobulin mot

1. Hepatitt B

Tillegg for universitetssjukehus

Stavanger universitetssjukehus og Haukeland universitetssjukehus

Vaksinar mot

1. Rabies

Immunglobulin mot

1. Rabies
2. Hepatitt A
3. Tetanus¹⁰
4. Varicella zoster / herpes zoster

⁸ Berre på Haukeland universitetssjukehus

⁹ Berre på Haukeland universitetssjukehus

¹⁰ Berre Haukeland universitetssjukehus

Antidot

Helse Vest følger anbefalingane frå Helsedirektoratet (Giftinformasjonen) for lagerhald av antidot. Lista viser anbefalt antidotberedskap tilpassa sjukehusa i Helse Vest.

- Val av preparat, lagerstad og kvantum må gjerast på det enkelte sjukehuset og beskrivast i lokale beredskapsplanar og lett tilgjengelege lister. Lokale forhold, for eksempel avstand til større sjukehus og lokal industri, bør takast med i denne vurderinga.
- Ei eventuell fordeling av lager (sjukehus/sjukehusapotek) må skje i samarbeid mellom sjukehusapoteket og det enkelte sjukehuset.
- Minimumslageret av kvart antidot på kvart sjukehus skal vere nok til å behandle minst éin pasient.

Alle sjukehus

Stord, Odda, Voss, Lærdal, Nordfjord, Førde, Haugesund, Stavanger universitetssjukehus og Haukeland universitetssjukehus

1. Acetylcystein
2. Adrenalin
3. Atropinsulfat
4. Biperiden
5. Brekkmiddel
6. Diazepam
7. Dopamin
8. Etanol
9. Flumazenil
10. Fysostigmin
11. Glukagon
12. Hydroksokobalamin¹¹
13. Isoprenalin
14. Kalsiumglubionat (inj)
15. Kalsiumglukonat (gel)
16. Medisinsk kol
17. Nalokson
18. Natriumhydrogenkarbonat
19. Natriumsulfat
20. Noradrenalin
21. Protaminsulfat
22. Vitamin K1 (fytomenadion)

Tillegg for større sjukehus

Førde, Haugesund, Stavanger universitetssjukehus og Haukeland universitetssjukehus

1. Cyproheptadin
2. Dantrolen
3. Deferoksamin
4. Digitalisantistoff

¹¹ Hydroksokobalamin erstattar koboltdetekt ved cyanidforgifting.

5. Fomepizol
6. Kalsiumfolinat
7. Metylenblått
8. Natriumtiosulfat
9. Obidoksim
10. Oktreotid
11. Pyridoksin
12. Silibinin
13. Vipera TAb¹²

Tillegg universitetssjukehus

Stavanger universitetssjukehus og Haukeland universitetssjukehus

1. DMPS
2. DMSA
3. Jern(III)heksacyanoferrat
4. Kalsium-EDTA
5. Penicillamin

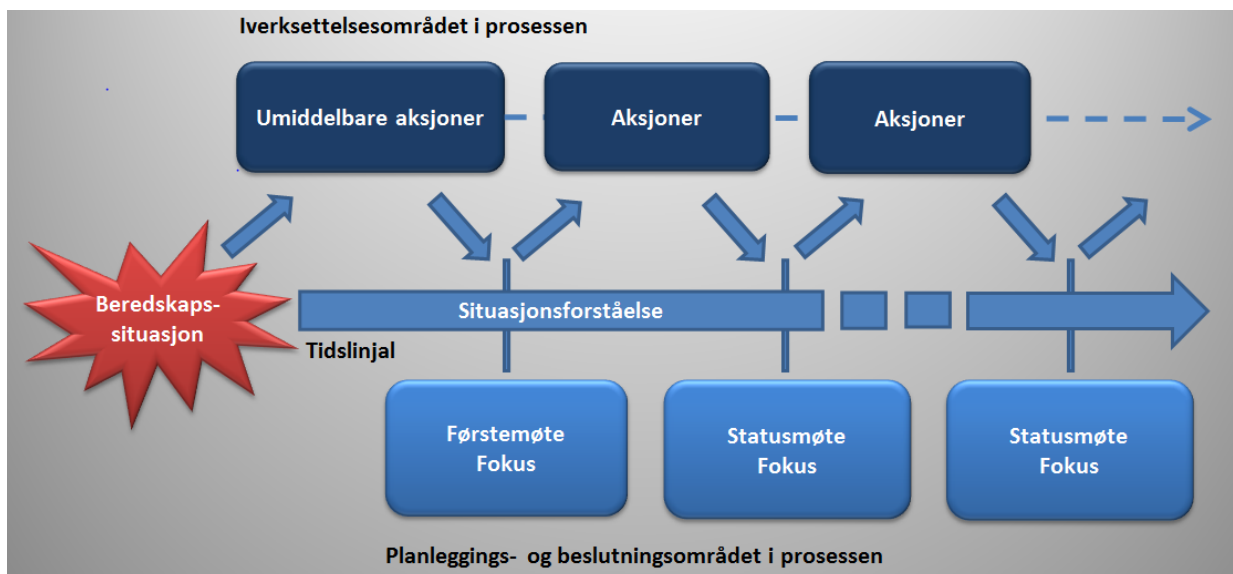
¹² Vipera TAb erstatter Viper venom antiserum Euro (tidligere Zagreb antiserum) ved hoggorbitt.

Vedlegg 10

BRUK AV PROAKTIV LEIINGSMETODIKK

Helse Vest nyttar proaktiv leiing ved handtering av alvorlege, uønskte hendingar. Målet er å gjere beredskapsleiinga i stand til å vere i forkant av hendingsforløpet, for slik å få situasjonen så raskt som mogleg under kontroll, minimere konsekvensane og komme over i ein normalsituasjon.

Det er sentralt å halde oppe ei lik situasjonsforståing. Denne må jamleg oppdaterast etterkvart som situasjonen utviklar seg og det blir sett i verk tiltak/aksjonar. Det er òg viktig at beredskapsleiinga prioriterer og etablerer fokusområde.



Figur 1: Den proaktive prosessen (Lunde, Ivar K. 2014. *Praktisk krise- og beredskapsledning*)

Proaktiv leiing går ut på at beredskapsleiinga saman definerer worst case-potensialet. Hendinga skal bli handtert ut frå potensialet, slik at nødvendige avgjerder, handlingar og ressursar raskt blir sette i verk og rekvirerte. Saman med denne metodikken kan følgjande nyttast under handteringa:

- Fast agenda
- Interessekart
- Funksjonsomtale

Her er proaktiv leiingsmetodikk skissert i fem punkt:

1. Skaff oversikt over situasjonen
 - Fakta: Kva har skjedd, kven er involvert, og kvar har det skjedd?
 - Potensiale: Kva er worst case-scenarioet?
 - Ansvarsforhold: Kven er eigar/deltakar i krise?
 - Interessentar i krise
 - Varsling internt/eksternt

2. Den vidare handteringa – kva skal ein fokusere på
 - Beredskapsleiaren avgjer kva ein skal konsentrere seg om i handteringa
 - Fokus følgjer prioriteringane: menneske, miljø, verdiar, materiell og omdømme
3. Basert på fokus vil kvar medlem av beredskapsleiinga setje i verk avgjerder
 - Avgjerder blir fordelte i samsvar med lokal beredskapsplan
 - Avgjerder basert på worst case-scenarioa og fokuspunkta
 - Avgjerder blir loggførte fortløpande
4. Beredskapsleiaren kallar inn til regelmessige statusmøte basert på punkta 1–3
 - Bruker fast agenda for møta, både første møte og statusmøte:
 - Situasjonsoppdatering: Er det noko nytt sidan sist?
 - Oppdatering av alle avgjerder som er tekne
 - Fordeling av nye oppdrag
 - Strategiske og kommunikasjonsmessige utfordringar
5. Normalisering/etterarbeid
 - Beredskapsleiar bestemmer i samarbeid med leiinga å erklære hendinga som over og set i verk nødvendig etterarbeid
 - Set ned eigne grupper til etterarbeid dersom nødvendig
 - Gjennomgang for å evaluere arbeidet og sikre læring i organisasjonen
 - Bruk kontinuitetsplanverk

Praktisk gjennomføring av første møte og statusmøte

1. **Når beredskapsleiinga er samla og beredskapsleiaren er varsla**
 - Gjennomføre første møte
 - Gjennomføre heile agendaen.
2. **Bruk agenda for første møte / statusmøte**
 - Same agenda for begge møta
 - Viktig å gå gjennom alle punkta og at alle blir høyrde
 - Berre då har ein eit godt bilete av kva som bør gjerast, og i kva for rekkjefølgje ting bør gjerast
 - Ha opne diskusjonar, men avgjerder blir tekne av beredskapsleiar og er endelege.
3. **Bruk interessekart for å forstå kven og kva dei andre partane i krisehandteringa er**
 - Eigar/deltakar i krisa
 - Avklare samarbeidspartnarar
 - Avklare andre interessentar som kan påverke krisehandteringa
4. **Bruk logg**
 - Alt skal loggførast i eigen logg i HelseCIM.
5. **Avslutning**
 - Gjennomgå oppgåver og ansvar som den enkelte skal følgje opp til neste møte
 - Avtale tidspunkt for neste møte

Same agenda og oppsett kan nyttast på statusmøte med andre føretak/aktørar i Helse Vest og andre samarbeidspartnarar. Dersom alle møte følgjer den same malen, er det mindre sjanse for at viktig informasjon, tema og avgjerder blir gløymde eller ikkje omtalte.

Vedlegg 11

REGIONALT TRAUMESYSTEM

Nasjonalt traumesystem er ein organisert plan for behandling av akutt skadde pasientar i ein definert region eller populasjon. Alvorleg skadd pasient vil seie ein person med openbert alvorlege skadar og/eller som er sirkulatorisk/respiratorisk ustabil, og/eller som har vore utsett for høgenergetisk traume. Med openbert alvorleg skade er det meint store blødingar eller knusingar, dislokerte bekkenbrot eller brot i lange røyrknoklar, ustabil brystkasse, stikk- og skotskadar ovanfor olboge og kne og store brannskadar.

Det regionale traumesystemet i Helse Vest¹³ er bygd på ein modell med fire nivå, med ei tiltakskjede som omfattar:

- Nivå 1: Prehospital teneste (inkludert lokalt akuttmedisinsk team og ambulanse/luftambulanse)
- Nivå 2: Akuttsjukehus (som gjennom spesifiserte krav skal definerast med kompetanse til å ta på seg den første behandlinga av alvorleg skadde pasientar)
- Nivå 3: Traumesenter (der det i tillegg til dei krava som er stilte for akuttsjukehus, blir stilt større krav til kirurgisk breidd)
- Nivå 4: Rehabilitering ut over akuttfasen

Helseføretaka må ha klare rutinar for å sende skadde pasientar direkte til det regionale traumesenteret når det lokale akuttsjukehuset ikkje har kompetanse eller ressursar nok til sjølv å stå for behandlinga.

I Helse Vest er det utarbeidd ei eiga kontakt- og overføringsliste for å hjelpe sjukehusa i avgjerdsprosessar. Det skal alltid vere hyppig kontakt mellom sjukehusa som tek imot traumar. For spesielle skadar der det er lite volum i Noreg, skal ein nytte nasjonale senter.

