



Til Region Midtjylland
Sundhedsplanlægning
Att.: Frede Dueholm Nørgaard

Sundhedsstyrelsens rådgivning til høringsversionen af Plan for sundhedsberedskabet i Region Midtjylland og Præhospitalets Beredskabsplan

26. september 2017

Sagsnr. 4-1411-7/1

Reference NAGP

T 93 51 43 01

E eub@sst.dk

Region Midtjylland har med mail af 30. august fremsendt regionens sundhedsberedskabsplan, herunder præhospitale plan, til Sundhedsstyrelsen med henblik på rådgivning i overensstemmelse med § 210 stk. 2 i Sundhedsloven og Bekendtgørelse for planlægning af sundhedsberedskab.

Sundhedsstyrelsen har forud for denne rådgivning indhentet input fra Lægemiddelstyrelsen, Center for Biosikring og Bioberedskab under Statens Serum Institut samt Sundhedsstyrelsens enheder for Forebyggelse og Strålebeskyttelse.

Bemærkninger til sundhedsberedskabsplanen er opdelt i generelle og specifikke bemærkninger.

Generelle bemærkninger

Overordnet set finder Sundhedsstyrelsen, at Region Midtjyllands sundhedsberedskabsplan beskriver de fleste faglige elementer, som en plan bør indeholde. Men planen er overfladisk og ikke egentlig handlingsorienteret. Derudover beskriver planen ikke kerneopgaverne i krisestyring: Aktivering og drift (af kriseorganisationen), Informationshåndtering og Koordination af handlinger og ressourcer – dog står Krisekommunikation som et selvstændigt afsnit i planen.

Under hver af disse kerneopgaver er flere opgaver, som regionen bør tage stilling til og planlægge for – se kapitel 7 i vejledningen [Planlægning for sundhedsberedskabet](#) for en uddybning af disse opgaver (i resten af svaret er den omtalt om ”vejledningen”). En vigtig opgave er fx at kunne udarbejde og fastholde regionens eget situationsbillede.

Planen følger heller ikke den anbefalede struktur for sundhedsberedskabsplaner – se nedenfor. Regionen kan hensigtsmæssigt benytte den skabelon for regionale sundhedsberedskabsplaner, som ligger i word-udgave på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

Del 1: Krisestyringsorganisationen:

- Overordnet beskrivelse af formål med regionens sundhedsberedskabsplan.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

- Organisering af regionens sundhedsberedskab.
- Løsning af kerneopgaverne:
 - Kerneopgave 1: Aktivering og drift.
 - Kerneopgave 2: Informationshåndtering.
 - Kerneopgave 3: Koordination af handlinger og ressourcer.
 - Kerneopgave 4: Krisekommunikation.

Del 2: Delplaner, instrukser og action cards: Operativ del af planen med konkrete procedurer for håndtering af specifikke opgaver/funktioner (kerneopgave 5: Operativ indsats). Regionens overvejelser om organisering af genopretningsfasen (kerneopgave 6: Genopretning).

På nuværende tidspunkt giver regionens plan udtryk af at være en opremsning af række organisatoriske og faglige områder indenfor sundhedsberedskabet. Det er ikke Sundhedsstyrelsens opfattelse af en sundhedsberedskabsplan. En sundhedsberedskabsplan skal være overskuelig, konkret og handlingsorienteret, således at den beskriver, hvordan myndigheden vil håndtere opgaverne relateret til krisestyring, herunder aktivering og drift af egen krisestab, informationshåndtering, koordination af handlinger og ressourcer samt crisekommunikation samt de faglige opgaver fx i forbindelse med lægemiddelberedskabet.

Formålet er at give ledelse og medarbejdere et praktisk redskab, som beskriver krisestyringsorganisationen og de procedurer, der skal anvendes, når beredskabshændelser skal håndteres.

