

Høringsudgave - forslag til:

**Plan for**  
**Sundhedsberedskabet**  
**og det**  
**Præhospitale beredskab**  
**i Region Midtjylland**

**Maj 2013**

<b>1. Indledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Planens opbygning .....	4
1.2 Lov- og plangrundlaget .....	5
1.3 Introduktion til beredskabsplanlægning .....	6
1.4 Risiko- og sårbarhedsvurdering .....	8
1.5 Den overordnede krisestyringsorganisering .....	9
1.6 Indsatsledelse .....	9
1.7 Beredskabsplanlægning.....	9
1.8 Målsætninger og anbefalinger for den kommende planperiode.....	10
1.9 Bilag og Links.....	11
<b>2. Risiko- og sårbarhedsvurdering .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Krisestyringsorganiseringen .....</b>	<b>14</b>
3.1 Indledning .....	14
3.2 Krisestyring.....	14
3.3 Strategisk krisestyring .....	15
3.3.1 Aktivering og drift af den strategiske krisestab .....	16
3.3.2 Modtagelse af varsler, alarmer m.v. ....	16
3.3.3 Aktivering af den strategiske krisestab.....	16
3.3.4 Håndtering af informationer .....	16
3.3.5 Koordinering af handlinger og ressourcer .....	17
3.3.6 Krisekommunikation .....	17
3.4 Decentral krisestyring og indsatsledelse.....	17
3.5 Snitfladen mellem den strategiske og den decentrale krisestyring .....	18
3.6 Samspejlet med Den civile beredskabsplan.....	18
3.7 Sygehusberedskabet .....	19
3.7.1 Hospitalernes beredskabsplaner.....	19
3.7.2 Koordinering af hospitalernes sundhedsberedskabsplanlægning .....	22
3.7.3 Private hospitaler .....	22
3.7.4 Det præhospitale beredskab.....	22
<b>4. Indsatsledelse og koordinering.....</b>	<b>27</b>
4.1. Indsatsledelse .....	27
4.2. Koordinering .....	27
<b>5. SINE-kommunikation .....</b>	<b>29</b>
<b>6. Den præhospitale indsats .....</b>	<b>30</b>
6.1 Den Præhospitale kæde .....	30
6.2 Den Præhospitale indsatskapacitet 2012 .....	30
<b>7. Beredskabsplanlægning.....</b>	<b>32</b>
7.1 Beredskabsplan for Præhospitalet .....	32
7.2 Hospitalernes beredskabsplaner .....	32
7.3 CBRNE-beredskab (herunder smitsomme sygdomme) .....	33
7.4 Isolationskapacitet .....	37
7.5 Karantænefaciliteter .....	37
7.6 Massevaccination .....	39
7.7 Det Internationale Sundhedsregulativ/indrejsepunkter .....	40

7.8 Radiologisk og nukleart beredskab .....	40
7.9 Primærsektorens opgaver i sundhedsberedskabet ved CBRNE-hændelser .....	41
7.10 Kriseterapeutisk beredskab .....	42
7.10.1 Oprettelse af psykosociale støttecentre (PSSC) .....	44
7.11 Lægemiddelberedskab .....	45
7.12 Beredskabet i den primære sundhedstjeneste .....	47
7.13 Særligt vedrørende større beredskabshændelser på Øer .....	52
<b>8. Kvalitet, uddannelse og øvelser .....</b>	<b>53</b>
8.1 Indledning .....	53
8.2 Uddannelse .....	54
8.3 Regional øvelsesplan .....	54
8.4 Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring .....	56
8.5 Forskning og udvikling .....	56
<b>9. Bilagt via Link .....</b>	<b>58</b>
9.1 Notat vedrørende Lov og plangrundlaget for plan for sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab – Via link: .....	58
9.1.1 Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. – Via link:.....	58
9.1.2 Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab, Sundhedsstyrelsen 2011 – Via link: .	58
9.1.3 Bilag til Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet, Sundhedsstyrelsen 2011 – Via link: .....	58
9.2 Risiko- og Sårbarhedsvurdering Region Midtjylland 2013 – Via link:.....	58
9.3 Nationalt Risikobillede (NRB) 2013, Beredskabsstyrelsen – Via link:.....	58
9.4 Principper for god beredskabsplanlægning, Beredskabsstyrelsen 2011 – Via link:.....	59
9.5 Den civile beredskabsplan for Region Midtjylland – Via link: .....	59
9.6 Retningslinjer for indsatsledelse – Via link: .....	59
9.7 Beredskabsplan for Præhospitalet, Region Midtjylland – Via link: .....	59
9.8 Hospitalernes beredskabsplaner – Via links:.....	59
9.8.1 Hospitalsenheden Vest: .....	59
9.8.2 Hospitalsenhed Midt: .....	59
9.8.3 Regionshospitalet Randers: .....	59
9.8.4 Aarhus Universitetshospital: .....	59
9.8.5 Hospitalsenheden Horsens: .....	59
9.9 Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark - Via link: .....	60
9.10 Kriseterapeutisk beredskabsplan, Psykiatri og Social 2012 - Via link: .....	60
9.11 Lægemiddelberedskabsplan for Region Midtjylland 2013 - Via link: .....	60
9.12 Ramme og hensigtserklæring for samarbejdet om sundhedsberedskabet mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og Praktiserende lægers organisation i regionen samt Afrapportering fra kommune-regionsmødet den 23. november 2012 - Via link: .....	60
9.13 Øvelsesplan for beredskabsøvelser i Region Midtjylland 2013-2014 – Via link:.....	60

# 1. Indledning

Regionsrådet skal én gang i hver valgperiode vedtage en plan for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats jf. Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab. Planen skal udarbejdes på baggrund af nationale trusselsvurderinger og en lokalt foretaget risiko- og sårbarhedsvurdering.

Med udgangspunkt i det daglige beredskab planlægges der for en udvidelse af beredskabet. Formålet med plan for sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab er således, at regionen skal kunne håndtere ekstraordinære hændelser, med mange syge og tilskadekomne eller potentielt syge og tilskadekomne – herunder hændelser der er eller udvikler sig til krisesituationer.

Indholdsmæssigt er planen struktureret som en overordnet beskrivende plan for regionens sundhedsberedskab herunder med en kort omtale af hver af de relevante øvrige planer inden for området, og med adgang til den decentrale planlægning via links. Denne plans gyldighedsområde er således inden for egen sektor og inden for eget myndighedsområde.

Planen skal kunne anvendes som retningsgivende redskab i den decentrale planlægning inden for området. Planen er således også beskrivende på en række for planlægningen vigtige områder herunder med henvisninger/links til Bekendtgørelse, Vejledning, nationale planer m.m.

Der er tale om en gennemgribende revidering og fornyelse af den nuværende plan; men dog inden for rammerne af de allerede kendte plan- og indsatsområder.

Sundhedsberedskabsplanlægningen er en integreret del af den samlede sundhedsplanlægning. Sundhedsberedskabsplaner skal derfor være integreret i den samlede sundhedsplan.

## 1.1 Planens opbygning

Planen indeholder en beskrivelse af de overordnede retningslinjer for, hvorledes regionens krisestyring varetages, en redegørelse for de forskellige indsatsplaner samt mål for den kommende planperiode. Planens opbygning tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet.

Først redegøres der indledningsvist for:

Lov og plangrundlaget

Definition af de forskellige slags delberedskaber

Hvorledes aktiveres beredskabet

Kort opsummering vedrørende:

- Risiko- og sårbarhedsvurdering
- Krisestyringsorganiseringen

- Indsatsplaner

For det andet inddrages konklusionerne på den forud gennemførte: Risiko- og sårbarhedsvurdering jf. afsnit 2.

Dernæst redegøres der i afsnit 3 nærmere for krisestyringsorganiseringen, herunder vedrørende:

- Den strategiske krisestyring
- Den decentrale operationelle krisestyring
- Indsatsledelse

Samt vedrørende:

- Hospitalernes beredskabsplanlægning og det præhospitale beredskab.

Afsnit 4 omhandler ledelse og koordinering af indsats.

Afsnit 5 vedrører det fælles landsdækkende radiokommunikationssystem for beredskabsmyndigheder SINE.

Den præhospitale indsatskapacitet beskrives i afsnit 6.

Beredskabsplanerne beskrives i afsnit 7.

Indsatsplaner kan tilgås via link til planerne jf. bilagsafsnittet. Indsatsplanerne indeholder bl.a. instrukser og action cards. Planens 'dybde' baserer sig således bl.a. på adgang til relevante operative planer via links.

Endelig omfatter planen jf. afsnit 8 også arbejdet med kvalitetsudvikling, uddannelse og øvelser.

## **1.2 Lov- og plangrundlaget**

Ansvar for sundhedsberedskabet ligger hos regionerne og kommunerne.

Følgende love og bekendtgørelse danner grundlaget for regionernes planlægning af sundhedsberedskabet:

- Sundhedsloven
- Beredskabsloven
- Epidemiloven
- Lægemiddeloven
- Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats samt uddannelse af ambulancepersonale m.v.

*Notat vedrørende lov- og plangrundlaget for plan for sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab kan tilgås via link jf. 9.1.*

*Desuden:*

- *Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. kan tilgås via link jf. 9.1.1.*
- *Sundhedsstyrelsens Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet kan tilgås via link jf. 9.1.2.*
- *Bilag til Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet kan tilgås via link jf. 9.1.3.*

### 1.3 Introduktion til beredskabsplanlægning

Forpligtelsen til at planlægge for opretholdelse og videreførelse af samfundets funktioner i tilfælde af større hændelser påhviler alle offentlige myndigheder.

**Sundhedsberedskabet** er sundhedsvæsenets evne til at udvide og omstille sin behandlings- og plejekapacitet m.v. ud over det daglige beredskab ved større ulykker og hændelser, herunder krig. Sundhedsberedskabet indgår i den civile sektors beredskab og det samlede nationale beredskab.

Planerne for denne udvidelse og omstilling skal som nævnt tage udgangspunkt i det daglige beredskab og være en fleksibel tilpasning af det daglige beredskab til den aktuelle situation. Det er af stor betydning, at planer for håndtering af særlige situationer er udarbejdet og indøvet af aktørerne i sundhedsvæsnet.

Det samlede sundhedsberedskab inddeles i:

- Sygehusberedskabet, herunder det præhospitale beredskab
- Lægemiddelberedskabet
- Beredskabet i den primære sundhedstjeneste

Her til kommer planlægning for kriseterapeutisk beredskab samt i forhold til CBRNE-hændelser.

**Sygehusberedskabet** er beredskabet i det samlede sygehusvæsen med henblik på, at der under større ulykker og hændelser samt under krigsforhold kan ydes syge og tilskadekomne behandling på hospital eller på behandlingssteder uden for hospitalerne.

**Det præhospitale beredskab** er en del af sygehusberedskabet og omhandler planlægning af den samlede aktivitet, der indgår i den præhospitale fase. Det er Præhospitalet, der varetager det præhospitale beredskab.

Det præhospitale beredskab omfatter Akut Medicinsk Koordinationscenter, Beredskabs-AMK, AMK-Vagtcentralen og de præhospitale enheders aktivitet i beredskabshændelser således, at den præhospitale indsats i Region Midtjylland kan opretholdes. Den præhospitale beredskabsplan skal fastsætte nærmere bestemmelser for Præhospitalets rolle i den regionale krisestyring og samarbejde med eksterne aktører.

Beredskabs-AMK i Præhospitalet er omdrejningspunktet for alarmering og den operative indsats. Beredskabs-AMK har altid den indsatsmæssige ledelse af sundhedsberedskabet.

Den præhospitale indsats omfatter de aktiviteter, der i den præhospitale fase iværksættes ved akut sygdom eller ulykkestilfælde. Det være sig alarmering af akutbetjeningen, første hjælp, kommunikation mellem alarmcentral og vagtcentral, ambulancekørsel til skadested, behandling på skadested, transport

til behandlingssted, behandling/overvågning under transporten samt overlevering til hospitalet.

**Det kriseterapeutiske beredskab** skal sikre sundhedsvæsenets evne til at udvide og omstille sin evne til at yde psykosocial omsorg og støtte, identificere behandlingsbehov og yde krisebehandling ved større ulykker og tilsvarende ved hændelser uden eller med få fysisk skadede, som kan have psykiske konsekvenser for implicerede, pårørende og tilskuere.

Det er Psykiatri og Social i Region Midtjylland, der varetager det kriseterapeutiske beredskab.

**Lægemiddelberedskabet** er beredskabet af lægemidler og medicinsk udstyr, der skal imødekomme de ændrede krav til forbrug, forsyning og distribution, som må forudses at ville opstå ved en større hændelse.

**Beredskabet i den primære sundhedstjeneste** er sundhedsberedskabet i den del af sundhedsvæsenet, der ligger uden for hospitalerne. De kommunale opgaver omfatter hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og plejecentre. De regionale opgaver omfatter planlægning og inddragelse af praksissektoren, herunder praktiserende læger.

### **CBRNE-beredskabet**

CBRNE-beredskabet er den del af sundhedsberedskabet, der skal begrænse og afhjælpe hændelser med kemikalier, biologiske aktive stoffer, radiologisk, nukleart eller eksplosivt materiale. Udbrud af smitsomme sygdomme falder under kategorien biologiske hændelser.

### **3 centrale principper:**

Beredskabet er opbygget ud fra følgende principper:

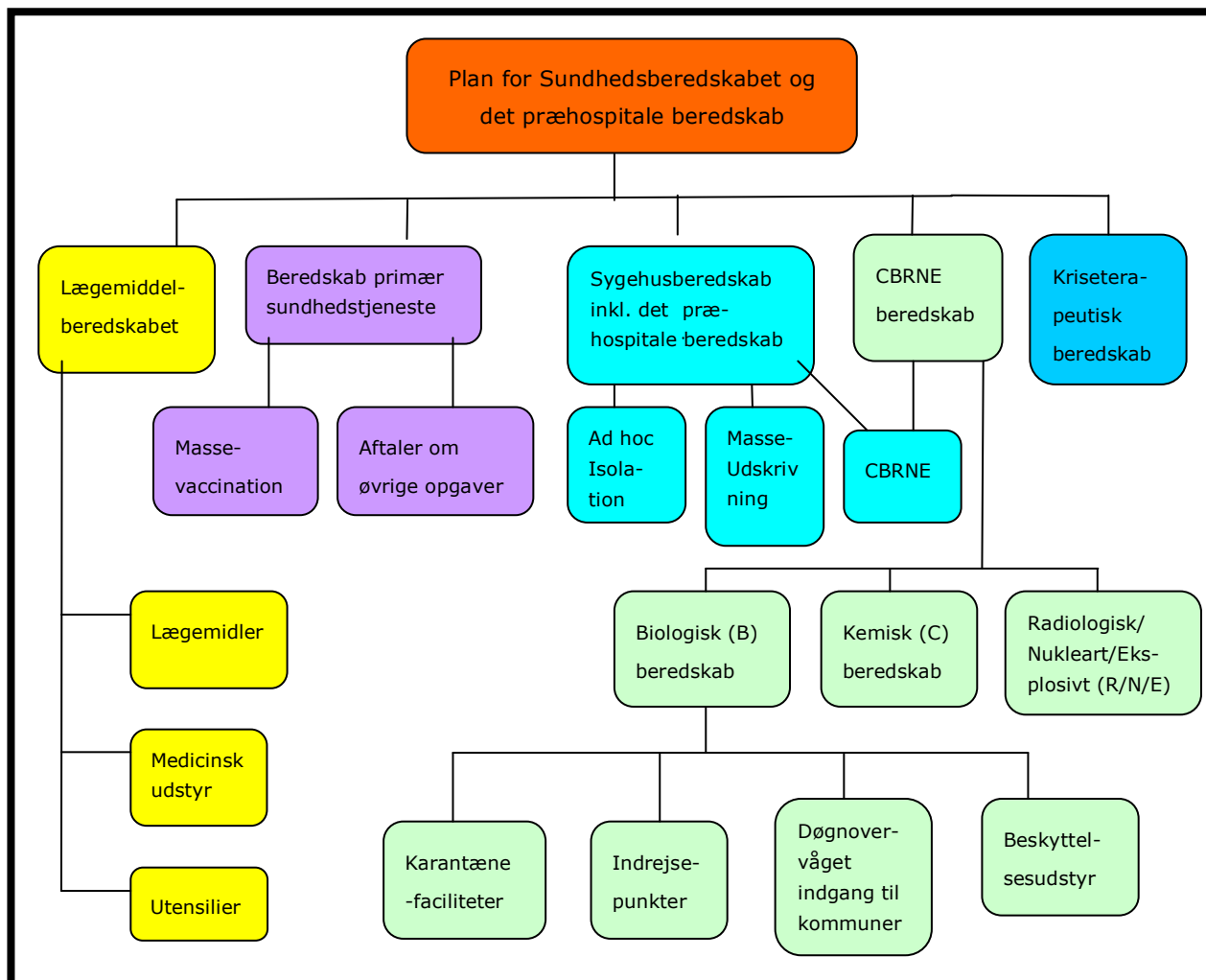
- **Sektoransvarsprincippet** indebærer, at den myndighed eller organisation, der har ansvaret for et område, også har ansvaret ved ekstraordinære hændelser. Som led i sektoransvaret er det de enkelte myndigheders opgave at vurdere de beredskabsmæssige konsekvenser af egne foranstaltninger og at koordinere deres beredskabsplanlægning med andre myndigheder og organisationer.
- **Lighedsprincippet** indebærer, at en myndighed/virksomhed anvender samme organisation i en given ulykkesituation, som den pågældende myndighed/virksomhed anvender til daglig.
- **Princippet om nærhed** indebærer, at beredskabsopgaverne løses så tæt på borgerne som muligt og dermed på det organisatoriske niveau, som er i tættest kontakt med borgerne.

