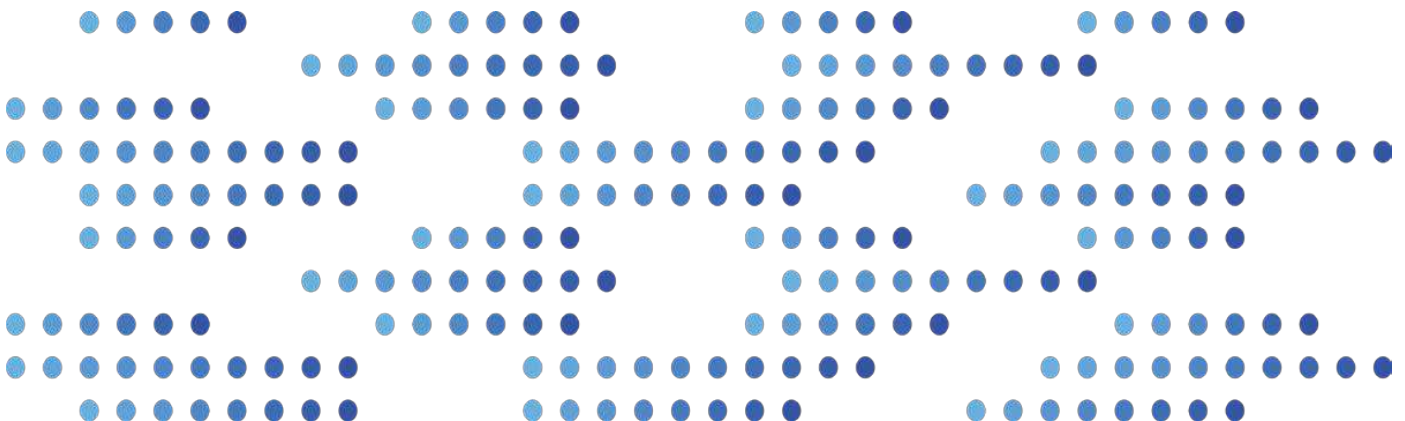




SUNDHEDSSTYRELSEN

Planlægning af sundhedsberedskab

VEJLEDNING TIL REGIONER OG KOMMUNER



2017

Planlægning af sundhedsberedskab – vejledning til regioner og kommuner

© Sundhedsstyrelsen, 2016.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 22.12.2016

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
januar 2017.

Elektronisk ISBN:
978-87-7104-861-2

Indhold

1	Introduktion	4
2	Krisestyring og ledelse	9
3	Planlægningsgrundlag	19
4	Uddannelse	22
5	Øvelser	25
6	Evaluering	27
7	Sundhedsberedskabsplaner	30
8	Beredskab ved større, uforudsete hændelser	42
9	Smitsomme sygdomme	53
10	Psykosocial indsats ved beredskabshændelser	58
11	Lægemiddelberedskabet	69
12	Blodberedskabet	79
13	Ekstraordinære hændelser på sygehuse	81
14	Appendiks 1: Ordliste	85
15	Appendiks 2: Gældende love, regler, vejledninger mv.	94
16	Appendiks 3: Oversigt over tabeller og figurer	96

1 Introduktion

Siden 2006 har regionsråd og kommunalbestyrelse skullet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning forud for vedtagelse af en sundhedsberedskabsplan. Sundhedsstyrelsen indhenter rådgivning fra Lægemiddelstyrelsen vedrørende det regionale lægemiddelberedskab.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet denne vejledning som et værktøj til regioner og kommuner. Hensigten er at understøtte og kvalitetssikre den sundhedsberedskabsplanlægning, der foregår i landets regioner og kommuner. Vejledningen beskriver således det forventede indhold af myndighedernes sundhedsberedskabsplaner.

Vejledningen er en opdateret udgave af Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab fra 2011 og udgør Sundhedsstyrelsens rådgivning i medfør af sundhedslovens § 210, beredskabslovens § 27 og bekendtgørelse nr. 971 af 28/06/2016 om planlægning af sundhedsberedskabet.

Den seneste version af vejledningen findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk). Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at erfaringer med brug af vejledningen og gode ideer til nye emner, der bør inddrages i vejledningen, sendes til sst@sst.dk.

1.1 Hvad er sundhedsberedskabsplanlægning?

Sundhedsberedskabet skal sikre, at sundhedsvæsenet kan udvide og omstille sin behandlings- og plejekapacitet m.v. ud over det daglige beredskab ved beredskabshændelser fx større ulykker og ekstraordinære hændelser. Sundhedsberedskabsplaner skal tage udgangspunkt i det daglige beredskab og sikre en fleksibel tilpasning til beredskabshændelser.

Sundhedsberedskabet omfatter organisatorisk:

- Sygehusberedskabet, som er beredskabet i det samlede sygehusvæsen herunder private sygehuse, skal ved beredskabshændelser sikre, at der kan ydes syge og tilskadekomne behandling på sygehus.
- Den præhospitale indsats, som er indsatsen inden ankomst til sygehus over for akut syge, tilskadekomne og fødende, samt sygehusberedskabet skal ved beredskabshændelser kunne håndtere og behandle et større antal tilskadekomne eller personer med akut opstået sygdom uden for sygehusene.
- Lægemiddelberedskabet, som er beredskabet af lægemidler/antidoter og medicinsk udstyr, skal sikre, at ændrede krav til forbrug, forsyning og distribution, som må forudses ved beredskabshændelser, kan imødekommes.
- Beredskabet i den primære sundhedssektor, som er beredskabet i den del af sundhedsvæsenet, som ikke er en del af sygehusberedskabet eller den præhospitale indsats, skal ved beredskabshændelser sikre en videreførelse af de daglige opgaver, samt tilpasse sig de ændrede krav, som situationen fordrer, herunder forebyggelses-, behandlings- og omsorgsopgaver.

Regioner og kommuner forventes at løse opgaver indenfor:

- Ekstraordinære konventionelle hændelser såsom større ulykker, forsyningssvigt mv.
- CBRNE-hændelser (hændelser med kemiske, biologiske, radiologiske, nukleare og eksplosive stoffer).
- Den psykosociale indsats. Kommunerne skal planlægge for krisestøtte og social assistance, og regionen skal planlægge for krisestøtte og kriseterapeutisk beredskab.

Sundhedsstyrelsen henstiller til, at regioner og kommuner benytter den terminologi, der angives i vejledningen for at øge mulighed for samarbejde internt i sundhedssektoren og på tværs af myndigheder.

1.2 Vejledningens målgruppe

Vejledningen er målrettet personale, der udarbejder sundhedsberedskabsplaner i regioner og kommuner efter sundhedslovens § 210 og bekendtgørelse nr. 971 om planlægning af sundhedsberedskabet.

1.3 Helhedsorienteret beredskabsplanlægning

Vejledningen bygger på Beredskabsstyrelsens koncept om helhedsorienteret beredskabsplanlægning (se figur 1) og vejledningen af samme navn.



De syv områder af helhedsorienteret beredskabsplanlægning. Kort fortalt:

1. **Ledelse.** Bør være omdrejningspunktet i beredskabsplanlægningen.
2. **Planlægningsgrundlag.** Analyser og løbende aktiviteter, som understøtter planlægningen på de øvrige områder.
3. **Forebyggelse.** Præventive tiltag, der kan forhindre hændelser eller reducere deres sandsynlighed og konsekvenser.
4. **Uddannelse.** For alle ansatte med en rolle i organisationens beredskab.
5. **Øvelser.** Alle organisationer i målgruppen bør afholde og deltage i øvelser.
6. **Evalueringer.** For at udnytte læringspotentialer fra hændelser og øvelser.
7. **Beredskabsplaner.** Beskriver, hvordan man har forberedt sig på at håndtere ekstraordinære hændelser.

Figur 1: Helhedsorienteret beredskabsplanlægning.

Fra Helhedsorienteret beredskabsplanlægning, jf. Appendiks 2.

En helhedsorienteret beredskabsplanlægning forudsætter, at:

- Organisationen kommer rundt om de syv punkter, som er nævnt i figuren.
- Organisationens ledelse er aktivt involveret i planlægningen.
- Planlægningen tilrettelægges efter organisationens behov frem for at foregå i en bestemt rækkefølge.
- Planlægningen omfatter alle de kritiske funktioner, som organisationen har ansvar for.
- Relevante medarbejdere på tværs af hele organisationen involveres i planlægningen.
- Organisationen inddrager relevante eksterne samarbejdspartnere i planlægningen.

I de følgende kapitler gennemgås en række centrale temaer indenfor sundhedsberedskabsplanlægning. Nedenfor ses forslag til proces for planlægning, som myndigheder kan tage udgangspunkt i, når en sundhedsberedskabsplan skal udarbejdes. Se figur 2 næste side;

Forslag til proces for sundhedsberedskabsplanlægning

1. Organisering og research

- a. Fastlæg hvilken enhed i myndigheden, som har ansvar for at koordinere sundhedsberedskabet.
- b. Skab overblik over eksisterende dokumenter og plansæt.
- c. Læs Sundhedsstyrelsens vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet og Beredskabsstyrelsens vejledning om helhedsorienteret beredskabsplanlægning.
- d. Definér krisestyringsorganisationen.
- e. Kontakt evt. Sundhedsstyrelsen for rådgivning.

2. Skriv planen

- a. Revidér den nuværende plan: Hvis der allerede er udarbejdet en sundhedsberedskabsplan, kan der tages udgangspunkt i denne.
- b. Udarbejd en ny plan: Hvis der enten ikke findes en plan, eller planen ikke er tidssvarende, anbefales det at udarbejde en ny plan. Se kapitlet "sundhedsberedskabsplaner".

3. Uddan medarbejdere

4. Afprøv sundhedsberedskabsplanen under en øvelse

5. Send sundhedsberedskabsplanen til Sundhedsstyrelsen for rådgivning.

Husk at sundhedsberedskabsplanlægning er en dynamisk proces. Planen skal løbende øves, revideres og tilpasses nye forhold.

Figur 2: Forslag til proces for sundhedsberedskabsplanlægning. Inspireret af Vejledning til statslige myndigheder om beredskabsplanlægning, jf. Appendiks 2.

1.4 Læsevejledning

Kapitel 2-6 af vejledningen er Sundhedsstyrelsens rådgivning om planlægning af og forberedelse til situationer, hvor der er behov for sundhedsberedskabet. Kapitlerne berører emnerne krisestyring og ledelse, planlægningsgrundlag, uddannelse, øvelser og evaluering.

Kapitel 7 indeholder dels rådgivning om opbygning af sundhedsberedskabsplaner, dels rådgivning om de kerneopgaver, som krisestyringsorganisationen skal håndtere i en akut situation: aktivering og drift, informationshåndtering, koordination af handlinger og ressourcer, krisekommunikation, operativ indsats og genopretning. Bilagssamlingen indeholder derudover en skabelon for en sundhedsberedskabsplan, som regioner og kommuner kan tage udgangspunkt i.

Kapitel 8-13 er Sundhedsstyrelsens rådgivning om de faglige elementer, som bør indgå i sundhedsberedskabsplanen, herunder den operative indsats på de forskellige områder, som regioner og kommuner med fordel kan lave delplaner eller instrukser for. Kapitlerne indeholder information om, hvilke opgaver regioner og kommuner forventes at løse. Kapitlerne, der beskriver disse områder, er struktureret efter samme model, som instrukser bør opbygges efter:

- Opgaver
- Ledelse
- Organisation
- Bemanding og udstyr
- Procedurer.

I hvert kapitel er det tydeliggjort, hvilke dele der retter sig mod henholdsvis regioner, kommuner eller begge. Derudover er der henvist til relevante bilag eller anden relevant information i de enkelte kapitler.

I Appendiks 1 findes en ordliste med de almindeligste betegnelser indenfor beredskabet generelt og sundhedsberedskabet mere specifikt. Sundhedsstyrelsen henstiller til, at myndigheder benytter disse begreber. I Appendiks 2 er listet de love, bekendtgørelser, vejledninger og andet informationsmateriale, der refereres til i denne vejledning og bilagssamlingen.

Bilag relaterer sig til kapitler i vejledningen og indeholder konkret og praktisk rådgivning til regioner og kommuners sundhedsplanlægning. Det kan være anbefaling af konsekvensanalysen, beskrivelse af indretning af karantænefaciliteter og input til sygehuses evakueringsplan.

2 Krisestyring og ledelse

Relevante bilag:

Bilag 2:	Skabelon for regional sundhedsberedskabsplan
Bilag 3:	Skabelon for kommunal sundhedsberedskabsplan
Bilag 4:	Skabelon for dagsordener for kriseledelsens og krisestabens møder
Bilag 5:	Rapportering fra region til Sundhedsstyrelsen
Bilag 19:	Sundhedsberedskabets samarbejdspartnere

2.1 Ledelse

Den enkelte organisations ledelse har ansvar for at sikre, at organisationen kan løse sine opgaver under ekstraordinære hændelser som fx store ulykker med mange tilskadekomne eller forsyningssvigt. Ledelsen har derfor ansvar for at sikre, at organisationen råder over et robust og fleksibelt sundhedsberedskab, når de daglige ressourcer og rutiner ikke længere er tilstrækkelige.

Ledelsen har ansvar for at sikre, at krisestyrelsens kerneopgaver løses. Dette involverer blandt andet, at ledelsen aktivt involveres i sundhedsberedskabsplanlægning, herunder fastsætter målsætninger, foretager overordnede prioriteringer, uddelegerer opgaver, tildeler ressourcer og følger op på fremdrift i planlægningen.

Ledelsen har desuden ansvar for, at relevant personale uddannes, at der gennemføres øvelser, udarbejdes evalueringer, og at planer opdateres. Det er også ledelsens ansvar, at involverede medarbejdere er bekendte med kompetencer og kommandoveje, og at der er planlagt for, hvordan forskelligt materiel/udstyr tilvejebringes.

2.2 Krisestyring

Både regioner og kommuner skal til enhver tid kunne varetage egen krisestyring, herunder dels sikre aktivering og drift af egen krisestyrelsesorganisation, dels kunne fremmøde i Den Lokale Beredskabsstab (LBS).

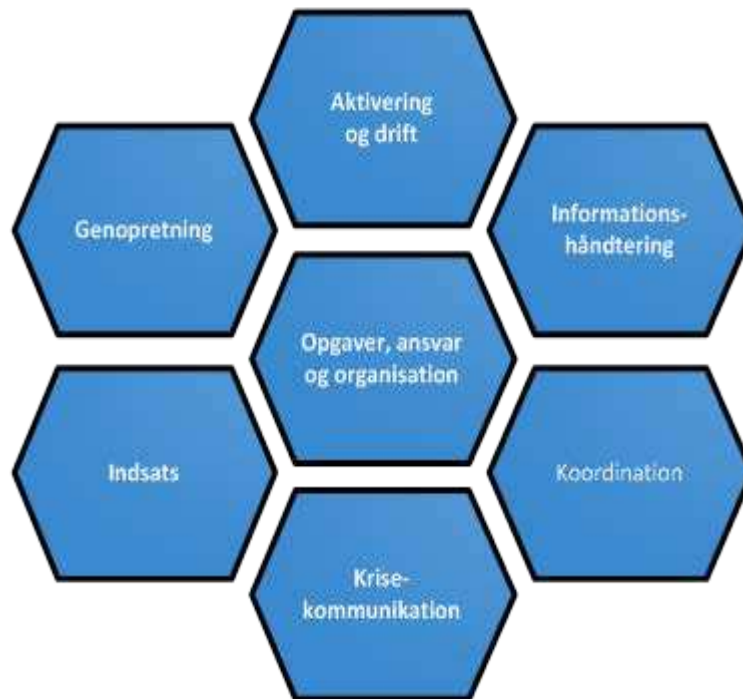
Krisestyring består af følgende generelle og situationsafhængige kerneopgaver:

Generelle:

- Kerneopgave 1: Aktivering og drift af krisestyrelsesorganisationen (kriseledelse og krisestab).
- Kerneopgave 2: Håndtering af informationer om krisen (informationshåndtering).
- Kerneopgave 3: Koordination af handlinger og ressourcer.
- Kerneopgave 4: Krisekommunikation.

Situationsafhængige:

- Kerneopgave 5: Operativ indsats.
- Kerneopgave 6: Genopretning.



Figur 3: Krisestyringens seks kerneopgaver jf. Beredskabsstyrelsen

De enkelte myndigheder har ansvar for, at medarbejdere, som skal indgå i tværgående krisestyringsfora fx den lokale beredskabsstab (LBS), er sikkerhedsgodkendte til HEMMELIGT. Myndigheden træffer selv afgørelse om, hvorvidt medarbejderen kan sikkerhedsgodkendes. Myndighedens sikkerhedsgodkendelse sker på baggrund af en forudgående sikkerhedsundersøgelse af Politiets Efterretningstjeneste jf. sikkerhedscirkulæret¹.

Når en ekstraordinær hændelse ikke udelukkende kan håndteres på lokalt plan, løftes håndtering derudover op i det nationale krisestyringssystem.

Det nationale krisestyringssystem er tilrettelagt med henblik på:

- At skabe og fastholde overblik over den aktuelle situation (det fælles situationsbillede), så involverede myndigheder på alle niveauer hurtigt og effektivt kan træffe beslutninger.

¹ CIR1H nr 10338 af 17/12/2014: Cirkulære om sikkerhedsbeskyttelse af informationer af fælles interesse for landene i NATO eller EU, andre klassificerede informationer samt informationer af sikkerhedsmæssig beskyttelsesinteresse i øvrigt

- At sikre et aktivt samarbejde og en effektiv koordination af handlinger og ressourcer på tværs af myndigheder og niveauer.
- At kunne informere om situationen og give handlingsanvisninger, så befolkningen får grundlag for at tage vare på egen sikkerhed og sundhed.

2.3 Ansvarsfordeling og organisering

Sundhedsberedskabet hører organisatorisk under Sundheds- og Ældreministeriets ressortområde, og myndighedsopgaverne varetages af Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen rådgiver regioner og kommuner i forhold til deres sundhedsberedskabsplanlægning. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at denne vejledning ligger til grund for regioner og kommuners sundhedsberedskabsplanlægning.

Ansvar for planlægning og den operative drift af sundhedsberedskabet er placeret hos regioner og kommuner jf. tabel 1. Både regioner og kommuner har ansvar for at koordinere deres beredskabsplanlægning og operative indsats.

Område	Planlægnings- og driftsansvar	Planlægningsgrundlag og tilsyn
Beredskabet i den primære sundhedssektor	Kommuner og regioner	Sundhedsstyrelsen
Sygehusberedskabet	Regioner	Sundhedsstyrelsen
Den præhospitale indsats	Regioner	Sundhedsstyrelsen
Lægemiddelberedskabet, herunder medicinsk udstyr og utensilier	Regioner og kommuner	Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen

Tabel 1: Ansvar for sundhedsberedskabet i Danmark

2.4 Region

Regionen kan med fordel indtage en koordinerende rolle i forhold til sundhedsberedskabet i hele regionen, herunder i forhold til aktivering af kommunernes sundhedsberedskab. Regionen kan fx koordinere indsats i forbindelse med Evakuerings- og Pårørendecenter, karantæne og massevaccination. Dette forudsætter, at der foreligger en aftale mellem den enkelte kommune og regionen.

Akut Medicinsk Koordinationscenter

Der skal være én entydig og døgndækket indgang til regionens sundhedsberedskab: Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK). AMK er en funktion lokaliseret sammen med regionens vagtcentral, som har det overordnede operative ansvar for at lede og koordinere sundhedsbered-

skabets indsats i regionen. Det vil sige, at AMK er ansvarlig for at lede en hændelse, før/hvis regionens kriseledelse aktiveres.

AMK bør bemandedes med speciallæger med indgående kendskab til præ- og intrahospital organisation og visitation og bør have akutmedicinske kompetencer. I planlægningen bør der tages højde for, at der kan tilknyttes andre speciallæger til AMK fx infektionsmediciner eller psykiater. Endvidere bør der planlægges for støttefunktioner til AMK i form af administrativ støtte, it-support mv.

AMK skal være udstyret med døgnbemandet telefon og mulighed for at overvåge e-mails døgnet rundt. Yderligere kan AMK etablere sikker radiokommunikation (SINE²) til kommunikation med øvrige beredskabsmyndigheder. Kommunikationsmidlerne skal sikre, at nationale myndigheder, naboregioner, kommuner, andre myndigheder og samarbejdspartnere altid kan komme i kontakt med AMK.

Ved beredskabshændelser, som aktiverer mere end én region, leder og koordinerer AMK i skadestedsregionen indsatsen evt. i samarbejde med regionens kriseledelse. Såfremt en hændelse fysisk går på tværs af flere regioner, bør det konkret aftales, hvilken AMK der koordinerer, således at de øvrige beredskabsmyndigheder alene skal koordinere med én AMK. Det kan hensigtsmæssigt være den AMK, der hører til den lokale beredskabsstab (LBS), som koordinerer den samlede indsats.

Sundhedsstyrelsen foretager den national koordination, logistik og ressourcer ved behov. Regionerne kan anmode Sundhedsstyrelsen om assistance i forbindelse med beredskabshændelser fx ved at bringe tværgående udfordringer op i den nationale operative stab (NOST) for at finde en fælles løsning. Sundhedsstyrelsen forventer samtidig, at regionen løbende informerer om situationen (se bilag 5 med skabelon for rapportering fra region til Sundhedsstyrelsen).

Regionens krisestyring

Regionens krisestyring skal kunne håndtere følgende opgaver:

- Kerneopgave 1: Aktivisering og drift af krisestyingsorganisation (kriseledelse og krisestab).
- Kerneopgave 2: Håndtering af informationer om krisen (informationshåndtering), herunder udarbejde situationsbillede, informere personale, der deltager i sundhedsberedskabet, overvåge mediebildet mv.
- Kerneopgave 3: Koordination af handlinger og ressourcer, herunder løbende kontakt og samarbejde med andre myndigheder, afsende forbindelsesofficer til Den Lokale Beredskabsstab mv.

² SINE (SIkkerhedsNETtet) er et fælles radiokommunikationssystem for alle beredskabsaktører, der samtidigt kan anvendes inden for de enkelte beredskaber og på tværs mellem beredskaberne.

- Kerneopgave 4: Krisekommunikation til borgere og medier, herunder udpege talsperson, udsende pressemeddelelser om håndtering af hændelsen, udsende information på sociale medier mv.
- Kerneopgave 5: Operativ indsats i forhold til den konkrete hændelse jf. konkrete delplaner, instrukser og action cards.
- Kerneopgave 6: Genopretning, herunder planlægge for hurtig tilbagevenden til normaldrift ved tidligt at identificere samfundsvigtige funktioner og understøttende kritisk infrastruktur, så hændelsen ikke forværres.

Sygehuses beredskabsplaner

De enkelte sygehuse skal have egen beredskabsplan. Sygehusplanerne er en del af regionens sundhedsberedskabsplan og skal derfor være koordineret med denne. Sygehusplanerne anbefales at indgå som en delplan til regionens sundhedsberedskabsplan.

I sygehusplanerne kan der hensigtsmæssigt planlægges for sygehusets egen krisestyringsorganisation til håndtering af lokale hændelser og hændelser, der kræver koordination med andre sygehuse, AMK og regionens krisestyringsorganisation. Planen kan hensigtsmæssigt opbygges efter kerneopgaverne i krisestyring og basere sig på en lokal risikovurdering.

Sygehusenes beredskabsplaner skal blandt andre vigtige opgaver omfatte modtagelse og behandling af et større antal patienter afhængigt af sygehusets funktioner og de lokale visitationsretningslinjer, instruks ved brand, plan for evakuering af sygehuset og plan for opretholdelse af vitale forsyninger, herunder håndtering af funktionssvigt fx svigt af elektricitet, telefoni, vand og it.

2.5 Kommune

Kommunen bør have en overordnet krisestyringsorganisation (kriseledelse og krisestab), som koordinerer beredskabet i de enkelte forvaltninger. Belastningen kan således spredes ud, så en enkelt forvaltning ikke bærer hele ansvaret. Kommunen bør sikre, at repræsentanter fra sundhedsberedskabet kan indgå i kommunens overordnede krisestyringsorganisation.

Krisestyringsorganisationen skal træffe de overordnede beslutninger for ledelse af den konkrete beredskabshændelse, herunder iværksættelse af beredskabsplaner. Det er vigtigt, at alle vagthavende niveauer i kommunen kan agere døgnet rundt, når der er behov for uopsættelige indsatser.

Kommunens ledelse og nøglemedarbejdere i sundhedsberedskabet bør involveres i arbejdet med sundhedsberedskabsplanen, så de kender planens opbygning og indhold. Kommunen bør også sikre, at repræsentanter fra sundhedsberedskabet kan indgå i den lokale beredskabsstab (LBS) som forbindelsesofficerer.

Kommunens krisestyring skal kunne håndtere følgende opgaver:

- Kerneopgave 1: Aktivering og drift af krisestyringsorganisationen (kriseledelse og krisestab).
- Kerneopgave 2: Håndtering af informationer om krisen (informationshåndtering), herunder udarbejde situationsbillede, informere personale, der deltager i sundhedsberedskabet, overvåge mediebildet mv.
- Kerneopgave 3: Koordination af handlinger og ressourcer, herunder sikre løbende kontakt og samarbejde med Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK) og andre myndigheder, afsende forbindelsesofficer til Den Lokale Beredskabsstab efter anmodning mv.
- Kerneopgave 4: Krisekommunikation til borgere og medier, herunder udpege talsperson, udsende pressemeddelelser om håndtering af hændelsen, udsende information på sociale medier mv.
- Kerneopgave 5: Operativ indsats i forhold til den konkrete hændelse jf. konkrete delplaner, instrukser og action cards.
- Kerneopgave 6: Genopretning, herunder planlægge for hurtig tilbagevenden til normaldrift ved tidligt at identificere samfundsvigtige funktioner og understøttende kritisk infrastruktur, så hændelsen ikke forværres.

Det kan være en fordel, at regionen indtager en koordinerende rolle i forhold til sundhedsberedskabet i hele regionen, herunder aktivering af kommunernes sundhedsberedskab.

2.6 National koordination af sundhedsberedskabet

Ved meget store eller særlige hændelser, såsom hændelser på tværs af flere regioner eller udbrud af alvorlig smitsom sygdom, er det nødvendigt med central styring og koordination af sundhedsberedskabet. I sådanne tilfælde sikrer Sundhedsstyrelsen en koordineret indsats på nationalt niveau og yder faglig rådgivning til regioner og kommuner. Dette er fx sket i forbindelse med ebola-indsatsen i 2015, hvor Sundhedsstyrelsen udsendte vejledninger for håndtering ved mistanke om smitte med ebolavirus, og sikrede løbende koordinering vedrørende brug af beskyttelsesudstyr og hygiejnetiltag præhospitalt.

