

Rullering av

Regional plan for helsemessig og sosial beredskap

i Helse Nord
2008-2013

Helse i Nord der vi bor

Administrativ del	3
1.1 Innledning / formål	3
1.1.1 Målsetting.....	3
1.1.2 Planens oppbygning	4
1.1.3 Definisjoner og sentrale begreper	4
1.1.4 Utarbeidelse og gyldighet	4
1.1.5 Forutsetninger.....	4
1.1.6 Risiko- og sårbarhetsanalyser	5
1.1.7 Veileder.....	5
1.1.8 Opplæring og øvelser	6
1.1.9 Barents Rescue	6
1.2 Ansvar/Oppgavefordeling	6
1.2.1 Ansvar Helse Nord.....	7
1.2.2 Ansvar Helseforetak HF.....	7
1.2.3 Ansvar private som Helse Nord har avtale med	7
1.3 Samarbeid med andre instanser	7
1.3.1 Samarbeid over landegrensene / Barents samarbeidet	7
1.3.2 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og LRS / HRS.....	9
1.3.2 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene / næringsliv	9
1.4 Ressursoversikt	9
1.4.1 Ressursoversikter	9
1.4.2 Fritaksordning for vernepliktig personell.....	10
Operativ del	10
2.1 Varslings- og rapporteringsrutiner	10
2.1.1 Varsling fra HF til RHF	11
2.1.2 Varsling fra nasjonale helsemyndigheter til RHF.....	12
2.1.3 Varsling fra RHF til HF	12
2.1.4 Varsling av befolkningen	13
2.1.5 Rapportering	13
2.2 Kriseledelse Helse Nord	13
2.2.1 Kriseledelse	13
2.2.2 Ansvar.....	13
2.2.3 Oppgaver og rollefordeling	14
2.2.4 Behov for bistand fra andre RHF	14
2.2.5 Kriseledelse på HF nivå	14
2.3 Informasjon	15
2.3.1 Ansvarsfordeling	16
2.3.2 Informasjonsansvar på HF nivå	16
2.3.3 Informasjonsansvar på RHF nivå	16
2.3.4 Presse/media	16
2.3.5 Intern informasjon	16
2.4 Psykososial omsorg ved regionale kriser/katastrofer	17
2.4.1 Psykososiale støttetjenester	17
2.4.2 Varsling ved behov for psykososiale støttetjenester	17
2.4.3 Etablering av psykososiale støttetjenester og pårørendesenter	17
2.4.5 Etablering av psykososiale støttetjenester for ivaretagelse av eget personell	18
2.4.6 Koordineringsbehov	18
Operativ spesiell del	18
3.1 Spesielle utfordringer.....	18
3.2 Atomulykker / Stråling.....	18
3.3 Kjemikalieulykker / farlig gods og terror med biologiske midler.....	19
3.4 Smittevern.....	19
3.5 Pandemisk influensa.....	20
3.6 Forsyningssvikt	21
Vedlegg 1 Definisjoner og viktige begreper brukt i plan	23
Vedlegg 2 Operativ ledelse på skadested / Funksjoner og roller på skadestedet.....	25

Administrativ del

1.1 Innledning / formål

1.1.1	Målsetting.....	3
1.1.2	Planens oppbygning.....	4
1.1.3	Definisjoner og sentrale begreper.....	4
1.1.4	Utarbeidelse og gyldighet.....	4
1.1.5	Forutsetninger.....	4
1.1.6	Risiko- og sårbarhetsanalyser.....	5
1.1.7	Veileder.....	5
1.1.8	Opplæring og øvelser.....	6
1.1.9	Barents Rescue.....	6

Dette planverket er utarbeidet i hht de føringer som er gitt i "Lov om helsemessig og sosial beredskap" av 23.06.00 med tilhørende "Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid" av 23.07.01.

"Regional plan for helsemessig og sosial beredskap i Helse Nord" (dette dokument) er det overordnede plandokument for Helse Nord's helsemessige og sosiale beredskap.

I overensstemmelse med §3 i "Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid", er det og vil det bli utført Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) som en del av plangrunnlaget. ROS-analysene er ikke med i selve planen, men vil bli rapportert separat.

Helseberedskapsplanen bygger på følgende 3 prinsipper:

Ansvarsprinsippet

Den som har ansvar i en normalsituasjon skal også ha ansvaret i ekstraordinære situasjoner. Ansvarsprinsippet betyr at de ledere og deler av organisasjonen som har ansvaret for den daglige beredskapen også skal ha ansvaret ved kriser og krig.

Dette innebærer at:

- De samme personer som leder virksomheten til daglig skal håndtere krisen innenfor den enhet de er ansvarlig for
- Operative ledd i organisasjonen skal om nødvendig styrkes og skal ikke erstattes av nye ledd
- All varsling og rapportering internt i foretaket, og til og fra eksterne samarbeidspartnere skal følge ordinære varslings- og rapporteringsveier

Likhetsprinsippet

Den organisasjonen en opererer med til daglig skal i størst mulig grad være lik den organisasjonen man har under kriser.

Nærhetsprinsippet

En krise skal håndteres på lavest mulig nivå (LEON-prinsippet)

1.1.1 Målsetting

Helse Nord RHF's plan for helsemessig og sosial beredskap skal bidra til å verne befolkningens liv og helse gjennom å sikre nødvendige *spesialisthelsetjenester* til befolkningen ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig.

Planen skal bidra til at:

- Regionens samlede helseberedskapsressurser utnyttes mest mulig effektivt
- Samordningen mellom helsevesenet og samarbeidende etater styrkes

- Både det lokale og det regionale beredskapsnivået høynes ved at det stilles tydeligere krav til beredskap på de ulike nivåene

1.1.2 Planens oppbygning

Planverket er bygd opp på følgende måte:

Administrativ del:

Den administrative delen av planverket inneholder de overordnede føringene gitt fra myndighetene, prinsipper for beredskap, ansvars- og oppgavefordeling, føringer for opplæring og øvelser, samordning med øvrige beredskapsetater med mer

Operativ del:

Den operative delen av planverket inneholder varslings- og rapporteringsrutiner, beredskapsledelse, informasjonsberedskap og psykososial omsorg.

Operativ spesiell del:

Den operative spesielle del inneholder hendelser som vil gi spesielle utfordringer til regionens helseberedskap.

I tillegg vil det bli utarbeidet en planveileder med retningslinjer og forventninger til utarbeidelse av planverk på foretaksnivå.

Planveilederen blir gitt ut som et selvstendig dokument.

Informasjon om beredskap, nasjonalt, regionalt og lokalt er også tilgjengelig på intranett, [se informasjonsside om beredskap i Helse Nord.](#)

1.1.3 Definisjoner og sentrale begreper

For oversikt over viktige ord og begreper brukt i denne plan og i beredskapssammenheng, se [vedlegg 1](#)

1.1.4 Utarbeidelse og gyldighet

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

- Omstrukturering og forenkling av planverket
- Innpassing ny del : Samarbeid over landegrensene, øvelse Barents Rescue
- Elektronisk versjon og informasjon via intranett
- Spelling av overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan

Planen erstatter beredskapsplan for 2004-2008. Planen godkjennes av styret for Helse Nord RHF. Hovedrevisjon av *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap i Helse Nord* (dette dokument) gjøres ca hvert 5. år, eller ved alle større endringer i forutsetningene for planen.

Planen gjelder for Helse Nord RHF og alle underliggende virksomheter, herunder også private institusjoner som har avtale med Helse Nord RHF. De føringer som er lagt i denne plan skal gjenspeiles i planverkene på helseforetaksnivå slik at beredskapsarbeidet i Helse Nord fremstår som helhetlig og samordnet.

1.1.5 Forutsetninger

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

Det forutsettes at alle foretak og private som Helse Nord har avtale med, har oppdaterte beredskapsplaner basert på analyser av risiko og sårbarhet, og at planverket er samordnet med kommune og andre samarbeidspartnere.

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

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

1.1.6 Risiko- og sårbarhetsanalyser

Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) identifiserer og analyserer risikofaktorer som eksisterer for regionens helsetjenester. ROS-analyser er således et verktøy for å innarbeide god helsemessig beredskap i planverk, avtaler og daglig drift. ROS-analyser er også ment å være en viktig del av planleggingssarbeidet, både for å innpasse hensynet til sikkerhet og beredskap på regionalt og lokalt nivå og for å danne grunnlag for utarbeiding av særskilte planer for krisehåndtering.

Helsedirektoratet har gjennomført [nasjonale ROS- og beredskapsanalyser](#) innen helse på følgende områder:

- masseskade der helsetjenestens kapasitet overskrides,
- kjemikalieulykker og terror med kjemiske stridsmidler,
- epidemi/pandemi, alvorlige sykehusinfeksjoner og terror med biologiske midler,
- atomulykke og terror med radioaktivt materiale,
- svikt i forsyningen/endring i etterspørselen av helsemateriell
- svikt i forsyningen/endring i etterspørselen av legemidler.

Formålet har vært å avdekke svakheter og sårbare områder, identifisere behov og foreslå tiltak og innsatsområder som kan gi bedre beredskap. Rapporten fra prosjektet inngår i grunnlaget for arbeidet med å styrke krisehåndteringsevnen i helse- og sosialsektoren.

I Helse Nord er det gjennomført / under plan følgende ROS og beredskapsanalyser:

- Svikt i forsyning av legemidler og annet helsemateriell
- Den medisinske nødmeldetjenesten
- Pandemi/epidemi og alvorlige sykehusinfeksjoner
- IKT – infrastruktur
- Informasjonsberedskap og psykososial omsorg
- Masseskade og kjemikalieuhell

Helseforetakenes beredskapsplaner skal bygge på ROS-analyser.

