



Intern beredskaps-/kriseplan for Veksthuset Molde

REVISJON 2011

**Godkjent av klinikkleder
Veksthuset Molde
den 22.08.2011
Revisjonen gjeldene fra 22.08.2011**

På våre nettsid via [OHwww.rus-midt.no](http://www.rus-midt.no)

vil det til enhver tid ligge en oppdatert versjon,
samt i kvalitetssystemet EQS.

Revisjon: 4.1,

Innhold

1. BEREDSKAPSPLAN FOR VEKSTHUSET MOLDE	4
1. VIRKEOMRÅDE OG FORMÅL.....	4
2. FASTSETTING OG OPPDATERING AV PLANEN	4
3. RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSER/BEREDSKAPSANALYSER	4
4. PLANFORUTSETNINGER	4
KONTINUITETSPLANLEGGING	4
5. VARSLING, OPERATIV LEDELSE OG INFORMASJONSBEREDSKAP	5
6. KRAV TIL SAMORDNING AV BEREDSKAPSPLANVERKET	5
7. KRAV OM KOMPETANSE, OPPLÆRING OG ØVELSER	5
8. FORSYNINGSSIKKERHET	5
9. REGISTRERING AV PERSONELL.....	5
10. KVALITETSSIKRING AV BEREDSKAPFORBEREDELSENE OG BEREDSKAP SARBEIDET OG TILSYN	6
VEDLEGG 1: BEREDSKAPSLLEDELSE	7
VEDLEGG 2: VARSLINGSLISTE I EIERLINJEN INNEN HELSE MIDT NORGE HF	10
VEDLEGG 3: INFORMASJONSBEREDSKAPSPLAN.	12
VEDLEGG 4: AKTUELLE UØNSKEDE HENDELSER SOM GIR SPESIELLE UTFORDRINGER:.....	14
VEDLEGG 5: - PLAN FOR BEREDSKAPSTELEFON.....	16
VEDLEGG 6: ETABLERING AV EGEN VIRKSOMHET PÅ ALTERNATIVT STED.....	17
VEDLEGG 7. BRANN I EGNE LOKALER	18
VEDLEGG 8 - SMITTE MELLOM PERSONER – HYGIENEPROSEDYRE - INFEKSJONSKONTROLLPROGRAM	19
VEDLEGG 9: SVIKT I DATAANLEGGE	20
VEDLEGG 10: ALVORLIG UHELL, KRISER ELLER SKADE PÅ PASIENTER ELLER ANSATTE	21
VEDLEGG 11 KOLLEGASTØTTEORDNING	28
VEDLEGG 12: BEREDSKAPSJOURNAL.....	29
VEDLEGG 13: MELDINGSBLANKETT TIL BRUK UNDER KATASTROFE OG BEREDSKAPSSITUASJONER.	30
VEDLEGG 14; AVTALER	31
VEDLEGG 15: TELEFONLISTE	33

INNLEDNING

Lov av 23.juni 2000, nr. 56 – "Lov om helsemessig- og sosial beredskap" og "Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid" (For 2001 – 07 – 23 nr. 881) gir hjemmel og føringer for beredskapsarbeidet i de regionale- og lokale helseforetakene med underliggende enheter. For Rusbehandling Midt-Norge HF er kravene søkt møtt gjennom utarbeiding av to hefter:

- 1.) Regional beredskapsplan – Del 1, revisjon 4.10
- 2.) Regional beredskapsplan – Del 2 - Intern krise-/beredskapsplan for Veksthuset Molde, revisjon 4.1

Dette heftet er bygd opp slik det er forutsatt fra Rusbehandling Midt-Norge (versjon 4.1.pr 10.08.11./Helse Midt Norge RHF, (pr 30.06.11.) og gjeldene myndighetskrav. Planen er i hovedsak et rammeverk, men med operative elementer i de enkelte vedlegg.

"Intern beredskap -/kriseplan for Veksthuset Molde" (dette heftet) skal operasjonalisere og beskriver de interne beredskapsordninger som er etablert for å sikre at Veksthuset Molde på best mulig måte skal ivareta egen drift i krisesituasjoner. Dette planverket er distribuert innad i Veksthuset Molde, og til foretaksledelsen, samt de som trenger dette i sitt samarbeid med enheten(Helse M&R HF, Politi, Molde kommune, Molde Brannvesen).

I tråd med kravet om et tilpasset infeksjonskontrollprogram,(IKP) (jfr Forskrift om smittevern i helsetjenesten) henvises til godkjent plan (del 1) som ligger i EQS (se også vedlegg nr 8)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050617-0610.html>.

De vesentligste elementene er utviklet tidligere og fungerer greit, men kravet til at dette skal være samlet og skriftlig nedfelt krever noe arbeid som er påstartet, og forutsetningsvis skal være ferdig i 2010. .

Videre forutsettes at HACCP; - det nye hygieneregelverket knyttet til matvarekontroll blir implementert i denne revisjonsperioden (innen 31.12.11) på Veksthuset. Dette regelverket bygger i større grad på risikovurdering som grunnlag for tiltak og egenkontroll enn IK-mat har gjort

Denne rulleringen bygger på arbeid på overordnet nivå og ved Veksthuset Molde, både i HMS, vernerunder, kvalitetsutvalgs og IR sammenheng, samt papirøvelser(bordøvelser) og ROS -analysearbeid. Dette er en viktig prosess for å få et kvalitetsmessig og godt nok produkt for å ivareta organisasjonens behov ved en krisesituasjon, likeså som et ledd i forankring og forståelse av planarbeidets formål.

De tre med alvorlige risikoområder som er identifisert i årets risiko og sårbarhetsanalyse er:

Høyest prioritet	2. høyest prioritet	3. høyest prioritet
Forhindre mobbing overfor/mellom pasienter	Forhindre pasientinformasjon lagt på sosiale medier av pasienter	Forhindre brudd på konfidensialitetskravene

Dette bør således ha spesielt fokus og sammen med øvrige risiki danne grunnlag for det arbeidet som skal prioriteres, utover det som er system/myndighetskrav.

De overordnede plandeler kan hentes ned fra Virksomhetsportalen og EQS hvor det til enhver tid vil ligge en oppdatert versjon.

Ved Veksthuset Molde har det vært gjennomført egen risiko- og sårbarhetsanalyser(ROS)/beredskapsanalyse i 2011. Denne er å finne på EQS (3.3.). Ansatte har en selvstendig plikt å sette seg inn i dokumentene.

Enheten skal ha tilgjengelige papirversjoner slik at man ikke er sårbar ved strøm/datasvikt. Papirversjon skal forefinnes i papirversjon hos alle avd. ledere, klinikkleder, sekretær, adm konsulent (eget ansvar).

22.08.2011

Siv Kvamme
Klinikkleder

Beredskapsplan for Veksthuset Molde

1. Virkeområde og formål

Denne delen av Veksthuset Molde sitt planverket søker å beskrive enhetens interne beredskap ved krise. Planverket skal bidra til at Veksthuset Molde på best mulig måte skal ivareta egen drift i krisesituasjoner.

Beredskapsplanverket bygger på følgende prinsipper:

- Ansvarsprinsippet: Den som har et ansvar i en normalsituasjon, har også ansvaret i ekstraordinære situasjoner.
- Likhetsprinsippet: Den organisasjonen man opererer med under kriser skal være mest mulig lik den organisasjonen man har til daglig
- Nærhetsprinsippet: Kriser skal håndteres på et lavest mulig nivå.

Beredskapsplanen er bygd opp slik at kapitlene følger paragrafene i "Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid".

2. Fastsetting og oppdatering av planen

Klinikkleder for Veksthuset Molde skal fastsette beredskapsplanen og revisjoner av denne etter behov. Det gjøres en årlig revisjon av planverket, og den skal være fullført per 30.09. Revisjoner som følge av nødvendige endringer legges inn fortløpende og merkes med nytt revisjonsnummer.

3. Risiko- og sårbarhetsanalyser/beredskapsanalyser

Den enkelte enhet i foretaket skal gjennom sitt beredskapsarbeid gjennomføre ROS-analyser. Veksthusets planverk søker å møte utfordringene som framkom i arbeidet med analysen som ble gjennomført våren/-forsommeren 2011. I tillegg gjøres det fortløpende risikoanalyser ved friluftaktivitet og turer med pasienter, samt i andre situasjoner, der det er økt risiko for uønskede hendelser/skade av en eller annen art.

Risiko og sårbarhetsanalysen, i likhet med planverket for øvrig, må omfatte forhold som kan gjelde nasjonale, regionale og lokale forhold (f. eks infrastruktur, pandemi etc) utenfor selve driftsenheten som på ulik måte kan true tilbudet. .

4. Planforutsetninger

Beredskapsplanen skal bidra til at ledelsen og de ansatte ved Veksthuset Molde skal være i stand til å agere som forutsatt når uønskede hendinger oppstår med pasienter/besøkende/ansatte, i eksternt og/eller i egne lokaler, eller andre hendelser med utstyr og bygninger som får konsekvens for det behandlingstilbudet vi skal utføre. Det vises forøvrig til kapittel 5 i helseforetakets beredskapsplan.