Sundhedsstyrelsen kan anbefale, at regionen tager kontakt til Region Hovedstaden, hvis man ønsker at se en god og en handlingsorienteret sundhedsberedskabsplan. Sundhedsberedskabsplan kan også ses ved at klikke på linket herunder [Region Hovedstadens sundhedsberedskabsplan](#).

Specifikke bemærkninger

Indledning

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at sundhedsberedskabsplanen er baseret på en risiko- og sårbarhedsanalyse. Sundhedsstyrelsen har ikke specifikke bemærkninger til analysen, da den ikke er vedlagt planen.

Udover det, som regionen har beskrevet, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at planlægningsgrundlaget for sundhedsberedskabsplanen baserer sig på IHR (WHO's International Health Regulations) samt nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige vurderinger: Vurdering af Terrortruslen mod Danmark, VTD, og Nationalt Risikobillede. Regionen kan læses mere om dette i kapitel 3 i vejledningen.

Derudover finder Sundhedsstyrelsen, at regionen bør gennemse indledningen til sundhedsberedskabsplanen og tilrette følgende elementer:

- Definition og kategorisering af sundhedsberedskabet jf. Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet (BKG nr. 971 af 28. juni 2016)
- Definitionen af hhv. sektoransvars-, ligheds- og nærhedsprincippet jf. kapitel 7 i vejledningen eller den nationale beredskabsplan.

- Begrebet ”civilt beredskab” benyttes ikke længere indenfor det beredskabsfaglige område jf. Bekendtgørelse af beredskabsloven (LBK nr 314 af 03/04/2017). Sundhedsstyrelsen forstår heller ikke, hvorfor strategisk krisestyring og krisekommunikation er opdelt elementer i regionens planlægning. Krisekommunikation er defineret som en kerneopgave under regionens krisestyring jf. vejledningens side 35-37.
- På side 6 nederst må der menes ”sygehusberedskab” og ikke sundhedsberedskab, som der står nu. Indholdet af teksten omhandler planlægningen på sygehuse.

Det er meget positivt, at regionen har indskrevet overvejelser om genopretning i planen. Regionen kan fremadrettet overveje at inddrage denne dimension direkte under den konkrete faglige planlægning fx i forbindelse med lægemiddelberedskabet – hvordan vil regionen sikre genopretning af denne kritiske funktion?

Regionen mangler at planlægge for beredskabet CBRNE-hændelser. Det er bemærket af hhv. Sundhedsstyrelsens enhed for Forebyggelse og enhed for Strålebeskyttelse. Region kan læse mere i kapitel 8 i vejledningen.

1. Krisestyriingsorganisationen

1.1 Krisestyring og organisering

Regionen har lavet en fin beskrivelse af ledelsesansvar og organisering af krisestyriingsorganisationen. Regionen bør dog tydeliggøre, hvem der indgår i kriseledelse og krisestab. Det kan fx gøres grafisk. Regionen kan også overveje at supplere beskrivelsen af aktivering med et flowchart. Derudover bør regionen tydeliggøre, hvad de ”fem faser i Region Midtjyllands aktiveringsmodel” bruges til i sundhedsberedskabsplanen og i de øvrige planer i regionen. Det er ikke tydeligt, som det er formuleret på nuværende tidspunkt.

Regionen skriver, at ”krisestyring er bygget op over en række kerneopgaver”. Disse bør tilføjes i planen og beskrives i relation til regionens organisering og procedurer.

Regionen skriver, at ”trinvis aktivering betyder, at trin 3 aktivering, når handlinger og indsatser i trin 1 og 2 er igangsat”. Det er ikke helt korrekt. Regionen kan godt aktivere sin plan direkte på trin 3, hvis et akut behov opstår. Definitionen af ’trin 3: Operationsberedskab’ fra nationalt beredskabsplan er indsat nedenfor til orientering:

”Anvendes, når der er behov for, at krisestabene samles for kunne varetage samtlige krisestyriingsrelevante, herunder operative opgaver, hurtigst muligt.