Helseføretaka må leggje tilrådingane i *Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015*¹⁴ til grunn i behandlinga av akutt skadde pasientar.

¹³ Traumesystemet i Helse Vest blei vedteke i styret til Helse Vest RHF i 2008 (sak 109/08B).

¹⁴ *Nasjonal Traumeplan* er revidert og har vore til høyring våren 2015. Endeleg ferdigstilling er venta tidleg på hausten 2015.

Vedlegg 12

ANSVARSLINJER VED HANDTERING AV BRANNSKADDE

Nasjonal behandlingsteneste for avansert brannskadebehandling er lagd til Helse Vest RHF og etablert ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF (HUS). Funksjonen og oppgåvene, inkludert kompetansespreiing, blir vareteke også ved større ulykker.

For å kunne vurdere ein brannskade initialt, spesielt i ein masseskadesituasjon med fleire brannskadde i tillegg til andre skadde, må ein ha mykje erfaring. Ved ulykker som omfattar meir enn tre alvorlege brannskadar, kan ein vurdere å sende ut eit *triageteam* frå brannskadeavdelinga ved HUS. *Triageteamet* vil reise ut til det aktuelle sjukehuset, skape kontakt, opprette samhandling og sikre at kvar pasient kjem til rett behandlingsnivå. Førespurnaden om å sende triageteam må vurderast lokalt. I samarbeid med beredskapsleiinga ved HUS skal det skaffast nødvendige ressursar for avansert brannskadebehandling, i første omgang på brannskadeavdelinga på HUS. Det kan òg vere aktuelt å overføre pasientar til samarbeidande brannskadesenter, anten i Norden eller i Europa elles. Dette er HUS sitt ansvar i samarbeid med koordineringsvakta i Helsedirektoratet.

I det daglege er det oftast direkte kontakt mellom klinikar på det avleverande sjukehuset og vakthavande brannskadekirurg på HUS. Ved situasjonar med tre eller fleire alvorlege brannskadar er det ønskjeleg at lokal eller regional AMK-sentral kontaktar AMK-Bergen direkte.

Helseføretaka må ha innarbeidd rutinar for varsling og ansvar i planverka sine.

Vedlegg 13

FORSYNINGSSVIKT AV KRITISK HELSEMATERIELL

I april 2015 blei det vedteke å stifte eit nytt innkjøpsføretak i Helse Vest. Innkjøpsfunksjonen i helseføretaka, Helse Vest IKT AS og Helse Vest RHF vil i løpet av 2015 bli overført til det nye innkjøpsføretaket Helse Vest Innkjøp HF. I samband med verksemdsoverdraginga vil det bli utarbeidd nye rutinar for å handtere forsyningssvikt. Fram til dette er på plass, gjeld følgjande:

Helseføretaket er sjølv ansvarleg for å sikre forsyningar av helsemateriell. Beredskapsplanen for handtering av ein sviktsituasjon og for informasjon i ein slik situasjon skal vere ein del av beredskapsplanen til helseføretaket. Basert på risiko- og sårbarheitsanalysar av eiga verksemd må kritisk materiell identifiserast.

Helsemateriell omfattar alt medisinsk fleirgongs- og eingongsutstyr. Godt nok beredskapsnivå må sikrast gjennom avtalar med leverandørane.

Varsling

Leverandøren varslar normalt om leveringsvanskar til dei han har kontrakt med. Det er svært viktig at avtaleadministratoren vidareformidlar denne informasjonen til innkjøpsleiinga i alle helseføretaka. Det skal derfor i alle avtalar om forsyning av medisinsk forbruksmateriell liggje klare krav til at alle sjukehusa skal varslast, sjølv om berre eitt av helseføretaka har avtale med den gitte leverandøren.

For å sikre at melding om svikt i levering av kritisk helsemateriell når ut til dei respektive sjukehusa/avdelingane, skal avtaleadministratoren etablere rutinar for korleis det skal gjerast. For eksempel kan varsel gå per e-post eller via intranettet. Klare rutinar med oversikt over kven som gjer kva, og korleis informasjonsflyten skal gå, må utarbeidast. På helseføretaksnivå bør avgjerder i samband med forsyningssvikt liggje til fagdirektørnivået eller til eit eksisterande råd/utval som har fått tildelt denne typen oppgåver.

Vedlegg 14

CBRNe-BEREDSKAP

Fagområdet CBRNe-medisin omfattar særleg farlege kjemiske stoff (C = chemical), biologiske agens (B = biological), radioaktiv stråling (R = radiation), kjernefysisk stråling (N = nuclear) og dei helseskadelege effektane deira. Faget inkluderer diagnostiske tilnærmingar, deteksjon av agens, skadestadshandtering, dekontaminering, førebyggjande behandling, akuttbehandling og intensivbehandling i tilfelle der agens er anten bekrefta eller mistenkt.

Eksposering for CBRN-agens kan skje som følge av ulykker (inkludert eksplosjonar), uhell (for eksempel i laboratorium) eller ønskt spreiring (terrorangrep) (e = eksplosivar). For å kunne gi nødvendig helsehjelp og for å kunne verne innsatspersonell og befolkninga elles mot skade må ein ha ekstraordinær beredskap og kompetanse.

Nasjonalt kompetansesenter for CBRNe-medisin ved Oslo universitetssykehus har sentralisert behandlingsansvar for CBRNe-skadar i Norge (landsfunksjon). Senteret har fagpersonar med spesialisert kompetanse og ansvar for kvart sitt fagområde innanfor CBRNe-medisin. CBRNe-senteret har utarbeidd ei handbok i CBRNe-medisin med medisinske råd for handtering av CBRNe-hendingar. Helsebiblioteket har lagt ut ein nettversjon av [handboka her](#).

Helsepersonell, nødetatar og myndigheter kan få fagleg assistanse og råd frå CBRNe-senteret. Det blir òg arrangert fleire kurs og seminar kvart år, blant anna eit eige universitetskurs i CBRNe-medisin. Sjå meir informasjon på [heimesidene til CBRNe-senteret her](#). CBRNe-senteret har òg, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, utarbeidd faglege råd for prehospital handtering, transport og sjukehusinnlegging ved mistenkt eller bekrefta ebolavirusjukdom og andre typar viral hemoragisk feber som smittar mellom menneske ([her](#)).

Helseføretaka må innarbeide ansvarlinjer og rutinar for handtering av CBRNe-hendingar i planverka sine. Sjå vedlegg 5 for nasjonale varslings- og rapporteringslinjer ved atomhendingar.

Kontaktpunkt for konferering

Ved mistenkte eller bekrefta akutte CBRNe-hendingar tilbyr senteret fagleg kontakt og rådgiving for medisinsk personell, nødetatane og relevante myndigheiter 24 timar i døgnet.

Kontaktinfo for CBRNe-senteret:

| Når | Kontaktpunkt | Kontaktinfo |
|----------------------|--|-----------------|
| Ved akutte hendingar | Medisinsk intensivavdeling (formidlar kontakt til CBRNe-senteret) | 22 11 91 24 |
| | Sentralbord OUS | 02770 |
| Normalsituasjonar | E-post | cbrne@ous-hf.no |
| | Telefon | 22 11 91 81 |

Vedlegg 15

ROS-ANALYSAR

A: Risikovurdering av regional beredskap med fokus på samhandling mellom helseføretaka, Helse Vest RHF, Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest IKT

Innleiing

Formålet med Regional helseberedskapsplan er å bidra til å verne om liv og helse, og bidra til at befolkninga får tilbod om nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg i kriser og katastrofar, i fredstid og i krig.

Eit delmål for å sikre hovudformålet med planen er å styrkje samhandlinga og samordninga av helseberedskapen mellom HF, RHF, HVIKT og SAV, for samla sett å kunne handtere beredskapssituasjonar på ein så effektiv og god måte som mogleg.

Gjennomføring av risikoanalysen

Analysen er gjennomført ved at prosjektgruppa har identifisert kva forhold det er viktigast å lykkast med for å nå målet, og dermed kva forhold det er knytt risiko til.

Dei forholda det er viktigast å lykkast med, er omtalte som kritiske suksessfaktorar. Risikoelement er formulert med utgangspunkt i dei kritiske suksessfaktorane. Identifiserte risikoelement er samanstilte i ein kartleggingstabell med risikomatrise.

For å identifisere risiko har ein nytta den informasjonen og kunnskapen som har vore tilgjengeleg, dei sterke og svake sidene i organisasjonen, tidlegare problem/utfordringar, svikt o.a. Vidare har ein, så langt det har vore mogleg, blitt teke omsyn til allereie etablerte tiltak og aktivitetar.

Ved vurdering av risiko ser ein først på kor sannsynleg det er at risikoelementet inntreff, og deretter på kor alvorleg konsekvensanse for måloppnåinga vil vere dersom risikoelementet inntreff. Summen av desse vurderingane viser kor høg den enkelte risikoen er.

På bakgrunn av risikovurderingane er det identifisert risikoreduserande tiltak for kvart risikoelement. Kva tiltak som skal setjast i verk, er oppsummert i ein tiltaksplan.

| Mål | Kva skal vi lykkest med for å nå målet (suksessfaktorar) | Risikoelement |
|---|---|--|
| <p>Styrkje samhandlinga og samordninga av helseberedskapen mellom HF, RHF, HV IKT og SAV for samla sett å kunne handtere beredskapssituasjonar på ein så effektiv og god måte som mogleg.</p> <p>Med «beredskapssituasjonar» er det her tenkt på uønskte hendingar som er meir omfattande og krevjande å handtere enn dei helsetenesta møter i det daglege, for eksempel på grunn av omfanget eller typen skadar eller sjukdom, behovet for ressursar eller forholda elles.</p> | <p>1. Ansvar og rolle Ansvars- og rollefordelinga mellom HF, RHF, HV IKT og SAV er tydeleg definert.</p> <p>2. Varslingsrutinar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Det er etablert varslingsrutinar mellom beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Kven</u> skal varslast? - <u>Når</u> skal det varslast? - <u>Korleis</u> skal det varslast? ▪ Førehandsdefinert nøkkelpersonell i beredskapsleiinga er tilgjengeleg 24/7. <p>3. Rapporteringsrutinar Det er etablert skriftlege/munnelege rapporteringsrutinar mellom beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kven</u> skal rapportere? ▪ <u>Kva</u> skal rapporterast? ▪ <u>Når</u> skal det rapporterast? ▪ <u>Korleis</u> skal det rapporterast? <p>4. Situasjonsrapportering/informasjonsdeling Når fleire HF er involverte i hendinga, skal det vere etablert rutinar mellom HF, RHF, HV IKT og SAV som sikrar felles situasjonsforståing og informasjonsdeling under hendinga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kven</u> har ansvaret? ▪ <u>Kva</u> skal det rapporterast/informerast om ? ▪ <u>Når</u> skal det etablerast kontakt? ▪ <u>Korleis</u> skal kontakten etablerast? <p>5. Hospital kapasitet og spesialkompetanse Masseskade Alle HF-a har kartlagt intensiv-, operasjons- og sengekapasiteten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ normert kapasitet ▪ beredskapskapasitet | <p>1. Ansvar og rolle Ansvars- og rollefordeling mellom HF, RHF, HV IKT og SAV er ikkje er tydeleg nok.</p> <p>2. Varslingsrutinar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Det er uklare varslingsrutinar mellom beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Kven</u> skal varslast? - <u>Når</u> skal det varslast? - <u>Korleis</u> skal det varslast? ▪ Tilfeldig om nøkkelpersonell i beredskapsleiinga er tilgjengeleg 24/7. <p>3. Rapporteringsrutinar Det er ikkje etablert skriftlege/munnelege rapporteringsrutinar mellom beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kven</u> skal rapportere? ▪ <u>Kva</u> skal rapporterast? ▪ <u>Når</u> skal det rapporterast? ▪ <u>Korleis</u> skal det rapporterast? <p>4. Situasjonsrapportering/informasjonsdeling Når fleire HF er involverte i ei hending, er det uklart korleis ein skal sikre felles situasjonsrapportering og informasjonsdeling mellom HF, RHF, HV IKT og SAV under hendinga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kven</u> har ansvaret? ▪ <u>Kva</u> skal det rapporterast/informerast om? ▪ <u>Når</u> skal det etablerast kontakt? ▪ <u>Korleis</u> skal kontakten etablerast? <p>5. Hospital kapasitet og spesialkompetanse Masseskade Uklart kva intensiv-, operasjons- og sengekapasitet som er ved dei ulike HF-a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ normert kapasitet ▪ beredskapskapasitet |