I den grad Veksthuset har aktiviteter (f eks ridning, klatring, brevandring, nedfart i alpinanlegg, padling o.a.) som kan innebære helseisiko må vi skaffe oss en systematisk oversikt over hvilken risiko aktiviteten innebærer, og eventuelt gjennomføre tiltak for å redusere risikoen til et akseptabelt nivå for å forebygge helseskader.

Som det fremgår av RMN HF sin plan (side 5) skal klinikkene ha et særskilt fokus på infeksjonskontroll/smittevernsarbeidet/Trygg Mat(HACCP) - plan. Dette er et ledelsesmessig og faglig arbeid som Veksthuset må prioritere i planperioden. Se også i vedlegg 4 (side 24) i planen til RMN HF om styrende dokument for smittevern

Kontinuitetsplanlegging

Målet med planleggingen er å finne løsninger på hvordan Veksthuset skal kunne opprettholde drift på et akseptabelt nivå til tross for en uønsket situasjon påvirket av ytre årsaker; f. eks utbrudd av pandemisk influensa i Norge, jfr. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, svikt i infrastrukturen, spredning av Legionella, jfr forskrift om miljørettet helsevern <http://www.lovddata.no/for/sf/ho/ho-20030425-0486.html> etc.

En kontinuitetsplanlegging må basere seg på noenlunde samme forutsetninger som for øvrig i samfunnet. Se vedlegg 5 (fra side 25) i foretakets beredskapsplan av 10.08.11

Planene skal behandles i Kvalitetsutvalget.

Ansvar:

Klinikkleder er ansvarlig for utforming og nødvendig revisjon

5. Varsling, operativ ledelse og informasjonsberedskap

I hht kapittel 5 i helseforetakets beredskapsplan (fra side 7) skal følgende begreper for beredskapsnivå benyttes:

- ❑ **GRØNN beredskap:** Betegner normalberedskap, og omfatter de ressurser og tiltak som er avsatt til å håndtere normalrisiko og normalbelastning.
- ❑ **GUL beredskap:** Betegner en beredskap som iverksettes når det er oppstått en uavklart situasjon eller det er stor fare for at en uønsket alvorlig hendelse kan inntreffe og det er fare for at de ordinære ressursene ikke strekker til.
- ❑ **RØD beredskap:** Betegner en beredskap som iverksettes ved en alvorlig uønsket hendelse, krise eller katastrofe.

Ledelse på ethvert nivå kan høyne beredskapsnivået i eget myndighetsområde. Den myndighet som har bestemt at et beredskapsnivå skal høynes, eller ledelse på høyere nivå, har myndighet til å redusere beredskapsnivået.

6. Krav til samordning av beredskapsplanverket

Planverket er søkt samordnet med samarbeidende instanser. Dette gjelder p.t. med: Molde Brannvesen, Molde kommune og Molde sykehus.

7. Krav om kompetanse, opplæring og øvelser

Det vises til kapittel 7 i den regionale beredskapsplanen. Kravet i punkt 9. søkes løst gjennom informasjonstiltak og øvelser.

Den enkelte enhets plan for sine øvingsformer rapporteres i linjen og fra klinikkleder også til beredskapskoordinator

8. Forsyningssikkerhet

Det er tatt utgangspunkt i kapittel 8 i Rusbehandling Midt-Norge HF sin beredskapsplan og ROS/beredskapsanalysen for Veksthuset Molde.

Det er i forutgående analysearbeid ikke identifisert noen områder som krever spesiell beredskap på medisinsk forbruksmateriell. Svikt i leveranser på infrastruktur (strøm, vann, olje, mat etc), over noen timer (0 – 12 t) vil ikke forårsake noen alvorlig krisesituasjon.

Svikt i informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) m.v. inntil 24 timer vil ikke sette liv og helse i fare, men hemme drifte.

Det er imidlertid en forutsetning gitt av RHF/RMN pkt 5.1. om at de enkelte enhet i sine planer skal ha utarbeidet en plan for frigjøring av kapasitet (forflytning av pasienter) for å kunne ta hånd om katastrofepasientene som tilføres helseforetakene ved større katastrofer eller situasjoner der sykehusene har behov for arealene til andre presserende helseoppgaver (influensaepedemi, katastrofer etc). Dette er søkt løst ved alternativ lokalisering i samarbeid med Molde sykehus.

En 100 % evakuering og reetablering på alternativt sted fremgår av vedlegg 6.

9. Registrering av personell

Det er tatt utgangspunkt i kapittel 9 i Rusbehandling Midt-Norge HF sin beredskapsplan og ROS/beredskapsanalysen for Veksthuset Molde for 2011.

Med det overordnede krav om at institusjonen skal sørge for å ha nødvendig personell til disposisjon i tilfelle krise tenker man løst på sikt gjennom avtale med Molde sjukehus. Utfordringen er likevel at virksomhetens egenart på

det kliniske området fordrer spesiell kunnskap på metode og behandlingsfilosofi for å dekke personellbehov ved de behandlingsfaglige avdelingene.

Ved enheten finnes det ajourført oversikt over personell som kan beordres etter helse- og sosialberedskapsloven § 4-1, jf. § 1-4 første punktum. Kartleggingen gjelder pr 16.07.08.

Ansvar: Klinikkleder

10. Kvalitetssikring av beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet og tilsyn

Det vises til foretakets beredskapsplan del 1. pkt 10., side 14.

De samme prinsipper gjelder for Veksthuset Molde. Data samles ved utgangen av året og rapporteres til ledelsen i eget helseforetak.

Vedlegg 1: Beredskapsledelse

Ved en omfattende uønsket hendelse, ulykke eller katastrofe skal klinikkleder, eller i dennes fravær, nestleder eller andre tilstedeværende behandlingsfaglige avdelingsledere, bakvakt eller avdelingsleder administrasjon, beslutte at en beredskapsledelse etableres/"settes" ved Veksthuset Molde, i egne lokaler eller annen passende lokalisasjon.

Beredskapsledelsen er lik den daglige ledelse. De mest aktuelle som forutsettes å møte i første omgang er:

Navn	Kommentarer	Telefon	E-mail
Ekspedisjonen		71 21 98 00 71 21 98 01 (faks)	veksthuset-molde@rus-midt.no
Vakttelefon	Bakvakttelefon	95 86 44 54	
Siv Kvamme	Klinikkleder	71 21 98 31 (jobb) 99 39 21 08 (mobil)	Siv.kvamme@rus.midt.no
Berit Kalgraff	Avdelingsleder "Huset", stedfortreder	99 54 98 18	Berit.Kalgraff@rus-midt.no
Arnfinn Holbø	Avdelingsleder poliklinikk, inntak og etablering	71 21 98 21 (jobb) 99 54 99 12 (mobil)	Arnfinn.Holbo@rus-midt.no
Leif Sverre Hoel	Avdelingsleder administrasjon/ Beredskapskoordinator	71 21 98 33 (jobb) 41 52 97 24 (mobil)	Leif.Sverre.Hoel@rus-midt.no
Bente Grudt	Adm/merkantilt personell (Sekretær/ konsulent)	97 56 94 75 (mobil) 91 87 54 39 (jobb)	Bente.Grudt@rus-midt.no

Hvem kan beslutte at beredskapsledelsen skal etableres?:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klinikkleder 2. Nestleder/stedfortreder 3. Tilstedeværende avdelingsledere 4. Bakvakt
--	---

Fullmakt:	Lov av 23.juni 200 nr. 56. Lov om helsemessig og sosial beredskap.
-----------	---

Sted for etablering av kriseledelsen:	Glomstuvegen 50, 6410 Molde, Glomstua 2. etg. eller annen lokasjon om det er mer hensiktsmessig
---------------------------------------	--

Tekniske hjelpemidler:

Telefoner:	Sentralbord: 71 21 98 00 Bakvakt telefon 95 86 44 54
Telefaks:	71 21 98 01 (kopirom 2. etg. Glomstua)
Annet samband:	Nei, evt mobiltelefoner
Mobiltelefoner:	I h.h.t egen liste (vedlegg 15)
PC-er med mulighet for e-post:	veksthuset-molde@rus-midt.no
Kopimaskiner:	Ja (3 stk), dok 1 i nettverk
Audiovisuelt utstyr:	Ja
Apparat for eget radiosamband:	Nei
Video/Telekonferanseutstyr:	Ja, og høytalende telefon

Organisering av beredskapsledelsen

Det kan være hensiktsmessig å dele inn arbeidsoppgavene for medlemmene i beredskapsledelsen på følgende måte:

- Sjef – Klinikkleder eller stedfortreder for denne (kommunikasjon, politi, presse, eierlinjen, mm)
- Stedfortreder/nestleder: – Kommunikasjon -/Mellommenneskelige forhold (Pasient, pårørende, ansatte, (informasjonsinnsamling)
- Avdelingsleder Poliklinikk – Operasjoner/ressursstyring
- Avdelingsleder administrasjon – Forsyning og logistikk
- Merkantilt personell – Sekretariat

Det kalles inn øvrige personer fra Veksthuset Molde eller Molde sjukehus (info tjenesten, smittevern) etter behov.