Sundhedsstyrelsen holder tæt kontakt til involverede regioner via AMK. AMK forventes løbende at rapportere om situationen til Sundhedsstyrelsen ved håndtering af større beredskabshændelser. Sundhedsstyrelsen vil i så fald bede om at blive informeret af regionerne. Derfor bør koordination og kommunikation med Sundhedsstyrelsen beskrives i regioners og kommuners sundhedsberedskabsplaner.

Sundhedsstyrelsen har døgnvagt, som øvrige myndigheder kan kontakte ved hændelser indenfor sundhedsberedskabet eller ved behov for akut national eller international assistance. Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægerne) varetager denne ordning til hverdag.

2.7 Tværsektoriel national krisestyring

Regeringen har etableret en national krisestyringsorganisation. Øverst i denne organisation er Regeringens Sikkerhedsudvalg, som udgøres af Statsministeren, Forsvarsministeren, Justitsmi-

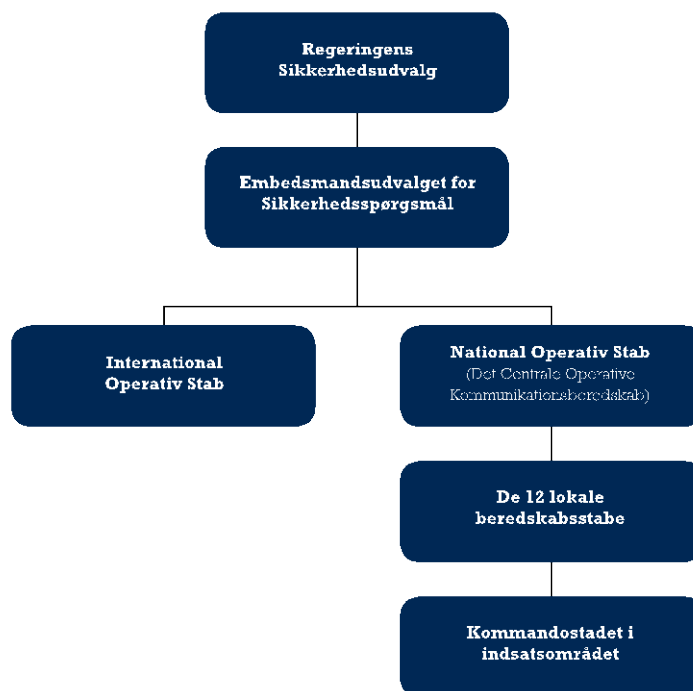
nisteren og Udenrigsministeren og cheferne for Politiets og Forsvarets efterretningstjenester. Derunder er Embedsmandsudvalget for Sikkerhedsspørgsmål, som udgøres af departementscheferne fra samme ministerier.

Det næste niveau er den nationale operative stab (NOST). NOST's opgave er at koordinere tværsektorielt ved større hændelser, herunder at skabe og opretholde et overblik over en given situation i Danmark med henblik på at orientere Regeringens Sikkerhedsudvalg og Embedsmandsudvalget for Sikkerhedsspørgsmål samt sektoransvarlige myndigheder.

Rigspolitiet har formandskabet for NOST. Faste medlemmer er, udover Rigspolitiet, følgende myndigheder: Beredskabsstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, Værnsfælles Forsvarskommando, Politiets Efterretningstjeneste, Forsvarets Efterretningstjeneste og Udenrigsministeriet. Derudover kan enhver anden national myndighed indkaldes til staben ad hoc, såfremt hændelsen giver anledning til dette. Den enkelte myndighed bibeholder sit sektoransvar i NOST. Som fast repræsentant i NOST kan Sundhedsstyrelsen anmode om, at NOST indkaldes, hvorefter Rigspolitiet vil aktivere staben.

Hvis NOST er aktiveret i operationsberedskab, vil Sundhedsstyrelsen hurtigst muligt orientere alle fem regioners AMK'er pr. mail samt tage telefonisk kontakt til de(n) involverede AMK'er. AMK skal i den forbindelse være opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen forventer løbende at modtage relevant information fra regionen om hændelsen. Derudover kan Sundhedsstyrelsen løfte eventuelle tværsektorielle problemstillinger i NOST, der ikke kan løses lokalt.

NOST har en kommunikationsenhed tilknyttet (Det Centrale Operative Kommunikationsberedskab, DCOK). DCOK består af kommunikationsmedarbejdere fra de i myndigheder, som er medlemmer af NOST. DCOK koordinerer udmeldinger bl.a. til befolkning og medier og udarbejder fælles pressestrategi.



Figur 4. Krisestyresystemet i Danmark jf. Appendiks 2

2.8 Tværsektoriel regional krisestyring

I hver af landets 12 politikredse er etableret en lokal beredskabsstab (LBS) med henblik på koordination af opgaver og ressourcer ved lokale beredskabshændelser. Den lokale beredskabsstab er under koordinerende ledelse af den lokale politidirektør.

De lokale beredskabsstabe består af politiet, Forsvarets landdelsregioner, Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter og regionens sundhedsberedskab. Overlæger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger), relevante kommuner og andre myndigheder kan indkaldes ved behov. Ligeledes kan repræsentanter fra relevante regionale og lokale myndigheder indkaldes ved behov.

Den enkelte myndighed bibeholder sit sektoransvar i LBS.

2.9 Tværsektoriel indsatsledelse i indsatsområde

Retningslinjer for indsatsledelse (REFIL) fra Beredskabsstyrelsen fastlægger kompetenceforhold og organisering i indsatsområder.

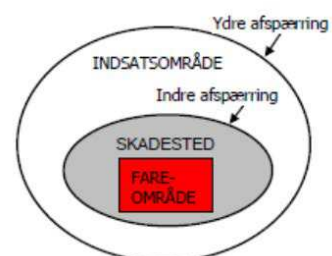
Opgaver i indsatsområdet er overordnet:

- Samarbejde, koordination og organisering.
- Sikkerhed og tekniske forhold.
- Sektorfaglige opgaver for alle relevante aktører.

Ved beredskabshændelser med et skadested vil der blive etableret en indsatsledelse, typisk i tilknytning til politiets kommandostade (KST). I disse situationer er der tre overordnede opgaver, der skal løses:

- Koordinering af den samlede indsats og den øvrige politiindsats varetages af Indsatsleder Politi (ISL POLITI). Alle beredskabsaktører, der indgår i en indsats, er underlagt ISL POLITI i ikke-sektorspecifikke spørgsmål, når de befinder sig i indsatsområdet og uden for selve skadestedet.
- Den tekniske indsats og sikkerhed indenfor den indre afspærring varetages af Indsatsleder Brand (ISL BRAND). Alle beredskabsaktører, der indsættes indenfor den indre afspærring, er underlagt ISL BRAND i forhold angående den tekniske indsats og personalets sikkerhed.
- Den sundhedsmæssige indsats, herunder den sundhedsfaglige vurdering, prioritering, behandling, visitation og patienttransport, varetages af Indsatsleder Sund (ISL SUND).

Grundstammen i indsatsledelsen ved beredskabshændelser med tilskadekomne udgøres således af de tre indsatsledere: ISL POLITI, ISL BRAND og ISL SUND. I figur 5 til højre ses opdelingen af et indsatsområde.



Figur 5: Indsatsområde, skadested og fareområde.
Fra Retningslinjer for indsatsledelse, jf. Appendiks 2

2.10 Indsats i forhold til danskere i udlandet

Den Internationale Operative Stab (IOS) varetager den overordnede koordinerende funktion ved en større hændelse i udlandet for at sikre en hurtig og effektiv indsats, der kan bistå danske statsborgere i udlandet ved katastrofer og større ulykker fx naturkatastrofer, terrorhandlinger og ekstraordinært store trafikulykker.

IOS's faste medlemmer er Udenrigsministeriet (formand), Statsministeriet, Justitsministeriet, Rigspolitiet, Forsvarsministeriet, Værnsfælles Forsvarskommando, Beredskabsstyrelsen, Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Region Hovedstaden. IOS kan endvidere indkalde ad hoc-medlemmer fra relevante myndigheder og private aktører fx rejsebranchen, forsikringsbranchen og flyselskaber.

Den enkelte myndighed bibeholder sit sektoransvar i IOS.

IOS er ikke en erstatning for rejseforsikring for danskere i udlandet. I langt de fleste tilfælde vil rejseforsikringen komme i anvendelse. Udenrigsministeriet kan dog i helt særlige tilfælde i regi af IOS anmode Sundhedsstyrelsen om at udsende sundhedspersonale ved beredskabshændelser i udlandet, hvor danske statsborgere er involveret. IOS kan også i helt særlige tilfælde ved større hændelser i udlandet beslutte at varetage hjemrejsen.

Sundhedsstyrelsen har en liste med frivilligt sundhedsfagligt personale fra alle regioner, som i en situation kan lade sig udsende efter konkret aftale med egen arbejdsplads og Sundhedsstyrelsen. En del af disse personer kan fungere som Sundhedsstyrelsens indsatsledere i udlandet, der rapporterer til Sundhedsstyrelsen. I disse tilfælde vil Sundhedsstyrelsen fungere som en national AMK og være ansvarlig for at koordinere indsatsen.

Ved patienters hjemkomst til Danmark overtager regionerne forpligtigelsen til at behandle og modtage dem. Ansvar for den psykosociale indsats kan ligge hos regionen eller kommunen afhængigt af situationen.

2.11 Private aktører i sundhedsberedskabet

Private aktører, der forventes at have en rolle ved håndtering af beredskabshændelser, kan med fordel deltage i planlægningen af sundhedsberedskabet. Det anbefales, at regioner og kommuner lave skriftlige aftaler med private aktører om fx referenceforhold og konkrete opgaver, inden aktørerne aktiveres ved beredskabshændelser.

Private sygehuse skal planlægge og gennemføre foranstaltninger således, at de kan indgå i sygehusberedskabet. Den konkrete inddragelse af private sygehuse vurderes og aftales i den enkelte region.

Sundhedsloven og overenskomster på praksisområdet indeholder ikke konkrete bestemmelser om inddragelse af praksissektoren i planlægning af sundhedsberedskabet. Alment praktiserende læger, vagtlæger og privatpraktiserende speciallæger kan imidlertid pålægges opgaver i forbindelse med beredskabshændelser ifølge beredskabslovens § 57.

Kommunernes samarbejde med alment praktiserende læger kan tages op i regi af de kommunalt-lægelige udvalg jf. Landsoverenskomsten om almen lægegerning.

Regioner og kommuner kan også inddrage private aktører, der driver lægepraksisser og sundhedsklinikker eller varetager opgaver indenfor traumepsykologiområdet mv.

3 Planlægningsgrundlag

Relevante bilag:

Bilag 1:	Lokal risikovurdering
Bilag 19:	Sundhedsberedskabets samarbejdspartnere

Regioner og kommuner skal udarbejde en sundhedsberedskabsplan. Planlægningsgrundlaget for sundhedsberedskabsplaner består både af lovgivning og vurderinger, som beskrives nærmere i dette kapitel.

3.1 Lovgivning og regelsæt

Følgende love og bekendtgørelser udgør det primære regelgrundlag for regionsrådets og kommunalbestyrelsens planlægning af sundhedsberedskabet:

- Sundhedsloven
- Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet
- Epidemiloven
- Lægemiddeloven
- Beredskabsloven
- WHO's internationale sundhedsregulativ (IHR, International Health Regulations), som Danmark har tilsluttet sig.

Af beredskabsloven fremgår, at de enkelte ministre skal sikre beredskabsplanlægning indenfor eget område. I sundhedsvæsenet er dette uddybet i sundhedsloven og udmøntet i bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet. Bekendtgørelsen stiller krav til sundhedsberedskabet i regioner og kommuner.

Regionsråd og kommunalbestyrelse skal mindst én gang i hver valgperiode udarbejde og vedtage en plan for sundhedsberedskabet. Regionen skal også udarbejde en plan for den præhospitale indsats. Inden vedtagelse skal der indhentes rådgivning i Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen indhenter rådgivning fra Lægemiddelstyrelsen vedrørende det regionale lægemiddelberedskab.

Kommunerne har beredskabsopgaver indenfor flere områder og skal derfor – i modsætning til regionerne – både udarbejde en generel beredskabsplan for kommunen og en sundhedsberedskabsplan. Kommunens sundhedsberedskabsplan kan hensigtsmæssigt være en delplan til den generelle plan.

Regioners og kommuners sundhedsberedskabsplaner skal udarbejdes på baggrund af nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige vurderinger og en lokalt foretaget risikovurdering. I forbin-

delse med udarbejdelse af den lokale risikovurdering bør hændelsers sundhedsmæssige konsekvenser for befolkningen indgå

3.2 National beredskabsplan og principper for planlægning og indsats

Regeringens krisestyringsorganisation har udarbejdet en national beredskabsplan. Denne plan fastsætter fem principper for beredskabet, som også bør være gennemgående i regioners og kommuners beredskabsplanlægning:

- Sektoransvarsprincippet: Den myndighed, der har ansvaret for en opgave til daglig, bevarer ansvaret for opgaven under en større ulykke eller katastrofe.
- Lighedsprincippet: De procedurer og ansvarsforhold, der anvendes i dagligdagen, anvendes i videst muligt omfang også i krisestyringssystemet.
- Nærhedsprincippet: Beredskabsopgaverne bør løses så tæt på borgerne som muligt og dermed på det lavest egnede, relevante organisatoriske niveau.
- Samarbejdsprincippet: Myndighederne har et selvstændigt ansvar for at samarbejde og koordinere med andre myndigheder og organisationer, både vedrørende beredskabsplanlægning og krisestyring.
- Handlingsprincippet: I en situation med uklare eller ufuldstændige informationer er det mere hensigtsmæssigt at etablere et lidt for højt beredskab end et lidt for lavt beredskab. Samtidig skal der hurtigt kunne ændres på beredskabet i nedadgående retning for at undgå ressourcespild.

3.3 Terrortruslen mod Danmark

Center for Terroranalyse (CTA) består af medarbejdere fra Forsvarets Efterretningstjeneste (FE), Politiets Efterretningstjeneste (PET), Udenrigsministeriet og Beredskabsstyrelsen.

CTA fokuserer på to hovedområder relateret til terrortruslen mod Danmark og danske interesser i udlandet. CTA udarbejder:

- Strategiske analyser af tendenser på terrorområdet nationalt og internationalt, herunder vedrørende radikalisering, rekruttering, ideologi, fremgangsmåder, politisk ekstremisme og terrorfinansiering.
- Trusselsvurderinger i tilknytning til bestemte begivenheder, personer, organisationer og sektorer samt generelle vurderinger af terrortruslen mod Danmark. CTA udarbejder Vurdering af Terrortruslen mod Danmark (VTD).

Terrortruslen mod Danmark (VTD) bør være kendt og inddraget i overvejelserne om beredskabsplanlægning i regioner og kommuner.

Den aktuelle VTD findes på PET's hjemmeside, www.pet.dk.

3.4 Nationalt risikobillede

Beredskabsstyrelsen udarbejder det nationale risikobillede, som beskriver de alvorligste natur- og menneskeskabte risici i et dansk perspektiv. Vurderingen er foretaget på baggrund af hændelsestypernes mulige konsekvenser for liv, helbred, velfærd, ejendom, økonomi, miljø og tilgængelighed af kritiske samfundsfunktioner.

Nationalt Risikobillede koncentrerer sig om hændelser, som Beredskabsstyrelsen i samspil med de øvrige beredskabsmyndigheder vurderer, at der bør rettes størst opmærksomhed mod i forbindelse med beredskabsplanlægning. I Nationalt Risikobillede 2016 drejer det sig om følgende hændelsestyper:

1. Orkaner og stærke storme
2. Oversvømmelser fra havet
3. Ekstremregn
4. Højvirulente sygdomme
5. Husdyrsygdomme
6. Vand- og fødevarerborne sygdomme
7. Nukleare ulykker
8. Ulykker med kemiske stoffer
9. Maritime ulykker
10. Transportulykker
11. Cyberhændelser
12. Terrorhandling
13. Rumvejr.

Derudover er der udpeget fire tendenser, som samfundets beredskab skal være opmærksomt på fremadrettet og om muligt planlægge for: øget aktivitet i Arktis, irregulær migration, sikkerhedspolitiske spændinger og antibiotikaresistens.

Formålet med det nationale risikobillede er at bidrage til planlægningsgrundlaget. Risikobilledet kan inddrages i lokale risikovurderinger, ved udarbejdelse eller revision af beredskabsplaner og ved beredskabsfaglig uddannelse og øvelser.

Nationalt Risikobillede kan findes på Beredskabsstyrelsens hjemmeside: www.brs.dk.

4 Uddannelse

Regioner og kommuner bør sikre, at alle medarbejdere, som indgår i sundhedsberedskabet, har de kompetencer, der er nødvendige for, at de kan løse deres opgaver.

For at sikre, at beredskabsrelevante kompetencer udvikles og vedligeholdes, bør ledelsen og beredskabsplanlæggere løbende og systematisk tage stilling til tre spørgsmål:

- Hvilke kompetencer skal organisationen råde over?
- Hvilke personer skal uddannes/kompetenceudvikles?
- Hvordan skal uddannelse/kompetenceudvikling foregå og vedligeholdes?

4.1 Hvilke kompetencer skal der rådes over?

Regioner og kommuner bør danne sig overblik over, hvilke kompetencer og nøglepersoner de skal råde over i forbindelse med sundhedsberedskabet. Regionen vurderer tillige, hvilke kompetencer det er nødvendigt at råde over i det præhospitale beredskab.

Regioner og kommuner kan på den baggrund udarbejde et egentligt uddannelsesprogram. Uddannelsesprogrammet kan med fordel samordnes og planlægges i samarbejde med omkringliggende regioner og kommuner samt øvrige myndigheder og eksterne samarbejdspartnere.

Som udgangspunkt bør alle medarbejdere, der indgår i sundhedsberedskabet i region eller kommune, have et solidt kendskab til egen organisations beredskab, herunder samarbejde med eksterne samarbejdspartnere. Det er desuden vigtigt, at relevante medarbejdere har kendskab til de forskellige dele af og aktører i samfundets beredskab, herunder de forskellige myndigheders roller og ansvarsfordeling.

For medarbejdere med særlige opgaver indenfor sundhedsberedskabet vil det være relevant at supplere deres faglige uddannelse med mere specialiserede forløb såsom:

- Indsats inden for organisationens ansvarsområde
- Stabsarbejde
- CBRNE-forhold
- Psykosocial indsats.

Medarbejdere, som er ansvarlige for eller involveret i den overordnede sundhedsberedskabsplanlægning, kan have udbytte af målrettet uddannelse inden for emner såsom:

- Risiko- og sårbarhedsanalyse
- Beredskabsplanlægning
- Øvelsesplanlægning
- Evaluering af indsats ved hændelser og øvelser.

4.2 Hvilke personer skal uddannes?

Med udgangspunkt i kortlægning af kompetencebehov og nøglepersoner skal organisationen vælge, hvilke medarbejdere, som skal tilbydes sundhedsberedskabsfaglig uddannelse. Der kan være tale om såvel oplæring af nye medarbejdere som vedligeholdelse og udvikling af eksisterende medarbejders kompetencer.

Det vil som udgangspunkt være hensigtsmæssigt at tilbyde beredskabsuddannelse til følgende:

- Operative medarbejdere: Som skal løse operative opgaver under beredskabshændelser fx det præhospitale personale (herunder Indsatsleder Sund og AMK-læger) samt relevant personale på sygehuse, personale i den kommunale hjemmepleje m.fl.
- Krisestyringsorganisation: Som enten skal arbejde i krisestaben eller har det overordnede ansvar for sundhedsberedskabet, som skal arbejde i kriseledelsen fx sundhedschefen.
- Forbindelsesofficerer: Som fx indgår i Den Lokale Beredskabsstab (LBS).
- Sundhedsberedskabsplanlæggere: Personer med ansvar for de forskellige områder af organisationens sundhedsberedskabsplanlægning.

4.3 Uddannelse og vedligeholdelse af uddannelse

Uddannelse kan spænde fra korte, interne introduktionskurser om organisationens beredskab, som region eller kommune selv kan varetage, til længerevarende, kompetencegivende eksterne undervisningsforløb. Valg af uddannelsesform hænger bl.a. sammen med formelle krav, organisationens egne krav til medarbejdernes kompetencer og organisationens økonomi.

Der er flere udbydere af kurser med et sundheds- og beredskabsfagligt indhold. Det gælder fx på sygehus- og det præhospitale område, hvor der findes en række traumeorienterede og akutmedicinske uddannelser til læger og sygeplejersker.

Beredskabsstyrelsen udbyder en tværfaglig indsatslederuddannelse for Indsatsleder Sund (ISL SUND). Kurset er udviklet i samarbejde med bl.a. Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Rigspolitiet. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle læger, der skal kunne fungere som ISL SUND, gennemfører denne uddannelse.

Beredskabsstyrelsen udbyder i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Rigspolitiet og Værnsfælles Forsvarskommando en række tværfaglige og tværsektorielle kurser i ”Samfundets beredskab”. Nærmere information om disse uddannelser findes på Beredskabsstyrelsens hjemmeside (www.brs.dk).

Det drejer sig om følgende kurser:

- Samfundets beredskab (grundkursus, tre dage)
- Krisestaben i samfundets beredskab (fem dage)
- Krisekommunikation i samfundets beredskab (to dage)
- Beredskabsplanlægning – plan for fortsat drift (en dag)
- Øvelsesplanlægning (en dag).

Region

Regionens præhospitale personale og personalet på AMK skal have uddannelse, som svarer til deres funktion i beredskabet.

Regionens administrative personale på beredskabsområdet og det ledende personale på AMK-vagtcentralen kan med fordel gennemføre grundkurset i ”Samfundets beredskab” for at få kendskab til det samlede beredskab i samfundet, herunder ansvar, roller og ressourcemuligheder.

Ved større hændelser forventes det, at AMK-vagtcentralen kan sende en repræsentant til den Lokale Beredskabsstab (LBS). Medarbejdere og ledere, der skal kunne udfylde denne rolle, kan med fordel gennemføre kurset ”Krisestaben i samfundets beredskab”.

Personale på sygehuse med en ledende eller koordinerende funktion indenfor beredskabet kan hensigtsmæssigt gennemføre grundkurset i ”Samfundets beredskab”.

”Krisekommunikation” er for medarbejdere, som under større hændelser skal bidrage sundhedsfagligt til krisekommunikation. Kurset er således ikke kun møntet på kommunikationspersonale.

Kurserne i beredskabsplanlægning og øvelsesplanlægning retter sig mod medarbejdere, der varetager denne planlægning.

Kommune

Kommunens personale, der har en rolle i beredskabet, må forudsættes at have eller blive tilbudt uddannelse, så de kan varetage denne funktion.

Erfaring viser, at flere ledere og medarbejdere på kommunernes sundhedsområder har behov for mere viden om beredskabsforhold. Derfor kan personale, som skal udfylde en nøglerolle i beredskabssammenhænge, med fordel gennemføre grundkurset i ”Samfundets beredskab”.

Såfremt kommunen i øvrigt forventer, at personale fra sundhedsområdet skal kunne repræsentere kommunen i den lokale beredskabsstab (LBS), kan de pågældende med fordel gennemføre kurset ”Krisestaben i samfundets beredskab”.

”Krisekommunikation” er for medarbejdere, som under større hændelser skal bidrage sundhedsfagligt til krisekommunikation. Kurset er således ikke kun møntet på kommunikationspersonale.

Kurserne i beredskabsplanlægning og øvelsesplanlægning retter sig mod medarbejdere, der varetager denne planlægning.

4.4 Plan for uddannelse

Regioner og kommuner skal beskrive egen uddannelsesvirksomhed. Målsætninger for uddannelsesvirksomhed skal fremgå af beredskabsplanen (enten kommunens generelle beredskabsplan eller sundhedsberedskabsplanen). Uddannelse er en grundlæggende præmis for myndighedens operative og strategiske beredskab, hvorfor det er centralt, at organisationen prioriterer det.

5 Øvelser

Både regioner og kommuner bør have beskrevet deres øvelsesvirksomhed. Når organisationen planlægger sin øvelsesvirksomhed, skal den primært forholde sig til følgende tre spørgsmål:

- Hvad vil organisationen øve?
- Hvem vil organisationen øve?
- Hvordan vil organisationen øve?

Beredskabsstyrelsen tilbyder et kursus i øvelsesplanlægning (se hjemmesiden www.brs.dk). På dette kursus indgår analyser af organisationens behov for at øve samt planlægning og gennemførelse af forskellige øvelsestyper.

5.1 Hvad bør øves?

Regioner og kommuner bør regelmæssigt afholde forskellige typer af øvelser med henblik på at kunne håndtere beredskabshændelser, der aktiverer sundhedsberedskabet. Formålet er at afprøve og udvikle organisationens medarbejdere, planer, procedurer, materiel/udstyr, teknologi og samarbejdsrelationer.

Øvelsernes indhold skal tilrettelægges med øje for organisationens beredskabsansvar, målsætninger og de problemstillinger og konsekvenser, der skal kunne håndteres. Hvad den enkelte region eller kommune bør øve, afhænger af det konkrete behov for udvikling og tilpasning af kompetencer i relation til sundhedsberedskabet. Regioner og kommuner kan hensigtsmæssigt øve samarbejdet om opgaverne indenfor sundhedsberedskabet fx ved massevaccination, karantæne, oprettelse af Evakuerings- og Pårørendecenter mv.

En øvelse vil typisk fokusere på organisationens håndtering af en bestemt hændelsestype beskrevet i et øvelsesscenarie fx en procedureøvelse for aktivering af kommunens sundhedsberedskab, håndtering af udbrud af en smitsom sygdom eller en fuldskalaøvelse med mange tilskadekomne præhospitalt. Alternativt kan man uafhængigt af hændelsestype øve én eller flere af krisestyringens kerneopgaver.

Øvelser anvendes til at afdække, hvad der fungerer godt, og hvad der bør ændres. Derudover kan øvelser anvendes til at udvikle sundhedsberedskabet gennem afprøvning af nye teknikker, procedurer mv.

Øvelserne bør have et klart defineret formål, og der bør på forhånd opstilles en række realistiske mål for øvelsen. Målene kan desuden bruges som evalueringsmål for øvelsen.