1.1.7 Veileder

Beredskapsplanen for Helse Nord gir ingen detaljbeskrivelse av foretakenes handlingsplaner ved kriser og ulykker. Planen skal være et utgangspunkt for videre planlegging i foretakene.

Til hjelp i dette arbeidet, og for å harmonisere planverk innenfor foretaksgruppen, vil Helse Nord i samarbeid med foretakene utarbeide en planveileder for utarbeidelse av planverk på foretaksnivå.

Veilederen gir foruten nærmere beskrivelse av planverkets oppbygging en beskrivelse av krav som må være oppfylt i plan.

Planveilederen blir gitt ut som et selvstendig dokument og er tilgjengelig på informasjonsside for beredskap i Helse Nord.

1.1.8 Opplæring og øvelser

I "Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap", stilles det i § 7 *Krav om kompetanse, opplæring og øvelser*. Helse Nord har ansvar for å gi de av sine ansatte som vil inngå i kriseledelsen, eller som støtte til HF-ene, jevnlig opplæring i slike funksjoner, og at ferdigheter og samhandling øves jevnlig.

Norsk kriseberedskap bygger på at den virksomhet som har ansvaret for en sektor også er ansvarlig for egne beredskapsforberedelser og krisehåndtering. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, DSB, gjennomfører årlige øvelser med departementer og andre statlige, regionale og lokale myndigheter – i tillegg til næringslivet. DSB jobber systematisk for å heve kriseberedskapen – ved å vurdere risiko og sårbarhet og lage scenarier, ved å gjennomføre øvelser og føre tilsyn/evaluering. Alt dette for å gjøre hver enkelt i stand til å ivareta sitt ansvar best mulig. DSB skal tenke det utenkelige og ha et koordinert grep om samfunnssikkerheten. Se også [informasjonsside om DSB](#)

1.1.9 Barents Rescue

er øvelser organisert under Barentssamarbeidet som skal rotere mellom medlemslandene Sverige (første gang i 2003) , Norge (første gang i 2005),Finland (første gang i 2007) og Russland (første gang i 2009), [se også intranettside](#) , [rapport fra øvelse 2005](#) og [informasjon om øvelse 2007](#)

Målet for øvelsen er å forenkle og bedre kommunikasjon, koordinering og samarbeid mellom landene og mellom sivil-militære enheter i landene, som kan bli involvert i kriser i Barentsregionen. Dette skal bidra til styrket beredskap og økt effektivitet i redningsarbeidet. Øvelsene involverer i første rekke organisasjoner som blir involvert i kriseledelse og redningsoperasjoner i Barentsregionen.

En rekke land og organisasjoner/etater deltar i øvelsen. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har ansvaret for å koordinere planlegging og gjennomføring av øvelsen. Se [informasjonsside DSB](#) .

Helse Nord deltar i planlegging og gjennomføring av øvelse Barents Rescue 2009 som arrangeres i begynnelsen av september i Murmanskregionen.

Helseforetakene har ansvar for at alle ansatte får jevnlig opplæring og trening i sin rolle under ulike typer kriser og katastrofer. Opplæring i beredskapsarbeid skal gis til nyansatte og andre ansatte på lik linje med for eksempel brannvernopplæring.

1.2 Ansvar/Oppgavefordeling

1.2.1	Ansvar Helse Nord	7
1.2.2	Ansvar Helseforetak HF	7
1.2.3	Ansvar private som Helse Nord har avtale med	7

Her behandles kun ansvar/oppgavefordeling innenfor Helse Nord.
For oversikt over nasjonale, regionale og lokale ansvarsoppgaver, [se informasjonssider](#).

1.2.1 Ansvar Helse Nord

I tråd med ansvarsprinsippet og øvrige bestemmelser i helselovgivningen, legger Helse Nord RHF til grunn at de regionale helseforetakene har det overordnede ansvar for *spesialisthelsetjenestens* beredskapsforberedelser og beredskapsarbeide.

I hht. spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 a skal de regionale helseforetakene sørge for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og med båt.

1.2.2 Ansvar Helseforetak HF

Helseforetakene er selvstendige rettssubjekt, hvis tjenesteproduksjon er regulert gjennom avtale mellom Helse Nord RHF og det enkelte helseforetak. I hht ansvarsprinsippet har den som har ansvaret for en tjeneste, også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Det enkelte HF har det daglige og operative ansvaret for at befolkningen har tilgang på nødvendige tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

1.2.3 Ansvar private som Helse Nord har avtale med

Private aktører sin innsats i en krise/katastrofe er regulert gjennom de kontrakter som er etablert med Helse Nord. For private institusjoner som Helse Nord har avtale med forventes tilsvarende nivå på beredskapsplanverk som for helseforetakene. Disse institusjoners ressurser skal inngå som en del av den regionale beredskapen.

Mindre institusjoner og private spesialister som Helse Nord har avtale med, skal ha etablert en beredskap for interne hendelser (brann, evakuering, svikt i teknisk infrastruktur, intern varsling etc). Disse inngår også blant de ressurser regionen kan spille på ved en stor krise/katastrofe. Se også [policy for bruk av private aktører i Helse Nord](#)

1.3 Samarbeid med andre instanser

1.3.1 Samarbeid over landegrensene / Barents samarbeidet	7
1.3.2 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og LRS / HRS	9
1.3.3 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene / næringsliv	9

Nært samarbeid også utenfor ulykkeshendelser er en forutsetning for en god felles krisehåndtering. Det oppfordres derfor til å etablere samordningsfora eller andre egnede fora lokalt, som ivaretar tverretattlig samarbeid mellom eks lokal redningsledelse, brannvesen, politi, sivilforsvar og eventuelle frivillige organisasjoner.

I planfasen skal HF samordne sine planverk med kommunehelsetjenesten og øvrige samarbeidende etater (politi, sivilforsvar, fylkesmann). En presisering av ansvarsfordeling og oppgavebeskrivelser for de ulike aktørene skal inngå i beredskapsplaner ved det enkelte helseforetak (jmf pkt 2.4.6 Koordinering)

1.3.1 Samarbeid over landegrensene / Barents samarbeidet

Barentssamarbeidet ble etablert i 1993 og skal styrke grenseoverskridende kontakt og problemløsning og fremme bærekraftig utvikling i Barentsregionen.

Barentsregionens administrative områder:



Tretten "fylker" i fire land utgjør Barentsregionen:

- Nordland, Troms og Finnmark i Norge
- Västerbotten og Norrbotten i Sverige
- Lapland, Oulu og Kainuu i Finland
- Murmansk, Karelen, Arkhangelsk, Komi og Nenets i Russland

Helse er et naturlig og viktig satsingsområde for det internasjonale helsesamarbeidet i nord. Det føste Barents Helseprogram ble formelt opprettet i 1999 og markerte begynnelsen på det multilaterale helsesamarbeidet i regionen. Programmet ble utviklet i et inngående samarbeid mellom russiske, finske, svenske og norske helsemyndigheter, på både nasjonalt og regional nivå. Programmets permanente arbeidsgruppe, Working Group on Health and Related Social Issues (WGHS), har utarbeidet satsingsområdene for programmet – smittsomme sykdommer, primærhelsetjeneste, livsstil, urfolk og barn og unge.

To handlingsprogram er blitt utarbeidet (1999-2003 og 2004-2007), og disse har de siste årene vært ryggraden i Norges helsesamarbeid med Nordvest-Russland. Norge bevilger i dag omtrent 17 millioner norske kroner årlig til prosjektsamarbeid med Nordvest-Russland innenfor helse og sosialt arbeid, og disse midlene forvaltes av det norske Helse og omsorgsdepartementet i samsvar med prioriteringene i Barents Helseprogram.

Innenfor det internasjonale helsesamarbeidet i regionen, har Barentssekretariatet rolle først og fremst vært å bistå med informasjonsarbeid. Dette videreføres i dag både innenfor Barents Helse og Sosialprogram og Arbeidsgruppen for helse og sosialt-relaterte saker (WGHS), og i forhold til Nordlige Dimensjon Partnerskapet for Helse og Livskvalitet (NDPHS).

Med støtte fra Helsedirektoratet vil Helse Nord i år utarbeide en egen tverrsektoriell risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) som grunnlag for utvikling av helsetjenestenes krise- og katastrofeberedskap i nordområdene.

1.3.2 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og lokal redningsentral LRS og hovedredningsentral HRS

Det enkelte HF forutsettes å øve redningsledelse, skadestedsledelse, psykososiale støttetiltak og kriseinformasjon i samarbeid med Politi, brann-redning og HRS.

Lokale redningsentraler (LRS) er etablert ved landets politidistrikter og sysselmannen på Svalbard. LRS leder normalt alle landredningsaksjoner etter fullmakt fra hovedredningsentralen (HRS). HRS leder aksjoner ved alle sjøfartsulykker. Ved ulykker i luften er det etablert flyredningstjeneste.

For utvidet informasjon om redningsledelse, se Operativ ledelse på skadested pkt 2.5 og vedlegg 2 samt informasjonssider om [Politi, Lokal redningsentral](#) og [Hovedredningsentral HRS](#),

Sivilforsvaret er et viktig supplement til spesialisthelsetjenestens egne ressurser. For oversikt over de ressurser sivilforsvaret kan bistå med, se [informasjonsside om sivilforsvar](#). For oversikt over de ressurser forvaret kan bistå med, se [informasjonsside om forsvaret](#)

1.3.3 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene / næringsliv

En forutsetning for optimal håndtering av en større ulykkeshendelse er at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er velfungerende.

I planverk på HF-nivå må det tydelig fremgå ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i gitte situasjoner. HF skal i sitt planarbeid aktivt gå inn for samordning med de kommunale planverk.