| Mål | Kva skal vi lykkast med for å nå målet (suksessfaktorar) | Risikoelement |
|-----|---|--|
| | <p>Pandemi Alle HF-a har kartlagt isolatplasskapasiteten og sengekapasiteten.</p> <p>Spesialkompetanse – generelt Alle HF-a har kartlagt spesialkompetanse.</p> | <p>Pandemi Uklart kva isolatkapasitet og annan sengekapasitet som er i dei ulike HF-a.</p> <p>Spesialkompetanse – generelt Uklart kva spesialkompetanse som er ved dei ulike HF-a.</p> |
| | <p>6. Koordinering, organisering og samhandling Ved beredskapssituasjonar som rammar/involverer heile eller delar av regionen, er det etablert felles planar for å sikre god og effektiv koordinering, organisering og samhandling mellom HF, RHF, HV IKT, SAV og mellom AMK-sentralar og R-AMK.</p> | <p>6. Koordinering, organisering og samhandling Uklart korleis beredskapssituasjonar som rammar/involverer heile eller delar av regionen, skal løyast på ein god og effektiv måte.</p> |
| | <p>7. Regionale beredskapsøvingar og evaluering Det blir gjennomført beredskapsøvingar mellom HF, RHF, HV IKT og SAV.</p> <p>Det blir gjennomført evaluering etter regionale beredskapsøvingar for å sikre systematisk forbetring og læring.</p> | <p>7. Regionale beredskapsøvingar og evaluering HF, RHF, HV IKT og SAV har ingen plan for felles gjennomføring av beredskapsøvingar.</p> <p>Det er ikkje etablert noko system for å sikre systematisk forbetring og læring etter regionale beredskapsøvingar.</p> |
| | <p>8. Erfaringsoverføring mellom HF, RHF, HV IKT og SAV Det er etablert eit system for å dele erfaringar/evalueringar etter regionale/lokale øvingar og beredskapssituasjonar mellom HF, RHF, HV IKT og SAV.</p> | <p>8. Erfaringsoverføring mellom HF, RHF, HV IKT og SAV Det er ikkje etablert noko system for å sikre systematisk erfaringsoverføring etter regionale/lokale øvingar, beredskapssituasjonar mv. mellom HF, RHF, HV IKT og SAV.</p> |
| | <p>9. Omgrep og definisjonar Det er etablert felles omgrep og definisjonar innanfor beredskap mellom HF, RHF, HV IKT og SAV.</p> | <p>9. Omgrep og definisjonar Ulik bruk av omgrep og definisjonar mellom HF, RHF, HV IKT og SAV innanfor beredskap kan føre til misforståingar mv. i ein beredskapssituasjon.</p> |
| | <p>10. Felles kommunikasjonsstrategi Det er etablert felles rutinar for ekstern kommunikasjon mellom HF, RHF, HV IKT og SAV i beredskapshendingar.</p> | <p>10. Felles kommunikasjonsstrategi HF, RHF, HV IKT og SAV har ingen felles rutinar for ekstern kommunikasjon ved beredskapshendingar.</p> |

| Mål: Styrkje samhandlinga og samordninga av helseberedskapen mellom HF, RHF, HV IKT og SAV for samla sett å kunne handtere beredskapssituasjonar på ein så effektiv og god måte som mogleg | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--------------------------------|---|
| Risikoelement | Årsak(er) | Sannsyn | Verknad | Konsekvens | Risiko | Risikoreduserande tiltak |
| Kartleggje risikoelement som kan hindre ei god samhandling og handtering av beredskapssituasjonar i Helse Vest | Kva er årsaka til at risikoelementet kan inntreffe? | Oppgi sannsyn på ein skala frå 1 til 5 for kvart risikoelement (sjå tabell for klassifisering) | Gjer kort greie for kva som er verknaden av identifisert risikoelement dersom det inntreff. Blir brukt som utgangspunkt for å vurdere konsekvensane. | Oppgi sannsyn på ein skala frå 1 til 5 for kvart risikoelement (ubetydeleg – svært alvorleg) | Risiko er sannsyn x konsekvens | For risiko over akseptert nivå skal risikoreduserande tiltak definerast og vurderast med omsyn til kost/nytte |
| 1. Ansvar og rolle Ansvars- og rollefordeling mellom HF, RHF, HV IKT og SAV er ikkje tydeleg nok | Kva ansvar, roller og fullmakter HF, RHF, HV IKT og SAV har i beredskapsleiinga, er ikkje definert. | 3 | Det kan oppstå mistydingar omkring kven har i kva, når og korleis. | 4 | 12 | Klargjere ansvars- og oppgåvefordeling mellom HF, RHF, HV IKT og SAV. |
| 2. Varslingsrutinar Det er uklare varslingsrutinar mellom beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kven</u> skal varslast? ▪ <u>Når</u> skal det varslast? ▪ <u>Korleis</u> skal det varslast? Tilfeldig om nøkkelpersonell i beredskapsleiinga er tilgjengeleg 24/7. Ved utfall av kritisk infrastruktur har ikkje HF, RHF, HV IKT og SAV alternative varslings- og kommunikasjonslinjer. | Det er uklart kven som skal varslast i beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV og kven som er varaperson. Manglar oppdaterte varslingslister i HF, RHF, HV IKT og SAV Inga vaktordning – lang responstid i beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV HF, RHF, HV IKT og SAV har ikkje kartlagt og testa alternative varslings- og kommunikasjonslinjer ved svikt i infrastruktur. | 4 | Varsling blir ikkje gjennomført eller det blir varsla for seint. Beredskapsleiinga kjem for seint i gang med å etablere tiltak Får ikkje kontakt med beredskapsleiinga. Får ikkje varsla og etablert kommunikasjon på tvers av HF, RHF, HV IKT og SAV ved utfall av ordinære varslingslinjer | 4 | 16 | Utarbeide felles varslingslister til beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV. Utarbeide retningslinjer for <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>kven</u> som skal varslast ▪ <u>når</u> det skal varslast ▪ <u>korleis</u> det skal varslast Etablere vaktordning/responstid 24/7 for nøkkelpersonell i beredskapsleiinga. HF, RHF, HV IKT og SAV skal utarbeide plan for alternative varslings- og kommunikasjonskanalar i ein beredskapssituasjon. |

| Mål: Styrkje samhandlinga og samordninga av helseberedskapen mellom HF, RHF, HV IKT og SAV for samla sett å kunne handtere beredskapssituasjonar på ein så effektiv og god måte som mogleg | | | | | | |
|---|---|---------|--|------------|--------|---|
| Risikoelement | Årsak(er) | Sannsyn | Verknad | Konsekvens | Risiko | Risikoreduserande tiltak |
| 3. Rapporteringsrutinar Det er ikkje etablert skriftlege/munnlege rapporteringsrutinar mellom beredskapsleinga i HF, RHF, HV IKT og SAV: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kven</u> skal rapportere? ▪ <u>Kva</u> skal rapporterast? ▪ <u>Når</u> skal det rapporterast? ▪ <u>Korleis</u> skal det rapporterast? | Mangelfull forståing for at andre treng informasjon om hendinga Uklart om kva og korleis det skal rapporterast Manglande prioritering og ressursar til å utarbeide skriftlege rapportar | 3 | Overordna styresmakter får ikkje nødvendig informasjon. Mangel på informasjon kan føre til feil i vidare analysar og avgjerder. | 3 | 9 | Utarbeide retningslinjer for rapportering: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kven</u> skal rapportere? ▪ <u>Kva</u> skal rapporterast? ▪ <u>Når</u> skal det rapporterast? ▪ <u>Korleis</u> skal det rapporterast? Utarbeide felles rapporteringsmal |
| 4. Situasjonsrapportering/ informasjonsdeling Når fleire HF er involverte i ei hending, er det uklart korleis ein skal sikre felles situasjonsrapportering og informasjonsdeling mellom HF, RHF, HV IKT og SAV under hendinga: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kven</u> har ansvaret? ▪ <u>Kva</u> skal det rapporterast/ informerast om? ▪ <u>Når</u> skal det etablerast kontakt? ▪ <u>Korleis</u> skal kontakten etablerast? | Mangelfull forståing av kor viktig det er å dele informasjon og ha ei felles situasjonsforståing | 4 | Ulik situasjonsforståing av hendinga kan føre til feil disponering av ressursar og mangelfull planlegging av vidare innsats. Avgjerder blir tekne på feil grunnlag. | 4 | 16 | Utarbeide retningslinjer for å sikre felles situasjonsrapportering og informasjonsdeling mellom HF, RHF, HV IKT og SAV under hendinga: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kven</u> har ansvaret? ▪ <u>Kva</u> skal det rapporterast/ informerast om? ▪ <u>Når</u> skal det etablerast kontakt? ▪ <u>Korleis</u> skal kontakten etablerast? |