Beredskapsledelsens oppgaver

- Innhente opplysninger om den aktuelle situasjonen fra tilgjengelige kilder, primært kriseteam i egen avdeling, lokal AMK, brannvesen, Politi eller egne ansatte/pasienter.
- På eventuell oppfordring fra AMK eller andre bistå med beslutningsstøtte og strategisk ledelse. Dette vil særlig være aktuelt i situasjoner med omfattende hendelse og langvarige kriser der ressursknapphet eller sviktsituasjoner krever at man gjør grep for å bedre situasjonen på lang sikt.
- Utarbeide og sende informasjon til foretaksledelsen, helsetilsynet og andre offentlige myndigheter etter definerte rutiner. Dette må koordineres med foretaksledelsen.
- Utarbeide og sende ut informasjon til egne ansatte, pårørende og media.
- Dokumentere mottatt eller sendt informasjon og tilhørende beslutninger gjennom loggføring.

Hvilke instanser skal beredskapsledelsen etablere kontakt med?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foretaksledelsen ▪ Helsetilsynet ▪ Molde kommune (helseavdelingen) ▪ Politiet ▪ Brannvesen ▪ Molde sykehus ▪ Andre
--	--

Andre opplysninger/informasjon i forbindelse med etablering og drift av beredskapsledelsen ved Veksthuset Molde.	Sørg for å ha system for håndtering av forespørsler fra: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pårørende – nettsted/telefon ▪ Media – nettsted/ pressemeldinger/presse-konferanser. ▪ Egne ansatte – nettsted/ e-post via egen ledelse
--	--

Samarbeidene instanser:

Molde sykehus Tlf 71 12 90 00. Ved krise så kan dette nummeret brukes: 113 (AMK)
 Helse Møre og Romsdal HF (jobb/hjemme/mobil):

Tittel	Navn	Telefon	e-post
Adm. direktør	Astrid J. Eidsvik	70 10 68 05 70 21 33 38 917 72 495	Astrid.Eidsvik@helse-mr.no
Viseadm. Direktør	Einar Myklebust	71 12 09 56 71 25 56 78 966 92 925	Einar.myklebust@helse-mr.no
Kommunikasjonssjef	Arnt Sommerlund	71 21 19 39 900 88 300	Arnt.sommerlund@helse-mr.no
Hygienesykepleier			
Beredskapskoordinator	Gunnar Watn	97 08 02 37	Gunnar.Watn@helse-mr.no

Vedlegg 2: Varslingsliste

Telefonnummer til bruk for informasjon i eierlinjen (jobb/hjemme/mobil):

Rusbehandling Midt-Norge HF, Administrasjon Stjørdal tlf. 74 83 99 70 (faks 74 83 99 71) (jobb/mobil)

Rusbehandling Midt-Norge HF, Strandvn. 1, 7500 Stjørdal (jobb/mobil):

Tittel	Navn	Telefon	e-post
Adm. direktør	Dag Hårstad	74 83 99 72 922 85 670	Dag.Haarstad@rus-midt.no
Fung fagdirektør 2011	Kristin Tømmervik	73 84 85 00 92 44 87 05	Kristin.Tommervik@rus-midt.no
Seniorrådgiver	Terje Haaland	74 83 99 73 911 73 630	Terje.Haaland@rus-midt.no
Økonomidirektør	Sissel Hovland Nordaune	74 83 99 75 934 25 031	Sissel.Hovland.Nordaune@rus-midt.no
Administrasjons- og Personalsjef	Mette Bjørgen	74 83 99 76 48 27 22 23	Mette.Bjorgen@rus-midt.no
Kommunikasjons- rådgiver	Trine Nordgård Stensaas	74 83 99 78 95 90 53 25	trine.stensaas@rus-midt.no

Samarbeidende instanser:

Helse Midt-Norge RHF
Varsling til HMN i arbeidstiden:

Sentralbord Helse Midt-Norge RHF: 74 83 99 00 Mailgruppe : beredskap@helse-midt.no	Faks Helse Midt-Norge RHF: 74 83 99 01
---	---

Ved krise/katastrofe utenom ordinær arbeidstid (hjemme/mobil):

Fet skrift = Kan besluttet setting av stab i HMN RHF

Tittel	Navn	Telefon	e-post
Administrerende direktør	Gunnar Bovim	74 83 99 15 72 60 06 10 954 67 446	Gunnar.bovim@helse-midt.no
Direktør for Helsefag, forskning og utdanning	Nils Hermann Eriksson	951 45747	Nils.hermann.eriksson@helse-midt.no
Kommunikasjonsdirektør	Tor Harald Haukås	74 83 99 24 74 82 10 14	Tor.harald.haukaas@helse-midt.no

		934 98 136	
Direktør eierstyring/viseadm.dir	Asbjørn Hofslie	74 83 99 11 74 08 17 71 909 63 408	Asbjorn.hofslie@helse-midt.no
Organisasjonsdirektør	Sveinung Aune	74 83 99 37 74 27 63 70 918 79 675	Sveinung.aune@helse-midt.no
Direktør for samhandling	Daniel Haga	74 83 99 44 902 06 020	Daniel.haga@helse-midt.no
Direktør for stab og prosjektstyring	Bård Helge Hofstad	74 83 99 14 73 57 35 04 901 32 833	Bard.helge.hofstad@helse-midt.no
Økonomidirektør	Anne Marie Barane	74 83 99 12 74 82 00 80 930 33 931	Anne.marie.barane@helse-midt.no
Rådgiver beredskap (til 1.10.11)	Erik Andreas Øyen	74 83 99 05 74 07 79 48 901 62942	Erik.oyen@helse-midt.no
Seniorrådgiver	Inggard Lereim	908 51434	Inggard.lereim@helse-midt.no
Rådgiver perhospitale tjenester / Rådgiver Beredskap fra 01.10.10.)	Steinar Bjørås	74 83 99 39 900 60113	Steinar.bjoras@helse-midt.no
Sekretær	Oddny Heimstad	74 83 99 29 74 82 25 06 957 52 055	Oddny.heimstad@helse-midt.no
Sekretær	Kirsti Rossbach	74 83 99 23 73 97 09 11 482 77 220	Kirsti.rossbach@helse-midt.no
Kontorleder	Merete Folmoe Rønningen	74 83 99 38 991 67148	Merete.ronningen@helse-midt.no

HEMIT (jobb/hjemme/mobil)

Paul Gundersen 73 86 25 13/73 97 82 21/930 59 577	Bjørn Morten Baglo 74 09 80 78/74 07 87 88/911 82 529
Per Olav Skjesol 74 09 85 57/74 05 85 26/901 33 290	Tjenesteansvarlige for fagsystemene i Hemit (I elektronisk versjon – Trykk på lenken)

Eller

http://www.hemit.no/templates/StandardMaster_100584.aspx

Vedlegg 3: Informasjonsberedskapsplan.

Generelt

- Det å kommunisere godt med pasienter, pårørende, media og andre under en krisesituasjon er svært viktig. Manglende kommunikasjon med disse aktørene kan i seg selv bidra til å lage en krise som enheten må håndtere – "en informasjonskrise".
- Det er viktig at ulike aktører *ikke* sender motstridende budskap om den hendelsen-/krisen man har, men at budskap bidrar til at virksomhetens troverdighet i den konkrete saken opprettholdes, og at det skapes trygghet og informasjon på et naturlig nivå. Sett ut ifra hendelsens art. Samordning av informasjonsformidling er derfor svært viktig.

Hvem har informasjonsansvar?

Klinikkleder, eller i dennes fravær, nestleder har det formelle ansvaret og må være synlig i en krisesituasjon. Som støtte i en omfattende hendelse henter man støtte fra Molde sykehus sin Info tjeneste for å bistå med det praktiske arbeidet.

Den utadrettede informasjonen går via Klinikkleder. Informasjonsapparatets rolle er å tilrettelegge for god informasjonsflyt og -håndtering.

Informasjonsansvarlig:	Klinikkleder Siv Kvamme
Nestleder:	Berit Kalgraff
Informasjonskoordinator: egen medarbeider:	Avdelingsleder adm
Informasjonsmedarbeider Molde Sykehus:	Se side 8 i denne planen

Hvor skal informasjonsapparatet etableres?	Glomstuvegen 50, 6410 , Glomstua 1. eller 2. etg.
--	---

Samlingssted for pressen, samt Sted for pressekonferanser/-briefer:	Møterom 1.etg. Glomstua, Glomstuvegen 50, 6410 Molde
---	--

Tekniske hjelpemidler:

Telefoner:	Sentralbord: 71 21 98 00
Telefaks:	71 21 98 01
Annet samband:	Nei, evt mobiltelefoner (se forøvrig vedlagt telefonliste)
Mobiltelefoner:	I h.h.t egen liste (vedlegg
PC-er med mulighet for e-post:	Ja, - veksthuset-molde@rus-midt.no
Kopimaskiner:	Ja (3 stk)
Audiovisuelt utstyr:	Ja
Apparat for eget radiosamband:	Nei
Video/-Telekonferanseutstyr:	Ja

Generelle oppgaver for den som utøver informasjonsansvaret

- Innhente opplysninger om situasjon og rapportere videre.
- Informasjonsmedarbeider gir beredskapsledelsen (enhetsleder) opplysninger om hvilken oppfatning han/hun har av informasjonsbehovet
- Informere egne ansatte etter oppdrag fra beredskapsledelsen
- Gi informasjon til publikum-/pårørende/pasienter etter oppdrag fra beredskapsledelsen.
- På oppdrag fra beredskapsledelsen skal informasjonsmedarbeider gi media informasjon om pressekonferanse (annonsering av pressekonferanser gir beredskapsledelsen arbeidsro), gjennomføre pressebriefer, utlevere pressemeldinger fra beredskapsledelsen og henvise mediepersoner til oppholdsrom hvor de kan vente på mer informasjon.
- Henvise pårørende til rette vedkommende/sted (for eksempel pårørendetelefon, etablert møtested for pårørende, kriseteam, politi mv). Stedsvalg vurderes. Kan være Møretun.