For oversikt over ressurser, se [informasjonsside fylkesmenn](#) og [informasjonsside kommuner](#)

I deler av regionen utgjør en rekke industri- og transportbedrifter et storulykkespotensiale. En god håndtering av en større industriulykke fordrer en samordning av beredskapsplanene både fra HF og fra virksomhetens side. Spesialisthelsetjenesten på HF nivå skal samarbeide med kommuner / næringsliv om utarbeidelse av ROS-analyser over de forannevnte forhold.

1.4 Ressursoversikt

1.4.1 Ressursoversikter	9
1.4.2 Fritaksordning for vernepliktig personell	10

1.4.1 Ressursoversikter

For oversikt over foretaksvise ressurser, personellressurser, ambulansetjeneste, bil, båt og fly /helikopter, se [informasjonssider for foretakene](#)

AMK-sentralene har rutiner som sikrer at de til enhver tid har oppdaterte oversikter over relevante beredskapsressurser i sitt område herunder

- Kontaktpunkter i den enkelte institusjon / det enkelte HF
- Ambulansetjeneste
- Kontaktpunkt for oversikt over kommunale ressurser
- Private virksomheter / frivillige organisasjoners beredskapsressurser
- Sivilforsvarets ressurser
- Andre etaters ressurser

Regional AMK skal ha en total oversikt over regionens ressurser.

Regional AMK har utarbeidet bl.a. [handlingsplan for R.AMK ved regionale hendelser](#) og [samarbeid mellom lokal AMK og regional AMK](#).

1.4.2 Fritaksordning for vernepliktig personell

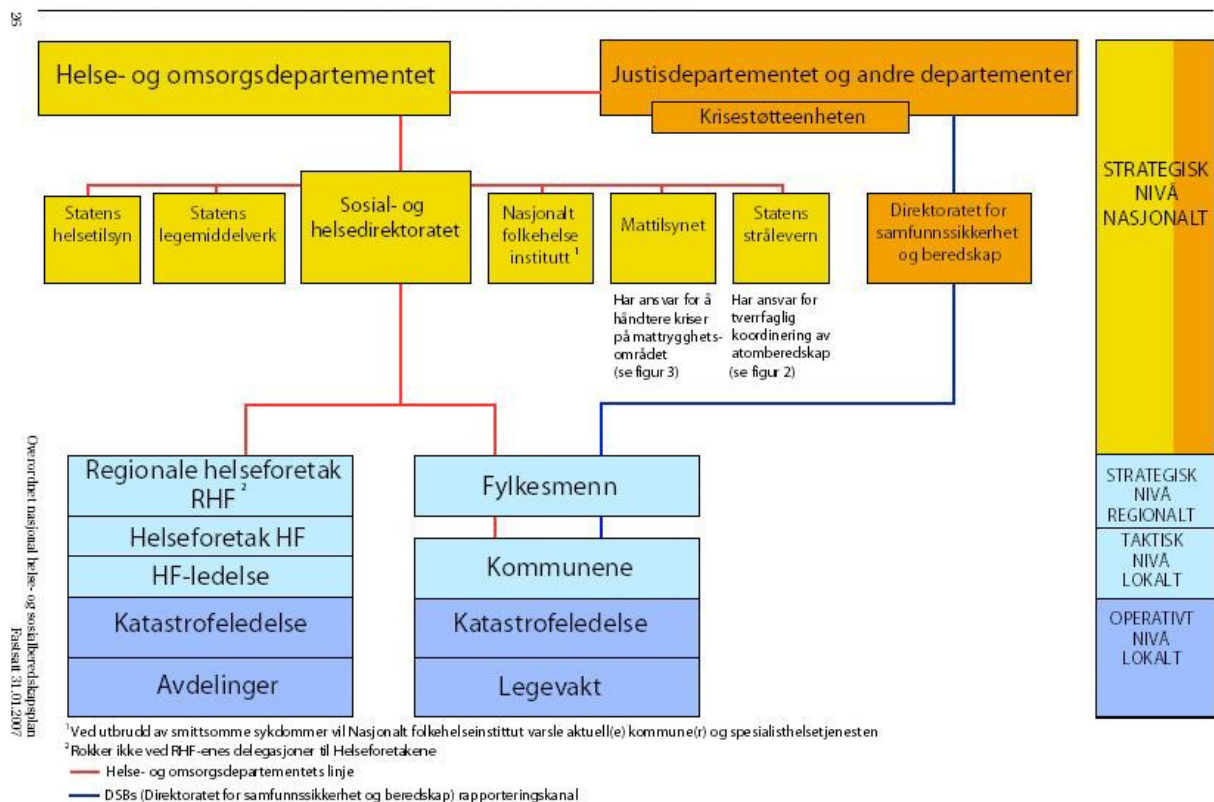
Foretakene skal ha oppdaterte personell-lister og søker fritak hos [Vernepliktsverket](#) for personell som innehar stillinger i et virksomhetsområde som det er nødvendig å bekle i en krise eller katastrofesituasjon..

Operativ del

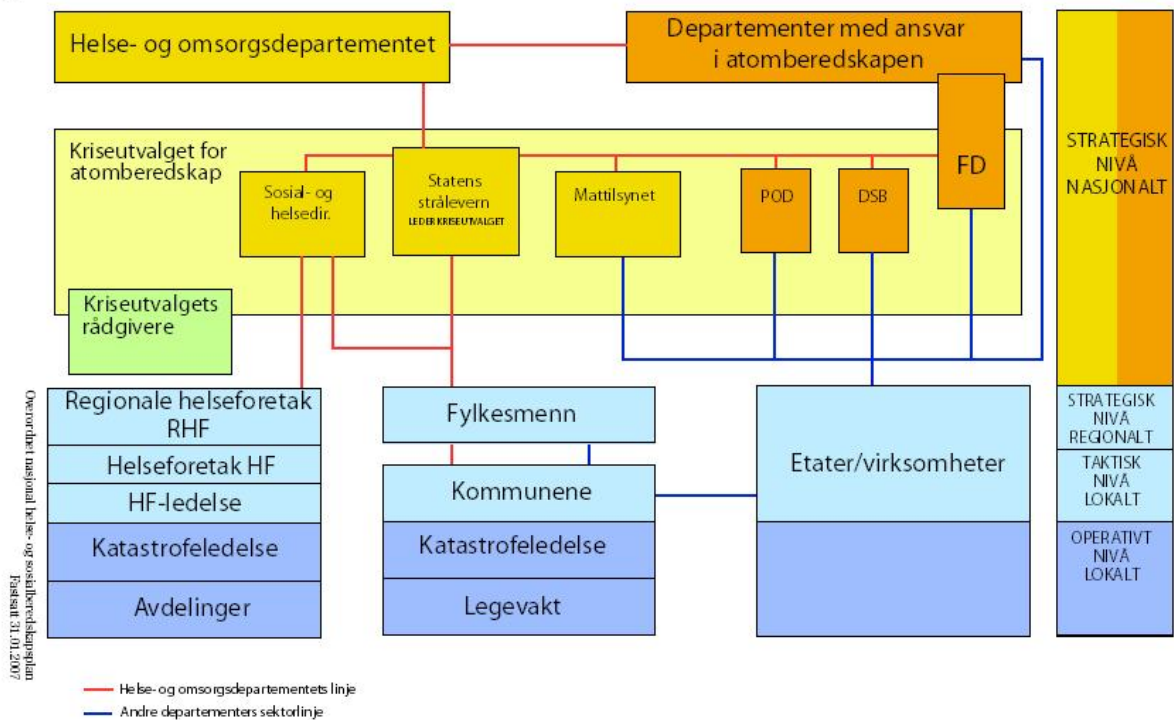
2.1 Varslings- og rapporteringsrutiner

2.1.1	Varsling fra HF til RHF	11
2.1.2	Varsling fra nasjonale helsemyndigheter til RHF	12
2.1.3	Varsling fra RHF til HF	12
2.1.4	Varsling av befolkningen	13
2.1.5	Rapportering	13

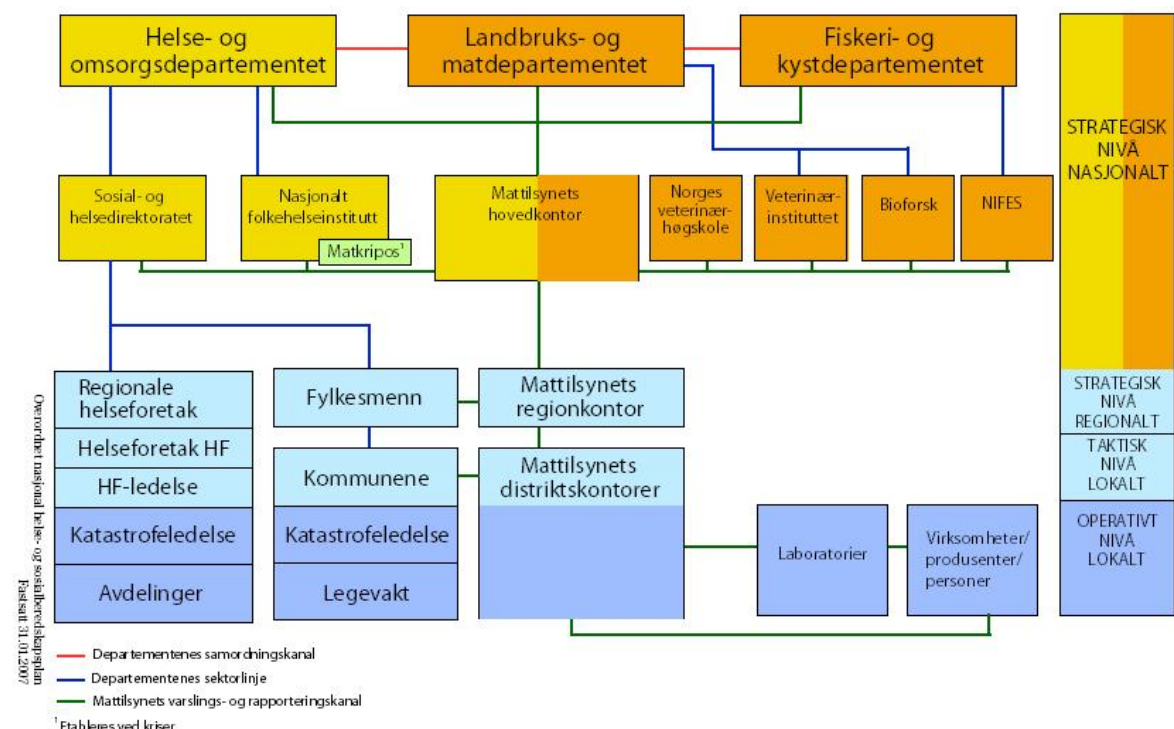
Figur 1 Varslings- og rapporteringsrutiner i helsesektoren ved kriser