| Mål: Styrkje samhandlinga og samordninga av helseberedskapen mellom HF, RHF, HV IKT og SAV for samla sett å kunne handtere beredskapssituasjonar på ein så effektiv og god måte som mogleg | | | | | | |
|--|--|---------|--|------------|--------|--|
| Risikoelement | Årsak(er) | Sannsyn | Verknad | Konsekvens | Risiko | Risikoreduserande tiltak |
| <p>5. Hospital kapasitet og spesialkompetanse</p> <p>Masseskade Uklart kva intensiv-, operasjons- og sengekapasitet som er ved dei ulike HF-a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ normert kapasitet ▪ beredskapskapasitet <p>Pandemi Uklart kva isolatkapasitet og annan sengekapasitet som er i dei ulike HF-a</p> <p>Spesialkompetanse - generelt Uklart kva spesialkompetanse som er ved dei ulike HF-a</p> | <p>Manglande kartlegging av hospital kapasitet og spesialkompetanse</p> <p>Manglande rutinar mellom HF-a for å utveksle oversikt over hospital kapasitet og spesialkompetanse</p> <p>Mangelfull definisjon av gradering av kapasitet</p> | 3 | Risiko for feil avgjerder og prioriteringar av pasientar | 3 | 9 | <p>Utarbeide ei felles oversikt over intensivkapasiteten og operasjonskapasiteten ved dei ulike HF-a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ normert kapasitet ▪ beredskap kapasitet <p>Utarbeide ei felles oversikt over isolatplassar i smitterisikogruppe 3 og 4 i dei ulike HF-a</p> <p>Utarbeide ei felles oversikt over spesialkompetansen ved dei ulike HF-a</p> <p>Etablere rutinar mellom HF-a for å sikre utveksling av informasjon om hospital kapasitet og spesialkompetanse i ein beredskapssituasjon</p> |
| <p>6. Koordinering, organisering og samhandling.</p> <p>Uklart korleis beredskapssituasjonar som rammar/involverer heile eller delar av regionen skal løyast på ein god og effektiv måte</p> | <p>Manglande felles planar mellom HF, RHF, HV IKT, SAV og mellom AMK-sentralar og R-AMK som sikrar god og effektiv koordinering, organisering og samhandling</p> | 4 | <p>Uklart kva HF som gjer kva, når og korleis</p> <p>Manglande samordning av felles ressursar</p> <p>Fordelinga av pasientar kan bli tilfeldig.</p> <p>Manglande kvalitet i rapporteringar</p> | 4 | 16 | <p>Etablere felles planar mellom HF, RHF, HV IKT, SAV og mellom AMK-sentralar og R-AMK som sikrar god og effektiv koordinering, organisering og samhandling</p> <p>Planane må òg sikre ei god og effektiv handtering av hendingar i grenseområde mellom helseføretak.</p> |

| Mål: Styrkje samhandlinga og samordninga av helseberedskapen mellom HF, RHF, HV IKT og SAV for samla sett å kunne handtere beredskapssituasjonar på ein så effektiv og god måte som mogleg | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|--------|---|
| Risikoelement | Årsak(er) | Sannsyn | Verknad | Konsekvens | Risiko | Risikoreduserande tiltak |
| | | | <p>Ikkje felles situasjonsforståing</p> <p>Ikkje avklart kven som skal be om nasjonale ressursar ved behov</p> <p>Manglande oversikt over skadde, pårørande mv.</p> <p>Ingen koordinert samvirke med eksterne beredskapsaktørar</p> | | | |
| <p>7. Regionale beredskapsøvingar og evaluering</p> <p>HF, RHF, HV IKT og SAV har ingen plan for felles gjennomføring av beredskapsøvingar.</p> <p>Det er ikkje etablert eit system for å sikre systematisk forbetring og læring etter regionale beredskapsøvingar.</p> | <p>Manglande prioritering av øvingar i HF, RHF, HV IKT og SAV.</p> <p>Manglande kompetanse på å gjennomføre øvingar</p> <p>Manglande kunnskap om at evalueringar er eit systematisk forbetnings tiltak</p> | 4 | <p>Manglande samhandling og samordning i beredskapssituasjonar</p> <p>Eventuelle feil eller manglar i planverket blir ikkje oppdaga og forbetra.</p> <p>Inga kontinuerleg forbetring av den samla prestasjonsevna i Helse Vest.</p> <p>Læringspunkt blir ikkje avdekte og følgde opp.</p> | 4 | | <p>Utarbeide plan for gjennomføring av felles beredskapsøvingar. Planen skal ta utgangspunkt i relevante ROS-analyser.</p> <p>Utarbeide retningslinjer for korleis felles evaluering skal gjennomførast og læringspunkt skal følgjast opp i HF, RHF, HV IKT og SAV. Utgangspunktet for felles evaluering er samhandling og samordning mellom HF, RHF, HV IKT og SAV</p> |

| Mål: Styrkje samhandlinga og samordninga av helseberedskapen mellom HF, RHF, HV IKT og SAV for samla sett å kunne handtere beredskapssituasjonar på ein så effektiv og god måte som mogleg | | | | | | |
|--|--|---------|---|------------|--------|---|
| Risikoelement | Årsak(er) | Sannsyn | Verknad | Konsekvens | Risiko | Risikoreduserande tiltak |
| 8. Erfaringsoverføring mellom HF, RHF, HV IKT og SAV Det er ikkje etablert noko system for å sikre systematisk erfaringsoverføring etter regionale/lokale øvingar, beredskapssituasjonar mv. mellom HF, RHF, HV IKT og SAV | Manglande rutinar for å dele slik informasjon Ikkje vilje til å dele informasjon | 4 | Inga læring på tvers i Helse Vest Feil eller manglar blir ikkje oppdaga og forbetra. | 4 | 16 | Utarbeide retningslinjer for å sikre erfaringsoverføring etter øvingar, beredskapssituasjonar mv. mellom HF, RHF, HV IKT og SAV |
| 9. Omgrep og definisjonar Ulik bruk av omgrep og definisjonar mellom HF, RHF, HV IKT og SAV innanfor beredskap kan føre til misforståingar mv. i ein beredskapssituasjon. | Usemje mellom dei ulike HF-a om omgrep og definisjonar Det er etablert ulike definisjonar og omgrep i HF. Det ligg ikkje føre nokon nasjonal standard. | 4 | Kan føre til mistydingar mellom HF, RHF, HV IKT og SAV. | 3 | 12 | Utarbeide felles dokument med bruk av omgrep og definisjonar |
| 10. Felles Kommunikasjonsstrategi HF, RHF, HV IKT og SAV har ingen felles rutinar for ekstern kommunikasjon ved beredskapshendingar. | Manglande rutinar og planar for felles ekstern kommunikasjon i HF, RHF, HV IKT og SAV | 3 | Det blir gitt ulik informasjon. Informasjonen er mangelfull. Det blir gitt feil informasjon | 4 | 12 | Utarbeide felles rutinar for ekstern kommunikasjon ved beredskapshendingar der fleire HF er involvert |

RISIKOMATRISSE

| | | Konsekvens | | | | |
|---------|-----------------|-----------------|------------|--------------|---------------|---------------------|
| | | Ubetydeleg 1 | Liten 2 | Moderat 3 | Alvorleg 4 | Svært alvorleg 5 |
| Sannsyn | Svært stor 5 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 |
| | Stor 4 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 |
| | Moderat 3 | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 |
| | Lite 2 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| | Svært lite 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

RISIKOKRITERIER

| | |
|-------|--|
| 1–4 | Akseptabel risiko – ikkje krav om tiltak |
| 5–12 | Vurderingsområde – tiltak for å redusere risikoen skal vurderast |
| 15–25 | Uakseptabel risiko – tiltak for å redusere risikoen skal gjennomførast |

B: Regionale ROS-analysar for Helse Vest - eksterne og interne hendingar ¹⁵

Innleiing

Nasjonalt risikobilete (NRB), som Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap (DSB) er ansvarleg for samanstillinga av, skildrar alvorlege risikoforhold og presenterer resultat frå risikoanalysar av eit utval uønskte hendingar med konsekvensar for samfunnet. Analysar frå andre instansar som er relevante for Helse Vest, for eksempel fylkes-ROS, kommune-ROS og ROS-analysane til andre regionale helseføretak, er òg presenterte. I arbeidet med ROS-analyse av uønskte hendingar i Helse Vest har vi nytta slike analysar som basis for arbeidet vårt.

I framstillinga av risiko og sårbarheit har vi teke utgangspunkt i uønskte hendingar, både naturskapte og tilsikta og utilsikta menneskapeskapte hendingar. Felles for dei er at dei har konsekvensar for Helse Vest og krev ekstraordinær innsats og ikkje kan handterast gjennom etablerte rutinar og ordningar.

Nokre av hendingane går på tvers av sektorar og ansvarsområde og vil krevje samhandling og samordning mellom fleire aktørar for å kunne handtere beredskapen på ein effektiv og god måte.

Risiko og sårbarheit

Orda *risiko* og *sårbarheit* blir brukte på ulike måtar. Både forskingslitteratur, rettleiingar og liknande på samfunnstryggleiksområdet legg varierende innhald i og har ulik forståing av orda.

Risiko handlar alltid om kva som kan skje i framtida, og er derfor forbunde med uvisse. Uvisse knyter seg til om ei bestemt uønskt hending vil skje, og om kva konsekvensane av denne hendinga vil bli.

I risikoanalysar bruker vi ofte sannsyn som mål på kor truleg vi meiner det er at ei viss hending vil skje i løpet av eit gitt tidsrom. Verknadane av den uønskte hendinga kallar vi konsekvensar.

Vurderingar av sårbarheit inngår indirekte i risikoanalysane gjennom vurdering av sannsyn, konsekvensar og uvisse. Ikkje minst gjennom vurderinga av kor sensitive resultatane er for endringar i føresetnadene, blir kritiske faktorar både for at hendinga skal skje og utfallet av henne, avdekte. Sannsynet kan for eksempel vere avhengig av eit samanfall av vêrforhold og konsekvensane av planar for varsling, ambulansetransport og liknande. Nokre av dei kritiske faktorane eller «sårbarheitene» lèt seg påverke og kontrollere, og avdekking av desse er viktige resultat av ein risikoanalyse. Sårbare punkt peikar på behovet for tiltak eller barrierar for å gjere systemet meir robust.

¹⁵ «Nasjonalt risikobilde 2014» frå DSB og ROS-analysar frå fylkesmennene i Sogn- og Fjordane, Hordaland og Rogaland er lagde til grunn for denne ROS-analyse.

Vurdering og omtale av risiko, konsekvens og tiltak

Alle typar uønskete hendingar er analyserte etter den same malen:

- Kva uønskete hendingar er aktuelle?
- Kva kan skje (sårbarheit)?
- Kva kan konsekvensen bli?
- Kva tiltak kan setjast i verk for å unngå hendinga og/eller redusere konsekvensane?

ROS-analysen er i det vesentlege ein kvalitativ analyse, der risikoen er skildra og vurdert, men utan at det er gjort omfattande vurderingar og overslag av kor sannsynleg det er at hendinga vil skje. Konsekvensar er heller ikkje framstilte i talstorleikar. Analysen inneheld derfor ikkje ei rangeringa av hendingane etter risiko.

Vi har delt uønskete hendingar inn i eksterne og interne hendingar.

Når det gjeld eksterne hendingar, har helseføretaka liten eller ingen mogelegheit til å påverke årsakene eller til å setje i verk førebyggjande tiltak. For slike hendingar må ein ha fokus på mogelege konsekvensar og skadereduserande tiltak. Med interne hendingar vil det ofte vere annleis, der vil det å førebu tiltak for å redusere sannsynet for at hendinga skal skje, vere det viktigaste innsatsområdet. Ansvar for å identifisere årsaker og setje i verk førebyggjande tiltak ligg hos den som har ansvar for den daglege drifta. I praksis vil dette blant anna vere knytt til svikt i intern forsyning av straum, vatn, brannberedskap, eller mangel på legemiddel.

