

# Regional helseberedskapsplan

Helse Midt-Norge

## Del 3 Prosedyre (BER)

Forfatter	Nettverk sikkerhet og beredskap Erlend Vandvik
Revisjonsnr.	3.0
Sist revidert	2026-04-15
Revisjonsfrist	2027-04-15
Godkjenner	Regionalt direktørmøte
Gradering/ beskyttelse:	Unntatt off. jf. offl. §24(3)

1	Generelt .....	3
1.1	Formål.....	3
1.2	Omfang og gyldighet .....	3
2	Risiko- og trusselbildet.....	4
2.1	Regional risikovurdering helseberedskap for Helse Midt-Norge .....	4
2.2	Regional beredskapsanalyse for Helse Midt-Norge .....	5
2.3	Utleddet krav til beredskapsplaner basert på risiko- og beredskapsanalysen.....	6
3	Krav og føringer til beredskap og sikkerhet .....	7
3.1	Vurdere .....	7
3.2	Forebygge .....	8
3.3	Planlegge .....	9
3.4	Håndtere hendelse .....	10
3.4.1	Krav til beredskapsledelse.....	10
3.4.2	Krav for å oppdage hendelser .....	10
3.4.3	Krav for å varsle hendelser.....	10
3.4.4	Krav for å mobilisere ved hendelser .....	10
3.4.5	Krav for å mobilisere ved hendelser .....	11
3.4.6	Krav for å normalisere etter hendelser.....	11
3.5	Forbedre, evaluere og lære .....	11
3.5.1	Krav til å forbedre, evaluere og lære .....	11
3.6	Kunnskap, øving og kompetansebygging .....	12
3.6.1	Krav til øving.....	12
3.6.2	Krav til annen kompetanseheving.....	12
3.7	Beredskapskultur .....	12
3.7.1	Krav til kulturbygging .....	12
	Revisjonskommentar .....	12
	VEDLEGG:.....	13
	Vedlegg A: Mal for innhold i lokal beredskapsplan .....	13
	Vedlegg B: Regionale helseberedskapsprosedyrer – Delplaner .....	15

## 1 Generelt

### 1.1 Formål

Formålet med prosedyren er å beskrive krav og forventninger til hvordan helseforetakene i Helse Midt-Norge skal arbeide systematisk med beredskap og samfunnssikkerhet, basert på krav i helselovgivningen og føringer fra planens Del 1 og Del 2.

### 1.2 Omfang og gyldighet

Prosedyren utgjør del 3 av Regional helseberedskapsplan. Dokumentet gir en overordnet beskrivelse av risiko- og trusselbildet, basert på tilgjengelige nasjonale og regionale kartlegginger, og utleder krav til beredskap basert dette.

Dokumentet fastsetter roller og ansvar, krav til risikovurdering, forebygging, planlegging, håndtering av hendelser, normalisering, evaluering og læring. Det legger tydelige rammer for samarbeid og samordning internt i foretaksgruppen og med eksterne aktører som kommuner, nødetater og nasjonale myndigheter.

Prosedyren gjelder for alle virksomheter og nivåer i foretaksgruppen. Arbeid med beredskap og sikkerhet skal integreres i ordinære aktiviteter og operasjonaliseres gjennom lokalt planverk og kvalitetssystem.

Prosedyren eies av administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF og vedtas i det regionale direktørmøtet. Prosedyren gjelder frem til en ny versjon er godkjent.

## 2 Risiko- og trusselbildet

Nasjonal sikkerhetsstrategi<sup>1</sup> beskriver en situasjon der Norge står overfor den mest alvorlige sikkerhetspolitiske situasjonen siden andre verdenskrig. Den nasjonale sikkerhetsstrategien beskriver et trusselbilde preget av raskere endringer, økt usikkerhet og et internasjonalt system under betydelig press. Russland fremstår som den mest akutte trusselen mot norsk og europeisk sikkerhet. Landets krigføring, bruk av militærmakt som politisk verktøy og vilje til å ta større risiko gjør landet til en farligere nabo enn tidligere. Samtidig skaper Kinas fremvekst en mer langsiktig og strategisk utfordring som bruker økonomiske, teknologiske og politiske virkemidler for å fremme egne interesser, ofte på måter som utfordrer etablerte internasjonale normer og rettsprinsipper.

Strategien peker også på at flere av de globale samarbeidsstrukturene som har bidratt til stabilitet etter den kalde krigen, er blitt svekket. Rivaliseringen mellom stormakter øker, noe som legger press på allianser og forpliktende internasjonalt samarbeid. Dette innebærer blant annet at Europa må ta et større ansvar for sin egen sikkerhet, og at Norge må bidra til dette gjennom et sterkere og mer relevant forsvar.

Statlige og ikke-statlige aktører bruker i økende grad sammensatte virkemidler som cyberangrep, desinformasjon, økonomisk press og påvirkningsoperasjoner for å destabilisere samfunn og undergrave tillit. Disse aktivitetene foregår ofte under terskelen for væpnet konflikt, noe som gjør dem både vanskeligere å oppdage og mer krevende å håndtere. Utviklingen innen teknologi og global økonomi bidrar ytterligere til et mer komplekst trusselbilde. Kritisk infrastruktur, digitale systemer og forsyningskjeder er blitt mer sårbare, og aktører utnytter disse sårbarhetene aktivt.

Det skjerpede sikkerhetspolitiske bildet som Norge nå står overfor, påvirker også spesialisthelsetjenesten. Som en av samfunnets mest kritiske funksjoner befinner helsesektoren seg i en situasjon der både dens digitale, fysiske og organisatoriske robusthet settes på prøve. Samtidig gjør den økende geopolitiske uroen det nødvendig å vurdere hvordan sykehusene skal kunne opprettholde drift under forhold som tidligere ble ansett som usannsynlige. Risikoen for bortfall av kritisk infrastruktur – som strøm, vann, digital kommunikasjon og medisinske leveranser – er blitt mer reell. Dette setter nye krav til både redundans og reserveløsninger.