Figur 2 Varslings- og rapporteringslinjer ved atomhendelser



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

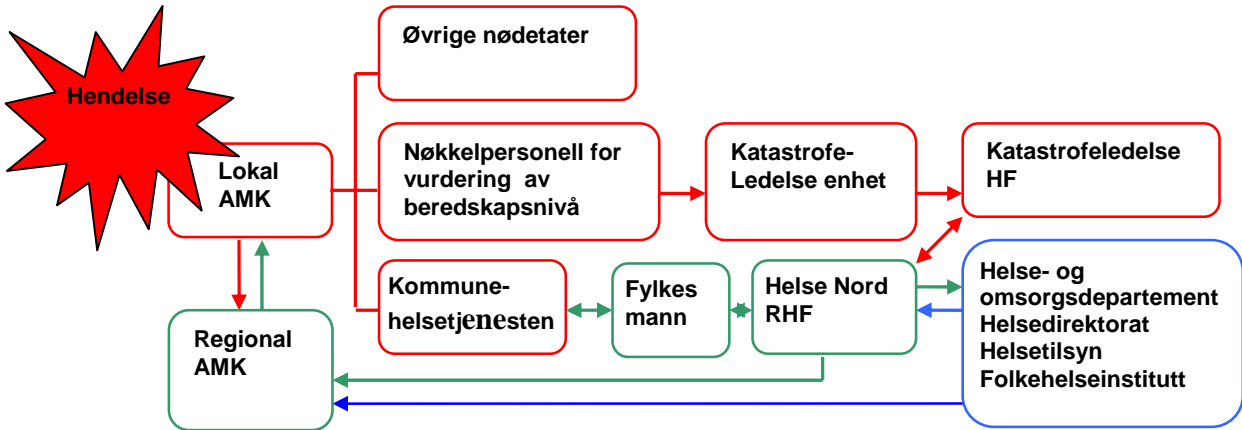


2.1.1 Varsling fra HF til RHF

Prosedyrer for viderevarsling skal være beskrevet i beredningsplan ved det enkelte helseforetak. Når en krise for en enkelt institusjon er av en slik størrelsesorden at HF-ledelsen

blir involvert, skal HF-ledelsen informere RHF om krisens art og forventet utvikling. For varsling, se [informasjonsside Helse Nord RHF](#) og [praktisk varslingsplan RHF](#)

Lokalt nivå (enhet/foretak) → **Regionalt nivå** → **Nasjonalt nivå**



Varsling fra RHF skjer til Helseinspektatet og til Statens Helseinsyn. Ved smitteforhold varsles også Nasjonalt folkehelseinstitutt, se [informasjonssider](#).

Hvilke hendelser som skal viderevarsles vil alltid være gjenstand for vurdering i den faktiske situasjon, men følgende generelle retningslinjer gjelder for varsling via RHF ledelsen til Helseinspektatet:

- Hendelsen vurderes å ha nasjonal interesse
- Det er utløst katastrofealarm ved et sykehus
- Det har oppstått situasjoner som kan medføre alvorlig kritikk av beredskapen
- Eget personell er alvorlig skadd eller omkommet i tjeneste
- Hendelsen vil kunne utløse et stort informasjonsbehov og/eller forventes å skape stor interesse fra media.

2.1.2 Varsling fra nasjonale helsemyndigheter til RHF

Normal kommunikasjonskanal for formidling av meldinger til RHF/HF er at alle meldinger sendes via eier, dvs. fra f.eks. Nasjonalt Folkehelseinstitutt, SHDir og Helse og Omsorgsdepartementet til RHF. RHF har rutiner for viderevarsling til HF.

Nasjonale helsemyndigheter kan imidlertid ha behov for umiddelbar varsling av landets sykehus, se [informasjonsside Helse- og Omsorgsdepartementet](#)

Følgende rutiner skal benyttes for varsling :

- Helsemyndighet varsler direkte til AMK-sentralene i regionen, som har rutiner for videreformidling av melding til HF/den enkelte institusjon.
- Parallelt med at hastemelding formidles via AMK-sentralene, vil avsender i tillegg sende melding på ordinær måte, dvs. via eierkanalen. Dette for å sikre at også ansvarsbærer og økonomisk ansvarlig er informert og kan håndtere situasjoner som oppstår.

2.1.3 Varsling fra RHF til HF

Samme rutiner som gjelder for varsling fra nasjonale helsemyndigheter til RHF, gjelder tilsvarende for viderevarsling fra RHF til HF, se [informasjonsside Helse Nord RHF](#).

2.1.4 Varsling av befolkningen

Hvis krisen/katastrofen er av en slik art at det er nødvendig å gi ekstraordinær informasjon for å redde menneskeliv og/eller hindre at det skjer så store skader at det kan få vidtrekkende alvorlige konsekvenser for samfunnet innen et geografisk område, kan det bli aktuelt å iverksette Nærradioavtalen.

Hvis R-AMK vurderer situasjonen å være av en slik art at Nærradioavtalen skal iverksettes, skal R-AMK ta kontakt med politiet og/eller fylkesmannen, som skal varsle nærmeste Norsk rikskringkastings distriktskontor om at avtalen skal iverksettes.

Se informasjonsside [justis og politidepartementet](#) og [informasjonssider Helse Nord](#)

2.1.5 Rapportering

I situasjoner hvor RHF er varslet og/eller har vært involvert, skal HF gi skriftlig rapport til RHF snarest mulig etter at beredskapssituasjonen er avblåst.

2.2 Kriseledelse Helse Nord

2.2.1	Kriseledelse	13
2.2.2	Ansvar	13
2.2.3	Oppgaver og rollefordeling	14
2.2.4	Behov for bistand fra andre RHF	14
2.2.5	Kriseledelse på HF nivå	14

Når departement, direktorat, annen offentlig myndighet eller HF trenger å komme i umiddelbar kontakt med Helse Nord RHF, ringes **vakttelefon 95 13 14 13**, alternativt sentralbord på **telefon 75 51 29 00**, se [informasjonsside Helse Nord](#)

Den som mottar henvendelsen skal kvittere for det, og umiddelbart varsle (i rekkefølge):

Navn	Funksjon	Telefon	Mobil
Lars Vorland	Adm.direktør	75 55 84 49	97 95 16 22
Jan Norum	Fagdirektør	22 52 29 09	95 40 42 05
Kristian Iversen Fanghol	Informasjonssjef	75 58 38 95	95 07 60 75
Oddvar Larsen	Beredskapsansvarlig	75 58 29 45	99 22 58 55
Karin Paulke	Adm.leder	75 56 22 86	90 68 87 13

2.2.1 Kriseledelse

Administrerende direktør eller dennes stedfortreder tar beslutning om å sammenkalle kriseledelsen. Kriseledelsen i Helse Nord RHF har følgende sammensetning:

- Administrerende direktør (eller stedfortreder)
- Fagdirektør
- Informasjonssjef (eller stedfortreder)
- Beredskapsansvarlig
- Administrativ leder

2.2.2 Ansvar

Kriseledelsen har ansvar for å holde seg oppdatert om situasjonen og bistå underliggende HF med beslutningsstøtte ved behov.

Kriseledelsen har ansvar for informasjon til overordnede helsemyndigheter – SHDir og/eller Helse og omsorgsdepartementet HOD.

Kriseledelsen har også hovedansvar for koordinering av informasjon internt og eksternt, gjøre avtaler med presse/media, tilrettelegge informasjon og bistå informasjonsavdelingene ved HF dersom det er behov.

2.2.3 Oppgaver og rollefordeling

Adm.direktør (AD)	<ul style="list-style-type: none"> - Opprette kriseledelse - Løpende koordinering - Informere styreleder i Helse Nord om situasjonen - Informere og ha løpende kontakt med aktuelle myndigheter ut fra den aktuelle situasjonen.
Fagdirektør	<ul style="list-style-type: none"> - Bindeledd mot operative enheter - Rådgivning - Ivareta oppgaver etter beslutning fra AD
Beredskapsansvarlig	<ul style="list-style-type: none"> - Rådgivning - Fremskaffe aktuell informasjon - Ivareta oppgaver etter beslutning fra AD
Informasjonssjef	<ul style="list-style-type: none"> - Lede og tilrettelegge kriseledelsens informasjonsflyt internt og eksternt. - Tilrettelegge for presse / media - Bistå informasjonsavdelingene ved HF (jmf 6.4)
Adm.leder	<ul style="list-style-type: none"> - Sørge for at drift og administrasjon er tilpasset den aktuelle situasjon.

Det forutsettes at RHF har utarbeidet intern plan for praktisk løsning av de ulike deloppgaver.