Tiltak/sårbarheitsreduksjon – kost/nytte mv.

Eit heilt sentralt vurderingstema er om det er mogeleg å hindre at ei uønskt hending skjer. Dersom det ikkje er mogeleg, må ein vurdere korleis ein kan redusere konsekvensane av denne hendinga.

På ein del område må ein akseptere risikofylt aktivitet, for det er ikkje praktisk mogeleg å fjerne risikoen, verken teknisk, økonomisk eller organisatorisk.

På ein del område kan det vere mogleg å setje i verk førebyggjande tiltak, men det vil blir svært dyrt. Avvegingar av kost/nytte må derfor òg gjerast for alt skadeførebyggjande og konsekvensreduserande arbeid. Risiko må akseptrast dersom kostnadene for mottiltak blir altfor høge samanlikna med den tryggleiksgevinsten som tiltaka kan ventast å gi.

For uønskete hendingar der førebyggjande tiltak ikkje er aktuelt, må ein beredskapsplan fortelje korleis hendinga skal handterast med så små negative konsekvensar som mogeleg. Beredskapsplanar må ta utgangspunkt i funn i ROS-analyser, blant anna for å utarbeide tiltakskort (prosedyrar) for dei mest aktuelle hendingane.

Gjennomføring av ROS-analysen

Den regionale ROS-analysen er gjennomført ved at regionalt beredskapsutval (RBU) har gjennomført ei analyse av uønskete hendingar med konsekvensar for Helse Vest. I tillegg har relevant materiale frå analysar som alt er gjennomførte, blitt gjennomarbeidd.

Vidare bruk av ROS-analysen

Den regionale ROS-analysen inneheld eit oversyn over kva som blir vurdert som dei største utfordringane for helseberedskapen i Helse Vest. Analysen er ikkje komplett og med bakgrunn i egne ROS-analyser må helseføretaka, Helse Vest IKT og SAV samla planleggje og førebu nødvendige førebyggjande og konsekvensreducerande tiltak.

Tabell 1: Eksterne hendingar

| Hending | Sårbarheit | Konsekvens | Tiltak for HF |
|--|--|--|---|
| Ekstremvêr/naturhendingar | | | |
| Skred, flaum, sterk vind, stormflod, ekstreme temperaturar, ekstrem nedbør, romvêr, vulkansky, skogbrann jordskjelv | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skred, flaum, sterk vind og stormflod råkar eigedom, landbruksområde og infrastruktur årvisst, og kan vere ein trussel mot liv og helse. ▪ Felles for desse hendingane er at dei med jamne mellomrom skapar problem for samferdsel, kraft- og teleforsyninga, og kan medføre problem for vatn- og avløpssystem (sjå svikt i kritisk infrastruktur). | <p>Vil råke heilt eller delvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Akutt ambulansetransport på veg, sjø og luft ▪ Anna pasienttransport ▪ Helsepersonell kjem seg ikkje på arbeid. ▪ Bygningsmasse og inventar kan vere trua. ▪ Forsyning av legemiddel, mat, materiell og drivstoff | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kartleggje alternative transportveggar og ressursar for transport av pasientar og personell til/frå dei stadene som er mest sårbare for langvarige vegstengingar, eller stans/reduksjon i luftfart. ▪ Vurdere behov for lagerkapasitet av legemiddel, mat, materiell og drivstoff. |
| Svikt i kritisk infrastruktur | | | |
| Kraftforsyning, tele- og IKT-forsyning, cyber-angrep | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Det er mange typar uønskte hendingar som kan true kraftforsyninga: <ul style="list-style-type: none"> ○ vêr- og klimaforhold ○ teknisk svikt i anlegg ○ svikt i anna infrastruktur ▪ Tele- og IKT-forsyning er i stor grad avhengig av ei fungerande straumforsyning, men ein ser stadig oftare svikt i mobilnettet sjølv om straumforsyninga fungerer ▪ Lyn- og torevêr er den typen naturhending som oftast skapar problem for teleforsyninga. ▪ Sterk vind, snø- og snøskred, jord- og steinras kan føre til linjebrot. ▪ I det daglege er uhell i samband med gravearbeid den hyppigaste | <p>Vil råke heilt eller delvis;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publikum får ikkje meldt frå om hendingar til AMK. ▪ Kommunikasjon mellom AMK og den akuttmedisinske kjeda ▪ Framkomst for nødetatane som følgje av trafikkutfordringar ▪ Innkalling av ekstrapersonell ved sjukehusa ▪ Kommunikasjon med styresmakter og andre beredskapsaktørar ▪ Drivstoffmangel fordi det blir umogleg å fylle bensin og diesel ▪ Kraftforsyning og tele- og IKT-forsyning til og i sjukehus, med dei konsekvensane det har for effektivitet, som igjen kan føre til utsett pasientbehandling og | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sikre alternativ fungerande reservekraft ▪ Sikre sårbare funksjonar og vitalt utstyr med UPS (batteristraum) ▪ Kartleggje og ev. etablere alternative varslings- og kommunikasjonskanalar ▪ Kartleggje og ev. avtale bruk av kommunikasjonsutstyr med andre beredskapsaktørar og frivillige organisasjonar ▪ Kartleggje og ev. etablere omrutingsalternativ eller reserveløysingar (redundans) ▪ Kartleggje og ev. avtale drivstoffleveranse med drivstoffleverandørar |

| Hending | Sårbarheit | Konsekvens | Tiltak for HF |
|--|---|---|---|
| Vatn/avløp | <p>årsaka til brot på kommunikasjonslinjer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cyber-angrep kan føre til svikt i leveranse av IKT-tenester. | <p>mogeleg feilbehandling.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intern kommunikasjon i helseføretaka | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vassforsyning og avløp vil mange stader få driftsproblem ved langvarig straumbrot. Vassverka er gjerne avhengige av straum både for å kunne reinse vatnet og for å halde oppe trykket ▪ Erfaringar har vist at det er vassmangel til hygieniske føremål som skapar dei største problema ▪ Sårbarheita i avløpssystemet er veldig avhengig av dimensjoneringa av leidningsnett, overløp, pumper og reinseanlegg. Eit større straumbrot vil føre til at mange pumpestasjonar og reinseanlegg blir sette ut av drift. ▪ Teknisk svikt i vatn og avløpsanlegg. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasientar og sjuke kan bli påført store påkjenningar dersom dei blir utsette for smittestoff i drikkevatnet. Mest vanleg er mage- og tarminfeksjonar ▪ Manglande vatn til sanitære forhold blir raskt kritisk for sjukehusa ▪ Manglande vatn til kroppsvask blir òg raskt kritisk, særleg for pleietrengande ▪ Tilbakeslag av avløpsvatn i sjukehusa | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablere planar for alternativ leveranse av drikkevatt ▪ Inngå samarbeidsavtale med vertskommunane til sjukehuset: <ul style="list-style-type: none"> ○ beredskapsplanar for leveringstryggleik og vasskvaliteten til sjukehus ved uønskte hendingar ○ beredskapsplanar for avløpsanlegg frå sjukehus ▪ Ha etablert internkontroll av vasskvalitet i sjukehuset. |
| Store ulykker/masseskade | | | |
| Brannar, vegtrafikkulykker, ulykker i vegtunnelar, jernbaneulykker, luftfartsulykker, industriulykker, skipsulykker, ulykke på oljeinstallasjonar, terror og kriminalitet | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Det er fleire typar ulykker som kan føre til mange skadde pasientar, for eksempel større samferdselsulykker, industriulykker eller alvorlege naturhendingar. Årsaka til masseskaden er normalt ikkje avgjerande for evna til å handtere situasjonen ▪ Høvet til å redusere konsekvensane av ei hending med mange skadde vil vere påverka av bl.a. pasienttalet og | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utfordringane vil både knyte seg til kva type skade som kan oppstå, og til at mange skadde samtidig kan gi kapasitetsproblem. Det gjeld både på ulykkesstaden, under transport og inne på sjukehuset. ▪ Samla sett rår ein over store ressursar, men utfordringa vil vere å få ambulanse, luftambulanse, redningshelikopter mv. raskt nok fram ved ei ulykke. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablere rutinar mellom HF-a for å sikre utveksling av informasjon om hospital kapasitet og spesialkompetanse (for eksempel brannskadar) i ein beredskapssituasjon som grunnlag for samarbeid og fordeling av pasientar mellom HF-a ▪ Ta initiativ til felles trening i og mellom helseføretaka og mellom helseføretak og RHF |

| Hending | Sårbarheit | Konsekvens | Tiltak for HF |
|---------|--|--|---|
| | <p>typen skadar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Geografiske/topografiske forhold gjer at det kan vere vanskeleg å komme til for hjelpemannskap/utstyr, og tilsvarande vanskeleg å evakuere skadde personar. Sambandsforholda på ulykkesstaden, for eksempel dekning og kapasitet i nødnett og mobiltelefonnett, vil påverke evna til å kommunisere mellom innsatspersonell, mellom etatane og mellom skadestaden og AMK/sjukehus. Dette er ikkje minst ei aktuell problemstilling i tunnelane og ved ekstremvær. | <ul style="list-style-type: none"> Tilgang til operasjonsstover/-personell, intensivplassar og eventuelt respiratorplassar er faktorar som set grenser for kapasiteten. Tilgang til spesialistkompetanse, legemiddel og helsemateriell Tilgang til samband/mobil på ulykkesstaden mellom innsatspersonell og mellom etatar, AMK/sjukehus mv. Følgjehendingar som trafikkskadar på grunn av mogleg trafikkaos må påreknast. Ein reknar med at mange overlevande vil oppleve posttraumatisk stress eller ha behov for psykososial oppfølging. | <ul style="list-style-type: none"> Dimensjonere legemiddel- og helsemateriellager Kartleggje alternative transportveggar og ressursar for transport av pasientar og personell (sjå òg under ekstremvær/naturhendingar) Samordne og dele planar med kommunehelsetenesta om psykososial oppfølging Kartleggje sambandsforhold etter innføring av nødnett. |

Pandemi / alvorlege epidemiar

Pandemiar – store verdsomspennande epidemiar, for eksempel influensa – kjem med jamne mellomrom.

Historiske tal viser at det har vore tre–fire pandemiar kvart hundreår. På 1900-talet hadde vi spanskesjuka like etter første verdskrig, Asia-sjuka i slutten av 50-åra, Hongkong-sjuka i slutten av 60-åra og svineinfluensa i 2008–2010.

Ein epidemi er klart fleire tilfelle enn normalt av ein sjukdom i eit gitt tidsrom.