I tillegg står helsetjenesten overfor en voksende sårbarhet knyttet til global avhengighet. Legemidler, medisinsk utstyr og teknologiske komponenter produseres i stor grad utenfor Norges grenser. I en verden preget av geopolitisk rivalisering og ustabile forsyningskjeder kan dette få direkte konsekvenser for behandlingsskapitet og daglig drift. Dette gjør det nødvendig å tenke nytt om nasjonale lager, alternative leverandørkjeder og langsiktig planlegging av ressursbruk.

Helsetjenesten må bli mer robust, mer fleksibel og bedre integrert i Norges samlede forsvarsevne. I krig vil behovet for helsetjenester i betydelig grad kunne overstige det daglige nivået. Samtidig er det verken faglig eller økonomisk bærekraftig å dimensjonere tjenestene for permanent overkapasitet. Det er derfor avgjørende å ha planer som gjør det mulig å omstille organisasjonen, omfordele ressurser og skalere kapasitet raskt og planmessig ved krig og krise. De største utfordringene er knyttet til langvarige og komplekse omstillingshendelser, der belastningen vedvarer over tid og samtidig kan begrense tilgang på personell, forsyninger og kritisk infrastruktur. Dette evnen gjelder særlig pandemi og krig, men langvarig bortfall av kritisk infrastruktur og forsyningssvikt vil også sette helsetjenesten under sterkt press.

### 2.1 Regional risikovurdering helseberedskap for Helse Midt-Norge

*Regional risikovurdering helseberedskap*<sup>2</sup> for Helse Midt-Norge beskriver de viktigste truslene mot helseberedskapen og har som formål å styrke regionens evne til å forebygge, håndtere og redusere

---

<sup>1</sup> [Nasjonal sikkerhetsstrategi](#)

<sup>2</sup> [Rapport Regional risikovurdering HMN ver 1 2023 06 07.docx](#)

konsekvensene av uønskede hendelser. Vurderingen omfatter både hendelser som kan svekke virksomhetenes evne til å yte helsetjenester og hendelser som skaper ekstraordinær belastning. To hendelser skiller seg ut som høy risiko: bortfall av all kraftforsyning og langvarig bortfall av elektronisk kommunikasjon i sykehusene, mens de øvrige hendelsene vurderes som moderate eller lave. Regionen står generelt sterkere i håndtering av belastningshendelser enn svikthendelser, hvor det finnes større behov for risikoreduserende tiltak, særlig knyttet til kritiske innsatsfaktorer som strøm og e-kom. Risikobildet er basert på fredstid, men konsekvenser og sannsynlighet øker betydelig i en situasjon med krig eller væpnet konflikt, der sårbarheter kan utnyttes og kapasiteten i helsetjenesten blir ytterligere presset.

## 2.2 Regional beredskapsanalyse for Helse Midt-Norge

*Regionale beredskapsanalyse*<sup>3</sup> viser at Helse Midt-Norge står overfor et komplekst risikobilde der både belastnings- og svikthendelser kan utfordre evnen til å yte helsehjelp. Regionen er godt forberedt på hendelser som gir ekstraordinær belastning, som masseskader, men analysen peker samtidig på betydelige sårbarheter knyttet til pandemier, høyrisikosmitte, CBRNE-hendelser og massetilstrømming av pasienter, spesielt der tidlig ressursmobilisering er krevende. Det mest kritiske risikoområdet er svikt i kritisk infrastruktur, særlig langvarig bortfall av datasenter, vann, strøm eller elektronisk kommunikasjon, der konsekvensene øker raskt med hendelsens varighet og kan få regionale følger. Hendelser vurderes som lite sannsynlige i fredstid, men sannsynligheten øker betydelig ved sikkerhetspolitisk uro eller krig, som også kan føre til samtidige belastnings- og svikthendelser og sterk ressursknapphet. I slike situasjoner vil spesialisthelsetjenestens kapasitet utfordres på tvers av funksjoner, og regionen vil være avhengig av tett koordinering med både nasjonale myndigheter og totalforsvaret.

---

<sup>3</sup> [Beredskapsanalyse HMN ver 1.0. 2024 04 09docx](#)

### 2.3 Utleidet krav til beredskapsplaner basert på risiko- og beredskapsanalysen

I rammeverket pkt. 3-1 er sammenhengen mellom risikovurdering, beredskapsanalyse og beredskapsplaner beskrevet.



Figur 2 Fra risikovurdering via beredskapsanalyse til beredskapsplan.