5.2 Hvem skal øves?

Regioner og kommuner skal som udgangspunkt øve de enheder og personer, som forventes at have en rolle i sundhedsberedskabet. Kredsen af potentielle deltagere vil imidlertid variere og

afhænger dels af øvelsens indhold, dels af om det er en intern eller en tværgående øvelse med andre organisationer, myndigheder mv.

Øvelsesdeltagelsen bør ses i sammenhæng med planlægning på uddannelsesområdet for medarbejdere med en rolle i sundhedsberedskabet.

Det anbefales, at der afholdes øvelser i samarbejde med omkringliggende regioner og kommuner.

5.3 Hvordan bør øves?

Alt efter målsætning og ressourcer kan regioner og kommuner vælge mellem forskellige former for øvelser. Øvelser kan opdeles i fire overordnede typer: Procedureøvelser, dilemmaøvelser, krisestyringsøvelser og fuldskalaøvelser.

Organisationer bør benytte flere slags øvelser fra procedureøvelser og dilemmaøvelser til krisestyrings- og fuldskalaøvelser. Meget kan let og billigt øves ved procedure- og dilemmaøvelser. Der er dog forhold, som kun kan afdækkes ved at afholde fuldskalaøvelser.

Det kan være hensigtsmæssigt, at regioner og kommuner både afholder egne, interne øvelser og deltager i tværgående øvelser med fokus på samarbejde og tværsektoriel opgaveløsning.

Det vil ligeledes være hensigtsmæssigt, at regioner og kommuner udarbejder en øvelseskalender/handleplan som en del af sin beredskabsplanlægning.

5.4 Det Centrale Øvelsesforum

Det Centrale Øvelsesforum er forankret i Beredskabsstyrelsen og oprettet i samarbejde med Rigspolitiet, Sundhedsstyrelsen og Værnsfælles Forsvarskommando.

Ved kontakt til Øvelsesforummets sekretariat i Beredskabsstyrelsen kan regioner, kommuner og andre få konkret bistand til planlægning og gennemførelse af øvelser.

På hjemmesiden for Det Centrale Øvelsesforum (www.oevelsesforum.dk) findes bl.a. en øvelseskalender og relevant vejledning, som regioner og kommuner kan anvende i forbindelse med øvelsesplanlægning.

5.5 Plan for øvelsesaktivitet

Regioner og kommuner skal beskrive målsætninger for øvelsesaktivitet i sundhedsberedskabsplanen.

6 Evaluering

Relevant bilag:

Bilag 7: Debriefing efter øvelse eller hændelse

Formålet med evaluering er at uddrage læring af de erfaringer, som beredskabsaktører gør sig ved hændelser og øvelser til brug for udvikling af kvaliteten af planlægning og indsats ved beredskabsindsatser.

Evaluering er i denne sammenhæng en systematisk undersøgelse af indsatsen i forbindelse med en beredskabshændelse eller en øvelse. Evalueringen bør basere sig på følgende: En specifik opgaveformulering, en målrettet data/informationsindsamling, en fokuseret analyse og en vurdering af indsatsen.

Regioner og kommuner bør evaluere alle større indsatser, som har ledt til en aktivering af sundhedsberedskabet og alle afholdte øvelser.

Evaluering af indsatser og øvelser, som har involveret flere forskellige beredskabsmyndigheder, bør koordineres med de involverede, ligesom en eventuel offentliggørelse af evalueringen bør koordineres.

De tre spørgsmål, som organisationen skal fokusere på i forbindelse med evalueringsområdet, er:

- Hvad kan organisationen opnå gennem evalueringer?
- Hvordan igangsættes og gennemføres evalueringer?
- Hvordan opsamles viden fra evalueringer?

6.1 Hvad kan evaluering give?

Evaluering af indsatser i forbindelse med hændelser og øvelser kan levere erfaringsbaseret viden til sundhedsberedskabet i region og kommune. Evalueringsspørgsmål bør være realistiske og kunne vurderes i forhold til noget. Inden for sundhedsberedskabet kan det ofte være planer og procedurer, der måles op imod. Gennem evalueringer kan man således fx søge svar på spørgsmål som:

- Blev ledelsen aktiveret som forudsat i beredskabsplanen?
- Blev forurenede patienter rensset, som beskrevet i instruksen?
- Blev der udpeget en talsperson i forbindelse med indsatsen, og var denne relevant for det konkrete scenarium?

For at kunne vurdere sundhedsberedskabets forbedringspotentiale er det vigtigt, at evalueringen ærligt redegør for sårbarheder ved det etablerede beredskab. Det kan fx være, at der blev afvejet

væsentligt fra sundhedsberedskabsplanen i løbet af en øvelse, at der ikke var tilstrækkelig kendskab til planen, eller at dele af planen ikke kunne gennemføres i praksis.

6.2 Evaluering, hvordan?

En evaluering bør igangsættes og gennemføres kort tid efter den konkrete hændelse eller øvelse. Dels styrkes kvaliteten, når erfaringerne er friske i erindringen, dels øges sandsynligheden for, at beslutningstagere anvender evalueringens konklusioner og anbefalinger.

Der kan med fordel udarbejdes et generelt evalueringkoncept for region og kommune med angivelse af, hvordan, hvornår og af hvem evalueringer foretages. I evalueringkonceptet bør region og kommune bl.a. forholde sig til følgende:

- **Ansvar for planlægning og gennemførelse:** Det anbefales som udgangspunkt, at evalueringen udarbejdes af kolleger, som ikke selv var direkte involveret i håndteringen af den pågældende hændelse eller øvelse. De involverede personer kan dog ofte med fordel inddrages i evalueringens planlægning og gennemførelse, herunder ved tilvejebringelsen af data, og kan, hvis det er hensigtsmæssigt, også selv foretage evalueringen. Eksterne konsulenter kan også benyttes ved behov for specialviden eller uvildighed.
- **Evalueringkriterier:** Det foreslås, at der evalueres ud fra én eller flere af de seks kerneopgaver i krisestyringen eller dele af dem: 1) Aktivering og drift, 2) Håndtering af informationer om krisen, 3) Koordinering af handlinger og ressourcer, 4) Krisekommunikation, 5) Operativ indsats og 6) Genopretning.
- **Evalueringproces:** Enhver evaluering skal designes ud fra den pågældende hændelses kontekst eller øvelsens formål, og som led i evalueringdesignet skal det afklares, hvilket datagrundlag, der er behov for, og hvordan data skal indsamles.
- **Struktur:** Evalueringsrapporten bør indeholde generelle punkter som titel, resumé, introduktion, formål, mål, fokusområder, datagrundlag og metode samt følgende hovedpunkter:
 - En overordnet beskrivelse af hændelsens forløb (udløsende årsag, udvikling, varighed, omfang, direkte og afledte konsekvenser mv.) eller af øvelsens forløb.
 - Observationer, analyse og vurderinger af, hvordan hændelsens eller øvelsens enkelte elementer blev håndteret. Der bør her både fokuseres på, hvad der gik godt, og hvad der kan gøres bedre. Afsnittene kan struktureres efter en eller flere af krisestyringens kerneopgaver som fokusområder afhængigt af de på forhånd opstillede evalueringsmål.
 - Anbefalinger, som bør indføres i beredskabsplaner og beredskabsfaglig praksis.

Det anbefales at samle alle de involverede deltagere til drøftelse af hændelsens eller øvelsens forløb og læringspunkter holdt op imod de på forhånd opstillede evalueringsmål. Derudover kan deltagere hjælpe med at prioritere evalueringens anbefalinger og opfølgingspunkter. Til dette kan konceptet i bilag 7 (inspireret af en skabelon udarbejdet af Beredskabsstyrelsen og Rigspolitiet) være brugbart.

Brug af evalueringer

Sundhedsberedskabsplaner bør løbende opdateres, og beredskabsfaglig praksis bør løbende forbedres i henhold til anbefalinger i evalueringer. Hvis en aktionsplan er integreret i en evalueringsrapport eller udarbejdet efterfølgende, bør det afklares, hvilke enheder, der har ansvar for implementering af de konkrete anbefalinger samt evt. hvordan og hvornår.

Det kan endvidere være en fordel at gennemgå evalueringsrapporter fra andre danske og internationale aktører fx evalueringer af de nationale krisestyringsøvelser, KRISØV-serien, som er tilgængelige på Beredskabsstyrelsens hjemmeside. Derudover kan viden fra tidligere evalueringer bruges til at planlægge nye øvelser.

6.3 Plan for evaluering

Regioner og kommuner bør beskrive målsætninger for evaluering af henholdsvis øvelser og hændelser i sundhedsberedskabsplanen.

7 Sundhedsberedskabsplaner

Relevante bilag:

Bilag 2:	Skabelon for en regional sundhedsberedskabsplan
Bilag 3:	Skabelon for en kommunal sundhedsberedskabsplan
Bilag 4:	Skabelon for dagsordener for kriseledelsens og krisestabens møder
Bilag 5:	Rapportering fra region til Sundhedsstyrelsen
Bilag 6:	Organisationens situationsbillede

Regionsråd og kommunalbestyrelse skal ifølge beredskabslovens § 25 i hver valgperiode udarbejde en samlet plan for henholdsvis regionens og kommunens beredskab. Regionsråd og kommunalbestyrelse skal yderligere ifølge sundhedslovens § 210 udarbejde og vedtage en sundhedsberedskabsplan.

For regionernes vedkommende kan den generelle plan for beredskabet og planen for sundhedsberedskabet med fordel samles i én plan.

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

For kommuners vedkommende bør sundhedsberedskabsplanen udarbejdes som en delplan til den generelle beredskabsplan, som kommunen skal udarbejde ifølge beredskabslovens § 25 og være koordineret med kommunens øvrige beredskabsplanlægning. Sundhedsberedskabsplanen skal derudover kunne aktiveres og fungere uafhængigt af, om kommunens øvrige beredskab er aktiveret. Det er et krav, at sundhedsberedskabsplanlægning koordineres med beredskabsplanlægningen på andre områder. Det er også et krav, at kommunen koordinerer sin planlægning med regionen og de omkringliggende kommuner, og at regionen koordinerer med tilstødende regioner og de i regionen beliggende kommuner.

Regionsrådet skal nedsætte et sundhedsberedskabs- og præhospitalt udvalg, som koordinerer samarbejdet om sundhedsberedskabet imellem sygehusvæsenet, der præhospitale organisation, den primære sundhedstjeneste, de tilgrænsende kommuner, politiet og redningsberedskabet.

Regionsrådet kan inddrage sundhedskoordinationsudvalget i koordinering af regionens sundhedsberedskabsplan med kommuners sundhedsberedskabsplaner. Kommunalbestyrelsen kan også tage initiativ til koordinering af kommunens sundhedsberedskabsplan med regionens sundhedsberedskabsplan og med sundhedsberedskabsplaner i de øvrige kommuner i regionen.

Øvrige krav til sundhedsberedskabsplanlægning og tilrettelæggelse af det præhospitale beredskab fremgår af bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet.

7.1 Opbygning af sundhedsberedskabsplanen

Sundhedsberedskabsplanen afhænger af lokale forhold, sårbarheder mv. og kan derfor variere kommuner og regioner imellem. I dette kapitel nævnes grundlæggende principper for opbygning af og indhold i en sundhedsberedskabsplan.

En sundhedsberedskabsplan bør overordnet indeholde tre dele, som skal ses i sammenhæng, men bør være tydeligt adskilte i planen:

- 1) Krisestyringsorganisationen: Overordnet og generel beskrivelse af formål, organisering af regionens eller kommunens krisestyring, kerneopgaver samt rolle- og ansvarsfordeling
- 2) Delplaner, instrukser og action cards: Operativ del af planen vedrørende håndtering af specifikke opgaver, ledelsesansvar, organisering, bemanning/udstyr og procedurer
- 3) Appendiks: De elementer, der skal indgå i planlægningen, men som ikke anvendes i den operative indsats fx plan for uddannelses- og øvelsesaktivitet, evalueringskoncept samt risiko- og sårbarhedsvurdering.

7.2 Kendetegn for en god sundhedsberedskabsplan



Figur 6: God praksis for beredskabsplaner. Inspireret af Vejledning til statslige myndigheder om beredskabsplanlægning, jf. Appendiks 2

En beredskabsplan bør være overskuelig og handlingsorienteret, således at den beskriver, hvordan myndigheden vil håndtere de generelle opgaver i forbindelse med krisestyring, herunder aktivering og drift af egen krisestab, informationshåndtering, koordination af handlinger og ressourcer samt krisekommunikation.

Det er hensigtsmæssigt, at den myndighed, der er bruger af en given plan, selv udarbejder og reviderer planen. Dette sikrer kendskab til indholdet, samt at krisestab, procedurer mv. er tilpasset den enkelte myndigheds behov og kapaciteter.

Udformningen af sundhedsberedskabsplanen kan være forskellig fra myndighed til myndighed, men Sundhedsstyrelsen anbefaler, at myndighederne benytter skabeloner til sundhedsberedskabsplan, delplaner, instrukser og action cards mv., som stilles til rådighed i denne vejledning.

7.3 Kerneopgaverne i krisestyring

Den generelle beredskabsplan (for kommuner) eller sundhedsberedskabsplanen bør indeholde et kapitel med hver af kerneopgaverne i krisestyringen. Organisationen bør supplere hvert kapitel med relevante delplaner, instrukser, action cards mv.

7.3.1 Kerneopgave 1: Aktivering og drift af krisestyingsorganisationen

Det afhænger af situationen, hvornår der er behov for, at sundhedsberedskabet aktiveres, og der er en glidende overgang fra, at situationen kan håndteres inden for de almindelige rammer til beredskabet aktiveres. Til hjælp herfor kan planen indeholde retningslinjer for, hvornår sundhedsberedskabet aktiveres, og hvem der kan aktivere det.

I planen bør der være klare procedurer for, hvordan der døgnet rundt hurtigt kan etableres beslutningskompetence i region og kommune. Alle vagthavende niveauer bør kunne agere døgnet rundt. Der skal være retningslinjer for, hvordan en alarm modtages og videreformidles.

Både regioner og kommuner bør have en krisestyingsorganisation, som er velkendt, har vel-fungerende procedurer, og som umiddelbart kan iværksættes, når der indtræffer en hændelse, som kræver overordnet krisestyring.

Sundhedsberedskabsplanen bør beskrive aktivering af relevante dele inden for sundhedsberedskabet, herunder aktiveringsniveau, sammensætning af kriseledelse og krisestab, forbindelsesof-ficerer samt procedurer for mødeafholdelse og afløsning.

Det anbefales, at følgende benævnelse for aktiveringstrin benyttes indenfor sundhedsberedskabet ved aktivering af krisestyingsorganisationen:

- Trin 1: Informationsberedskab. Varsling af chefer og nøglemedarbejdere, skærpet overvågning. Anvendes i en situation, hvor der er behov for øget overvågning og orientering af chefer og nøglemedarbejdere.
- Trin 2: Stabsberedskab. Indkaldelse af smal kreds af chefer og nøglemedarbejdere, og der afholdes møde for at drøfte situationen. Anvendes i en situation, hvor en smal kreds af chefer og nøglemedarbejdere bør være til stede og mødes for umiddelbar drøftelse og koordination. Yderligere udredning og varsling foretages. Den smalle kreds mødes med jævne mellemrum, afhængigt af situationen. Der er ikke etableret en egentlig kriseledelse og krisestab, men behovet drøftes løbende.
- Trin 3: Operationsberedskab. Aktivering af krisestyingsorganisationen med indkaldelse af kriseledelse og krisestab med støttefunktioner samt oprettelse af særlige faciliteter. Anvendes i situationer, hvor der er behov for, at region eller kommune kan varetage samtlige krisestyingsrelevante opgaver med det samme eller inden for kort tid i længere tid.

Når indsatsen igen kan håndteres med almindelige ressourcer, bør beredskabsindsatsen afsluttes, og region eller kommune overgår til den sædvanlige organisation.

Region

Det bør sikres, at relevante samarbejdspartnere er bekendte med, at AMK er kontaktindgang til hele regionens sundhedsberedskab.

AMK skal alarmere og aktivere det nødvendige antal sygehuse, iværksætte sundhedsberedskabsplaner og viderefremme relevant information til samarbejdspartnere. Relevante instrukser og action cards bør udarbejdes til det, ligesom der bør være en instruks eller action card for, hvordan ekstra personale indkaldes.

Der bør på forhånd være indgået (gerne skriftlige) aftaler med praktiserende læger om aktivering og kommunikation via AMK ved beredskabshændelser. Hvis ikke politiet aktiverer sundhedsberedskabet, bør AMK vurdere, om politiet skal underrettes.

Kommune

Der bør være mulighed for at aktivere kommunens sundhedsberedskab hele døgnet, og i planen bør det fremgå, hvordan sundhedsberedskabet aktiveres. Det kan fx ske ved at henvise til en døgnbemandet telefon inden for hjemmeplejen eller redningsberedskabet. Det bør sikres, at relevante samarbejdspartnere er bekendte med denne kontaktindgang.

Relevante instrukser og action cards bør udarbejdes for de funktioner, der indgår i kommunens sundhedsberedskab, herunder for aktivering og indkaldelse af ekstra personale.

Det bør fremgå af planen, om der er lavet aftaler for, at regionen kan koordinere sundhedsberedskabet i hele regionen på tværs af kommuner.

7.3.2 Kerneopgave 2: Informationshåndtering

For at kunne træffe de rigtige beslutninger på det rigtige tidspunkt bør ledere på alle niveauer kunne danne sig et samlet situationsbillede.

Til det formål er det nødvendigt at indhente, bekræfte, analysere, bearbejde og fordele relevante informationer om situationen i alle dens faser internt og eksternt. Et relevant informationsniveau er krævende at fastholde og udarbejde. Organisationen skal derfor sikre en fornuftig håndtering af informationsstrømmen, herunder at de vigtigste informationer fastholdes på skrift fx i en log.

Sundhedsberedskabsplanen og tilknyttede dokumenter bør i den sammenhæng forholde sig til følgende:

- Organisationens samlede situationsbillede. Bidrage til at skabe overblik over situationen, medie billede, risikobillede, opgaveløsning, ressourceanvendelse og krisekommunikation.
- Udfærdigelse af beslutningsreferater fra møder i krisestyringsorganisationen.
- Logføring og journalisering. Dokumentation for, hvad der er oplyst, og hvad der er besluttet.
- Skærpet overvågning af mailpostkasser, telefoner, nyhedsudsendelser, sociale medier mv.
- Håndtering af klassificerede/følsomme informationer.

Relevante og faste opgaver som fx logføring og dokumenthåndtering kan beskrives i tilhørende instrukser eller action cards.

Region og kommune kan blive anmodet om at sende en forbindelsesofficer til den lokale beredskabsstab (LBS) eller politiets kommandostation (KSN). Myndighederne bør have klare procedurer for, hvor hyppigt og hvordan forbindelsesofficerer melder tilbage til eget bagland om situation og hændelsens udvikling.

Organisationens samlede situationsbillede er et centralt dokument for kriseledelsen. Det skal indeholde pålidelige informationer, der på relativt begrænset plads skaber overblik over situationen. Det bør fremgå af sundhedsberedskabsplanen, hvem der har ansvar for at bidrage til og producere organisationens situationsbillede.

Organisationen skal kunne dele sit situationsbillede med samarbejdspartnere og tværsektorielle krisestabe for at danne et fælles situationsbillede. Indforståede fagtermer og forkortelser bør derfor undgås, og fælles terminologi anvendes så vidt muligt.

Sundhedsstyrelsen har ansvar for at levere bidrag til det Nationale Strategiske Overblik (NSO) i den nationale operative stab (NOST). Til dette kan Sundhedsstyrelsen anmode AMK om regionens situationsbillede. Hvis en region udarbejder situationsbilleder i forbindelse med håndtering af en hændelse, vil Sundhedsstyrelsen gerne modtage disse til orientering.

7.3.3 Kerneopgave 3: Koordination

Handlinger og ressourcer skal altid koordineres ved en beredskabshændelse. Region og kommune har begge en række eksterne samarbejdspartnere, som det kan forudses, at der skal koordineres med.

I lovgivningen stilles der krav til, at regionen koordinerer sin sundhedsberedskabsplanlægning med politi, naboregioner, epidemikommission og kommuners planlægning. For kommuners vedkommende stiller lovgivningen krav om koordination med regionen og nabokommuner.

Internt i regionen er der yderligere behov for, at den præhospitale indsats, sygehusberedskabet og samarbejdet med de praktiserende læger fungerer hensigtsmæssigt og er koordineret. Tilsvarende bør kommunen sikre, at den/de forvaltninger, som er ansvarlige for sundhedsberedskabet og redningsberedskabet, har en fastlagt samarbejdsaftale for håndtering af beredskabshændelser. Der bør også være indgået aftaler med praktiserende læger, hvis de inddrages i beredskabet.

Region og kommune kan ikke nøjes med at fremsende respektive sundhedsberedskabsplaner til samarbejdspartnere. Det bør sikres, at forhold hos den enkelte region/kommune, der kan påvirke de øvrige regioner/kommuners planer og aktiviteter, identificeres og adresseres. Det er en forudsætning, at der har været dialog mellem samarbejdspartnere, at planer er tilpasset andre myndigheder, og der kan med fordel indgås skriftlige aftaler. Kommunens sundhedsberedskab bør endvidere ses som en del af kommunens samlede beredskab og være koordineret med kommunens øvrige beredskabsplanlægning.

Koordination forudsætter, at region/kommune har et godt kendskab til de eksterne samarbejdspartnere, deres opgaver og ansvarsområder.

Koordination mellem region og kommune kan blandt andet løftes i regi af regionens sundhedsberedskabs- og præhospitalt udvalg eller eventuelt i sundhedskoordinationsudvalg. Både region og kommune har ansvar for samarbejdet. Kommunernes samarbejde med de praktiserende læger kan eventuelt tages op i regi af de kommunalt-lægelige udvalg.

Følgende bør fastlægges:

- Hvilke samarbejdspartnere der skal koordineres med, og hvilke procedurer for samarbejde der skal udarbejdes. Der bør være faste og gerne skriftlige aftaler om samarbejdet ved beredskabshændelser. Tværfaglige og tværsektorielle øvelser kan medvirke til at identificere områder, hvor aftaler skal indgås.
- Hvordan det sikres, at region og kommune får information om, hvilke handlinger samarbejdspartnerne er i færd med eller planlægger for. Denne information øger chancen for optimal udnyttelse af egne ressourcer og vurdering af, om ressourcer kan frigøres eller omdisponeres.
- Hvordan anmodning om akut bistand fra eksterne samarbejdspartnere håndteres, og hvilke procedurer der gælder, hvis en region eller kommune skal bede om assistance udefra.
- Hvilke tværgående krisestyringsstabe, som sundhedsberedskabet i region eller kommune skal kunne indgå i, hvem der kan være forbindelsesofficerer, og hvad deres mandat er.

7.3.4 Kerneopgave 4: Krisekommunikation

Ved en beredskabshændelse opstår oftest en massiv og pludselig efterspørgsel efter informationer fra medier, borgere og andre interessenter. Overordnet er formålet med en organisations krisekommunikation:

- At øge trygheden og tilliden ved at sikre borgerne information om, hvad der er sket, og hvad organisationen gør.
- At informere borgerne, så de har et grundlag for at træffe egne beslutninger om sikkerhed og sundhed.
- At aflaste organisationen for en massiv mængde henvendelser fra bekymrede borgere.

Myndighedens kommunikationsenhed kan stå for krisekommunikationen i dialog med den involverede sundhedsfaglige afdeling. Hvis der ikke er en kommunikationsenhed, kan kommunikationsopgaven håndteres i den organisation, der leder indsatsen under beredskabshændelsen.

For at indfri formålet med krisekommunikationen skal myndigheden levere rettidig, korrekt, koordineret og handlingsanvisende kommunikation, og kommunikationen skal leveres via de kanaler, som myndighedens målgrupper bruger.

I starten af en krisesituation er det typisk svært at imødekomme den store efterspørgsel efter information. Myndigheder bør derfor hurtigst muligt fortælle:

- At der er sket noget og hvad.
- At man arbejder på at få overblik og kontrol over situationen.

Under store dele af en hændelse skal omverdenens behov for korrekt information afvejes overfor kravet om, at det skal gå hurtigt. Borgernes syn på en organisation afhænger af, at der kommunikeres løbende og hurtigt. Derudover er det vigtigt at prioritere, hvilke oplysninger man

hurtigt kan udsende, og hvilke der først skal verificeres fx årsag til hændelsen og tal for eventuelt tilskadekomne. At sikre korrekt information kræver også løbende input fra de fagpersoner, der arbejder med krisen.

Det er afgørende, at råd og vejledning til borgerne koordineres med andre instanser fx nabo-kommuner og -regioner eller i beredskabsstabe fx Den Lokale Beredskabsstab.

Målgrupper og kanaler

Kommunikationskanaler bør løbende tilpasses de medier, som borgerne bruger. Dog er det ikke hensigtsmæssigt at anvende en ny kanal i forbindelse med en beredskabshændelse. I den konkrete situation skal organisationen vurdere, hvilke kanaler der er mest effektive til at kommunikere budskabet fx hjemmesider, sociale medier, hotlines, borgermøder mv.

Derudover skal organisationen være opmærksom på, hvordan information når ud til målgrupper, som har brug for information på andre sprog end dansk fx turister og borgere med en anden baggrund end dansk.

Det er vigtigt at sikre, at kommunikationsplatforme ved beredskabshændelser fx hjemmesider kan klare et stort og vedvarende pres. Det er også værd at overveje alternativer, hvis hændelsen sætter de normale kanaler ud af funktion fx andre myndighers hjemmesider eller profiler på sociale medier.

Krisekommunikation i sundhedsberedskabsplanen

I forhold til ovenstående overvejelser om krisekommunikation bør nedenstående indtænkes i sundhedsberedskabsplanen:

1) Opgaver

- At koordinere sundhedsfaglig information til offentligheden med eksterne samarbejdspartnere og omkringliggende kommuner eller regioner, som er involverede i indsatsen
- At opdatere hjemmeside og andre kommunikationskanaler med information om den sundhedsfaglige indsats
- At varsle de borgere, hvis sundhed kan være berørt/truet – fx via beredskabsmeddelelser på tv og i radio, via sociale medier eller hjemmesiden. Informationen bør svare på:
 - Hvad der er sket
 - Hvad I gør ved det
 - Hvor længe I regner med, at det varer
 - Hvad konsekvenserne er
 - Hvad borgerne skal gøre, hvis de er berørt.
- At besvare spørgsmål fra journalister, borgere, sundhedsfagligt personale m.fl. om sundhedsforholdene – via fx hotlines og spørgsmål/svar-lister på hjemmesiden
- At overveje pressemeddelelser og interviews til radio, tv og elektroniske nyheder.

