



# Beredskapsplan Nivå 1

-

## St. Olavs Hospital HF

---

**Fastsatt av**  
**Administrerende Direktør Nils Kvernmo**  
**den 06.11.2012**

**Revidert versjon 2.1**  
**Gjelder fra 01.11.2012**

**Oppdateringer er tilgjengelig i EQS.**  
Neste hovedrevisjon er 31.10.2013

---

# Beredskapsplan St. Olavs Hospital HF

Tittel:	Beredskapsplan Nivå 1 - St. Olavs Hospital
Versjon:	2.1
Kan eksporteres:	Ja
Erstatter:	2.0
Dokumentadministrator:	Vandvik, Erlend (Beredskapsleder)
Gjelder for yrkesgruppene:	Alle ansatte
Gjelder for enhetene:	St. Olavs Hospital
Dokumentkategorier:	Ny kategoristruktur /Beredskap og smittevern/Beredskap og katastrofeplaner
Dokumenttype:	Prosedyre
Dokument-ID:	7102
Revisjons-ID:	54392
Dokumentet er søkbart fra visningsdelen:	Nei
Ekstern lenke:	<a href="http://eqs.stolav.helsemn.no/?pid=rit&amp;DocumentID=7102">http://eqs.stolav.helsemn.no/?pid=rit&amp;DocumentID=7102</a>

---

## Innledning

Hensikten med beredskapsplanen er å sikre at St. Olavs Hospital HF er beredt til å håndtere ekstraordinære hendelser som oppstår i foretakets ansvarsområde, lokalt og regionalt. Med ekstraordinære hendelser forstås hendelse som enten krever betydelig økt behandlingsskapasitet eller hendelse som vesentlig reduserer virksomhetens evne til å yte helsehjelp.

Denne beredskapsplanen er bygd opp slik det er forutsatt fra Helse Midt Norge RHF, (versjon 1.3. pr 30.09.11.) og gjeldene myndighetskrav. For St. Olav er kravene søkt møtt gjennom utarbeiding av følgende planverk:

- Beredskapsplan Nivå 1 - St. Olavs Hospital (med tilhørende delplaner og vedlegg)
- Beredskapsplan Nivå 2

Vi skal i beredskapssituasjoner som medfører at antallet pasienter og andre berørte overstiger normal kapasitet, raskt kunne legge om driften til å kunne prioritere, diagnostisere og behandle et betydelig større antall pasienter enn ved vanlig drift. Samtidig skal vi kunne yte service til pårørende og besvare henvendelser fra samfunnet forøvrig i forbindelse med denne type hendelser. Dette oppnås ved å mobilisere personell, og ved å legge om driften i henhold til denne planen og underliggende planer.

Vi skal også være i stand til å yte nødvendig helsehjelp til befolkningen ved situasjoner der St. Olav og/eller resten av samfunnet opplever utfordringer som kan påvirke evnen og kapasiteten til å yte slik helsehjelp. Med dette menes i første rekke situasjoner som innebærer svikt eller bortfall av kritisk infrastruktur som strøm, vann, tele-/datanett, sviktende forsyninger, pandemi osv.

Opplæring og øvelser er en nødvendig forutsetning for vedlikehold av kompetanse som setter oss i stand til å håndtere uforutsette hendelser og samvirke med andre aktører. Realistiske øvelser vil også være et grunnlag for årlig revisjon av beredskapsplan. Øvelser og opplæring skal derfor prioriteres.

Revisjon 31. oktober 2012

Nils Kvermo  
Administrerende direktør

Erlend Vandvik  
Beredskapssjef

## Innhold

Innledning .....	2
1. Virkeområde og formål.....	4
Ansvar for beredskapsarbeidet.....	4
2. Fastsettelse og oppdatering av beredskapsplan mv. ....	5
3. Risiko- og sårbarhetsanalyse / beredskapsanalyser .....	5
3.1. Hendelser – Konsekvens – Tiltak .....	6
4. Planverkets oppbygning.....	7
4.1. Nivå 1 – St. Olavs Hospital.....	8
4.2. Nivå 2 – Klinikkk.....	9
5. Beredskapsnivå, varsling og ledelse .....	9
5.1. Beredskapsnivå .....	9
5.2. Ansvar og oppgavefordeling ved ulykke, krise eller beredskap .....	10
5.3. Varsling.....	11
5.4. Ledelse ved beredskapshendelser .....	12
5.4.1. Alarmteam.....	13
5.5. Etterarbeid og evaluering.....	14
5.5.1. Generelt.....	14
5.5.2. Organisatorisk etterarbeid.....	14
5.5.3. Intern Rapportering.....	14
5.5.4. Debrifing av innsatspersonell .....	15
6. Samordning av beredskapsplaner .....	15
7. Kompetanse, opplæring og øvelser.....	15
7.1 Sikring av nødvendig kompetanse .....	16
7.2 Opplæring .....	16
7.3 Øvelser .....	16
7.4 Øvingsutvalg .....	16
8. Logistikk og forsyningsikkerhet.....	17
8.1. Forsyningsikkerhet .....	17
8.2. Interne hendelser .....	17
9. Fortetting/frigjøring av behandlings/pleie kapasitet .....	17
10. Registrering av personell .....	17
10.1. Varsling og tilkalling av ansatte .....	17
10.2. Pasienter og pårørende .....	18
10.3. Besøkende .....	18
11. Kvalitetssikring av beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet og tilsyn .....	18
11.1 Kvalitetssikring av beredskapsforberedelser .....	18
11.2 Kvalitetssikring av beredskapsarbeidet og tilsyn.....	19
11.2.1 Revisjon av planverk (både på HF- og klinikknivå).....	19
11.2.2 Evaluering av hendelser .....	19
11.2.3 Eksternrevisjon .....	19
11.2.4 Internrevisjon .....	19
11.2.5 Resultatovervåkning .....	19
Relaterte dokumenter (referanser) .....	20

# 1. Virkeområde og formål

Planverket skal bidra til at St. Olavs Hospital HF (St. Olav) kan tilby befolkningen nødvendige og forsvarlige helsetjenester også når ekstraordinære kriser og hendelser oppstår.

Hvis en klinikk ikke kan håndtere en oppstått situasjon, skal planverket bidra til at ressurser fra øvrige klinikker og/eller andre aktuelle samarbeidsinstanser kan settes inn.