2.2.4 Behov for bistand fra andre RHF

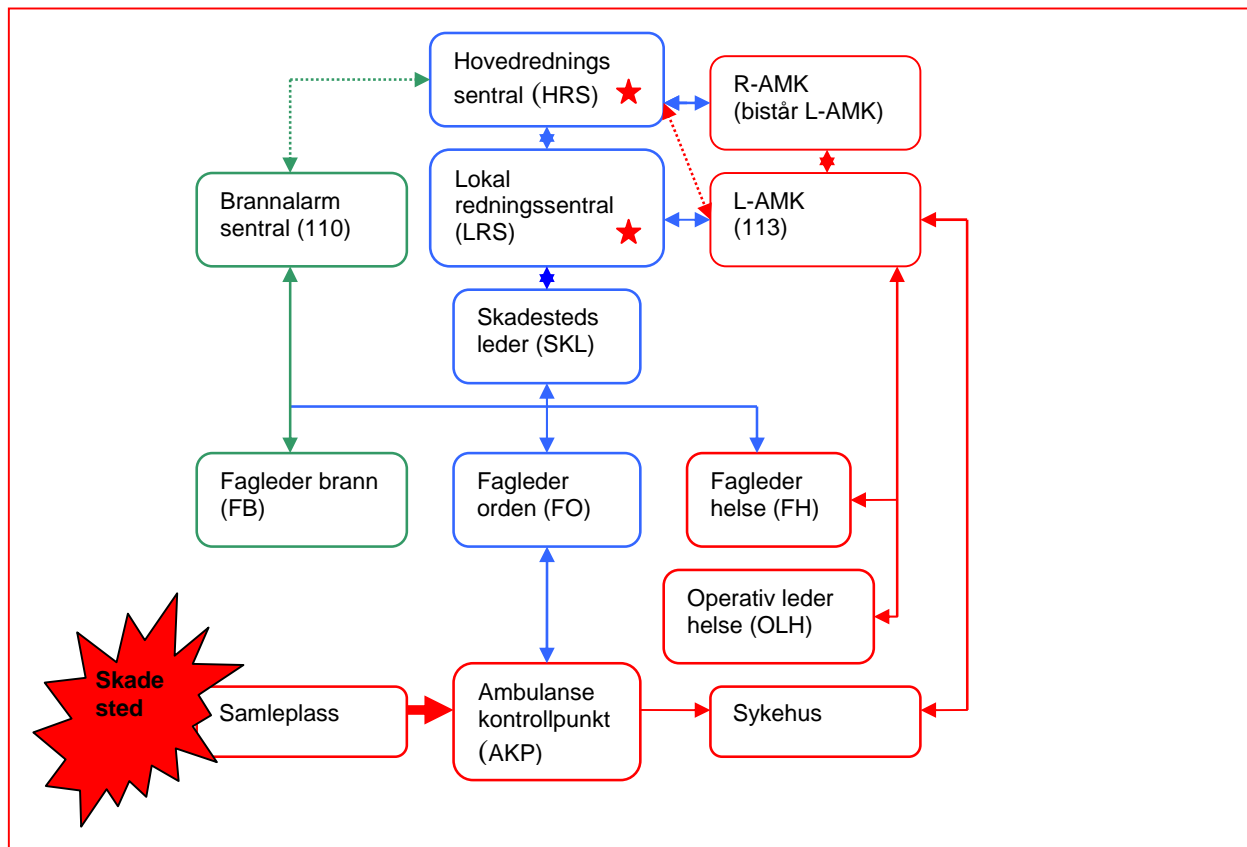
For hendelser med svært mange pasienter, hendelser i grenseområdene mot andre helseregioner eller f.eks. hendelser med mange brannskadde, vil Helse Nord RHF måtte be om ressurser fra øvrige RHF. R-AMK har hovedansvar for å anmode om ressurser fra de andre helseregionene, og vil da i stor grad forholde seg til tilsvarende regional-AMK funksjon som er etablert i de andre regionene.

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

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

2.2.5 Kriseledelse på HF nivå

Sammensetning og rollefordeling i operativ ledelse på skadested skal være beskrevet i helseforetakenes beredskapsplaner.



[Se vedlegg for nærmere beskrivelse av de ulike funksjoner og roller på skadestedet.](#)

Ved utløst katastrofealarm skal det etableres en lokal kriseledelse ved det enkelte sykehus som skal motta pasienter, med en definert kommunikasjonslinje til AMK-sentralen. Denne kriseledelsen skal sørge for god håndtering, ressursstyring, og informasjonsflyt ved interne ulykker og kriser/katastrofer, og sørge for koordinering av sykehusets ressurser ved mottak av pasienter fra en ekstern hendelse.

Sammensetning og rollefordeling i katastrofeledelse tilknyttet lokal AMK skal være beskrevet i beredskapsplan for det enkelte helseforetak.

2.3 Informasjon

2.3.1	Ansvarsfordeling	16
2.3.2	Informasjonsansvar på RHF nivå	16
2.3.3	Informasjonsansvar på HF nivå	16
2.3.4	Presse/media	16
2.3.5	Intern informasjon	16

Gode informasjonstjenester er viktige i en krisesituasjon. Informasjonstjenestene har to hovedhensikter avhengig av situasjonen:

- Ved medisinske/kirurgiske katastrofer der sykehusene faktisk mottar pasienter er hovedoppgaven å informere egen organisasjon, pårørende og presse/media om tilstanden til de forulykkede (i samråd med Politiet) og hvordan situasjonen håndteres på de ulike nivåer i organisasjonen.
- Informasjon vedrørende redningsarbeidet og etterforskning av ulykkesårsaker er politiets ansvar. Ansvar for dødsbudskap og frigivelse av navn på omkomne tilligger Politiet.
- Ved hendelser som skaper uro i befolkningen (smitte, terror, gassutslipp, mangel på legemidler eller annet medisinsk utstyr etc.) er hovedoppgaven å lede henvendelser til

riktige kilder, gi nøktern og riktig informasjon innenfor eget ansvarsområde, og bidra til å unngå krisemaksimering og unødig angst.

2.3.1 Ansvarsfordeling

Helse Nord RHF vil både i normal driftssituasjon og i krise/katastrofe ha ansvar for å formidle og koordinere informasjon fra HF opp til Helse og omsorgsdepartementet og fra eier til underliggende HF. Helse Nord RHF skal ikke styre informasjonen i en krise/katastrofe på HF-nivå, med mindre krisen er et regionalt anliggende. Den som "eier" krisen vil ha det primære informasjonsansvaret. RHF besitter kompetanse som vil være viktig for andre HF i en krisesituasjon, og HF kan anmode om faglig bistand og ressurser fra RHF.

2.3.2 Informasjonsansvar på RHF nivå

- Bistå med faktiske ressurser som støtte til den informasjonsavdeling/-ansvarlig som "eier" krisen.
- Sørge for informasjonsformidling internt i egen organisasjon.
- Være koordinator for informasjon mellom de ulike nivåene i organisasjonen.
- Gi informasjon eksternt om sin egen rolle i hendelsen.
- Kvalitetssikre at informasjonsflyten har vært tilstrekkelig mellom de ulike nivåene. (Departement-RHF- HF-den enkelte virksomhet).
- Etter at krisen er over: ta initiativ til at de informasjonsansvarlige fra HF samles til et evaluerings- og erfaringsoverføringsmøte.
- Påse at det utarbeides rapporter fra hendelsen.

2.3.3 Informasjonsansvar på HF nivå

Det skal etableres informasjonstjenester ved alle HF som ivaretar følgende:

- Rutiner for forsterkning av informasjonstjenesten med hensyn til personell og ressurser for øvrig.
- Definert forhold til HF-ledelsen/katastrofeledelsen der informasjonstjenesten inngår i denne under en krise/katastrofe.
- Etablerte kommunikasjonslinjer til ansvarlig ledelse av medisinsk behandling slik at spesifikk informasjon kan målbæres av rette vedkommende.
- Rutiner for mottak av informasjonsbistand fra RHF og andre HF ved en krisesituasjon

NB: HF har ikke primæransvar for informasjonen eksternt i en katastrofe. Dette ansvaret er det Politiet som har, men HF, som representant for helsetjenesten, må forvente en betydelig etterspørsel etter informasjon knyttet til pasientbehandling og helsevesenets innsats i krisehåndteringen.

2.3.4 Presse/media

Både RHF og HF skal ha etablert gode rutiner for møter med presse/media. Når HF og RHF sender ut pressemeldinger skal det sendes kopi til informasjonsansvarlige i begge nivåer. Ved HF skal det i tillegg finnes rutiner for hvordan medias ønsker om intervjuer med inneliggende pasienter og eget fagpersonell skal håndteres. Det forutsettes at det lokalt etableres rutiner for bruk av nasjonale og regionale nyhetskanaler som formidler av viktige meldinger og informasjon .

2.3.5 Intern informasjon

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

2.4 Psykososial omsorg ved regionale kriser/katastrofer

2.4.1	Psykososiale støttetjenester	17
2.4.2	Varsling ved behov for psykososiale støttetjenester	17
2.4.3	Etablering av psykososiale støttetjenester og pårørendesenter	17
2.4.4	Etablering av psykososiale støttetjenester for ivaretagelse av eget personell	18
2.4.5	Koordineringsbehov	18

2.4.1 Psykososiale støttetjenester

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

De psykososiale støttetjenestene kan deles inn i 3 deler:

- Psykososiale støttetjenester på pårørendesenter og senter for overlevende som politiet eller kommunehelsetjenesten etablerer ved en stor krise/katastrofe.
- Psykososiale støttetjenester som etableres på det enkelte sykehus for å ivareta pasienter som mottas fra ulykken, og deres pårørende.
- Psykososiale støttetjenester som etableres på det enkelte sykehus for å ivareta egne ansatte (debriefing etter innsats, oppfølging ved interne ulykker, oppfølging av personer som har vært utsatt for stort press, f.eks. informasjonstjenesten, pressetalsmenn mm, samt tiltak ved skader og dødsfall blant egne ansatte).