Dette trin indebærer som udgangspunkt, at alle funktioner/opgaver under trin 1 og 2 er iværksat, at myndigheden er klar til en konkret opgaveløsning, og at stabsmedlemmerne er til stede. Når stabe aktiveres i ’operationsberedskab’, vil stabsmedlemmerne blive orienteret om, at de skal være til rådighed i staben.”

1.2 Aktivering af Beredskabs-AMK og sundhedsberedskabet

På side 9 står følgende sætning ”Når Beredskabs-AMK aktiveres, annulleres de gældende kompetenceregler”. Det virker ikke som en hensigtsmæssig procedure, det følger ej heller lighedsprincippet. Det stemmer heller ikke overens med regionens egen formulering på side 8 ”Aktivering af det regionale krisestyringssystem ændrer ikke rollefordelingen mellem de involverede regionale institutioner.”

Regionen bør præcisere, om sygehuset, præhospitalet m.fl. selv har kompetence til at aktivere egne sundhedsberedskabsplaner, eller om planer skal aktiveres, når Beredskabs-AMK varsler eller alarmerer.

Regionen bør tilføje i planen, at varsler og alarmer kan komme mange steder fra, og de mest almindelige bør nævnes, herunder politiet, andre regioner og kommuner, Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen.

Endelig bør regionen at beskrive, hvor og hvordan møder i kriseledelse og krisestab gennemføres samt procedurer for udsendelse af og samarbejde med forbindelsesofficer. Det er særligt relevante at fokusere på den lokale beredskabsstab (LBS) i denne sammenhæng.

1.4 Private hospitaler

På side 10 er titel på ’Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet’ ikke skrevet korrekt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionen indgår aftaler med private sygehuse, såfremt disse er tiltænkt en rolle under en konkret indsats. Det er ikke hensigtsmæssig at skulle indgå aftaler midt i en beredskabssituation.

1.5 Koordinering af sundhedsberedskabsplanlægningen

Det virker fornuftigt, at regionens øvelsesplan koordineres i sundhedsberedskabsgruppen.

2. Indsatsplaner

Indholdet af denne del af planen er ikke formuleret som indsatsplaner. Teksten er en beskrivelse af de enkelte faglige dele af beredskabsplanen, men det beskrives ikke, hvordan medarbejderne skal sikre, at opgaverne løses. Regioner bør i stedet udarbejde egentlige instrukser eller delplaner for de konkrete faglige områder. Se side 38 i vejledningen for en nærmere definition af instrukser eller delplaner.

Regionen kunne eks. oplagt lave en delplan vedr. smitsomme sygdomme, hvor delelementerne med isolationskapacitet, karantænefaciliteter, massevaccination, IHR og epidemikommissionen indgik.

2.1 Indsatsledelse

Information om indsatsledelse vil hensigtsmæssigt være placeret sammen med tekst om regionens præhospitale plan, da funktionen som indsatsleder sund (ISL SUND) hører under den præhospitale indsats. Det samme gælder tekst under afsnittet om ISL SUND på samme side. Endelig gælder det også for teksten under 2.11 vedr. indsats på regionens øer.

Derudover er det mere relevant at henvise til Retningslinjer for Indsatsledelse (REFIL) end Beredskabslovens §17 i forhold til indsatsledelse. I den nye udgave af REFIL har indsatsleder redningsberedskab ændret titel til indsatsleder brand (ISL BRAND), ligesom politiets indsatsleder har ændret forkortelse til ISL POLITI. Dette skal også ensrettes i bilag 3: Ordliste.

2.2 Koordinering

Under afsnittet om den lokale beredskabsstab (LBS) står, at ”Landsdelsregionen (Totalforsvaret)” er et fast medlem af LBS. Forsvaret benytter ikke længere betegnelsen ”Totalforsvaret”. Dette skal også ensrettes i bilag 3: Ordliste.