Beredskapsplanverket bygger på de grunnleggende prinsipper for arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap<sup>1</sup>:

<b>Ansvarsprinsippet</b>	Den organisasjon som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere ekstraordinære hendelser på området.
<b>Likhetsprinsippet</b>	Den organisasjon man opererer med under kriser i utgangspunktet skal være mest mulig lik den organisasjon man har til daglig.
<b>Nærhetsprinsippet</b>	Kriser organisatorisk skal håndteres på lavest mulige nivå
<b>Samvirkeprinsippet</b>	Myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

Beredskapsplanen skal bidra til at St. Olav oppfyller krav til ledelse av en koordinert helsetjeneste:

- at det på skadested til enhver tid er **en** ledelse av helsetjenesten
- at det er optimal kommunikasjon og samarbeide mellom helseforetakene og skadestedet
- at det opprettholdes et korrekt situasjonsbilde av uhellet /katastrofen til enhver tid
- at katastrofeledelsen ved det sykehus som leder aksjonen:
  - ser framover, vurderer situasjonen fortløpende og gir korrekte beslutninger om hvilke tiltak som skal settes inn (strategisk ledelse av helseressursene)
  - kan se hvilken administrativ støtte sykehusene må ha fra samfunnet for øvrig for å gjennomføre sin del av en vellykket aksjon – og om nødvendig anmode LRS om dette

Dette betyr at katastrofeledelsene ved sykehusene bør bestå av overordnet ledelse, administrativt ledelsespersonale og faglige ledere på de viktigste fagområder.

## Ansvar for beredskapsarbeidet

**Administrerende direktør** har ansvar for at St. Olav har en kriseberedskap som er tilpasset foretakets geografiske og faglige ansvarsområde og basert på realistiske og oppdaterte risikovurderinger.

Oppgaven ivaretas til daglig av Klinikk for akutt- og mottaksmedisin ved klinikkssjef og beredskapssjef i samråd med fra beredskapsutvalget som også utgjør foretakets permanente kriseledelse.

---

<sup>1</sup> Instruks for dep.arbeid med samfunnssikkerhet mv. (<http://www.lovddata.no/for/sf/in/xd-20120615-0535.html#map003> )

**Klinikkssjef klinikk for akutt- og mottaksmedisin** skal i samråd med beredskapsutvalget på vegne av foretakets ledelse, bidra til at denne planen er oppdatert og til enhver tid tilpasset den organisasjon som gjelder i foretaket. Klinikk for akutt- og mottaksmedisin ved klinikkssjef har i samråd med beredskapsutvalget også ansvar for at det drives opplæring og arrangeres øvelser på overordnet nivå slik at organisasjonen er forberedt på å fungere som skissert i planen.

Den enkelte **klinikk-/divisjonssjef** har ansvar for at klinikkene har utarbeidet klinikkvise beredskapsplaner som er tilpasset de oppgaver enheten kan/skal yte og som klart beskriver hvilke oppgaver ulike enheter og funksjoner har i en beredskapssituasjon, hvordan de skal utføres og av hvem. Klinikkssjef har også ansvar for at de enkelte medarbeidere kjenner sin funksjon i forhold til planen og at medarbeiderne får den nødvendige opplæring, øvelse og trening.

Den **enkelte ansatte** har ansvar for å sette seg inn i de oppgaver vedkommende vil kunne bli satt til under en beredskapshendelse i henhold til denne planen. Behov for opplæring meldes tjenestevei.

Personell som er beordringspliktig plikter å la seg registrere, samt å stille seg til disposisjon. Vedkommende personell plikter å medvirke til at nødvendige opplysninger for registrering og disponering kan skaffes til veie. (Lov om helsemessig og sosial beredskap §4-2)

## 2. Fastsettelse og oppdatering av beredskapsplan med videre

Administrerende direktør ved St. Olav skal fastsette denne beredskapsplanen og revisjoner etter behov.

Det gjøres en årlig hovedrevisjon av planverket, og risiko- og sårbarhetsanalysen den bygger på innen 31. oktober. Beredskapsplan Nivå 2 - Klinikk/tilsvarende (og lavere nivå) (heretter omtalt som *Beredskapsplan Nivå 2*) skal revideres og dokumenteres i sykehusets kvalitetssystem (EQS) årlig innen 31. desember.

## 3. Risiko- og sårbarhetsanalyse / beredskapsanalyser

Planverket for St. Olav nivå 1 og nivå 2, skal bygge på forutgående analyser om mulige uønskede hendelser. Klinikk for anestesi og akuttmedisin ved klinikkssjef skal i samråd med beredskapsutvalget vurdere behovet for nye/supplerende analyser/vurderinger.

St. Olav baserer planverket på Nasjonalt risikobilde utarbeidet av Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap (NSR 2012, dsb) og legger til grunn "ROS- og BEREDSKAPSANALYSE" (Helse Midt-Norge RHF, Mars 2006 (Dok. Nr ST-25728-RA-2-Rev01)). St. Olav skal årlig revidere ROS analyse som legges til grunn for dette planverket.

Klinikkene skal gjennomføre egne risiko- og sårbarhetsanalyser, og således må dette plandokumentet ses i sammenheng med Beredskapsplaner Nivå 2. Avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak. Beredskapsplaner skal sikre en tilstrekkelig produksjon av tjenester ved mulige hendelser knyttet til avdekket risiko og sårbarhet.

### 3.1. Hendelser – Konsekvens – Tiltak

ROS analyser har avdekket følgende hendelser og sviktsituasjoner som St. Olav med underliggende enheter skal ha planer for:

Hendelse	Konsekvens	Tiltak
Brann, eksplosjonsfare	Lokaler blir utilgjengelig	Flytting eller evakuering Fortetting i andre lokaler Omdisponering av lokaler
Masseskade <sup>2</sup> / Storulykke	Massetilstrømning av pasienter	Varsling og mobilisering Funksjonsomfordeling Fortetting på sengeposter Anmodning om tilføring av ressurser fra andre HF /RHF Redusere planlagt aktivitet
Epidemi og sykehusinfeksjoner <sup>3</sup>	Smittevernregime på større områder	Dekontaminering, isolering, bruk av verneutstyr, omdisponering av lokaler, funksjonsomfordeling
Ulykke med gass/kjemisk eller radioaktive stoffer	Forurensede pasienter må renses før de tas inn i sykehuset.	Dekontaminering
	Forurenset areal i sykehuset/NTNU	Behandles som ekstern hendelse Brann/ambulanses ansvarlig for skadested
Sikkerhetstrusler: - gisselsituasjon - "Mobb" - Bombetrussel - Skyting - Vold/trussel - Ordensforstyrrelser	Fare for liv og helse for pasient, pårørende eller ansatt	Varsle. Avvent tiltak fra sikkerhetsseksjon eller politi
Massefravær av ansatte	Redusert behandlingsskapasitet for andre pasienter	Reduksjon eller stans i noen pasienttilbud Funksjonsomfordeling. Frigjøring av pleiekapasitet – utskriving av pasienter
IKT svikt	Tlf, calling, pasientsystemer, røntgen- og/eller labsystemer utilgjengelige	Dokumentasjon på papir Meldingstjeneste pr mobil tlf. eller ordonnans
Svikt i legemiddelforsyningen <sup>4</sup>	Manglende eller utsatt behandling av pasienter	Bruk av alternative legemidler Lån fra andre avdelinger Bestilling fra sykehusapoteket
Svikt i forsyning av medisinsk forbruksmateriell <sup>5</sup>	Redusert behandlingsskapasitet	Reduksjon eller stans i noen pasienttilbud. Omfordeling av forbruksmateriell.
Svikt i tilførsel av medisinske gasser og trykkluft	Berørte enheter mister normal forsyning av medisinske gasser	Drift på reserveløsning