- Pandemi og alvorlege epidemiar vil vere prega av svært mange alvorleg sjuke, personellmangel, for lite medisin og utstyr og mangel på sengeplassar.
- Mange pasientar som krev intensivbehandling, blir liggjande lenge på sjukehus og belastar dermed intensivkapasiteten over lang tid.
- Helsepersonell vil komme fort i kontakt med smitten. Det kan skape store problem dersom helsepersonell blir sjuke og sengeliggjande i stort omfang.
- Stort forbruk av legemiddel og helsemateriell
- Dimensjonere legemiddellager og lager av helsemateriell og verneutstyr
- Gjennomføre kontinuitetsplanlegging
- Lokalt planverk må vere forankra i nasjonale og regionale pandemiplanar.

| Hending | Sårbarheit | Konsekvens | Tiltak for HF |
|--|--|---|--|
| CBRNe-ulykker | | | |
| Kan omfatte ulykker med radioaktive, biologiske og kjemiske stoff (sjå omgrepslista til Regional helseberedskapsplan) | Mange typar hendingar kan medføre fare for CBRNEe-ulykker (sjå handboka for CBRNe-senteret). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kan føre til kontaminert skadestad ▪ Kontaminerte pasientar kan komme direkte til sjukehus ▪ Fare for helsepersonell på skadestaden og i kontakt med kontaminerte pasientar ▪ Kan føre til behov for antidot | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Førebu og gjennomføre tiltak i samsvar med handboka for CBRNe-medisin ▪ Sikre nok og rett verneutstyr ▪ Ha system for dekontaminering ▪ Etablere rutinar for varsling av relevante fagmiljø (Folkehelseinstituttet, Statens strålevern og CBRNe-senteret) |

Tabell 2: Interne hendingar

| Hending/risiko | Sårbarheit | Konsekvens | Tiltak |
|---|---|--|--|
| Svikt i intern infrastruktur | | | |
| Straum, vatn, tele og IKT | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne brot på vassforsyning, straum, vatn, tele- og IKT-tenester ▪ Intern brot på vassleidning ▪ Teknisk svikt i reservestraums-aggregat ▪ Feil prioritering av reservestraum ▪ Brann i elektrisk anlegg ▪ Feil på batteri (UPS) som skal sikre straum på kritiske område ▪ Feil / teknisk svikt hos IKT-leverandør ▪ Ujamn kraftforsyning | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vil kunne setje heile eller delar av sjukehuset ut av drift ▪ Kritiske område i sjukehusa får ikkje straum ▪ Ikkje straum på prioriterte kursar ved reservestraum ▪ Svikt – heilt eller delvis – i ventilasjon, oppvarming, tele- og IKT-forsyning og i medisinsk-teknisk utstyr ▪ Svikt i interne varslings- og kommunikasjonssystem ▪ Manglande vatn er kritisk for sjukehusdrifta og for behandlinga av pasientane | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skal vere etablert beredskapsplanar og førebyggjande tiltak med bakgrunn i eigne ROS-analysar ▪ Etablere rutinar for testing av utstyr og reservedrift |
| Brann i sjukehus | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Brann spreier seg utover startbranncella ▪ Stor røykutvikling | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fare for liv og helse for pasientar og tilsette. ▪ Vil kunne setje heile eller delar av sjukehuset ut av drift | <ul style="list-style-type: none"> ▪ HF må planleggje og førebu førebyggjande tiltak for å redusere konsekvensane og sårbarheita. ▪ Plan for evakuering ▪ Redningsarbeidet skal organiserast med leiinga som på skadestad utanfor sjukehus. |
| Trugsmål, terror og kriminalitet retta mot sjukehus | | | |
| Ifølgje rapporten «Nasjonalt risikobilde» er det liten risiko for terror og kriminalitet retta mot sjukehus. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kan vere retta mot spesielle objekt på sjukehus, for eksempel AMK og skjermingsverdige objekt ▪ Kan vere retta for å skade flest moglege pasientar og tilsette | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mange skadde pasientar og tilsette ▪ Heile eller delar av sjukehuset blir sett ut av drift ▪ Tilsette og pasientar kan bli tekne som gissel eller utsette for pågåande livstruande vald. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiltak vil vere avhengig av hendinga og den lokal trusselvurderinga og må baserast på lokale ROS-analysar og vurderingar. ▪ Aktuelt å vurdere tiltak i samband med gjennomføring av KIKS- |

| Hending/risiko | Sårbarheit | Konsekvens | Tiltak |
|--|--|---|---|
| | | | prosjektet (kritisk infrastruktur og kritiske samfunnsfunksjonar) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan for evakuering ▪ Redningsarbeidet skal organiserast med leinga som på skadestad utanfor sjukehus |
| Svikt i legemiddelforsyning og materiellforsyning | | | |
| Hdir har utarbeidd forslag til nasjonale helsemateriellager. | Det er fleire situasjonar som kan medføre fare for svikt i legemiddel- og materiellforsyninga: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manglande eller utsett behandling av pasientar. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revidere felles regional oversikt av beredskapslager av legemiddel- og materiell ▪ Revidere beredskapsavtale mellom SAV og HF for å sikre felles tilnærming ▪ HF må opparbeide seg kunnskap om erstatningsmedikament og reserveløysingar ▪ HF og RHF må ha ein prioriteringsstrategi ved større forsyningssvikt. |
| Nasjonal rapport om svikt i forsyning av legemiddel er under utarbeiding. | <ul style="list-style-type: none"> ○ produksjonssvikt ○ transportsvikt | | |

Sjå dokumentet «Nasjonalt risikobilde 2014» utarbeidd av DSB.

http://www.dsb.no/Global/Publikasjoner/2014/Tema/NRB_2014.pdf

Vedlegg 16

BEREDSKAPSANALYSE

Innleiing

Beredskapsanalysen skal sikre samanheng mellom overordna mål/rammer, ROS-analyse og beredskapsplan.

Beredskapsanalysen er ein reiskap for å vurdere om dei eksisterande organisatoriske og tekniske beredskapstiltak er gode nok. Analysen skal òg vise vurderte behov for ytterlegare tiltak. Korleis kan vi handtere den kartlagde risikoen?

Beredskapsanalysen er ein del av beredskapshjulet (sjå nedanfor).



Figur 2: Beredskapsplanleggingshjulet (Rake, L.R. & M. Sommer 2015)

Beredskapsanalysen har som formål å identifisere følgjande:

- Kva for ambisjonar har organisasjonen for beredskapen?
- Kva for krav til handtering og respons skal bli oppfylte? (Her oppgir vi det som blir sett på som det beste – det må i ettertid bli vurdert opp mot kost/nytte.)
- Kva for ressursar ser vi som nødvendige for å kunne respondere tilfredsstillande og handtere vald hending/problemstilling på ein god måte?

Beredskapsanalysen tek utgangspunkt i problemstillingar eller uønskte hendingar som er kartlagde i ein risikoanalyse. Det er i denne samanhengen utarbeidd ein ROS-analyse som omhandlar samhandling og samordning ved beredskapshendingar i Helse Vest. Målet er der å styrkje samhandlinga og samordninga av helseberedskapen mellom HF, RHF, HVIKT og SAV for samla sett å kunne handtere beredskapssituasjonar på ein så effektiv og god måte som mogleg (sjå vedlegg 15).

Med utgangspunkt i ein definert beredskapssituasjon kjem beredskapsanalysen så med forslag til ytingskrav og dimensjonerande krav.

Analysen med forslag til ytingskrav og dimensjonerande krav blei presentert for styringsgruppa, som har vurdert krava og lagt vidare føringar for innhaldet i beredskapsplanen.

BEREDSKAPSANALYSE

- med fokus på samhandling og samordning i Helse Vest på beredskapsleiingsnivå (varsling, kommunikasjon, ansvar, rollefordeling) ved ei dimensjonerande hending eller ein definert beredskapssituasjon

Definert beredskapssituasjon

Omfattande og alvorleg ekstern hending – genererer raudt beredskapsnivå og er utfordrande med tanke på kapasitet og ressursar nok til å vareta svært mange hardt skadde. Pasientane må fordelast på fleire sjukehus. Krev iverksetjing av beredskapsplan for mottak av masseskadar for meir enn eitt helseføretak. Gjeld for eksempel omfattande transportulykker (buss, tog, fly eller ferje), omfattande industriulykker, terroraksjonar eller storbrannar med mange skadde.

Alle nødetatar er involverte, R-AMK er òg sett i verk.

Beredskapssituasjonen krev innsats og ressursar frå fleire helseføretak (HF), Sjukehusapoteka Vest (SAV) og Helse Vest IKT (HV IKT).

Helse Vest Regionale Helseføretak (RHF) må vareta sørgje for-ansvaret sitt.

Hendinga medfører stor interesse og pågang frå media.

NB! Helseføretaket som «eig» beredskapssituasjonen (hendinga), set i verk eiga varsling og eigen beredskap i samsvar med det lokale planverket. Denne analysen beskriv ikkje den operative handteringa av sjølve hendinga, men har fokus på samhandling i beredskapssituasjonar mellom HF, RHF, HV IKT og SAV i Helse Vest.

| Beredskapsfasar | Behov | Tiltak | Gjennomføringstid | Ressursar | Kompetanse/kvalitet |
|--------------------------|--|---|--|---|--|
| Varsling og mobilisering | <p>Det er etablert varslingsrutinar mellom beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kven skal varslast? • Når skal det varslast? • Korleis skal det varslast? | <p>Det er etablert varslingsrutinar (via mobiltelefon) mellom beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV der det er avklart og forstått:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kven skal varslast? • Når skal det varslast? • Korleis skal det varslast? <p>Retningslinjer for dette er utarbeidde i Regional beredskapsplan.</p> | Varsling og informasjon om hendinga skal gjennomførast mellom dei aktuelle beredskapsleiingane i Helse Vest så snart som mogleg og seinast éin time etter at beredskapshendinga blei registrert. | <p>Førehandsdefinert nøkkelpersonell i beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV er tilgjengeleg 24/7 og betener definert vakttelefon (beredskapsvakt).</p> <p>Alle HF, RHF, HV IKT og SAV har definert vakttelefon (mobil).</p> | <p>Førehandsdefinert nøkkelpersonell har kompetanse og erfaring med beredskapsarbeid i eigen organisasjon. Kjenner godt til dei andre regionale aktørane og Regional helseberedskapsplan.</p> <p>Det er utarbeidd ein mal for kva den første varslinga skal innehalde.</p> |
| | <p>Det er reserveplan for varsling dersom den ordinære kanalen (mobilnett) utgår (IKT-, tele- eller straumsvikt).</p> | <p>Nødnett (Ein må ta stilling til om nødnettsradio skal erstatte eller supplere mobil som vakttelefon.)</p> <p>Dobbelt SIM-kort i vakttelefon (Telenor og Netcom)? Prioriterte telefonnummer hos Telenor</p> | <p>Skal straks kunne setje i verk reserveplan</p> | <p>Alle nøkkelpersonar i HF, RHF, HV IKT og SAV har nødnettsradio (når det er sett i verk i nødnettsprosjektet) og mobil med dobbelt SIM-kort (må sjekke om det lèt seg gjere).</p> | <p>Alle førehandsdefinerte nøkkelpersonar kan bruke nødnettsradio (har delteke på opplæringskurs). Har kunnskap om og kan følgje nasjonale sambandsprosedyrar.</p> |
| | <p>Ein øver på og evaluerer varslingsrutinane regelmessig.</p> | <p>HF, RHF, HV IKT og SAV øver på varsling. Øvingane blir evaluerte, og ein vurderer om nye tiltak skal implementerast.</p> | <p>Felles varslingsøving med scenario mellom HF, RHF, HV IKT og SAV minst to gonger i året</p> | <p>Beredskapssjefen i kvart føretak / kvar organisasjon har ansvar for at dette blir gjennomført lokalt. RBU har ansvar for å planleggje og gjennomføre felles varslingsøvingar. Kan knytast til andre fellesøvingar.</p> | <p>RBU har fokus på auka kompetanse i øvingsplanlegging og evaluering.</p> |