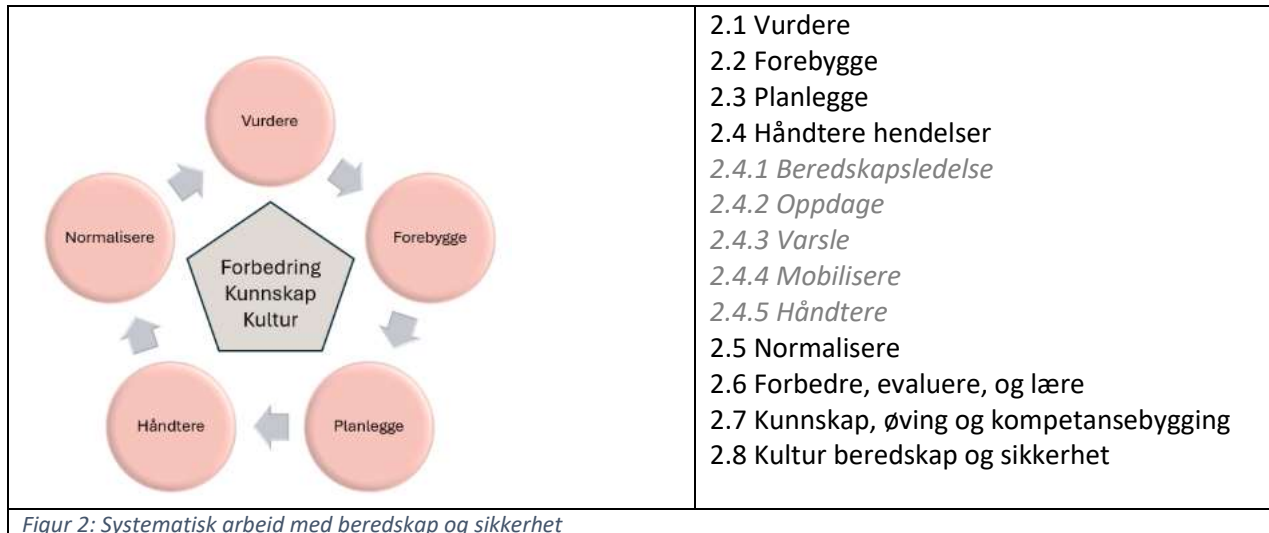
Tabellen under viser sammenhengen mellom risikoområder, DFUer og planverk.

Tabell 2 Fra risikovurdering via beredskapsanalyse til beredskapsplan.

Risikoområder	Beredskapsanalyse DFU	HMN Delplaner og forslag til nye planer
Svikt i elektronisk kommunikasjon	Langvarig bortfall av elektronisk kommunikasjon inhosпитalt	IKT-beredskap <a href="#">EQS 1210</a>
	Bortfall av elektronisk kommunikasjon prehosпитalt	
Svikt i kraftforsyning	Bortfall av all kraftforsyning	EKOM og teknologi
Svikt i vannforsyning	Bortfall av vannforsyning	
Pandemi	Pandemi	Pandemiberedskap <a href="#">EQS 1212</a>
Høyrisikosmitte	Viral hemoragisk feber	CBRNE-beredskap <a href="#">EQS 1213</a>
Kjemisk hendelse	Industriulykke	
Atomhendelse	Lokalt radioaktivt utslipp	
Forsyningssvikt	Kritisk mangel på medisinsk forbruksmateriell	Forsyningsberedskap <a href="#">EQS 1217</a>
	Kritisk mangel på legemidler	Legemiddelberedskap <a href="#">EQS 1211</a>
Masseskadehendelse	Storulykke	Massetilstrømming av pasienter <a href="#">EQS 1277</a>
	Pågående livstruende vold (PLIVO)	
Evakuering av sykehus	Evakuering av hele sykehus	Ingen delplan
Generelt		Kriseledelse
Krig		Interregional samordning og koordinering av spesialisthelsetjenesten i krig
		Krig <a href="#">EQS 1215</a>
		Behandlingskapasitet og pasientlogistikk
		Beredskapsmessig personellplanlegging <a href="#">EQS 1218</a>
		Blod (felles interregional plan) - <a href="#">EQS 1391</a>
		Kommunikasjonsberedskap <a href="#">EQS 1214</a>
		Prehosпитale tjenester <a href="#">EQS 1216</a>

### 3 Krav og føringer til beredskap og sikkerhet

Helse Midt-Norges krav til helseberedskap er utledet fra krav i helselovgivningen. Kravene er identifisert som nødvendige for å sikre robusthet, redundans, fleksibilitet og omstillingsevne slik at virksomhetene kan håndtere ulike typer hendelser. Kravene er strukturert etter delprosessene som inngår i systematisk arbeid med helseberedskap. Hvilke foretak kravet gjelder, er angitt i parentes (HNT, STO, HMR, SYA, HEM, RHF). Formelt stilles det ikke krav til Helseplattformen AS (HPAS), men det gis anbefalinger/forventninger.



Figur 2: Systematisk arbeid med beredskap og sikkerhet

#### 3.1 Vurdere

Helse Midt-Norge skal gjennom risikovurderinger skaffe seg oversikt over hendelser som kan medføre ekstraordinært behov for helsetjenester og/eller svekket evne til å yte helsetjenester. Risikovurderingene skal omfatte både egen virksomhet, virksomhetens ansvarsområde og lokale forhold som kan påvirke sårbarhet. Risikovurderingen gjennomføres i samsvar med ISO 31000 Risikostyring<sup>4</sup>. [Risikovurderingen](#) er grunnlag for å iverksette tiltak for å redusere risiko.

[Beredskapsanalysen](#)<sup>5</sup> er basert på [NS 5840:2024 Samfunnssikkerhet Beredskapsvurdering](#), og identifiserer dimensjonerende fare- og ulykkeshendelser (DFU) som HMN skal være forberedt på å håndtere. Kontinuitetsanalyse (BIA) gjennomføres etter [NS-EN ISO 22301:2019 | Sikkerhet og resiliens - Systemer for kontinuitetsledelse](#).

<sup>4</sup> «Risikostyring i Helse Midt-Norge - Rammeverk (RIS)», ID 1368 - EQS og «Risikostyring i Helse Midt-Norge - Prosedyre (RIS)», ID 1435 - EQS

<sup>5</sup> [NOU 2023: 17 - Nå er det alvor](#), side 210, avsnitt 13.9.5

Tabell 2 Krav til analysearbeid.