Beredskabsmeddelelser udsendes via politiet med input fra relevante myndigheder. Se Varslingsaftalen, jf. Appendiks 2, for mere information om beredskabsmeddelelser. Alle beredskabsmyndigheder kan anmode om at få udsendt en beredskabsmeddelelse via den lokale politikreds eller Rigspolitiet ved nationale hændelser.

2) Ledelse. Repræsentanter fra sundhedsberedskabet bør udtale sig om sundhedsfaglige aspekter eller levere input til udtalelser om sundhedsberedskabet. Aftal hvem der udtaler sig, hvad de vigtigste budskaber er, og hvordan personer kontaktes.

3) Organisation. Tilrettelæggelse af kommunikationsindsatsen bør fremgår af sundhedsberedskabsplanen. Fx om kommunikationen foregår i den/de forvaltninger, der er ansvarlige for sundhedsberedskabet, eller om kommunikationen udgår fra en anden enhed, og i så fald hvordan sundhedsberedskabet indgår.

4) Bemanding og materiel/udstyr. Det bør fremgå, hvem der varetager opgaven med sundhedsfaglig kommunikation. Der bør planlægges for, at ledere og sundhedsfaglige specialister kan udtale sig om sundhedsfaglige forhold. Det bør også fremgå, hvilke kommunikationsmidler der forventes anvendt fx hjemmeside, sociale medier, hotline og mulige alternativer hertil.

5) Procedurer. Til sundhedsberedskabsplanen kan der tilknyttes instrukser, action cards, skabeloner og lignende for:

- Aktivering af den enhed/funktion, der skal varetage krisekommunikationsopgaven.
- Procedurer for systematisk medieovervågning.
- Inddragelse af regionens/kommunens kommunikationsenhed i møder i den/de forvaltninger, som er ansvarlig for sundhedsberedskabet.
- Udpegning af fast talsperson for sundhedsberedskabet til pressen.
- Kontaktoplysninger på kommunikationsansvarlige hos samarbejdspartnere i sundhedsberedskabet fx i naboregioner, nabokommuner, Sundhedsstyrelsen mv.
- Forberedte udkast til pressemeddelelser og faktaark med baggrundsinformation mv. i relation til en beredskabshændelse, som involverer sundhedsberedskabet væsentligt fx en pandemi.

For kommuners vedkommende bør der henvises til den generelle beredskabsplan, hvis krisekommunikation er beskrevet der.

7.3.5 Kerneopgave 5: Operativ indsats

Den operative indsats ydes af region og kommune for at afhjælpe konsekvenser af beredskabshændelser og vil derfor afhænge af den konkrete hændelse. Det handler om at indsætte mandskab og materiel/udstyr på et skadested samt håndtere konsekvenser af hændelsen fx udvide kapacitet på regionens sygehuse for at modtage mange skadede personer.

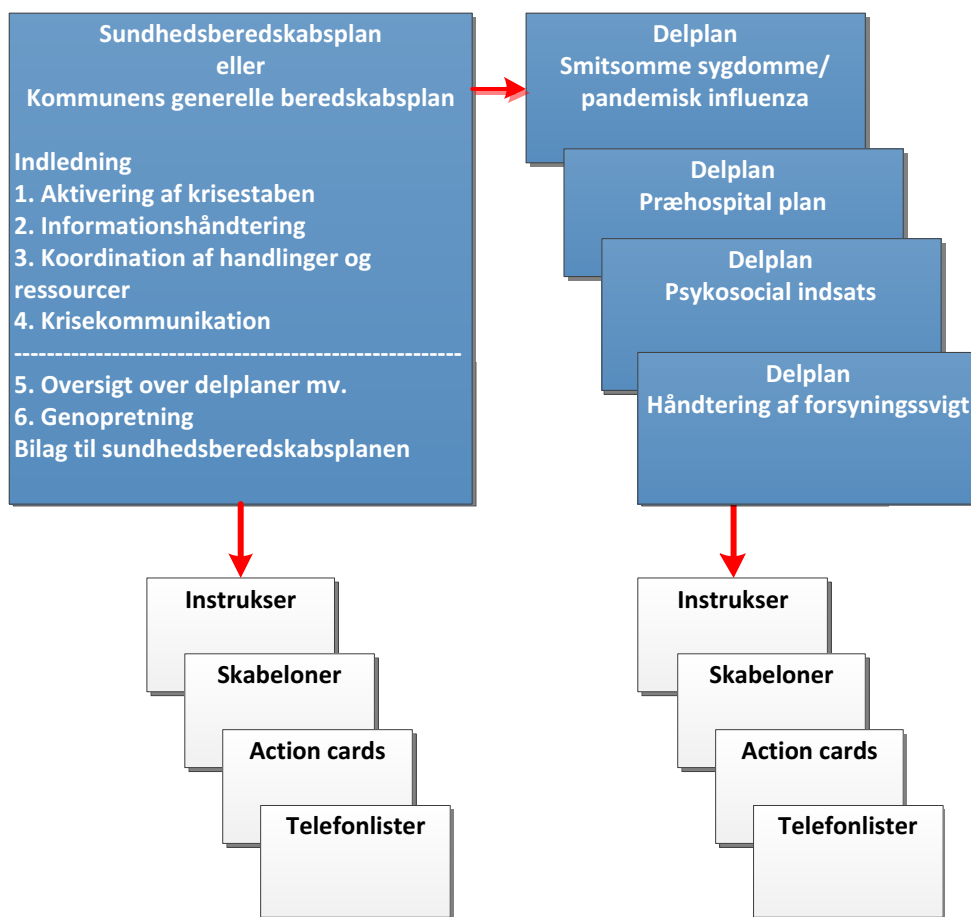
Regioner og kommuner skal kunne håndtere den operative indsats både ved hændelser af konventionel karakter fx vejrlig, masseskader, trafikulykker, nedbrud i it- og kommunikationsudstyr mv. og ved CBRNE-hændelser fx vandforurening, epidemi med smitsom sygdom eller ulykke med kemiske stoffer. For at løse den operative indsats bør der udarbejdes skræddersyede delplaner, instrukser eller action cards for myndighedens relevante opgaver inden for sundhedsberedskabet.

Sundhedsstyrelsen definerer begreberne således:

Delplaner: Delplaner er operative planer for et afgrænset emneområde fx delplan for smitsomme sygdomme eller afgrænset lokalitet fx delplan for et konkret sygehus. Delplaner kan struktureres efter opgavehjulet eller som egentlige planer og struktureres efter de seks kerneopgaver.

Instrukser: Instrukser er konkrete vejledninger om håndtering af en afgrænset opgave eller arbejdsgange, hvor flere funktioner/personer er involveret og samarbejder. En instruks kan således beskrive, hvordan ansatte skal forholde sig under givne omstændigheder og bør omfatte ansvars- og kompetencefordeling samt systematiske anvisninger på, hvilke procedurer de ansatte bør følge.

Action cards: Action cards er korte og præcise handlingsorienterede anvisninger på én bestemt funktion eller opgave oftest til én eller få personer. Et action card fungerer som en huskeliste i akutte situationer og skal (gerne i punktform) anvise, hvordan en bestemt funktion skal udføres i en bestemt situation.



Figur 7: Sammenhæng i myndigheders plansæt, jf. Appendiks 2

I bilagene med skabeloner for en regional og kommunal sundhedsberedskabsplan er indsat forslag til skabelon for delplaner, instrukser og action cards.

Region

Regionen skal planlægge for henholdsvis håndtering af konventionelle hændelser, CBRNE-hændelser, regionens krisestøttende og kriseterapeutisk beredskab, lægemiddelberedskabet,

blodberedskabet samt aktivering og inddragelse af praktiserende læger. Dette kan hensigtsmæssigt gøres i delplaner.

Regionen skal sikre, at sygehusberedskabet kan udvide sin kapacitet for at modtage og behandle et større antal patienter. Derudover skal regionen sikre den nødvendige indsats for syge og tilskadekomne udenfor sygehuse ved det præhospitale beredskab.

AMK varetager den operative ledelse og koordination af regionens indsats.

Regionens overordnede operative opgaver indenfor sundhedsberedskabet er:

- Vurdere, prioritere og behandle i indsatsområdet, herunder sikre dialog mellem Indsatsleder Sund og AMK om visitation og afsendelse af yderligere præhospitale ressourcer.
- Sikre relevant transport til rette behandlingssted.
- Modtage ekstraordinært mange patienter, herunder personer der kommer hjem fra en krise i udlandet.
- Vurdere behov for sygehusbehandling, herunder behandling af allerede indlagte patienter og planlagte ikke-hastende behandlinger evt. med overvejelser om ekstraordinære udskrivninger og assistance fra andre regioner.
- Modtage selvhenvendere, herunder muligt forurenede personer i forbindelse med en CBRNE-hændelse.
- Yde krisestøtte og kriseterapi i indsatsområdet, Evakuerings- og Pårørende Center (EPC) eller på sygehuse, herunder eventuelt udsende koordinerende psykiatrisk kontaktperson (KOP), samt deltage i oprettelse af EPC.
- Planlægge og gennemføre massevaccination i samarbejde med den relevante kommune efter konkret udmelding fra Sundhedsstyrelsen.
- Anskaffe og distribuere relevante og tilstrækkelige lægemidler.
- Inddrage de praktiserende læger, som kan varetage behandling af ekstraordinært udskrevne patienter fra sygehuse og behandle lettere tilskadekomne til aflastning for sygehuse.
- Koordinere indsatsen med andre relevante aktører, herunder kommunens sundhedsberedskab.
- Sendte forbindelsesofficer til den lokale beredskabsstab (LBS).
- Sikre opretholdelse af regionens øvrige kritiske funktioner inden for sundhedsområdet.

Kommune

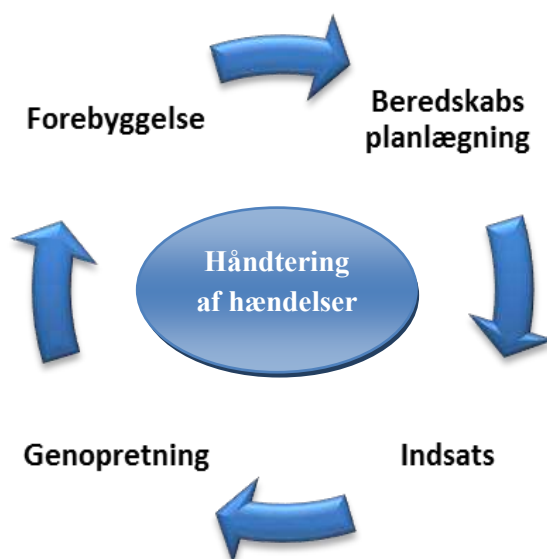
Kommunen skal planlægge for henholdsvis håndtering af konventionelle hændelser, CBRNE-hændelser, krisestøttende beredskab og social assistance, lægemiddelberedskabet og blodberedskabet. Dette kan hensigtsmæssigt gøres i delplaner.

Kommunens overordnede operative opgaver indenfor sundhedsberedskaber er:

- Modtage, pleje og behandle ekstraordinært udskrevne patienter fra sygehuse samt andre syge og smittede i eget hjem (hjemmesygepleje), herunder samarbejde med de praktiserende læger.
- Behandle lettere tilskadedkomne som aflastning af sygehuse (hjemmesygepleje).
- Varetage hygiejniske foranstaltninger, forebygge og behandle infektioner og epidemiske sygdomme.
- Plej opgaver i relation til særlige situationer fx ekstremt vejrlig (hjemmepleje og sundhedspleje), eller CBRNE-hændelser fx drikkevandsforurening.
- Tilvejebringe ekstra hjælpemidler og relevant medicinsk udstyr.
- Yde omsorg til tilskadedkomne, syge og handicappede, herunder krisestøtte og social assistance.
- Deltage ved oprettelse af Evakuerings- og Pårørende Center (EPC) og evt. udsende kriseteams hertil.
- Bistå regionen ved massevaccination, herunder sikre information om situationen og forholdsregler til institutioner i kommunen.
- Sende forbindelsesofficer til den lokale beredskabsstab (LBS), såfremt kommunen indkaldes.
- Sikre opretholdelse af kommunens øvrige kritiske funktioner på sundhedsområdet.

7.3.6 Kerneopgave 6: Genopretning

Planlægning for genopretning bør om muligt foregå ved beredskabsplanlægningen – alternativt skal planlægningen af genopretning påbegyndes snarest muligt efter, at en hændelse er indtruffet.



Figur 8: Emergency management cirklen

Nødvendige aktiviteter i forbindelse med genopretning kan være mange og forskellige. Der kan være tale om at sikre, at infrastrukturen fungerer (fx elforsyning, vand, varme, it), sikre adgang til sundhedsydelser, nedbringe sårbarheder for at undgå gentagelser af hændelsen.

Opgaverne i forbindelsen med genopretning kan overordnet beskrives således:

- Identificere problemer og behov.
- Klarlægge løsninger, herunder mål og midler.
- Fastlægge nødvendige aktiviteter.
- Implementering.
- Monitorering og evaluering.

Ansvar for genopretning kan ligge hos både offentlige og private aktører fx stat, region, kommune, private virksomheder, forsikringsordninger eller den enkelte familie/person.

Enhver sektor har ansvar for genopretning inden for eget område. Men da mange sektorer og aktører kan være ansvarlige for genopretning i forbindelse med samme hændelse, kan det være hensigtsmæssigt at etablere et koordinerende forum for genopretning efter en hændelse, som sikrer information og bistand til alle involverede institutioner, grupper og individer.

Eksempelvis kan der være behov for repræsentation fra følgende: En eller flere af kommunens forvaltninger (social, sundhed, ældre, beskæftigelse, økonomi, teknik og miljø), redningsberedskab, politi, sundhedsvæsen, forsikringsselskaber, banker, entreprenører, boligforeninger, lejerforeninger, grundejerforeninger, erhvervsorganisationer og nødhjælpsorganisationer (listen er ikke udtømmende).

Et koordinerede forum til genopretning kan overordnet koordinere ved løsning af de forskellige opgaver ved genopretning:

- Vurdering af skadeomfanget og hvilke konkrete behov, der er for genopretning.
- Samle og formidle informationer fra berørte.
- Sikre overblik over tilgængelige ressourcer og ressourcebehovet.
- I fællesskab fastlægge målsætninger for genopretningen.
- Rådgive, vejlede og facilitere planlægning af genopretningen.
- Sikre løbende information af alle involverede.
- Medvirke til at minimere dobbeltarbejde og ineffektivitet i indsatsen.

8 Beredskab ved større, uforudsete hændelser

Relevante bilag og øvrig information:

Bilag 8:	De hyppigste smitsomme sygdomme og supplerende forholdsregler
Bilag 12:	Håndtering af C-hændelser
Bilag 13:	Håndtering af B-hændelser/smitsomme sygdomme
Bilag 14:	Håndtering af R/N-hændelser
Bilag 15:	Retningslinjer for håndtering af CBRNE-forurenedede lig
Bilag 16:	Ekstraordinær udskrivning af patienter fra sygehuse til kommunal pleje
Bilag 17:	Input til evakueringsplan for sygehuse

Håndtering af kemikalieforurenedede personer, 12 håndteringskort, Beredskabsstyrelsen

Traditionelt opdeler man uforudsete hændelser i to overordnede kategorier:

1. CBRNE-hændelser - og
2. konventionelle hændelser.

En CBRNE-hændelse er forårsaget af kemiske, biologiske, radioaktive, nukleare eller eksplosive stoffer. En konventionel hændelse er i modsætning hertil ikke forårsaget af disse stoffer.

8.1 Karakteristika ved CBRNE-hændelser

8.1.1 Hændelser med kemiske stoffer

Kemisk Beredskab i Beredskabsstyrelsen er nationalt ekspertberedskab for kemiske hændelser.

Ved kemiske hændelser kan skadestedet være kendt eller ukendt.

Ved hændelser, hvor skadestedet er kendt, kan folk være akut syge med behov for livreddende eller anden akut hjælp. Dertil kommer, at nogle involverede måske ikke har sygdomstegn på alarmeringstidspunktet. Der kan dog være risiko for, at sygdom opstår efterfølgende. Endelig vil der være behov for information til berørte på og omkring skadestedet.

Ved hændelser, hvor der ikke er et kendt skadested, kan hændelsen opdages på grund af dens konsekvenser, fx at nogle bliver syge, eller ved at farve og smag på drikkevand ændres.

I forbindelse med sundhedsberedskabsplanlægningen kan regioner eller kommuner med fordel sikre sig information om særlige virksomheder i området. Store oplag af brand- og eksplosionsfarlige stoffer, giftige stoffer og miljøfarlige stoffer udgør en særlig risiko, hvis der sker uheld, da det vil have store konsekvenser for naboer til virksomheden. Virksomheder med sådanne op-

lag er derfor omfattet af særlige regler og karakteriseres som risikovirksomheder³. Information om risikovirksomheder er særlig nyttig på AMK-vagtcentralen.

Risikovirksomheder er opdelt i kolonne 2 og kolonne 3 virksomheder afhængigt af mængden af lagrede kemikalier og afstand til følsomme områder. I et bilag til risikobekendtgørelsen står, hvilke farlige stoffer og hvor store mængder af disse stoffer, der skal til for, at en virksomhed er omfattet.

Lovgivningen definerer, at politi og relevant kommune skal udarbejde en risikovurdering og en ekstern beredskabsplan for risikovirksomheden (udover virksomhedens egen beredskabsplan). Beredskabsplanen for risikovirksomheden skal i offentlig høring. Oplysninger om risikovirksomheder og ofte også beredskabsplanerne findes for de fleste politikredses vedkommende på www.politi.dk.

Det anbefales, at de relevante sektormyndigheder (overlæger ved Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger), regioner og kommuner) planlægger for mulige konsekvenser indenfor eget ressortområde vedrørende hændelser på risikovirksomheder.

Transport af kemiske stoffer dækker over transport af kemiske stoffer både ad vej, jernbane og til søs. Kommunerne bør i sin planlægning inddrage til- og frakørselsveje til virksomheder, jernbanestationer, rangerterræner, havne og containerpladser. Politiet er ansvarligt for planlægning af til- og frakørselsveje ved hændelser på risikovirksomheder.

Endelig bør risikoen for lokal forurening af drikkevand med kemiske stoffer inddrages i risikovurdering af kemiske hændelser.

8.1.2 Hændelser med biologiske stoffer

Center for Biosikring og Bioberedskab (CBB) ved Statens Serum Institut er myndighed for biosikring og varetager det biologiske beredskab (nationalt ekspertberedskab).

Virksomheder, laboratorier, forskningsinstitutioner mv., der ønsker at arbejde med biologiske stoffer med dobbelt anvendelsesmulighed (dvs. som både kan bruges til fredelige formål og våben), skal have tilladelse fra CBB. CBB fører kontrol med overholdelse af reglerne, jf. bekendtgørelse om sikring af visse biologiske stoffer, fremføringsmidler og relateret materiale.

Skulle der opstå mistanke om udslip af farlige biologiske stoffer på sådanne virksomheder, skal der straks rettes henvendelse til CBB, som har et døgnberedskab til håndtering af dette. Politiet skal også alarmeres ved mistanke om udslip af farlige biologiske stoffer.

Lokale beredskabsplaner bør tage højde for tilstedeværelse af risikovirksomheder, der måtte opbevare farlige biologiske stoffer.

Erkendelse af en hændelse med biologiske stoffer kan ske efter udbrud af alvorlig og eventuelt uafklaret smitsom eller overførbart sygdom.

³ BEK nr.372 Risikobekendtgørelse af 25/04-2016

Særlige foranstaltninger kan blive nødvendige afhængigt af hændelsens karakter fx iværksættelse af karantænesætning af eksponerede, isolation af syge, massevaccination af hele eller dele af befolkningen mv.

8.1.3 Hændelser med radioaktive eller nukleare stoffer

Sundhedsstyrelsen, Strålebeskyttelse (SIS) er nationalt ekspertberedskab for radioaktive stoffer og strålebeskyttelse. Beredskabsstyrelsen, Nukleart Beredskab (NUC) er nationalt ekspertberedskab ved ulykker på nukleare anlæg.

Med meget få undtagelser er mængderne af anvendte radioaktive stoffer på danske virksomheder så begrænsede, at muligheden for, at beredskabspersonale kan modtage væsentlige stråledoser ved R-hændelser, er yderst ringe.

Der skelnes mellem hændelser, hvor personer har været udsat for ekstern bestråling, og hændelser hvor personer er radioaktivt forurenet og derfor kan udgøre en kilde til yderligere spredning af radioaktive stoffer.

Der kan typisk være tale om utilsigtede hændelser som brand, spild, tab eller sammenstød i virksomheder, som anvender eller transporterer radioaktive stoffer. Tilsigtede hændelser kan potentielt omfatte en såkaldt beskidd bombe, som kombinerer eksplosivstof med radioaktivt materiale, eller skjult bestråling med en kraftig radioaktiv kilde. Skadebilledet kan variere væsentligt fra situation til situation og indebærer ikke nødvendigvis et kendt skadested.

Kun i tilfælde, hvor personer har været udsat for en stråledosis, der er så høj, at der er risiko for akutte skader, er der behov for særlige behandlingsforanstaltninger på sygehus. Ved høje doser skal eventuel kirurgi overvejes meget tidligt, eventuelt skal overflytning til andet sygehus foretages. Ydermere kan udskillelsen af radioaktive stoffer forsøges øget med stoffer, der påvirker elimineringen af stoffet fra kroppen. Behandling afhænger af det radioaktive stof. I Medicinsk Kompendium, 18. udgave, kapitel 63 om "Stråleskader" er angivet en række stoffer, der kan benyttes. Behandling med disse stoffer vil altid være en ekspertopgave, som skal varetages i samarbejde med SIS og ofte på hæmatologisk afdeling på Rigshospitalet.

Hændelser med nukleare stoffer kan fx være uheld på kernekraftværker, ulykker med nukleart drevne skibe eller ulykker ved transport af reaktorbrændsel.

8.1.4 Hændelser med eksplosive stoffer

Forsvarets ammunitionsrydningstjeneste er nationalt ekspertberedskab for eksplosive stoffer.

Brugen af eksplosiver ved terror er velkendt både i Danmark og udlandet. Eksplosivstoffer kan også anvendes til fredelige formål fx entreprenør- og ingeniørvirksomhed.

De skader, der kan opstå på mennesker som følge af eksplosioner, er dels den direkte effekt som følge af den trykbølge, der opstår, dels projektilvirkningen, da løse genstande, sten, glassplinter mv. kastes rundt og kan ramme som et projektil. Det gælder både gaseksplosioner og bomber. Endvidere kan sprængninger forårsage sekundære risici som fx ustabilitet i bygningskonstruktioner, skader på el-, vand- og gasforsyningsledninger mv.

Skaderne er typisk konventionelle højenergi traumer, og der kan være mange akut behandlingskrævende tilskadekomne og mange med behov for akut krisestøtte og evt. efterfølgende kriseterapi.

Skader i forbindelse med radioaktive bomber (beskidte bomber) er omtalt ovenfor.

8.2 Karakteristika ved konventionelle hændelser

Konventionelle hændelser kan både være menneske- og naturskabte. Det kan fx omhandle ekstremt vejrlig som hedebløge og oversvømmelse, trafikuheld, brand, strøm- og it-nedbrud.

Nedenfor er regioner og kommuners opgaver beskrevet i forhold til ekstremt vejrlig og forsyningssvigt.

8.2.1 Ekstremt vejrlig

Ekstremt vejrlig kan fx være voldsomt snefald, ekstrem kulde, storme/orkaner, voldsomt regnvejr med oversvømmelser til følge eller hedebløge.

For regionen vil det betyde et øget antal skader, der skal behandles og sikkerhedsproblemer for den præhospitale indsats med ambulancer, akutlægebiler/akutbiler og akutlægehelikoptere på grund af trafikale udfordringer og besværet fremkørsel.

For kommunernes vedkommende kan hjemmeplejens arbejde være udfordret pga. besværet fremkørsel, og evakuering til mere sikre forhold kan blive nødvendigt. Vejrlig kan også skabe behov for en beredskabsindsats over for sårbare borgere (små børn, plejekrævende borgere, nogle psykisk syge og ældre) fx ved hedebløge, hvor disse grupper er i højrisikogruppe for hedeslag og at dehydrere.

Se også Sundhedsstyrelsens informationsmateriale på styrelsens hjemmeside til plejepersonale mv. vedrørende varmt vejr og hedebløge, jf. Appendiks 2.

8.2.2 Forsyningssvigt

Forsyningssvigt kan omhandle it, strøm, vand, varme, ventilation mv. Dette bør indgå i planlægning af sundhedsberedskabet, da disse forhold er en forudsætning for opretholdelse af flere af sundhedsvæsnets kritiske funktioner.

It: Regioner og kommuner bør have planlagt nødprocedurer ved nedbrud af it og alternativer til vitale it-baserede systemer. Fx brug af papirjournaler, nedlukning af elektive operationer mv.

Telekommunikation: Regioner og kommuner bør have planlagt nødprocedurer ved nedbrud i telenettet samt have oprettet prioriterede mobiltelefonnumre.

Strøm: Vedrørende strømforsyningen har Energistyrelsen udgivet Vejledning til offentlige institutioner om nødstrøm – sådan sikrer du dig, jf. Appendiks 2.

Sundhedsstyrelsen har endvidere udgivet Vejledning vedrørende nødforsyning af strøm mv. på private sygehuse og klinikker, jf. Appendiks 2.

Vand: Regioner og kommuners drikkevandsforsyning kan forurenes med fx kemisk, bakteriologisk eller radiologisk materiale i ledningsnet, kildeplads eller på vandværket.

Medmindre regionen har planlagt for særlig nøddrikkevandsforsyning til sygehusene, forsynes sygehuse af den kommunale drikkevandsforsyning. Sikring af opretholdelse af vandforsyning bør indgå i sundhedsberedskabsplanlægningen. Regionen kan med fordel samarbejde med kommunerne herom.

8.3 Opgave

Region

Ved hændelser, som involverer kemiske stoffer, stråling eller eksplosivstoffer kan tilskadekomne have behov for umiddelbar livreddende behandling.

Personer, som er udsat for en biologisk hændelse, vil som udgangspunkt ikke straks udvise sygdomstegn, da alle smitsomme og overførbare sygdomme har en vis inkubationstid (minimum et døgn).

På et skadested, hvor personer umiddelbart udviser symptomer på sygdom, håndteres dette af det præhospitale beredskab. Hvis personer er mistænkt for at være eksponerede, men (endnu) ikke er blevet syge, håndteres disse af politiet og overlægen ved Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægen) på skadestedet.