Håndtering av ulike situasjoner

- Beredskapsledelsen ved Veksthuset Molde gir informasjon til adm direktør i eget foretak, eller hans stedfortreder.
- Rusbehandling Midt-Norge HF holder Helse Midt-Norge RHF oppdatert og orientert.
- Helse-Midt-Norge RHF holder Helsedepartementet oppdatert og orientert om situasjonen i helseforetaket

Katastrofe/krise med stort omfang og mange involverte:

- Se beredskapsledelsens oppgaver og generelle oppgaver ovenfor.
- Ivareta "sørge for" ansvaret for egne pasienter og de på venteliste.
- Holde eier oppdatert

Vedlegg 4: Aktuelle uønskede hendelser som gir spesielle utfordringer:

Dette vises til enhetens ROS analyse som ble gjennomført våren 2011. Med grunnlag i denne har man foretatt en sammenfatning av de mest aktuelle elementene.

Pri	Uønsket hendelse m/ angivelse av årsak	Forslag til nye forebyggende tiltak	Ansvar	Tidsfrist	Kostnader	Merknader
21	Mobbing overfor/mellom pasienter	F) brukerundersøkelser (F) Jobbing i grupper Konfliktløsningssamtaler (F) Ansatte tilgjengelig i miljøet	Aktuelle avdelingsleder og klinikkleder	d.d.	Ingen/lt	
44	Pasientinformasjon lagt på sosiale medier av pasienter	(F) Fokus på etisk/moralsk taushetsplikt gjennom samarbeidsavtale Tema i pasientgruppe	Aktuelle avdelingsledere, faserådgivere	d.d.	Ingen/lt	
48	Brudd på konfidensialitet	Utskrifter skal fjernes fra skriveren så snart utskriftsjobben er ferdig Dør til skriverrommene skal være låst	Klinikkleder, aktuelle avdelingsledere og alt personell	d.d.	Ingen/lt	
49	Pasientopplysninger lagret utenfor EPJ	Vurdere omlegging av rutiner. Fokus på tema; a) EPJ lukkes og sikres når operatør forlater helsenett b) virksomheten gjennomgår praksis for å ivaretar sitt ansvar etter personopplysningsloven og helsepersonelloven mv	Klinikkleder, aktuelle avdelingsledere og alt personell	d.d.	Ingen/lt	

Pri	Uønsket hendelse m/ angivelse av årsak	Forslag til nye forebyggende tiltak	Ansvar	Tidsfrist	Kostnader	Merknader
8	Lekkasje/funksjonsfeil gasspeis	(F) Kontroll, oppslag, utstyr og rutiner for korrekt bruk følges. (F) Service og kontroll 2012, og 2. hvert år	Klinikkleder, samt aktuell avdelingsleder	d.d.	3`	
14	Svikt i brannvarslingsanlegg	F) Kontrollrutiner for brannvern følges. B) Årskontroll av sakkyndig I-elektro	Klinikkleder, samt aktuell avdelingsleder	d.d.	5`	
24	Selv mord /overdose	(F) Opprettholde respekt og holdning til null toleranse på "rus på huset". (F) Rutiner på varsling av medisinsk personell for vurdering. (B) Følge varslingsrutiner. (F) Førstehjelpsopplæring	Klinikkleder, aktuelle avdelingsledere og alt personell i kliniske posisjoner	d.d.	Ingen/liten	

ROS - analysen er ikke fysisk vedlagt, men ligger på EQS (3.3.)

Vedlegg 5: - Plan for beredskapstelefon

Generelt

Dersom det skjer en alvorlig uønsket hendelse med pasienter/ansatte/bygninger ved Veksthuset Molde kan dette kunne utløse en strøm av telefoniske henvendelser til enheten. Dette kan medføre blokkering av linjer og hindre arbeidet i forbindelse med den uønskede hendelsen.

Tiltak: Man vil ta i bruk enhetens tjenestetelefoner (mobiler) for å avhjelpe situasjonen. Informasjon om dette vil bli lagt ut på www.rus-midt.no Sentralbordet må tilstrebe rask viderekobling/formidling til ansatte/ledelse.

Alle ansatte har tjenestetelefon

Hvem har ansvaret for telefon?

Klinikkleder har det formelle ansvaret. Det praktiske arbeidet delegeres til administrasjonen.

Veksthuset Molde har egen sentral med et begrenset antall linjer.

Kontakter

Veksthuset Molde	Hovednummer	71 21 98 00
Klinikkleder	Siv Kvamme Siv.Kvamme@rus-midt.no	71 21 98 31 99 39 21 08 mob
Avdelingsleder administrasjon (Beredskapsansvarlig)	Leif Sverre Hoel leif.sverre.hoel@rus-midt.no	71 21 98 33 41 52 97 24 mob
IT (IKT) ansvarlig	Anne Lene Nerland anne-lene.nerland@rus-midt.no	71 21 98 34 91 87 54 19 mob
Sekretær: sekretariat	Birgit Godø veksthuset-molde@rus-midt.no	71 21 98 00 91 87 54 06 mob

Vedlegg 6: Etablering av egen virksomhet på alternativt sted

Generelt

I hht RM-N HF sin beredskapsplan kapitel 5 skal det utarbeides en plan for forflytning -/frigivelse av kapasitet dersom det skjer hendelser som tilsier at funksjoner ikke kan videreføres i eksisterende bygninger.

Hvem har ansvaret for evakuering og reetablering på annet sted?

Enhetsleder har det formelle ansvaret. Det praktiske arbeidet delegeres til beredskapsleder og administrasjonen.

Følgende lokasjoner kan være aktuell, avhengig av full, eller delvis fraflytting:

Alternativ lokasjon	Omfang	Eier/Kontaktinfo
Fjellstua, Skaret , Fræna kommune	Delvis/full fraflytting	Helse Nordmøre og Romsdal HF; Torleif Hjellseth 90 60 09 21 Torleif.Hjellset@helse-mr.no
Strandheim , Skjevika	Delvis/full fraflytting	Helse Nordmøre og Romsdal HF; Torleif Hjellseth 90 60 09 21 Torleif.Hjellset@helse-mr.no

I samarbeid med Helse Møre & Romsdal HF har Veksthuset tidligere brukt Fjellstua på Skaret . Dette vil kunne fungere med mindre tilpasninger. Dette ansees å være godt egnet.

Strandheim på Hjelset er 2. alternativ. Dette bygget står tomt og kan i løpet av kort tid (24 timer) brukes til vårt formål. Tegninger følger som eget vedlegg. Det kreves noe teknisk utbedring og møbler.

Kontakter

Klinikleder	Siv Kvamme	99 39 21 08
Avdelingsleder administrasjon	Leif Sverre Hoel	41 52 97 24

Generelle oppgaver som må utredes til 2012:

- Befaring av aktuelle lokasjoner – Studentskipnaden Høgskolen i Molde
- Befaring av aktuell lokasjon: Frænabu,

Vedlegg 7. Brann i egne lokaler

NB! Brannalarmen alarmerer direkte brannvesenet. Molde Brannvesen rykke ut.

Generelt

Brannvernarbeidet ved Veksthuset Molde har høy prioritet ut ifra preventive brannvern hensyn og med god opplæring til både pasienter og ansatte. Dette er særskilt viktig da pasientene ansvarsfokus er sentralt i Veksthuset.

Hvem har ansvaret for brannvern?

Klinikkleder har det formelle ansvaret. Det praktiske administrative arbeidet delegeres til avdelingsleder administrasjon. Det operative ansvaret delegert til brannvernansvarlig rådgiver (ansatt) som sammen med brannansvarlig bruker/pasient (vara) utøver de operative funksjoner ved alarm-/ hendelse. Det er dagansvarlig på "strukturkontoret" som er operativt ansatte ansvarlig. Brannansvar på pasientnivået kan overlates til andre tilstedeværende pasienter, slik at det til enhver tid er en person som er dedikert dette ansvaret.

Nærmere retningslinjer og prosedyrer vedr brannvern finnes i EQS og egne brannvernpermer på strukturkontoret, hos brannansvarlig pasient og i administrasjonen.