Herudover skal der være en effektiv udnyttelse af de ressourcer, der afsættes til beredskabet i forhold til andre prioriterede opgaver. I dette hensyn indgår også vurderinger af, hvorledes der opnås det mest relevante beredskab for de afsatte ressourcer samt rettidige reaktioner.

## Planelementer i sundhedsberedskabet

Planlægningsområdet omfatter en række delområder og delelementer. Dette er illustreret nedenfor med en oversigt over de forskellige planelementer.

**Figur 1: Planelementer**



## 1.4 Risiko- og sårbarhedsvurdering

Der er i begyndelse af planprocessen gennemført en risiko- og sårbarhedsvurdering af, hvilke hændelser der kan ramme regionen og deres konsekvenser. Formålet med en risiko- og sårbarhedsvurdering er at afdække særlige indsatsområder, der bør imødegås gennem forebyggelse, planlægning og øvelsesvirksomhed. Vurderingen betragtes som en forudsætning for hensigtsmæssig beredskabsplanlægning.

Konklusionen på den gennemførte vurdering er, at naturfænomener og konventionelle hændelser vurderes at være meget sandsynlige hændelser med mindre konsekvenser. Forsyningsikkerheden vurderes som mere tvetydigt (fra mindre til store konsekvenser). Situationer med smitsomme, farlige sygdomme samt ekstraordinære hændelser (som alvorlige CBRNE-hændelser) vurderes



som mindre sandsynlige, men rummer til gengæld risikoen for de største konsekvenser.

### **1.5 Den overordnede krisestyringsorganisering**

Regionens krisestyringsstab, der ledes af direktionen, har den overordnede strategiske kriseledelse i forbindelse med en alvorlig, ekstraordinær hændelse eller situation, der kræver overordnet, strategisk ledelse. Strategisk ledelse kan betragtes som de processer, funktioner og beslutninger, der er forbundet med regionens overordnede mål og politikker.

I dagligdagen – og i langt de fleste beredskabssituationer - er krisestyringsansvaret uddelegeret til Præhospitalet herunder Beredskabs-AMK, som er beliggende sammen med AMK-vagtcentralen for præhospital indsats, i Præhospitalet. Den decentrale krisestyring og indsatsledelse betegner her beslutninger og handlinger, der er forbundet med udmøntningen af organisationens overordnede mål og politikker. I situationer, hvor den decentrale krisestyringsledelse er aktiveret, er det dennes ansvar og vurdering, hvorvidt og hvornår den strategiske krisestyringsledelse bør aktiveres. Den strategiske krisestyringsledelse vil dog altid kunne beslutte at etablere sig.

Beredskabs-AMK har altid den indsatsmæssige ledelse af sundhedsberedskabet. Det er Beredskabs-AMK, der koordinerer den samlede udøvende indsats i regionen, herunder koordinationen med praksissektoren og kommunerne ved katastrofesituationer.

### **1.6 Indsatsledelse**

Ved større ulykker vil der – normalt i tilknytning til politiets kommandostade (KST) – blive etableret en indsatsledelse på stedet. I indsatsledelsen indgår lederne af de beredskaber, som har specifikke indsatsmæssige opgaver i forbindelse med den konkrete hændelse. Grundstammen i indsatsledelsen ved større ulykker med tilskadekomne udgøres således af de tre overordnede ledere, det vil sige ISL-PO (indsatsleder politi), ISL-RB (indsatsleder redningsberedskabet) og KOOL/ISL-SUND (Koordinerende læge / Indsatsleder sundhed).

### **1.7 Beredskabsplanlægning**

Det er de respektive hospitalsledelser, der har ansvaret for den konkrete beredskabsplanlægning for det enkelte hospital. Hospitalsledelsen har således ansvaret for at tilrettelægge med og planlægge for sundhedsberedskabet inden for sit ansvars- og kompetenceområde, herunder ved at sikre, at der udarbejdes en ajourført og fyldestgørende plan for beredskabet for hospitalet – omfattende relevante matrikler under hospitalsledelsens ansvarsområde.

Planlægningen af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab interagerer med bl.a. hospitalernes planer og planlægning herunder i forhold til isolationskapacitet, karantænefaciliteter, massevaccination samt planer for det kriseterapeutiske beredskab, lægemiddelberedskabet og Den civile beredskabsplan. Desuden omfatter planlægningen samarbejde og aftaler med

aktørerne i beredskabet i den primære sundhedstjeneste. Planlægningen omfatter endvidere kvalitet, uddannelse og øvelser m.v.

## **1.8 Målsætninger og anbefalinger for den kommende planperiode**

Planen for sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab er en dynamisk plan, der revideres eller ajourføres mindst én gang i hver valgperiode. I den kommende planperiode vil der blive arbejdet med følgende målsætninger og anbefalinger:

### **Hospitalerne:**

- Der skal ske en ensartet anvendelse af begrebsapparat, terminologi og disposition af de respektive planer. Arbejdsgruppen vedrørende sygehusberedskabsplanlægning er tovholder i dette arbejde. Arbejdsgruppen skal bidrage til koordineret og ensartet planlægning af sundhedsberedskabet for hospitalerne i regionen, herunder styrkelse af det samlede beredskabs robusthed samt ved forberedelse af sundhedsberedskabsøvelsesplanen fælles for regionen.
- Hospitalernes uddannelses-, øvelses- og kvalitetsindsats skal fastholdes og styrkes hver for sig og sammen, herunder bl.a. ved at der prioriteres deltagelse i fælles øvelsesplaner.
- Hvert hospital skal løbende foretage "operative konsekvensanalyser", der retter fokus på de umiddelbare konsekvenser for organisationens kritiske funktioner ved en alvorlig hændelse og dermed søgelyset på mulighederne for forebyggelse lokalt.
- Hospitalerne skal fremover anvende og vedligeholde rutine i at anvende SINE-kommunikation.
- Hospitalernes planer skal tage stilling til planlægningen for rensning af forurenede selvhenvendere og indbragte patienter - eventuelt ved indgåelse af aftale med kommunalt eller statsligt beredskab.

### **Samarbejdet med kommunerne og almen praksis:**

- Samarbejdet omkring sundhedsberedskabet med kommuner og almen praksis skal udbygges og koordineres med baggrund i Ramme- og hensigtserklæring.  
Dette skal bl.a. ske ved:
  - At parterne tager sundhedsberedskabsområdet på dagsordenen mindst en gang om året i klyngesamarbejdet. Præhospitalet inviteres til at deltage.
  - At Region Midtjylland og kommunerne afholder fælles møder i første og tredje år i valgperioden (planperioden) med henblik på styrket koordinering og harmonisering.

- At kommunerne opfordres til at sende deres sundhedsberedskabsplaner i høring i første halvår af tredje valgår (det vil sige førstkommande gang: første halvår i 2016) med henblik på fælles afstemte tidskadencer i planlægningen.
  - At det i den kommende planperiode skal overvejes, om udmøntningen af Ramme- og hensigtserklæringen fra sundhedsberedskabsarbejdet skal indgå i sundhedsaftalerne for hver kommune.
- Hospitalerne skal ved ekstraordinære udskrivninger i beredskabssituationer medgive medicin og hjælpemidler i fornødent omfang, det vil sige, indtil patienten selv eller med kommunens og den praktiserende læges hjælp har etableret den nødvendige assistance. Patienter, der udskrives ekstraordinært, vurderes individuelt, og hvor der er et særligt behov for medicin, som patienten ikke i forvejen er i behandling med eller som den private apoteker ikke vurderes at ligge inde med, forsynes patienterne med den fornødne medicin op til 48 timers forbrug.
  - Hver klynge udarbejder en samlet oversigt over, hvor mange pladser kommunerne kan stille til rådighed ved masseudskrivninger.

#### **Karantæneplan:**

- Der udarbejdes en ny karantæneplan for Region Midtjylland i løbet 2013-2014.

#### **Massevaccination:**

- Der skal planlægges med en niveauinddeling af massevaccinationsindsatsen, som betyder, at vaccinationen så vidt muligt sker hos egen læge. Kommunerne skal dog desuden kunne udpege det nødvendige antal massevaccinationscentre.

#### **Psykosociale støttecentre:**

- Hver kommune skal være i stand til at udpege 1-2 psykosociale støttecentre, og regionen 1 psykosocialt støttecenter.

## **1.9 Bilag og Links**

Adgang til relevante bilag/dokumenter bag denne plans udarbejdelse og for dens udfoldelse vil blive tilgængelige via links.

Det gælder bl.a. hospitalernes beredskabsplaner, der er operationaliserede (på niveauet instrukser/action cards) i den udstrækning, det ikke er udlagt til de enkelte afdelingers planlægning.

Der vil være tale om en elektronisk udgave af de senest ajourførte udgaver af disse dokumenter.

## 2. Risiko- og sårbarhedsvurdering

Jf. Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab § 13 skal sundhedsberedskabsplanen udarbejdes på baggrund af nationale trusselvurderinger og en lokalt foretaget risiko- og sårbarhedsvurdering.

Formålet med risiko- og sårbarhedsvurdering er, at afdække særlige indsatsområder, der bør imødegås gennem forebyggelse, planlægning og øvelsesvirksomhed m.v. Vurderingen betragtes som en forudsætning for hensigtsmæssig beredskabsplanlægning, og er led i en løbende risikostyringsproces, der forankres i det daglige planlægnings- og beslutningssystem.

Som indledning på udarbejdelsen af nærværende plan er der gennemført en risiko- og sårbarhedsvurdering. Region Midtjylland har således foretaget en risiko- og sårbarhedsanalyse for Region Midtjyllands Sundhedsberedskab med deltagelse af bl.a. repræsentanter fra Embedslægeinstitutionen, Beredskabsstyrelsen, Politikredsene, Hospitalerne (herunder Præhospitalet) og Administrationen.

*Konklusionen på den gennemførte vurdering er, at naturfænomener og konventionelle hændelser vurderes at være meget sandsynlige hændelser med mindre konsekvenser. Forsyningsikkerheden vurderes mere tvetydigt (fra mindre til store konsekvenser). Situationer med smitsomme, farlige sygdomme samt ekstraordinære hændelser (som alvorlige CBRNE-hændelser) vurderes som mindre sandsynlige men rummer risikoen for de største konsekvenser.*

I forbindelse med udarbejdelse af analysen var den generelle vurdering i forhold til alle trusselscenarierne, at der løbende arbejdes med forebyggende tiltag. Det er endvidere oplevelsen, at der er de relevante planer på de relevante organisationsniveauer i driften. Samt at der er den besluttede indsatskapacitet. Det er vurderingen, at der ikke på disse områder er et umiddelbart behov for ændringer.

Der vurderes at være et behov for flere (interne og eksterne) øvelser.

Der vurderes at være behov for ensartede målsætninger for, hvor længe organisationen skal kunne udføre afgørende vigtige funktioner. Der bør således være mål og handleplaner for den planlagte robusthed i hospitalernes beredskabskapacitet.

Der vurderes at være behov for at arbejde mod større ensartethed og sammenhæng i den samlede planlægning inden for området og tilgrænsende områder på hospitalerne i den kommende planperiode med henblik på bedre at kunne forebygge og/eller imødegå interne og eksterne trusler og sårbarheder.

Der er en række anbefalinger fra risiko- og sårbarhedsvurderingen:

- Større harmonisering mellem de enkelte hospitalers sundhedsberedskabsplaner – under respekt for det decentrale ansvar
- Fælles øvelsesplan samt større fokus på uddannelse og prioritering af øvelsesvirksomhed internt på hospitaler og fælles
- Ensartet anvendelse af begrebsapparat, terminologi og disposition vedrørende sundhedsberedskabsplanlægning
- Ensartede forebyggende bestræbelser – herunder til styrkelse af hospitalsberedskabernes robusthed gennem samspil om og sammentænkning af den relevante planlægning såvel på det enkelte hospital som hospitalerne imellem. Herunder vedrørende andre planer – eksempelvis brandplan, hygiejneplan, forsyningsplan m.fl.

Herudover anbefales koordinering og ensartethed i henhold til operationaliseringen af indikatorer jf. akkrediteringen og DDKM standard "1.6.1 Beredskabsplan". Samt fælles anvendelse af skabelonen for planlægning af sundhedsberedskabet fra Sundhedsstyrelsens Vejledning om samme.

Til institutioners lokale risiko- og sårbarhedsvurderinger anbefales desuden inddraget en "operativ konsekvensanalyse" jf. Principper for god beredskabsplanlægning (se bilag 9.4), der retter fokus på de umiddelbare konsekvenser og dermed søgelyset på mulighederne for forebyggelse lokalt.

*Risiko- og Sårbarhedsvurdering Region Midtjylland 2013 kan tilgås via link jf. 9.2*

*Nationalt Risikobillede (NRB) 2013, Beredskabsstyrelsen kan tilgås via link jf. 9.3*

*Principper for god beredskabsplanlægning, Beredskabsstyrelsen, 2011 via link jf. 9.4*

### 3. Krisestyriingsorganiseringen

Afhængigt af den enkelte ekstraordinære hændelses eller trussels karakter og omfang kan eller skal der iværksættes krisestyriing på et eller flere niveauer. Også her gælder, at håndteringen, herunder den planlægningsmæssige og forebyggende indsats, bør ske på det lavest egnede, relevante niveau.

Der findes en række fora til at håndtere hændelserne:

- I indsatsområdet
  - Kommandostade, KST (politiet m.fl.)
- På det lokale eller regionale niveau
  - Kommunal krisestab
  - Regional krisestab
  - Kommandostation, KSN (politiet)
  - Lokal beredskabsstab (under politiets ledelse)
  - Beredskabs-AMK
  - Øvrige decentrale myndigheders krisestabe
- På det nationale niveau
  - De sektoransvarlige myndigheders krisestabe
  - Den nationale operative stab, NOST
  - Den internationale operative stab, IOS
  - Kriseberedskabsgruppen
  - Embedsmandsudvalget for sikkerhedsspørgsmål
  - Regeringens Sikkerhedsudvalg

En nærmere beskrivelse af de nationale og internationale fora fremgår af den Nationale Beredskabsplan.

Herværende plan omhandler det regionale niveau i Region Midtjylland.

#### 3.1 Indledning

Det er et ledelsesansvar at sikre, at organisationen kan løse sine opgaver, når den bliver udsat for ekstraordinære hændelser som f.eks. katastrofer, store ulykker eller forsyningssvigt. Organisationen skal råde over et robust og fleksibelt beredskab, der kan anvendes, når de daglige ressourcer og rutiner ikke længere er tilstrækkelige.

#### 3.2 Krisestyriing

Krisestyriing handler om beslutningstagning om og organisatorisk ledelse af regionens ressourceindsats i en krisesituation.

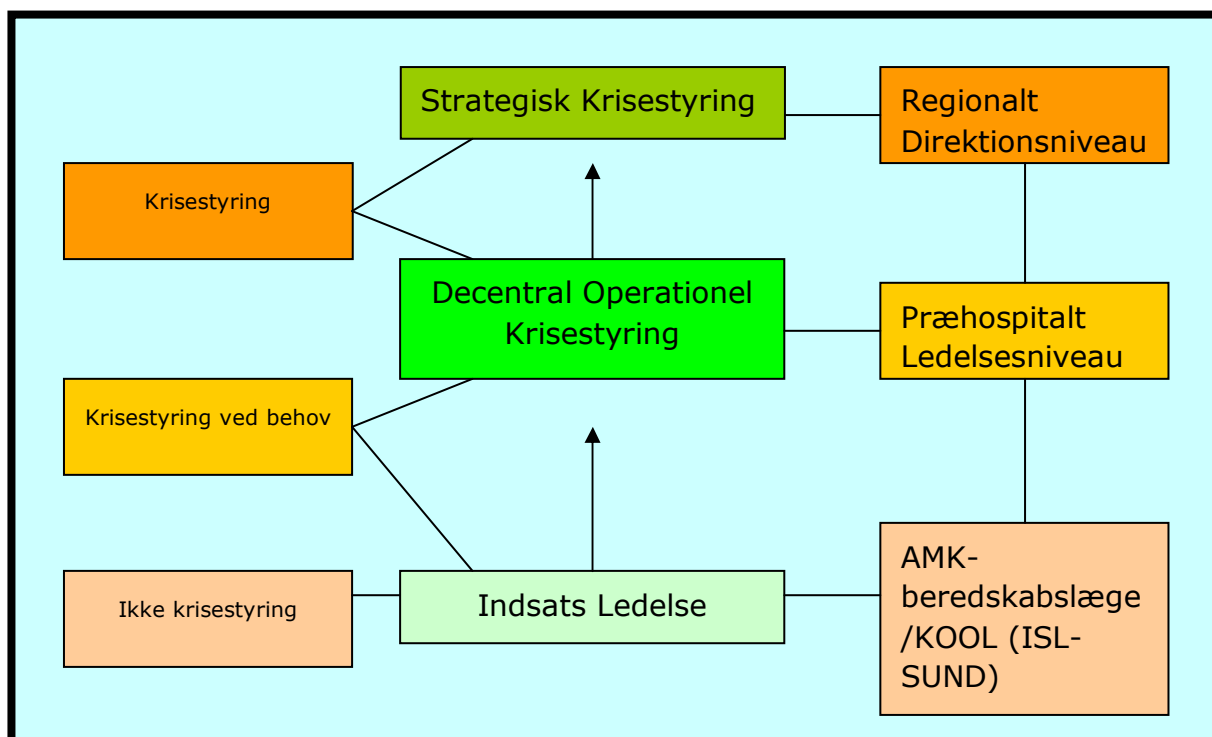
Der skal være klare og kendte retningslinjer for, hvordan organisationen forholder sig fra det øjeblik, hvor man konstaterer, at der er indtruffet en ekstraordinær hændelse, som kræver overordnet ledelse og handling fra organisationens side. Det betyder, at der på forhånd skal tages stilling til de grundlæggende forhold vedrørende krisestyriingskapacitet, herunder ledelse,

ansvarsfordeling, varslingsrutiner, krisekommunikation, koordinering, dispositionsret og samarbejdsaftaler.