Rensning af forurenede personer

Personer, der mistænkes for at være CBRNE-forurenede, skal som hovedregel afklædes og renses inden videre transport. Ved akutte livstruende tilstande skal patienten stabiliseres inden transport. Formålet er at stoppe lokal skade og spredning af stoffet. Redningsberedskabet er ansvarligt for afklædning og rensning af forurenede personer med vand og sæbe på skadestedet.

Efter rensning forsynes personer med nødbeklædning. Det er ikke konkretiseret i lovgivningen, hvilken myndighed, der har ansvaret for økonomi og fremskaffelse af nødbeklædning. Derfor anbefales det, at regioner og kommuner i den pågældende region indgår aftaler om dette.

Rensning er normalt forudsætningen for præhospital og videre behandling, da det præhospitale personale ikke har personligt beskyttelsesudstyr til at kunne opholde sig i fareområdet og håndtere forurenede patienter. Endvidere skal det undgås at forurene ambulancer og akutmodtagelser, medmindre der er tale om en livstruende tilstand, hvor stabilisering af patienten kommer i første række.

Indsatspersonale, der har været i det forurenede område i indsatsdragt, skal renses eller eventuelt dekontamineres, når indsatsen er ovre. Det er også redningsberedskabets ansvar.

Håndtering på sygehuse

Sygehusene skal kunne modtage patienter med sygdom eller symptomer efter CBRNE-hændelser. Da der desuden kan komme forurenede personer til sygehusets modtagelse som selvhenvendere, skal der også være planlagt for personrensning på eller ved sygehuset. Aftaler med redningsberedskabet eller lignende kan overvejes.

Derudover skal sygehuse behandle patienter (evt. kun symptomatisk). Sygehusene skal også kunne behandle med specifikt antidot (modgift) eller postekspositions vaccination, hvis dette er relevant.

Specifikke opgaver vedrørende smitsomme sygdomme omtales i bilag 13 Håndtering af B-hændelser/smitsomme sygdomme, mens bilag 12 Håndtering af C-hændelser indeholder en beskrivelse af principperne for modtagelse og rensning af forurenede personer/patienter.

Håndtering af eksponerede personer

Overlægen ved Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægen) har til opgave at informere eksponerede, men endnu ikke syge personer om eventuelle sygdomstegn og forebyggelse. Overlægen skal også aftale med regionen, hvor patienter kan henvende sig, hvis sygdomstegn opstår. Overlægen informerer endvidere om, hvornår svar på prøvetagning kan forventes, og hvordan de eksponerede vil blive kontaktet herom. Som hovedregel kan de implicerede personer herefter gå hjem.

Politiet har pligt til at foretage registrering af personer på skade-/gerningssted. Overlægen fra Styrelsen for Patientsikkerhed skal efterfølgende have listen over de registrerede personer med navn, cpr.-nr., adresse og telefonnummer med henblik på eventuel senere opfølgning og smitteopsporing. Udlændinge registreres tillige med pasnummer og erstatnings-cpr.nr.

Specifikke opgaver vedrørende smitsomme sygdomme omtales i bilag 13 Håndtering af B-hændelser/smitsomme sygdomme.

Særligt vedrørende praktiserende lægers forpligtigelser

De generelle opgaver for læger i primærsektoren ved CBRNE-hændelser er:

- Undgå at forurenede patienter kommer i praksis ved at henvise selvhenvendende til rette sted.
- Varetage behandling af evt. ekstraordinært udskrevne patienter fra sygehusene.
- Medvirke til at mindske indlæggelsesbehovet i sygehusvæsenet for andre sygdomme.
- Behandle (smitsomt) syge, som vurderes at kunne opholde sig i eget hjem.
- Tilse og behandle patienter i lokale karantænefaciliteter.
- Rådgive om smitteforebyggende tiltag, herunder generelle hygiejniske foranstaltninger.
- Anmelde smitsomme sygdomme jf. gældende lovgivning.
- Deltage i (masse)vaccination af dele af befolkningen.

Det anbefales, at regioner laver skriftlige aftaler om samarbejde med alment praktiserende læger i forbindelse med sundhedsberedskabsplanlægningen.

Kommune

Kommunen har til opgave at yde fornøden støtte og hjælp til de borgere, der måtte være ramt af den konkrete, uforudsete hændelse fx ved drikkevandsforurening og store brande. Desuden kan kommunen have til opgave at aflaste sygehusvæsenet ved at varetage pleje- og omsorgsopgaver for ekstraordinært udskrevne patienter. De konkrete opgaver for kommunens sundhedspersonale er blandt andet at:

- Afklare og yde fornøden hjælp til berørte borgere.
- Varetage pleje og omsorg for ekstraordinært udskrevne patienter fra sygehuse.
- Varetage pleje og omsorg for (smitsomt) syge, som vurderes at kunne opholde sig i eget hjem.

- Medvirke til at mindske indlæggelsesbehov i sygehusvæsenet for andre sygdomme.
- Deltage i (masse)vaccination af dele af befolkningen, se bilag 9 Massevaccination.
- Deltage i omsorg for personer anbragt i karantæne, se bilag 11 Karantæne.
- Sikre forsyning af rent drikkevand til borgere i hjemmeplejen ved drikkevandsforurening.
- Iværksætte social assistance og krisestøtte.
- Bidrage ved eventuel oprettelse af Evakuerings- og Pårørendecenter.

8.4 Ledelse

Region

Ledelses- og ansvarsforhold er de samme ved CBRNE-hændelser som ved andre hændelser, der berører regionen. Den tværsektorielle ledelse på skadestedet er beskrevet i Beredskabsstyrelsens Retningslinjer for indsatsledelse (REFIL) og Retningslinjer for indsats ved CBRNE-hændelser, jf. Appendiks 2. AMK er ansvarlig for ledelse og koordinering af regionens samlede indsats.

Da håndtering af særligt CBRNE-hændelser kan være kompleks og kræve specialindsigt findes en række faglige eksperter og ekspertberedskaber, som kan yde rådgivning til indsatsledelsen, sygehuse og befolkningsgrupper. Disse er:

- Kemisk Beredskab, Beredskabsstyrelsen (C, E).
- Giftlinjen, Region Hovedstaden (C).
- Center for Biosikring og Bioberedskab, Statens Serum Institut (B).
- Afdeling for Infektionsepidemiologi, Statens Serum Institut (B).
- Sundhedsstyrelsen, Strålebeskyttelse (SIS) (R).
- Nukleart Beredskab, Beredskabsstyrelsen (N).
- Ammunitionsrydningstjenesten, Forsvaret (E).

Samtlige ekspertberedskaber har døgnvagt.

I regionens planlægning bør desuden indgå, at relevante speciallæger fx infektionsmedicinere, mikrobiologer og nuklearmedicinere tilknyttes AMK som rådgivere og faglig støtte ved håndtering af CBRNE-hændelser.

Kommune

Ledelses- og ansvarsforhold er de samme ved CBRNE-hændelser som ved andre hændelser, der berører kommunen. Dog vil kommunens beredskabsafdeling og redningsberedskabet ofte være hovedansvarlig for indsatsen ved CBRNE-hændelser. I planlægning af sundhedsberedskabet må det derfor sikres, at relevante medarbejdere i kommunen får den fornødne information fra beredskabsafdelingen, så de kan varetage deres opgaver i en akut situation.

8.5 Organisering

Region

Konkrete samarbejdsforhold og organisering på skadestedet foregår jf. Retningslinjer for indsatsledelse og Retningslinjer for indsats ved CBRNE-hændelser jf. Appendiks 2.

På CBRNE-området kan ekspertberedskaberne rådgive indsatsledelsen under indsatsen.

På sygehusene må det sikres, at der i planlægningen er taget højde for modtagelse af patienter fra CBRNE-hændelser. Personalet må således have fornødne færdigheder, viden og kendskab til procedurerne. På sygehus akutmodtagelser bør det være planlagt, hvordan og af hvem forurenede selvhenvendte renses.

Regionen bør planlægge for forøgelse af den samlede medicinske kapacitet i regionen, herunder kapacitet på intensive og infektionsmedicinske afdelinger.

Organisationen for patientmodtagelse på det enkelte sygehus bør være beskrevet i sygehusets beredskabsplan:

- Hvilket personale er inddraget (ledere, sekretærer, læger, sygeplejersker, portører, bioanalytikere)?
- Hvem har hvilke opgaver?
- Hvem kontakter hvem og hvordan?

Kommune

Information om de særlige forholdsregler, som sundhedspersonalet i primærsektoren skal træffe i forbindelse med en CBRNE-hændelse, kommer fra AMK og/eller Sundhedsstyrelsen.

Som anført vil det oftest være kommunens beredskabsafdeling og redningsberedskabet, der er involveret i håndtering af CBRNE-hændelser. Relevant information og støtte til de andre forvaltningsområder i kommunen, som kan inddrages, skal sikres fx til sundhedsområdet og børn-/ungeområdet med henblik på den indsats, som forvaltningerne skal yde.

8.6 Bemanning

Region

Både det præhospitalt personale og relevant personale på sygehusene bør have den nødvendige uddannelse i håndtering af patienter ved CBRNE-hændelser. Denne uddannelse bør vedligeholdes med tilbagevendende uddannelses- og øvelsesaktivitet.

AMK bør kunne indhente bistand fra relevante speciallæger under håndtering af en CBRNE-hændelse.

Kommune

Det er vanskeligt at forudsige, hvilke kommunale forvaltningsområder der vil blive involveret ved CBRNE-hændelser. Ofte vil redningsberedskabet have en central rolle, men også sundhedsberedskabet er relevant. Det vigtigste planlægningsaspekt er at sikre information til alle relevanter

te involverede og straks ved en hændelse foretage en risikovurdering, så relevante parter inddrages.

I forbindelse med iværksat massevaccination eller oprettelse af karantænecenter, kan kommunerne blive anmodet om at stille hjælpepersonale til rådighed. Dette bør planlægges på forhånd.

8.7 Procedurer

Region

Sundhedsberedskabets procedurer ved håndtering af CBRNE-hændelser i relation til samarbejde og til patienthåndtering bør være aftalt og indgå i sundhedsberedskabsplanerne. I forbindelse med CBRNE-hændelser er det hensigtsmæssigt at lede patienter og eksponerede personer til bestemte modtagefaciliteter fx et på forhånd udpeget sygehus og indgang. CBRNE-forurenede patienter bør ikke komme i kontakt med praktiserende læge eller vagtlæge. Derudover bør der tages særlige hensyn, hvis det præhospitale personale kommer i kontakt med eksponerede personer fx brug af personligt beskyttelsesudstyr.

På skadestedet bør de CBRNE-eksponerede personer/patienter hurtigt via politi og lægen fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæge) få information om, hvordan de bør forholde sig, herunder at henvendelse skal ske til et udpeget sygehus/centraliserede undersøgelseslokaliteter eller til lægekontakt på et specifikt telefonnummer.

Både sygehuse og primærsektor bør kontakte Styrelsen for Patientsikkerhed og AMK ved mistanke om sygdom eller symptomer samt ulykker, der kan skyldes en CBRNE-hændelse. Politiet kontaktes ved CBRNE-hændelser, hvis der kan være tale om terror, gerne efter drøftelse med Styrelsen for Patientsikkerhed. Der tages endvidere kontakt til relevant CBRNE-eksperterberedskab. Hvis det drejer sig om en mulig smitsom sygdom, skal reglerne om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme⁴ følges.

Sundhedsstyrelsen har en beredskabsvagt, hvor man døgnet rundt kan få kontakt med en læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæge) med henblik på rådgivning og bistand ved akut opståede opgaver ved en CBRNE-hændelse.

Ved CBRNE-hændelser skal antidoter og anden medicin, også udover den medicin der anvendes til daglig, så vidt muligt kunne medbringes af det præhospitale personale.

Vedrørende håndtering af døde, herunder forurenede døde, se bilag 15 Retningslinjer for håndtering af CBRNE-forurenede lig.

Rensning

På sygehuse skal der være en kendt procedure for modtagelse og fornøden rensning af forurenede patienter. Tilsvarende bør procedurer for anvendelse af personligt beskyttelsesudstyr være kendt. For nærmere beskrivelse af personlige beskyttelsesudstyr, se bilag 12 Håndtering af C-hændelser.

³ BEK nr. 277 af 14/04/2000 Bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme m.v. (der udgives en ny bekendtgørelse primo 2017).

Der bør desuden foreligge instruks for opbevaring og mærkning af tilskadekomnes tøj mv. samt information af politiet og andre relevante myndigheder.

B-hændelser

Regionen skal kunne modtage personer med alvorlig smitsom eller overførbart sygdom ved indrejsepunkter i regionen i samarbejde med politi og overlæge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæge). Regionens epidemikommission skal varsles. I relation til WHO's internationale sundhedsregulativ (IHR) er der udarbejdet en Standard Operational Procedure (SOP). SOP'en tager højde for de praktiske forhold ved modtagelse af syge/smittede ved indrejsepunkter og forudsættes at være indarbejdet i sundhedsberedskabsplaner lokalt. SOP'en findes som bilag til Sundhedsstyrelsens rapport Det Internationale Sundhedsregulativ – gennemført i struktur og praksis i dansk beredskab, jf. Appendiks 2.

I særlige tilfælde kan der iværksættes kontrol ved ind- eller udrejse fx kontrol af rejsendes vaccinationsattest, dog kun efter anbefaling fra Sundhedsstyrelsen. Nødvendige aktiviteter i forbindelse med etablering af ind- og udrejsekontrol vil blive udmeldt i situationen. Epidemikommis-sionen afgør, hvorledes det udmøntes lokalt.

Relevante procedurer bør være planlagte og aftalte på forhånd. Dette foranstalles i et samarbejde mellem Styrelsen for Patientsikkerhed og regionen. Hvis det i en konkret situation bliver aktuelt at undersøge rejsende for sygdom, vil regionen typisk være hovedaktør. Er opgaven af mere administrativ art, som fx kontrol af vaccinationsattester, kan det varetages af læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Hvis konkrete tiltag i forbindelse med ind- og udrejsekontrol bliver relevant, bør følgende hurtigst muligt fastlægges i samarbejde mellem regionens sundhedsberedskab og Styrelsen for Patientsikkerhed:

- Ansvar og kompetence.
- Hvordan systemet aktiveres.
- Hvem der udfører hvilke opgaver i havn/lufthavn.

R/N-hændelser

Det skal indgå i regionens sundhedsplanlægning, hvilke sygehuse der kan modtage stråleskadede og radioaktivt forurenede patienter. Sygehuset bør planlægge for visitation til rette behandling på rette afdeling og etablere modtagefaciliteter for radioaktivt forurenede personer, se bilag 14 Håndtering af R/N-hændelser, figur 5. Modtagelse af R/N-forurenede personer på sygehus i bilagssamlingen.

For den del af personalet, der har til opgave at foretage målinger af radioaktivitet, bør der foreligge enkle instrukser samt dataark til optegnelser fx figur 7, 8 og 9 i bilagssamlingen.

Særligt vedrørende praktiserende læger

Ved konkrete CBRNE-beredskabshændelser bør læger i primærsektoren hurtigt kunne modtage information via AMK eller læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæge) om situationen, herunder relevante forholdsregler. Det må påregnes, at læger i primærsektoren kan blive uhensigtsmæssigt inddraget i forbindelse med CBRNE-hændelser fx i forbindelse med, at:

Forurenede eller syge personer, meget smittefarlige patienter eller personer med mistanke herom selv henvender sig i lægens praksis/lægevagten.

Personale, der har deltaget i forbindelse med CBRNE-indsatsen, pårørende eller urolige borgere kontakter egen læge, lægevagt eller speciallæge med henblik på information om forholdsregler og sundhedsrisici i forbindelse med en konkret CBRNE-hændelse.

Læger i primærsektoren bør således have procedurer for håndtering af enkeltstående patienthenvendelser, som vil kunne forekomme efter CBRNE-hændelser.

Kommune

I kommunens sundhedsberedskabsplanlægning bør der aftales og udarbejdes procedurer for de CBRNE-opgaver, som sundhedsberedskabet kan blive stillet overfor fx for håndtering af drikkevandsforurening.

9 Smitsomme sygdomme

Relevante kapitler, bilag og dokumenter:

Bilag 8:	De hyppigste smitsomme sygdomme og supplerende forholdsregler
Bilag 9:	Massevaccination
Bilag 10:	Indretning af ad hoc isolationsfaciliteter
Bilag 11:	Karantæne
Bilag 13:	Håndtering af B-hændelser/smitsomme sygdomme

Beredskab for pandemisk influenza, del I – Vejledning til regioner og kommuner, Sundhedsstyrelsen

Beredskab for pandemisk influenza, del II – National strategi og fagligt grundlag, Sundhedsstyrelsen

Det International Sundhedsregulativ – krav til beredskab i havne og lufthavne, 2012 (IHR-rapporten)

Vejledning om hygiejne ved langvarig, midlertidig indkvartering af mange personer, Sundhedsstyrelsen

Smitsomme sygdomme, herunder epidemier og pandemier, adskiller sig fra andre ekstraordinære hændelser ved, at mange bliver syge over et kortere eller længere tidsforløb. Desuden kan sundhedspersonalet også risikere at blive syge. Såfremt en vaccine er tilgængelig kan sundhedspersonale og personer med særlig risiko for et alvorligere og mere kompliceret forløb af smitsom sygdom evt. få tilbud om vaccination.

Håndtering af patienter med smitsom eller mulig smitsom sygdom indebærer brug af personligt beskyttelsesudstyr. Relevant personligt beskyttelsesudstyr skal være tilgængeligt for de involverede aktører.

I forhold til den konkrete situation vil Sundhedsstyrelsen udmelde relevante foranstaltninger fx massevaccination.

For specifik rådgivning i forhold til pandemisk influenza, henvises til: Sundhedsstyrelsens vejledning Beredskab for pandemisk influenza, del II – Vejledning til regioner og kommuner og Beredskab for pandemisk influenza, del II – National strategi og fagligt grundlag (Pandemiplanen), se Appendiks 2.

9.1 Centralt niveau

Afdeling for Infektionsepidemiologi på Statens Serum Institut er ekspertberedskab for smitsomme sygdomme og udarbejder en risikovurdering ved sygdomsudbrud og epidemier.

Sundhedsstyrelsen eller andre relevante myndigheder fx på fødevareområdet tager beslutning om den overordnede risikohåndtering, herunder udmeldinger til regioner og kommuner om eventuelle særlige forholdsregler eller foranstaltninger. I akutte tilfælde udsender Sundhedsstyrelsen information til regionen via AMK. Kommunerne vil blive kontaktet direkte (skriftligt) af Sundhedsstyrelsen. Såfremt regioner og kommunerne i regionen har lavet en aftale om akut information ved beredskabshændelser, vil Sundhedsstyrelsen gerne informeres herom for at kunne benytte denne kanal til informering af kommunerne ved beredskabshændelser.

Der er etableret nationale og internationale overvågningssystemer for smitsomme sygdomme. Afdeling for Infektionsepidemiologi på Statens Serum Institut er dansk kontaktpunkt for disse. Formålet med overvågningssystemerne er så tidligt som muligt at opdage sygdomsudbrud eller enkelte sygdomstilfælde af særligt alvorlige infektioner.

Når en læge behandler en patient i Danmark, som mistænkes for at have en anmeldelsespligtig infektion, skal tilfældet anmeldes til Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning (tidligere embedslæger), der dækker den region, hvor patienten opholder sig og til Afdeling for Infektionsepidemiologi ved Statens Serum Institut, jf. bekendtgørelse om anmeldelse af smitsomme sygdomme⁵ og epidemiloven⁶. Anmeldelserne fungerer som et varslingsystem for erkendelse af udbrud, hvor det er muligt at registrere ændringer i sygdomsforekomst over tid. Visse af sygdommene (alvorlige, farlige) skal straks-anmeldes telefonisk til Styrelsen for Patientsikkerhed. Derudover skal alle anmeldelsespligtige infektionssygdomstilfælde straks-anmeldes, hvis der forekommer ophobning af tilfælde. Straks-anmeldelsen til Styrelsen for Patientsikkerhed giver mulighed for hurtig indgriben med forebyggende tiltag, så spredning af sygdommen kan imødegås.

Desuden foretages overvågning af mikrobiologiske prøvesvar for en lang række sygdomme/agens.

Afdeling for Infektionsepidemiologi på Statens Serum Institut har etableret et udbrudscenter, der i samarbejde med Styrelsen for Patientsikkerhed bistår med epidemiologiske undersøgelser af sygdomsudbrud. Det er fx muligt at opspore smitekilder til sygdomstilfælde gennem særlige interviewundersøgelser.

5 BEK nr 277 af 14/04/2000 Bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme m.v. (der udkommer en ny bekendtgørelse primo 2017)

6 LBK nr 814 af 27/08/2009 Bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme

9.2 Region

Præhospitalt beredskab

Det præhospitale beredskab skal kunne håndtere og transportere patienter med smitsom sygdom, herunder patienter, der ankommer med fly eller skib fra udlandet, og hvor der er rejst mistanke om, at patienten har alvorlig/alment farlig smitsom sygdom. Regionen samarbejder med epidemikommissionen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

Regionen sikrer, at præhospitalt personale følger hygiejniske principper og anvender personligt beskyttelsesudstyr. Derudover er regionen ansvarlig for, at personalet har kendskab til særlige retningslinjer udmeldt af Sundhedsstyrelsen i en konkret situation fx brug af særligt personligt beskyttelsesudstyr.

Sygehusberedskabet

Regionens sygehusberedskab skal kunne iværksætte undersøgelse, isolation, behandling og pleje dimensioneret efter hændelsens omfang, uanset om sygdomsudbruddet skyldes udbrud, epidemi eller pandemi.

På infektionsmedicinske afdelinger bør smitsomme patienter kunne indlægges direkte på sygehusafsnittet om muligt direkte fra terrænet. Er det ikke muligt, skal transportvejen gennem sygehuset være så kort som muligt, eventuelt forud markeret med farve på væg/gulv. Det skal sikres, at der ikke er adgang for personale eller patienter til transportvejen.

Da antallet af patienter kan overstige kapaciteten på de infektionsmedicinske afdelinger, bør regionens sygehusberedskab planlægge for at kunne øge behandlings- og plejekapaciteten. Det kan fx gøres ved ad hoc at indrette andre afdelinger til behandling og pleje af patienter med smitsom sygdom.

Regionerne skal ligeledes sikre mulighed for kapacitetsudvidelse på sygehusenes intensivafdelinger. Det skyldes, at smitsomme sygdomme kan give anledning til alvorlige forløb, som kræver intensiv behandling af hjerte- og lungekomplikationer hos nogle patienter. For at kunne øge antallet af intensivpladser forudsætter det dels, at ekstraudstyr forefindes (respiratorer mv.). Men det forudsætter også nedlukning eller neddrogning af elektiv kirurgi, og at der kan tilkaldes tilstrækkeligt uddannet personale.

Regionerne bør planlægge for en trinvis udvidelse af kapacitet, herunder for hvilket personale, der kan inddrages. Personligt beskyttelsesudstyr bør ligeledes indgå i planlægningen.

Isolation ved visse smitsomme sygdomme

Ved behov for ekstra kapacitet kan eksisterende afdelinger, afsnit og bygninger benyttes, afhængig af agens og smitemåde. De områder, der inddrages, bør være udpeget på forhånd og egnede til anvendelse i den pågældende situation. Se bilag 10 Indretning af ad hoc isolationsfaciliteter.

Ud over tilstedeværelsen af enestuer, eventuelt særlig ventilation mv., er det vigtigt, at personale har mulighed for at vaske hænder (helst håndvask på stuen, og som supplement kan hånddesinfektionsmiddel opsættes eller udleveres). Der er behov for depoter og arbejdsrum adskilt i rene og urene rum. Rene rum til linned, medicin og udstyr samt urene til skyllerum, snavsetøj og affald. Derudover køkken og personalerum.

Praktiserende læger og vagtlæger skal kunne tilse og visitere patienter til sygehusbehandling. Regionen sikrer information til de praktiserende læger og vagtlæger samt mulighed for anskaffelse af personligt beskyttelsesudstyr i henhold til de aftaler, der er indgået herom.

9.3 Epidemikommissionen

Der er nedsat en epidemikommission i hver region, som består af en politidirektør (formand), en overlæge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæge), en dyrlæge (Fødevareregionen), en repræsentant for den lokale told- og skatteforvaltning, en repræsentant fra det regionale sygehusberedskab, en repræsentant fra Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter samt tre regionsrådsmedlemmer.

Epidemikommissionerne har i henhold til epidemiloven 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 (liste A-sygdomme).

Ved større, farlige eller usædvanlige hændelser med smitsomme sygdomme varetager Sundhedsstyrelsen den overordnede rådgivning. Sundhedsstyrelsen vejleder i fornødent omfang epidemikommissionerne.

Epidemikommissionen har beføjelser til at påbyde en række tvangsforanstaltninger (undersøgelse, isolation og tvangsmæssig indlæggelse på sygehus 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.

9.4 Kommune

Kommunen skal kunne tilse og yde pleje til borgere med smitsomme sygdomme, som befinder sig på plejecentre eller i eget hjem. Alle plejecentre og plejedistrikter bør have instrukser, der beskriver, hvordan de enkelte institutioner skal agere i tilfælde af udbrud af smitsomme sygdomme.

Instruksen bør bl.a. indeholde information om:

- Hvem der skal informeres ved udbrud af smitsomme sygdomme fx plejecentre, institutioner mv.
- Læger til at tilse patienter, gerne via skriftlige aftaler indgået med praktiserende læger.
- Principper for isolation af borgere.
- Personligt beskyttelsesudstyr til plejepersonalet.
- Hygiejne, herunder håndhygiejne for personale/borger/pårørende.
- Rengøring/desinfektion i boligen.
- Håndtering af affald og rent og urent linned.

- Forholdsregler for smittet personale.
- Forholdsregler for borgere og pårørende for at undgå videre smitte af den smitsomme sygdom.

På hver institution bør der være et akutdepot med personligt beskyttelsesudstyr (FFP3-masker, handsker, forklæder og mundbind) samt vejledning i brugen af dette. Endvidere bør kommunen have et centralt depot til opbevaring af personligt beskyttelsesudstyr, som kan distribueres efter behov.

Kommunen kan endvidere have et ansvar og en rolle i forbindelse med tilrettelæggelse og gennemførelse af en eventuel massevaccination samt udpegning og bemanning af karantænefaciliteter. Kommunen, som de udpegede karantænefaciliteter er beliggende i, bør inddrages i planlægningen. Der bør indgås konkrete aftaler mellem region og kommune om, hvilken bistand kommunen yder i forbindelse med oprettelse og drift af karantænefaciliteter. Der kan fx være tale om bygningsmæssig, ledelsesmæssig, personalemæssig og logistisk bistand.