<sup>2</sup> ROS HMN RHF pkt 3.1

<sup>3</sup> ROS HMN RHF pkt 3.3

<sup>4</sup> ROS HMN RHF pkt 3.5.1

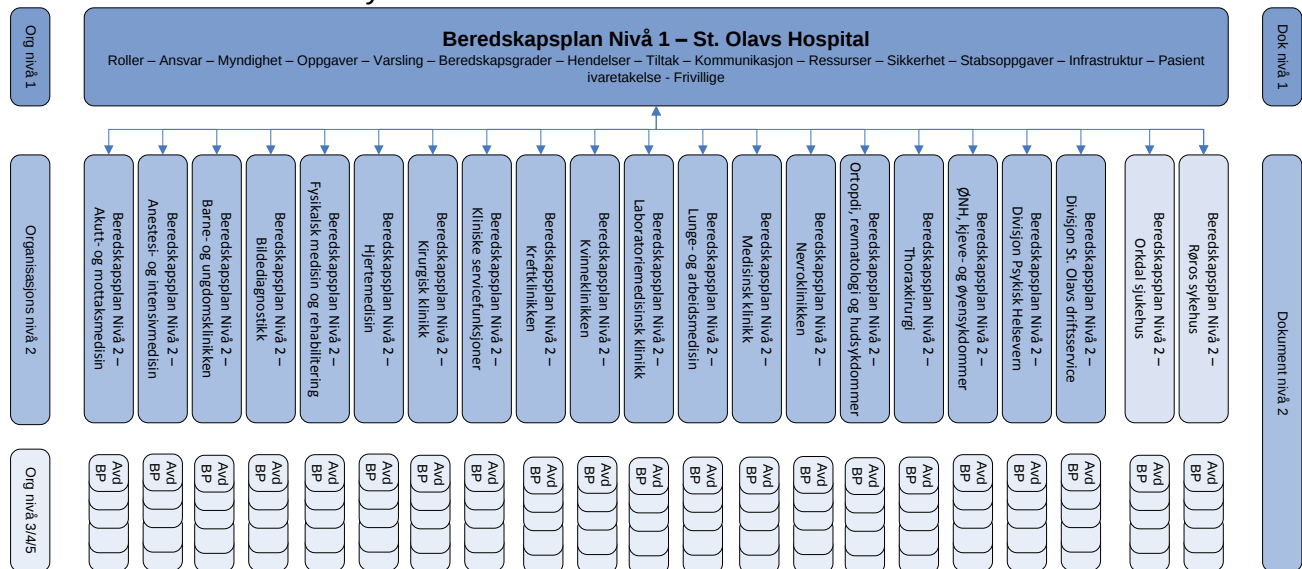
<sup>5</sup> ROS HMN RHF pkt 3.5.2

Hendelse	Konsekvens	Tiltak
Svikt i elektrisitetsforsyning	Redusert eller manglende strømforsyning	Reservestrøm, evt reduksjon eller stans i pasientbehandling
Svikt i vann og avløpssystem	Forurenset vann.	Springvann må ikke drikkes Vann til drikke og mat bestilles på flaske/tank
	Delvis eller helt bortfall av vann eller blokkert kloakk.	Evakuering dersom omfanget er stort og vedvarer flere døgn
Svikt i kjøleanlegg	Blodprodukter, medikamenter forskningsmateriale med mer kan gå tapt	Flytte materiell til fungerende kjølelager Etterforsyne fra annet sted
Svikt i ventilasjon og oppvarming	Operasjonssaler, andre lokaliteter og bygg kan bli inoperative.	Funksjonsomfordeling. Evakuering.

## 4. Planverkets oppbygning

Det legges til grunn at Regional helseberedskapsplan er oppdatert, koordinert med andre aktører som kan yte bistand ved en ekstraordinær hendelse og i samsvar med nasjonale føringer.

Planverket er delt i Nivå 1 som gjelder hele sykehuset og Nivå 2 som gjelder for klinikk (tilsvarende) eller en lokalitet. Overordnet beredskapsplan er et nivå 1 dokument i helseforetakets kvalitetssystem



Planene tar høyde for plutselig ekstraordinær hendelse (for eksempel storulykke) som vil innebære en ekstraordinær belastning, samt interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer St. Olav evne til å yte helsehjelp.

Ved en beredskapshendelse som oppstår over tid (for eksempel pandemi) er beredskapsplanen et grunnlag for beredskapsledelsens planlegging for å håndtere situasjonen.

Brannvernberedskap og HMS-planer er koordinert med alle brukere av byggene (St. Olav, NTNU, HiST, mfl). Enheter som har farlig materiale (smittefare/strålefare) sikrer at planlagt handling ved utilsiktede hendelser ikke utsetter andre brukere for unødig fare.

#### 4.1. Nivå 1 – St. Olavs Hospital

Prosedyrer for ressursdisponering og omlegging av drift for å sikre nødvendige helsetjenester er beskrevet i vedlegg og appendiks til denne planen

Følgende delplaner og vedlegg hører til Beredskapsplan Nivå 1:

EQS ID	Delplan	Ansvar
22293	Storulykke / masseskade	Kirurgisk klinikk
11602	Epidemi / Pandemi <i>Vaksinasjon av ansatte</i>	Medisinsk klinikk
22421	Interne hendelser og forsyningssvikt	Driftsservice
13492	IKT-hendelse	Medisinsk Fagsjef
17861	Katastrofe psykiatrisk team /Psykososial omsorg	Divisjon PH
22420	Radioaktive stoffer	Medisinsk klinikk
	Informasjonsberedskap <sup>6</sup>	Kommunikasjonsdirektør
17124	Brannvernplan	Hovedbrannvernleder
	Helseteam ved kriser og katastrofer i utlandet	Kl. for akutt- og mottaksmed.
	Evakuering av hele eller deler av sykehuset	

EQS ID	Vedlegg	Ansvar
22752	Varslingslister St. Olav	Avdelingssjef AMK
22751	Kriseledelse	Beredskapssjef
	Evaluering av hendelse og øvelse	Beredskapssjef
22754	Krav til Nivå 2 planer	Beredskapssjef
	Beredskapsdokumenter som bør finnes i papirversjon	Beredskapssjef
	Opplæring nytilsatte	Beredskapssjef
22750	ROS og beredskapsanalyser	Beredskapssjef
22753	Definisjoner, forankring og lovhenvvisning	Beredskapssjef
	Fortetting og frigjøring av kapasitet	Medisinsk Fagsjef
	Prehospital Tiltaksbok HM - utvalg	Ambulanseavdeling
20366	Telefonliste St. Olav	Beredskapssjef
7101	Utrykningslag - prehospitalt	Kl. for akutt- og mottaksmed.