Krisestyringen er bygget op over en række kerneopgaver. Der bygges videre på den almindelige organisation suppleret med etablering af en krisestab og tilhørende støttefunktioner.

Sædvanligvis anvendes der 3 niveauer for styring og ledelse i beredskabssituationer jf. figur 2 nedenfor. Terminologien der anvendes kan dog være forskellig fra sektor til sektor. Tværsektorielt henvises til Retningslinjer for indsatsledelse (der kan tilgås via link jf. 9.6).

**Figur 2: Overordnet krisestyling**



### 3.3 Strategisk krisestyling

Regionens krisestyingsstab har den overordnede strategiske kriseledelse i forbindelse med en alvorlig, ekstraordinær hændelse eller situation, som kræver overordnet, strategisk ledelse. Strategisk ledelse kan betragtes som de processer, funktioner og beslutninger, der er forbundet med organisationens overordnede mål og politikker – herunder tilvejebringelsen af nødvendige administrative og politiske beslutninger eller bemyndigelser.

Ved meget store, komplekse og længerevarende hændelser, som f.eks. en pandemi, vil direktionen/krisestyingsstaben i Region Midtjylland, eller en af direktionen udpeget leder/styregruppe, lede og koordinere regionens overordnede, strategiske indsats.

Den strategiske krisestyring afløser ikke, men supplerer og understøtter den decentrale krisestyring og indsatsledelse ved aktivering af det højeste regionale administrative ansvars- og beslutningsniveau.

### **3.3.1 Aktivering og drift af den strategiske krisestab**

Målet med aktivering og drift af den strategiske krisestab er at sikre en effektiv ramme for opgaveløsningen i forbindelse med en krise, og krisestaben (inklusive støttefunktioner) skal kunne fungere i "fuldt etableret beredskab" kort tid efter, det er besluttet at aktivere krisestaben. Krisestaben er omdrejningspunktet for den samlede krisestyring. Staben ledes, organiseres og bemandes efter den konkrete krise.

### **3.3.2 Modtagelse af varsler, alarmer m.v.**

Varsler, alarmer m.v. modtages som udgangspunkt via 112 af AMK-vagtcentralen.

### **3.3.3 Aktivering af den strategiske krisestab**

Hvis det ved et varsel, en alarm eller lignende vurderes, at en hændelse ikke alene vil kunne håndteres ved og/eller af regionens daglige beredskab og decentrale kriseledelse eller indsatsledelse skal den strategiske krisestab kontaktes.

I så fald og herefter beslutter den første tilstedeværende (ved flere tilstedeværende: den/de højest rangerende) fra den strategiske krisestab, om den strategiske krisestab skal aktiveres, på hvilket aktiveringsniveau, med hvilke medlemmer og støttefunktioner.

Følgende er faste medlemmer af og er repræsenteret i krisestaben:

- Direktionen for Region Midtjylland
- Regionssekretariatet
- Kommunikationsafdelingen

Her ud over indkaldes - efter konkret vurdering - lederen af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab (Den lægelig chef ved Præhospitalet) og ad hoc medlemmer fra øvrige afdelinger f.eks. Sundhedsplanlægning og IT. Alle i organisationen skal dog planlægge for at kunne indgå i eller støtte krisestaben.

### **3.3.4 Håndtering af informationer**

Målet med håndtering af informationer om krisen er at sikre, at den strategiske krisestab til stadighed har et overblik over den samlede situation, som kan indgå i grundlaget for at træffe beslutninger samt indgå i grundlaget for at varetage en effektiv krisekommunikation. Under krisen vil krisestaben modtage informationer fra forskellige kilder.

I forbindelse med 1. møde træffer staben beslutning om hvilke telefonnumre, mailadresser og andre kommunikationssystemer, der skal indføres forstærket tilsyn med.



### **3.3.5 Koordinering af handlinger og ressourcer**

Målet med den strategiske krisestabs koordinering af handlinger og ressourcer er at opnå den bedst mulige udnyttelse af den samlede kapacitet, så konsekvenserne af krisen kan begrænses og situationen kan normaliseres hurtigst muligt.

Krisestabschefen (den/de højst rangerende tilstedeværende fra krisestaben, når den er aktiveret) har bemyndigelse til at centralisere beslutninger vedrørende handlinger og ressourceanvendelse. Visse tiltag kan dog først iværksættes efter, at der er indhentet politisk godkendelse.

### **3.3.6 Krisekommunikation**

Politiet har overordnet det koordinerende ansvar for krisekommunikation. De øvrige involverede myndigheder udtaler sig om egne indsatser og sektorspecifikke forhold, jf. sektoransvarsprincippet. Hver myndighed udsender den information, som myndigheden finder fagligt fornøden.

Regions Midtjyllands Kommunikationsafdeling er omdrejningspunkt på dette område.

Målet med krisekommunikationen er at få direkte berørte/truede befolkningsgrupper til at tage ansvar for deres egen sikkerhed på en hensigtsmæssig måde, samt at imødekomme behovet for dialog med og informationer til pårørende, befolkningen, medier og de ansatte. For at nå disse mål skal kommunikationsarbejdet være en integreret del af krisestyringen.

Kommunikationsarbejdet tager afsæt i modtagernes situation og baseres på løbende analyser af medie billedet, målgrupper og det aktuelle situationsbillede. Der opstilles et krisekommunikationsteam, hvis opgave er at rådgive den strategiske krisestab og varetage kommunikationsopgaver under krisen.

Overvågning og analyse af medie billedet skal bidrage til det samlede situationsbillede, den skal danne grundlag for implementering af presse- og kommunikationsstrategien samt sikre, at fejlagtige oplysninger kan blive korigeret.

### **3.4 Decentral krisestyling og indsatsledelse**

Indsatsledelse på skadestedet varetages for sundhedsvæsenets vedkommende af KOOL (ISL-SUND) i tæt samarbejde med indsatslederne fra redningsberedskabet og politiet.

I dagligdagen – og i langt de fleste beredskabssituationer - er hele krisestyriingsansvaret og indsatsledelse uddelegeret til og varetages af Beredskabs-AMK, som fysisk har faciliteter sammen med AMK-vagtcentralen i Præhospitalet. Decentral krisestyling og indsatsledelse betegner her beslutninger og handlinger, der er forbundet med decentral udmøntning af organisationens overordnede mål og politikker.

Beredskabs-AMK har altid den operationelle ledelse af sundhedsberedskabet. Det er således Beredskabs-AMK, der koordinerer den samlede udøvende indsats i regionen, herunder koordinationen med praksissektoren og kommunerne ved katastrofesituationer.

Overgangen fra, at der alene er indsatsledelse til, at der også sker krisestyring, skal være beskrevet i Beredskabsplan for Præhospitalet.

### **3.5 Snitfladen mellem den strategiske og den decentrale krisestyring**

I situationer, hvor den decentrale krisestyringsledelse er aktiveret, er det dennes ansvar og vurdering, hvorvidt og hvornår den strategiske krisestyringsledelse bør aktiveres. Den strategiske krisestyringsledelse vil dog altid kunne beslutte at etablere sig. Det aftales konkret, hvilken rolle den decentrale krisestyring herefter har i den samlede krisestyring.

### **3.6 Samspillet med Den civile beredskabsplan**

Formålet med Region Midtjyllands civile beredskabsplan er at sikre en effektiv varetægelse af ansvar og opgaver på regionsniveau i tilfælde af ekstraordinære hændelser.

Planen omfatter to overordnede opgaver – forretningens videreførelse i forbindelse med en krisesituation og den strategiske krisestyring.

Forretningens videreførelse omfatter planer for hvordan Region Midtjylland kan modstå forstyrrelse eller afbrydelse af den normale drift. På den måde kan man forhindre, at konsekvenserne af en krisesituation eller ekstraordinær hændelse spreder sig inden for organisationen og eventuelt mellem sektorer. Målet er, at organisationen/regionen kan fungere forsvarligt under alle forhold og under hensyntagen til krisesituationen.

Planerne for krisestyring forholder sig til, hvordan det konstateres, at der er indtruffet en ekstraordinær hændelse, som kræver overordnet, strategisk ledelse og aktiv indsats fra myndighedens side på regionalt niveau, og hvordan organisationen handler herefter.

Den civile beredskabsplan sammenfatter en række instrukser for hvordan forretningens videreførelse og krisestyring udføres i praksis. Herunder instruks aftalt mellem niveauet for den strategiske og den decentrale kriseledelse om snitfladeafgrænsningen og rollefordelingen. Der skal snarest udarbejdes instrukser i forhold til snitfladerne mellem den decentrale og den strategiske krisestyring med inddragelse af regionens kommunikationsafdeling.

Den civile beredskabsplan omfatter ikke driften på hospitaler og institutioner eller selve den decentrale krisestyring og indsatsledelse. Det skal indgå i Hospitalernes egne planer, hvordan deres krisestyring er organiseret.

*Den Civile Beredskabsplan for Region Midtjylland kan tilgås via link jf. 9.5*

### **3.7 Sygehusberedskabet**

Sygehusberedskabet – herunder det præhospitale beredskabs - hovedopgaver i forbindelse med større ulykker og katastrofer er:

- Etablering af en entydig indgang til og koordinering af sundhedsberedskabet ved aktivering af Beredskabs-AMK
- Aktivering af det øvrige sundhedsberedskab, herunder det præhospitale beredskab
- Modtagelse af et større antal syge eller tilskadekomne
- Aktivering af yderligere præhospital støtte ved behov herfor
- Koordinering med og information til naboregioner og mellem region og kommuner
- Udvidelse af kapaciteten på sygehusene, eventuelt ved ekstraordinær udskrivning af patienter
- Aktivering af det kriseterapeutiske beredskab
- Aktivering af beredskabet i den primære sundhedstjeneste

#### **3.7.1 Hospitalernes beredskabsplaner**

Ifølge sundhedslovens § 210 skal regionsrådet planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at der sikres syge og tilskadekomne nødvendig behandling i tilfælde af ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger.

Regionens sundhedsberedskabsplan skal fastlægge de overordnede rammer for beredskabsplanlægningen for de enkelte hospitaler. Det er de respektive hospitalsledelser, der har ansvaret for den konkrete beredskabsplanlægning for det enkelte hospital.

- Hospitalsledelsen har ansvaret for at tilrettelægge med og planlægge for sundhedsberedskabet inden for sit ansvars- og kompetenceområde.
- Hospitalsledelsen har ansvaret for, at der er et (sundheds-) beredskabsudvalg for hospitalet, og at der er udpeget en formand for udvalget, der også kan repræsentere hospitalet i relevante sammenhænge indenfor området.
- Hospitalsledelsen har ansvaret for, at hospitalet udarbejder en ajourført og fyldestgørende plan for beredskabet på hospitalet – i relevant omfang omfattende matrikler, lokaliteter og funktioner under hospitalsledelsens ansvarsområde. Planen skal være kendt af alle ansatte, og tilgængelig såvel elektronisk som i papirformat.
- Planen skal være i tråd med aktuel lovgivning og vejledning samt overordnede nationale beslutninger, regionale beslutninger, indgåede aftaler og godkendte planer inden for området. Herunder kravene i henhold til DDKM-akkrediteringen (Den Danske Kvalitets Model).
- Der skal som en del af planen udarbejdes planlægning for og gennemføres introduktion, uddannelse, træning, kvalitetssikring, øvelsesvirksomhed, evaluering og læring inden for området, såvel

internt som i samspil med samarbejdspartnerne på området. Herunder i henhold til fælles regional øvelsesplan.

- Planlægningen skal udarbejdes ud fra lokale forhold, men den skal i videst mulig udstrækning tilstræbes harmoniseret og afstemt i forhold til sundhedsberedskabsplanlægningen hos andre relevante aktører – herunder først og fremmest øvrige hospitaler i regionen, men også omkringliggende kommuner.
- Planlægningen skal være harmoniseret og afstemt i forhold til øvrig (intern) planlægning på hospitalet, herunder bygningsmæssige, funktionsmæssige og strukturelle forhold og kendte kommende ændringer.
- Hospitalsledelsen skal arbejde for at understøtte planen med beslutninger, herunder om forebyggende tiltag til sikring af de for beredskabet gældende bestræbelser for robusthed m.m. Herunder i nødvendigt omfang sikring og brug af kommunikationsmedier og forsyningssikkerhed.
- Hospitalsledelsen skal arbejde aktivt for, at hospitalet deltager i et tæt samarbejde lokalt – herunder i klyngesamarbejdet - om udmøntningen af sundhedsberedskabet decentralt. Der forudsættes således deltagelse i relevante aftaler med lokale og regionale samarbejdspartnere om principielle og praktiske forhold i tilknytning til en eventuel aktivering og operationalisering af sundhedsberedskabet.
- Det er hospitalsledelsens opgave at påse, at medarbejderne er orienteret om, at særlige arbejdsmæssige forhold kan gøres gældende i en katastrofesituation, herunder også eventuel tjeneste ved karantænecentre, vaccinationscentre m.m. jf. Beredskabslovens §§ 56-58 samt Bilag til Vejledningen om planlægning af sundhedsberedskabet s 31.

De overordnede opgaver vedrørende hospitalernes beredskab omfatter:

- Prioritering og behandling af syge og tilskadekomne som følge af større hændelser.
- Vurdering af behovet for hospitalsydelser, herunder en vurdering af behovet for ydelser til allerede indlagte patienter og planlagte ikke hastende behandlinger eventuelt med overvejelser om ekstraordinære udskrivelser.
- Relaterede tekniske, bygningsmæssige, forsyningsmæssige og administrative opgaver.

Formålet er således at sikre, at der i en beredskabssituation hurtigst muligt kan tilvejebringes tilstrækkelige ressourcer, både materielt og personelt, og at der hurtigst muligt etableres den nødvendige beslutningskompetence med henblik på at løse de oven for nævnte opgaver.

Det skal i det enkelte hospitals beredskabsplan sikres, at der altid er en person til stede på hospitalet til at varetage rollen som beredskabsleder med ansvar for og kompetence til at iværksætte hospitalets beredskabsplan og varetage den interne organisering. Personen har ansvaret for at varetage ledelsen af hospitalets samlede indsats, indtil enten en i henhold til planen særligt udpeget beredskabsleder, hospitalsledelsen eller en særligt udpeget beredskabsledelse er ankommet.

Hospitalets beredskabsplan vil typisk være grundlaget for separate afdelingsplaner. På de enkelte afdelinger kan der være udarbejdet action cards/funktionskort for alle eller visse nøglepersoner/-funktioner.

Beredskabsplanen på det enkelte hospital skal bl.a. forholde sig til:

- Hospitalernes beredskabsorganisering
- Alarmering af hospitalet eller dele heraf
- Planer for indkaldelse af personale
- Retningslinjer for samarbejde og kommunikation med AMK
- Kommunikation mellem ledelse og hospitalsafdelinger
- Kommunikation mellem beredskabsleder og hospitalsledelse/afdelingsledelser
- Plan for modtagelse, visitation og behandling af syge og tilskadekomne som følge af hændelsen.
- Plan for behandling af hospitalets øvrige patienter, herunder plan for effektivering af eventuelle ekstraordinære udskrivelser
- Forholdsregler ved mistanke om smitsomme sygdomme
- Plan for isolation af et større antal patienter
- Modtagelse og intern transport af forurenede eller inficerede selvhenvendere
- Patientregistrering, både indbragte patienter og selvhenvendere
- Samarbejde med politiets katastroferegistrering
- Børnepasningsmuligheder og forplejning af personale
- Lokaler til modtagelse af pårørende
- Information til både personale og presse
- Plan for evaluering efter beredskabsaktivering
- Plan for kursus- og øvelsesaktivitet
- Plan for det lokale lægemiddelberedskab

Da der i forbindelse med større hændelser ikke i alle tilfælde kan forventes opretholdelse af alle normale tilstande/funktioner, vil der til sikring af hospitalets fortsatte drift endvidere være behov for rettidig planlægning på bl.a. følgende områder:

- Elektricitets-, vand- og varmforsyning
- Autoklaving og sterilisation
- Forsyningen af afdelingerne med medicinske luftarter
- Udbygning af hjælpe- og servicefunktioner

Endvidere skal hospitalernes beredskabsplanlægning være koordineret eller integreret i forhold til planer, forholdsregler og instrukser bl.a. i forbindelse med:

- Håndtering af brand på hospitalet
- Evakuering af hospitalet
- Håndtering af bombetrussel mod hospitalet
- Hygiejnemæssige forhold
- IT- og teleområdet

### **3.7.2 Koordinering af hospitalernes sundhedsberedskabsplanlægning**

I Region Midtjylland er der nedsat en arbejdsgruppe vedrørende sygehusberedskabsplanlægning. Formandskabet varetages af Præhospitalet, og der er repræsentanter fra alle hospitaler i gruppen, der skal udarbejde forslag til prioritering og koordinering af øvelsesopgaverne og vurdere ensartetheden i hospitalernes beredskabsplaner.