| Beredskapsfasar | Behov | Tiltak | Gjennomføringstid | Ressursar | Kompetanse/kvalitet |
|-----------------|---|---|---|---|--|
| Handtering | Førehandsdefinert nøkkelpersonell i beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV er tilgjengeleg 24/7 (vakttelefon). | Vaktordning sikrar at nøkkelpersonell alltid er tilgjengeleg. Desse kan i samarbeid med AMK (følgjer lokalt planverk) setje i verk vidare varsling i sin eigen organisasjon (dersom denne ikkje alt er sett i verk). Møte i beredskapsleiinga. | Beredskapsvakt alltid tilgjengeleg på mobil og HelseCIM. Tilgjengeleg for oppmøte innan to timar. | Førehandsdefinert nøkkelpersonell i beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV er tilgjengeleg 24/7 og betener definert vakttelefon (beredskapsvakt). | Førehandsdefinert nøkkelpersonell har kompetanse og erfaring med beredskapsarbeid i eigen organisasjon. Kjenner godt til dei andre regionale aktørane og Regional helseberedskapsplan. |
| | Alle som er varsla om ei alvorlig hending, raudt beredskapsnivå, der fleire er involverte (HF, RHF, HV IKT og SAV), etablerer ei eiga beredskapsleiing. | Blir sett i verk etter lokale planverk Alle har lik definering av beredskapsnivå. | Beredskapsleiing bør vere etablert hos alle seinast to timar etter første varsling. Kontinuerleg | I samsvar med lokale planar | I samsvar med lokale planar Omgrep som er behandla og avtalte i Regional beredskapsplan, skal implementerast i HF, RHF, HV IKT og SAV. |
| | Felles situasjonsbilete av beredskapssituasjonen må sikrast for å hindre <ul style="list-style-type: none"> • feil disponering av ressursar • mangelfull planlegging av vidare handtering • feil avgjerder <p>Det er rutinar og mal for statusoppdatering til RHF.</p> | Det må vere felles retningslinjer for situasjonsrapportering og informasjonsdeling mellom HF-a og mellom HF og RHF. <ul style="list-style-type: none"> • Kven skal informere? • Kva skal det informerast om? • Når skal det informerast? • Korleis skal det informerast/ rapporterast? <p>Mal for den første meldinga og vidare status må gi føringar for</p> | Etter avtalt intervall | Definerte personar i beredskapsleiingane må vareta situasjonsrapporteringa og ha kunnskap om dette. Kommunikasjonsvegar må fastsetjast, og ein må ha reserveløysingar (telefon, HelseCIM, nødnett, e-post, videokonferanse, Lync, liaison, satellittelefon). | Må ha kompetanse i og erfaring med beredskapsarbeid i eigen organisasjon. Kjenner til dei andre regionale aktørane og Regional helseberedskapsplan. Må kunne bruke HelseCIM, nødnett, e-post, videokonferanse, Lync og satellittelefon. Det er utarbeidd ein mal for første melding og |

| Beredskapsfasar | Behov | Tiltak | Gjennomføringstid | Ressursar | Kompetanse/kvalitet |
|-----------------|--|---|--|--|---|
| | | felles situasjonsforståing. | | | situasjonsrapportering/ status. |
| | Ein må bruke fastsette og felles omgrep og definisjonar som sikrar lik forståing i beredskapssituasjonen. | Ha ei felles omgrepsliste som er godkjend i Regional beredskapsplan | Kontinuerleg | | Omgrep som er behandla og fastsette i Regional beredskapsplan, skal implementerast i HF, RHF, HV IKT og SAV. |
| | HF, RHF, HV IKT og SAV har ei organisert og førehandsdefinert beredskapsleiing der alle har varapersonar. Samhandling mellom HF, RHF, HV IKT og SAV er beskriven. | Beredskapsleiinga er førehandsdefinert. Alle har varapersonar. Roller og ansvar er tydeleg beskrivne. Samhandlinga mellom HF, RHF, HV IKT og SAV er beskriven i Regional beredskapsplan. Samhandlinga er godt implementert i beredskapsleiinga hos HF, RHF, HV IKT og SAV. | Kontinuerleg | Ein person (med eigen vara) i beredskapsleiinga hos HF, RHF, HV IKT og SAV har ansvar (spesifisert på tiltakskort) for å informere, rapportere til og kommunisere med RHF. | Medlemmene i beredskapsleiinga har kompetanse og erfaring med beredskapsarbeid i eigen organisasjon. Kjenner til dei andre regionale aktørane og Regional helseberedskapsplan. Bør ha kompetanse i proaktiv stabsmetodikk og har delteke på øvingar. Det er faste rutinar og plan for opplæring av medlemmer i beredskapsleiinga (og varapersonar). Det er sett av tid og ressursar til dette. |
| | Beredskapssituasjonen må leiast systematisk. | Beredskapsleiaren hos HF, RHF, HV IKT og SAV er definert og har minst éin vara. Proaktiv stabsmetodikk bør følgjast. | Med éin gong beredskapsleiinga er sett | Definert person med minst éin vara er førehandsoppnemnd til beredskapsleiar i organisasjonen. Éin av dei er alltid tilgjengeleg. | Har leiarfunksjon i organisasjonen. Har kompetanse og erfaring med beredskapsarbeid i eigen organisasjon. Kjenner til dei andre regionale aktørane og Regional helseberedskapsplan. Bør ha kompetanse i |

| Beredskapsfasar | Behov | Tiltak | Gjennomføringstid | Ressursar | Kompetanse/kvalitet |
|-----------------|--|--|--|---|---|
| | | | | | proaktiv stabsmetodikk og har delteke på øvingar. |
| | Beredskapssituasjonen må loggførast systematisk. | Beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV loggfører beredskapssituasjonen og bruker HelseCIM som verktøy. Proaktiv stabsmetodikk bør følgjast. | Med ein gong beredskapsleiinga er sett | Loggførarar skal alltid vere tilgjengeleg i beredskapsleiinga. Minst éin definert person (med vara) er oppnemnd til loggførar i HelseCIM. | Det er faste rutinar og ein plan for opplæring av loggførarar. Bør ha kunnskap om proaktiv stabsmetodikk og har delteke på øvingar. |
| | HelseCIM blir brukt som IKT-verktøy. | Kunnskap om HelseCIM hos medlemmene i beredskapsleiinga | Kontinuerleg | Alle i beredskapsleiinga må ha HelseCIM som verktøy og kunne bruke det. | Plan og rutinar for opplæring i HelseCIM er omtalte i Regional beredskapsplan, og det blir lagt regional føring for opplæring. Ein definert person i HV IKT har det overordna ansvaret for å samkøyre og konfigurere roller i HelseCIM. RBU følgjer dette opp. |

| Beredskapsfasar | Behov | Tiltak | Gjennomføringstid | Ressursar | Kompetanse/kvalitet |
|-----------------|--|---|--|--|--|
| | HF, RHF, HV IKT og SAV må ha ein felles kommunikasjonsstrategi for å stå fram som einige og einskaplege både i media og internt. Då unngår ein at det blir gitt <ul style="list-style-type: none"> - ulik informasjon - mangelfull informasjon - feil informasjon | Kommunikasjonsavdelingane i HF, RHF, HV IKT og SAV utarbeider ein felles kommunikasjonsstrategi. Ein må sørge for å ha innarbeidde rutinar, og ein må øve på desse rutinane. | Kontinuerleg | Kommunikasjonsavdelinga følgjer strategien. | Det er faste rutinar og ein fast plan for kva opplæring kommunikasjonsmedarbeidarane skal få i å handtere beredskaps-situasjonar og samhandle med involverte kommunikasjonsaktørar, både i Helse Vest og eksternt (politi, kommunar, fylkesmann osv.). |
| | Oversikt over hospital kapasitet og spesialkompetanse for å kunne fordele pasientar på ein formålstenleg måte R-AMK si rolle i kapasitetskartlegginga må avklarast. | Det finst ein «rammeplan» med kartlagd kapasitet. Det er definert kven som skal kartleggje kapasiteten under beredskapssituasjonen – «i sanntid». Det er beredskapsleiinga sitt ansvar å kartleggje kapasiteten og formidle dette vidare til beredskapsleiinga i andre føretak. Rolla og ansvarsområdet til R-AMK med tanke på ressursoversikt og kapasitet (utanom det prehospitale) må avklarast og evaluerast (organisasjonsprosjekt). | Med ein gong beredskapsleiinga er sett | Beredskapsleiaren i HF utnemner person(ar) som har ansvar for å kartleggje kor mange hardt skadde pasientar føretaket har kapasitet til å ta imot. Ressursar må omfordelast (tiltakskort). | Personane har leiarfunksjon og god kjennskap til kapasitetskartlegging på anestesi/operasjon/intensiv i ein beredskapssituasjon. Har oversikt over personell og drift og kan omfordele ressursar i heile organisasjonen. |

| Beredskapsfasar | Behov | Tiltak | Gjennomføringstid | Ressursar | Kompetanse/kvalitet |
|---------------------------------|--|--|--|---|---|
| | <p>Avklarte ansvarsrammer ved «gråsoner»</p> <p>Beredskapsleiinga i andre føretak kan tre støttande til ved svært store og ekstraordinære hendingar.</p> | <p>Dette er beskrive i Regional plan.</p> <p>Førehandsavklare behovet for koordinerings- og støtteressursar frå andre føretak. Ansvarsprinsippet skal ikkje fråvikast.</p> | <p>Gjeld kontinuerleg, skal setjast i verk straks når behov.</p> <p>Når føretaket som «eig» hendinga, har behov for støtte</p> | <p>RBU kartlegg gråsoner.</p> <p>Beredskapsleiinga i andre føretak. Korleis og kven må avklarast i regional plan.</p> | <p>Kunnskap om det HF-et som har behov for støtteressursar</p> |
| Demobilisering og normalisering | Etablerte rutinar mellom beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV for varsling når beredskapssituasjonen er trappa ned / avslutta. | Bruker same mottakar og dei same kanalane som ved varsling | Straks situasjonen blir trappa ned eller avslutta. Kan måtte varsle om fleire nedtrappingsfasar. | Definert person i beredskapsleiinga | Sjå varsling |
| | Etablere rutinar og malar for rapportering etter avslutting | Bruker rapporteringsmalen i HelseCIM. | Etter avtalt tidspunkt | Definert person | Kunnskap i HelseCIM |
| | Sikre erfaringsoverføring og læring etter beredskapssituasjonar | <p>Utarbeide retningslinjer som sikrar møtepunkt og erfaringsoverføring etter beredskapssituasjonar, spesielt når det involverer fleire aktørar i Helse Vest.</p> <p>Evaluering og læringspunkt er på agendaen i RBU.</p> <p>Beredskapssituasjonen blir gjennomgått i RBU.</p> | <p>Evaluering i eigen organisasjon skal vere klar innan to veker.</p> <p>Felles gjennomgang på førstkommende møte i RBU</p> | <p>Beredskapsleiinga i organisasjonane har ressursar og tid nok til å gjennomføre evaluering og erfaringsoverføring i eigen organisasjon etter beredskapssituasjonar.</p> | <p>Beredskapssjefen / den beredskapsansvarlege i HF, RHF, HV IKT og SAV har kunnskap om evaluering og vidareføring av erfaring og læring og implementerer dette i sin eigen organisasjon.</p> |

- **Ytingskrav/godheitskriterium (oppsummering av tiltak og gjennomføringstid):**

Det blir etablert varslingsrutinar (via mobiltelefon) mellom beredskapsleiingane i HF, RHF, HV IKT og SAV. Varsling og informasjon om beredskapssituasjonen skal gjennomførast mellom dei aktuelle beredskapsvaktene innan éin time etter at beredskapshendinga blei registrert. Det skal vere reserveløysing for varslings som straks skal setjast i verk dersom mobilnettet ikkje fungerer. For å sikre at varslinga fungerer, skal ein øve på varslings mellom HF, RHF, HV IKT og SAV minst to gonger kvart år.