Vedlegg og appendiks bør være utformet som praktiske handlingskort for å bidra til at ansatte iverksetter relevant handling ved en krise eller beredskapshendelse.

<sup>6</sup> ROS HMN RHF pkt 3.4.1



## 4.2. Nivå 2 – Klinikk

Beredskapsplaner Nivå 2 skal gi nødvendig utdyping og presisering av forhold som berører en klinikk. Klinikksjef avgjør hvilke underliggende avdelinger, seksjoner og enheter som skal ha egne planer eller inngå som del i klinikkens beredskapsplan.

Det er en forutsetning at ansatte har tilgang til relevante planer, vedlegg og/eller appendiks i oppdatert tilstand på de steder hvor behov for umiddelbar tilgang til beredskapsplaner kan oppstå. Se "BP-N1 - vedlegg Beredskapsdokumenter som bør finnes i papirversjon". St. Olav har ikke standard beredskapsperm med skilleark. (Anskaffes i 2013).

## 5. Beredskapsnivå, varsling og ledelse

### 5.1. Beredskapsnivå

Følgende beredskapsnivå nyttes:

#### GRØNN beredskap:

- |           |   |
|-----------|---|
| Kriterie: | <ul style="list-style-type: none"><li>• De ressurser og tiltak som er avsatt til å håndtere normalrisiko og normalbelastning er tilstrekkelig.</li></ul>  |
| Tiltak:   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Normal drift (vakt, bakvakt, hjemmevakt, beredskapsplan, varslingsplan, traumeteam).</li><li>• Vurdere forsterkning av AMK med Medisinsk stab, Krisestab og/eller Kriseledelse.</li></ul> |

#### GUL beredskap:

- |           |   |
|-----------|---|
| Kriterie: | <ul style="list-style-type: none"><li>• Det foreligger en uavklart situasjon der det kan bli behov for ekstraordinære ressurser.</li><li>• Det er stor fare for at en uønsket, alvorlig hendelse kan inntreffe og det er usikkert om de ordinære ressursene strekker til.</li><li>• En alvorlig hendelse av begrenset omfang har skjedd og der situasjonen kan håndteres med utvidet innsats/ekstraordinære tiltak i deler av organisasjonen.</li></ul> |
| Tiltak:   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Krisestab etableres.</li><li>• Kriseledelse informeres og etablering av kriseledelse vurderes.</li><li>• Varsling iht varslingsplan.</li><li>• Relevante enheter bemanner opp.</li><li>• Orientering om gul beredskap til resten av organisasjonen.</li></ul>   |

#### RØD beredskap:

- |           |   |
|-----------|---|
| Kriterie: | <ul style="list-style-type: none"><li>• Alvorlig uønsket hendelse, krise eller katastrofe.</li></ul>  |
| Tiltak:   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Krisestab etableres.</li><li>• Kriseledelse etableres.</li><li>• Beredskapsledelse vurderes.</li><li>• Varsling iht varslingsplan.</li><li>• Relevante enheter bemanner opp.</li><li>• Orientering om rød beredskap til resten av organisasjonen.</li></ul> |

Beredskapsheving besluttes av ansvarlig AMK-sykepleier, se punkt 5.4

Ved hendelser på annet sted enn St. Olav – lokalitet Øya (for eksempel. Røros sykehus eller BUP Lian), kan leder/stedfortreder/vakthavende høyne beredskap i eget

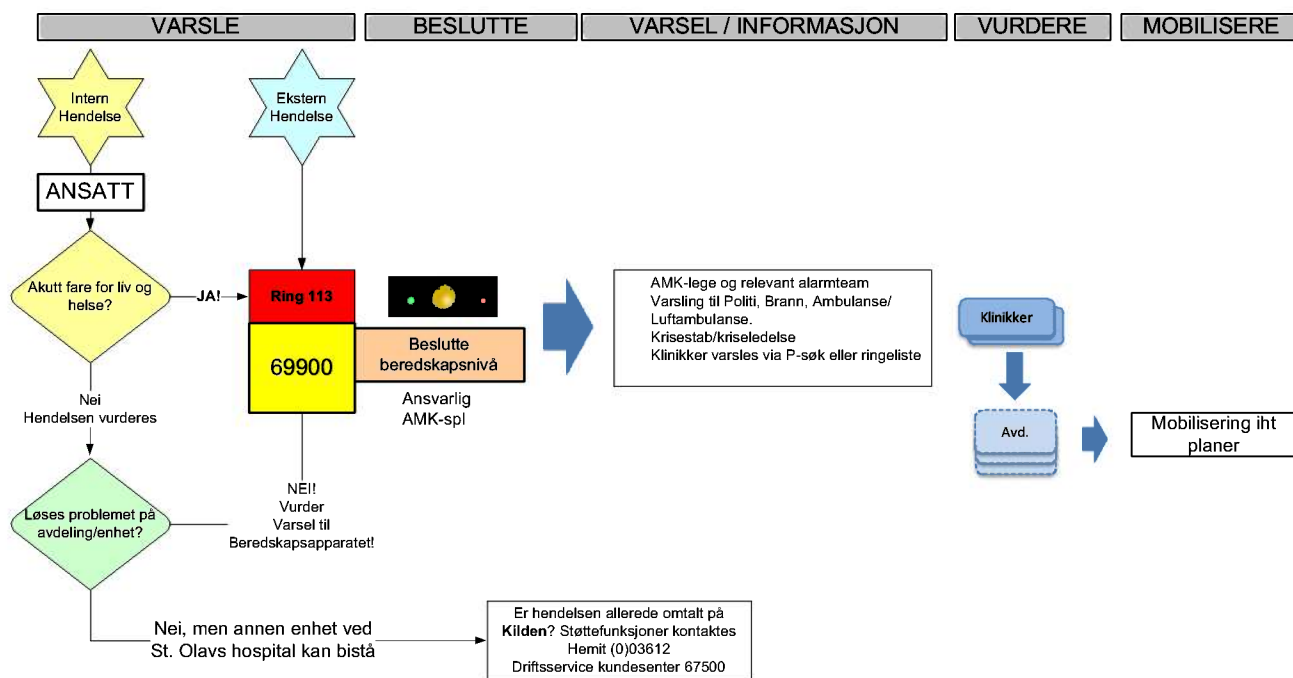
myndighetsområde. Den myndighet som har besluttet beredskapsnivå har myndighet til å redusere beredskapsnivået. AMK skal varsles ved endring i beredskapsnivå.