Arbejdsgruppen skal fremadrettet i større udstrækning kunne inddrages i og bidrage til en koordineret og ensartet planlægning af sundhedsberedskabet for hospitalerne i regionen. Herunder ved forberedelse af sundhedsberedskabsøvelsesplanen for regionen, og medvirke til at risiko- og sårbarhedsanalyser/operative konsekvensanalyser og handleplaner bliver mere konkrete og handlingsorienterede. Gruppen skal sikre en styrket erfaringsudveksling og være et fælles forum for drøftelse af problemstillingerne inden for planlægningen og udførelsen af sundhedsberedskabet. Arbejdsgruppens forslag til planer skal godkendes i det vanlige ledelsessystem; Øvelsesplaner i Klinikforum og planer af strategisk karakter i Strategisk Sundhedsledelsesforum.

### **3.7.3 Private hospitaler**

Jf. Bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab § 3 stk. 2 kan private sygehuse omfattes af sygehusberedskabet. Det påhviler således private sygehuse at planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at de på tilsvarende måde som regionale sygehuse kan indgå i sygehusberedskabet.

Den konkrete inddragelse af private sygehuse kan aftales nærmere i regionen, og det vil da ske efter vurdering af behovet herfor i den strategiske krisestyringsstab.

### **3.7.4 Det præhospitale beredskab**

Det præhospitale beredskab er en del af sygehusberedskabet. De overordnede opgaver vedrørende det præhospitale beredskab omfatter:

- Alarmering, herunder vurdering af ressourcebehov og rekvirering af nødvendig hjælp
- Ledelse og koordinering af indsatsen på tværs af skadested og hospitaler ved større hændelser (ved Beredskabs-AMK)
- Sundhedsfaglig ledelse og koordinering af behandling i indsatsområdet og vurdering og prioritering af tilskadekomne (KOOL/ISL-SUND)

- Sikring af relevant transport i samarbejde med indsatsledere fra politi og redningsberedskab
- Behandling og overvågning under transport

Formålet med det præhospitale beredskab er som grundformålet med den præhospitale indsats, nemlig at redde liv, at forbedre helbredsudsigter, at formindske smerter og andre symptomer, at afkorte det samlede sygdomsforløb og at yde omsorg og skabe tryghed. Samt at prioritere ressourceindsatsen.

### **3.7.5 Aktivering af det præhospitale beredskab og sundhedsberedskabet**

AMK-Vagtcentralen modtager varslinger og alarmeringer fra eksterne og interne aktører. AMK-Vagtcentralen alarmerer vagthavende Beredskabs-AMK læge og AMK-logfører.

Den decentrale kriseledelse alarmeres i givet fald efter aftale med vagthavende Beredskabs-AMK læge. Mindst én person fra hospitalsledelsen i Præhospitalet er medlem af kriseledelsen.

Beredskabs-AMK for Region Midtjylland har det overordnede ansvar for ledelsen og koordinationen af det samlede sundhedsberedskab i regionen ved større ulykker, hændelser og beredskabsmæssige situationer. Når Beredskabs-AMK aktiveres, annulleres de gældende kompetenceregler. Derved får Beredskabs-AMK-lægen kompetence til at tilvejebringe de ressourcer og den kapacitet, som den konkrete hændelse kræver af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland. Beredskabs-AMK er indgangen, herunder kommunikationsmæssigt, til hele regionens sundhedsvæsen.

Beredskabs-AMK kan aktiveres på følgende måder:

- Af AMK-vagtcentralen via melding fra 112-alarmcentralen om pludseligt opståede større hændelser med mange tilskadekomne
- Direkte aktivering kan ske af en kreds af aktører: præhospitale akutlæger/KOOL, øvrige udrykningsordninger, embedslæge, hospitaler, politi, andre regioners Beredskabs-AMK'er
- Aktivering af Beredskabs-AMK kan også foretages af Sundhedsstyrelsen, ministerier og andre, der har behov for hurtig adgang til koordination og kommunikation i sundhedsvæsenet i regionen, herunder den strategiske kriseledelse
- Ved interne hændelser kan Beredskabs-AMK aktiveres efter kontakt til medlem af Præhospitalets Kriseledelse eller andet præhospitalt personale

Beredskabs-AMK varsler og alarmerer regionens hospitaler ved følgende hændelser:

- Hændelser der har udviklet sig eller kan udvikle sig til en beredskabshændelse
- Hændelser hvor akut behov for særlig information af hospitaler eller befolkningen er påkrævet

- Større hændelser hvor et hospital orienterer AMK om, at hospitalet har aktiveret egen beredskabsplan

Når en beredskabsmæssig indsats er gennemført skal der ske afvarsling af alle dele af beredskabet.

Oversigt over sundhedsberedskabets alarmering fremgår af Figur 3 nedenfor.

### **Aktiveringen inddeles i grader**

Vurderingen af hændelser støttes af inddeling i grader med eskalerende aktivering og involvering af det samlede sundhedsberedskab og krisestyring.

I generelle termer som tre niveauer:

- Hvor sundhedsvæsenets almindelige beredskab ikke er tilstrækkeligt. Hændelser kan dog håndteres af Beredskabs-AMK. Der vil ikke være behov for aktivering af kriseledelse på dette aktiveringsniveau.
- Hændelser har et omfang og en karakter, der bevirker, at den decentrale kriseledelse involveres og orienteres - og eventuelt aktiveres, og da at den strategiske kriseledelse orienteres.
- Hændelser af et omfang og karakter, der ud over aktivering af den decentrale kriseledelse også medfører involvering af den strategiske kriseledelse.

Beredskabs-AMK varetager koordination af indsatsen under en beredskabshændelse. KOOL (ISL-SUND) varetager den sundhedsfaglige indsatsledelse i indsatsområdet. Alle regionens sundhedsfaglige enheder, som er i indsatsområdet refererer til KOOL (ISL-SUND). KOOL (ISL-SUND) er sundhedsvæsenets repræsentant i indsatsledelsen på skadestedet, og arbejder dér tæt sammen med den øvrige indsatsledelse (primært indsatsleder for redningsberedskabet og indsatsleder for politiet). KOOL's (ISL-SUNDS) arbejde foregår inden for rammerne af Retningslinjer for indsatsledelse.

Alarmering og aktivering af det kriseterapeutiske beredskab, beredskabet i den primære sundhedstjeneste og eventuelt lægemiddelberedskabet sker via Beredskabs-AMK.

### **Informationshåndtering**

Målet med håndtering af information i det præhospitale beredskab er at sikre, at regionens kriseledelse og hospitalernes og øvrige beredskabssamarbejdsparters kriseledelser til stadighed har et overblik over den samlede situation og løbende kan dokumentere forløbet.

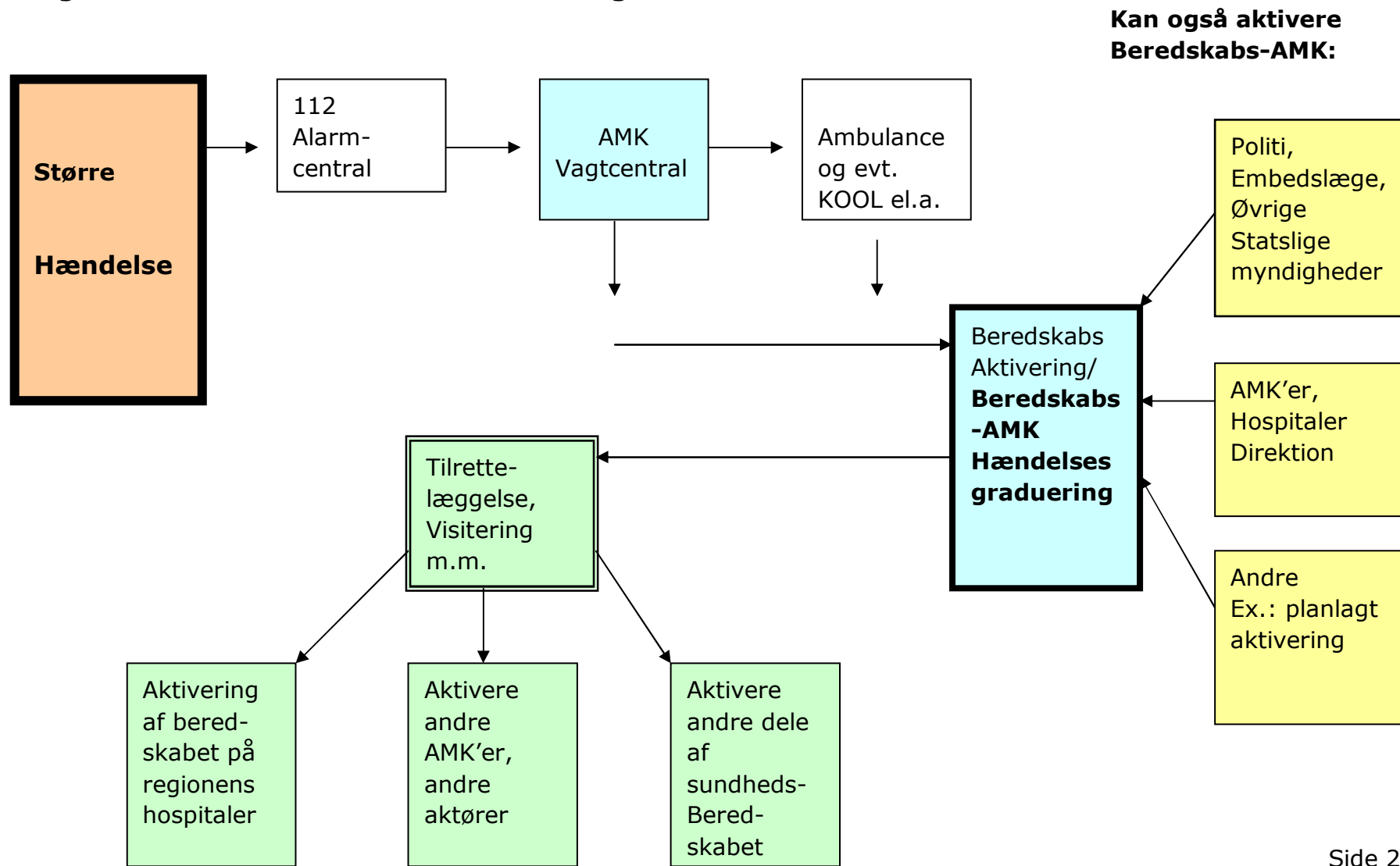
Præhospitalet og Beredskabs-AMK vil ved en beredskabshændelse, hvor den præhospitale beredskabsplan er aktiveret, løbende modtage information fra forskellige kilder. For at sikre, at regionen opretholder et fælles situationsbillede, og at relevant information kommer frem til kriseledelsen, kan der iværksættes følgende foranstaltninger:

- Forstærket tilsyn med intranet, e-mailpostkasser, telefoner og SINE.



- Orientering af hospitaler og eksterne samarbejdspartnere om, hvilke kontaktkanaler der benyttes i situationen.
- Iværksættelse af rapportering fra hospitalerne til Beredskab-AMK
- Udarbejde situationsrapporter til Sundhedsstyrelsen på dennes anmodning efter fast aftale om tidsinterval og indhold
- Dokumentation (log) for indhentet information og videregivelse af informationer og til hvem informationerne er afgivet.

**Figur 3: Sundhedsberedskabets aktivering**



## 4. Indsatsledelse og koordinering

### 4.1. Indsatsledelse

Efter Beredskabslovens § 17 koordineres den samlede indsats ved større hændelser af politidirektøren. Den koordinerende ledelse indebærer, at politiet skal sikre, at samtlige funktioner i og uden for indsatsområdet koordineres på en sådan måde, at den samlede indsats foregår bedst muligt.

Ved større ulykker vil der – normalt i tilknytning til politiets kommandostade (KST) – blive etableret en indsatsledelse. I indsatsledelsen indgår lederne af de beredskaber, som har specifikke indsatsmæssige opgaver i forbindelse med den konkrete hændelse. Grundstammen i indsatsledelsen ved større ulykker med tilskadekomne udgøres således af de tre overordnede ledere, det vil sige ISL-PO (indsatsleder politi), ISL-RB (indsatsleder redningsberedskabet) og KOOL (ISL-SUND) (Koordinerende læge / Indsatsleder sundhed).

### 4.2. Koordinering

#### **Koordinerende læge (KOOL/ISL-SUND)**

KOOL (ISL-SUND) har det overordnede ansvar for den præhospitale indsats og har dermed ingen behandlingsmæssige opgaver i indsatsområdet. KOOL's (ISL-SUNDS) opgaver varetages i samarbejde med den øvrige indsatsledelse.

Alle regionens præhospitale enheder, der er til stede på indsatsstedet refererer til KOOL (ISL-SUNDS) under indsatsen.

Indtil KOOL (ISL-SUND) er fremme, kan de præhospitale opgaver varetages af ambulancelederen, der normalt vil være behandleren på den først ankomne ambulance. Denne foretager i samråd med ISL-PO og ISL-RB en foreløbig vurdering af behandlingsbehovet og igangsætter den præhospitale indsats.

#### **Den lokale beredskabsstab**

I hver politikreds er der etableret en bredt sammensat beredskabsstab med repræsentanter fra regionale og lokale beredskabsmyndigheder m.fl. til at varetage de koordinerende opgaver i forbindelse med større hændelser og begivenheder samt større ulykker og katastrofer. I denne beredskabsstab deltager hver enkelt myndighed med egen kompetence i overensstemmelse med princippet om sektoransvaret. Politiet stiller stabsfaciliteter til rådighed for beredskabsstaben. Politidirektøren er leder af beredskabsstaben. Staben aktiveres for at bidrage til at sikre et effektivt og velfungerende samarbejde under indsatsen, herunder en koordineret og prioriteret anvendelse af de samlede ressourcer. Beredskabsstaben kan således også støtte såvel indsatsledelsesniveauet som det strategiske niveau med at skaffe fornødne ressourcer.

Efter beslutning i staben kan den suppleres med 'beføjede' fra andre sektorer bl.a. sundhedsvæsenet. Det præhospitale beredskab kan stille med 'forbindelsesofficer'.

Staben har ansvar for udarbejdelse og fastlæggelse af en koordinerende strategi, der forbinder beredskabsmyndighederne med henblik på en ensartet og sammenhængende udførelse af opgaverne.

Ud over at der kan etableres en beredskabsstab, vil politiet i en beredskabssituation etablere en KSN (Kommandostation), som svarer til sundhedsvæsenets Beredskabs-AMK.

*Vedrørende indsatsledelse henvises til Retningslinjer for indsatsledelse, der kan tilgås via link jf. 9.6*

## 5. SINE-kommunikation

I 2008 blev et nyt fælles landsdækkende radiokommunikationssystem, SINE (SIkkerhedsNEttet), taget i brug af beredskaberne med henblik på at sikre den nødvendige kommunikation i og på tværs af beredskaberne. I medfør af beredskabslovens § 29 skal SINE anvendes af beredskabsmyndighederne til løsning af beredskabsmæssige opgaver. Det skal desuden anvendes af private aktører, der løser beredskabsmæssige opgaver for beredskabsmyndighederne.

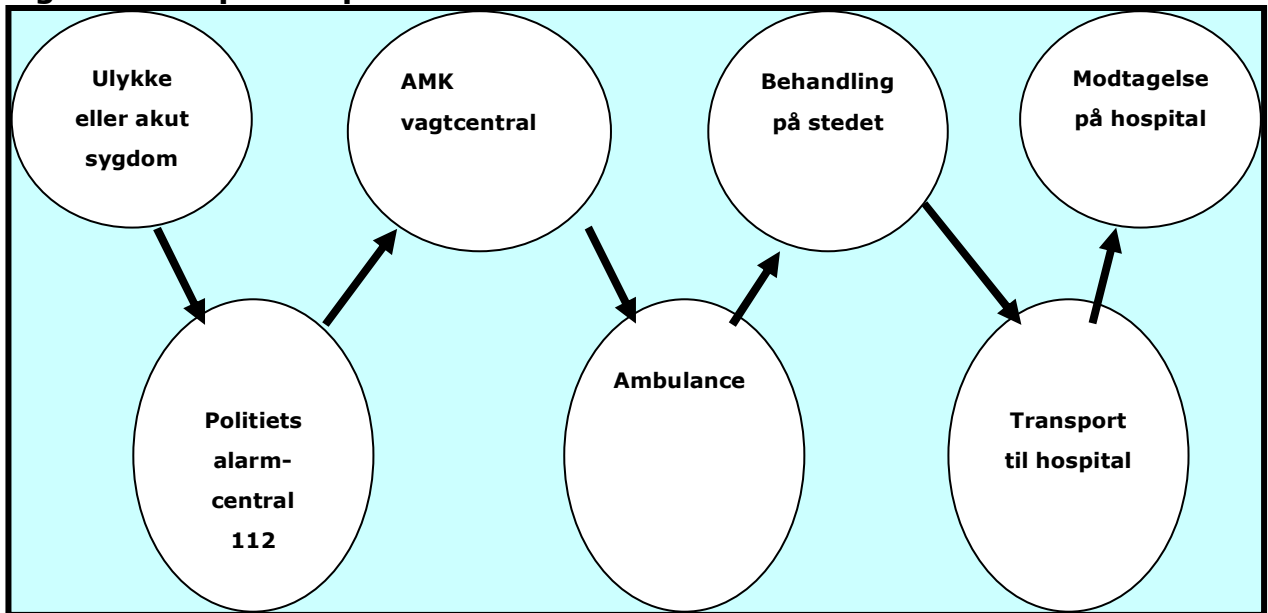
Det er hospitalsledelsernes ansvar at sikre, at hospitalerne anvender og vedligeholder rutine i at anvende SINE.