Ansvar / instruksjer

- Ved Veksthuset Molde er klinikkleder overordnet ansvarlig for instruksjer og systemer for opplæring av personell. Ansvaret forvaltes av Brannvernleder/HMS ansvarlig/avdelingsleder adm som igjen har dette delegert til brannansvarlig rådgiver og brannansvarlig pasient (som er tilstede på døgnbasis).
- **Verneombud** skal ivareta arbeidstakers rettigheter /behov i helse – miljø og sikkerhetsspørsmål.
- **Byggeier ved avdelingsleder administrasjon** har ansvar for kontroll og vedlikehold av branntekniske installasjoner. Det er denne som er kontaktperson for byggherre i brannproblematikk.
- **Brannvernleder** er avdelingsleder administrasjon.
- **Alt personell** er ansvarlig for å kunne branninstruks, kjenne plassering og bruk av brannvarsling- og brannslukkeutstyr.
- Den enkelte skal kunne gi livreddende førstehjelp til personer som skades ved brann.
- Den enkelte skal kjenne risikomomenter, og kunne forebygge utvikling av brann
- **Koordinatoransvar ved brannalarmer** er på dagtid lagt til dag/vaktansvarlig i døgnavdelingen, og kan bistås av sekretær (personell som oftest er tilstede).
- Alle pasienter/ "melder av " til brannansvarlig pasient, personell for øvrig melder av til dag/vaktansvarlig rådgiver, slik at disse kan skaffe oversikt over
 - Status for evakuering
 - Status for varsling (er brannvesen varslet?)
 - Status for søk etter alarmårsak

Se på EQS for nærmere informasjon om prosedyre for utløst brann og evakuering. Har du spørsmål så kan disse rettes til avdelingsleder administrasjon.

Vedlegg 8 - Smitte mellom personer – hygieneprosedyre – infeksjonskontrollprogram. "Trygg mat"

Generelt

Dårlig personlig hygiene og dårlig hygienisk standard, f. eks i forbindelse med renhold og mat/næringsmiddelhåndtering kan være smitekilden til mange sykdommer, som HIV, hepatitt, herpes, hudsykdommer, skabb, fotsopp, influensa, forkjølelse, diaré mm

Alle pasienter på Veksthuset Molde tilhører risikogruppe for spredning av HIV og hepatitt, uansett svar på blodprøve. Blod er den viktigste smitekilden.

For å hindre matforgiftning og matinfeksjoner er det spesielt viktig med god håndhygiene i forbindelse med toalett, kjøkken og måltide, herunder også rutiner for håndtering av næringsmidler (Trygg mat/HACCP/IK-mat). (Se egen instruks i EQS)

Veksthuset har prosedyrer og retningslinjer knyttet til smittevern. Den enkelte klinikk i RMN HF var frem til 01.01.2010 gitt pålegg om å innarbeider tilstrekkelige elementer knyttet til smittevern som ivaretar kravene i smittevernlovgivningen og føringer fra Smittevernplanen til Helse Midt-Norge HF. Dette arbeidet må fortsatt forankres, ha fokus og kvalitetssikres.

Det er i Norge innført nye hygieneforskrifter (01.03.2010). og det er fastsatt retningslinjer for god hygienep praksis innefor institusjonskjøkken (HACCP). Kravet er at alle virksomheter skal bygge sitt "IK-mat" arbeid på et system for fareanalyse og risikovurdering.

Dette føyer seg inn i samme metodikk som vi kjenner igjen i annen risiko og sårbarhetsvurdering, avviksbehandling og dokumentasjon. Matproduksjon er et området som har en klar helsemessig risiko, og kan også være fatal for driften om uønskede hendelser slår til.

Status og mål på (Infeksjonskontrollarbeidet og Trygg mat i 2011:

Del 1: Kvalitetsutvalget her vedtatt del 1 av Infeksjonskontrollprogrammet som omhandler organisering, ansvar, standardrutiner og andre overordnede bestemmelser

Del 2: Arbeidet med å sammenfatte og gjennomgå de enkelte rutiner er påbegynt og dette er tenkt ferdig før utgangen av 2011. Utfordringen i organisasjonen er ressurser til gjennomføring.

Trygg mat: Har har VHM sine utfordringer ettersom man ikke har eget driftspersonell med næringsmiddelfaglig kompetanse/bakgrunn. Arbeidet er påstartet og målsettingen er at dette vil bli gjennomført i 2. halvår 2011, slik forutsetningene fra RMN HF er.

Ansvar: Klinikkleder har det formelle ansvaret. Det praktiske arbeidet delegeres til avdelingsleder for de behandlingsfaglige avdelingene. Daglig oppfølging delegeres videre i rådgivergruppen. Administrasjonen vil støtte arbeidet med organisering og oppfølging.

Smittevernkompetanse:

Veksthuset Molde og Helse Møre og Romsdal, har en avtale om bruk av Molde sykehus sine smittevernressurser. Se side 9 i denne planer for kontaktpersoner og vedlegg 14 for avtaleteksten

Gjeldene prosedyre finnes i EQS, pkt 3.6.

Vedlegg 9: Svikt i dataanlegge

Generelt

Dersom dataanlegget faller ut vil dette kunne medføre irritasjon og utsettelse, forsinkelser i meldingsgangen og eventuelt tap av dagens data. Imidlertid synes konsekvensene relativt små så lenge andre kommunikasjonsmidler er tilgjengelige.

Hvem har ansvaret for dataanlegget ved Veksthusert Molde?

Klinikkleder har det formelle ansvaret. HEMIT har kontraktfestet at de skal sørge for 24 timers drift, og er de som kontaktes ved problemer med ansatte sitt utstyr, samt skrivere.

Pasientenes internettilgang, og maskinvare er Veksthuset sin eiendom og driftsansvar. Det praktiske arbeidet er delegert til økonomikonsulent som må spille på andre medarbeidere, og evt leie inn teknisk support

Kontakter

Økonomikonsulent	Anne Lene Nerland Anne.Lene.Nerland@rus-midt.no	71 21 98 34 91 87 54 19
HEMIT servicesenter	kundesenter@hemit.no	0 (bylinje) 03612
Avdelingsleder administrasjon	Leif Sverre Hoel	71 21 98 33 41 52 97 24

Generelle oppgaver i tilfelle anlegget går ned:

- Kartlegge situasjon og rapportere videre.
- IT-ansvarlig gir avdelingsleder/klinikkleder opplysninger om hvilken oppfatning hun har av situasjonen.
- Informere egne ansatte og andre som vanligvis benytter dataanlegget til kommunikasjon.
- Ta nødvendige initiativ for å få anlegget operativt.

Vedlegg 10: Alvorlig uhell, kriser eller skade på pasienter eller ansatte

Generelt

Hensikten med denne delplanen er at ansatte skal være mest mulig forberedt til å møte kriser og ulykker blant pasienter og medarbeidere ved at alle har tilgang på nødvendig informasjon om hvem som gjør hva når, hvem som har ansvar, og hvem en skal kontakte. Denne planen skal også sikre at pasienter og tilsatte skal få nødvendig og riktig hjelp i krisesituasjoner.

Ved større kriser/ulykker vil andre offentlige instanser ha ansvar og ledelse på skadestedet. I slike saker skal VHM samarbeide med disse og sørge for best mulig beredskap og oppfølging på lokalt plan.

Beredskapsledelse

I likhet med planen forøvrig er det beredskapsledelsen (BL) (side 7 i beredskapsplanen) som har det overordnede ansvaret. Dette er et overordnet team som består av VHM`s ledergruppe, og eventuelt andre ressurspersoner det er naturlig å knytte til seg.

Kriseteam

Kriseteam (KT) blir her brukt om et lokalt team som har spesielt ansvar for oppfølging ved ulykker/kriser ved den enkelte avdeling/på hendelsesstedet. Denne består av rådgiver med dag/vaktansvar og andre rådgivere med god erfaring, samt egen avdelingsleder. Bakvakt tiltrer kriseteamet etter vurdering og tidspunkt dette er naturlig. Likeså vil lege, psykologspesialist-/psykolog tiltre teamet etter behov. Kriseteamet er ikke en fast gruppe. Opplæring/drilling skjer gjennom årlige bordøvelser på aktuelle tema/case.

Dersom klinikkleder selv ikke er leder for kriseteamet, ledes kriseteamets arbeid av den som i linjen har den overordnede stillingen

Planen

Denne delplanen for alvorlige kriser og ulykker er en oversikt over hvem som gjør hva – når.

Den inneholder 2 tiltaksplaner;

1. dødsfall hos pasienter/ansatte
2. for større ulykker/alvorlig skade eller kriser der både pasienter og tilsatte kan være involvert.

Ved mindre ulykker og kriser foretar den lokale dagansvarlige/turansvarlige og avdelingsleder den nødvendige oppfølgingen. Klinikkleder skal alltid varsles.

Arbeidsfordeling beredskapsledelse (BL) og kriseteam (KT)

Hva	Hvor	Hvem
Mindre hendelser/skader	På og utenfor Veksthusets område	Kriseteam har ansvar
Død/ ulykke	På Veksthusets område	Dagansvarlig varsler Ø-hjelp og skriver avviksmelding (EQS) Klinikkleder/-Beredskapsledelsen (BL) har ansvar for varsling til RMN HF Klinikk varsler Arbeidstilsynet, Politi, Helsetilsyn, og evt andre aktuelle instanser.
Død/ulykke	Utenfor institusjonens område i Veksthusets regi	Ansvarshavende varsler Ø-hjelp og skriver avviksmelding (EQS). BL og kriseteam (lokal ansvarsgruppe). har ansvar for varsling til øvrige brukere og ansatte, samt RMN HF og pårørende. Klinikkleder varsler Arbeidstilsynet,

		Helsetilsynet og Politi
Død/ulykke	utenfor institusjonens område – privat- på fritid, egenaktivitet,	Lokalt kriseteam ved mindre ulykker. BL informerer egne ansatte og pasienter.