Krav til analysearbeid	Virksomhet
1. Helseforetaket skal legge systematisk risikostyring til grunn for beredskapsarbeidet. Risikovurderinger bør skje som en kontinuerlig prosess. Avdekka risiko og sårbarhet skal reduseres gjennom forebyggende og skadeavgrensende tiltak. Risikovurdering og beredskapsanalyser må revurderes basert på: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kunnskap om hendelser som kan skje og som kan føre til ekstraordinære belastninger</li> <li>Gjeldende lovverk og krav</li> <li>Øvelser og reelle hendelser.</li> </ol>	(Alle)
2. Helseforetaket skal gjennomgå sitt lokale risikobilde minst en gang i året. Helseforetakene skal sette av nødvendige ressurser til dette arbeidet.	(Alle)
3. Helseforetaket skal gjennomgå regional risikovurdering og beredskapsanalyse og analyser til regionale delplaner minst hvert fjerde år. Helseforetaket må sette av nødvendige ressurser til dette arbeidet.	RHF

### 3.2 Forebygge

Helseforetakene skal, basert på gjennomførte analyser regionalt og lokalt, iverksette relevante forebyggende og skadebegrensende tiltak for å redusere risikoen for uønskede hendelser.

Tabell 3 Krav til å forebygge.

Krav til å forebygge	Virksomhet
1. Helseforetaket skal inngå samarbeidsavtale med vertskommunene og vann- og avløpsleverandør (IKS) til sykehuset for å sikre leveringssikkerhet, vannkvaliteten til, og avløpsanlegg fra sykehusene.	(HNT/STO/HMR)
2. Helseforetaket skal inngå samarbeidsavtale med leverandør av elektrisitetsforsyning og drivstoff til sykehuset for å sikre leveringssikkerhet til sykehusene.	(HNT/STO/HMR)
3. Helseforetaket skal gjennomføre forebyggende og skadebegrensende tiltak basert på risikovurdering.	(Alle)
4. Helseforetaket skal ha oversikt over personell som kan beordres ved krise og krig.	(Alle)

Tabell 4 Krav til ressurser til beredskap.

Krav til ressurser til beredskap	Virksomhet
1. Helseforetaket ha et beredsskapsutvalg/fora som oppdaterer lokale beredskapsplaner og som koordinerer lokale beredskapsøvelser og nødvendig kompetansebygging.	(Alle)
2. Helseforetaket skal utpeke en eller flere beredskapsrådgivere/beredskapssjef som har ansvar for planarbeidet og sørger for å koordinere det. Beredskapskoordinatorene/beredskapssjef deltar i lokalt beredsskapsutvalg/fora. Beredskapssjef deltar i regionalt nettverk for sikkerhet og beredskap (NSB)	(Alle)
3. Helseforetaket skal definere ansvar for avsette ressurser til oppsett, vedlikehold og håndtering av krisestøtteverktøy.	(Alle)
4. Helseforetaket skal etablere en ordning med tilstrekkelig medarbeidere til å kunne håndtere varsling, loggføring og rapportering i en hendelse.	(Alle)

### 3.3 Planlegge

Helseforetakene skal planlegge håndtering av uønskede hendelser basert på [Retningslinjer for krisehåndtering – NS-EN ISO 22361](#)

Tabell 5 Krav til samhandling/samordning.

Krav til samhandling/samordning	Virksomhet
1. Helseforetakets beredskapsplaner skal inkludere rutiner for fleksibilitet for å kunne håndtere ulike scenarier knyttet til blant annet behov for omdisponering og fleksibel bruk av ressurser, herunder personell, kompetanse, senger og arealer, hjemmeoppfølging og samarbeid på tvers mellom helseforetak og helseregioner.	(Alle)
2. Helseforetaket skal samordne egne beredskapsplaner med tilsvarende beredskapsplaner for sentrale samarbeidspartnere, for å kunne håndtere både interne og eksterne hendelser. Aktuelle eksterne aktører er for eksempel andre nødetater, kommuner, Statsforvalter, Forsvaret med flere. Samordning gjelder også spesialiserte planer. SYA og HEMIT må tilsvarende samordne seg med deres samarbeidspartnere.	(Alle)
3. Helseforetaket skal foreslå å gjennomføre løsninger som legger til rette for effektiv og trygg legemiddelforsyning og -bruk i alle HF-ene i regionen. Det er etablert samarbeidsavtaler mellom HF-ene og SYA om varelevering, produksjonstjenester og farmasøytiske tjenester.	(SYA)
4. Helseforetaket skal følge opp samarbeidsavtaler med kommunene (delavtale 11 om akuttmedisin og beredskap). Samarbeidet omfatter organisering av beredskap for hjemmeboende pasienter med livsoppretholdende behandlingshjelpemidler, hvor kommunen har ansvar for beredskapen ved for eksempel langvarig strømbrudd. Helseforetakene må likevel være i stand til å hente ut lister over aktuelle pasienter og tilhørende utstyr ved forespørsel fra kommunene i en beredskapssituasjon.	(HNT/STO/HMR)
5. Helseforetaket skal sikre avtaler med frivillige organisasjoner om samvirke ved beredskap. Felles regional overordna avtale skal bli lagt til grunn.	(HNT/STO/HMR)
6. Helseforetaket skal sikre at samarbeid med aktuelle private ideelle avtaleaktører i eget opptaksområde blir avklart i dialog, og beskrevet i beredskapsplanverk.	(HNT/STO/HMR)
7. Helseforetaket skal representere spesialisthelsetjenesten i fylkesberedskapsrådene sitt arbeid.	(HNT/STO/HMR/RHF)
8. Helseforetaket skal delta i aktuelle øvingsutvalg med eksterne samvirkeaktører.	(Alle)
9. Helseforetaket skal samordne regional beredskapsplan og egen lokal plan med tilsvarende beredskapsplaner i andre regionale helseforetak, nasjonale aktører og andre sentrale samvirkeaktører.	(RHF)
10. Helseforetaket skal sikre at overordna avtaler med både private ideelle og kommersielle institusjoner og avtalespesialister omfatter føringer for samordning med øvrig i spesialisthelsetjenesten ved beredskap.	(RHF)

### 3.4 Håndtere hendelse

Håndtering av en beredskapshendelse består av flere faser:

Tabell 6 Krav til beredskapsledelse.