## 6. Den præhospitale indsats

### 6.1 Den Præhospitale kæde

Den præhospitale kæde viser det handlingsforløb, som finder sted, fra en ulykke eller akut sygdom opstår – der alarmeres via 112 – og til patienten overdrages til hospitalet, som illustreret neden for.

**Figur 4: Den præhospitale kæde**



### 6.2 Den Præhospitale indsatskapacitet 2012

Ambulanceberedskabet udgør grundstammen i regionens præhospitale indsats. I forbindelse med ambulanceudbuddet og udbuddet af liggende sygetransport har regionsrådet besluttet en dækning med i alt 64 ambulanceberedskaber og 29 enheder til liggende befordring. Regionen har i alt 36 ambulancestationer.

Ambulanceberedskabet suppleres af forskellige præhospitale ordninger med det formål at bringe specialkompetencer frem til patienten. De supplerende ordninger baseres på akutlægebiler, der er bemandede med speciallæge i anæstesi og en redder, der fungerer som chauffør og lægeassistent. Desuden er der akutbiler med anæstesisygeplejerske og/eller paramediciner.

Der er følgende akutlægebiler og akutbiler i Region Midtjylland (status 2012):

Akutlægebiler:

- Viborg (døgndækkende)
- Silkeborg (døgndækkende)
- Holstebro (døgndækkende)
- Herning (døgndækkende)
- Lemvig (døgndækkende)

- Aarhus (døgndækkende)
- Grenå (døgndækkende)
- Randers (døgndækkende)
- Horsens (døgndækkende)

Akutbiler:

- Skive (døgndækkende)
- Ringkøbing (døgndækkende)
- Tarm (døgndækkende)

Her ud over suppleres indsatsen ved akutlægehelikopter(e). Desuden er der en række forskellige øvrige supplerende præhospitalt ordninger som ø-beredskaberne, hjemmesygeplejerskerordninger med kommunerne, Udrykningslægeordning samt 112-førstehjælperkorps.

## 7. Beredskabsplanlægning

### 7.1 Beredskabsplan for Præhospitalet

Beredskabsplan for Præhospitalet skal fastsætte bestemmelser for Beredskabs-AMK, AMK-Vagtcentralen og de præhospitale enheders (akutlægebiler, akutbiler, praktiserende udrykningslæger og ambulancers m.v.) aktivitet ved beredskabshændelser således, at den præhospitale indsats i Region Midtjylland kan opretholdes. Beredskabsplanen skal endvidere fastsætte bestemmelser for Præhospitalets rolle i den regionale krisestyring og samarbejde med eksterne aktører.

Planen aktiveres ved:

- En hændelse, der vurderes ikke at kunne håndteres inden for den daglige drift
- Omfattende forsyningssvigt, som truer driften
- Vejrlig, der truer præhospitalets drift
- Brand, bombetrussel

Med baggrund i de foretagne overvejelser om risiko og sårbarhed i forbindelse med arbejdet med plan for sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab for Region Midtjylland skal der planlægges i forhold til:

- Beredskab for konventionelle hændelser (storulykke)
- Beredskab for CBRNE hændelser
- Beredskab for lægemidler, medicinsk udstyr, utensilier, forbindsstoffer mv.
- Beredskab for brand og trusler, herunder forsyningssvigt, mod fortsat drift af AMK-Vagtcentralen
- Flere skadesteder

Beredskabs-AMK for Region Midtjylland har det overordnede ansvar for ledelsen og koordinationen af det samlede sundhedsberedskab i regionen ved større ulykker, hændelser og beredskabsmæssige situationer.

Når Beredskabs-AMK aktiveres, annulleres de gældende kompetenceregler, således at den Beredskabs-AMK ansvarlige læge har kompetence til at tilvejebringe de ressourcer og den kapacitet, som den konkrete hændelse kræver af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland.

*Beredskabsplan for Præhospitalet kan tilgås via link jf. 9.7*

### 7.2 Hospitalernes beredskabsplaner

Sundhedsberedskabsplanlægningen i Region Midtjylland er struktureret i et planlægningsmæssigt hierarki.

Det overordnede plangrundlag er Region Midtjyllands Plan for Sundhedsberedskabet og det Præhospitale beredskab, der danner rammen for den decentrale sundhedsberedskabsplanlægning i regionen.



I Region Midtjylland er der syv hospitaler: fem somatiske hospitaler med akutfunktion, Præhospitalet og Psykiatri- og Social - og en hospitalsledelse for hver af disse, der har ansvaret for sundhedsberedskabsplanlægning inden for egen organisation. Planerne skal i relevant udstrækning også omfatte matrikler, lokaliteter og funktioner uden akutfunktion. De senge og faciliteter der er på stedet, vil eventuelt kunne anvendes i særlige situationer (f.eks. ved meget store hændelser).

*Beredskabsplaner for de 5 somatiske hospitaler i Region Midtjylland kan tilgås via link jf. 9.8*

### **7.3 CBRNE-beredskab (herunder smitsomme sygdomme)**

Jf. Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. § 2 stk. 1 omfatter sundhedsberedskabet bl.a. indsats i forbindelse med kemiske, biologiske, radiologiske og nukleare hændelser. Hertil kommer hændelser med eksplosiver.

CBRNE-beredskabet er den del af sundhedsberedskabet, der skal begrænse og afhjælpe hændelser med kemikalier, biologiske kampstoffer, radiologiske, nukleart eller eksplosivt materiale. Udbrud af smitsomme sygdomme falder under kategorien biologiske hændelser.

Jf. Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet skal regioner og kommuner udover den generelle planlægningsforpligtelse planlægge for at håndtere patienter fra CBRNE-hændelser.

Myndigheder, der kan bidrage med ekspertise, er bl.a. følgende:

C: Kemisk Beredskab, Beredskabsstyrelsen

B: Center for Biosikring og -Beredskab, Statens Serum Institut

R: Statens Institut for Strålebeskyttelse, Sundhedsstyrelsen

N: Nukleart Beredskab, Beredskabsstyrelsen

E: Forsvarets ammunitionsrydningstjeneste

#### **C-beredskab:**

C står for det kemiske beredskab vedrørende giftige industrikemikalier, kemiske kampstoffer, og andre (faste, flydende og luftformige) kemiske stoffer, som i den konkrete situation er til umiddelbar fare for omgivelserne.

I forbindelse med indsats kan der indhentes ekspertrådgivning og bistand fra Kemisk Beredskab i Beredskabsstyrelsen, som også kan yde telefonisk rådgivning samt bistå direkte i indsatsområdet og fareområdet med et Hazmat-team. Giftlinjen på Bispebjerg Hospital kan yde telefonisk rådgivning.

#### **B-beredskab:**

B står for det biologiske beredskab og vedrører smitsomme og andre overførbare sygdomme. Samt biologiske kampstoffer og våbengjort biologisk materiale f.eks. bakterier, virus og gifte, som kan våbengøres og bruges til biologiske angreb.

I forbindelse med smitsomme sygdomme er Sundhedsstyrelsen central myndighed. Sundhedsstyrelsen har ansvar for vejledning og rådgivning, kontakt- og smitteopsporing samt forebyggelse af smitsomme sygdomme. De decentralt placerede embedslæger er en del af Sundhedsstyrelsen og varetager tilsvarende opgaver i regionen. Sundhedsstyrelsen har som sektoransvarlig myndighed en døgnvagtordning (Embedslægevagten) og vil således kunne modtage anmeldelser på alle tider af døgnet.

Ved hændelser eller mistanke om hændelser med farlige biologisk stoffer har Center for Biosikring og -Beredskab (CBB) ved Statens Serum Institut pligt til at bistå med at fastlægge fareområdet, idet CBB har den fornødne kompetence og det nødvendige analyseværktøj.

### **R-beredskab:**

R står for det radiologiske beredskab og vedrører ikke-nukleare radioaktive kilder, til industri, forskningsmæssig, medicinsk eller lignende anvendelse. Håndtering af de radiologiske aspekter af såkaldte "dirty bombs", dvs. bomber som indeholder både eksplosive stoffer og radioaktivt materiale, indgår også i det radiologiske beredskab.

I forbindelse med indsats bør der indhentes ekspertrådgivning og bistand fra Statens Institut for Strålebeskyttelse (SIS) under Sundhedsstyrelsen. Formålet med det døgnbemandede radiologiske ekspertberedskab (SIS-vagten), er at bidrage med ekspertviden, beslutningsstøtte og måleassistance til løsning af beredskabsfaglige opgaver ved såvel utilsigtede som tilsigtede hændelser med radioaktive stoffer og ioniserende stråling.

### **N-beredskab:**

N står for det nukleare beredskab og vedrører nukleare anlæg f.eks. atomkraftværker, forsøgsreaktorer, nukleart drevne skibe og satellitter samt anvendelse af nukleare våben i fredstid.

Beredskabsstyrelsen opretholder et døgnberedskab med en nuklear beredskabsvagt. Assistance fra Nukleart Beredskab vil normalt kunne rekvireres via vagtordningen under Statens Institut for Strålebeskyttelse.

### **E-beredskab:**

E vedrører beredskab i forhold til eksplosiver. Brugen af eksplosiver i terrorsammenhæng er velkendt, både i Danmark og i udlandet. Eksplosivstoffer kan også anvendes til fredelige formål, f.eks. entreprenør- og ingeniørvirksomhed.

Skaderne, der kan opstå i forbindelse med eksplosivstoffer, er typisk konventionelle højenergitraumer. Hovedopgaven for regionen vil være håndtering af mange akut behandlingskrævende tilskadekomne både præhospitalt og på sygehusene. Desuden kan der være mange personer med behov for akut krisestøtte, der betyder, at det kriseterapeutisk beredskab bør iværksættes.

Forsvarets ammunitionsrydningsberedskab råder over ammunitionsrydningshold, der til enhver tid kan rykke ud på anmodning fra politiet, samt materiel til uskadeliggørelse og transport af bomber og andre eksplosiver, herunder akut transport af biologiske og kemiske stoffer i koordination med øvrige ekspertberedskaber.

### **Skadested og rensning:**

Der kan både være tale om situationer, hvor der er et konkret skadested eller et gerningssted og situationer, hvor der ikke er et skadested/gerningssted. Situationer, hvor personer klart udviser symptomer på sygdom, håndteres primært af sundhedsvæsenet. Situationer, hvor en række personer på et skadested er mistænkt for at være smittede eller eksponerede, men hvor de endnu ikke er blevet syge, håndteres som udgangspunkt og primært af embedslæge og politi.

Potentielt forurenede personer skal renses på skadestedet, Dette skal ske med henblik på at undgå spredning af forureningskilden. Det konkrete ansvar for rensningen ligger hos redningsberedskabet – enten det kommunale redningsberedskab eller de statslige beredskabscentre.

Håndteringen af forgiftningspatienter og kemikalieforurenede personer omfatter rensning, visitation, symptomatisk behandling, behandling med specifikt antidot (modgift). Både forgiftede patienter og personer, som er eksponerede (forurenede), skal kunne modtages ved hospitalerne. Derudover skal hospitalerne have et beredskab til håndtering af selvhenvendende, som er eksponerede/forurenede personer, der selv henvender sig på hospitalet for at modtage behandling. Det er derfor nødvendigt at have et beredskab på akuthospitalerne til håndtering heraf.

Hospitalerne skal have planlagt for indsatsen ved sådanne kemiske hændelser – herunder rensningsprocedurer, som en integreret del af planerne i sygehusberedskabet eventuelt ved indgåelse af aftale med kommunalt eller statsligt beredskab.

### **Smitsomme, farlige sygdomme:**

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2002 Vejledning om sygehusvæsenets beredskab i forbindelse med et større antal patienter med risiko for smitsomme og andre overførbare sygdomme. Vejledningen indeholder overordnede faglige og organisatoriske anbefalinger for den biologiske sundhedsberedskabsplanlægning.

Efterfølgende udmeldinger som bl.a. Den Nationale Sårbarhedsudredning, Operativ plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark ("Koppeplanen", der også er møntet på epidemier generelt (en såkaldt generisk plan)), Sundhedsstyrelsen Vejledning i planlægning af sundhedsberedskabet, Beredskabsplan for pandemisk influenza, bidrager alle til vejledning m.v.

Det biologiske beredskab iværksættes, når der forekommer større eller usædvanlige udbrud af smitsomme sygdomme, hændelser med udsættelse af mennesker for biologiske kampstoffer, der kan ramme de primært udsatte, men ikke smitter videre, og udbrud hvor årsagen ikke umiddelbart er kendt.

Det regionale sundhedsberedskab vil i beredskabssituationer ved behov modtage fornøden konkret vejledning fra Sundhedsstyrelsen. Desuden er der mulighed for at trække på rådgivning fra embedslæge og fra Statens Serum Institut.

### **Forurenede/Kontaminerede lig**

Der skal i hospitalernes beredskabsplanlægning samt den præhospital beredskabsplanlægning være udarbejdet retningslinjer for håndtering af forurenede/kontaminerede lig.

### **Epidemikommissionen**

Epidemikommissionerne har i henhold til epidemiloven lokalt/regionalt ansvaret for at hindre indførelse af smitsomme sygdomme til Danmark samt spredning af alment farlige smitsomme sygdomme, eller andre smitsomme eller overførbare sygdomme som er anført i bilag til epidemiloven. Det drejer sig om særligt alvorlige og farlige smitsomme sygdomme.

Epidemikommissionens beføjelser er bl.a. at kunne påbyde en række tvangsforanstaltninger (undersøgelse, isolation og tvangsmæssig indlæggelse på hospital mv.) med henblik på at imødegå udbredelse af smitte. Dette gælder også for udenlandske statsborgere, der ankommer til Danmark via danske havne og lufthavne. Videre kan kommissionen påbyde områder afspærret, forbyde offentlige arrangementer og lignende. I regi af epidemikommissionen samarbejder de involverede myndigheder således om håndtering af alvorlige og alment farlige smitsomme sygdomme.

Som omtalt tidligere skal regionsrådet koordinere sin sundhedsberedskabsplan med bl.a. de stedlige epidemikommissioners planlægning. Region Midtjylland deltager ud over den politiske repræsentation med administrative ledere med ansvar for sundhedsberedskabet i kommissionens møder. Regionen udarbejder én gang årligt en årsberetning vedrørende sundhedsberedskabet og den præhospital indsats til fremlæggelse og drøftelse på Epidemikommissionens møder sammen med tilsvarende årsberetninger fra øvrige relevante myndigheder med reference til kommissionen. Herved er der mulighed for koordination og gensidig vidensdeling med henblik på hensigtsmæssig retningsoverensstemt planlægning.

### **Hospitalerne planlægger:**

Hospitalerne planlægger for CBRNE-beredskabet. Herunder også i forhold til isolationskapacitet, eventuelt personale til mulig bemanding af karantænecentre og eventuelle massevaccinationscentre.

## **7.4 Isolationskapacitet**

Regionen skal planlægge for forøgelse af den samlede (infektions)medicinske kapacitet, f.eks. ved udpegning af egnede afdelinger, afsnit, et isolationshospital eller inddragelse af andre bygninger. Dette skal ses i sammenhæng med hospitalernes planlægning af den medicinske kapacitet på hospitalerne. Der skal kunne ske tilpasning af kapaciteten set i forhold til hændelsen art. Der bør kunne operationaliseres en gradueret anvendelse af de samlede isolationsfaciliteter.

Der har tidligere i Region Midtjylland været overvejelser om, at anvende et hospital til isolationshospital. Vedrørende anvendelse af en "smal" model med placering af voksne patienter på primært et hospital kontra en "bred" model, der inkluderede alle akuthospitaler i regionen, er det besluttet administrativt (af Strategisk Sundhedsledelsesforum), at Region Midtjylland anvender den "brede" model.

Det forudsættes, at alle hospitaler med akutmodtagelse har opdaterede planer for udvidelse af isolationskapaciteten. Herunder en strategi for trinvis udvidelse af isolationskapaciteten dels for voksne patienter og dels for børn.

Region Midtjylland råder over 33 egentlige isolationspladser med undertryksventilation.

På baggrund af tidligere opgørelse af de samlede planer for kohorteisolation på regionens hospitaler vil det være muligt at etablere ca. 300 pladser (eksklusiv kohorteisolation på børneafdelinger) via reduktion af andre aktiviteter, primært elektiv kirurgi. Ved nedlukning af al elektiv kirurgi ville det være muligt at udvide dette antal yderligere. På børneafdelingerne kan der etableres ca. 80 kohorteisolationspladser for børn.

Tilsvarende generelle principper er fastlagt for udvidelse af intensivkapacitet. Region Midtjylland råder over i alt ca. 116 respiratorer placeret på intensivafdelingerne på regionens hospitaler samt 10 respiratorer på børneintensiv afdeling. Herudover er der på regionens hospitaler ca. 135 respiratorer fordelt på operationsstuer og andre placeringer. Der er således i alt ca. 261 respiratorer til rådighed.

Det overordnede princip for udvidelse er, at intensivkapaciteten om nødvendigt vil blive udvidet ved at begrænse, eventuelt helt indstille planlagte (elektive) operationer.

Problemer med dækning af personalekapacitetsbehovet på hospitalerne skal søges løst efter de retningslinjer, der generelt er gældende for kapacitetsudvidelse i henhold til hospitalernes beredskabsplaner.

## **7.5 Karantænefaciliteter**

Formålet med karantæne er at hindre smittespredning fra personer, der muligvis er blevet smittet, men som endnu ikke er syge eller har fået symptomer. Hvis der er risiko for, at personer, som har været udsat for smitte

(eksponerede), kan blive syge efter nogle dage og måske er smittefarlige af en meget alvorlig smitsom sygdom, skal de udsatte personer holdes samlet og i karantæne, indtil situationen er afklaret.