Begrensning

En slik plan vil ikke kunne omfatte alle tenkelige krisesituasjoner. Det vil også være situasjoner hvor vanlige tiltak og "oppskrifter" ikke vil virke hensiktsmessige. Likevel er all erfaring at ROS-analyser, bordøvelser, kunnskap om normalreaksjoner og behov i krisesituasjoner vil gjøre oss bedre skikket til å møte situasjonen når noe skjer.

Beredskapsplanen er ment som praktiske anvisninger i krisesituasjoner, og vil som regel kunne fortelle

- **hva vi skal gjøre når noe skjer**
- **hvem som skal gjøre hva**
- **i hvilken rekkefølge**

Beredskapsplanen omhandler ikke tiltakskjede for hva som skal gjøres dersom Veksthusets pasienter og ansatte utsettes for større eller mindre ulykker når de er på turer eller lignende. Det må her være en oppgavefordeling mellom de som er ansvarlige på turen og de som er tilbake i Veksthuset.

Det bør/skal i forbindelse med ekstern aktivitet gjennomføres en risikovurdering, og eventuelt gjennomføre tiltak for å redusere risikoen til et akseptabelt nivå. Dette primært for å redusere helseskader på pasienter/ansatte.

Er det aktiviteter som fordrer personlig verneutstyr må man sørge for at alle brukere (beboere/ansatte) får opplæring og informasjon om bruken av utstyret og de farer utstyret skal beskytte mot.

Tiltak ved hendelse: Dødsfall hos pasienter/ansatt

Alle som blir varslet, har taushetsplikt.

Klinikkleder/ og i dennes fravær nestleder uttaler seg ved henvendelser.

HENDELSE	ANSVARLIG	TILTAK
AKUTTFASE		
STRAKSTILTAK: Dødsfall blant pasienter og ansatte i tjeneste (Lege stadfester evt død)	Når dødsfallet skjer <u>på institusjonen</u> : De(n) som er sammen med-/finner den forulykkede må ta ansvar.	Yte førstehjelp Varsle lege / politi: Medisinsk nødhjelp: tlf 113 Politi: tlf. 112 Kontakte dagansvarlig, og/bakvakt, Ansvarshavende får ansvar for å holde andre pasienter samlet til bakvakt kommer.
	Ved dødsfall <u>utenfor institusjonen område</u> : De(n) som er sammen med-/finner den forulykkede må ta ansvar. Varsle!	Yte førstehjelp Varsle lege / politi: Medisinsk nødhjelp: tlf 113 Politi: tlf 112 Hvem? Hva? Hvor? Kontakte dagansvarlig/bakvakt, derpå varsle avdelingsleder/klinikkleder
Ved arbeidsulykke med dødelig utfall (i arbeidssituasjon) eller mistenkelig dødsfall	Politi Arbeidstilsynet	Etterforsker Avklare hendelsesforløpet
VARSLING:	Sykehus, politi eller andre der det er naturlig: Dagansvarlig-/bakvakt: Avdelingsleder/bakvakt:	Varsel pårørende Varsler avdelingsleder/klinikkleder. VARSLE: - Kriseteam - Klinikkleder vurderer videre varsling (pårørende, RMN HF, BL osv) - Andre tilsatte - Pasientene

OPPFØLGINGSFASE

HENDELSE	ANSVARLIG	TILTAK
BEARBEIDING OG PRAKTISKE TILTAK	Kriseteam i avdelingen med andre ressurspersoner	legger opp arbeidet videre: - varsle medpasienter/ansatte om hendelsen - utpeke kontaktperson for pårørende - minnestund ev i samråd med pårørende - sette av tid og sted til å snakke med pasientene og ansatte for å bearbeide sorgreaksjoner - orientere om hva som skjer videre: begravelse - kontakte ekstern krisehjelp hvis nødvendig

HENDELSE	ANSVARLIG	TILTAK
		<ul style="list-style-type: none"> - debriefing av de som har vært vitne/først på stedet
	Klinikkleder Avdelingsleder	<ul style="list-style-type: none"> - vurdere ukeplanen de nærmeste dagene og andre arrangementer - pratisk tilrettelegging - kontakt med direktør - blomster, hilsen, samtale med hjemmet - hjelp til pårørende som kommer utenbys fra - representasjon i begravelse - svare på spørsmål om forsikring/erstatning
VIDERE OPPFØLGING AV BEBOERNE	Kriseteam, prest	<ul style="list-style-type: none"> - ha god kontakt med pasienter/-fase 2 + 3 - gi tilbud om oppfølging
ETTERARBEID	Klinikkleder, KU, HMS koordinator, avdelingsleder Avdelingsleder	<ul style="list-style-type: none"> - evaluere hvordan beredskapsplanen har fungert og eventuelt foreslå endringer - ajourføre lister og lignende - sletting av data - melding til He-Mit, lønnskonto-sletting på telefon/ansattelister etc

Tiltak ved hendelse: Alvorlig ulykke/skade eller krise ved Veksthuset Molde (pasienter/ansatt)

Alle som blir varslet, har taushetsplikt. Enhetsleder/ og i dennes fravær nestleder uttaler seg ved henvendelser.

HENDELSE	ANSVARLIG	TILTAK
AKUTTFASE		
STRAKSTILTAK: Alvorlig ulykke/skade eller krise blant pasienter og/eller ansatte i tjeneste.	Når hendelsen skjer på <u>institusjonen</u> : De(n) som er sammen med/finner den skadde/forulykkede må ta ansvar.	Yte førstehjelp Varsle lege / politi: Medisinsk nødhjelp: tlf 113 Politi: tlf. 112 Hvem? Hva? Hvor? Kontakte dagansvarlig/-bakkvakt. Ansvarshavende (pasient) får ansvar for å holde pasientene samlet til bakkvakt kommer.
	Ved hendelse <u>utenfor institusjonen</u> område: De(n) som er sammen med-/finner den skadde/forulykkede må ta ansvar. Varsle!	Yte førstehjelp Varsle lege / politi: Medisinsk nødhjelp: tlf 113 Politi: tlf 112 Hvem? Hva? Hvor? Kontakte dagansvarlig-/bakkvakt, derpå varsle avdelingsleder-/ klinikkleder
Ved arbeidsulykke med personskade (i arbeidssituasjon).	Politi Arbeidstilsynet Avviksmelding	Etterforsker Avklare hendelsesforløpet
VARSLING:	Sykehus, politi eller andre der det er naturlig Dagansvarlig/Bakkvakt: Avdelingsleder/bakkvakt:	Varsel pårørende Varsler avdelingsleder-/klinikkleder VARSLER: - Kriseteam - Klinikkleder vurderer videre varsling (pårørende, RMN HF, BL osv) - Andre tilsatte - Pasientene

OPPFØLGINGSFASE

HENDELSE	ANSVARLIG	TILTAK
BEARBEIDING OG PRAKTISKE TILTAK	Kriseteam i avdelingen med andre ressurspersoner	legger opp arbeidet videre: - varsle medpasienter/ ansatte om hendelsen - utpeke kontaktperson for pårørende - sette av tid og sted til å

HENDELSE	ANSVARLIG	TILTAK
		snakke med pasientene og ansatte for å bearbeide reaksjoner - kontakte ekstern krisehjelp hvis nødvendig - debriefing av de som har vært vitne/først på stedet
	Klinikkleder Avdelingsleder	- vurdere ukeplanen de nærmeste dagene og andre arrangementer - pratisk tilrettelegging - kontakt med direktør - blomster, hilsen, samtale med hjemmet - hjelp til pårørende som kommer utenbys fra - svare på spørsmål om forsikring/ erstatning
VIDERE OPPFØLGING AV BEBOERNE	Kriseteam, psykolog, prest	- ha god kontakt med pasientene/fase 2+3 - gi tilbud om oppfølging
ETTERARBEID	Klinikkleder, KU, HMS koordinator, avdelingsleder	- evaluere hvordan beredskapsplanen har fungert og eventuelt foreslå endringer

DEBRIFING

Debriefing, eller psykologisk debriefing, er en strukturert metode for å forhindre uønskede psykiske senvirkninger etter ekstraordinære, krisepregede hendelser som:

- svære ulykker og katastrofer
- hvor arbeidskamerater eller medpasienter er hardt skadd eller har omkommet
- ulykker, som kunnet ha resultert i katastrofe
- andre hendelser som innebærer omfattende eller ekstreme påkjenninger

Metoden retter seg mot overlevende, pårørende, pasienter- eller arbeidskamerater og hjelpere etter krisesituasjoner, ulykker og katastrofer. Strukturen er gruppesamling(er) for de aktuelle deltagerne, og gruppen bør ledes av fagperson med utdanning / trening i psykologisk debriefing.

Gruppen(e) bør ikke ha mer enn høyst 15 deltagere. Gruppesamlingen bør ikke finne sted samme dag som krisen har inntrådt, idet mange deltagere stadig vil være preget av sjokk og uvirkelighetsfølelse i forhold til hva som har skjedd. (Det kan være hensiktsmessig å samle aktuelle deltagere allerede kort tid etter ulykken, men da – først og fremst – for å snakke om hva som har hendt, og finne ut av om noen drar hjem til ensomhet.) Det ideelle tidspunkt for psykologisk debriefing er 24 – 72 timer etter hendelsen.