På side 12 står, at staben kan suppleres ”med ’beføjede’ fra andre sektorer”. Det er ikke klart, hvad der menes ordet ”’beføjede’ fra andre sektorer”, hvorfor det bør tydeliggøres.

I samme afsnit står, at ”det præhospitale beredskab stiller med ’forbindelsesofficer’”. Dette kunne hensigtsmæssigt skrives sammen med det afsnit, som beskriver Beredskabs-AMK’s ansvarsområde. Derudover er man gået bort fra at benytte begrebet ’forbindelsesofficer’ i forbindelse med arbejdet i LBS – i stedet benyttes betegnelsen ”stabsmedlem”.

2.3 Den præhospitale indsats

Under dette afsnit og i bilag 2 kan det hensigtsmæssigt nævnes, at akutbilerne bemanded med anæstesisygeplejersker kun bruges ved interhospital transport jf. Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale (BEK nr 431 af 18/05/2016).

2.4 Hospitalernes beredskabsplanlægning

Regionen har detaljeret beskrevet sygehusenes beredskabsplanlægning, herunder ledelse og opgaver. Sundhedsstyrelsen noterer sig, at sygehusets opgaver (oplistet på side 13 og 14) hensigtsmæssigt kunne struktureres med en del 1: krisestyringsorganisationen (opdelt efter kerneopgaverne i krisestyring) og en del 2: operativ indsats (delplaner, instrukser og action cards).

2.5 Isolationskapacitet

Disse afsnit er ikke handlingsanvisende, men beskriver overordnet, hvad der er planlagt for. Regionen kunne hensigtsmæssigt i stedet beskrive, hvordan kapacitetsudvidelse af tænkt, hvordan det sættes i værk og på hvilke sygehuse.

2.6 Karantænefaciliteter

Det er glædeligt, at regionen har indgået (skriftlig?) aftale med Beredskabsstyrelsen om brug af en kaserne til karantænefacilitet. Det kan hensigtsmæssigt præciseres, hvad der ligger i, at aftalen kan ”tages i brug med et meget kort varsel”. Er der tale om timer, dage, uger?

Regionen omtaler hjemmekarantæne i sin plan og skriver, at det skal søges som førsteprioritet. I den forbindelse skal regionen være opmærksom på, at hjemmekarantæne kan anvendes såfremt de konkrete forhold i og omkring bopælen tillader dette, og hvis lægen fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) vurderer,

at den pågældende person vil være tilgængelig for aktiv overvågning. Derudover skal regionen have planlagt for dagligt tilsyn af en sundhedsperson med relevante kompetencer, som rapporterer videre til lægen fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Derudover skal regionen være opmærksom på, at karantæneplanen skal omfatte mulighed for graduering af indsatsen og oprettelsen af karantænecentre efter det aktuelle behov. Karantæneplanen må således kunne aktiveres trinvist. Der kan være tale om scenarier med behov for karantæne af relativt få personer til worst case med behov for internering af 5.000 personer i op til 17 dage.

Endelig skriver regionen på side 14, at ”Dertil kommer bevogtning, forsyning, transport, m.v.” Det er korrekt, at disse også er opgaver i forbindelse med karantæne. Regionen bør dog definere, hvem der er ansvarlig for løsningen af opgaverne.

Regionen kan læse mere om planlægning af karantæne i bilag 11 til vejledningen.

2.7 Massevaccination

I første afsnit under massevaccination fremgår flere forældede udtryk eller henvisninger. Vi har ikke længere en minister for sundhed og forebyggelse, nu er den rette titel sundhedsministeren. Der findes ikke længere embedslægeinstitutioner eller embedslæger, nu benævnes de Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord og læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Endelig er det ikke Sundhedsstyrelsen, men Statens Serum Institut er ansvarlig for distribution af vaccine i forbindelse med massevaccination. (Lægemiddelstyrelsen er ansvarlig for øvrig ekstraordinær distribution af lægemidler).