Epidemikommissionen, regionen og kommunerne må i samarbejde planlægge for håndtering af en situation, hvor mistænkt smittede personer skal i karantæne. Planlægningen bør omfatte opgaver for alle involverede og aftaler om pressestrategi, information til borgerne samt kommunikation mellem myndighederne, internt og eksternt.

Beslutning om karantæne træffes af Sundhedsstyrelsen eller eventuelt af den regionale epidemikommission i henhold til Epidemiloven.

Jf. pandemiplanlægningen skal der som udgangspunkt søges karantænesætning i eget hjem. Ved meget udbredt udbrud af smitsom sygdom opgives karantænesætning som redskab. For scenarierne i mellem disse yderpunkter kan der etableres og anvendes karantænecentre. Jf. Vejledningen om planlægning af sundhedsberedskabet kan en rettesnor være behov for at skulle internere op til 5.000 personer i 17 dage på landsplan. Det vil svare til godt 1.000 personer i Region Midtjylland.

Det er et regionalt ansvar, at forestå planlægning af indretning, drift, administration og bemanning af karantænecentre. Overordnet kan det således anføres, at etablering af observation, behandling og pleje er regionens opgave. Dertil kommer bevogtning, forsyning, transport, m.v.

Kommuner, som karantænefaciliteter er beliggende i, bør inddrages i planlægningen ligesom politiet (bevogtning). Der bør indgås konkret aftale mellem region og kommune om, hvilken bistand kommunen yder i forbindelse med oprettelse og drift af karantæne. Der kan være tale om bygningsmæssig, personalemæssig og logistisk bistand. Kommunen kan således afhængigt af den konkrete aftale med regionen få opgaver i form af indretning af karantænecenteret, daglig drift af centeret, omsorg for de karantæneramte, forsyning med levnedsmidler, rengøring, bortskaffelse af affald og transport mv.

Personalet, der skal bemane et karantænecenter, kan bl.a. udvælges blandt hospitalspersonale. Personalet skal derfor som led i hospitalernes almindelige beredskabsplanlægning være orienteret om, at de vil kunne pålægges at gøre tjeneste i et karantænecenter, og at det sker som led i deres almindelige ansættelsesforhold – under henvisning til Beredskabslovens §§ 56-58 samt Bilag til Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet s. 31.

Der udpeges en faglig leder (f.eks. en læge eller sygeplejerske) samt en driftsansvarlig leder for hvert karantænecenter. Der skal endvidere være en læge tilknyttet (infektionsmediciner, dermatolog), som dagligt tilser de internerede. Dertil kommer forsyning med fødevarer, bortskaffelse af affald mv.

Det er væsentligt, at planen omfatter mulighed for graduering af indsatsen og oprettelsen af centre efter det aktuelle behov. Planen må således kunne aktiveres trinvist.

Det er især kaserne og flyvestationer, der regnes som velegnede karantænecentre.

I henhold til epidemiloven afholder regionerne alle udgifter til foranstaltningerne mod smitsomme sygdomme.

### **Adgang til karantænefaciliteter**

I 2006 indgik det tidligere Århus Amt en aftale med de amter, der i dag udgør Region Syddanmark. Forpligtelserne er i dag overtaget af henholdsvis Region Syddanmark og Region Midtjylland. Det betyder, at Region Midtjylland vil kunne benytte sig af Region Syddanmarks aftaler om oprettelse af karantænefaciliteter på Ryes kaserne i Fredericia og på Flyvestation Skrydstrup. Karantænefaciliteterne vil i givet fald blive indrettet i kasernes eksisterende bygninger. I det konkrete tilfælde skal iværksættelsen af aftalen arrangeres gennem embedslægen. Det ligger som en forudsætning for aftalen, at Region Midtjylland vil planlægge med indgåelse af egne lokale aftaler om karantænefaciliteter inden udgangen af 2014. Desuden finder Sundhedsstyrelsen det hensigtsmæssigt, at Region Midtjylland får adgang til egne faciliteter.

### **Karantæneplan for Region Midtjylland**

Der søges således udmøntet nedenstående strategi med henblik på egen plan:

- Der vurderes at være behov for planlægning med oprettelse af 2-3 karantænecentre i regionen, som planlægges af Region Midtjylland i samarbejde med forsvaret, og med relevant inddragelse af de respektive kommuner, politiet og embedslægeinstitutionen
- Der skal planlægges for at kunne udpege personale i påkommende tilfælde.
- Personale skal være orienteret om, at de vil kunne komme til at gøre tjeneste i oprettede karantænecentre.

Der sigtes efter, at der foreligger en karantæneplan for Region Midtjylland inden udgangen af 2014.

*Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark kan tilgås via link jf. 9.9*

### **7.6 Massevaccination**

Beslutning om at vaccinere hele eller dele af befolkningen træffes af Ministeren for Sundhed og Forebyggelse. I en egentlig beredskabssituation vil forebyggende retningslinjer blive udmeldt af Sundhedsstyrelsen til embedslægeinstitutionen og sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for distribution af vaccine.

Regionen koordinerer i samarbejde med kommunerne planlægningen for, hvordan man vil iværksætte en massevaccination – herunder egnede lokaliteter, m.v.

Hospitalet skal i deres planlægning tage højde for muligheden af, at der skal kunne afgives personale til massevaccinationer.

Der skal i påkommende tilfælde og jf. Sundhedsstyrelsen anbefaling regnes med etablering af vaccinationscentre for hver ca. 21.000 borgere.

Der planlægges i henhold til Ramme- og hensigtserklæring jf. nedenfor med en niveauinddeling af massevaccinationsindsatsen, som betyder, at vaccinationen så vidt muligt sker hos egen læge.

Ved en vaccinationsindsats af hele befolkningen vil den formentlig bedst kunne ske i centre. Hvilken vaccinationsstrategi, der skal anlægges, udmeldes af de centrale sundhedsmyndigheder i den konkrete situation.

Der foreligger forslag til en Ramme- og hensigtserklæring mellem region, kommunerne og praktiserende lægers organisation i Region Midtjylland. Kommunerne skal herefter kunne udpege det nødvendige antal massevaccinationscentre i henhold til en plan for samme - herunder indretning m.v.

### **7.7 Det Internationale Sundhedsregulativ/indrejsepunkter**

Det internationale Sundhedsregulativ er en vejledning om håndtering af hændelser med personer med alvorlig smitsom sygdom eller mistanke herom, eller anden lidelse/tilstand som kan udgøre en folkesundhedsmæssig trussel, som ankommer til Danmark.

AMK-vagtcentralen modtager og vurderer sundhedsfaglige 112-opkald, visiterer og disponerer den relevante hjælp, herunder udsendelse af ambulancer, akutbiler, akutlægebiler, akutlægehelikopter og KOOL (ISL-SUND).

### **7.8 Radiologisk og nukleart beredskab**

Skader ved radiologiske og nukleare hændelser kan resultere i sygdomme og øget risiko for sygdom, forårsaget af den ioniserende stråling. Der skal sondres mellem eksternt bestrålede personer og radioaktivt forurenede, da dette har stor betydning for det personale, der skal i kontakt med den tilskadekomne. Dette medfører forskellige situationer, der medfører forskellige forholdsregler i den givne situation:

#### **Ekstern bestråling:**

Situationsbeskrivelse: Den tilskadekomne har været udsat for ioniserende stråling fra en intakt radioaktiv kilde uden for kroppen. Den tilskadekomne er ikke radioaktiv.



#### Forholdsregler:

- der er ingen risiko for personalet
- personalet skal ikke beskyttes
- der skal ikke måles for radioaktivitet

#### **Radioaktiv forurening (kontaminering):**

Situationsbeskrivelse: Den tilskadekomne har været i kontakt med radioaktive stoffer i luftform, opløsning, støv eller lignende. Der kan være radioaktivitet på tøj, i hår, på hud og optaget gennem mund, næse og sår. Radioaktiviteten kan spredes. Personalet kan blive bestrålet.

#### Forholdsregler:

- personalet skal beskyttes
- der skal måles for radioaktivitet
- tøj m.m. skal opsamles/isoleres
- der skal evt. tages prøver

Behandlingen af stråleskadede er altid rettet mod symptomerne. Kun i tilfælde hvor person(er) har været udsat for en stråledosis, der er så høj, at der er risiko for deterministiske skader (stråledosis har med sikkerhed skadet væv – akut forløb), er der behov for særlige beredskabsforanstaltninger på hospitalet. De øvrige skader er alle ikke-akutte, og varetages på almindelig vis af hospitalet. De enkelte hospitaler skal have planlagt for aktivering af RN-beredskabet i forbindelse med patienter med deterministiske skader.

Modtagelses- og renseprocedurer er svarende til allerede planlagte og anvendte procedurer på hospitalerne. Det er dog vigtigt, at rensningen af en radioaktivt forurenede person kontrolleres. Der kan være indgået lokale aftaler mellem hospital og det stedlige kommunale redningsberedskab med henblik på rensning af forurenede personer, der af den ene eller anden årsag når hospitalet uden at være rensede på skadestedet.

#### **7.9 Primærsektorens opgaver i sundhedsberedskabet ved CBRNE-hændelser**

Opgaver i forbindelse med CBRNE-hændelser for beredskabet i primærsektoren vil hovedsagelig være at aflaste og støtte sygehusvæsenet. Desuden er der en vis sandsynlighed for, at især læger i primærsektoren kan komme i direkte kontakt med patienter, som har været udsat for CBRN-eksponering (såkaldte selvhenvendere).

Både region og kommuner har et planlægningsansvar i forbindelse med primærsektoren i sundhedsberedskabet ved CBRNE-hændelser.

Vedrørende de konkrete opgaver i forbindelse med CBRN-hændelser bør der i primærsektoren planlægges for eventuel:

- deltagelse i gennemførelse af (masse)vaccination
- varetage behandling m.v. af ekstraordinært udskrevne patienter fra hospitalerne
- Deltagelse i drift af karantænefaciliteter

- medvirke til at formindske indlæggelsesbehovet i sygehusvæsenet for andre sygdomme.

Hvis der er tale om en biologisk beredskabssituation, f.eks. influenzaepidemi, eller kopper må det forventes, at der kan blive et stort behov for primærsektorberedskabet.

Der henvises til Ramme- og hensigtserklæringen for samarbejdet om sundhedsberedskabet mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og Praktiserende lægers organisation i regionen, som omtales nærmere nedenfor.

### **7.10 Kriseterapeutisk beredskab**

Ansvar for planlægningen af det kriseterapeutiske beredskab påhviler regionen. Regionen er således forpligtet til både at planlægge det kriseterapeutiske beredskab og at varetage den kriseterapeutiske indsats i samarbejde med andre relevante parter.

Det kriseterapeutiske beredskab skal forstås som sundhedsvæsenets evne til at udvide og omstille sin evne til at yde psykosocial omsorg og støtte, identificere behandlingsbehov og yde krisebehandling ved større ulykker og tilsvarende hændelser uden eller med få fysisk skadede, som kan have psykiske konsekvenser for implicerede, pårørende og tilskuere. Formålet med det kriseterapeutiske beredskab er at forebygge at en normal reaktion på en usædvanlig voldsom hændelse, som f.eks. katastrofe, krig, transportulykke af større omfang o.l., udvikler sig til en sygelig tilstand.

Endvidere søges udskilt de personer over for hvem, der skal iværksættes et egentligt behandlingsforløb. I det omfang, at der er børn blandt de berørte, er det vigtigt at sikre, at der i de forskellige faser af indsatsen er børne-/ungdomspsykiatrisk ekspertise til rådighed med henblik på fornøden hensyntagen til børns særlige reaktioner og behov i krisesituationer.

Hovedformålet med den akutte kriseterapeutiske indsats ved en større hændelse er at lindre de umiddelbare psykiske lidelser (akutte belastningsreaktioner), og så vidt muligt at forebygge udvikling af posttraumatiske belastningsreaktioner og andre senfølger i form af psykisk sygdom.

Det kriseterapeutiske beredskab træder i kraft i forbindelse med ulykker, som har karakter af en katastrofe/hændelse med et stort antal direkte berørte, og hvor behovet for akut psykologisk krisehjælp ikke kan dækkes via det almindelige kriseberedskab.

Det kriseterapeutiske beredskab vil dog også kunne aktiveres i situationer, hvor der er ingen eller kun få fysisk tilskadede.

De berørte skal sikres:

- praktisk hjælp i den akutte krise
- psykisk omsorg og støttende samtaler individuelt og i grupper

- information om krisereaktioner og hjælpemuligheder
- observation/vurdering af krisereaktioner med henblik på iværksættelse af relevant krisehjælp
- eventuel henvisning/visitation til psykologisk debriefing eller anden hjælp
- endvidere søges udskilt de personer, over for hvem der efterfølgende skal iværksættes et egentligt behandlingsforløb.

Bistanden omfatter den akutte fase i de første døgn efter katastrofen/hændelsens indtræden samt rådgivning/planlægning af opfølgende støtte/bearbejdning af hændelsen.

Den katastrofepsykiatriske bistand kan indsættes på:

- indsatsområdet
- somatiske hospitaler
- et særligt etableret Psykosocialt støttecenter (PSSC) (uden for de psykiatriske afdelinger)
- PSSC etableret på en af de psykiatriske afdelinger.

Det overordnede ansvar for planlægningen af det kriseterapeutiske beredskab i Region Midtjylland er placeret hos Psykiatri- og socialledelsen.

Psykiatri- og socialledelsen har uddelegeret planlægningen af katastrofeindsatsen til den Psykiatriske Beredskabsledelse, samt etableret rammerne for det kriseterapeutiske beredskab.

I katastrofesituationer udgøres den krisepsykiatriske ledelse af den Psykiatriske Beredskabsledelse, hvori Psykiatri- og socialledelsen er repræsenteret.

Alarmering og aktivering af det kriseterapeutiske beredskab skal altid ske via Beredskabs-AMK. Beredskabs-AMK aktiverer herefter det kriseterapeutiske beredskab via Informationen på Aarhus Universitetshospital, Risskov.

En Koordinerende Psykiatriske kontaktperson (KOP) udpeges af den Psykiatriske Beredskabsledelse umiddelbart efter, at de er alarmeret. KOP udsendes, hvis det er relevant, til indsatsområdet som den Psykiatriske Beredskabsledelses "øjne og øre", og giver løbende opdatering om situationen til beredskabsledelsen.

Den akutte indsats omfatter indsatsen på et hospital eller i tilknytning til indsatsområdet eller et kortvarigt etableret støttecenter, og strækker sig over fra få dage til en uge.

Overgangsfasen efterfølger den akutte indsats, og der vil i denne fase være behov for at fokusere på de psykologiske, sociale og praktiske konsekvenser af hændelsen for de enkelte berørte. Varigheden af denne fase kan være op til uger eventuelt måneder.

Overgangsfasen leder direkte til den opfølgende indsats, hvor formålet er at forebygge og behandle posttraumatisk belastningsreaktion og andre følgetilstande såsom depression, angstlidelser m.v. Denne indsats ydes i børne/ungdoms- og voksenpsykiatrien samt af de praktiserende læger og privatpraktiserende psykiatere og psykologer.

Alle de psykiatriske afdelinger indgår i det kriseterapeutiske beredskab. Det gælder også dem, der fysisk er placeret sammen med somatiske hospitaler. Det er den kriseterapeutiske ledelsesgruppe, der beslutter, hvilke dele af det kriseterapeutiske beredskab, der skal aktiveres.

### **7.10.1 Oprettelse af psykosociale støttecentre (PSSC)**

Oprettelse af psykosociale støttecentre besluttet af indsatsledelsen i samråd med Beredskabs-AMK. Politiet har den koordinerende ledelse, mens psykiatrien har ansvaret for den psykologiske indsats.

Formålet:

- At samle uskadte personer, der har været involveret i en katastrofe eller større ulykke under betryggende former
- At give information om, hvad der er sket, og hvad der videre skal ske, herunder information om normale reaktioner på en voldsom hændelse
- At sørge for medmenneskelig omsorg, mad, drikke og hvile
- At afskærme de kriseramte fra presse og uvedkommende personer
- At sørge for samvær med andre fra ulykken / katastrofen
- At hjælpe til sammenføring af kriseramte og pårørende
- At afklare, hvilke personer der har behov for psykiatrisk krisehjælp
- At yde kriseintervention
- At afhjælpe opstået akut behov for forplejning, indkvartering m.v.

Deltagere:

- Politiet
- Psykiatrien
- Det kirkelige beredskab
- Kommunens (-ernes) socialforvaltning
- Kommunens (-ernes) redningsberedskab
- Andre interessenter (herunder hjælpepersonale fra Beredskabsstyrelse og Hjemmeværnet samt eventuelt praktiserende læge eller personale fra hospital).

Jf. "Kriseterapeutisk beredskab - en vejledning i sundhedsberedskabsplanlægning" fra 2010, bør der i hver kommune i samråd med regionen og politiet være udpeget 1-2 passende lokaliteter til et PSSC, f.eks. en skole. I regionen bør der 1-2 steder, f.eks. på en kaserne eller lignende, ligeledes være planlagt for at kunne modtage ekstra mange mennesker til krisestøtte som følge af meget store hændelser.

I forbindelse med indgåelse af "Ramme- og hensigtserklæring for samarbejdet om sundhedsberedskabet mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og Praktiserende lægers organisation i regionen" er

der enighed om, at hver kommune skal være i stand til at udpege 1-2 psykosociale støttecentre, og regionen 1 psykosocialt støttecenter.

For Region Midtjyllands vedkommende ligger der aftaler fra det tidligere Ringkjøbing Amt om oprettelse af støttecentre på henholdsvis Beredskabscentret i Herning og Kasernen i Holstebro. Der er dog brug for eventuelt at revitalisere eller afvikle aftale om anvendelse af disse lokaliteter/faciliteter.