3.4.1 Krav til beredskapsledelse	Virksomhet
1. Helseforetaket skal etablere en fast beredskapsledelse med definerte stedfortredere for hver rolle i beredskapsledelsen. Både beredskapsledelsen og varapersonene må kunne mestre rollen og funksjonen de skal tiltre.	(Alle)
2. Administrerende direktør i helseforetaket har ansvaret under beredskapssituasjoner i foretaket. Dersom AD ikke er en del av beredskapsledelsen, skal beredskapsledelsen ha fullmakter fra og kunne opptre på vegner av AD.	(Alle)
3. Helseforetaket skal beskrive sammensetning og rollefordeling i beredskapsledelsen i lokale beredskapsplaner. Beredskapsledelsen bør være den samme for alle typer hendelser, men kan bli utvida ved spesielle typer hendelser. Det bør også være rom for å kalle inn rådgivere eller etablere rådgivingsgrupper som er tilpasset den enkelte situasjonen.	(Alle)
4. Helseforetaket skal ha et system for krisehåndtering slik at virksomheten til enhver tid har en fungerende beredskapsledelse med aktuelle støttefunksjoner. Det er spesielt viktig å planlegge for kontinuitet ved langvarige og/eller svært omfattende hendelser.	(Alle)
5. Helseforetaket skal sikre at beredskapsledelsen har tilgang til sikre og effektive kommunikasjonssystem inkludert gradert plattform.	(Alle)

Tabell 7 Krav for å oppdage hendelser.

3.4.2 Krav for å oppdage hendelser	Virksomhet
1. Helseforetaket skal ved alle enheter med døgnskuttfunksjon ha delegert ansvar til den utpekte vaktfunksjonen til å sette i verk tiltak i beredskapsplanen fram til beredskapsledelsen er etablert. Delegering skal gå fram av beredskapsplanen.	(HNT/STO/HMR/HEM)

Tabell 8 Krav for å varsle hendelser.

3.4.3 Krav for å varsle hendelser	Virksomhet
1. Helseforetaket skal sikre at det er etablert system for å varsle og informere egne ansatte ved en beredskapshendelse/krise.	(Alle)
2. Når mulig skal gjeldende krisestøttesystem brukes til varsling. Varsling skal beskrive hva som har skjedd, hvilke tiltak som er iverksatt, og hvem som er informert. Mottakere av varsel skal beskrives i lokale beredskapsplaner.	(Alle)

Tabell 9 Krav for å mobilisere ved hendelser.

3.4.4 Krav for å mobilisere ved hendelser	Virksomhet
1. Helseforetaket skal etablere funksjonelle og sikre systemer for varsling av akuttmedisinske ressurser og innkalling av personell. Med funksjonell menes at personell skal kunne tilkalles raskt nok. Med sikre menes at det skal være redundant og virke når foretakets IKT-system/nettverk er nede. Det skal være rutiner for å håndtere svikt i mobiltelefoninettene.	(Alle)

Tabell 10 Krav for å oppdage hendelser.

3.4.5 Krav for å mobilisere ved hendelser	Virksomhet
1. Helseforetaket skal utøve potensialbasert beredskapsledelse. For å sikre dette skal proaktiv metode bli benyttet.	(Alle)
2. Når beredskapsledelse blir aktivert er det beredskapsledelsen som leder håndteringen av hendelsen/krisen i den aktuelle virksomheten. Alle ressursene i hvert foretak er underlagt egen beredskapsledelse, inkludert AMK i HF-ene og R-AMK.	(Alle)
3. Helseforetaket skal legge de nasjonale beredskapsprinsippene til grunn for sin egen beredskapshåndtering.	(Alle)
4. Helseforetaket skal i sin plan for informasjonstiltak og kommunikasjon med myndigheter og samarbeidspartnere basere dette på første informasjonsprinsippet.	(Alle)
5. Helseforetaket skal ved kriser vurdere endringer i tjenestetilbud og ressursfordeling.	(Alle)

Tabell 11 Krav for å normalisere etter hendelser.

3.4.6 Krav for å normalisere etter hendelser	Virksomhet
1. Helseforetaket skal ha planer og tiltak for rask gjenoppretting av normal drift etter kriser.	(Alle)

Se krav til beredskapsledelse og krav til evaluering pkt. 2.6

### 3.5 Forbedre, evaluere og lære

Alle hendelser med GRØNN, GUL eller RØD beredskap i et helseforetak skal føre til at det opprettes hendelse og loggføres i gjeldende krisestøtteverktøy. Slike beredskapshendelser og eventuelt andre hendelser som varsles til Helse Midt-Norge RHF, Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet skal gjennomgå i regionalt nettverk for sikkerhet og beredskap (NSB) med sikte på læring og oppfølging. Om nødvendig kan det utarbeides en skriftlig evalueringsrapport som forelegges ledelsen i HF/RHF.

Tabell 12 Krav for å forbedre, evaluere og lære.

3.5.1 Krav til å forbedre, evaluere og lære	Virksomhet
1. Helseforetakene skal utarbeide felles regional mal og rutiner for evaluering og oppfølging av læringspunkt etter hendelser og øvelser regionalt / flere involverte foretak.	(RHF)
2. Helseforetaket skal evaluere alle beredskapshendelser og øvelser, og tiltak skal settes i verk for å skape læring og forbedring hos både individ, organisasjon og system. Det er ledelsen sitt ansvar å sikre at evalueringen blir gjennomført med tilstrekkelig involvering, at tiltak og læringspunkter blir fulgt opp og gjennomført, samt at effekt av tiltakene blir verifisert.	(Alle)
3. Helseforetaket skal sikre et system for erfaringsoverføring og læring på tvers etter beredskapshendelser/øvelser.	(RHF)

### 3.6 Kunnskap, øving og kompetansebygging

Tabell 13 Krav til øving.