Regionen nævner, at der skal kunne etableres vaccinationscentre for hver 21.000 borgere. Dette er dog kun et eller to af de scenarier, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionen planlægger for. Derudover anbefales det, at regionen planlægger for et scenarium, hvor særlige risikogrupper skal/bør vaccineres fx kronisk syge, børn eller ældre over 65 år samt et scenarium, hvor personer i bestemte jobs skal vaccineres.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at regionen lægger vægt på, at ”kommunerne vil kunne udpege det nødvendige antal massevaccinationscentre”, samt at det ”som udgangspunkt er de praktiserende læger, der i egne lokaliteter står for denne vaccination”. Samtidig skriver regionen, at der ikke er indgået aftaler med hverken kommunerne eller almen praktisk i forhold til massevaccination. Det vil Sundhedsstyrelsen kraftigt opfordre regionen til at sikre.

Regionen kan læse mere om planlægning for massevaccination i bilag 9 til vejledningen.

2.8 Den psykosociale indsats (det kriseterapeutiske beredskab)

Den psykosociale indsats er nu den anvendte og samlende betegnelse for både regionens og kommunens indsats (krisestøtte, social assistance og kriseterapi). Dette skal ensrettes i bilag 3: Ordliste.

Regionen beskriver den psykosociale indsats fint, men beskriver kun, hvordan den krisestøttende indsats er planlagt. Derudover bør regionen beskrive, hvordan den kriseterapeutiske indsats i den opfølgende fase er planlagt.

En del af regionens opgaver i forbindelse med den akutte indsats er at udsende kriseteams og koordinerende psykiatrisk kontaktperson (KOP) til indsatsområdet eller Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC).

I samarbejde med politi og evt. kommune skal regionen kunne oprette EPC, hvis et sådant vurderes nødvendigt. Sundhedsstyrelsen skal understrege, at begrebet ”psykosocialt støttecenter” ikke længere benyttes. I stedet benyttes Evakuerings- og Pårørendecenter som et samlet begreb. Det fremgår ikke, om det er aftalt med kommunerne, at de skal kunne ”udpege 1-2 centre”. Der bør være indgået en skriftlig aftale herom.

Endelig hedder det religiøse beredskab, som nævnes på side 16, korrekt ”Folkekirkens katastrofeberedskab”.

2.9 Lægemedelberedskabet

Som tidligere skrevet har Lægemedelstyrelsen myndighedsansvaret for lægemiddelberedskabet – ikke Sundhedsstyrelsen, som det står på side 16-17.

Derudover fremgår det af vejledningen, at både regioner og kommuner skal have et lægemiddelberedskab. Dermed er det ikke helt korrekt at skrive, som regionen gør, at lægemiddelberedskabet hovedsageligt ligger i regionen. Yderligere kan man ikke læse ud fra afsnittet, at lægemiddelberedskabet er planlagt for den præhospital indsats, idet der står på side 16, at regionen har ”planlagt et lægemiddelberedskab, der dækker sygehusberedskabets behov”. Lægemedelberedskabet skal naturligvis også dække den præhospital indsats.

Regionen bør mere konkret beskrive planlægningen af lægemiddelberedskabet. Der kan fx fremgå af planen, hvor dagligdags (fx basis) og ekstraordinære (fx supplerings) lagre af lægemidler og antidoter er placeret, hvem der skal aktiveres ved behov for lægemiddelberedskabet, hvordan distribution af ekstraordinære lægemidler skal foregå mv. Det giver ikke mening at skrive om, at der er planlagt for de enkelte dele, hvis man ikke kan læse ud fra planen, hvad denne planlægning består af.

Et eksempel på en konkret planlægning er blodberedskabet, som er langt mere konkret og handlingsorienteret end den øvrige planlægning under lægemiddelberedskabet. Lægemedelstyrelsen har dog gjort opmærksom på, at blodkomponenter er ikke længere en del af lægemiddelberedskabet. Området ligger nu under Styrelsen for Patientsikkerhed. Afsnittet om blodkomponenter bør derfor ikke indgå under afsnittet om lægemiddelberedskabet.

