

**Høringsinnspill og vidare handtering:**

**Regional helseberedskapsplan for Helse Vest, 2016-2018. E-phorte: 2015/1778**

Innspill fra	Innspill til kapittel	Høringsinnspill (evt. oppsummering av innspill)	Prosjektgruppas kommentarer	Håndtering av innspill (markert med grønt når de er handtert. Rød skrift det som gjenstår).	Evt. kommentarer fra styringsgruppa
HF Fonna	Generelt	Det er gjort eit omfattande arbeid med å revidere regional beredskapsplan for Helse Vest. Det er blitt ein god plan med tydelegheit i ansvarsfordeling og i varslings – og kommunikasjonslinjer internt i føretaksgruppa. Struktur og oppbygging av planen er oversikteleg.	Tas til orientering	Skal ikke handteres	
HF Fonna	Generelt	Planen inneheld ikkje noko om forsyningsberedskap for blodprodukt og utstyr for blodtapping. Det er i dag ein samarbeidsavtale mellom helseføretaka der rett til å rekvirere blodprodukt frå dei andre føretaka ved redusert beredskapslager i eige føretak er stadfesta. Regional beredskapsplan bør innehalde eit kort avsnitt om plikt til føretaka om å ha gjeldande avtale for dette til ei kvar tid.	Enighet om at dette tas til følge, samt at det må ses på øvrige forhold rundt forsyning og lager. Viktig at beredskap er med når nye innkjøpsavtaler skal inngås. Dette bør omtales i regional plan, der dette med blodprodukter og medisinske gasser nevnes som eksempler. Det må gjøres ROS-analyser ved inngåelse og/eller fornyelse av avtaler som omfatter produkter som er vesentlige for forsyningsberedskap. Må tas opp med nytt Innkjøps HF og evt. også ta inn et setning om dette i kap. om Innkjøps HF.	Presisere HF-a sitt ansvar for å sikre beredskaps i avtaler ift. med. utstyr / produkter. Ta inn setning om SLA -avtaler og hva som må sikres der. Tas inn i kap. 3.6 og 5.6. Se også under ang. innspill fra Helse Vest Innkjøp HF. RHF-et sikrer dialog med konst. ledelse i Innkjøp HF om inkludering av beredskap. ROS-analyser er allerede omtalt i kap. 5.6.	
HF Bergen	Generelt	En overordnet kommentar til høringsutkastet er at det er gjort en grundig og omfattende jobb med revideringen av regional helseberedskapsplan.	Tas til orientering	Skal ikke handteres	
HF Bergen	Generelt	Uønsket hendelse er et ullent begrep som kan tolkes ulikt fra person til person og fra situasjon til situasjon. Dette kan medføre ulik forståelse av situasjonen.	Er def. i begrepslista. Det er dette begrepet som brukes i litteratur om beredskap per i dag. Vanskelig å få begrepet mer spesifikt da det skal ivareta alle både tenkelige og utenkelige hendelser. Enighet om ikke endre dette.	Ikke endre dette	
SAV	Generelt	SAV støtter overordna tilnærming i planen knytt til styrka samordning av ressursar og rutinar for samhandling i beredskapssituasjonar. SAV meiner at framlegg til plan på ei god måte klargjer krav til felles planlegging av øving, samhandling og ansvarsdeling både med tanke på førebyggjande innsats og handtering av beredskapssituasjonar.	Tas til orientering	Skal ikke handteres	
SAV	Generelt	Bruken av begrepene helseføretak, apotekføretak, føretak, føretaksgruppa og SAV varierer og det kan nokre stader vere uvisse knytt til korleis SAV skal forstå sin rolle. Etterlyser spesielt klargjøring av hva som ligger i begrepet "Føretak".	Med føretak er det her ment både HF-a, SAV, HVIKT og RHF. Begrepet foretak må inn i begrepslisten. Der begrepet foretak nevnes for første gang i planen settes det inn en fotnote/parentes der det forklares.	Kan ha en note eller parentes ved førstegangsbruk, med forklaring i noten eller henvisning til begrepsliste. Ta med i begrepslista.	