Debriefing etter ulykker og lignende er ikke behandling eller terapi for personer med problemer. Debriefing er et tilbud til personer som har gjennomgått svære påkjenninger, og som sikter mot å bearbeide normale reaksjoner.

Det vil være kriseteamet – eventuelt beredskapsledelsen, som har ansvar for at debriefing finner sted.

Redningsmannskaper, politi, helsepersonell gjennomgår rutinemessig debrifing etter store, yrkesmessige påkjenninger. Dette er personell som er *brifet* – følgelig skal debrifing finne sted. Foruten de personlige reaksjoner, vil det her måtte gjennomgås også de faglige aspekter ved redningsarbeidet. Den enkelte enhetsleder har her ansvaret for at denne type debrifing finner sted.

Vedlegg 11 Kollegastøtteordning

- Kollegastøtte og annen form for sosial støtte i klinikken/avdelingen er av stor betydning. "Samhold gir styrke"
 - At man som kollega tar kontakt og viser at man er villig til å snakke og yte hjelp ellers, blir mottatt positivt. Det er ikke ordene som er det viktigste, med det at du bryr deg. Man bør styre unna unødvendige kommentarer, grotesk spøk, fortellinger om andre som har det verre og en nysgjerrig holding. Om man i et velmenende forsøk blir avvist må man ta det til etterretning og ikke presse seg på

- Hva du som kollega kan tilby:
 - Vite noe om stressreaksjoner og emosjonell førstehjelp slik at du kan være til hjelp
 - Tilby deg å være sammen med den rammede slik at man unngår ensomhet
 - Gi praktisk hjelp uten at den rammede mister kontroll eller føler seg hjelpeløs
 - Tålmodighet til å lytte til de gjentatte beretninger om samme situasjon
 - Søk kontakt og tilby fysisk og psykisk assistanse slik at den rammede oppsøker ulykkestedet eller arbeidet så snart som mulig
 - Still ikke for store krav til arbeidsinnsatsen og annen aktivitet - selv om aktivitet og fremmøte er viktig
 - Tre støttende til å gi avlastning om den rammede får "tilbakefall" med sterke reaksjoner
 - Ta hensyn til den ekstra sårbarheten den rammede har. Det varer i lengre tid enn du trodde
 - Om du merker at den rammede trenger faglig assistanse - hjelp vedkommende til å søke hjelp og vær en brobygger til hjelpeapparatet

Se <http://www.nhi.no/amv/asp/document.asp?id=988> og <http://www.jobbingutenmobbing.no/upload/KSO14Nov2007.pdf> for nærmere informasjon

Vedlegg 13: Meldingsblankett til bruk under katastrofe og beredskapssituasjoner

MELDINGSBLANKETT

(Til bruk ved katastrofe- og beredskapssituasjoner)

UTSTEDER:

MOTTAKER:

Dato og klokkeslett:

Ref til journalnummer i katastrofejournalen:

MELDINGEN GJELDER

(Husk stikkordene Hva, Hvor, Når og Hvorledes)

Hva er gjort med meldingen?:

Til arkivmappe:

Dato/klokkeslett/underskrift

Vedlegg 14: Avtaler

Avtale mellom Veksthuset Molde og Sjukehuset i Molde/Helse M&R HF

Mål med avtalen

I denne avtalen fastsetter rammer for samarbeid mellom Helse Møre og Romsdal HF v/Molde Sykehus og Rusbehandling Midt-Norge HF v/ Veksthuset Molde knyttet til beredskapsplanlegging. Avtalen bygger på de intensjoner som ligger i samarbeid mellom helseforetakene i Helse Midt Norge RHF. Videre den intensjon i vedtak, lovgivning, instruksjer, avtaler og regler som partene til enhver tid er bundet av på dette området.

Hovedmålet med avtalen er å bidra til hensiktsmessig samhandling mellom ansatte i ovennevnte enheter for å ivareta planlegging og arbeid innen beredskapsområdet, og da primært for å ivareta en god faglig utvikling, forsvarlig metodevurdering innen smittevern- og informasjonsberedskap.

Avtalen skal være motivert ut fra at kunnskap og kompetanse skal komme pasientene og ansatte ved Veksthuset Molde til gode, og at kravene i lov og overordnede vedtak blir ivaretatt på en hensiktsmessig måte.

Generelle forhold

Avtalen forutsetter ledelsesmessig forankring i enhetene.

Spesielle forhold

Samarbeid:

Beredskapsplanutvalget ved Helse M&R HF/Molde sykehus møter representanter fra Veksthuset Molde årlig som et ledd i revisjonen av eget planverk. Dette blir et årlig møtepunkt for å drøfte ulike elementer primært innen smittevern og informasjonsberedskap. Dette møtet er et kontaktmøte for å ivareta og videreutvikle det samarbeid som etableres gjennom denne avtale.

Da Rusbehandling Midt-Norge HF selv ikke besitter de nødvendige ressurser om helsefaglig kompetanse innen smittevern, hygiene, etc vil noe av formålet være å veilede, kvalitetssikre planverk og bistand ved hendelser.

Veksthuset Molde planlegger og legger til rette for den møtevirksomhet som skal finne sted.

Alternativ lokasjon;

Veksthuset har gjennom sitt planverk identifisert bl a. bygningen Fjellstua (Skaret) og Strandheim (Hjelset) som begge eies av HM&R til alternativ lokasjon ved behov. Slik forflytning kan utløses av interne hendelser eller utledet av større samfunnsmessige kriser.

Kompetanseutvikling:

I den grad det er hensiktsmessig for ansatte ved Veksthuset Molde å delta på kurs, aktiviteter med relevans til de emner som omfattes av avtalen vil dette bli forsøkt ivaretatt.

Planverk:

Det utveksles kontakt/varslingsliste som innarbeides i det planverk som revideres årlig

Denne avtale trer i kraft fra avtaleinngåelse og løper til den sies opp av en eller begge parter eller til ny avtale er inngått.

Dato: 12.05.06 (første gang godkjent)

For Veksthuset Molde

For Helse Møre og Romsdal HF

Vedlegg 15: Telefonliste

VEKSTHUSET MOLDE

71219800

AVD. NR.:		MOB.TLF. tjenestenummer/Kort.nr mobil	TELEFONNUMMER (71219+internnummer)
	NATTEVAKT - Mobil	91 87 54 34	
	BAKVAKT	95 86 44 54	
	SENTRALBORD GLOMSTUA		71 21 98 00
	TRÅDLØS - GLOMSTUA		71 21 98 02
	TELEFAX GLOMSTUA		71 21 98 01
	Telefonsvarer sekretær		71 21 98 39
	Strukturkontor	99 54 98 17	805
	Trådløs- struktur		806
	Resepsjon,TS,Tlf. 1		810
	Resepsj. TS. Tlf. 2. Trådløs		811
	Resepsj. TS. Tlf. 3. Trådløs		847
	Telefonsvarer, resepsjon beboere		819
	Koordinator - Huset	91 87 54 36	
	KARTLEGGING - DAGANSVARLIG	Trådløs – ikke i bruk	846
	PERSONAL:		
	Ledig (MA)	91 87 54 37	
	Bachmann, Kristian	91 87 54 20	803
	Bekkevold, Nils	91 87 54 33	835
	Bolme, Nilsen, Jorill M.	90 23 63 72	823
	Brevik Sigrid		
	Dahle Ellen Kvan	91 87 54 15	816
	Dogbey Casimir	91 87 54 18	832
	Eide, Maren	94 16 10 15	803
	Godø, Birgit Elin	91 87 54 06	800
	Grudt, Bente	91 87 54 39	842
	Gudbrandsen, Heidi	91 87 54 10	804
	Hammervold, Anja	91 87 54 22	845
	Hoel, Leif Sverre	41 52 97 24	833
	Holbø Arnfinn	99 54 99 12	821
	Hostad, Per Christian	91 87 54 08	
	Hovden Ann Kristin L.	91 87 54 13	
	Ilestad , Anita	91 87 54 29	845
	Johansen Kjell Johnny	91 87 54 14	818
	Juberg, Mai-Lene	91 87 54 28	818
	Kalgraff Berit	99 54 98 18	822
	Kvamme, Siv	99 39 21 08	831
	Lorvik Ole	93 04 66 58	

	Løvik Mariann	91 87 54 30	836
	Moum Marit	91 87 54 27	818
	Nerland Anne-Lene	91 87 54 19	834
	Nerland, Kari	95 13 32 57	
	Nøsen, Merethe Wenaas	91 87 54 26	
	Ormbostad Helga	97 76 69 01	808
	Rasmussen, Paul Vidar	91 87 54 09	
	Sahin, Deniz Canefe	91 87 54 35	840
	Sandøy, Anita Kleiven	91 87 54 23	
	Sekkeseter Tone	91 87 54 25	803
	Skovborg-Hansen, Marielle	91 87 24 27	818
	Svergja, Janne Kari	91 87 54 16	809
	Troøien, Ragnhild	90 40 28 70	
	Tverfjell Randulf	97 10 74 48	844
	Tørresen, Jarle	91 87 54 32	818
	Ugelvik, Unn Stølen	91 87 54 38	841
	VAKTMESTER, Eass	92 63 08 44	
	Wold, Jørgen	91 87 54 21	813
	Øksenvåg, Berit	91 87 54 17	807
	Øverbø Hege	91 87 54 07	
	Åndal, Lillian Rødseth	97 10 83 63	
	Aarø, Kristin Helland	91 87 54 12	