## 5.2. Ansvar og oppgavefordeling ved ulykke, krise eller beredskap

Rolle	Ansvar / myndighet	Fremgangsmåte/merknad
<b>Ansatt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Varsle</li> <li>Handle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fare for liv/helse? Ring 1-1-3</li> <li>Avdelingsansvarlig</li> <li>Øvrig hendelser Ring 67500</li> <li>Situasjonsbestemt</li> </ul>
Alarmmottaker i klinikk (alarmhode)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Varsle klinikk</li> <li>Kontakte AMK</li> <li>Oppgaver beskrevet i beredskapsplan nivå 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se pkt 5.3</li> <li>Se beredskapsplan nivå 2</li> </ul>
Ansvarlig AMK-sykepleier	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lede sykehusets samlede innsats inntil kriseledelse/-stab er på plass og kan ta over</li> <li>Direktørs beslutningsmyndighet inntil representant fra krisestab eller kriseledelse overtar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurdere situasjonen</li> <li>Iverksette eventuelle umiddelbare tiltak</li> <li>Konferer med relevant vaktteam</li> </ul>
AMK-lege	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lede alarmteam</li> <li>Gi råd til Ansvarlig AMK sykepleier</li> <li>Gi råd til Ansvarlig AMK-sykepleier</li> <li>Veilede ambulanspersonell på skadestedet</li> <li>Når krisestab settes, sjef krisestab inntil avløst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Møt i AMK ved tilkalling</li> <li>Konfererer på Helseradionett</li> </ul>
Alarmteam Se pkt. 5.4.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gi råd til Ansvarlig AMK-sykepleier</li> <li>Bistå AMK-lege i ledelsen av sykehusets samlede innsats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Møt i AMK ved tilkalling</li> </ul>
Beleggs-koordinator (Akuttavdeling)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direktørens myndighet til å bestemme hvor enhver pasient i sykehuset skal ligge mellom kl. 14. – 07.00 på hverdager</li> <li>Se EQS dokument 21927</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skaff oversikt pasienter i Akuttmottak, meldte pasienter</li> <li>Plassere pasienter på bakgrunn av til enhver tid oppdaterte beleggslister</li> <li>Koordiner med OBS- enheten, AMK, avdelinger i sykehuset.</li> </ul>
Beredskaps- ledelse St. Olav Jfr. Reg helse-beredskaps-plan pkt. 5.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hovedansvar for strategisk ledelse av store hendelser; det vil si tenke på ressursbehov framover i tid, behov for omdisponering av ressurser, sekundærtransport etc.</li> <li>Overordnet koordinering av innsats fra involverte sykehus/foretak i regionen</li> <li>Etablere medisinsk stab som skal ha ansvar for fordeling av skadde til ulike sykehus i regionen og eventuelt til andre regionsykehus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kriseledelse</li> <li>Fagdirektør</li> <li>Organisasjonsdirektør</li> <li>Administrasjonssjef</li> <li>Samhandlingsdirektør</li> </ul>
Beredskaps- utvalg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gi råd til direktør</li> <li>Bidra til ajourhold av planverk</li> <li>Bidra til opplæring og øving</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se mandat</li> </ul>
Beredskapssjef	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stabssjef i kriseledelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se handlingskort</li> </ul>
Fagleder helse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medisinsk ansvarlig på skadested,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Tiltaksbok Ambulanse HM</li> </ul>
Klinikkssjef	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sikre ledelse av egen klinikk ved plutselig uforutsette hendelser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Påse at funksjonen håndteres av en vakt inntil sjef/stedfortreder har møtt</li> </ul>

Rolle	Ansvar / myndighet	Fremgangsmåte/merknad
Kriseledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lede helseforetakets samlede innsats ved alle typer beredskapshendelser der kriseledelse er opprettet</li> <li>Ved store regionale kriser etablere HMN strategiske ledelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se regional helseberedskapsplan pkt. 14.6.3 og 14.4.2</li> </ul>
Krisestab	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrollere og koordinere sykehusorganisasjonen arbeider hensiktsmessig for å løse foreliggende beredskaps-situasjon/krise.</li> <li>Melde eventuelle ekstraordinære behov til kriseledelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Møt i stabsrom AMK ved tilkalling</li> <li>Beredskapsplan er retningsgivende for krisehåndteringen.</li> </ul>
Operativ leder helse (OLH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forestår organisering, ledelse og koordinering av det operative sanitetsapparat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Tiltaksbok Ambulanse HM</li> <li>Organisere evakueringskjeden fra skadested i samarbeid med skadestedsleder og AMK-sentral</li> </ul>
Sikkerhetsseksjon  Jfr. Sikkerhetsseksjonens beredskapsplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Holde innfartsveiene til sykehuset åpne</li> <li>Etablere kontinuerlig beredskap for innkommende helikopter</li> <li>Forsterke skallsikringen på samtlige bygg</li> <li>Utplassere relevant skilting</li> </ul>	Telefoner <ul style="list-style-type: none"> <li>Sikkerhetssentralen: 76001 og 76003</li> <li>Sikkerhetssjef: 46939645</li> </ul>
Teknisk vakt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tilkalle og koordinere ressurser fra driftservice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nås via 67500</li> </ul>

### 5.3. Varsling



#### Varsling om hendelse hvor det kan være fare for liv og/eller helse (1 1 3)

Ved en beredskapshendelse (krise) skal ansatte alltid varsle medisinsk nødtelefon (AMK-sentralen) på telefonnummer **1 1 3**. Dette gjelder både ved hendelser som skjer utenfor foretaket og ved hendelser internt i organisasjonen. Dersom varsel om slike hendelser kommer inn på andre kanaler eller til andre mottakere, skal disse videreformidles til AMK-sentralen uten unødig opphold.

## Varsling til organisasjonen

Beredskapsheving besluttet av ansvarlig AMK-sykepleier som alarmerer sykehuset og informerer om beredskapsnivå.