Jæren DPS	Generelt	Jæren DPS har ikke andre innspill eller tilbakemeldinger utover at planen er et tjenlig og avklarende dokument for senterets del.	Tas til orientering	Skal ikke handteres	
Helse Stavanger	Generelt	Generelt oppfattes planutkastet som et grundig og godt gjennomarbeidet plandokument.	Tas til orientering	Fører ikke til endringer i planen.	
HDS	Generelt	HDS påpeker at deres rolle er annerledes enn andre private institusjoner i Helse Vest. De mener de p.t. har en udefinert rolle i planen, og finner det naturlig at deres rolle omtales separat i planen. Dersom de skal bidra på lik linje med HF-a til god beredskap må de også inkluderes i prosesser og være i stand til å benytte de samme verktøyene som HF-a har tilgang til (m.a. HelseCIM). De har mange forslag til hvor de bør omtales bedre. De påpeker også at skille mellom private og private ideelle ikke er tydelig i teksten.	HDS rolle og beredskapsansvar må nevnes i et eget underkapittel i planen. Når det gjelder at de ønsker å være med i ReBU så vil dette diskuteres ytterligere i første møte i beredskapsutvalget. Må i planen også si noe om HDS sin rolle ift. HF Bergen.	Ta inn tekst om HDS sin rolle og ansvar som et kap. 3.8.2. Tydeliggjør tekst for å skille mellom private / private ideelle. <b>HelseCIM: dette må RHF vurdere nærmere, men vil ikke ha noen konsekvenser for planen.</b> <b>Diskutere i første ReBU møte til høsten ang. HDS sin rolle inn her, samt hvordan inkludere de i kompetansehevende tiltak.</b>	

HF Bergen	Kap. 2	Beredskapsnivå grønt-gult-rødt: Selv om vi har lik betegnelse av beredskapsnivå vil det være ulike kriterier for når de ulike nivåene utløses i de ulike foretakene. Eksempelvis kan en felles aksjon utløse grønn (A) beredskap i Bergen og gul (B) i naboforetaket. Dette handler om tilgjengelige ressurser. Tilbakemeldingen fra Beredskapsutvalget er at grønt beredskapsnivå bør erstattes med oransje, da grønn beredskap etter vår mening er normalsituasjonen og ikke en beredskapssituasjon. Bruk av grønn kan derfor skape forvirring i innledende fase av en aksjon. I Helse Bergen har vi trinn A-B-C. Dette ønsker vi å fortsette med i en overgangsfase, da det tar tid å implementere nye begrep i organisasjonen.	Ulike beredskapsnivå er uproblematisk, men likt begrepsinnhold sikrer at annet foretak forstår alvorlighetsgrad og ressursbehov i det foretaket som har hendelsen. Det er i kap. 2.4.1 tydelig presisert at den daglige beredskap ikke er en del av beredskapsnivå-inndelingen.  Oransje nivå foreslås å ikke benyttes, da dette vil være på tvers av hva andre regionen bruker, i tillegg til at når oransje nivå brukes i andre sammenhenger så er dette mellom gult og rødt.  HF Bergen ( og HF Fonna) sin bruk av trinn A,B,C i en overgangsfase er en inneforstått med, og at nytt begrepsbruk imlementeres i løpet av planperioden / ved revisjon av planverk.	Fører ikke til endringer i planen ang.nivå, men presisere i note hvorfor to begrepssett.	
HF Bergen	Kap. 2	Beredskapsutvalget vil fremheve viktigheten av at grenseproblematikken er løftet frem og at denne skal ytterligere konkretiseres i egne planer som utarbeides av foretakene i fellesskap.	Tas til etterretning	Støtter allerede igangsatt arbeid med objektplaner, og krever ikke ytterligere tiltak.	