2.4.2 Varsling ved behov for psykososiale støttetjenester

Personell til å yte psykososiale tjenester sees på som en helseressurs på lik linje med medisinske og kirurgiske ressurser. Ved behov for helsepersonell til å yte psykososiale støttetjenester, skal politiet ringe AMK. Hver enkelt AMK-sentral skal ha et system for å fremskaffe ressurser til psykososiale støttetjenester og ha oversikt over katastrofepsykiatrisk kompetanse.

Som hovedregel gjelder at ethvert stress/krise/katastrofepsykiatrisk problem søkes løst med de ressurser som er tilgjengelige i det distriktet problemet er oppstått. I den grad hendelsen gjør at de kommunale ressursene ikke er tilstrekkelig, vil det bli trukket inn kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Personell fra psykiatriske avdelinger, BUP, psykiatriske poliklinikker, Distriktpsikiatriske senter og sosionomtjenesten er aktuelle ressurser.

2.4.3 Etablering av psykososiale støttetjenester og pårørendesenter og senter for overlevende

Politiets ansvar

Hvert politidistrikt har sin redningsplan, som også omfatter arbeid for pårørende og overlevende. I planene inngår opprettelse av mottakssted for pårørende og fysisk uskadde etter en katastrofe. Dersom politiet har behov for helsepersonell for å yte psykososiale støttetjenester, skal de henvende seg til AMK.

Kommunenes ansvar

Den enkelte kommune plikter å etablere omsorgstiltak for fysisk uskadde overlevende og pårørende ved kriser/katastrofer innen kommunen. Ved behov for helsepersonell ut over det som finnes lokalt i kommunen, skal flere ressurser allokeres via AMK-sentralen.

AMK-sentralene

Mottar melding fra politiet og kommunehelsetjenesten om behov for personell til psykososiale støttetjenester. AMK formidler kontakt med kommunehelsetjenesten og fremskaffer personellressurser fra spesialisthelsetjenesten dersom kommunehelsetjenesten ber om dette.

Det enkelte HF

Det enkelte HF har selv ansvar for å etablere rutiner for ivaretagelse av pårørende til inneliggende pasienter, i tillegg til å sørge for pasientene fra ulykken. Ved en større katastrofe med stor pasienttilstrømning, bør det etableres et eget tilholdssted for pårørende der de kan skjermes for pågang fra presse/media.

NB! Det enkelte HF har kun ansvar for pårørende til egne pasienter. Andre pårørende skal henvises til kommunens/politiets senter for pårørende. Det er politiet som skal koordinere all informasjon om tilskadekomne og døde, og som enten sørger for gjenforening eller overbringer dødsbudskap (etablert samarbeid med prestetjenesten).

2.4.4 Etablering av psykososiale støttetjenester for ivaretagelse av eget personell

Det enkelte HF skal ha rutiner både for debriefing av innsatspersonell og oppfølging av eget personell etter kriser, interne ulykker eller tragedier blant de ansatte.

2.4.5 Koordineringsbehov

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

I planfasen skal HF samordne sine planverk med kommunehelsetjenesten og øvrige samarbeidende etater (politi, sivilforsvar, fylkesmann). En presisering av ansvarsfordeling og oppgavebeskrivelser for de ulike aktørene skal inngå i beredskapsplaner ved det enkelte helseforetak.

Operativ spesiell del

3.1 Spesielle utfordringer

3.2	Atomulykker / Stråling	18
3.3	Kjemikalieulykker / farlig gods og terror med biologiske midler	19
3.4	Smittevern	19
3.5	Pandemisk influensa	20
3.6	Forsyningssvikt	21

3.2 Atomulykker / Stråling

Beredskap mot atomulykker skiller seg ut fra øvrig beredskap ved at det er etablert en nasjonal beredskapsorganisasjon med Kriseutvalg, [se figur 2, Varslings, og rapporteringsrutiner ved atomhendelser](#).

Kriseutvalget for atomulykker har ansvaret for utvikling av den løpende atomulykkesberedskapen. I akuttfasen av en atomulykke skal Kriseutvalget beslutte iverksetting av tiltak. Under senfasen av en ulykke skal Kriseutvalget ha rollen som rådgiver for myndighetene.

[Statens Strålevern, se informasjonsside](#), er Norges nasjonale og internasjonale varslings- og kontaktpunkt for varslings av en hendelse eller en atomulykke. Statens Strålevern kan bistå med kompetanse om strålekilder, doser og strålevern. Strålevernet er kontaktpunkt mot de norske,

nordiske og internasjonale organisasjoner når det gjelder retningslinjer og bistand til helsetjenesten. Denne bistanden har hjemmel i den internasjonale konvensjonen om assistanse ved atom- og strålingsulykker og i den nordiske helseberedskasavtalen.

Helsedirektoratet disponerer lager av kaliumjodtabletter for bruk ved evt radioaktivt nedfall/ulykke. Disse er utplassert i kommuner i Finnmark, Troms og Nordland (nord for Ofoten)

[Fylkesmennene, se informasjonsside](#), representerer det regionale ledd i atomulykkesberedskapskapen. Fylkesmennene kan mobilisere egne atomberedskapsutvalg (ABU) for å håndtere situasjonen best mulig på regionalt nivå. Helse Nord RHF supplerer ABU på helsesiden med en representant fra RHF (Nordland) eller fra HF (Troms og Finnmark)

Foretakens rolle:

- Ved strålingsulykker har det enkelte HF ansvar for å gi initiell og stabiliserende behandling lokalt, før overflytting til sykehus med spesialkompetanse.
- Faglig assistanse kan innhentes enten ved Nukleærmedisinsk avdeling ved UNN eller nasjonalt kompetansesenter for ABC-ulykker ved Ullevål.

3.3 Kjemikalieulykker / farlig gods og terror med biologiske midler

Ved håndtering av store og kompliserte hendelser med kjemikalier og farlig gods vil Hovedredningssentralen ha de mest omfattende ressuroversiktene og vil være en viktig samarbeidspartner for helsetjenesten.

Fiskeridepartementet har siden jan 2003 hatt det overordnede ansvaret for den statlige beredskapskapen mot akutt forurensning, herunder akutt kjemikaliefurensning. Det operative ansvaret på nasjonalt nivå er tillagt Kystverket , se [informasjonsside kystverket](#). Lokalt er ansvaret lagt på interkommunale utvalg mot akutt forurensning (IUA) hvor beredskapskapen skal være dimensjonert for lokal eller regional kartlagt risiko.

Sivilforsvaret har Saneringsenheter som benyttes for å dekontaminere / rengjøre personer som er utsatt for kjemikalier og biologiske midler. Se [informasjonsside sivilforsvaret](#) for mer informasjon.

Helse Nords saneringsenheter finnes i Helse Finnmark HF (Hammerfest), Universitetssykehuset Nord-Norge HF (Tromsø), og Helgelandssykehuset HF (Sandnessjøen.) ([se informasjonssider HF](#))

Sivilforsvarets saneringsenheter er ment benyttet ute på skadested, mens sykehusenes enheter primært er ment rigget opp utenfor sykehuset for å skjerme sykehuset mot at kontaminerte personer kommer inn. De fleste sykehus har ikke dekontamineringsfasiliteter i akuttmottakene.

Foretakens sin rolle:

- Hvert HF skal ha planer for dekontaminering av tilskadekomne og andre, både på skadested og i etablert triage / skadesorteringssted utenfor sykehuset. Planer for dette skal etableres i samarbeid med lokalt politi, sivilforsvar og brannvesen.
- Ved behov for medisinsk assistanse på skadestedet er HF ansvarlig for å ha tilstrekkelig beskyttelsesutstyr både for personell som sendes ut og for personell som skal sanere/avsperre ved sykehusområdet.
- HF som har saneringsenhet skal sørge for vedlikehold av utstyr og kompetanse og sørge for at personellet som betjener enhetene har nødvendig opplæring og jevnlig øver på rigging og dekontaminering.

3.4 Smittevern

Smittevernarbeidet er regulert i [Lov om vern mot smittsomme sykdommer](#) og ifølge forskrift om smittevern i helsetjenesten av 17.06.05 skal det regionale helseforetaket sørge for at befolkningen i helseregionen, med hensyn til smittsomme sykdommer, er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.

Kommunene har det primære ansvaret for smittevern i samfunnet og har plikt til å utarbeide egne smittevernplaner. I ulike lovverk er kommunene og helseforetakene pålagt å samhandle og samordne sine beredskapsplaner. Det er en oppgave for hvert helseforetak å sørge for at slik samhandling skjer. (fra Smittevernplan 2008-2011)

[Smittevernplan 2008 - 2011 Helse Nord](#)

er en revisjon av smittevernplanen fra 2003. Målet med smittevernarbeidet i Helse Nord er at pasientene skal være trygge og ikke utsettes for unødvendig infeksjonsrisiko når de er innlagt på sykehus.

Alle somatiske sykehus i Helse Nord har per i dag et infeksjonskontrollprogram (IKP). Psykiatrien og rusomsorgen skal forholde seg til infeksjonskontrollprogrammene som er utarbeidet på foretaksnivå. Det lokale helseforetaket har ansvar for å implementere dette. Deler av IKP må være tilpasset hver institusjon der det ikke er hensiktsmessig at det gjelder hele foretaket.