Alarmering fra AMK til klinikkene gjøres ved å sende "Katastrofealarm" til Personsøker system ("Calling") til alarmhode (se vedlegg) og inneholder:

Linje 1 - **KATASTROFE**

Linje 2 - **RING 69900**

Mottaker av alarm (alarmhode) skal umiddelbart påse at AMK får tilbakemelding om at alarm er mottatt. Når mottaker kontakter AMK-sentralen vil det bli gitt beskjed om:

- Beredskapsnivå som er utløst
- Kortfattet situasjonsrapport / årsak til beredskapsheving (Hva, hvor, når, hvorledes)
- Eventuelle akutte tiltak som skal iverksettes

Mottaker kontakter normalt AMK ved å ringe 69900, alternativt kan klinikkens representant møte ved AMK.

Klinikker skal som minimum ha en døgnkontinuerlig vaktfunksjon som bærer personsøker eller på annen måte ha avklart hvordan klinikken skal motta alarm. Klinikker og underliggende virksomheter som ligger utenfor dekningsområdet til Personsøker systemet, varsles i relevante situasjoner pr telefon til døgnkontinuerlig bemannede funksjoner. Mottak av varsel fra AMK og intern varsling i klinikk er klinikkens ansvar og skal være beskrevet i beredskapsplan nivå 2. Varsling av ansatte – se punkt 9.

## 5.4. Ledelse ved beredskapshendelser

Se vedlegg Kriseledelse.

Ved opplagt krisesituasjon der foretakets kapasitet vil bli utfordret skal ansvarlig sykepleier i AMK-sentralen iverksette adekvat beredskapsnivå uten forsinkelse. Ved tvil om mobilisering er nødvendig drøfter ansvarlig sykepleier beredskapsnivå med medisinsk alarmteam.

Ansvarlig AMK-sykepleier utøver St. Olav kriseledelse inntil de blir avløst av krisestaben eller kriseledelsen.

Ansvarlig AMK-sykepleier/krisestab/kriseledelse skal vurdere situasjonen og iverksette nødvendig tiltak for å sikre at sykehuset er beredt til å håndtere den ekstraordinære hendelsen. Tiltak kan iverksettes for å begrense skade eller øke sykehuset kapasitet til å yte helsehjelp.

Kriseledelse kan justere beredskapsnivået opp eller ned etter som situasjonen utvikler seg. Melding om oppjustering av beredskap/avblåsing meldes på samme måte som opprinnelig alarmering/varsling.

# Ledelse Nivå 1 - Opptrapping



## 5.4.1. Alarmteam

Alarmteamene gir beslutningsstøtte/råd til Ansvarlig AMK-sykepleier som har beslutningsansvar. AMK-lege (leder) og alarmteamet skal møte i AMK-sentralen for å få en situasjonsrapport, etablere krisestab og innledningsvis lede St. Olav samlede innsats inntil kriseledelse/-stab er på plass og kan ta over.

St. Olav har følgende alarmteam:

### Medisinsk Alarmteam:

<b>AMK-lege</b> Primærvakt Hovedintensiv	Leder alarmteam Skal møte i AMK-sentralen og fortsette som rådgiver i AMK-sentralen og Krisestab	P.søk 6451
Kirurg avd Gastro, bakvakt	Skal møte i AMK-sentralen	mobil telefon
Ortoped gen bakvakt	Skal møte i AMK-sentralen	mobil telefon

### Administrativt alarmteam:

<b>AMK-lege</b> Primærvakt Hovedintensiv	Leder alarmteam Skal møte i AMK-sentralen og fortsette som rådgiver i AMK-sentralen og Krisestab	P.søk 6451
Teknisk vakt		P.søk 8811
Beredskapssjef		mobil telefon
Kommunikasjonsdirektør/-rådgiver		mobil telefon

### IKT-alarmteam:

<b>AMK-lege</b> Primærvakt Hovedintensiv	Leder alarmteam Skal møte i AMK-sentralen og fortsette som rådgiver i AMK-sentralen og Krisestab	P.søk 6451
---	---	------------

Avdelingssjef AMK-sentralen		mobil telefon
Beredskapssjef		mobil telefon
IKT-sjef		mobil telefon
(Vaktsjef HEMIT	konferansepartner for IKT-alarmteam	mobil telefon

Det kan i helt spesielle tilfelle være aktuelt å innkalle nøkkelpersonell via media. Kriseledelsen beslutter dette og formulerer/formidler melding i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen.

## 5.5. Etterarbeid og evaluering

### 5.5.1. Generelt

Etter alle større beredskapshendelser og alle større øvelser der hele eller deler av beredskapsorganisasjonen ved St. Olav har vært mobilisert, skal det foregå styrt etterarbeid.

Hensikten med dette er at alle ledd i organisasjonen får samlet de erfaringer aksjonen eller øvelsen har gitt slik at vi kan lære av aksjonen eller øvelsen.

I tillegg skal det avdekkes om innsatspersonell har vært utsatt for ekstreme fysiske og/eller psykiske belastninger i forbindelse med katastrofearbeidet slik at formelt etterarbeid eller debrifing må iverksettes for disse gruppene.

### 5.5.2. Organisatorisk etterarbeid

Kriseledelsen er ansvarlig for at foretaket deltar med representanter fra kriseledelsen og eventuelt andre enheter i felles oppsummeringsmøter med andre etater etter aksjoner/øvelser.

Ved større aksjoner skal det også arrangeres formelle oppsummeringsmøter internt ved foretaket. Alle enheter som har vært involvert har møterett og -plikt. Formålet er å få fram umiddelbare reaksjoner og erfaringer på krisearbeidet og samarbeidet internt ved St. Olav. Beredskapsutvalget vurderer i ettertid erfaringene i forhold til beredskapsplanen.

Avdelinger eller enheter som har vært spesielt involvert eller belastet under aksjoner bør arrangere avdelingsinterne oppsummeringsmøter. Klinikk-/avdelingssjef er ansvarlig for at slike tiltak blir iverksatt.

### 5.5.3. Intern Rapportering

Etter større beredskapssituasjoner og øvelser skal alle klinikker som har vært involvert i aksjonen, skriftlig rapportere følgende:

Kortfattet beskrivelse av:

- Klinikkens oppgaver og innsats under aksjonen (Hvem, hva, hvor, når, hvorledes).
- Anonymisert oversikt over antall pasienter behandlet ved/av ulike enheter med alvorlighetsgrad og, hvis mulig, med en resultatvurdering. Dette gjelder også ved interne beredskapssituasjoner der hendelsen kan ha fått negative konsekvenser for enkeltpasienter eller grupper av pasienter. I slike tilfeller fylles i tillegg ut vanlige avviksrappporter i tråd med foretakets kvalitetssystem.
- Positive og negative erfaringer med samarbeidet med andre klinikker.
- Erfaringer med klinikkens innkallingsrutiner og eventuelle forslag til endringer.
- Eventuelle forslag til endringer i beredskapsplanverket.