Derudover har Lægemedelstyrelsen bemærket, at det bør tydeliggøres til hvor mange dages forbrug, der er i beholdningen af beredskabslægemidler på de enkelte afdelinger/ sygehusapoteker, og hvem der har ansvaret. Under afsnittet

utensilier står lægemiddelberedskabets størrelse nævnt, men det bør overvejes at skrive det et mere relevant sted.

Derudover kan Lægemiddelstyrelsen ikke ud fra planen læse, at regionen har planlagt for døgnkontakt til hospitalsapotekeren i tilfælde af akut aktion i forhold til lægemiddelberedskabet.

Regionen kan læse mere om planlægning af lægemiddelberedskabet i kapitel 11 i vejledningen.

2.10 Beredskabet i den primære sundhedstjeneste

Definitionen af beredskabet i den primære sundhedssektor er ikke korrekt. Jf. bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet er definitionen:

Stk. 5. Beredskabet i den primære sundhedssektor, som er beredskabet i den del af sundhedsvæsenet, som ikke er en del af sygehusberedskabet eller den præhospitale indsats, skal ved beredskabshændelser sikre en videreførelse af de daglige opgaver, samt tilpasse sig de ændrede krav, som situationen fordrer, herunder forebyggelses-, behandlings- og omsorgsopgaver.

Det er meget fornuftigt, at regionen har indgået aftale med kommuner og de praktiserende læger om samarbejde vedr. sundhedsberedskabet. Aftalerne bør dog konkretiseres mere end det fremgår af planen, hvor det fx ikke er tydeligt, hvad kommunernes og de praktiserende lægers opgaver er i forbindelse med karantænecentre.

Vedr. 2.10.2 så er det ikke korrekt, at praktiserende læge ikke kan inddrages i akutte beredskabsopgaver. Som det også beskrives efterfølgende, kan de inddrages i en konkret beredskabssituation i henhold til beredskabslovens §57.

2.11 Særligt vedrørende større beredskabshændelser på øer

Teksten under dette afsnit hører til under den præhospitale plan.

2.12 Det internationale sundhedsregulativ /

Sundhedsstyrelsen bemærker, at regionen ikke har beskrevet sin landsdelsfunktion indenfor håndtering og behandling af alment farlig smitsom sygdom placeret på Aarhus Universitetshospital.

Regionen har defineret IHR som ”en vejledning om håndtering af hændelser med personer med alvorlig smitsom sygdom...”. Det er ikke korrekt. IHR er bindende internationale retningslinjer vedr. håndtering af grænseoverskridende sundhedstrusler. Konkret løses opgaverne i relation til IHR af regionen (præhospitalet og Aarhus Universitetshospital, Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord samt politiet). Den konkrete planlægning herfor bør inddrages i sundhedsberedskabsplanen.

2.13 Epidemikommissionen

Under disse afsnit kan regionen hensigtsmæssigt pointere, at epidemikommissionens beføjelser vedr. tvangsforanstaltninger kun omhandler alment farlig sygdom (liste A sygdomme) – ikke de øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme (liste B sygdomme), som også indgår i epidemiloven.

2.14 Kommunikation og IT

En del af teksten under afsnittet om SINE kan hensigtsmæssigt slettes fra planen. Derimod bør regionen skrive, at SINE benyttes præhospitalt, hvis tekst om hospitalernes brug fastholdes i planen.

Det er en fin beskrivelse af krisekommunikation, som fremgår på side 22-23. Som tidligere skrevet, bør denne planlægning dog indgå som en integreret del af regionens krisestyring og beskrives under krisestyringsorganisationen. Kommunikationsafdelingen kan selvfølgelig sagtens have egen bagvedliggende plan, som understøtter den overordnede regionale sundhedsberedskabsplan.