HF Bergen	Kap. 2	Under punkt 2.5.2 kan Helse Vest velge å delegere koordineringsansvaret for en hendelse til de to store HF 'ene. En slik formulering er lite forutsigbar, det gir ikke de to store HF 'ene mulighet til å forbedre seg eller bygge opp kompetanse på aktuelle situasjoner. Her bør Helse Vest utarbeide klarere kriterier eller en veileder.	Prosjektgruppa konkluderer med at det er vanskelig å sette nærmere kriterier for dette. Det er satt inn som et unntak og ment som det. Innspill om at ReBU diskutere dette nærmere og kommer med et forslag til HV RHF. Mye av dette vil bli avklart i objektplanene. RHF bør ha med i sin interne plan hvordan dette kan gjøres forutsigbart for HF-a.	Presisere at dette må bli gjort i dialog med aktuelle HF. <b>RHF bør ha med i sin interne plan hvordan dette kan gjøres forutsigbart for HF-a. ReBU diskuterer videre forslag til RHF-et.</b>	
HF Bergen	Kap. 2	Skillet mellom strategisk, operativt og taktisk nivå: Begrepene er lite tilpasset sykehusenes virksomhet og hentet fra politi/forsvar som har en annen innretning på sine organisasjoner. Innen helseforetakene er de fleste hendelsene over i løpet av kort tid, det er derfor et unaturlig skille mellom de strategiske og operative nivåene da disse ofte vil gå over i hverandre ved kortvarige beredskapssituasjoner. Pandemi er imidlertid et godt eksempel på når en ledelse skal tenke strategisk i et lengre perspektiv. Det strategiske elementet ivaretas av beredskapsutvalg som møtes regelmessig for å oppsummere erfaringer og justere planer i henhold til evalueringene.	Det er understreket i planen at en kan dele inn i flere nivå, dersom hensiktsmessig. Mao. opp til den enkelte virksomhet om de ønsker 1,2 eller 3 nivå. Vi mener dette er tydelig i teksten, men kanskje tilføyde en setning om at oppgavene må ivaretas uavhengig av hvor mange nivå en velger.	Forslag til tilleggssetning kap. 2.4.2. sist i andre avsnitt: "Uavhengig av om den enkelte verksemd veljar å ha eit eller fleire nivå av beredskapsleiing må leiingsoppgåvene bli ivareteke (sjå omgrepslista)."	
SAV	Kap. 2	Støtter prinsippet om tredeling av beredskapsnivå, men ønsker fjerne bokstavkodinga for å redusere fare for misforståingar og gi ein meir eintydig beskriving kva beredskapsnivå som gjeld.	Årsak til to betegnelser er ulik bruk i HF per i dag, og at en nå har klart enes om def. for hvert nivå - men så langt ikke betegnelse. Nytt begrepsbruk må imlementeres i løpet av planperioden / ved revisjon av planverk.	<b>Kan poengtere i oversendelsesbrev hvorfor det er valgt både farger og bokstaver, og at målet på sikt er ett begrepsapparat.</b> I planen så presisere i note hvorfor det er valgt to begrepssett.	
SAV	Kap. 2	Beredskapsleiing: strategisk, operativt og taktisk. Beskrivinga i omgrepslista av operativ og taktisk leiing er ikkje i samsvar med sams forståing av desse omgrepa. Operativ kan best forståast som «[Den] som gjer eit operativt inngrep» , medan taktikk tyder «Planmessig framgangsmåte for å nå et bestemt mål» . Ut frå desse definisjonane bør forklaringa av dei to omgrepa bytast om, slik at operativ leiing tyder «leiing av individ i innsats i ei beredskapssituasjon[...]», medan taktisk leiing tyder «leiing koordinering og bistand av operative einingar sin innsats [...]».	Definisjoner er tatt ut fra litteratur om beredskap. Dette har vært mye diskutert i prosjektgruppa, og en har valgt gå for de def. som nå er i planen. En hovedårsak til def.valg er for å sikre tydelig kommunikasjon med de andre nødetatene, som bruker taktisk og operativt slik de nå er definert i planen. Selv om ikke ny redningshåndbok foreligger ennå, så er signalene at det er slik begrepene vil bli brukt der.	Fører ikke til endringer i planen.	