Klinikkssjef har ansvar for at rapport sendes beredskapsutvalget ved beredskapssjef innen én uke etter den aktuelle aksjon eller øvelse. Se vedlegg.

#### **5.5.4. Debrifing av innsatspersonell**

Kriseledelsen har ansvar for å vurdere den totale belastningen de forskjellige grupper innsatspersonell utsettes for under en pågående aksjon for å unngå seinskader av psykisk karakter hos personellet.

Katastrofefpsykiatrisk team og prestetjenesten står for organisering av debrifing og eventuelle andre tiltak i tråd med egen beredskapsplan for dette.

De enkelte klinikkssjefer melder evt. behov for krisepsykiatrisk bistand til kriseledelsen, eventuelt til beredskapssjef dersom behovet oppstår etter at aksjonen er avsluttet.

Arbeidstakere melder individuelle behov tjenestevei.

## **6. Samordning av beredskapsplaner**

St. Olav forutsetter den enkelte kommune har oppdatert sine beredskapsplaner, idet en samordnet helseberedskap fordrer et nært samarbeid både mellom helseforetakene, og mellom helseforetakene og primærhelsetjenesten. Jamfør *“Tjenesteavtale for omforente beredskapsplaner mellom xxx kommune og St. Olav”*. Kommunen kan forvente å overta pasienter fra spesialisthelsetjenesten i de tilfeller at det må frigjøres mye kapasitet ved sykehusene.

St. Olav beredskapsplan søkes samordnet gjennom kontakt med:

- Helse Midt-Norge RHF
- Andre HF
- NTNU – Det medisinske fakultet
- HiST
- Fylkesmannens beredskapsavdeling
- Hovedredningssentralen
- Politiet
- Sivilforsvaret
- Kommuner
- Brannvesenet
- Forsvaret – HV12 (se regional Helseberedskapsplan)
- Jämtlands län
- Den private spesialisthelsetjenesten
- Andre

Beredskapsplan Nivå 2 forutsettes koordinert med Beredskapsplan St. Olav og gjort kjent for samarbeidende klinikker (i den grad det er relevant).

## **7. Kompetanse, opplæring og øvelser**

Det er et lederansvar å sørge for at personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen er øvet og har nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse.

## 7.1 Sikring av nødvendig kompetanse

Opplæring og deretter regelmessige øvelser er en nødvendig forutsetning for forbedring og revisjon av beredskapsplanverket. Regelmessige øvelser er også en nødvendig forutsetning for oppbygging og vedlikehold av kompetanse og for forsvarlig samvirke mellom nødetatene, med andre HF i Helse Midt-Norge og mellom enheter ved St. Olav .

## 7.2 Opplæring

Administrerende direktør har overordnet ansvar for at opplæring i beredskapsarbeid inngår som en del av opplæringen for nyansatte, og for at helseforetaket har en plan som ivaretar opplæring i beredskapsarbeid.

Den som innehar personalansvar har ansvar for at opplæring blir gitt til den enkelte ansatte; det vil si at opplæringsansvaret primært ligger i linja. Det oppfordres til størst mulig grad av likhet i planverk og opplæring.

Som et minimum skal klinikkene:

- Gjennomgå beredskapsplan med sitt personale en gang i året
- Gjennomføre opplæring, repetisjon og øvelser tilpasset avdelingens risiko og sårbarhet

Alle ansatte skal:

- Få opplæring i handling i egen avdeling ved alarm/beredskapshendelse
- Bli gjort kjent med beredskapsplanverk

Krav til opplæring, plan for gjennomføring og registrering av deltakelse skal være dokumentert i eget planverk.

**Ansvar:** Klinikksjef

## 7.3 Øvelser

Administrerende direktør planlegger og gjennomfører årlig øvelser slik at foretakets samlede organisasjon er i stand til å handle i henhold til denne planen. Det skal arrangeres minimum to øvelser pr. år, hvorav minst en større øvelse. Beredskapsutvalget skal utarbeide en årlig opplæringsplan med tilhørende budsjetttramme. Klinik for akutt- og mottaksmedisin presenterer forslag til beredskapsutvalget.

De enkelte klinikker er ansvarlige for å planlegge og arrangere klinikkinterne øvelser med fokus på klinikkens oppgaver og funksjon. Øvingsplan meldes til beredskapssjef.

Det skal i størst mulig grad øves med reelt tidsforbruk i de øvelsene som arrangeres. Det oppnås best med å arrangere mindre, målrettede øvelser for deler av beredskapsorganisasjonen. Dette gir bedre og mer oversiktlige øvelser med større læringsverdi.

Øvelser evalueres i samsvar med punkt 5.5.

**Ansvar:** Administrerende direktør

## 7.4 Øvingsutvalg

Beredskapssjef representerer St. Olav i lokal redningsssentral (LRS) sitt øvingsutvalg. Beredskapssjef skal minst én gang årlig ta initiativ til et beredskapsmøte med fylkesmannen for å bedre samordningen mellom spesialisthelsetjenestens beredskapsplaner og de kommunale beredskapsplaner.

**Ansvar:** Administrerende direktør



## 8. Logistikk og forsyningssikkerhet

### 8.1. Forsyningssikkerhet

Virksomheten skal sørge for å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler.

Den organisasjon som har ansvar for et fagområde i normalsituasjon skal definere hvor lenge sykehuset skal kunne fortsette med normaldrift hvis forsyningslinjene brytes. Disse krav skal kommuniseres med interne og eksterne leverandører.

Se vedlegg: Interne hendelser - Forsyningssvikt (Ansvarlig: St. Olav Driftservice).

### 8.2. Interne hendelser

Med interne hendelser forstås:

- Brann
- Avbrudd i teknisk infrastruktur

For detaljer, se vedlegg: Interne hendelser - Forsyningssvikt (Ansvarlig: St. Olav Driftservice).

## 9. Fortetting/friggjøring av behandlings/pleie kapasitet

Helse Midt-Norge forutsetter at St. Olav har utarbeidet en plan for frigjøring av kapasitet (utskrivning eller forflytning av pasienter) for å kunne ta hånd om katastrofepasientene som tilføres helseforetaket.