Vedlegg 16: BEGREPSAVKLARINGER (fastlagt av Helse Midt-Norge RHF)

ABC/NBC-midler	Samlebetegnelse på atom-, biologisk- eller kjemiske midler. Kalles også ABC-agens. I stedet for A (Atom) brukes nå ofte N (Nuclær)
AMK-sentral	Akuttmedisinsk Kommunikasjonssentral. Forkortes ofte til bare AMK. Helsetjenestens akuttmedisinske fagsentral plassert i sykehus med akuttmottak, for mottak og håndtering av medisinsk nødmelding, øyeblikkelig hjelp innleggelse og ambulanseoppdrag. Det finnes 2 hovedtyper AMK-sentraller: <ul style="list-style-type: none"> o Regionale AMK-sentraller (R-AMK); AMK sentral utpekt av RHF til å ha en støttende og koordinerende rolle ved større ulykker der flere AMK-sentraller kan være involvert, o Lokale AMK-sentraller (L-AMK) med mottak av nødnummer (113) innenfor et geografisk område (AMK-område) I tillegg finnes normalt kommunikasjonssentraller uten mottak av nødnummer 113, der foretaket har akuttfunksjon.
AMK-område	Geografisk område som en AMK-sentral har ansvaret for.
AMK-LA	AMK-sentral med ansvar for å alarmere og koordinere Luftambulanseressursene.
Beredskap	Med beredskap forstås tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser og andre uønskede hendelser (NOU 2000:24 "Et sårbart samfunn").
Beredskapsplan	En beredskapsplan er en beskrivelse av ansvar, myndighet, ledelses- og kommunikasjonslinjer, samt en samling av forberedte tiltak som kan settes i verk i en ekstraordinær situasjon.
Beredskapssituasjon	En situasjon (ulykke, krise, katastrofe i fredstid eller i krig) der oppgavene til virksomheten er så store at de ikke kan håndteres uten at aktiviteten blir lagt om og evt. ekstra ressurser blir satt inn.
Epidemi	Klart flere tilfeller enn normalt av en sykdom i et gitt tidsrom (ref Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer).
Fagleder helse	Fagleder helse er medisinsk ansvarlig og leder for helsetjenesten på skadested. Fagleder helse bør være lege med god akuttmedisinsk og operativ praksis. Begrepet skal erstatte det tidligere "Fagleder sanitet".
Forsyningskrise	Knapphet på helsemateriell, medisiner, strøm-/vanntilførsel e.l. som gjør at helsetjenesten ikke greier å opprettholde et tilstrekkelig nivå på sin behandlingsskapitet.
HACCP	HACCP er en forkortelse for «Hazard Analysis (and) Critical Control Point». HACCP-systemet er et internasjonalt anerkjent system for fareanalyse og risikovurdering innenfor matproduksjonen. Systemet fokuserer på de enkelte prosessstinn i en næringsmiddelforløpet og vurderer de biologiske , kjemiske og fysiske farer for forbrukeren som introduseres i, eller oppstår på et enkelt produksjonstrinn.
Helsemessig- og sosial beredskap	Helse- og sosialtjenestens evne til å kunne utvide og omstille sin tjenestekapasitet til det som vil være nødvendig under fredstidskriser og ved sikkerhetspolitiske kriser. Regulert bl.a. i Lov av 23. juni 2000 nr 56 om helsemessig og sosial beredskap som trådte i kraft fra 1. juli 2001, med tilhørende forskrift.
HF	Helseforetak. Organisatorisk enhet bestående av et eller flere sykehus, psykiatriske enheter og rusbehandlingstilbud.
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet (tidl. Helsedepartementet).
HRS	Hovedredningsentral. Sentral som har det overordnede koordinerende ansvar for redningsaksjon. Vi har i Norge 2 hovedredningsentraler som er plassert i Stavanger og Bodø (henholdsvis HRS Sør-Norge og HRS Nord-Norge). Hovedredningsentralene har ansvar for all redning på sjø, i luft og på land. Koordinering av redningsaksjoner på land håndteres normalt av lokal redningsentral (LRS) med mindre HRS beslutter noe annet.

HRS-lege	HRS-legen er helsetjenestens medlem i den kollektive redningsledelsen i HRS. Rollen innehas av fylkeslegen i hhv Rogaland og Nordland.
JD	Justis- og politidepartementet
Kommunal legevaktordning	Med kommunal legevaktordning skal forstås kommunalt organisert legetjeneste som skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, herunder foreta den oppfølging som anses nødvendig.
Kontaminering	Forurensing, begrepet er ofte brukt i forbindelse med ABC-midler. Se Saneringsenhet.
Krise og katastrofe	Krise er en situasjon eller hendelse som går utover det en virksomhet normalt er i stand til å håndtere og som krever flere ressurser enn det som normalt er tilgjengelig i daglig drift, men som man har (beredskaps/krise-) planer og ressurser for hvordan takle. En katastrofe er en forverring av en krisesituasjon og vil medføre at det må foretas andre prioriteringer enn hva som normalt anses som forsvarlig.
Kriseledelse	Kriseledelse betyr i denne sammenheng iverksettelse og drift av den ledelsesfunksjon som virksomheten har planlagt for ved ekstraordinære situasjoner. Kriseledelse foregår ofte på tre nivåer; operativt, taktisk og strategisk (se disse definisjonene).
LRS	Lokal redningssentral. Det ledelses- og koordineringsapparat som iverksettes ved redningsoppdrag i det enkelte politidistrikt. LRS ledes av politimesteren.
LRS-lege	Helsetjenestens medlem i den kollektive redningsledelsen ved lokal redningssentral. LRS-legen oppnevnes av fylkesmannen.
LV-sentral	Legevakt-sentral. Skal motta og håndtere henvendelser over et fast legevakts-telefonnummer innen et fastsatt geografisk område, herunder prioritere, iverksette og følge opp henvendelser til kommunal legevakt, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser. Skal kunne kommunisere direkte og videreformidle henvendelser om medisinsk nødhjelp til AMK-sentralen.
Medisinsk katastrofe	En akutt situasjon der lokale ressurser er utilstrekkelig eller ikke kan utnyttes tilstrekkelig fort og effektivt for å hindre eller begrense skadevirkningene på liv og helse. (Helsedirektoratet/KS, 1985)
Operativ leder helse	Ambulansesjefen sin stedfortreder – operativ leder for helsetjenesten på skadested.
Operativ ledelse	Operativ ledelse skjer på stedet. Innen helsetjenesten vil Operativ leder helse (se over) ha ansvar for operativ ledelse på skadested. Videre vil det ofte være en kirurg som bedriver operativ ledelse i akuttmottaket ved mottak av katastrofeofre.
Pandemi	Pandemi er en verdensomspennende epidemi.
R-AMK	Regional AMK-funksjon som kan tre i kraft ved større hendelser. Se AMK.
RHF	Regionalt Helseforetak, inndelt i hhv Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst.
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. (Norsk Standard, NS 5814).
ROS-analyse	Risiko- og sårbarhetsanalyse. Metode for systematisk gjennomgang av potensielle faresituasjoner/trusler/uønskede hendelser med tanke på å avdekke virksomhetens sårbarhet og finne risikoreduserende tiltak.
Samleplass for skadde	Sted der evakuerte pasienter fra en større ulykke samles for behandling / overvåking før transport videre til behandlingssted.
Sanering	Rensing av personer/pasienter som er utsatt for atom-, biologisk- eller kjemiske midler (ABC), før det eventuelt gis medisinsk behandling.
Saneringsenheter	Rensestasjon beregnet for ABC-forurensede pasienter.
SAR	Search and Rescue. SAR er begrepet som internasjonalt benyttes for å omtale en søks - og redningsaksjon.
Hdir	Helsedirektoratet.

Strategisk ledelse	Strategisk ledelse er det "høyeste" ledelsesnivået. Ledelsen på dette nivået vil i en krisesituasjon se på de langtrekkende virkningene av krisen og legge en strategi for å minimalisere skaden. En krisestab bestående av virksomhetens toppledelse kan være et eksempel på en strategisk ledelsesfunksjon.
Sårbarhet	Sårbarhet er et uttrykk for de problemer et system får med å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet. (NOU 2000:24 "Et sårbart samfunn")
Taktisk ledelse	Taktisk ledelse er nivået mellom operativ og strategisk ledelse. Leder på dette nivået må prioritere innsats ut fra tilgjengelige ressurser. Innsatsen planlegges og koordineres slik at den samlede krisehåndteringen blir best mulig. Taktisk ledelse krever at man også vurderer situasjonen fram i tid. En kriseledelse knyttet til AMK-sentralen er et eksempel på en taktisk ledelse.
UUS	Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
1. linjetjenesten	Kommunehelsetjenesten, også kalt primærhelsetjenesten
2. linjetjenesten	Spesialisthelsetjenesten (helseforetak, sykehus)