Desuden vil der kunne oprettes støttecenter på en af de psykiatriske afdelinger.

*Kriseterapeutisk beredskabsplan for Region Midtjylland kan tilgås via link jf. 9.10*

### **7.11 Lægemiddelberedskab**

Lægemiddelberedskabet er en del af det samlede sundhedsberedskab. Ved lægemiddelberedskabet forstås et beredskab af lægemidler og medicinsk udstyr til human brug, som kan imødekomme ændrede krav til forbrug, forsyning og distribution, - både i dagligdagen og i tilfælde af ulykker eller større hændelser.

Myndighedsopgaver i forbindelse med lægemiddelberedskabet varetages af Sundhedsstyrelsen. Planlægningsforpligtigheden vedrørende lægemiddelberedskabet ligger hovedsageligt hos regionerne, men i et mindre omfang også hos kommunerne.

Regionerne skal have et lægemiddelberedskab, der skal tage højde for forventelige ændringer i behov, både hvad angår typer af lægemidler og mængden af disse. Her er lægemidlerne opdelt i følgende grupper: Lægemidler, medicinsk udstyr, antidoter, blodprodukter og utensilier.

Det er regionens ansvar:

- at planlægge et lægemiddelberedskab der dækker sygehusberedskabets behov overfor konventionelle, kemiske, biologiske og radionukleare hændelser
- at sikre at det medicinske udstyr, der kræves for at kunne indgive lægemidler, er til stede i tilstrækkelig mængde
- at identificere lægemidler og medicinsk udstyr, der i en krisesituation ikke kan undværes.
- at planlægge et antidotberedskab

Det er kommunerne, der har ansvaret for at planlægge for tilvejebringelse af lægemidler til den primære sundhedstjeneste på de kommunale institutioner.

I de situationer, hvor f.eks. en sjælden CBRNE-hændelse udløser et stort behov for et sjældent anvendt lægemiddel, og hvor man risikerede at lagrene bliver tømt, er der EU-aftale om, at man hjælper lande under pres.

Nationalt arbejdes der på, som en del af beredskabet, at kunne øge produktion af lægemidler, f.eks. infusionsvæsker på sygehusapotekerne. Industriproduktion af lægemidler foregår dog i dag på sygehusapotekerne i Hovedstaden, Nordjylland og Sygehus Fyn. I Region Midtjylland er vurderingen, at det i forbindelse med en storulykke vil være fornuftigt at basere beredskabet på også at kunne fremskaffe infusionsvæsker ekstraordinært fra de normale leverandører af infusionsvæsker.

## **Antidoter**

(Modgifte)

Lægemidlerne i antidotberedskabet skal sikre såvel den daglige behandling af patienter med almindelige forgiftninger som behandling af patienter med sjældne forgiftninger. Antidotberedskabet tager ligeledes højde for de ekstraordinære behov, der opstår ved behandling af mange patienter ved de mest sandsynlige masseforgiftninger.

Organiseringen af antidotberedskabet er delt op i:

*Basislager:* Findes ved hver akutmodtagelse i landet, som modtager forgiftningsspatienter. Lageret indeholder et ensartet basissortiment af antidoter til behandling af forgiftninger, som forekommer hyppigt og/eller kræver omgående behandling.

*Speciallager:* Sjældent anvendte og/eller særligt kostbare antidoter findes på specialagre på Aarhus Universitetshospital, Akutmodtagelsen og Rigshospitalets Traumecenter. Ved behov kan de særlige antidoter rekvireres herfra ved telefonisk henvendelse.

*Suppleringslager:* Til brug ved ulykker eller andre begivenheder med mange tilskadekomne, findes et suppleringslager på den største akutmodtagelse i regionen. Rekvirering af antidoter, på tværs af sygehusene, fungerer som et ekstra lager.

I Antidotohåndbogen er principper for såvel antidotbeholdninger på danske sygehus som vejledninger vedrørende brug beskrevet.

'Giftlinjen' er en døgnåben linje, og kan kontaktes med henblik på indhentning af rådgivning og hjælp ved forgiftning eller mistanke om forgiftning. Giftlinjen er placeret på Bispebjerg Hospital og er et tilbud til hele landet.

## **Medicinsk udstyr**

Behovet for beredskab af medicinsk udstyr afgrænses til at omfatte skyllevæsker og dialysevæsker. De nævnte præparater håndteres som f.eks. infusionsvæsker, og de indgår i de normale lagre på sygehusapotekerne.

## **Blodkomponenter**

Blodcenter Midt har et lager af blodkomponenter svarende til 10 dages normal udlevering. Ræsonnementet er, at der i tilfælde af en stor masseskade forventes at komme et øjeblikkeligt stort behov for blod. Derudover tjener

lageret i tilfælde af en pandemi, hvor man ikke kan forlade sig på donorer, som forventes også at være syge.

Det eksisterende lager af blodkomponenter i Blodcenter Midt kan ved større katastrofer suppleres i løbet af få timer fra de øvrige blodbanker i Danmark og/eller Nordtyskland. Der er lagre af utensilier til 45 dages normalaktivitet i blodbankerne, og selv ved intensiveret donortapning vil det række til omkring 1 uges blodforsyning.

### **Utensilier**

Behovet for utensilier som en del af lægemiddelberedskabet er begrænset til at omfatte utensilier, der skal anvendes i forbindelse med administration af lægemidler. Det gælder sprøjter, kanyler og infusionsæt.

Det vurderes, at det må være tilstrækkeligt, at beredskabet af sprøjter, kanyler og infusionsæt har samme størrelse som lægemiddelberedskabet. Det betyder at lageret på de kliniske afdelinger skal svare til 2 dage og depot/logistikleverandørlageret skal svare til 5 dages forbrug – eller samlet til 7 dages normalforbrug.

### **Det overordnede regionale ansvar**

Hospitalsapotekeren, Hospitalsapoteket Aarhus har det overordnede regionale ansvar for i en akut situation at lede indsatsen for at fremskaffe lægemidler og de nævnte utensilier. I praksis betyder det, at beredskabsplanen for Aarhus Universitetshospital - hvor apotekets opgaver og alarmeringsprocedurer er beskrevet - bliver fulgt. Hospitalsapotekets alarmeringsprocedure aktiveres via kontakt til Omstillingen på Aarhus Universitetshospital. I de tilfælde hvor alarmering kun omfatter enkelthospitaler følges de lokale planer for alarmering af medicinberedskab via hospitalsapotekerne.

Blodberedskabet aktiveres via den overordnede beredskabsplan for Aarhus Universitetshospital. Vagten i blodbanksfilialen får besked fra traumeteamet og derefter følges indkaldeplan fra beredskabsplan i Klinisk Immunologisk Afdeling.

*Lægemiddelberedskabsplan for Region Midtjylland kan tilgås via link jf. 9.11*

### **7.12 Beredskabet i den primære sundhedstjeneste**

Jf. Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. § 2 stk. 1 omfatter sundhedsberedskabet bl.a. beredskabet i den primære sundhedssektor. Jf. § 3 stk. 4 så skal beredskabet i den primære sundhedssektor, som er beredskabet i den del af sundhedsvæsenet, som ligger uden for hospitalerne, under større ulykker, katastrofer samt under krigsforhold sikre en videreførelse af de daglige opgaver, tilpasset de ændrede krav samt yderligere varetagelse af forebyggelses-, behandlings- og omsorgsopgaver.

Jf. Bekendtgørelsens § 10 skal kommunernes sundhedsberedskabsplan beskrive kommunernes målsætninger for bl.a. indsats overfor ekstraordinært udskrevne patienter, samarbejde og kommunikation med regionens aktører.

Jf. § 14 skal regionens sundhedsberedskabs- og præhospitalplan beskrive målsætninger for bl.a. inddragelse af sundhedspersonale fra den primære sundhedstjeneste, opgavefordeling mellem sygehusvæsenet, ambulanceberedskabet, herunder den præhospitalt indsats, og den primære sundhedstjeneste.

Som nævnt er beredskabet i den primære sundhedstjeneste beredskabet i den del af sundhedsvæsenet, der ligger uden for hospitalerne. De kommunale opgaver omfatter hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejecentre, sundhedspleje for børn og unge. De regionale opgaver omfatter planlægning i forhold til og inddragelse af praksissektoren.

Vejledningen beskriver uddybende de overordnede opgaver for beredskabet i den primære sundhedstjeneste.

De overordnede opgaver omfatter:

- Modtagelse, pleje og behandling af ekstraordinært udskrevne patienter samt andre syge og smittede i eget hjem
- Behandling af lettere tilskadekomne som aflastning af sygehusene
- Varetagelse af hygiejniske foranstaltninger, forebyggelse og behandling af infektioner og epidemiske sygdomme
- Plejeopgaver i relation til særlige situationer som f.eks. ekstremt vejrlig, drikkevandsforurening mv.
- Tilvejebringelse af ekstra hjælpemidler og andet relevant medicinsk udstyr
- Bistå regionen med massevaccination
- Ydelse af anden omsorg til tilskadekomne, syge og handicappede, herunder evt. krisehjælp

### **Ekstraordinære udskrivninger**

Hvis hospitalerne skønner at der kan blive behov for ekstraordinær udskrivelse af patienter, kontakter Beredskabs-AMK på vegne af hospitalerne kommunerne og varslers disse. Derefter foregår udskrivelsen, ligesom i dagligdagen, ved at de enkelte afdelinger på hospitalerne tager kontakt til den pågældende kommune, hvorfra patienten kommer med henblik på konkret aftale.

Der medgives medicin og hjælpemidler i fornødent omfang, det vil sige, indtil patienten selv eller med kommunens og den praktiserende læges hjælp har etableret den nødvendige assistance. Patienter, der udskrives ekstraordinært, vurderes individuelt, og hvor der er et særligt behov for medicin, som patienten ikke i forvejen er i behandling med eller som den private apoteker ikke vurderes at ligge inde med, forsynes patienterne med den fornødne medicin op til 48 timers forbrug.



Regionen betaler hjemtransporten ved ekstraordinær udskrivning, efter de sædvanlige regler.

Jf. Ramme- og hensigtserklæring for samarbejdet om sundhedsberedskabet mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og Praktiserende lægers organisation i regionen jf. bilag 9.12 skal der ske en styrkelse af samarbejdet i klyngerne om ekstraordinære udskrivninger:

- I hver klynge udarbejdes der en samlet oversigt over, hvor mange pladser kommunerne kan stille til rådighed ved masseudskrivninger, og som eventuelt kan fremgå af en fælles tilgængelig hjemmeside eller database.

### **Praktiserende læger**

Sundhedsloven og overenskomsterne på praksisområdet indeholder ikke bestemmelser om inddragelse af praksissektoren i akutte beredskabssituationer eller i planlægningen af sundhedsvæsenets indsats i beredskabssituationer.

Læger i primærsektoren (praktiserende læger, læger i lægevagtsordningen og andre privat praktiserende speciallæger) kan imidlertid ligesom andre virksomheder i henhold til lovgivningen jf. Beredskabslovens § 57 aktiveres i forbindelse med beredskabssituationer ("Offentligt ansatte og ansatte i offentlige og private virksomheder og institutioner skal udføre de opgaver inden for redningsberedskabet og den civile sektors beredskab, der pålægges dem").

Med henvisning til anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens vejledninger på sundhedsberedskabsområdet indgår almen praksis som en integreret del af sundhedsberedskabet. Der er ved forslag til Ramme- og hensigtserklæring for samarbejdet om sundhedsberedskabet mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og Praktiserende Lægers Organisation i regionen – jf. nedenfor – aftalt rammer for almen praktiserende lægers deltagelse i sundhedsberedskabet.

Der søges bygget videre på erfaringerne fra influenza A epidemien i 2009, hvor formanden for PLO Midtjylland, formanden for vagtudvalget og Regionspraksiskoordinator blev inddraget i den overordnede koordination af indsatser på sundhedsområdet generelt og i almen praksis. De nævnte deltog i en task-force gruppe på området. Det forudsættes, at repræsentanterne fra almen praksis inddrages tidligt i planlægningen af indsatser.

På baggrund af de løbende udmeldinger fra Sundhedsstyrelsen og de aftalte initiativer i Region Midtjylland udsendtes via praksis.dk, som er Region Midtjyllands praksisinformations-site til de praktiserende læger, løbende opdaterede vejledninger til de praktiserende læger i regionen med henblik på at følge de angivne forholdsregler og procedurer.

Region Midtjylland forudsætter tilsvarende, at praktiserende læger i fremtidige beredskabsmæssige situationer, hvor alment praktiserende læger inddrages, indgår aktivt i koordinationen.

Der sigtes derfor i den kommende planperiode og i fornødent omfang efter indgåelse af konkrete aftaler mellem PLO Midtjylland og regionen med henblik på en effektiv tilrettelæggelse og operationalisering af eventuelle sundhedsberedskabsmæssige tiltag.

Der er foreløbigt en gældende praksis om kontaktflader og -veje mellem sundhedsberedskabet og PLO, til anvendelse i konkrete beredskabssituationer. Denne praksis vil eventuelt i løbet af den kommende planperiode blive suppleret med/afløst af en national overordnet aftale.

Den elektroniske kommunikation mellem f.eks. region og almen praksis er et væsentligt værktøj i beredskabsmæssig sammenhæng, idet det derved er muligt hurtigt at kunne informere samtlige praktiserende læger om hændelser, aktuelle forholdsregler mv. i en beredskabssituation.

### **Koordinering af samarbejdet om sundhedsberedskabet**

Der har i november 2012 været afholdt et koordineringsmøde om det fremadrettede samarbejde om sundhedsberedskabet mellem kommunerne, praksissektoren og regionen i Region Midtjylland.

Der er på baggrund heraf mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og Praktiserende lægers organisation i regionen udarbejdet en Ramme- og hensigtserklæring for samarbejdet om sundhedsberedskabet.

Ramme- og hensigtserklæring om:

- 1) at parterne hver for sig og i påkomne tilfælde er klar med operationaliserbare planer og konkrete indsatser i forhold til løsningen af fælles hovedopgaver jf. nedenfor.
- 2) at det er op til de enkelte parter at udarbejde og vedligeholde samt orientere om ændringer i og ajourføring af sådanne planer i fornødent omfang.
- 3) at parterne hver for sig og sammen vil arbejde hen mod samstemte planprocesser, planlægningscykluser og løsninger.

Principper for samarbejdet med målsætning om:

- Optimering af det samlede sundhedsberedskab i regionens område
- Koordinering af og samarbejde om planlægning af sundhedsberedskabet
- Harmonisering af planer, processer, fælles opgaver mv.
- Harmoniseringsbestrebelse mod samstemte planlægningscykluser og tidskader
- Vidensdeling og samtænkning
- Optimering af den samlede indsats, herunder gennem fælles deltagelse i øvelser, uddannelse, kvalitetssikring, kompetenceudvikling

Fælles hovedopgaver i samarbejdet:

- Én indgang til sundhedsberedskabet

- Koordination af den samlede sundhedsberedskabsplanlægning
- CBRNE-hændelser
- Massevaccination og massevaccinationscentre
- Karantænecentre
- Ekstraordinært mange udskrivninger
- Lægemedler og udstyr
- Kriseterapeutisk og krisestøttende beredskab

### **Klyngesamarbejdet**

I Region Midtjylland er samarbejdet omkring sundhedsindsatsen organiseret således, at Sundhedskoordinationsudvalget gennem sundhedsaftalen udstikker de overordnede politiske mål og strategiske intentioner. Formålet er at sikre, at borgere/patienter modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet.

De konkrete rammer for samarbejde og koordination udvikles i de etablerede klyngesamarbejder mellem det enkelte regionshospital/universitetshospital og de omkringliggende kommuner og praktiserende læger. Der kan desuden indgås lokale aftaler mellem den enkelte kommune og hospital. Præhospitalet er ikke en del af klyngesamarbejdet, men kan inviteres til relevante møder i klyngerne.

Konklusionen på det ovennævnte koordineringsmøde var, at der er behov for mere samarbejde, f.eks. ved at sundhedsberedskabsplanlægning bliver en integreret del af klyngesamarbejdet. Det blev også foreslået, at man koordinerer planlægningscyklussen, og at man lader sig inspirere af den koordinering og det samarbejde, der sker i forbindelse med sundhedsaftalerne.

Fra kommunal side var der interesse for, at deres sundhedsberedskabsplaner er nogenlunde ensartet opbygget. Derudover blev det foreslået, at oprette en fælles database.

Der var enighed om, at:

- Parterne tager sundhedsberedskabsområdet på dagsordenen mindst en gang om året i klyngesamarbejdet
- Region Midtjylland drøfter jævnligt fremtidige behov for møder med kommunerne, og der afholdes fælles møder efter nærmere aftale f.eks. således: første og tredje år i valgperioden (planperioden) samt evt. ad hoc
- Kommunerne tilstræber i næste valgperiode at sende deres sundhedsberedskabsplaner i høring i første halvår af 3. valgår, det vil sige 1. halvår i 2016
- I den kommende planperiode skal det overvejes om udmøntningen af Ramme- og hensigtserklæringen fra sundhedsberedskabsarbejdet skal indgå i sundhedsaftalerne for hver kommune
- Kommunerne afstemmer indbyrdes deres udarbejdelse af kommunale sundhedsberedskabsplaner

- Der oprettes en database, hvor alle kommuner gør deres sundhedsberedskabsplan tilgængelig. Region Midtjylland gør det samme

*Ramme og hensigtserklæring for samarbejdet om sundhedsberedskabet mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og Praktiserende lægers organisation i regionen samt Afrapportering fra kommune-regionsmødet den 23. november 2012 kan tilgås via link jf. 9.12*

### **7.13 Særligt vedrørende større beredskabshændelser på Øer**

I tilfælde af en større beredskabshændelse på én af de øer i Region Midtjylland, der ikke er landfaste, vil hændelsen blive håndteret efter samme principper og procedurer, som hvis hændelsen sker på fastlandet. Den største forskel vil bestå i, at man i højere grad vil benytte sig af helikoptertjeneste.