Ved regionale hendelser skal St. Olav *“etablere medisinsk stab som skal ha ansvar for fordeling av skadde til ulike sykehus i regionen og evt. til andre regionsykehus”*.<sup>7</sup>

Alle klinikker som behandler pasienter skal ha oversikt over:

1. Hvor mange pasienter avdelingen fysisk kan motta med maksimal fortetting. (Flere på rom, bruk av daglig stuer, og/eller annet)
2. Plan for ekstraordinær frigjøring av kapasitet. (Hvor kan pasienter som normalt ikke ville blitt utskrevet bli overført til?)
3. Krav til fasiliteter/teknisk infrastruktur på sted egne pasienter flyttes til.

## 10. Registrering av personell

### 10.1. Varsling og tilkalling av ansatte

I henholdt til Helse- og sosialberedskapsloven §4-1, jf. §1-4 første punkt, plikter St. Olav å ha en oversikt over personell som kan beordres ved en krisesituasjon.

---

<sup>7</sup> HMN RHF HBP pkt 5.2

Klinikken skal utarbeide en varslingsplan som beskriver varsling av alarm/varslingsplan fra alarmhode (funksjon som mottar alarm på P-søk/telefon) til de som skal alarmeres/varsles i klinikken.

Ansatte plikter å oppgi kontaktinformasjon som gjør rettidig varsling mulig.

Ved bombetrussel eller annen hendelse som utgjør en trussel mot ansattes oppmøte på arbeidsstedet skal oppmøte sted være særskilt regulert.

## **10.2. Pasienter og pårørende**

Avdelingen skal sikre at tilstrekkelig skriftlig personopplysninger er tilgjengelig.

Se "Tiltak ved avbrudd i PAS" Dokument 13500

## **10.3. Besøkende**

Besøkende skal gis klar og entydig melding om hvordan de skal forholde seg i en krisesituasjon.

# **11. Kvalitetssikring av beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet og tilsyn**

For å sikre at alle ansatte gjenkjenner beredskapsplaner, skal standard St. Olav Beredskapsperm nyttes og være tilgjengelig.

Relevante handlingskort/varslingslister skal være tilgjengelig i papirformat. Sted hvor handlingskort/varslingslister er tilgjengelig skal være kjent. Naturlige steder er basestasjoner, ved branntavler og lignende.

Beredskapsplan St. Olav er et rammeverk med operative elementer i vedlegg. Kapitlene i planen følger paragrafene i "Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid" (FOR 2001-07-23 nr. 881). Beredskapsplan Nivå 2 skal ha en tilsvarende oppbygning, og skal operasjonalisere og beskrive de interne beredskapsordninger som er etablert. Beredskapsplanen inneholder foretaksspesifikk informasjon og har i tillegg elementer av beskrivelser som klargjør andre instanser sin rolle, ansvar og plikter, samt opplysninger som setter planen inn i en større beredskapsmessig sammenheng. Vedlegg og appendiks skal være utformet som praktiske handlingskort som skal sikre at ansatte iverksetter relevant handling ved en krise eller beredskapshendelse. Leder skal sørge for at oppdatert, relevant del av plan, vedlegg og/eller appendiks er tilgjengelig i papirutgave på de steder som ansatte vil få behov for det ved en krise- og/eller beredskapshendelse.

## **11.1 Kvalitetssikring av beredskapsforberedelser**

- Planen er utarbeidet i tråd med krav fremmet i lov og forskrift.
- Planen administreres av St. Olav og er integrert i kvalitetssystemet.
- Klinikkenes planverk forutsettes integrert i kvalitetssystemet.
- Planen skal sees i sammenheng med Regional Helseberedskapsplan og sentrale myndigheters ansvarsområder og planverk.

## 11.2 Kvalitetssikring av beredskapsarbeidet og tilsyn

### 11.2.1 Revisjon av planverk (både på HF- og klinikknivå)

Planverket skal gis et nytt revisjonsnummer hver gang det gjøres endring. Hovedrevisjon gjennomføres årlig, jf. pkt. 2.

**Ansvar:** Klinikksjef/Beredskapssjef

### 11.2.2 Evaluering av hendelser

Hendelser som oppstår der deler av planverket aktiviseres skal evalueres i etterkant for å fastslå om planverket fungerte etter hensikten, og om det er nødvendig med korreksjoner. Eventuelle korreksjoner gjennomføres som etter et ordinært avvik.

Evalueringsrapport og eventuelle dokumenterte korreksjoner legges fram for beredskapsutvalget og sendes regionalt foretak for at erfaringen kan komme alle til gode.

**Ansvar:** Klinikksjef/Beredskapssjef

### 11.2.3 Eksternrevisjon

Eksterne tilsynsmyndigheter, med nødvendig autorisasjon, skal gis all den hjelp og støtte som trengs for gjennomføring av tilsyn/revisjoner. Tilsynsarbeidet skal i størst mulig grad utføres i samarbeid med tilsynsmyndighetene.

### 11.2.4 Internrevisjon

En organisatorisk del av et foretak (klinikk, avdeling eller seksjon) eller en del av beredskapsplanverket (katastrofe, brann, forsyning osv.) plukkes ut for en grundigere gjennomgang. En internrevisjon gjennomføres etter vanlige retningslinjer.

Revisjonen kan også gjennomføres som en spørreundersøkelse blant de ansatte eller grupper av ansatte som for eksempel ledere eller personell ansatt siste år.

Rapport fra internrevisjoner legges fram for ledelsen i foretaket og sendes regionalt foretak.

**Ansvar:** Administrerende direktør

### 11.2.5 Resultatovervåkning

Følgende kvalitetsindikatorer er lagt til grunn for evaluering av planverket:

#### Beredskapsutvalg

- Sammensetning/representasjon i utvalget
- Antall møter i beredskapsutvalget pr. år
- Antall møter med eksterne samarbeidspartnere

#### Beredskapsplanverk

- Andel av beredskapsdokumenter som er revidert

#### Øvelser

- Antall gjennomførte øvelser, type, område, antall involverte, evaluering

#### Hendelser

- Antall gjennomførte hendelser, type, område, antall involverte, konsekvens, sannsynlighet for at hendelse vil oppstå på nytt, risiko, tiltak som er iverksatt for å redusere sannsynligheten for tilsvarende hendelse

Data samles ved utgangen av året og rapporteres til ledelsen ved de lokale helseforetak. Foretaket rapporterer videre til regionalt foretak i sin årlige melding.

**Ansvar:** Beredskapssjef

## Relaterte dokumenter (referanser)

Beredskapsplan St. Olav

Regional helseberedskapsplan

Samhandlingsavtale med kommuner

[beredskapsplaner mellom kommuner og St. Olav](#)

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Forskrift om pliktmessig avhold for helsepersonell

Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven).

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)