Helse Stavanger	Kap. 2	<p>Det slås fast at beredskapsnivåene skal benevnes hhv strategisk (fortaksledelse/strategisk beredskapsledelse), operativt (operativ beredskapsstab) og taktisk (det pasientnære operative nivået in- og prehospitalt). En har forstått at dette er i tråd med overordnet nasjonalt planverk fra bl.a. politiet og justisdep.</p> <p>Da denne språkbruken er i utakt med selve begrepsinnholdet i ordene og ikke er i samsvar med hvordan mange tidligere har brukt disse benevningene (der operativt nivå av de fleste har vært forbundet med det som skjer i det pasientnære/hendelsesnære sjiktet pre- og inhospitalt), foreslår en at man for å unngå forvirring og uklarheter, alltid og i alle sammenhenger bruker betegnelsene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 1.linje i parentes til taktisk nivå, slik → Taktisk nivå (1.linje)</li> <li>o 2.linje i parentes til operativt nivå, slik → Operativt nivå (2.linje)</li> <li>o 3.linje i parentes til strategisk nivå, slik → Strategisk nivå (3.-linje)</li> </ul> <p>Dette vil forstås av samarbeidspartnere som f.eks. HRS. 1.linje, 2.linje og 3.linjeberedskap er også begreper som er gjennomført bl.a. i offshoreindustrien. Systematisk bruk av disse parallellbegrepene i parentes, vil bidra til å unngå misforståelser i tidskritiske situasjoner.</p>	Sjå kommentarer over for tilsvarende innspillene fra hhv. HF Bergen og SAV.	Fører ikke til endringer i planen.	
SAV	Kap. 3	<p>Ønsker følgende inn i kap. 3.3 (lik kravene til HF):</p> <p>SAV skal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Etablere beredskapsplan som beskriver ansvar, rolledeling, varslingslinjer, handtering, normalisering og evaluering.</li> <li>o Ha eit beredskapsutval som skal oppdatere og sikre øving av beredskapsplanar og sørge for naudsynt oppbygging av kompetanse.</li> <li>o Utnevne beredskapskoordinator som skal koordinere arbeidet med rullering og oppfølging av planverk.</li> <li>o Samordne beredskapsplanar med HFa, HVIKT og andre sentrale samarbeidspartnarar.</li> </ul>	Bør stå slik for både SAV og HVIKT	Ta inn dette slik SAV foreslår både i kap. 3.4 og 3.5.	
Helse Stavanger	Kap. 3	<p>Konstaterer at dette ikke er en beredskapsplan for Helse Vest RHF, men at RHFet skal ha eget beredskapsplanverk (ref. s 12 pkt 3.2.2): "Helse Vest RHF har ein intern beredskapsplan som omtaler detaljane i leiings- og informasjonsberedskapen for RHF-et."</p> <p>Dette er kanskje klart for alle som har arbeidet med planen, men ikke umiddelbart klart for andre og samarbeidspartnere, og burde derfor vært tydeliggjort og presisert ennå bedre både i høringsbrevet og i innledningen. Det er uklart (fragår ikke spesifikt) om dette rammeverket også skal gjelde for beredskapsplaner som vel skal utarbeides også for RHFet (ref s. 5 pkt 1.1).</p>	Det står tydelig i kap. 1.1 hva formålet med planen er (rammeverk for alle lokale planer inkl. RHF osv.). Vi mener det ikke er nødvendig med ytterligere presiseringer av dette.	Fører ikke til endringer i planen.	