9.5 Karantæne

Formålet med karantæne er at hindre smittespredning fra personer, som muligvis er smittet med en alvorlig smitsom sygdom, men som endnu ikke udviser sygdomstegn.

Karantæne, herunder karantæneformen (omfang af restriktioner), afhænger af smitemåde, smitsomhed og alvorlighed af den mistænkte sygdom. Igangsætning af karantæne afhænger endvidere af, hvor tidligt efter den mulige videre smitte kan forekomme. Karantænen vil som regel kunne ophæves, når den maksimale inkubationstid er forløbet, uden at der har været sygdomstegn.

Opstår sygdomstegn hos en patient, overgår denne patient til isolationsregime på sygehus.

Karantænefaciliteter skal indgå i regionens sundhedsberedskabsplanlægning. Karantænefaciliteter udpeges uden for sygehus, men i egnede bygninger.

Beslutning om karantæne træffes af Sundhedsstyrelsen eller af epidemikommissionen. Såfremt tvangsforanstaltninger er nødvendige, gennemføres de ved politiets foranstaltninger.

9.6 Massevaccination

Udbrud af smitsom sygdom, der medfører behov for vaccination i større målestok, kræver hurtig handling.

Vaccinationsstrategi udmeldes af de centrale sundhedsmyndigheder i den konkrete situation. Planlægningen i regioner og kommuner omfatter udarbejdelse af en lokal handleplan, herunder indkaldelse og gennemførelse af indsatsen for den relevante del af befolkningen. Styrelsen for Patientsikkerhed kan bistå regionen med tilrettelæggelse af indsatsen.

10 Psykosocial indsats ved beredskabshændelser

Relevante bilag:

Bilag 18:	Skabelon til informationsfolder om krisereaktioner
Bilag 19:	Sundhedsberedskabets samarbejdspartnere

Mennesker, der har været udsat for en beredskabshændelse, kan opleve en række stressreaktioner af såvel psykisk som fysisk art fx post-traumatisk stress syndrom (PTSD). Disse reaktioner kan også ramme mennesker, som indirekte er berørte af en hændelse fx pårørende til omkomne/savnede/tilskadekomne samt det personale, som har deltaget i indsatsen.

Psykosocial indsats er et samlet udtryk for en indsats, der omfatter krisestøtte, social assistance (indkvartering, forplejning, transport mv.) og ved behov senere i forløbet kriseterapi. Den psykosociale indsats blev tidligere kaldt kriseterapeutisk beredskab.

Den psykosociale indsats inddeles af praktiske grunde i to faser: den akutte fase og den opfølgende fase. Krisestøtte og social assistance håndteres i den akutte fase og kriseterapi i den opfølgende fase. Den akutte fase strækker sig fra 0-8 uger, og derefter kommer opfølgingsfasen, som kan vare adskillige måneder og måske år. PTSD kan bryde ud helt op til to år efter en hændelse for dem, der har været direkte involveret. Regionen er forpligtet til at kunne yde såvel krisestøtte som kriseterapi. Kommunen er forpligtet til at kunne yde krisestøtte og social assistance.

	Den akutte fase	Den opfølgende fase
Regioner	Krisestøtte	Kriseterapi
Kommuner	Krisestøtte	Henviser til regionen

Tabel 2: Fordeling af ansvar for opgaverne indenfor den psykosociale indsats

Den psykosociale indsats lægger op til koordination og samarbejde mellem regioner, kommuner og politi. Koordinering kan med fordel ske i de lokale beredskabsstabe (LBS).

I Sundhedsstyrelsens rapport ”Styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser” fra 2014 gives rådgivning om håndtering af området og konkret beskrivelse af kommuner og regioners opgaver.

10.1 Dagligdagens ekstraordinære hændelser

Ved dagligdagens ulykker og hændelser vil umiddelbar krisestøtte typisk blive ydet af det præhospitale personale eller redningsberedskabet, der er nærmest de berørte personer. En pjece med information om normale krisereaktioner er udarbejdet i alle regioner og kan udleveres af præhospitalt personale, politi eller redningsberedskabet alt efter de aftaler, der er indgået under planlægningen.

Praktiserende læger kan i visse situationer henvise den berørte person til opfølgende psykologbehandling med tilskud fra sygesikringen⁷. Denne mulighed kan som udgangspunkt anvendes af personer berørt af ulykker i dagligdagen og ikke i forbindelse med større hændelser, hvor regionens kriseterapeutiske beredskab er involveret.

Indsatsledelsen på stedet vurderer i den konkrete situation, hvorvidt hændelsen kan håndteres ved krisestøtte og evt. social assistance ved kommunen alene, eller hvorvidt regionens kriseterapeutiske beredskab skal aktiveres. Behov for krisestøtte bør løbende vurderes under en indsats.

Der kan forekomme hændelser, som af de berørte borgere opfattes som ekstraordinære, men som af det professionelle indsatspersonale ikke vurderes sådan. Eksempelvis brand i en ejendom, der medfører, at adskillige personer mister deres ejendele og bliver midlertidigt hjemløse. Disse situationer vil som oftest blive håndteret ved krisestøtte på stedet, men ikke ved etablering af regionens kriseterapeutiske beredskab.

10.2 Opgaver i akutfasen

Region

Regioner er forpligtede til at kunne yde krisestøtte og kriseterapi. Det krisestøttende beredskab består blandt andet af umiddelbar omsorg og information om krisereaktioner. I enkelte tilfælde kan der være behov for kriseterapi og eventuelt indlæggelse i den akutte fase (og evt. kriseterapi i opfølgingsfasen). Det anbefales, at der i hver region er en fast udpeget person, der kan stå for at vedligeholde det psykosociale beredskab samt at understøtte den nødvendige uddannelse til det relevante personale.

Regionens opgaver:

- På baggrund af indsatsledelsens information iværksætte den krisestøttende indsats, herunder udsende kriseteams og Koordinerende Psykiatrisk kontaktperson (KOP) til indsatsområdet eller Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC). Psykiatriens kriseledelse vurderer sammensætning og antal medarbejdere i kriseteamet. Kriseteams kan yderligere udsendes til:
 - Opsamlingssted.
 - Modtagelsessted for hjemvendte danskere udsat for en beredskabshændelse i udlandet.
 - På hospital, herunder i de psykiatriske centre/afsnit.
- I samarbejde med politi og evt. kommune oprette EPC, hvis et sådant vurderes nødvendigt.
- Planlægge for afløsning af personale. Når akutfasen er overstået må psykiatriens kriseledelse forventes at skulle bestå for at lede og koordinere aktiviteter i opfølgingsfasen.

⁷ Jf. overenskomst om psykologhjælp, senest ændret den 27. februar 2016, kan der efter henvisning ydes tilskud til psykologhjælp til fx røveri-, volds- og voldtægts ofre, trafik- og ulykkes ofre, pårørende til alvorligt psykisk syge personer mm.

Såfremt hændelsen har givet anledning til, at regionens kriseterapeutiske beredskab er aktiveret i akutfasen, er regionen ansvarlig for opfølgingsfasen.

Kommune

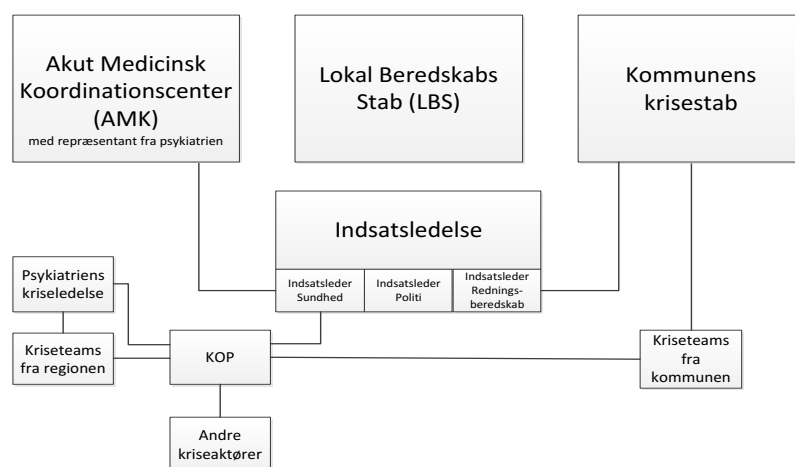
Kommunerne skal have et krisestøttende beredskab og kunne yde social assistance til berørte i den akutte fase. Det krisestøttende beredskab består af umiddelbar omsorg og information om krisereaktioner. Den sociale assistance er praktisk hjælp fx indkvartering, forplejning og hjælp til kontakt til andre myndigheder.

Kommunens krisestøttende beredskab skal kunne fungere uafhængigt af regionen, herunder kunne oprette Evakuerings- og Pårørendecenter i samarbejde med politiet. Endvidere skal kommunens krisestøttende beredskab kunne fungere i et samarbejde med regionens kriseterapeutiske beredskab.

Kommunens opgaver:

- På baggrund af indsatsledelsens information iværksættes indsats, herunder udsendes kriseteams med leder til indsatsområdet eller Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC). Lederen af kommunens kriseteams vurderer sammensætning og antal medarbejdere i kriseteamet. Kriseteams kan yderligere udsendes til:
 - Opsamlingssted.
 - Modtagelsessted for hjemvendte danskere udsat for en beredskabshændelse i udlandet.
 - (På hospital, herunder i de psykiatriske centre/afsnit).
- I samarbejde med politi og evt. region oprette EPC, hvis et sådant vurderes nødvendigt.
- Planlægge for afløsning af personale.

10.3 Ledelse i akutfasen



Figur 9. Ledelse i akutfasen, relateret til indsatsområdet

Region

I et indsatsområde vurderer indsatsledelsen behovet for, om den psykosociale indsats bør aktiveres. Tillige vurderes behov for at oprette Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC).

Psykiatriens kriseledelse bør kunne udsende kriseteams og en Koordinerende Psykiatrisk Kontaktperson (KOP) til indsatsområdet/EPC. Regionen skal vurdere sammensætning og antal medarbejdere i kriseteamet. KOP udgår fra psykiatrien og bør være en sundhedsperson med erfaring i ledelse, triagering og koordination. KOP er ikke en del af indsatsledelsen, men fungerer som ressourceperson for dem. I indsatsområdet refererer KOP til Indsatsleder Sund i forhold til praktiske opgaver. Fagligt refererer KOP til psykiatriens kriseledelse. Udsendte kriseteams refererer til KOP.

I EPC refererer KOP til psykiatriens kriseledelse. KOP har det overordnede ansvar for den krise-støttende indsats i EPC.

I situationer, hvor det somatiske sundhedsberedskab ikke er aktiveret, men der alene er behov for psykosocial indsats, skal det kriseterapeutiske beredskab som altid aktiveres via AMK.

Kommune

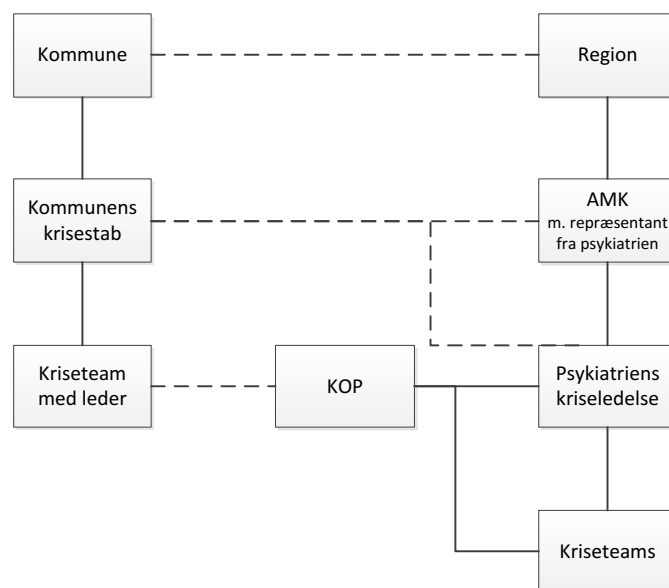
I et indsatsområde vurderer indsatsledelsen behov for, om den psykosociale indsats bør aktiveres. Tillige vurderes behov for oprettelse af Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC).

Kommunens krisestøttende beredskab kan aktiveres dels ved hændelser, som alene berører den pågældende kommune, og hvor regionens kriseterapeutiske beredskab ikke er aktiveret, og dels ved hændelser hvor kommunen bistår regionens kriseterapeutiske beredskab. Kommunen bør planlægge for begge scenarier.

I de situationer, hvor kommunens krisestøttende beredskab fungerer i samarbejde med regionens kriseterapeutiske beredskab, varetager regionen ledelsesopgaven. Såfremt kommunens krisestøttende beredskab fungerer alene, refereres typisk til kommunens kriseledelse. Se også figuren nedenfor.

Samarbejde og koordination

Kommandoveje



Figur 10. Ledelse og koordination i akutfasen, region og kommune

Såfremt kommunens krisestøttende beredskab alene er aktiveret, og der skal oprettes et EPC, vil det blive ledet af personale fra kommunen. I plan for det krisestøttende beredskab bør kommunen derfor planlægge for denne situation.

10.4 Organisering i akutfasen

Region

Regionens kriseterapeutiske beredskab er forankret i psykiatrien. Hvis kommunen (eller andre, herunder private virksomheder) stiller et krisestøttende beredskab til rådighed på et skadested, ledes og koordineres den samlede indsats af regionens leder på stedet, dvs. KOP.

Regionens kriseterapeutiske beredskab kan med fordel inddrage børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Psykiatrien bør have planlagt for, hvor aktivering fra AMK kommer ind, og hvordan den viderefremmes til de rette funktioner i psykiatrien (fx vagthavende psykiater og ansvarshavende sygeplejerske) samt for indkaldelse af psykiatriens kriseledelse.

Kommune

Kommunens krisestøttende beredskab skal planlægges i samarbejde med relevante forvaltninger fx Børne- og ungdomsforvaltningen og Socialforvaltningen. Der udpeges derudover en leder af beredskabet.

Kommunens krisestøttende beredskab bør kunne fungere både, når regionen ikke er aktiveret, men også i samarbejde og koordination med regionens kriseterapeutiske beredskab fx i forbindelse med oprettelse af Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC).

10.5 Bemanning i akutfasen

Region

Regionen er ansvarlig for at bemane funktionen som Koordinerende Psykiatrisk kontaktperson (KOP), kriseteams og psykiatriens kriseledelse. De psykiatriske afdelinger bør planlægge for indkaldelse af eventuelt ekstra personale til kriseteams.

Relevant personale kan med fordel tilbydes uddannelse i krisereaktioner og håndtering af disse, herunder håndtering af sårbare grupper som børn og unge. Medarbejdere fra børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger kan hensigtsmæssigt inddrages og uddannes til håndtering af krisereaktioner hos børn og unge.

Udstyr til regionens kriseteams skal være planlagt og forberedt, herunder udstyr til situationer, hvor kommunens krisestøttende beredskab ikke er aktiveret. Aftaler om transport af kriseteams bør være indgået.

KOP og kriseteams kan med fordel være klart markeret fx med markeringsveste og bære tydelige navneskilte. Hvis KOP og kriseteams bærer markeringsveste, bør disse være ensartet landet over og i overensstemmelse med anvisninger i Beredskabsstyrelsens ”Retningslinjer for Indsatsledelse”.

Regionen bør i planlægningsfasen tage stilling til, hvilke samarbejdspartnere der hensigtsmæssigt kan inddrages i planlægning og udførelse af den psykosociale indsats.

Samarbejdspartnere kan være:

- De somatiske afdelinger på regionens sygehuse.
- Praktiserende læger, der ofte vil være den primære kontakt for personer, som har været udsat for potentielt traumatiserende hændelser.
- Politiet, som indgår i forbindelse med oprettelse og drift af Evakuerings- og Pårørende-centre, registrering af ofre, kontakt til pressen, afspærring og evakuering.
- Socialforvaltningen i kommunerne.
- Lærere og pædagoger med dagligt kendskab til børn, der kan være direkte eller indirekte berørt af hændelsen.
- Folkekirkens Katastrofeberedskab, herunder præster eller lignende aktører fra trossamfund, der kan bistå det krisestøttende beredskab.
- Tolke ved både krisestøtte og kriseterapi. Det er hensigtsmæssigt at indgå aftale med tolke, som er vant til at samarbejde med psykiatrien.
- Private virksomheder, der tilbyder psykologisk krisehjælp.

Hvis regionen har indgået aftale med private aktører, der tilbyder krisehjælp til regionens borgere eller medarbejdere bør aftalen være indgået i forvejen og indeholde procedurer for ledelse og koordination. Det bør altid fremgå, at private aktører er underlagt indsatsledelsen i et indsatsområde.

Kommune

Det krisestøttende beredskab kan bestå af forskellige på forhånd udpegede medarbejdere fra kommunens forvaltninger fx psykologer, socialrådgivere, SSP⁶-medarbejdere, PPR⁷ medarbejdere og personale fra redningsberedskabet. Disse medarbejdere bør kende symptomer på post-traumatisk belastningsreaktion og være rustet til at håndtere mennesker i krise.⁸⁹

Relevant personale kan med fordel tilbydes særlig uddannelse i krisereaktioner og håndtering af disse, herunder håndtering af sårbare grupper som børn og unge.

Personale, der udsendes til et indsatsområde eller Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC), skal være tydeligt markeret med vest og/eller navneskilt. Markeringsveste bør være ensartet landet over og i overensstemmelse med anvisninger i Beredskabsstyrelsens ”Retningslinjer for Indsatsledelse”.

Udstyr, som kriseteams medbringer til indsatsområdet eller EPC, bør være forberedt. Ligesom aftaler om transport af kriseteams bør være indgået. Udstyr kan fx være tæpper, tøj, telte, legetøj, bleer mv.

⁶SSP: skole, socialforvaltning og politi

⁷PPR: pædagogisk, psykologisk rådgivning

10.6 Procedurer i akutfasen

Hovedparten af de berørte i et indsatsområde vil oftest ikke have behov for særlig krisestøtte. Situationen kan sædvanligvis håndteres ved, at indsatsledelsen og øvrigt indsatspersonale informerer om normale krisereaktioner, mulighed for bistand og henvendelsesmuligheder ved omfattende eller længerevarende reaktioner.

Region

Regionen kan med fordel have planlagt for følgende indsats i indsatsområdet:

- Pjece om normale krisereaktioner (herunder aftaler om, hvor pjecerne befinder sig, og hvem der må uddele dem). Pjecen kan hensigtsmæssigt udarbejdes i samarbejde med kommuner beliggende i regionen.
- Procedurer for indsættelse af kriseteams.
- Action card for KOP.
- Procedurer, der sikrer, at alle tilskadekomne, som er indlagt på somatisk afdeling, modtager tilbud om krisestøtte. Det gælder også for pårørende. Psykiatriens kriseledelse bør sikre information til somatiske afdelinger om, at det kriseterapeutiske beredskab er aktiveret i forbindelse med hændelsen, og at indlagte får tilbud om opfølgning.
- Procedurer for oprettelse af Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC), herunder samarbejde med politi og kommune, gerne udarbejdet i samarbejde med begge myndigheder.

Kommune

Kommunen bør i den akutte fase sørge for umiddelbar krisestøtte og social assistance/praktisk hjælp til de involverede borgere. Den praktiske hjælp kan bestå af indkvartering og forplejning jf. reglerne i beredskabsloven. Den kan også bestå af at skabe kontakt til forsikringsselskaber, hjælp til transport og evt. inddrage socialforvaltningen.

Følgende kan med fordel indarbejdes i procedurer:

- Pjecer om normale krisereaktioner (herunder aftaler om, hvor pjecerne befinder, og hvem der må uddele dem). Pjecen kan hensigtsmæssigt udarbejdes i samarbejde med regionen og kommuner beliggende i regionen.
- Procedurer for indsættelse af kriseteams.
- Action card for leder af kommunens kriseteams.
- Action cards for medlem af kriseteam.
- Liste over udstyr, som kriseteams skal medbringe.
- Procedurer for oprettelse af EPC, herunder samarbejde med politiet, gerne udarbejdet i samarbejde med politiet.
- Samarbejde mellem region og kommune.

Den ansvarlige for det krisestøttende beredskab skal informere baglandet om hændelsen. Kommunen er ansvarlig for at videreformidle information til kommunale sagsbehandlere, daginstitutioner og skoler, som derved kan være opmærksomme på børn, unge og andre i kommunalt regi, der kan være berørt af hændelsen. Regionen bør orienteres om, at der er informeret om hændel-

sen.

10.7 Evakuerings- og Pårørendecenter

Et Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC) er en bygning eller en anden vejrbestandig lokalitet til placering af uskadede evakuerede borgere, hvor de kan få umiddelbar krisestøtte ved kriseteams fra region eller kommune samt få kontakt med myndigheder, ressourcepersoner og pårørende.

Evakuerings- og Pårørendecenter etableres som udgangspunkt i faciliteter stillet til rådighed af hændelseskommunen, eksempelvis skolebygninger, idrætshaller og lignende. I disse tilfælde indgår kommunen i ledelsen af EPC. EPC kan også etableres i alternative lokaliteter i samarbejde med region og politi.

Politiet varetager den koordinerende ledelse i EPC. Hvis regionens kriseterapeutiske beredskab er aktiveret, varetager regionen den sundhedsfaglige indsats i EPC. Hvis kun kommunen er aktiveret, varetager kommunen den sundhedsfaglige indsats i EPC.

10.8 Procedurer i den opfølgende indsats

Formålet med den opfølgende indsats er at forebygge, men også at behandle symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion (posttraumatisk stress syndrom, PTSS) og andre følgetilstande hos berørte.

Nogle berørte personer har i den akutte fase haft kontakt med det krisestøttende beredskab og forudsættes dermed at være informeret og muligvis registreret.

Andre har været til stede på skadestedet, men har ikke haft kontakt med indsatspersonale eller umiddelbart oplevet reaktioner på hændelsen. Efterfølgende kan disse personer vise sig at være påvirkede af hændelsen og have behov for kriseterapeutisk indsats. Derfor er det vigtigt allerede i planlægningsfasen at indtænke en strategi for borgerinformation. Det skal være let for berørte at få information om kriseterapeutisk behandling efter større beredskabshændelser.

Afhængigt af hvor meget kommunen har været involveret, kan det være hensigtsmæssigt, at psykiatriens og kommunens kriseledelse afholder koordinationsmøder om den opfølgende indsats.

Såfremt det i opfølgingsindsatsen vurderes hensigtsmæssigt at afholde fællesmøder, mindehøjtideligheder mv., bør tilrettelæggelsen foregå i samarbejde og koordinering mellem de involverede parter fx region, kommune, politi, evt. Folkekirkens Katastrofeberedskab eller andre.

Region

Såfremt regionens kriseterapeutiske beredskab har været aktiveret i akutfasen, er regionen ansvarlig for kommunikation og information til de berørte fx via medier eller webside og i særlige tilfælde også ved direkte kontakt til berørte. I den opfølgende fase kan kriseterapi foregå i regi af psykiatrien.

Det er hensigtsmæssigt, at regionen forbereder den opfølgende indsats få dage efter, at en hændelse er indtruffet. Psykiatriens kriseledelse vurderer og træffer beslutning om, hvordan opfølgning skal foregå og planlægger for dette. Planlægning kan med fordel indeholde følgende:

- En handleplan for regionens indsats i opfølgingsfasen. Regionen planlægger for informations- og kommunikationsveje. Der er dels tale om formidling af relevant information til samarbejdspartnere (især kommunerne), dels kommunikation til befolkning og berørte om mulighed for bistand og opfølgning.
- Regionen bør medvirke til, at så mange som muligt af de potentielt berørte personer fra en hændelse får kendskab til muligheden for opfølgning, samt hvor de pågældende skal henvende sig ved behov. Grundig information til berørte, familie og det øvrige sociale netværk bør medtænkes.
- Fokus skal være på de psykologiske og sociale konsekvenser hos de berørte, hvor det kan være nødvendigt med en aktiv opsøgende indsats. Regionen vurderer, om en aktiv opsøgende indsats skal iværksættes.
- Såfremt aktiv opfølgning iværksættes, kan psykiatriens kriseledelse udfærdige en skrivelse, som sendes til de personer, der blev registreret i forbindelse med hændelsen. Af informationen bør fremgå, hvem der kan henvises til psykiatrien (berørt af hændelsen, symptomatologi mv.), og hvordan henvisningsproceduren er tilrettelagt. Desuden anføres kontaktinformation i form af telefonnummer og e-mailadresse til relevant afdeling i regionen.
- Af praktiske formål vil det være hensigtsmæssigt, at psykiatriens kriseledelse udpeger personale og specifikke lokaliteter (fx i ambulatoriet) til at varetage den opfølgende indsats.
- Psykiatriens kriseledelse kan udfærdige information til brug for frontlinjepersonale i sundhedsvæsenet fx personale i akutmodtagelser, sygehuspræster og praktiserende læger/vagtlæger om henvisningsmulighed, såfremt de møder patienter, som er berørt af hændelsen, og som vurderes at have behov for hjælp i denne sammenhæng.
- Endvidere bør regionen koordinere med de involverede kommuner, så de modtager information om opfølgningstilbuddet. Kommunen har ansvar for at sikre, at frontlinjemedarbejdere er informeret om muligheden for at henvise berørte til visitation i regionen.

Såfremt hændelsen berører personer fra flere regioner, vil det ofte være mest hensigtsmæssigt, at regionen, i hvilken hændelsen fandt sted, varetager den akutte krisestøtte, og de berørte personers hjemregioner håndterer opfølgingsfasen. Den mest hensigtsmæssige organisering kan variere alt efter hændelsen og de konkrete aftaler mellem de involverede regioner.

Regionen kan vurdere, at berørte er psykisk påvirkede, men at de ikke har en psykisk lidelse. I disse tilfælde kan regionen informere de pågældende personer om andre muligheder for hjælp.

Kommune

I opfølgingsfasen bør kommunens personale være særligt opmærksomt, hvis de møder borgere, som har været berørt af den pågældende hændelse og fortsat har psykiske problemer.

Hvis regionens kriseterapeutiske beredskab har været aktiveret ved en hændelse, henvises berørte til regionen til kriseterapeutisk visitation og behandling. Kommunen bør videregende information om henvisningsmulighed og krisesyntomer, som kommunens medarbejdere skal være opmærksomme på. Relevante institutioner og sagsbehandlere i kommunen bør modtage denne information.