Udgangspunktet er således den praksis, man har i det daglige, hvor borgere, der har akut opstået, alvorlig sygdom, og som skulle transporteres med ambulancekørsel A eller B, hvis dette var muligt, bliver transporteret med akutlægehelikopter til fastlandet.

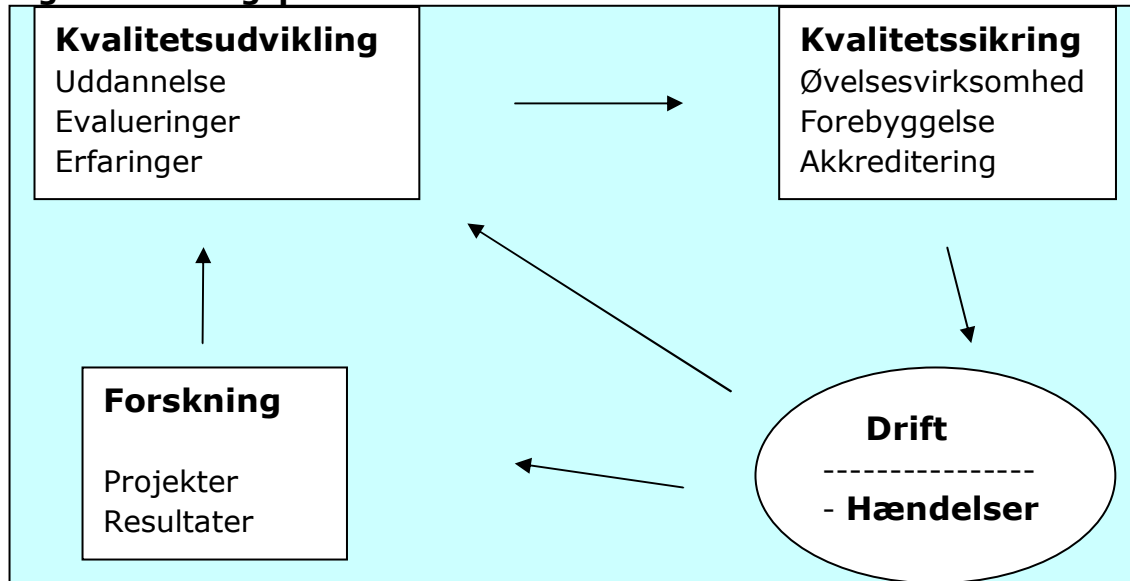
Dette gælder for alle øer i regionen, med undtagelse af øerne Venø og Fur. For disse øers vedkommende spiller færgerne i det daglige en central rolle i transport også af svært tilskadekomne/syge. Dette skyldes, at færgefarten mellem disse to øer og fastlandet kan mobiliseres til transport med få minutters varsel og transporten med færgen er ligeledes kun af få minutters varighed.

I en beredskabssituation vil helikoptertjeneste blive anvendt til i første omgang at transportere KOOL/ISL-SUND til indsatsstedet. Derefter vil man anvende helikopter(e) til at transportere de sværest tilskadekomne væk fra øen (svarende til de patienter, der skal transporteres med A og B kørsler på fastlandet). Man vil benytte akutlægehelikopter(e) og /eller anmode Flyvevåbnets Redningstjeneste (Joint Rescue Coordination Centre (JRCC)) om hjælp. Sidstnævnte kan transportere flere svært tilskadekomne på én gang.

Vedrørende de tilskadekomne, der ikke har akut behandlingsbehov, vil man, i tilfælde af en større hændelse, benytte sig af den tilgængelige færgetransport til transport af disse tilskadekomne mellem ø og fastland. Alternativt vil også en del af disse tilskadekomne blive transporteret med helikopter, hvis det skønnes nødvendigt og som værende den bedste løsning, set ud fra en sundhedsfaglig, samlet vurdering.

## 8. Kvalitet, uddannelse og øvelser

Figur 5: Læringsproces



### 8.1 Indledning

Der ligger forskellige beslutninger, herunder lovgivning, til grund for status og udvikling på områderne forskning, udvikling, kvalitet og uddannelse.

Det fremgår af Sundhedslovens § 193, at regionsrådet skal sikre kvalitetsudvikling af ydelser.

Jf. Sundhedslovens § 194, skal regionsrådet sikre udviklings- og forskningsarbejde, således at ydelser samt uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et højt fagligt niveau.

Jf. Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale mv. § 14, fastslås det, at kommuners og regioners sundhedsberedskabsplaner skal indeholde beskrivelse af uddannelses- og øvelsesvirksomhed, og at uddannelses- og øvelserne eventuelt kan finde sted i et samarbejde mellem region og kommuner.

Desuden fremgår det af aftalekomplekset mellem Aarhus Universitet og Region Midtjylland for samarbejde på sundhedsområdet, at forskningsindsatsen skal intensiveres på regionshospitalerne, inklusiv regionspsykiatrien og Præhospitalet. Dette for at understøtte udviklingen af et sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen, hvor regionens borgere sikres adgang til forskningsbaseret behandling på et højt internationalt niveau.

## 8.2 Uddannelse

Den nuværende status på formelle uddannelser indenfor det beredskabsmæssige område i Region Midtjylland stammer fra strategiarbejde og efterfølgende beslutning på Region Midtjyllands Klinikforum.

Status på uddannelser er følgende:

Beredskabsuddannelse for læger, der fungerer som akutlægebilslæge.

- Det anbefales, at alle læger, der fungerer som akutlægebilslæger gennemfører kurserne: ATLS (Advanced Trauma Life Support) og/eller PHTLS (PreHospital Trauma Life Support) samt ALS (Advanced Life Support).
- Alle akutlægebilslæger skal gennemgå KOOL-kurset, hvor lægerne bl.a. uddannes til det daglige samarbejde på et skadested i hverdagen samt til at kunne varetage funktionen som behandlingspladsleder ved større hændelser. Kurset er tilrettelagt som 2-dages kursus i regionalt regi. Der afholdes 1-3 årlige KOOL-kurser. Det endelige antal kurser pr. år afstemmes efter gældende planer for, hvor mange der skal uddannes og det dertil hørende behov.
- Det tværfaglige indsatslederkursus, som arrangeres af Beredskabsstyrelsen, er obligatorisk for indsatsledere fra både politiet, brand- og redningsberedskaberne samt sundhedsberedskabet. Indsatslederkurset er af 3 ugers varighed og der afholdes 4 kurser om året. Der er vedtaget planer for, hvor mange, der skal have ISL-uddannelsen i Region Midtjylland. Målet er at sikre, at der på sigt, i hver vagt i regionen, er én indsatsleder på arbejde. Denne skal kunne tilkaldes til store ulykker/katastrofer. Regionerne skal endvidere stille undervisere til rådighed for indsatslederuddannelsen. Disse undervisere er udpeget blandt de uddannede indsatsledere.

Træning af læger, der varetager Beredskabs-AMK funktionen

Der afholdes et årligt seminar for alle læger, der varetager Beredskabs-AMK funktionen. Seminarerne anvendes til vedligeholdelse og videreudvikling af kompetencer samt til træning af særlige beredskabssituationer. Udgangspunktet og fokus er oftest konkrete hændelser.

Beredskabsuddannelse for hospitalspersonale

Ansvar for uddannelse af hospitalspersonale, der arbejder med beredskab, og/eller som skal kunne varetage rollen som beredskabsleder på hospitalet, påhviler hospitalsledelserne. Det samme er tilfældet i forhold til generel indføring af hospitalspersonale i beredskabsplaner og de tilhørende funktioner.

## 8.3 Regional øvelsesplan

Øvelser er et centralt led i bestræbelserne på at holde sundhedspersonalets beredskabsfærdigheder ved lige og er i den forstand en selvstændig parameter i kvalitetssikringen af sundhedsberedskabet. I alle faglige enheder med ansvar

for dele af beredskabet, skal der endvidere foregå evaluering af beredskabsplanerne f.eks. ved hjælp af øvelsesaktivitet.

Ud over den ovenfor beskrevne undervisning i relation til beredskab og de tilhørende funktioner er en veldokumenteret metode til at kunne fungere og udfylde sin rolle i en beredskabssituation at opnå praktisk kendskab gennem øvelser. Øvelser hjælper desuden til en praktisk testning af den – oftest – teoretisk udtænkte beredskabsplan. Det påpeges derfor, både fra centralt og regionalt hold, at der skal gennemføres øvelser af et vist omfang, involverende personale, der kan blive inddraget i en beredskabssituation.

### **Typer af øvelser.**

Beredskabsstyrelsen har udarbejdet et øvelseskoncept, hvor der skelnes mellem 4 overordnede typer af øvelser:

- Procedureøvelser
- Dilemmaøvelser
- Krisestyringsøvelser
- Fuldskalaøvelser

En del øvelser kan gennemføres som såkaldt planspilsøvelser, hvor de relevante parter gennemgår øvelsens elementer, men som 'skrivebordsøvelse'.

Afhængigt af øvelsens formål kan den initieres og besluttes på et strategisk niveau, og kan gennemføres regionalt eller lokalt. Øvelser kan også initieres, besluttes og gennemføres på lokalt niveau.

Som udgangspunkt finansieres alle øvelsesaktiviteter over hospitalernes budgetter.

Detaljeret information vedr. øvelsestyperne samt deres anvendelser m.m. forefindes på Beredskabsstyrelsens hjemmeside.

### **Øvelsesplan**

Hvert fjerde år udarbejdes en samlet strategi med temaer for fælles øvelsesaktiviteter i Region Midtjylland. For at sikre, at strategien følges, ajourføres årligt en øvelsesplan for sundhedsberedskabsøvelser i Region Midtjylland. Udarbejdelse af øvelsesplanen samt planlægning og gennemførelse af øvelserne gennemføres i samarbejde mellem alle regionens hospitaler, inkl. Præhospitalet og Psykiatri og Social.

Øvelsesplanen udarbejdes i praksis som forslag af Arbejdsgruppen vedrørende sygehusberedskabsplanlægningen, bestående af beredskabsledere eller anden repræsentation fra hospitalerne mens Præhospitalet varetager formandsskabet. Planen forelægges efterfølgende til beslutning i Klinikforum.

Temaet for fælles øvelse er i 2013 vedrørende evakueringer. Det fælles tema for 2014 er vedrørende forsyningssikkerhed/-svigt.

*Øvelsesplan for beredskabsøvelser i Region Midtjylland 2013-2014 kan tilgås via link jf. 9.13*

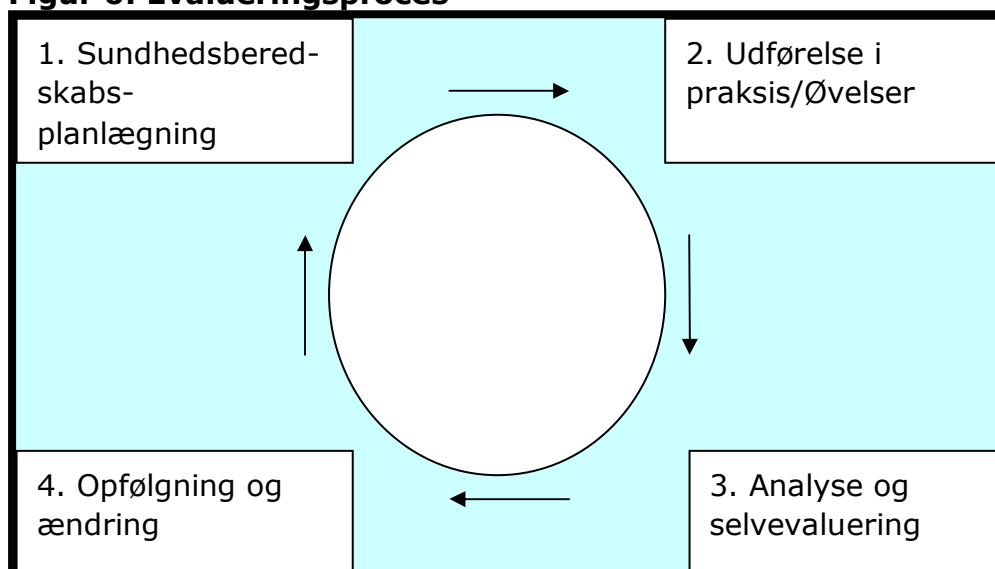
### Øvelsesevaluering

En øvelse bør altid følges op af en evaluering. Evalueringen bør holdes op imod de mål og delmål, der er sat op for øvelsen. Erfaringerne kan både anvendes til planlægning af fremtidige øvelser og i forhold til kvalitetssikring af eksisterende beredskabsplaner.

Omfanget af og fokus for evalueringsarbejdet bør tænkes ind allerede i det planlægningsarbejdet, der går forud for øvelsesafholdelsen, idet evalueringsprocessen bør betragtes som en integreret del af øvelsesaktiviteten.

På baggrund af selvevalueringen foretages eventuelle nødvendige ændringer i sundhedsberedskabsplanerne.

**Figur 6: Evalueringsproces**



### 8.4 Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring

Der blev i 2009 iværksat en landsdækkende akkrediteringsproces af det samlede sundhedsvæsen.

I første fase gennemførtes akkrediteringen på landets hospitaler. I 2012 indgik det præhospitale område i akkrediteringsprocessen.

Akkrediteringsarbejdet har uundgåeligt givet et meget stort fokus på kvalitet og kvalitetsudvikling. Med første runde er der lagt en "solid bund" for fremtidens kvalitetsarbejde og -udvikling.

### 8.5 Forskning og udvikling

Som nævnt tidligere er der indgået aftale mellem Aarhus Universitet og regionshospitalerne (herunder Præhospitalet og Psykiatri og Social v/regionspsykiatrien) om at forskningsindsatsen skal styrkes og intensiveres på regionshospitalerne, herunder Præhospitalet og Psykiatri og Social v/regionspsykiatrien. Der foreligger derfor nu – for nyligt opdaterede –



forskningsprofiler og -strategier for alle dele af regionens sundhedsvæsen. I disse er der generelt set meget fokus på at iværksætte og gennemføre organisatorisk tværgående forskningsaktiviteter, der kan have et tværvidenskabeligt aspekt samt gøre brug af forskellige forskningsmetoder, og som involverer én eller flere dele af patientforløbet herunder den præhospital del. Der er dog endnu ikke eksplicit beskrevet tiltag – eller iværksat forskningsaktiviteter – indenfor sundhedsberedskabsområdet

## 9. Bilagt via Link

### Databasen er under udarbejdelse

#### 9.1 Notat vedrørende Lov og plangrundlaget for plan for sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab – Via link:

*Notat vedrørende Lov og plangrundlaget for plan for sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab*

##### 9.1.1 Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. – Via link:

*Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v.*

##### 9.1.2 Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab, Sundhedsstyrelsen 2011 – Via link:

*Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab, Sundhedsstyrelsen 2011*

##### 9.1.3 Bilag til Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet, Sundhedsstyrelsen 2011 – Via link:

*Bilag til Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet, Sundhedsstyrelsen 2011*

#### 9.2 Risiko- og Sårbarhedsvurdering Region Midtjylland 2013 – Via link:

*Risiko- og Sårbarhedsvurdering Region Midtjylland 2013*

#### 9.3 Nationalt Risikobillede (NRB) 2013, Beredskabsstyrelsen – Via link:

*Nationalt Risikobillede (NRB) 2013, Beredskabsstyrelsen*

**9.4 Principper for god beredskabsplanlægning, Beredskabsstyrelsen 2011 –  
Via link:**

*Principper for god beredskabsplanlægning, Beredskabsstyrelsen 2011*

**9.5 Den civile beredskabsplan for Region Midtjylland – Via link:**

Er under udarbejdelse

**9.6 Retningslinjer for indsatsledning – Via link:**

Er ikke vedlagt p.t.

**9.7 Beredskabsplan for Præhospitalet, Region Midtjylland – Via link:**

Er under udarbejdelse

**9.8 Hospitalernes beredskabsplaner – Via links:**

Hospitalernes beredskabsplaner vil blive tilgængelige ved årsskiftet 2013/2014

**9.8.1 Hospitalsenheden Vest:**

**9.8.2 Hospitalsenhed Midt:**

**9.8.3 Regionshospitalet Randers:**

**9.8.4 Aarhus Universitetshospital:**

**9.8.5 Hospitalsenheden Horsens:**

**9.9 Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark - Via link:**

*Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark*

**9.10 Kriseterapeutisk beredskabsplan, Psykiatri og Social 2012 - Via link:**

*Kriseterapeutisk beredskabsplan, Psykiatri og Social 2012*

**9.11 Lægemiddelberedskabsplan for Region Midtjylland 2013 - Via link:**

*Lægemiddelberedskabsplan for Region Midtjylland 2013*

**9.12 Ramme og hensigtserklæring for samarbejdet om sundhedsberedskabet mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og Praktiserende lægers organisation i regionen samt Afrapportering fra kommune-regionsmødet den 23. november 2012 - Via link:**

*Ramme- og hensigtserklæring*

**9.13 Øvelsesplan for beredskabsøvelser i Region Midtjylland 2013-2014 – Via link:**

*Øvelsesplan for beredskabsøvelser i Region Midtjylland 2013-2014*