HF Fonna	Kap. 3.2.1	Helse Vest grenser til Helse Midt og Helse Sørøst. Planen omtaler ikkje hendingar i grenseområda mellom dei regionale helseføretaka og heller ikkje noko om varsling på tvers av dei regionale helseføretaka. Det kan i kapittel 3.2.1 og i vedlegg 1 sjå ut som det ikkje er direkte varsling på tvers av regionane, men at det varslast via nasjonalt nivå. For Helse Fonna vil til dømes ei hending i fjellområda Røldal- Haukeli – Vågslid vere aktuelt for varsling til sjukehuset Telemark HF. Det vil truleg gå melding direkte mellom AMK sentralane, men den regionale planen bør innehalde eit punkt som klargjer korleis varsling i leiarlinja på tvers av regionale helseføretak skal gjerast. Til dømes kan dette tas inn i punkt 3.2.1	Ja - må klargjøres.	RHF har dialog med de aktuelle RHF (Helse Midt Norge og Helse Sør-Øst) for å sikre omforente varslingsrutiner. AMK-systemet må brukes i disse tilfellene. Ved ekstra store og alvorlige hendelser vil kontakten i tillegg gå mellom AD-ene .RHF skriver dette inn i planen på hensiktsmessig måte i hhv. kap. 3.2 og 4.1.1.	
Helse Vest Innkjøp HF	Kap. 3.6	Det er viktig at Helse Vest Innkjøp HF si rolle knytt til regional helseberedskap blir avklart snarast råd etter overdraging av verksemd den 1. november 2015, mellom anna kva rolle Helse Vest Innkjøp HF skal ha knytt til varsling og beredskapsleiing. Etter denne dato vil ikkje sjukehusføretaka ha eigne innkjøpsavdelingar, og det er naudsynt at nye rutinar for kritisk forsyningsvikt blir utarbeid. Arbeidet med rolleavklaring og nye rutinar bør derfor starte hausten 2015.	Ikke diskutert innspillet i prosjektgruppa	RHF har hatt dialog med Helse Vest Innkjøp HF. Detaljer for oppstart av et arbeid med dette kommer over sommeren. Aktuelle som jobber med beredskap i HF-a (spesielt ReBU) vil bli invitert inn i dette arbeidet.	
Helse Vest Innkjøp HF	Kap. 3.6	I samband med etablering av tenesteaftalar (SLA) mellom kvart helseføretak og Helse Vest Innkjøp HF vil ein sikre at samhandling i beredskapssituasjoner blir ivareteke.	Ikke diskutert innspillet i prosjektgruppa	Tatt inn setning om dette i kap. 3.6	
HF Bergen	Kap. 4	Varsling er tydeliggjort på en god måte i planen. Det må likevel påpekes at nytten av direkte verbal kommunikasjon ikke kan undervurderes når det er en beredskapshendelse. Beredskapsledelsene må opprette kontakt med hverandre enten per telefon/nødnett eller videokonferanse initialt eller så raskt som praktisk mulig, og avtale regelmessige statusmøter.	<p>Dette er tydelig i teksten kap. 4.3, men endre overskrift til "Informasjonsdeling og rapportering".</p> <p>Ikke meningen å utelukke Nødnett, men fra et beredskapsståsted er ikke dette aktuelt ennå da det ikke er fullstendig implementert i regionen. Evt. føre til en setning i vedlegg 6 under matrisen om at innføring av nødnett i beredskapssammenheng vil kunne gi nye muligheter for hvordan kommunikasjon skal foregå. Vedlegg 6 må revideres når dette er klart.</p>	Endre overskrift jf. forslaget + føye til setning i vedlegg 6.	

HF Bergen	Kap. 4	HelseCim kan være et godt hjelpemiddel til rapportering. Det må imidlertid være helt klart hva som skal rapporteres og hvor ofte det skal rapporteres. Det må advares mot å bruke logg i HelseCim som grunnlag for felles situasjonsforståelse foretakene imellom da dette kan gi et bilde som ikke er i sanntid og som ikke gir full informasjon. Direkte muntlig kommunikasjon mellom beredskapsledelsene anbefales for å kunne ha en felles situasjonsforståelse i sanntid. Det anbefales i høringsutkastet at HelseCim benyttes til loggføring, vi ser at dette kan være et godt loggføringssystem, men vi vil påpeke at det tar tid å implementere det i organisasjonen. Utfordringen er å ha tilstedeværende personer med nødvendig kompetanse 24/7 som har nødvendig kompetanse og som ikke benytter HelseCim i daglig drift.	Hva som skal rapporteres i HelseCIM går fram av malen for rapportering. Tidspunkt skal avklares i den enkelte situasjon. Se også vedlegg 1, side 2 om avtale ved første varsling.	Ikke endre noe i planen.	