Hvis kommunens krisestøttende beredskab selvstændigt har været aktiveret ved en hændelse, må eventuel opfølgning ske via praktiserende lægers visitation.

Kommunen bør modtage information fra psykiatriens kriseledelse til frontlinjepersonale i kommunerne (sociale sagsbehandlere, hjemmesygeplejen, sundhedsplejen, psykologer, PPR- og SSP-personale, lærere og pædagoger), så disse er bekendte med henvisningsmuligheder. Regionens handleplan skal formidles til alle relevante i kommunen.

Borgerne kan i en periode have behov for at kontakte kommunen angående hændelsen. Det kan derfor være en god idé at opretholde en telefonlinje for borgere berørte af hændelsen samt at informere på kommunens hjemmeside. Indhold på hjemmesiden kan med fordel koordineres med regionen.

10.9 Hændelser i udlandet og udlændinge i Danmark

Modtagelse af berørte danskere fra udlandet

Ved beredskabshændelser som naturkatastrofer, epidemier, terrorhandlinger og ekstraordinært store trafikulykker i udlandet med mange berørte danskere kan der være behov for at sende kriseteams fra regionen til et modtagelsessted for hjemvendte, berørte danskere fx en lufthavn. I disse tilfælde betragtes lufthavnen som opsamlingssted og er således underlagt politiets koordinerende ledelse.

Alle regioner med internationale lufthavne bør kunne udsende kriseteams til lufthavnen. Det vil være mest praktisk, at det som udgangspunkt er den region, i hvilken lufthavnen er placeret, der udsender kriseteams. Men da der sandsynligvis ankommer berørte personer til lufthavnen, som har bopæl i andre regioner, må det afklares imellem de enkelte regioner, hvordan det konkret håndteres.

Sundhedsstyrelsen vil orientere den eller de relevante regioner, hvis berørte danskere skal modtages i lufthavn. Hjemregionen har forpligtelserne i forhold til den opfølgende fase.

Via regionens ledende beredskabspræst kan Folkekirkens Katastrofeberedskab udsende beredskabspræster til bistand ved modtagelsen af danskere, der vender hjem fra beredskabshændelser i udlandet.

Udsendelse af kriseteams til udlandet

Ved en meget stor hændelse med mange involverede danskere i udlandet kan der opstå behov for at udsende kriseteams til udlandet, som en del af Sundhedsstyrelsens udsendelse af frivilligt sundhedspersonale. Det vil ske i regi af den Internationale Operative Stab (IOS) under Uden-

rigsministeriet. Sundhedsstyrelsens deltagelse sker i henhold til sektoransvaret. Region Hovedstaden og Region Hovedstadens Psykiatri er selvstændige medlemmer af IOS.

Sundhedspersonale, herunder udsendte kriseteams, er under ledelse af en international Indsatsleder Sund udsendt af Sundhedsstyrelsen.

Folkekirkens Katastrofeberedskab har udpeget udlandsberedskabspræster, der med kort varsel kan udsendes til katastrofer, som berører danskere i udlandet. Folkekirkens Katastrofeberedskab har endvidere fire danske præster i Sydslesvig, som kan rykke ud ved fx busulykker på tyske motorveje.

Udlændinge i Danmark

Udlændige i Danmark håndteres akut på lige fod med danskere. Der kan dog være behov for kontakt til deres ambassade eller repræsentation. Der er indgået aftale mellem Udenrigsministeriet og Rigspolitiet om bistand ved større hændelser på dansk jord (busulykker, flystyrt, massearrestationer mv.) med involvering af 15 eller flere udenlandske borgere af flere nationaliteter. Udenrigsministeriet kan i disse tilfælde bistå Rigspolitiet med kontakt til de relevante udenlandske repræsentationer.

Såfremt en ambassade ønsker helbredsoplysninger om indlagte statsborgere, henvender de sig typisk via Sundhedsstyrelsen til regionen. Formidling af sådanne informationer følger de danske regler om videregivelse helbredsoplysninger.

11 Lægemiddelberedskabet

Lægemiddelberedskabet omfatter lægemidler/antidoter og medicinsk udstyr til humant brug, som fleksibelt kan imødekomme ændrede krav til forbrug, forsyning og distribution i beredskabssituationer.

11.1 Øget behov for lægemidler og medicinsk udstyr

Behovet for lægemidler ved beredskabshændelser vil variere, bl.a. afhængigt af om der er tale om konventionelle hændelser eller CBRNE-hændelser.

11.1.1 Lægemiddelberedskabet over for konventionelle hændelser

Ved konventionelle hændelser kan der være et akut øget behov for infusionsvæsker, oxygen, forbindinger, kanyler og andet udstyr til behandling af traumer, brandsår og kuldeskader samt antibiotika, smertestillende midler og midler til bedøvelse.

11.1.2 Lægemiddelberedskabet over for kemiske hændelser

Hændelser med kemiske stoffer kan medføre, at mange personer skal behandles for forgiftninger. Behandlingen følger sædvanlige medicinske principper, og i nogle tilfælde er behandling med en specifik antidot (modgift) aktuel. En eksplosionsulykke med kemikalier kan desuden medføre behov for brandsårsbehandling, og indendørs brande kan medføre kulilteforgiftning og behov for hyperbar oxygenbehandling i trykkammer.

Lægemiddelberedskabet over for kemiske udslip planlægges ud fra:

- Sandsynligheden for større udslip af kemiske stoffer.
- En vurdering af antallet af personer, der skal behandles ved et udslip.
- Forgiftninger, hvor særlige lægemidler er begrænsende for behandlingskapaciteten.
- Forgiftningernes spredning i tid og sted fx udslip af en giftig gas versus spredning via levnedsmidler.

Sandsynligheden for udslip af kemiske stoffer baseres på historiske erfaringer, kendskab til kemisk produktion og transport af kemiske stoffer, kendskab til giftige indholdsstoffer i brandrøg og oplysninger fra efterretningsvæsenet om potentielle terrormuligheder.

Giftlinjen og Kemisk Beredskab kan vejlede i forbindelse med planlægning af lægemiddelberedskabet over for kemiske hændelser.

11.1.3 Lægemiddelberedskabet over for biologiske hændelser

Biologiske hændelser kan bl.a. medføre behov for specifikke antibiotika, vacciner og antitoksiner samt tilhørende medicinsk udstyr.

Lægemiddelberedskabet over for biologiske udslip og sygdomsudbrud planlægges ud fra:

- Sandsynligheden for udslip af biologiske stoffer eller udbrud af infektionssygdomme.
- En vurdering af antallet af personer, der skal behandles ved et udslip/udbrud.

- Tilstande, hvor særlige lægemidler er begrænsende for behandlingskapaciteten.
- Udbredelse og forløb i tid og sted ved fx udslip af biologisk agens.

Sandsynligheden for udslip/udbrud baseres på historiske erfaringer og epidemiologi, kendskab til produktion som indbefatter farlige biologiske stoffer, kendskab til naturligt forekommende reservoirs og oplysninger fra efterretningsvæsnet om potentielle terrormuligheder.

Sundhedsstyrelsen foretager løbende overvågning af smitsomme sygdomme blandt andet på baggrund af rådgivning fra Statens Serum Institut (SSI), der varetager Sundhedsstyrelsens meldesystem for smitsomme sygdomme. Institutet foretager løbende risikovurdering i forhold til de biologiske trusler. Sundhedsstyrelsen vil i tilfælde af særlige forekomster af smitsomme sygdomme efter behov orientere regioner og kommuner om behovet for særlige tiltag på lægemiddelområdet.

Statens Serum Institut (SSI) er ansvarlig for forsynings sikkerheden af sera.

11.1.4 Lægemiddelberedskabet over for radiologiske og nukleare hændelser

Radioaktivt nedfald stammende fra nukleare ulykker kan give anledning til sundhedsfaglige overvejelser om jodbehandling for at undgå optagelse af radioaktivt jod i skjoldbruskkirtlen. Ved indtag af stabilt ikke-radioaktivt jod kan der opnås en vis beskyttelse mod de skadelige virkninger af radioaktivt jod optaget i kroppen gennem indånding eller med føden. Derudover findes antidoter, som kan fremme udskillelsen i kroppen efter indtag af visse radioaktive stoffer.

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for vurdering af behovet for samt evt. forsyning med jodtabletter i Danmark og vil i en konkret situation sikre hurtig fordeling jodtabletter til regionerne.

11.1.5 Lægemiddelberedskabet over for hændelser med eksplosivstoffer

De skader, der kan opstå på mennesker som følge af eksplosioner, skyldes dels den direkte effekt som følger af den luftbølge, der opstår, dels projektilvirkning ved at løse genstande, sten, glassplinter mv. kastes rundt og kan ramme som et projektil. Dette gælder både gaseksplosioner og bomber. Skaderne er typisk konventionelle høj-energi traumer. De lægemidler, der er behov for som følge af hændelser med eksplosivstoffer, er typisk de samme, som der er behov for ved konventionelle beredskabshændelser.

11.2 Opgave

Både regioner og kommuner skal have et lægemiddelberedskab. Beredskabet af lægemidler skal tage højde for forventelige ændringer i behov, både hvad angår typer af lægemidler og mængden af disse.

Lægemiddelberedskabet i regioner bør både omfatte lægemidler og medicinsk udstyr, herunder lægemidler og medicinsk udstyr som ikke - eller kun i mindre omfang - anvendes i dagligdagen, men som i en given situation kan blive relevant, fx antidoter. Lægemiddelberedskabet i kommuner bør omfatte medicinsk udstyr, fx utensilier, personlige beskyttelsesudstyr, forbindsstoffer og hjælpemidler.

Planlægningen af lægemiddelberedskabet bør baseres på den gennemførte risiko- og sårbarhedsvurdering (se kapitel 3, afsnit 3.2), som dels kan være med til at belyse, hvilke typer af læ-

gemidler og medicinsk udstyr, der bør indgå, dels kan danne grundlag for dimensionering. Risikoen for CBRNE-hændelser og kendte sårbarheder i relation til forsyningsikkerhed samt organiseringen af lægemiddelområdet generelt bør ligeledes indgå i vurderingen.

Regionens planlægning bør konkret baseres på de anbefalinger om lægemidler og lagerstørrelser, som er udarbejdet af arbejdsgruppen vedrørende samordning af regionernes lægemiddelberedskab og arbejdsgruppen vedrørende samordning af regionernes antidotberedskab.

I en akut situation omfatter opgaverne i relation til lægemiddelberedskabet:

- Vurdering af behov (forbrug).
- Fremskaffelse af og/eller produktion af supplerende lægemidler og/eller medicinsk udstyr (forsyning).
- Distribution (fordeling).

Regioner og kommuner bør planlægge for disse tre opgavetyper.

Regioners sundhedsberedskabsplaner skal inden vedtagelse sendes til Lægemiddelstyrelsen med henblik på rådgivning vedrørende lægemiddelberedskabet.

Region

Regioner bør have et lager af lægemidler og medicinsk udstyr samt mulighed for akut at kunne producere og/eller bestille supplerende lægemidler og medicinsk udstyr.

Beredskabet af lægemidler, herunder antidoter og medicinsk udstyr, i regionen skal både kunne dække behovet på sygehusene og i den præhospitale indsats. Regionens planer for lægemiddelberedskabet bør være koordineret med de omgrænsende regioner, ligesom der bør foreligge aftaler med kommunerne i regionen vedrørende lægemidler og medicinsk udstyr til patienter, som udskrives ekstraordinært.

I planlægningen af lægemiddelberedskabet bør der tages højde for placeringen af lægemiddellagre og lagerstørrelser i Danmark.

Det anbefales, at sygehusafdelingerne opretholder et beredskab af lægemidler svarende til mindst to dages forbrug på den enkelte afdeling og derudover en beholdning på sygehusapotekerne svarende til mindst fem dages forbrug.

Regionerne kan med fordel indgå aftaler om at kunne trække på hinandens lægemiddellagre i situationer, hvor en region har akut behov for supplerende lægemidler og/eller medicinsk udstyr, som ikke umiddelbart kan fremskaffes på anden vis.

Regionen skal forholde sig til følgende opgaver både i planlægningsfasen og i en akut situation:

- Vurdering af behov for lægemidler og medicinsk udstyr på sygehuse og præhospitalt, både hvad angår type og mængde.
- Forsyning af lægemidler, herunder antidoter mv. som ikke – eller kun sjældent – anvendes i dagligdagen, fx i relation til CBRNE-hændelser.
- Forsyning af medicinsk udstyr, herunder udstyr som ikke – eller kun sjældent – anvendes i dagligdagen, fx i relation til CBRNE-hændelser.

- Øget produktion af lægemidler, herunder infusionsvæsker på sygehusapotekerne og/eller fremskaffelse af dette andetsteds til brug på sygehuse og præhospitalt.
- Forsyning af utensilier samt sikring af vandforsyning, strømforsyning og andet, som er nødvendigt for produktionen på sygehusapotekerne.
- I planlægningen skal man være opmærksom på, at en række lægemidler kræver anvendelse af særligt medicinsk udstyr. Hvis produktionen af væske øges på sygehusapotekerne, er der øget behov for infusions sæt.
- Aftaler med praktiserende læger omkring ansvar for lægemidler/medicinsk udstyr, herunder personlige beskyttelsesudstyr mv. i almen praksis til brug under pandemi.
- Aftale med kommuner omkring lægemidler og medicinsk udstyr ved ekstraordinær udskrivning. En forhånds aftale vedr. dette bør være nedfældet skriftligt.
- Samarbejde med øvrige regioner omkring lægemiddelberedskabet, herunder aftaler om gensidig assistance i tilfælde af akut behov for supplerende lægemidler inkl. antidoter.
- Distribution til regionens sygehuse, ambulancer, eventuelle akutbiler, akutlægebiler mv.
- Kontakt til Lægemiddelstyrelsen ved forsyningsmæssige nødsituationer. Se Bilag 19 Sundhedsberedskabets samarbejdspartnere.

For vejledning om, hvilke konkrete lægemidler, herunder antidoter, der bør indgå i regionens planlægning samt dimensionering af lægemiddelberedskabet, henvises til Afrapportering fra arbejdsgruppen vedrørende samordning af regionernes lægemiddelberedskab samt Antidotohåndbogen som findes elektronisk på www.sygehusberedskabet.dk.

Kommune

De enkelte kommuner bør have et lager af medicinsk udstyr og mulighed for akut at kunne bestille supplerende medicinsk udstyr.

Beredskabet af medicinsk udstyr skal for kommunernes vedkommende dække hjemmeplejen, plejecentre og øvrige relevante kommunale institutioner, herunder kommunale døgninstitutioner, kommunal tandpleje mv. Relevant medicinsk udstyr omfatter bl.a. utensilier, personlige beskyttelsesudstyr, forbindsstoffer og hjælpemidler.

I planlægningen, herunder dimensioneringen, bør der tages højde for forventet leveringstid på det relevante udstyr, herunder hvorvidt der er mulighed for at skaffe supplerende udstyr alle årets dage, døgnet rundt. Der bør også tages højde for, at visse typer medicinsk udstyr kan være vanskelige at fremskaffe, særligt hvis situationen gør, at der er en øget efterspørgsel på udstyret generelt. Der må eksempelvis forventes leveringstid på visse personlige beskyttelsesudstyr under en pandemi. Kommunen bør derfor have et vist lagerhold af medicinsk udstyr.

Kommunen kan med fordel indgå aftaler med omgrænsende kommuner om at kunne trække på hinandens lagre af medicinsk udstyr i lokale situationer, hvor en kommune har akut behov for supplerende medicinsk udstyr, som ikke umiddelbart kan fremskaffes akut på anden vis.

Endvidere bør kommunen indgå skriftlig aftale med regionen om lægemidler i relation til ekstraordinær udskrivning af patienter/borgere til kommunen.

Kommunen skal forholde sig til følgende opgaver i planlægningsfasen og i en akut situation:

- Vurdering af behov for medicinsk udstyr i hjemmeplejen, på plejecentre, i relevante døgninstitutioner samt den kommunale tandpleje, både hvad angår type og mængde.
- Forsyning af medicinsk udstyr, herunder udstyr der ikke – eller kun sjældent – anvendes i dagligdagen.
- Aftale med regionen omkring lægemidler og medicinsk udstyr ved ekstraordinær udskrivning.
- Samarbejde med omkringliggende kommuner, herunder aftale om gensidig assistance i tilfælde af akut behov for supplerende medicinsk udstyr.
- Samarbejde med lokale apoteker, herunder dosisdispensering og bortskaffelse af medicinaffald mv.
- Distribution til hjemmeplejen, plejecentre og øvrige relevante kommunale institutioner mv.
- Kontakt til Lægemiddelstyrelsen ved forsyningsmæssige nødsituationer.

11.3 Ledelse

Region

Regionen har ansvaret for at planlægge et tilstrækkeligt lægemiddelberedskab, som kan dække sygehuse og den præhospitale indsats i en beredskabssituation. Regionen har endvidere ansvaret for at planlægge, hvordan der akut kan fremskaffes supplerende lægemidler og medicinsk udstyr efter behov, dels ved at kunne øge produktionen på sygehusapotekerne akut, dels ved på anden vis at planlægge, hvordan der akut kan fremskaffes supplerende lægemidler og medicinsk udstyr.

Regionen leder endvidere distribution af lægemidler og medicinsk udstyr til de aktører i regionen, som er involveret i indsatsen. Regionen bør sikre, at der foreligger klare aftaler med kommunen omkring lægemidler ved ekstraordinær udskrivning. En sådan aftale bør være skriftlig.

Det bør fremgå af regionens plan, hvem i regionen der i en akut situation leder indsatsen i relation til lægemiddelberedskabet.

Kommune

Kommunen har ansvaret for at planlægge et tilstrækkeligt beredskab af medicinsk udstyr, som kan dække hjemmeplejen, plejecentre samt øvrige relevante kommunale institutioner, herunder døgninstitutioner og den kommunale tandpleje i en beredskabssituation. Kommunen har endvidere ansvaret for at planlægge, hvordan der akut kan fremskaffes supplerende medicinsk udstyr efter behov.

Kommunen leder endvidere distribution til de aktører i kommunen, som er involveret i indsatsen. Kommunen bør sikre, at der foreligger klare aftaler med regionen omkring lægemidler ved ekstraordinær udskrivning. En sådan aftale bør være skriftlig.

Det bør fremgå af kommunens plan, hvem i kommunen der i en akut situation leder indsatsen i relation til lægemiddelberedskabet.

Staten

Staten har ansvar for forsyningsikkerhed for:

- Sera og vacciner.
- Beredskabsmedicin.
- Fremskaffelse af lægemidler fra udlandet, herunder lægemidler uden markedsføringstilladelse.
- Distribution af ovenstående til regioner, kommuner og apoteker.
- Iværksættelse af bekendtgørelser om udlevering og spredning af lægemiddellagre i forsyningsmæssige nødsituationer.
- Opretholde et døgnberedskab i Lægemiddelstyrelsen, som kan kontaktes ved forsyningsmæssige nødsituationer.

Ansvar er delt mellem Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen.

11.4 Organisation

Forudsætningen for et effektivt lægemiddelberedskab er, at lægemidlerne er til stede lokalt og udnyttes hensigtsmæssigt også i forsyningsmæssige nødsituationer.

Indkøb og distribution af lægemidler og medicinsk udstyr:

Engrosdistributionen af industrielt fremstillede lægemidler fra fremstillere og importører til apoteker, og i et vist omfang også til sygehusapoteker, foregår på foranledning af private lægemiddelgrossister, der hver især forhandler lægemidler fra lægemiddelfremstillere.

Indkøb af lægemidler til sygehusapotekerne sker blandt andet gennem AMGROS, som dækker den overvejende del af sygehusapotekernes forsyning med industrielt fremstillede lægemidler. AMGROS har ikke lagre af lægemidler, men fungerer som en fælles indkøbsorganisation, der koordinerer indkøb af industrielt fremstillede lægemidler til sygehusapoteker. Distributionen til sygehusapotekerne sker enten direkte fra fremstillere og importører til de enkelte sygehusapoteker eller gennem private lægemiddelgrossister.

Detalldistributionen af lægemidler varetages af de private apoteker og de dertil knyttede apoteksfilialer, apoteksudsalg, håndkøbsudsalg, medicinudleveringssteder samt af apoteksafhængige udsalgssteder for visse håndkøbslægemidler.

Medicinsk udstyr fra fremstillere og importører indkøbes direkte af sygehusene og primærsektoren eller eventuelt via private apoteker. Der bør etableres indkøbsaftaler vedrørende medicinsk udstyr.

En afgørende målsætning for lægemiddeldistributionen er, at den skal sikre befolkningen en rimelig let adgang til køb af lægemidler også i tyndt befolkede områder. I beredskabssituationer kan det være nødvendigt, at der i en periode distribueres lægemidler direkte ud til den enkelte patient. Ansvar for planlægning og udførelse af dette vil afhænge af de konkrete omstændigheder. Eksempelvis sikrede Lægemiddelstyrelsen distribution af antivirale midler fra statens indkøbte beredskabslager til patienter i forbindelse med influenzapandemien i 2009.

Forsyningsikkerhed, lægemiddellagre og lagerstørrelse

Følgende forhold vedrørende organiseringen af lægemiddelområdet bør inddrages i regioners og kommuners planlægning:

- Tiltagende tendens til mangelsituationer, selvom den daglige forsyning i det store hele fungerer godt.
- Tiltagende tendens til stram lagerstyring med tilsvarende mindre lagerføring på private apoteker.

Langt de fleste lægemidler og medicinsk udstyr, der anvendes i Danmark, er importerede. Internationale lægemiddelvirksomheder har samlet deres lagre i få lande i Europa og fører ikke lagre i Danmark.

Produktionen af lægemidler i Danmark varetages af medicinalindustrien og sygehusapotekerne, bortset fra fremstilling af sera og vacciner samt forsyningen i forhold til visse blodprodukter og vacciner, der varetages af Statens Serum Institut. Der foregår desuden en mindre produktion af magistrelle lægemidler på to private apoteker (Glostrup og Skanderborg).

Sygehusapotekernes produktion af lægemidler er koncentreret om fremstilling af sygehusspecifikke lægemidler, der kun i yderst begrænset omfang anvendes i den primære sundhedstjeneste.

Mængdemæssigt udgør infusionsvæskeproduktionen en væsentlig del af den samlede produktion på sygehusapotekerne. På sygehusene og de leverende apoteker er der et lager af infusionsvæsker svarende til cirka to ugers normalt forbrug. Da tilstrækkelige mængder af infusions- og skyllevæsker er nødvendige for behandling af skader ved større hændelser, er det væsentligt at opretholde en dansk, decentral produktionskapacitet. I Danmark varetager sygehusapoteker i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland denne produktion. I tilfælde af større hændelser vil væskeproduktionen kunne øges til cirka 2,5 gange normal produktion under forudsætning af, at råvarer, vand og energiforsyning er tilgængelig. Sygehusapotekerne har et råvarelager inkl. emballage til cirka to ugers produktion.

Sygehusapotekerne fremstiller ampuller og hætteglas. Fremstillingen kan have relevans i forbindelse med antidotberedskabet og for visse lægemidler i det øvrige lægemiddelberedskab. Sygehusapotekerne kan således fx producere ampuller indeholdende atropin, adrenalin og fysostigmin. I den forbindelse bør den enkelte region tage konkret stilling til, hvordan der fremskaffes nødvendig emballage, råvarer, vand, energiforsyning. Regionen bør også sikre, at der refindes det medicinske udstyr, der er nødvendigt ved administrationen af væskerne samt lagerplads til øget produktion af infusionsvæsker.

Der er tre lægemidler på listen over beredskabslægemidler, som udelukkende produceres på Region Hovedstadens Apotek (Thiopental, Suxameton og Noradrenalin). Lagerbeholdningen findes på samme adresse. I tilfælde af en katastrofesituation, hvor Region Hovedstadens Apotek ikke kan producere, og hvor lagerbeholdningen går til, vil de tre præparater kunne produceres magistrelt på Rigshospitalet.

For at sikre, at beredskabslægemidlerne til enhver tid kan tilvejebringes fra producenterne, er der i kontrakterne vedrørende indkøb af disse lægemidler stillet krav om, at ”leverandøren stedsse under rammekontraktens løbetid for hvert et lægemiddel skal opretholde et efter omstændighederne passende lager, under hensyntagen til de af AMGROS meddelte estimater, det foretagne indkøb under rammekontrakten samt markedsudviklingen i øvrigt”. Som en ekstra sikkerhed arbejdes der på at indarbejde krav om tre måneders lager ved kontraktstart.

11.5 Antidotberedskabet

Antidotohåndbogen (www.sygehusberedskabet.dk), som løbende opdateres, indeholder anbefalinger og principper for antidotbeholdninger på danske sygehuse, med henblik på både at sikre den daglige behandling af patienter med almindelige forgiftninger og adgang til antidoter mod sjældne forgiftninger. Antidotohåndbogen indeholder en oversigt over indhold og dimensionering for de tre typer lagre, som er beskrevet nedenfor samt en samlet antidotoversigt, en oversigt over leverandører af ikke-registrerede præparater og anvendelsesforskrifter.

Lister over, hvilke antidoter der kan blive relevante, og hvorvidt de bør forefindes i basislagre, speciallagre eller supplerende lagre, fremgår ligeledes af Antidotohåndbogen (www.sygehusberedskabet.dk). Oversigt over placering af basislagre og speciallagre kan oplyses af Giftlinjen på Bispebjerg Hospital og forefindes ligeledes på regionernes sygehusapoteker.

Anbefalinger vedrørende den overordnede organisering af antidotberedskabet i tre forskellige lagertyper fremgår nedenfor.

Basislager

Hver skadestue/akutmodtagelse i landet, som modtager forgiftningspatienter, bør ligge inde med et ensartet basissortiment af antidoter til behandling af forgiftninger, som forekommer hyppigt og/eller kræver omgående behandling.

Speciallagre

Sjældent anvendte og/eller særligt kostbare antidoter bør være koncentreret på to speciallagre i landet med henblik på størst mulig omkostnings-effektivitet. Speciallagre findes på Rigshospitalets Traumecenter og Århus Sygehus, skadestuen. Ved behov rekvireres de særlige antidoter fra disse steder ved telefonisk henvendelse.

Suppleringslagre

Hver region bør have et suppleringslager til brug ved ulykker eller andre hændelser med mange tilskadekomne, og dette bør placeres på den største skadestue i hver af regionerne. Udover denne ekstra kapacitet kan brug af antidoter på tværs af sygehusene fungere som et ekstra lager.

Indholdet i alle lagertyper bør indgå i den almindelige cirkulation af lægemidler, så nyanskaffelse i størst muligt omfang sker i takt med brug og ikke grundet overskridelse af udløbsdato.