Det samme gælder for it-beredskabet. Der kan sagtens – og meget hensigtsmæssigt – være en bagvedliggende plan i it-afdelingen, som understøtter sundhedsberedskabsplanen. It-beredskabet bør i den forbindelse indgå som en delplan eller instruks til sundhedsberedskabsplanen.

Under 2.14 kan regionen hensigtsmæssigt planlægge for alternative kommunikationsformer ved nedbrud på it- og tele-området.

3. Appendiks – kvalitet, uddannelse og øvelser

Det er positivt, at regionen har planlagt for uddannelse af akutlægebilslæger og indsatsledere.

Derudover bør regionen planlægge for uddannelse af medarbejdere, der skal varetage nøglefunktioner i krisestyringsorganisationen samt medarbejdere, der arbejder med sundhedsberedskab til daglig. Sundhedsstyrelsen vil anbefale, at udvalgte medarbejdere tilbydes kursusrækken i Samfundets Beredskab, som afholdes af Beredskabsstyrelsen. Regioner kan læse mere om kurserne på Beredskabsstyrelsens hjemmeside.

Bilag 3: Ordliste

Det er misvisende, at der på side 29 står, at en akutbil kan være bemanded med ”en sygeplejerske med erfaring i præhospital indsats i forbindelse med ulykker”. Det kan læses som, at sygeplejersker kan indgå i den almindelige præhospitale indsats. Sygeplejersker kan – som tidligere skrevet – kun indgå i enheder, der står for interhospital transport.

Regionen kan hensigtsmæssigt under definitionen af ”forbindelsesofficer” tilføje, at disse ofte skal være sikkerhedsgodkendte. Dette gælder altid, hvis forbindelsesofficer/stabsmedlem sendes til LBS.

Præhospital plan

Indledning

Den præhospitale indsats er ikke længere en del af sygehusberedskabet jf. bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskab. I bekendtgørelsen findes også den korrekte definition af den præhospitale indsats.

I uddybningen af hvad den præhospitale indsats kan bestå af, kan indsatsledelse hensigtsmæssigt inddrages.

Den regionale krisestyring er fint illustreret på side 2. Figuren kan med fordel også indgå i sundhedsberedskabsplanen. Dog bør betegnelsen KOOL udgå jf. den kommende udgave af Retningslinjer for indsatsledelse. Det skal ensrettes i alle dele af den præhospitale plan.

På side 4 er listet de situationer, hvor den præhospitale plan skal aktiveres. Disse situationer virker meget fornuftige at planlægge for. De taktiske planer dækker dog ikke sidste dot, og der er kun planlagt for sneberedskabet i forhold til vejrlig. Vedrørende planlægning for smitsom sygdom og supplerende forholdsregler kan regionen finde inspiration i bilag 8 til vejledningen.

Organisation

I figuren af krisestyringsorganisationen kan det være svært at se sammenhængen til beredskabsorganisationen. Er ”lederen af sundhedsberedskabet” Beredskabs AMK læge? Eller hvilken funktion skal udfylde ledelsesrollen, når krisestyringsorganisationen aktiveres? Regionen kan hensigtsmæssigt præcisere sammenhængen mellem de to organisatoriske set-up.

Jf. bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet skal der være udpeget en præhospital leder, der har ansvaret for sundhedsberedskabet. Denne funktion bør fremgå af den præhospitale plan.

Aktivering af AMK

Som nævnt under sundhedsberedskabsplanen eksisterer betegnelsen ”embedslæge” ikke længere. I stedet benyttes ”læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed” – lægerne udfører dog samme opgaver som tidligere. Dette skal ensrettes i den præhospitale plan.

Regionen kan overveje at slå plan for Aktivering af AMK og Aktivering af Beredskabs-AMK-læge sammen. De to dokumenter virker til at indeholde overlappende information.

Aktivering af Beredskabs-AMK-læge

Aktivering af beredskabet er fint visualiseret i figuren på side 5. Det er også et fornuftigt tjekskema/procedure for opstart på side 7.