SAV	Kap. 4	Avsnittet har god struktur og legg opp til gode prinsipp for varsling, leiing og samhandling. SAV er nøgd med at planen legg opp til at apotekføretaket skal ha varsel ved alle beredskapshendingar i helseføretaka. SAV har per i dag ikkje døgnkontinuerleg vaktordning i apoteka eller føretaksadministrasjonen og heller ikkje satellitt-telefon. Det må avklarast om føretaket skal kjøpe slikt utstyr men òg om og korleis føretaket skal ta i bruk av det nye naudnettet.	Tas til orientering	Fører ikke til endringer i planen.	
SAV	Kap. 4	Varslingsfigur: Figuren beskriv ikkje varsling frå SAV og HVIKT. Varsling i samband med hendingar i SAV og HVIKT er beskrive i vedlegg 3 og 4. Ein peikar til desse kan med fordel takast inn i tilknytning figur 5, side 18. Vi tar sikte på å betre beskriving av rutinar for varsling frå SAV gjennom oppdatering av vedlegg 3 etter oppdatering av beredskapsplan hausten 2015.	Anbefaler at en ikke tar mer inn i figur 5, da dette omhandler hovedvarsling fra sjukehusforetakene. Men ta inn i tekst form om varsling fra HVIKT og SAV + vise til aktuelle vedlegg.	Ta inn i tekst form om varsling fra HVIKT og SAV (kap. 4.1)+ vise til aktuelle vedlegg der dette beskrives (vedlegg 3 og 4).	

Helse Stavanger	Kap. 4	<p>Side 21 pkt 4.2.3 (nest nederste avsnitt) står det:  «Ved behov for samordning ved større hendingar der fleire HF er involverte, skal beredskapsleiinga i HF-et som leier hendinga, kalle inn representantar frå andre involverte HF. Tilsvarande nivå av beredskapsleiing skal vere etablert i samarbeidande HF og vere tilgjengeleg for samhandling. Det HF-et som eig hendinga, vurderer fortløpande behovet for samordning og bistand.</p> <p>Ved behov for avklaringar omkring kapasitet og eventuelt flytting av pasientar skal dette bli gjort gjennom kommunikasjon mellom dei strategiske beredskapsleiingar i dei aktuelle HF-a.»</p> <p>I den daglige driften håndteres henvendelser om overflytting av pasienter mellom foretakene på det taktiske nivået (1.linjen), dvs. mellom klinikere på avleverende og mottagende avdeling. Slik bør det fortsatt være normalt.</p> <p>Slik formuleringen står, kan den skape uklarhet og usikkerhet om når et spørsmål om overflytting av pasienter fra et HF til et annet HF skal løftes opp på operativt nivå (2.linje) og evt. i sjeldne tilfeller til strategisk nivå (3.linje).</p> <p>Strategisk nivå (3.linje) vil sjelden ha detaljkunnskaper om pasientene som skal overflyttes, og erfaringsmessig vil slik detaljkunnskap kunne være avgjørende for den kliniske vurderingen av nødvendigheten og hensiktsmessigheten av overflytting.</p> <p>Det menes at det her er behov for større presisjonsnivå i planen om når (dvs. hvilke forutsetninger som skal foreligge for at) avgjørelser om pasientoverflyttinger skal løftes fra det taktiske nivået (1.linje) der de normalt skjer i den daglige driften, til det operative nivået (2.linje), og en sjelden gang kanskje til det strategiske nivået (3.linje).</p> <p>Hvis dette ikke presiseres eller utdypes nærmere, kan det lett oppstå situasjoner der praksis vil bryte både mot ansvarsprinsippet, nærhetsprinsippet og likhetsprinsippet som skal ligge til grunn for arbeid i en beredskapssituasjon.</p>	I planen omtales beredskapssituasjoner og avklaring om kapasitet på strategisk nivå mellom HF-a. Overflytting og vurdering av den enkelte pasient handteres som vanlig av det nivå som til daglig gjør dette. Vurdere presiseringer i planen.	Presisere dette bedre i planen.	