3.6.1 Krav til øving	Virksomhet
1. Helseforetaket skal samordne og øve sine beredskapsplaner internt og med samarbeidsparter.	(Alle)
2. Helseforetaket skal sørge for at beredskapsplanene øves, slik at alle som har en rolle i beredskapshandteringen vet hva og hvordan de skal ivareta eget ansvar og oppgaver, og utøve sin rolle i samhandling med andre.	(Alle)
3. Helseforetaket skal gjennomføre flere årlige øvelser. Det må være synliggjort i lokale øvingsplaner hva, hvem og når det skal øves. Dette gjelder også øvelser med andre sentrale samvirkeaktører.	(Alle)
4. Helseforetaket skal utarbeide et årshjul som synliggjør felles regionale øvelser, foretaksøvelser og kompetansetiltak som skal utføres i løpet av et år.	(Alle)
5. Helseforetaket skal sørge for at det blir gjennomført en regional øvingsplan for gjennomføring av felles regionale øvelser, inkludert varslingsplan.	(RHF/HF)

Tabell 14 Krav til annen kompetanseheving.

3.6.2 Krav til annen kompetanseheving	Virksomhet
1. Helseforetaket skal vedlikeholde regional kompetanseplan for å sikre at de felles kompetansemåla blir nådd.	(RHF/HF)
2. Helseforetaket skal sørge for lokale kompetanseplaner som sikrer at alt aktuelt personell har tilstrekkelig kompetanse til at de i en beredskapshendelse kan vareta sitt ansvar og sine oppgaver i samarbeid med andre.	(Alle)
3. Helseforetaket skal sørge for at alle som deltar i beredskapsledelse, inkludert varapersoner, i hvert foretak i Helse Midt-Norge skal kunne beherske de definerte beredskapsmetodikk og krisestøttesystem.	(Alle)
4. Bruk av krisestøtteverktøy: Alle foretak må sørge for at det blir gitt nødvendig og tilstrekkelig opplæring i virksomheten til å kunne både administrere og håndtere krisestøtteverktøyet.	(Alle)

### 3.7 Beredskapskultur

Tabell 15 Krav til kulturbygging.

3.7.1 Krav til kulturbygging	Virksomhet
1. Helseforetaket skal sørge for at beredskap og sikkerhet skal være tema på møter i alle enheter minst en gang i året	(Alle)
2. Ansatte som har funksjon i beredskapsorganisasjonen, skal være kjent med oppgaven	(Alle)

## Revisjonskommentar

Tabell 16 Revisjonskommentarer.

Versjon	Dato	Endret av	Endringer	Godkjent	Godkjent av
3.0	2026-04-08	EV	Nytt dokument basert på versjon 2.0 fra 18. februar 2022	2026-04-15	Regionalt direktørmøte

## VEDLEGG:

### Vedlegg A: Mal for innhold i lokal beredskapsplan

Tabell 17 Mal for innhold i lokal beredskapsplan.

Tema	Skal beskrive:
<b>Varsling</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helseforetaket skal ha tydelige og omforente varslingsrutiner og kommunikasjonslinjer for hvem, når og hvordan det skal varsles – både internt i egen organisasjon og til eksterne aktører lokalt, regionalt og nasjonalt. Ledelsen i den enkelte virksomhet har ansvar for at varslingsrutinene er samordnet med både regional helseberedskapsplan og de aktører som inngår i varslingsrutinene. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> <li>2. Helseforetaket skal ha rutiner for varsling, ansvar og samordning: (HNT/STO/HMR)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mellom AMK-sentraler og R-AMK,</li> <li>○ mellom HF for håndtering i grenseområda,</li> <li>○ fra AMK til andre internt i helseforetaket,</li> <li>○ ved brannskader, i samsvar med etablerte nasjonale rutiner for dette.</li> </ul> </li> <li>3. Helseforetaket skal ha plan og nødrutiner for alternative varslings- og kommunikasjonskanaler i en beredskapssituasjon (back-up ved svikt/bortfall). Disse må være testet og øvd. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> </ol>
<b>Beredskapsledelse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helseforetaket skal ha tydelig beskrevet hvem som har myndighet til å heve og redusere beredskapsnivået. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> <li>2. Helseforetaket skal beskrive hvordan proaktiv metode skal nyttes ved utøving av beredskapsledelse - også i felles regional håndtering. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> <li>3. Helseforetaket skal etablere en fullmaktsstruktur til beredskapsledelsen i hvert foretak for å kunne ivareta håndtering av beredskap. (HF, SAV, HEM)</li> <li>4. Helseforetaket skal, der det er etablert beredskapsledelse på flere nivå (strategisk, operativt, taktisk), beskrive tydelig hvordan samhandling og kommunikasjon skal skje mellom nivåene. (HF, SAV, HEM)</li> </ol>