[Tuberkulosekontrollprogram Helse Nord](#) ("Retningslinjer for forebygging av tuberkulosesmitte på sykehus"). Tuberkuloseforskriften pålegger det regionale helseforetaket å ha et regionalt tuberkulosekontrollprogram som en del av smittevernplanen. Forskriften pålegger videre det regionale helseforetaket å utpeke tuberkulosekoordinatorer ved alle sykehus som behandler tuberkulose,. Ved sykehusene i Helse Nord er det 6 stillinger som [tuberkulosekoordinatorer](#). Disse arbeider målrettet for å sikre god kvalitet i behandlingen av landsdelens tuberkulosepasienter, først og fremst gjennom å styrke samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Regionalt [kompetansesenter i smittevern Helse Nord \(KORSN\)](#) er i følge Forskrift om smittevern i helsetjenesten, pålagt å samordne smittevernarbeidet, stimulere til aktivitet og fremme fagutvikling i det regionale helseforetakets institusjoner.

Kompetansesenteret, som er tillagt Universitetssykehuset Nord Norge HF, driver faglig utdrettet virksomhet i hele landsdelen og bistår smittevernpersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten og bidrar til økt kompetanse innen smittevern.

Det enkelte HF skal utarbeide lokale planer og spesifisere hvilke oppgaver smittevernpersonell skal utføre, og påse at personellet får tilstrekkelig opplæring. HF skal videre etablere system som sikrer nødvendige ressurser til gjennomføring av infeksjonsovervåking.

3.5 Pandemisk influensa

[Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa](#)

vil være førende for håndtering av pandemisk influensa og vil komme til anvendelse også ved andre beredskapskrevende smitteutbrudd. Pandemiplanens kap 4 gir en nærmere orientering om aktører, roller og ansvar under en pandemi.

Folkehelseinstituttet, har egen fagside om influensa. Se også helsemyndighetenes nettsted, www.pandemi.no om pandemisk influensa i Norge

Høsten 2009 planlegges det i samarbeid med Helsedirektoratet en felles pandemiøvelse mellom RHF og helseforetak

Smittevernplanen i Helse Nord omfatter forhold som gjelder daglig virksomhet. Smittevernberedskap ved større epidemier eller andre alvorlige hendelser skal være en del av beredskapssplanen for Helse Nord RHF og det skal være tilsvarende planer for det enkelte helseforetak.

Ved utbrudd av pandemisk influensa vil RHF bistå med følgende:

- Prioritere knappe ressurser (personell, materiell, legemidler, vaksiner)
- Bistå helseforetakene med beslutningsstøtte
- Holde fokus på å opprettholde størst mulig grad av normal rjenesteproduksjon
- Holde helsemyndighetene orientert om situasjonen
- Samarbeide med andre regionale helseforetak, fylkesmenn og kommuner

Helseforetakene sin rolle:

- Det enkelte foretak har ansvar for smittevernberedskap ved ekstraordinære hendelser , herunder pandemisk influensa. Beredskap innen smittevern skal være inkludert i andre beredskapsplaner og gjøres kjent blant de ansatte. Planarbeidet skal skje i aktivt, nært samarbeide med kommuner i sykehusets nedslagsfelt.

3.6 Forsyningssvikt

Norge produserer lite legemidler selv og er avhengig av kontinuerlig import av slike. Bortfall av mange eller enkelte legemidler fra markedet kan ha flere årsaker, som beredskapssituasjon (krig, interne konflikter, krise) i produsentland, internasjonale konflikter, kriser med brudd i forsyningslinjer, beredskapssituasjon i Norge med øket behov eller blokkert import. [Se også informasjonsside Statens legemiddelverk](#) og [Norsk medisinaldepot](#)

Helse og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvar for helsetjenesten og vil kunne gå inn og styre ressursene ved en kritisk mangelsituasjon.

Norsk medisinaldepot forvalter et beredskapsplager av legemidler .

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

De regionale helseforetakene har i 2007 inngått en 3 årlig grossistavtale med Norsk medisinaldepot (NMD) for all forsyning til sykehusene etter anbud. Levering skjer via sykehusapotekene. Legemiddelinnkjøpsamarbeid (LIS) innhenter anbud på legemidler til bruk i sykehus på vegne av helseregionene. Helseforetakenes innkjøpsservice (HINAS) samordner innkjøp av helsemateriell for helseforetakene.

Legemiddelleverandører har plikt til å melde fra til Legemiddelverket om leveringssvikt.

Leverandører av helsemateriell må forplikte seg til å melde fra om leveringsproblemer særlig for kritisk materiell. Dette vil bli lovpålagt når ny legemiddelforsyningsforskrift trer i kraft.

Sykehusapotek Nord består av 2 sykehusapotek knyttet opp mot de to største sykehusene i regionene. Det enkelte sykehusapotek skal bistå helseinstitusjonene med å finne alternative leverandører eller synonyme/alternative preparater ved svikt i legemiddelforsyning.

Helseforetakene har ansvaret for legemiddel- og antidotberedskapen, særlig rettet mot å håndtere en plutselig økning i behov for legemidler. Forsyningsvansker forventes ikke løst på foretaksnivå. Beredskapsplan for håndtering av en sviktsituasjon og for informasjon i en slik situasjon skal være en del av foretakenes beredskapsplan. På basis av lister over kritiske legemidler og forbruksmateriell må det enkelte foretak selv vurdere sitt behov for lagerhold av disse.

Infusionsvæsker:

Leverandører av væsker er i henhold til LIS-avtale pålagt å ha lager av ferdig produkt eller innhold for minimum 5 mnd normalforbruk. Hvert foretak skal ha et lager av væsker tilsvarende minimum 6 ukers normalforbruk. .

Legemidler:

Sykehusapotekene har lager på 2-4 ukers normalt forbruk av legemidler, og holder utvidet lager av kritiske legemidler. Liste over disse godkjennes av Helse Nord RHF.

Helsemateriell:

Det enkelte foretak er selv ansvarlig for å etablere en tilstrekkelig forsyningsikkerhet av helsemateriell som omfatter alt medisinsk flergangs- og engangsutstyr. Basert på ROS-analyser av egen virksomhet, må kritisk materiell identifiseres. Følgende minimums-momenter vurderes for hvert vareslag::

- Om produktet er kritisk i forhold til sykehusets evne til å yte sine lovpålagte tjenester?
- Om det vil forbrukes store mengder av produktet i en akutt beredskapssituasjon?

Hvis ja på disse spørsmål må det etableres en beredskap som sikrer tilførsel av det aktuelle produktet.

Antidoter:

Sykehusapoteket Nord utarbeider oversikt over hvilke antidoter som skal finnes på foretakene og yter råd og bistand i spørsmål vedrørende samme.

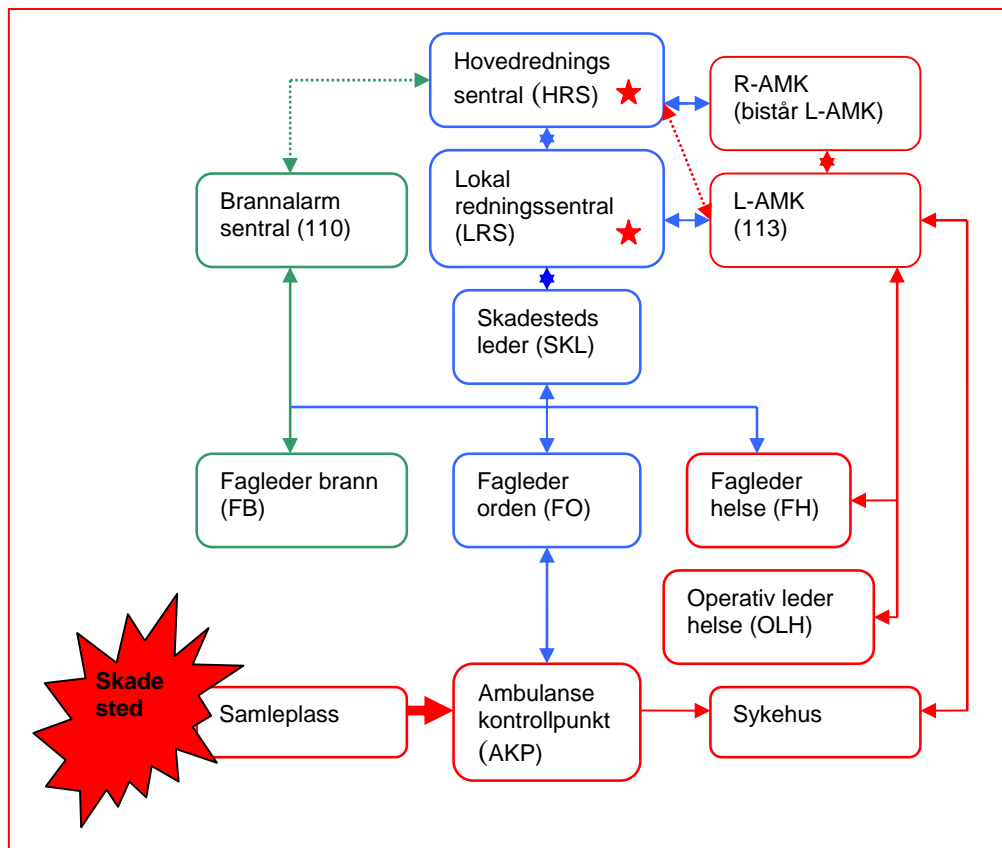
Giftinformasjonen har utarbeidet anbefalt liste over hvilke antidoter som bør finnes ved sykehusene og har også oppdatert oversikt over hvilke antidoter som er lagret hvor. Giftinformasjonen vil således kunne hjelpe det enkelte HF ved en knapphetssituasjon. For at dette skal være en fungerende beredskapsordning, må foretakene jevnlig melde inn til Giftinformasjonen hvilke antidoter de har på lager. Se [informasjonsside Giftinformasjonen](#)