Det er uklart, hvad der menes med ”det Nationale beredskaber” og ”Lokalberedskaber” på side 4 og 5. Menes den Nationale Operative Stab (NOST) og kommunale redningsberedskaber?

Graderne af aktivering (grøn, gul, rød) virker fornuftige. Sundhedsstyrelsen vil dog foreslå, at udarbejdelse af regionens/præhospitalets situationsoverblik i højere grad indarbejdes – særligt under det gule og røde niveau.

Aktivering af præhospitalets krisestyring

På side 4 står, at ”Al kommunikation til omverden sker så vidt muligt via direkte kontakt”. Det er ikke tydeligt, hvad det betyder. Er det mundtlig formidling på pressemøder, information på regionens hjemmeside, sociale medier mv.?

Der er fin sammenhæng mellem ”grader af aktivering” og aktiveringsoversigten i denne delplan. Det fremstår dog ikke helt tydeligt, hvorfor oversigten på side 5 retter sig mod ”de forskellige nationale beredskaber”, da kun ét af de nævnte niveauer er nationalt (NOST). Derudover bør der være mere fokus på LBS end KSN i linje tre, og den lokale beredskabsstab bør skrives ud, så der ikke er tvivl om, hvad der menes.

Det virker forvirrende, at de to udgaver af skemaet ”Hurtig oversigt over opgaver” ikke er helt overensstemmende (der er forskel på kolonnen ”Epidemier” og ikke i de øvrige koloner).

Pressehåndtering

Regionen bør noterer, at krisekommunikation skal koordineres i den lokale beredskabsstab, hvis denne er nedsat i forbindelse med den konkrete hændelse.

Brand og Evakueringsplan for Præhospitalet

Det vil være hensigtsmæssigt at ensrette, hvad der skal råbes ved brand og/evakuering.

Derudover virker det umiddelbart lidt forvirrende, at information om sirenevarsel indgår i dette action card, da det dirigerer folk inden døre – i modsætning til de øvrige scenarier, hvor medarbejderne ska evakuere udenfor og mødes på samlingsstedet.

Systemnedbrud

På side 6 vil det være hensigtsmæssigt også at indskrive håndholdte SINE-terminaler som alternativ ved nedbrud på faste telefonlinjer, så regionen ikke kun planlægger med brug af mobiltelefoner. Regionen kan yderligere prioritere visse mobiltelefonnumre til brug ved nedbrud og beredskabshændelser. Læs mere i vejledningen fra Center for Cybersikkerhed: [Prioriteret adgang for kald i mobilnettet](#).

Sneberedskab

Regionen bør uddybe eller supplere dette action card med håndtering af andre situationer med ekstremt vejr, der vil påvirke præhospitalets drift fx ekstremt regnvejr.

Sammenfattende

Region Midtjyllands sundhedsberedskabsplan fremstår på nuværende tidspunkt noget overfladisk og ikke handlingsorienteret eller velstruktureret. Dog berører den de fleste faglige områder, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionen planlægger for.

Sundhedsstyrelsen vil anbefale, at sundhedsberedskabsplanen ændres jf. ovenstående bemærkninger og gerne i Sundhedsstyrelsens skabelon til en sundhedsberedskabsplan. Derudover ser Sundhedsstyrelsen gerne regionens sundhedsberedskabsplan igen inden politisk godkendelse.

Den præhospitale plan kan med få rettelser og tilføjelser jf. ovenfor fremstå som en fin plan. Særligt hvis information fra den nuværende sundhedsberedskabsplan flyttes til den præhospitale plan – se i tekst under sundhedsberedskabsplan.

Med venlig hilsen

Nanna Grave Poulsen
Specialkonsulent
Evidens, uddannelse og beredskab
Sundhedsstyrelsen

Annlize Troest
Overlæge, MDMA
Evidens, uddannelse og beredskab
Sundhedsstyrelsen