Tema	Skal beskrive:
<b>Håndtering</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helseforetaket skal beskrive hvordan håndtere langvarige og omfattende hendelser med tydeliggjøring av ansvar, roller, håndtering, koordinering, samhandling, kommunikasjon og informasjonsflyt (hva til kven og hvordan). (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> <li>2. Helseforetakene skal i sine beredskapsplaner ha konkrete dimensjonerende tiltak for å kunne møte og håndtere ei eskalering av ulike typer hendelser. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> <li>3. Helseforetaket skal i sine beredskapsplaner beskrive hvordan behandlingsskapiteten kan bli økt (bruk av areal, personell, kompetanse, endring av pasientstrømmer, nedtak av elektiv virksomhet m.m.). (HNT/STO/HMR)</li> <li>4. Helseforetaket skal ha fleksible kontinuitetsplaner for både tilsette og beredskapsledelse ved langvarige og/eller svært omfattende hendelser. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> <li>5. Helseforetaket skal planlegge for hvordan foretaket så langt som mulig skal kunne håndtere egen drift ved omfattende hendelser som medfører langvarig reduksjon, ustabilitet eller bortfall av kritisk infrastruktur og andre kritiske innsatsfaktorer. Dette inkluderer elektronisk kommunikasjon og annen IKT-infrastruktur, samt forsyning av strøm, vann, drivstoff, mat, legemidler og kritiske forbruksvarer. Det må være plan for bruk av reserveløsninger, kommunikasjon med leverandør og håndtering av konsekvensene for drift, også ved kortere bortfall. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> <li>6. Helseforetaket skal etablere rutiner for hvordan ta vare på pårørende til sykehuset sine pasienter. Sykehuset har bare ansvar for pårørende til egne pasienter. (HNT/STO/HMR)</li> <li>7. Helseforetaket skal utarbeide regional mal for rapportering av kapasitet. Ved forespørsel fra nasjonale myndigheter må RHF-et sikre omforent rapportering fra alle foretak om hospital kapasitet og spesialkompetanse i en beredskapssituasjon. (RHF)</li> <li>8. Helseforetaket skal i sin informasjon ved beredskapshendelser følge prinsippet om førsteinformasjon. Dette innebærer å alltid forsøke å være først ute med informasjon til egen organisasjon, media og andre interessenter om de beredskapssituasjoner som rammer virksomheten/foretaksgruppa. Informasjonen bør alltid være så korrekt som mulig, selv om informasjonen kan gi negativ publisitet. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> </ol>
<b>Samarbeid og samvirke</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helseforetaket skal beskrive hvordan identifisere aktuelle interne og eksterne interessenter for samarbeid, informasjon og kommunikasjon ved beredskapshendelser. Planene må også beskrive hvordan samhandling og dialog skal skje for å sikre felles situasjonsforståing og koordinert håndtering. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> <li>2. Helseforetaket skal i sitt beredskapsplanverk avklare når og hvordan dialog med tillitsvalgte og verneombud skal skje, samt når de skal delta i beredskapsledelsen. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> <li>3. Helseforetaket skal i sine beredskapsplaner beskrive rolle-, ansvars- og oppgavefordeling for og med aktuelle beredskapsaktører både internt og eksternt. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> </ol>
<b>Normalisering</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helseforetaket skal i sitt beredskapsplanverk beskrive hvordan nedtrapping av beredskap og normalisering skal skje. (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF)</li> </ol>
<b>Evaluering</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helseforetaket skal i sitt beredskapsplanverk beskrive hvordan evaluering skal skje: (HNT/STO/HMR/SYA/HEM/HPAS/RHF) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Både umiddelbar evaluering før demobilisering («hot wash-up»), og evalueringer med utarbeiding av evalueringsrapport.</li> <li>○ Mal for evaluering (hva fungerte bra, læringspunkt, oppfølgingsiltak, ansvar, frister og hvordan effekten av tiltaka skal verifiseres).</li> </ul> </li> </ol>

**Vedlegg B: Regionale helseberedskapsprosedyrer – Delplaner**

Som en del av Regionale helseberedskapsplan er det utarbeidet delplaner for utvalgte beredskapsområder. Delplanene må sees i sammenheng med Regional helseberedskapsplan og føringer og prinsipper beskrevet i den regionale beredskapsplanen gjentas ikke i delplanene.

Dimensjonerende fare- og ulykkeshendelser (DFU) i Regional beredskapsanalyse<sup>6</sup>, nasjonalt spesialisert planverk<sup>7</sup> og Nasjonal sikkerhetsstrategi<sup>8</sup> er grunnlag for etablering av regionale delplaner.

Delplanene skal inneholde en **operativ del** som beskriver hvordan hendelser innen delområdet er planlagt håndtert, og ved behov en administrativ del som beskriver delområdet og dimensjonerende scenario som delplanen er utarbeidet for å dekke.

Tabell 18 Delplaner til regional helseberedskapsplan

Regional prosedyre - delplan -	Beskrivelse	Eier	Lenke
<b>Kriseledelse (Ny)</b>	Delplan som beskriver hvordan virksomhetene i regionen skal samhandle ved krisehåndtering.	Direktør for eierstyring og beredskap, RHF	Ny 2026
<b>Interregional samordning og koordinering av spesialisthelsetjenesten i krig (felles interregional plan 17.11-2025)</b>	Delplanen beskriver hvordan de regionale helseforetakene skal sørge for samordning og koordinering av spesialisthelsetjenester til sivilbefolkningen og militære styrker i en situasjon med krig i Norge. Følgende beredskapsområder og ressurser kan være aktuelle for samarbeid og samordning på tvers av regioner. Oversikten er ikke uttømmende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endring av pasientstrømmer eller evakuering av pasienter</li> <li>• Personellressurser</li> <li>• Prehospitala tjenester / ressurser</li> <li>• Medisinsk utstyr, medisinsk-teknisk utstyr og legemidler</li> <li>• Spesialiserte funksjoner og fagområder</li> <li>• Prioritering av helsehjelp</li> </ul>	Direktør Eierstyring RHF	<a href="#">U.Off. v. 2025-11-17</a>

<sup>6</sup> [Regional Beredskapsanalyse HMN ver 1.0](#)

<sup>7</sup> [Nasjonalt helseberedskapsplan - regjeringen.no](#) (smittsomme sykdommer og farlige stoffer – CBRNE-hendelser og IKT-hendelser)

<sup>8</sup> [Nasjonalt sikkerhetsstrategi - regjeringen.no](#) (forberedt på at krig kan ramme Norge og styrket evnen til å håndtere alvorlige hendelser)