Vedlegg 1	Definisjoner og viktige begreper brukt i plan
------------------	--

ABC midler	Samlebetegnelse på atom, biologiske- eller kjemiske midler. Kalles også ABC agens. ABC utvides av og til til ARBC der R står for radiologi
AMK-område	Geografisk område som AMK-sentral har ansvaret for.
AMK-sentral	Akuttmedisinsk Kommunikasjonssentral. Forkortes ofte til bare AMK. Helsevesenets akuttmedisinske fagsentral plassert i sykehus med akuttmottak, for mottak og håndtering av medisinsk nødmelding, øyeblikkelig hjelp innleggelse og ambulanseoppdrag.
Beredskap	Med beredskap forstås tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser og andre uønskede hendelser. (NOU 2000:24 Et sårbart samfunn)
Beredskapsledelse	Med beredskap forstås tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser og andre uønskede hendelser
Beredskapsplan	En beredskapsplan er en beskrivelse av ansvar, myndighet, ledelses- og kommunikasjonslinjer, samt en samling av forberedte tiltak som kan settes i verk en ekstraordinær situasjon.
Beredskapsutvalg	Utvalg som på helseforetaksnivå skal arbeide med utvikling, vedlikehold og samordning av helseforetakenes beredskapsplaner på vegne av foretakslidelsen
Eksterne kriser	Situasjoner som oppstår i samfunnet med behov for spesialisthelsetjenesten sin bistand
Epidemi	Klart flere tilfeller enn normalt av en sykdom i et gitt tidsrom
Forsyningskrise	Regionen greier ikke å opprettholde et tilstrekkelig nivå på sin behandlingsskapasitet som følge av knapphet på helsemateriell, medisiner, strøm-/vanntilførsel e.l.
Helsemessig- og Sosial beredskap	Beredskap i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten i kommuner, fylkeskommuner og staten, herunder bl.a. beredskap i ambulansetjenesten, kommunikasjonsberedskap, smittevernberedskap, næringsmiddel- og drikkevannsberedskap, evakueringsberedskap, beredskap ved atomulykker, beredskap for forsyningstjenester, situasjoner med personellmangel og for ekstraordinære sosiale situasjoner.
HF	Helseforetak er en organisatorisk enhet bestående av ett eller flere sykehus, sykehusapotek, psykiatriske enheter og rusbehandlingstilbud
HRS	Hovedredningssentral. Sentral som har det overordnede koordinerende ansvar for redningsaksjon. Vi har i Nord-Norge 1 hovedredningssentral som er plassert i Bodø (HRS Nord-Norge). Hovedredningssentralene har ansvar for all redning på sjø, i luft og på land, men koordinering av redningsaksjoner på land delegeres normalt til lokal redningssentral.

Intern kriser	Ulykker og hendelser som rammer sykehusets pasienter, personale, bygningsmasse og teknisk infrastruktur, avdelinger og enheter og som i alvorlig eller stor grad hindrer sykehusets normale drift.
Katastrofe	En katastrofe er en forverring av en krisesituasjon og vil medføre at det må foretas andre prioriteringer enn hva som normalt ansees som forsvarlig. Katastrofebegrepet skal nyttes restriktivt og kun betegne situasjoner der man på tross av tiltak ikke makter å yte helsehjelp innen normale standarder
Kontaminering	Forurensning , her av gass eller kjemikalier
Krise	Situasjon eller hendelse som krever flere ressurser enn det som normalt er tilgjengelig i daglig drift, men som man har planer og ressurser for å takle.
L-AMK	Lokal AMK-sentral. Den AMK-sentral som får inn melding om en hendelse innenfor sitt AMK-område
LRS	Lokal Redningsentral. Det ledelses og koordineringsapparat som iverksettes i redningstilfeller. Har koordinerende ansvar for redningsaksjon i det enkelte politidistrikt, og ledes av politimesteren.
LV-sentral	Legevaktsentral
Operativ ledelse	Operativ ledelse skjer på skadestedet og/eller er knyttet til praktiske oppgaver direkte relatert til hendelsen.
Pandemi	Pandemi er en verdensomspennende epidemi
R-AMK	Regional AMK-sentral med koordineringsansvar i regionen
RHF	Regionalt Helseforetak
Risiko	Risiko er et uttrykk for den fare uønskede hendelser representerer for mennesker, miljø eller materielle verdier. Risikoen uttrykkes ved sannsynligheten for og konsekvensene av de uønskede hendelsene.
ROS-analyse	Risiko- og sårbarhetsanalyse. En systematisk metode for å finne ut hvilke risiko- og faremomenter som finnes og hvor sårbare virksomheten er ved ekstraordinær belastning og svikt i egne funksjoner. Metoden skal danne grunnlag for oversikt over forebyggende og skadebegrensende tiltak og hjelpe i prioriteringen av beredskapstiltak.

Vedlegg 2 Operativ ledelse på skadested / Funksjoner og roller på skadestedet.



Dette er en skjematisk fremstilling av operativ ledelse på skadested slik den vanligvis er organisert. Nedenfor følger en beskrivelse av de ulike operative funksjoner som inngår i organisering.

Skadestedsleder (SKL) utpekes av politimesteren for samordning på skadestedet. Skadestedsleder skal koordinere innsatsen til faglederne og legge forholdene best mulig til rette for at disse skal kunne utføre sine oppgaver, nemlig å redde mennesker fra død eller skade. Skadestedsleder skal videre bistå faglederne med å skaffe nødvendige ressurser gjennom lokal redningssentral og opprette kommandoplass og lede derfra innsatsen gjennom faglederne.

Fagleder helse (lege) er medisinsk ansvarlig på skadested og kommer normalt fra kommunehelsetjenesten. Ved epidemiske utbrudd vil tilsvarende funksjon kunne opprettes med en infeksjonsmedisiner som fagleder helse på mottakssted.

Operativ leder helse (OLH) er en rolle som normalt dekkes av ambulanspersonell. Er medisinsk faglig underlagt fagleder, (og, hvis denne ikke er opprettet, AMK-legen). Operativ leder helse skal forestå organisering, ledelse og koordinering av det operative sanitetsapparat, herunder organisere evakueringskjeden fra skadested i samarbeid med skadestedsleder og AMK-sentral.

Fagleder og operativ leder helse må forholde seg til skadestedsleder (SKL) vedrørende koordinering av oppgaver inne på skadeområdet og ved behov for ressurser utenfor helsevesenet (lys, redningshelikopter osv) og AMK, vedrørende anmodning om ressurser fra helsevesenet og fordeling av pasienter til neste ledd i behandlingsskjeden.

AMK-legen er ansvarlig for AMK-sentralens medisinske virksomhet og veileder ved behov ambulanspersonell og AMK-personell, samt har ansvar for fordeling av pasienter ved større aksjoner. AMK-legen er en sentral støttespiller for operativ leder helse.

Fagleder brann har både det faglige og det operative ansvar for brannvesenets Innsats og har ansvar for sikring og klarering av skadested.

Fagleder orden (politi) skal ivareta alle funksjoner vedrørende orden, sperring av området, regulering og registrering, samt tiltak vedrørende omkomne.

Ambulanse kontroll punkt (AKP) registrerer hvor de enkelte pasienter skal transporteres. Både helse og Politi utfører registrering av pasientene, men Politiet har hovedansvar for evt å opprette AKP. Som del av den medisinske vurdering og trinnvise behandling er det et medisinsk ansvar å bestemme til hvilke sted hver pasient skal transporteres. Merking av pasienter skjer ved bruk av skadelapper. De samme skadelappene skal benyttes ved alle HF i Helse Nord og skal ha oversettelser til engelsk. Nasjonale standarder skal følges. Det bør vurderes å styrke AKP med ambulanspersonell, særlig ved større hendelser.

Lokal redningsentral (LRS) kan etableres for å koordinere de operative funksjonene. LRS ledes av politimesteren og består av en redningsledelse som sammensettes av representanter fra en rekke etater, herunder helsetjenesten.

LRS-legen er redningsledelsens medisinske rådgiver, og vil være et kontaktpunkt mellom AMK/HF og LRS.

Hovedredningsentralen (HRS) i Bodø, kan koordinere redningsaksjoner som går ut over et enkelt politidistrikts ansvarsområde. Videre tilfører den spesielle ressurser som helikoptre mv, samt leder normalt redningsaksjoner til sjøs. Fylkeslegen i Nordland tiltrer vedkommende HRS ved behov, og vil være hovedkontaktperson for K-ledelsen i HF/RHF samt vil opprette kontakt med regional AMK

Koordinering av helsevesenets behov overfor ressurser fra det øvrige samfunn (lys, mat, transport osv), er oppgaver for skadestedsleder (SKL) og lokal redningsentral (LRS). Dvs. når helsevesenet har behov ut over helsevesenets egne ressurser, meldes dette fra fagleder og/ eller operativ leder helse via SKL til LRS. Tilsvarende kan AMK rapportere behov til LRS, som iverksetter nødvendige tiltak. LRS skal bidra til å analysere situasjonen slik at aktuelle ressurser er tilgjengelige når behovet oppstår (gjørne før de i skadeområdet har oppfattet behovet).

Lokal AMK (L-AMK) har hovedansvar for tilførsel av ressurser og fordeling av pasienter innenfor eget helseforetak i samarbeid med de medisinske ansvarlige på ulike avdelinger i sykehusene. Ansvarlig lege (fagl. helse) forholder seg til AMK som i alle andre akutt situasjoner. Under omfattende aksjoner vil R-AMK bistå med samordning over et større område, f.eks. hele helseregionen, samt ha kontakt med andre helseregioner for koordinering av ressurser og fordeling av pasienter.

Regional AMK (R-AMK)

R-AMK har ansvar for å bistå lokal AMK i den grad kapasiteten til lokal AMK er overskredet. R-AMK skal ha totaloversikten over fordelingen av pasienter mellom sykehusene, og skal være støttefunksjon for den AMK (L-AMK) som har ansvaret for aksjonen. R-AMK skal videre være hovedkontakt ovenfor Hovedredningsentralen .



Helse í Nord der ví bor

HELSE  NORD