For å sikre lik forståing bruker alle HF, RHF, HV IKT og SAV omgrepsliste frå regional plan i revisjon av eige planverk. Det finst retningslinjer og mal for første melding og for situasjonsrapportering og informasjonsdeling ved felles beredskapssituasjonar.

Det er vaktordning som sikrar at nøkkelpersonell alltid er tilgjengeleg (beredskapsvakt). Desse kan varsle vidare i eigen organisasjon. Vaktpersonell er alltid tilgjengeleg på mobil og HelseCIM. Tilgjengeleg for oppmøte i beredskapsleiinga seinast innan to timar.

Beredskapsleiinga hos HF, RHF, HV IKT og SAV er førehandsdefinert. Alle har varapersonar. Roller og ansvar er tydeleg beskrivne. Samhandlinga mellom HF, RHF, HV IKT og SAV er beskriven i Regional beredskapsplan. Samhandlinga er godt implementert i beredskapsleiinga hos alle.

Beredskapsleiaren hos HF, RHF, HV IKT og SAV er førehandsdefinert og har minst éin vara. Éin av desse er alltid tilgjengeleg på telefon og i HelseCIM. Beredskapssituasjonar skal loggførast i HelseCIM, og det er definerte loggførarar med varapersonar. Alle medlemmer i beredskapsleiinga kan bruke HelseCIM.

Kommunikasjonsavdelingane hos HF, RHF, HV IKT og SAV har utarbeidd ein felles kommunikasjonsstrategi som skal brukast i beredskapssituasjonar. Rutinar for dette er implementerte, og alle har øvd på å utføre desse rutinane.

Det er utarbeidd ein «rammeplan» for hospital kapasitet ved masseskadar, og ein har definerte roller (personar) i beredskapsleiinga hos HF og RHF som varetek dette i sanntid under ei masseskadehending. Kommunikasjonspunkt og -vegar er førehandsdefinerte og blir beskrivne i den regionale planen. Rolla og ansvarsområdet til R-AMK når det kjem til ressursoversikt inhospitalt, bør avklarast og evaluerast (AMK-organisasjonsprosjekt).

Når føretak som «eig» ei stor beredskapshending, har behov for støtte, kan beredskapsleiinga i andre førehandsdefinerte HF trø til med koordinerings- og støtteressursar. Ansvarsprinsippet skal ikkje fråvikast.

I førehandsdefinerte «gråsoner» skal ansvarsrammer og -forhold beskrivast i Regional helseberedskapsplan.

Når ein beredskapssituasjon skal avsluttast, bruker ein dei same kanalane og kontaktpunkta som ved varsling. Rapportering følgjer malen i HelseCIM og skal leverast i HelseCIM etter avtale.

Det er utarbeidd retningslinjer i den regionale planen som sikrar møtepunkt og erfaringsoverføring etter beredskapssituasjonar, spesielt når hendinga involverer fleire aktørar i Helse Vest.

- **Dimensjonerande krav (oppsummering av gjennomføringstid, ressursar, kompetanse og kvalitet)**

Førehandsdefinert nøkkelpersonell i beredskapsleiinga i HF, RHF, HV IKT og SAV er tilgjengeleg 24/7 og betener definert vakttelefon (beredskapsvakt). Alle HF, RHF, HV IKT og SAV har definert vakttelefon (mobil). Er tilgjengelege for oppmøte innan to timar. Desse nøkkelpersonane har kompetanse og erfaring med beredskapsarbeid i sin eigen organisasjon. Kjenner godt til dei andre regionale aktørane og Regional helseberedskapsplan. Varsling og informasjon om beredskapshendinga skal gjennomførast mellom dei aktuelle beredskapsleiingane i Helse Vest så snart som mogleg, og seinast éin time etter at hendinga blei registrert.

Beredskapsvakta skal straks kunne setje i verk reserveplan for varsling dersom den ordinære kanalen ikkje fungerer. Alle nøkkelpersonar i HF, RHF, HV IKT og SAV har nødnettsradio (når det er sett i verk i nødnettsprosjektet) og mobil med dobbelt SIM-kort (må sjekke om det lèt seg gjere). Ein må ha kunnskap om og kunne følgje nasjonale sambandsprosedyrar.

Beredskapsleiinga bør vere samla og etablert hos alle seinast to timar etter den første varslinga. Definerte personar i beredskapsleiingane må ha ansvar for situasjonsrapportering og må derfor ha kunnskap om dette. Kommunikasjonsvegar må vere fastsette, og ein må ha reserveløysingar (telefon, HelseCIM, nødnett, e-post, videokonferanse, Lync, liaison, satellittelefon).

Medlemmene i beredskapsleiinga har kompetanse og erfaring med beredskapsarbeid i eigen organisasjon. Kjenner til dei andre regionale aktørane og Regional helseberedskapsplan. Bør ha kompetanse i proaktiv stabsmetodikk og har delteke på øvingar. Det er faste rutinar og plan for opplæring av medlemmer i beredskapsleiinga (og varapersonar). Det er sett av tid og ressursar til dette.

Ein definert person med minst éin vara er førehandsoppnemnd til beredskapsleiar hos HF, RHF, HV IKT og SAV. Éin av desse er alltid tilgjengeleg på mobil og HelseCIM. Loggføraren skal alltid vere tilgjengeleg i beredskapsleiinga. Minst éin definert person (med vara) er oppnemnd til loggførar i HelseCIM.

Alle i beredskapsleiinga må ha HelseCIM som verktøy og må kunne bruke det. Planar og rutinar for opplæring i HelseCIM er omtalte i Regional helseberedskapsplan, og det skal leggjast regional føring for opplæringa. Ein definert person i HV IKT har overordna ansvar for å samkøyre og konfigurere roller i HelseCIM.

Kommunikasjonsavdelingane hos HF, RHF, HV IKT og SAV følgjer ein felles kommunikasjonsstrategi. Det er faste rutinar og ein fast plan for å gi opplæring til kommunikasjonsmedarbeidarar i korleis dei skal handtere beredskapssituasjonar og samhandle med involverte kommunikasjonsaktørar, både innanfor Helse Vest og eksternt (politi, kommunar, fylkesmann osv.).

Ved ein masseskadesituasjon skal beredskapsleiaren i HF utnemne éin eller fleire personar som har ansvaret for å kartleggje eigen kapasitet for mottak av mange hardt skadde pasientar. Ressursar må omfordelast. Desse personane har leiarfunksjon og god kjennskap til kapasitetskartlegging på anestesi/operasjon/intensiv i ein beredskapssituasjon. Har oversikt over personell og drift og kan omfordele ressursar i heile organisasjonen. Rolla og ansvarsområdet til R-AMK med tanke på ressursoversikt og kapasitet (utanom det prehospitale) må avklarast og evaluerast (organisasjonsprosjekt).

RBU kartlegg gråsoner. Ansvarsforhold skal vere avklart og skal setjast i verk straks hendingar skjer i desse områda.

Evaluering etter store felles beredskapshendingar bør evaluerast i eigen organisasjon innan to veker. Det bør òg vere ein felles gjennomgang på førstkommande møte i RBU. Beredskapseiningane hos HF, RHF, HV IKT og SAV har sett av nok ressursar og tid til å gjennomføre evaluering og erfaringsoverføring. Dei må òg ha kunnskap om systematisk evaluering og vidareføring av læring. Det må implementerast i eigen organisasjon.

Vedlegg 17

REGIONAL KOMPETANSEPLAN FOR PLANPERIODEN

Kapittel 6 i Regional helseberedskapsplan gir ei oversikt over kva som må til av kontinuerleg og systematisk vedlikehald av kompetanse og ferdigheiter for å kunne halde oppe god beredskap og krisehandteringsevne. Nedanfor følgjer ein konkretiserande tiltaksplan for felles kompetansehevande tiltak i planperioden. Det er planlagt for følgjande frekvens for dei ulike tiltakstypene:

Øvingar: Minst fire felles øvingar per år (inkludert varslingsøvingar)

Kurs og seminar: Minst eitt felles kurs og/eller seminar per år

Denne oversikta gir ei overordna føring for kva som må øvast på årleg på tvers av føretaka. Konteksten øvingane skal leggjast inn i, kan variere, og ReBU har ansvar for å sjå til at aktuelle problemstillingar blir lagde inn i øvingane.

| KOMPETANSEHEVANDE TILTAK I PLANPERIODEN | |
|---|-----------|
| SEMINAR/KURS | ANSVARLEG |
| HelseCIM – administrering, loggføring, rapportering mv. | RHF |
| Proaktiv beredskapsleing – metodikk | RHF |
| Risiko- og beredskapsanalysar | RHF |
| Nødnett – beredskap | RHF |

| ÅRLEGE ØVINGAR | | |
|----------------|--|-----------|
| | TYPE ØVING | ANSVARLEG |
| 1. | Varsling <ul style="list-style-type: none"> Frå RHF til HF, SAV og HVIKT | RHF |
| 2. | Varsling <ul style="list-style-type: none"> Frå HF til RHF, SAV og HVIKT | ReBU |
| 3. | Bruk av og samhandling/informasjon via <ul style="list-style-type: none"> satellittelefonar videokonferanse | ReBU |
| 4. | Rapportering og loggføring i HelseCIM (kan kombinerast med varslingsøvingane) <ul style="list-style-type: none"> Frå HF, SAV, HVIKT til RHF | RHF |

| ØVINGAR I PLANPERIODEN | | |
|-------------------------------|--|------------------|
| | TYPE ØVING | ANSVARLEG |
| 1. | Masseskade i grenseområde mellom helseføretak, mangel på antidot mv. • Helse Stavanger og Helse Fonna | Helse Stavanger |
| 2. | Masseskade i grenseområde mellom helseføretak, mangel på antidot mv. • Helse Bergen og Helse Førde | Helse Bergen |
| 3. | Ekstremvêr og utfall av ekstern og intern infrastruktur | ReBU |
| 4. | CBRNe-ulykke | ReBU |