Regional prosedyre - delplan -	Beskrivelse	Eier	Lenke
<b>Omstillingshendelser</b>			
<b>Krig – plan for omstilling og skalere opp, Forsvarets og spesialisthelsetjenestens samvirke</b> 02.12.2022	Regional delplan for Forsvarets og spesialisthelsetjenestens samvirke beskriver planer for gjensidig støtte og samarbeid mellom Forsvaret og det sivile samfunn i forbindelse med forebygging, beredskapsplanlegging, krisehåndtering og konsekvenshåndtering i hele krisespekteret fra fred via sikkerhetspolitisk krise til væpnet konflikt. Omstillingsplan og plan for å skalere opp helsetjenester for å møte behov ved krig.	Direktør Eierstyring RHF	<a href="#">EQS 1215</a>
<b>Pandemiberedskap – plan for omstilling og skalere opp</b> 02.06.2023	Delplan for pandemi er delplan til Regional smittevernplan og gir overordnede retningslinjer for hvordan helseforetakene i Helse Midt-Norge skal planlegge for pandemi og ekstraordinære situasjoner med alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer, for eksempel ebola. Omstillingsplan og plan for å skalere opp helsetjenester for å møte behov ved pandemi.	Fagdirektør, RHF	<a href="#">EQS 1212</a>
<b>Belastningshendelser</b>			
<b>CBRNE-beredskap</b> 02.06.2023	Delplan for CBRNE omfatter beredskap mot kjemiske (C), biologiske (B), radiologiske (R), nukleære (N) og eksplosivhendelser.	Fagdirektør, RHF	<a href="#">EQS 1213</a>
<b>Massetilstrømming av pasienter</b> 27.08.2024	Delplan for traume/masseskade beskriver planer for å håndtere ekstraordinære hendelser som krever ressurser utover det som dekkes i ordinær drift.	Fagdirektør, RHF	<a href="#">EQS 1277</a>
<b>Behandlingskapasitet og pasientlogistikk (Ny)</b>	Delplan som beskriver hvordan behandlingsskapasiteten i regionen kan skaleres opp. Relevant som grunnlag for omstillingsplaner og belastningshendelser Kan ses i sammenheng med planer for lab, bilde, mv Kan på sikt vurderes slått sammen med massetilstrømningsplan.	Fagdirektør, RHF	Ny 2026

Regional prosedyre - delplan -	Beskrivelse	Eier	Lenke
<b>Svikhendelser</b>			
<b>Forsyningsberedskap</b> 13.12.24	Delplan for forsyningsberedskap beskriver føringer og definerer roller, ansvarsområder og kommunikasjonsveier som er nødvendig for å ivareta forsyningsikkerheten i Helse Midt-Norge.	Økonomidirektør, RHF	<a href="#">EQS 1217</a>
<b>IKT-beredskap (Teknologi??)</b> <b>27.11.2024</b>	Delplan for IKT-beredskap gir føringer og definerer roller, ansvarsområder og kommunikasjonsveier nødvendig i IKT-beredskap. Delplanen skal bidra til å sikre tilgjengeligheten til virksomhetskritiske IKT-tjenester,	Direktør for teknologi og digitalisering, RHF	<a href="#">EQS 1210</a>
<b>EKOM og teknologi</b> Forslag ny	inkludert telefoni, meldings-/varslingsløsninger, medisinskteknisk utstyr (MTU) og byggeteknisk utstyr (BTU).	Direktør for teknologi og digitalisering, RHF	NY
<b>Legemiddelberedskap</b> 02.09.2022	Delplan for legemiddelberedskap omfatter planer for å sikre tilgang på og distribusjon av nødvendige legemidler i både krise og krig.	Fagdirektør, RHF	<a href="#">EQS 1211</a>
<b>Beredskapsmessig personellplanlegging</b> 15.06.2022	Delplanen skal sikre at helseregionen opprettholder nødvendig kapasitet og kompetanse til å levere helsetjenester under kriser og krig. Planen skal gi rammer for helseforetakenes personellplanlegging, beskrive felles prinsipper og forberedende tiltak, og legge til rette for koordinert styring og ressursdisponering i hele foretaksgruppen.	Organisasjons-direktør, RHF	<a href="#">EQS 1218</a>
<b>Blod (felles interregional plan)</b> 12.01.2026	Delplanen beskriver prinsipper, ansvar, myndighet, ledelse- og kommunikasjonslinjer som er nødvendige for å ivareta blodberedskap i regionen. Planen skal gi et felles grunnlag og være førende for beredskapsplanlegging og håndtering av beredskapshendelser med behov for blod	Fagdirektør, RHF	<a href="#">EQS 1391</a>

Regional prosedyre - delplan -	Beskrivelse	Eier	Lenke
<b>Øvrige beredskapsforhold</b>			
<b>Kommunikasjonsberedskap</b> 20.04.2023 Delplan kan vurderes tatt inn delplan kriseledelse	Planen omtaler roller, ansvar og samordning i kommunikasjonsnettverket ved beredskapshendelser. Planen skal bidra til at de regionale kommunikasjonsressursene nyttes på en effektiv og hensiktsmessig måte.	Kommunikasjons-direktør, RHF	<a href="#">EQS 1214</a>
<b>Prehospitale tjenester</b> 28.10.2022  Foreslås at denne fases ut og at beredskapsforhold tas inn i øvrige delplaner	Delplan for prehospitale tjenester beskriver ekstraordinære hendelser som krever ressurser utover det som dekkes i ordinær drift. Prehospitale tjenester består av medisinsk nødmeldetjeneste (AMK-sentraler og medisinsk nødnummer 113), og ambulansetjenesten (luft-, bil og båt). Videre skal delplanen bidra til at Samarbeidet mellom ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten, lokal AMK, koordinerende AMK og helseforetakenes kriseledelse ved store hendelser og langvarige kriser er definert og kjent. Og at samordning med samarbeidspartnere, inkludert nødetatene, kommunene, Sivilforsvaret, frivillige organisasjoner og industriverket i storulykkebedrifter er definert og kjent	Fagdirektør, RHF	<a href="#">EQS 1216</a>