Helse Stavanger	Kap. 4	<p>”Helsedirektoratet varslar regionale helseføretak. Regionale helseføretak varslar HF-a, SAV, HVIKT og Luftambulansetjenesten ANS, samt Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) og Helsetjenestens Innkjøpsservice AS (HINAS).</p> <p>Det vises til vedlegg 5 der Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) synes å mangle. I vedlegg 5 kan det også klargjøres bedre at de inntegnede varslingsveiene gjelder både oppover og nedover i diagrammet (for eksempel med piler begge veier).</p>	Vedlegg 5 viser oversikten fra den nasjonale beredskapsplanen. Denne kan vi ikke endre. Men kan evt. presisere bedre i vedlegget hva som er kilden.	Presisere i vedlegg 5 at kilde for oversikten er Nasjonal helseberedskapsplan, versjon 2.0.	
SAV	Kap. 5.1	SAV har avgrensa ressursar til ekstern kommunikasjon og føreset at regionhelseføretaket kan stø opp om arbeidet med ekstern kommunikasjon i beredskapssituasjonar når det trengst. SAV gjer framlegg om at føretaksvise kommunikasjonsplanar for beredskap vert utarbeida etter ei felles mal.	Må forelegges for kommunikasjonsavd. og da spesielt i RHF-et.	RHF-et registrerer tilbakemeldingen fra SAV. Planen slår fast at det skal foreligge kommunikasjonsplaner for beredskap for hvert foretak, overordnet. Utforming av planene og evt. utarbeiding av felles mal ligger til oppfølgingen av planen.	
Helse Stavanger	Kap. 5	<p>En språklig ”pussighet” framkommer på s 23. pkt 5:  «For å møte spesielt krevjande hendingar, ligg det føre spesialiserte planar, kompetansemiljø og ressursar som kan kome til nytte i både i planlegging, førebygging og handtering av ein beredskapshending.»</p> <p>Formuleringen kan gi inntrykk av at det foreligger planer, kompetanse og ressurser ikke bare til å forebygge og håndtere en beredskapshending, men også til å planlegge en slik hending. Meningen er vel å si at det er nødvendig å planlegge for å møte en beredskapshending, og ikke planlegge selve hendinga.</p>	Enig i at dette ikke var en helt heldig setning.	Endre setning til "...både i beredskapsplanlegging og i førebygging og handtering .."osv.	

Helse Stavanger	Kap. 5	Det påpekes også at det bør stå i planen om bruk og ansvar for opplæring i HelseCIM under «HF sitt ansvarsområde».	Dette er bemerket i kap. 5.12	Ikke behov for ytterligere presiseringer.	
HF Fonna	Kap. 5.1	Til kap 5.1 første avsnitt så er det uklart for oss kva som meinast med «kommunikasjon i vidare forstand». Vi foreslår vidare å stryke setninga «og bidra til å unngå krisemaksimering og unødig uro», då det ikkje kan stadfestast i ein plan at ein skal unngå dette. Vidare bør det finnast eit anna ord enn «grensesnitt» i setninga om tilhøve mellom kommunikasjon og omsorg for pårørende, siste avsnitt i punkt 5.1.2. Eventuelt kan setninga skrivast om.	Må spilles inn til kom. dir. RHF	RHF-et ønsker ikke stryke setningen "...og bidra til... osv" da RHF-et mener dette hører hjemme i en plan, men har omformulert noe. Har tatt vekk "... i vidare forstand". Har endret noe på setning om grensesnitt.	
SAV	Kap. 6	For å sikre god samhandling mellom verksemdene i Helse Vest er det ein føresetnad at alle føretaka får høve til å delta i førebuing og gjennomføring av øvingar.	Dette støttes og er en forutsetning som allerede ligger i planen., bla. vedlegg 17. Må i tillegg sikres i HF sine egne planverk.	Ikke endre noe i planen. Er handtert i planen allerede. Hvert HF må handtere dette inn i sine planverk.	
HF Bergen	Vedlegg 8	Begrepet «ansvarlig AMK» kan være vanskelig å avgrense i forhold til daglige situasjoner som eskaleres til en større hendelse og som krever involvering fra flere helseforetak. Det bør være en klar definisjon av de ulike foretakenes roller og oppgaver knyttet til beredskapshendelser i grenseområdene.	Klare definisjoner av de ulike HF sin roller / oppgaver arbeides det med i objektplanene. Foreslår at kolonne 1 (ansvarlig AMK) tas vekk. Når objektplaner er ferdigstilt må ReBU sikre gjennomgang og evt. revidering av vedlegg 8 igjen.	Dele matrise i to (se under neste punkt) , og ta vekk kolonne 1 ( ansvarlig AMK) i matrise som omhandler områder det lages objektplaner for. Tilføyer en setning om at det er viktig at de involverte AMK-sentralene har god kommunikasjon og kontinuerlig oppdaterer hverandre. Tas inn i slutten av første kulepunkt under tiltak i vedlegg 8.	
HF Førde	Vedlegg 8	Våre evalueringar frå hendingar i grenseområde har ikkje avdekka uklarheit omkring ansvarsprinsippet, men vist at vi bør styrkje samhandlinga og samordninga av helseberedskapen ved å utarbeide felles planar. Vi har saman med Helse Bergen definert følgjande objekt i grenseområde som det skal utarbeidast planar for: <ul style="list-style-type: none"> <li>• E-39 Jernfjelltunnelen</li> <li>• Rv. 13 Vikafjellet</li> <li>• E-16 Lærdal</li> <li>• Flåmsbana</li> </ul> Punktet «tunnelar og vegovergangar på sørsida av Sognefjorden» i vedlegg 8, er etter vår vurdering upresist og det kan skape mistydingar om kva objekt som er meint. Vi foreslår at dei objekt Helse Bergen og Helse Førde skal utarbeida planar for, erstattar punktet om «tunnelar og vegovergangar...» og at ansvarsprinsippet gjeld, dersom anna ikkje er avtalt. For objekt der det er avtalt at ansvaret ikkje følgjer føretaksgrensene, bør det gå fram av vedlegg 8 kva HF som er ansvarleg for å handtere beredskapshendingar. Dette gjeld kommunane Eidfjord og Gulen, og dei 18 km av Bergensbana som går i Sogn og Fjordane.	Vi tar inn E-39 Jernfjelltunnelen, Rv. 13 Vikafjellet , E-16 Lærdal i stedet for setningen som nå er inne. Det går fram av teksten i vedlegg 8 hvem som har ansvar for Gulen, Eidfjord og 18 km på bergensbanen. Tar det også inn i matrisen.  Viktig med gode rutiner for kommunikasjon og samhandling AMK-sentralene seg imellom rundt beredskapshendelser som skjer i tilstøtende foretaksområder. Foretaksvis ansvarsområder gjelder inntil annet er avtalt. For de avklarte områdene er det OK. For de uavklarte områdene lages det objektplaner. Planen videre ang. påstarta objektplaner er at hvert HF (Bergen og Førde) skal lage forslag til hvordan slike «problemområder» kan løses, og tentativ frist for å ha ferdig objektplanene er 1. okt. 2015. Forslag om at matrisen deles i to: en som omhandler avklarede områder og en som viser områder det lages objektplaner for.	Endre matrisen i tråd med forslag. Endre tekst der det er nødvendig for å sikre overensstemmelse med matrise.	
HVIKT		Ikke mottatt innspill			
HSR		Ikke mottatt innspill			
Solli DPS		Ikke mottatt innspill			
Voss DPS		Ikke mottatt innspill			
Betanien		Ikke mottatt innspill			
Olaviken		Ikke mottatt innspill			
RBU		Ikke mottatt innspill			