11.6 Bemanning

Region

Der bør som et led i planlægningen af regionens lægemiddelberedskab sikres bemanning til akut bestilling af supplerende lægemidler og medicinsk udstyr, distribution af lægemidler og medicinsk udstyr inden for regionen, øget produktion på sygehusapoteker, herunder samarbejde med klinikere i den forbindelse.

Kommune

Der bør som et led i planlægningen af kommunens lægemiddelberedskab sikres bemanning til akutbestilling af supplerende medicinsk udstyr og distribution af medicinsk udstyr inden for kommunen.

11.7 Procedurer

Procedurer for den konkrete håndtering af opgaverne i relation til regioners og kommuners lægemiddelberedskab bør fremgå af de instrukser og action cards, som udarbejdes i tilknytning til regionens/kommunens indsatsplan vedrørende lægemiddelberedskabet.

Region

For regionens vedkommende bør der være klarlagte procedurer for følgende:

- Alarmering/aktivering i relation til regionens lægemiddelberedskab.
- Alarmering/aktivering af naboregionens lægemiddelberedskab.
- Fremskaffelse af supplerende lægemidler, herunder antidoter og medicinsk udstyr. Muligheder for bestilling uden for dagtid, i weekender mv. bør være klarlagt, ligesom det bør være klarlagt/aftalt hvorfra lægemidler og medicinsk udstyr, som ikke anvendes i dagligdagen, kan fremskaffes akut.
- Øget produktion på sygehusapoteker.
- Distribution af lægemidler og medicinsk udstyr inden for regionen.
- Samarbejde med kommunerne i regionen ved ekstraordinær udskrivning. Det anbefales, at der i planlægningsfasen indgås aftale med kommunerne om, at regionen medsender sygehusets kopi af journal, som indeholder en medicin-status samt medicin, forbindinger og lignende til 48 timers forbrug, hvorefter primærsektor med kommune, praktiserende læge og apotek overtager opgaven.
- Døgntilbagekontakt til Lægemiddelstyrelsen ved forsyningsmæssige nødsituationer.

Kommune

For kommunens vedkommende bør der være planlagt klare procedurer for følgende:

- Alarmering/aktivering i relation til kommunens lægemiddelberedskab.
- Alarmering/aktivering af nabokommuners lægemiddelberedskab.

- Fremskaffelse af supplerende medicinsk udstyr. Muligheder for bestilling uden for dagtid, i weekender mv. bør være klarlagt, ligesom det bør være klarlagt/aftalt, hvorfra udstyr, herunder visse personlige beskyttelsesudstyr mv., som ikke anvendes i dagligdagen, kan fremskaffes akut.
- Distribution af medicinsk udstyr inden for kommunen.
- Samarbejde med regionen ved ekstraordinær udskrivning. Det anbefales, at der i planlægningsfasen indgås aftale med regionen om, at regionen medsender sygehusets kopi af journal, som indeholder en medicin-status samt medicin, forbindinger og lignende til 48 timers forbrug, hvorefter primærsektor med praktiserende læge og apotek overtager opgaven.
- Døgnkontakt til Lægemiddelstyrelsen ved forsyningsmæssige nødsituationer.

12 Blodberedskabet

Blodberedskabet hører under regionernes sygehusberedskab. Blodberedskabet består af fremskaffelse og forsyning af ekstraordinære mængder af blod, blodprodukter og kritiske utensiler som fx tappeposer og testkits mv.

12.1 Opgave

Beredskabet for blodtransfusion varetages af regionernes blodbanker, som varetager tapning fra donor og fraktionering af fuldblod, der anvendes til behandling. Blodprodukterne har en relativt begrænset holdbarhed på få uger. Blodposerne har ligeledes en begrænset holdbarhed og kommer fra én leverandør.

Blodberedskabet kan komme i brug være større ulykker og terrorhændelser. Pandemi eller længevarende strømafbrydelse kan volde problemer ved fremskaffelsen af blod (syge donorer, mangel på personaleressourcer, uvirksomt blodbanksudstyr mv.). Der kan også opstå forsyningsproblemer med blodposer og kit til screening for smittemarkører og kit til blodtypebestemmelse og forligelighedsundersøgelse.

I forbindelse med blodberedskabet skal regionerne planlægge for ekstraordinær indkaldelse og transport af donorer samt sikre tilstrækkelig screening af blodet under ekstraordinær blodproduktion. Retningslinjer om lagerstørrelse fra Dansk Selskab for Klinisk Immunologi kan følges.

12.2 Ledelse

Regionerne skal også planlægge for, hvem der indgår i blodbankens beredskabsledelse, herunder hvem der har ansvar for fx styring og omfordeling af blod på regionalt niveau, lagerstyring og indkøb af blodposer mv.

12.3 Organisation

Det skal planlægges, hvilke enheder/funktioner der har en rolle i fx transport af blod, sikring af strøm til blodproduktion og opretholdelse af nødvendige it-systemer.

12.4 Bemanning og udstyr

Hver af de enkelte personalegruppers ansvar og opgaver bør være præcist defineret i regionens beredskabsplan. Det bør sikres, at alle involverede personalegrupper kender deres funktion i relation til planen.

Regionerne bør også sikre, at der er nødstrøm til de funktioner, der er nødvendige for opretholdelse af blodforsyning fx blodvippere, fraktioneringsudstyr, køleskabe, fryserne og varmeskabe til opbevaring af blod, plasma og trombocytter, blodbanks-it inkl. donorregister, Pc'er og printere.

Der skal planlægges for ekstra personaleressourcer til indkaldelse og tapning af bloddonorer samt forarbejdning, testning og udlevering af blod. Det bør overvejes, hvordan leverancer af fx blodposer sikres.

12.5 Procedurer

- Tilvejebringelse af en ekstraordinær mængde blod under hensyntagen til, at lagrene af blodfraktioneringsprodukter er relativt små. Ligeledes kan akut fremskaffelse af blodposer, tappeudstyr, kit til test af smittemarkører mv. blive aktuelt.
- Hvordan blod rekvireres eller omfordeles og transporteres fra andre sygehuse og regioner bør fremgå af planen. Planen bør inkludere retningslinjer for, hvem der har ansvaret for, hvornår der rekvireres blod og blodprodukter fra andre regioner. Ved transport af blod og blodprodukter på tværs af regionen eller regioner, kan Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK) have en særlig rolle fx i relation til at tage kontakt til rette myndighed for transport gennem vejafspærringer og koordination af omfordeling samt transport af blod i forhold til placering af patienter.
- Hvordan tapning af blod opretholdes ved strømnedbrud skal fremgå. En reserve af lavteknologisk udstyr (fx mekanisk vægt, ikke elektroniske pipetter, typereagenser til glas-teknik) ville kunne anvendes i tilfælde af længerevarende strømsvigt, som ikke dækkes af nødstrømsanlæg. Det bør af planen fremgå, hvor eventuelt lavteknologisk udstyr er placeret.
- Hvorledes donorer ekstraordinært indkaldes og transporteres til tappestedet, bør ligeledes fremgå af planen.
- Hvordan indkaldes ekstra personaleressourcer foregår, skal tydeligt fremgå, herunder bør det fremgå, hvilke andre personalegrupper der skal aktiveres og til hvilke opgaver. Ved intern transport af blod og blodprodukter kan portører fx have en særlig rolle.

13 Ekstraordinære hændelser på sygehuse

Relevante bilag:

Bilag 1:	Lokal risikovurdering
Bilag 17:	Input til evakueringsplan for sygehuse

De enkelte sygehuse skal have egen beredskabsplan, som blandt andet omfatter modtagelse og behandling af et større antal patienter afhængigt af sygehusets funktioner og lokale visitationsretningslinjer, plan for brand og evakuering af sygehuset samt plan for opretholdelse af vitale forsyninger. Derudover anbefales det, at sikkerheden på sygehuse og særligt på akutmodtagelser og akutklinikker inddrages og beskrives i sygehusenes beredskabsplaner.

I dette kapitel er beskrevet tre ekstraordinære hændelser, som sygehuse anbefales at have planlagt for.

13.1 Evakuering af sygehuse

Evakuering af sygehuse stiller særligt store krav til koordination og kommunikation både internt på sygehuset og eksternt i forhold til øvrige beredskabsmyndigheder, transportkapacitet og modtagende sygehuse/kommuner.

Inden evakuering iværksættes, bør alle alternative løsninger være afprøvet, da evakuering af sygehuse involverer en stor risiko for de indlagte patienter.

Evakuering kan ske på to måder:

1. Akut (umiddelbar rømning af hele eller dele af sygehuset).
2. Ikke-akut (gradvis/planlagt evakuering af hele eller dele af sygehuset).

Ved delvis evakuering kan patienter flyttes til andre afsnit/afdelinger/etager på samme sygehus, hvilket blandt andet letter tilbagevenden til sygehusets normalfunktion og er mest skånsom for patienterne. Det vil således være den metode, som er mest hensigtsmæssig og sandsynlig i tilfælde af evakuering af et sygehus.

Ad 1) Akut evakuering kan forekomme i tilfælde af brand eller alvorlige trusler mod sygehuset. I disse tilfælde vil sygehuset blive et skadested med etablering af en skadestedsledelse bestående af Indsatsleder Politi, Indsatsleder Brand og Indsatsleder Sund. Indsatsleder Brand er ansvarlig for den tekniske ledelse og sikkerhed på skadestedet, herunder teknisk og praktisk ansvarlig for evakuering af sygehuset, herunder hvilke afsnit/afdelinger/etager, der skal evakueres først i samråd med sygehusets ledelse/beredskabsledelse.

Sygehusets planer for akut evakuering kan hensigtsmæssigt planlægges i samarbejde mellem sygehusets ledelse og det lokale redningsberedskab.

Jævnfør Beredskabslovens § 17 stk. 2 skal politidirektøren¹⁰ i fornødent omfang sørge for varslings, afspærring, evakuering og andre nødvendige foranstaltninger i forbindelse med indsættelse af redningsberedskabet.

Sygehuse kan med fordel lave lokale aftaler med andre sygehuse om, hvor patienter kan overføres til, hvis det ene evakueres. AMK skal i så fald orienteres om disse planer.

Ad 2) Ikke-akut evakuering kan opstå ved svigt af forsyninger eller nedbrud af vitale systemer. I disse tilfælde bør sygehusets håndtering af hændelsen foregå sideløbende på to områder:

- a. Forsøge at genoprette eller erstatte de svigtende funktioner fx med nødvandsforsyning, varme, forplejning mv.
- b. Forberede og igangsætte evakuering, herunder planlægge for transport af patienter og overdragelse til andre sygehuse/kommuner i samarbejde med AMK.

Hvis der er tid og behov herfor, kan Den Lokale Beredskabsstab (LBS) aktiveres til at understøtte evakueringen fx i forhold til rekvirering af ekstra ressourcer. Dette er formentlig kun en mulighed ved ikke-akut evakuering.

Sygehusets evakueringsplan bør være en delplan til sygehusets generelle beredskabsplan. Delplanen skal placere et entydigt ansvar for planlægning for indsatsen hos regionen/sygehuset. Delplanen bør også indeholde et afsnit om organisering, herunder alarmeringslister og instrukser for det personale, som involveres i evakueringen. Desuden bør der være planlagt for transport, herunder opgørelse af behov for køretøjer i form af ambulancer og andre køretøjer. Endvidere bør der planlægges for genhusningsmuligheder.

Sygehusenes planer for brand og evakuering bør koordineres med AMK-vagtcentralen, politiet, redningsberedskabet og planlægningen i Den Lokale Beredskabsstab.

13.2 Sikkerhed på sygehuse – særligt på akutmodtagelser

Planlægning af sikkerhed på sygehuse og særligt på akutmodtagelser og akutklikker kan med fordel inkludere indretning af lokalitet, procedurer for personalet og aftaler med politiet. Planlægning for sikkerhed på sygehuse har til hensigt at skabe den organisatoriske, designmæssige og personalemæssige modstandskraft mod trusler om angreb på patienter, personale og bygninger.

Ved nybyggeri kan sikkerhed inddrages i planlægning af byggeriet og omgivende områder gerne med rådgivning blandt andet af politiet.

Nedenstående liste kan benyttes som inspiration ved planlægning af sikkerhed på sygehuse. Denne planlægning bør foregå i samarbejde med det tekniske personale på sygehuset.

¹⁰ I sådanne situationer i form af Indsatsleder Politi.

Hvordan sikres eksisterende lokaliteter?

- Risiko- og sårbarhedsvurdering: Scenarier med trusler mod lokalitet og personale eller direkte angreb på begge kan hensigtsmæssigt inddrages ved identifikation af trusler/hændelser i sygehusets risikovurdering. (Se bilag 1 for yderligere information om gennemførelse af lokal risikovurdering).
- Indretning af lokalitet: Sikkerhed kan med fordel være inddraget i indretning af lokalitet fx belysning af udendørsarealer, afskærmning af behandlingspladser, aflåsning, skalsikring, sektionering og adgang til akutmodtagelser, akutklinikker og øvrige afdelinger på sygehuset.
- Overvågning: Overvågning af både indendørs- og udendørsarealer kan overvejes. Hvis sygehuse etablerer overvågning, skal der ved skiltning eller på anden måde gøres opmærksom herom jf. TV-overvågningsloven¹¹.
- Procedurer: Det vil være hensigtsmæssigt, at sikkerhedsprocedurer involverer alarmeringsprocedurer for tilkaldelse af politiet. Disse skal således være aftalt og koordineret med politiet i planlægningsfasen. Derudover kan sikkerhedsprocedurer inkludere action card for benyttelse og aktivering af skalsikring, politik om nultolerance overfor trusler og truende adfærd mod personalet, fastlagte kommunikationskanaler mellem personale på sygehuset og kontakt til politi.
- Uddannelse: Personale kan hensigtsmæssigt modtage undervisning i konflikthåndtering. Derudover kan planlagte sikkerhedsprocedurer med fordel afprøves og øves ved relevante øvelser, som kan afholdes sammen med politiet.

13.3 Forsyningssvigt på sygehuse

Risiko for forsyningssvigt (strøm, vand, varme, it, netværk, telefoni mv.) bør indgå i sygehuses beredskabsplaner, da disse forhold er en forudsætning for opretholdelse af kritiske funktioner. Planlægning for imødegåelse af forsyningssvigt bør ske i samarbejde med det tekniske personale på sygehusene.

Vedrørende strømforsyningen har Energistyrelsen udgivet Vejledning til offentlige institutioner om nødstrøm – sådan sikrer du dig!, jf. Appendiks 2. Sundhedsstyrelsen har endvidere udgivet Vejledning vedrørende nødforsyning af strøm mv. på private sygehuse og klinikker, jf. Appendiks 2.

Vedrørende planlægning for forsyning af it og netværksdækning involverer dette gerne nødstrømforsyning til servere samt evt. etablering af back up servere. Derudover bør placering af servere på sygehuset overvejes. Servere bør generelt ikke placeres i kælderen, hvor der er risiko for oversvømmelse ved ekstremt vejrlig.

⁸ LBK nr. 1190 af 11/10/2007

Forsyning af telefoni kan planlægges blandt andet ved etablering af alternative systemer og muligheder for kommunikation, herunder fx prioriteret mobiltelefoni, SINE og dect/IP-telefoni samt procedurer for ibrugtagning af alternative kommunikationsmidler.

Hvad angår vandforsyning, kan der opstå problemer ved forurening i drikkevandsforsyningens ledningsnet, kildeplads eller på vandværket. Som oftest forsynes sygehuse af den kommunale drikkevandsforsyning. Regionen kan med fordel samarbejde med kommunerne om planlægning for nødvandforsyning, da kommunerne er overordnet ansvarlige for drikkevandsforsyningen.

14 Appendiks 1: Ordliste

Action card	En kort og præcis handlingsorienteret anvisning på varetagelse af en bestemt funktion eller løsning af en bestemt opgave. En huskeliste til handlinger i akutte situationer. Se også 'Instruks'.
Akutbil	Udrykningskøretøj bemandet med en ambulancebehandler og en paramediciner eller en sygeplejerske med erfaring i præhospital indsats i forbindelse med ulykker. Enheden medbringer medicin og andet behandlings- og kommunikationsudstyr til den præhospitale indsats.
Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)	Den funktion i regionen, der varetager den operative ledelse og koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats ved beredskabshændelser. AMK er indgangen, herunder kommunikationsmæssigt, til hele regionens sundhedsvæsen ved sådanne hændelser.
Akutlægebil	Udrykningskøretøj bemandet med en speciallæge med erfaring i præhospital indsats i forbindelse med ulykker samt en ambulancebehandler eller paramediciner. Enheden medbringer medicin, andet behandlingsudstyr og kommunikationsudstyr til den præhospitale indsats.
Alarmcentral	Den lokalitet, hvor 1-1-2 alarmopkald modtages. På grundlag af modtagne oplysninger iværksætter alarmcentralen alarmering af de relevante beredskaber.
Alarmeringsliste	Opdateret liste med oplysninger med navne og telefonnumre mv. over personale, der skal alarmeres i en given situation.
Ambulanceassistent	Ambulancemandskab, som har gennemført den grundlæggende uddannelse til ambulanceassistent, uddannelsesniveau I.
Ambulancebehandler	Ambulanceassistent med videregående uddannelse i henhold til bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale mv., uddannelsesniveau II eller III.

Ambulanceleder	Lederen af ambulanceindsatsen i et indsatsområde. Funktionen varetages normalt af ambulancebehandleren på den første ambulance eller af assistenten på akutlægebilen. Funktionen kan overtages af en udsendt leder fra ambulancetjenesten.
AMK	Se 'Akut Medicinsk Koordinationscenter'.
AMK-læge	Ved større hændelser leder AMK-lægen den sundhedsmæssige indsats i regionen fra den lokalitet, hvor AMK er placeret. AMK-lægen varetager de koordinerende sundhedsfaglige funktioner i forhold til sundhedsvæsenet, herunder foretager den fornødne alarmering i sundhedsvæsenet, fastlægger – i samarbejde med Indsatleder Sundhed – den præhospitale triage og behandlingsniveau, vurderer behovet for assistance fra andre beredskaber og varetager kontakten til eksterne samarbejdspartnere.
Antidoter (modgifte)	Antidoter (modgifte) er lægemidler, som specifikt modvirker giftvirkningen af kemiske stoffer. Det er kun et mindretal af forgiftninger, som kan behandles med en antidot. For alle forgiftninger er symptomatisk, almen behandling det grundlæggende behandlingsprincip. Brug af antidoter kan i nogle situationer være livreddende og mindske behovet for almen symptomatisk behandling, fx kan behandling med antidoten Naloxon fjerne behovet for mekanisk ventilation ved forgiftning med opioider. Ved forgiftning af mange mennesker kan behandlingsmuligheder med sjældent brugte antidoter være begrænsede. Se også 'Basislager', 'Speciallager' og 'Suppleringslagre'.
Basislager	Basissortiment af antidoter på skadestuer/akutmodtager, som modtager forgiftningsspatienter, med henblik på behandling af forgiftninger, som forekommer hyppigt og/eller kræver omgående behandling. Se også 'Speciallager' og 'Suppleringslagre'.
Behandlingsplads	Et sted i nærheden af et skadested, hvortil de tilskadekomne, der anses for at have behov for indlæggelse på sygehus eller behandling på stedet ("liggende" tilskadekomne), bringes. Behandlingspladsen udpeges af indsatsledelsen, mens den overordnede ledelse af arbejdet på pladsen varetages af den koordinerende læge. Tidligere benævnt venteplads.

Beredskabet i den primære sundhedssektor	Beredskabet i den del af sundhedsvæsenet, som ikke er en del af sygehusberedskabet eller den præhospitale indsats, skal ved beredskabshændelser sikre en videreførelse af de daglige opgaver, samt tilpasse sig de ændrede krav, som situationen fordrer, herunder forebyggelses-, behandlings- og omsorgsopgaver.
Beredskabshændelse	En hændelse karakteriseret ved, at de umiddelbart tilgængelige ressourcer/det daglige ressourceniveau ikke er tilstrækkeligt til at imødekomme de behov, som er opstået som følge af hændelsen. Beredskabshændelser er en samlebetegnelse for mange forskellige hændelsestyper, herunder større trafikulykker, ekstreme vejrlig, epidemier, terror, naturkatastrofer mv.
CBRNE-hændelser	Et bredt dækkende samlebegreb for alle tilsigtede og utilsigtede hændelser, forårsaget af kemiske (C), biologiske (B), radiologiske (R), nukleare (N) og eksplosive stoffer (E). Sundhedsstyrelsen inddrager smitsomme eller overførbare sygdomme under B-beredskabet.
Dekontaminering	Uskadeliggørelse af en forurening ved en kemisk reaktion med et dekontamineringsmiddel. Dekontaminering anvendes over for materiel og beskyttet indsatspersonel, der har været i kontakt med forureningen. Se også 'Rensning'.
Delplaner	Delplaner er operative planer for et afgrænset emneområde fx delplan for smitsomme sygdomme eller afgrænset lokalitet fx delplan for et konkret sygehus. Delplaner kan struktureres efter opgavehjulet eller som egentlige planer og struktureres efter de seks kerneopgaver.
Disponering	Alarmcentraloperatørens beslutning om, hvilken del af beredskabet – ambulance, brandvæsen, politi mv., der skal aktiveres (opgavedisponering). Regionens vagtcentral træffer herefter beslutning om, hvilke konkrete præhospitale ressourcer, der skal tildeles opgaven (teknisk disponering).
Disponeringsvejledning	Vejledning i, hvilken type hjælp som bør disponeres af vagtcentralen i de enkelte tilfælde.
Dødskriterier	Efter sundhedslovens § 176 kan en persons død konstateres enten ved uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed (hjertedødskriteriet) eller ved uopretteligt ophør af al hjernefunktion (hjernedødskriteriet).

Dødstegn	Dødstegn er enten dødsstivhed (rigor mortis), ligpletter (livores) eller forrådnelse (cadaverositas). Disse dødstegn, der betegnes som de sene sikre dødstegn, indtræder kortere eller længere tid efter, at døden kan konstateres efter de egentlige dødsriterier.
Eksponering	Udtrykket bruges om udsættelse af personer eller patienter for farligt stof, forurening eller smitte.
Ekstraordinær udskrivning	Udskrivning af ikke akut sygehusbehandlingskrævende patienter før det normale udskrivningstidspunkt for at frigøre sengepladser på sygehuset ved større hændelser.
Epidemi	Når en smitsom sygdom breder sig meget hurtigt i en befolkningsgruppe i et bestemt område.
Epidemikommission	Hver region har en epidemikommission, som består af en politidirektør (formand), en embedslæge, en dyrlæge (Fødevareregionen), en repræsentant for den lokale told- og skatteforvaltning, en repræsentant for det regionale sygehusberedskab, en repræsentant for Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter samt tre regionsrådsmedlemmer. Formålet med epidemikommissionerne er at hindre, at de i epidemiloven § 2 nævnte smitsomme og overførbare sygdomme udbredes i Danmark, samt hindre at smitte fra disse sygdomme føres ind i landet eller herfra og til andre lande.
Evakuering	En myndighedsbestemt og myndighedskontrolleret flytning af personer fra deres opholdssted.
Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC)	Et særligt etableret midlertidigt opholdssted for ulykkesofre og pårørende i forbindelse med en større, psykisk belastende hændelse. Bemandes med behandlingspersonale og administrativt personale. Etableres på foranledning af indsatsledelsen i samarbejde med AMK.
Fareområde	Den del af skadestedet, hvor der er en konkret fare for personer. Fareområdet afgrænses ved uheld med kemiske stoffer af en sikkerhedsafstand. Indsatsleder Brand har som udgangspunkt ansvaret for evakuering af personer ud af et fareområde.
HazMat-team	Ekspertberedskab som kan assistere ved mistanke om farlige kemiske stoffer. Indgår i den operative del af Beredskabsstyrelsens kemiske ekspertberedskab.

Indre afspærring	Afgrænsning – eventuelt fysisk – af skadestedet, dvs. området hvor redningsberedskabet er indsat.
Indsatsledelsen	Samarbejdsforum under koordination af politiet, hvor relevante ledere indgår.
Indsatsleder Politi (ISL POLITI)	Den person fra politiet, der varetager den koordinerende ledelse af den samlede indsats i et indsatsområde og den polititaktiske ledelse inden for indsatsområdet. Indsatslederpoliti har kommandoen over indsatte enheder fra politiet.
Indsatsleder Brand (ISL BRAND)	Den person fra redningsberedskabet, der varetager den tekniske og taktiske ledelse af indsatsen på et skadested, og som har ansvaret for alle indsatte enheder inden for indre afspærring. Indsatslederen udøver sin kommando gennem holdlederne, herunder holdlederne eller tilsvarende fra udefra kommende enheder.
Indsatsleder Sund (ISL SUND)	Den speciallæge i indsatsområdet, der har det sundhedsfaglige ansvar og ledelsen af den præhospital indsats i indsatsområdet, og som prioriterer – og efter aftale med AMK – visiterer de tilskadedkomne/syge samt kommunikerer med AMK.
Indsatsområde	Det samlede område, hvor redningsindsatsen foregår. Indsatsområdet, der er afgrænset af den ydre afspærring, er således indsatsledelsens arbejds- og ansvarsområde. Se også 'Skadested'.
Instrukser	Instrukser er konkrete vejledninger om håndtering af en afgrænset opgave eller arbejdsgange, hvor flere funktioner/personer er involveret og samarbejder. En instruks kan således beskrive, hvordan ansatte skal forholde sig under givne omstændigheder og bør omfatte ansvars- og kompetencefordeling samt systematiske anvisninger på, hvilke procedurer de ansatte bør følge.
Isolation	I relation til smitsomme sygdomme forstås med isolation, at patienter holdes isoleret fra andre enten på enestue, på slusestue eller lignende for at forebygge smittespredning.
Karantæne	For at hindre mulig smittespredning fra personer, som har været udsat for smitte – men endnu ikke er blevet syge – kan Epidemikommissionerne eller Sundhedsstyrelsen beslutte, at de udsatte personer skal holdes samlet og afsondret fra den øvrige befolkning, indtil det viser sig, om de bliver syge. Herom anvendes udtrykket karantæne.

Kemikalieforurenede personer	Personer med en ydre forurening af kemiske stoffer.
Kemikalieskadede patienter	Personer med symptomer eller skader efter udsættelse for kemiske stoffer.
Kommandostade (KST)	Fælles facilitet i indsatsområdet, hvorfra den samlede indsats ledes, og der opretholdes kontakt til overordnede og sideordnede beredskabsmyndigheder eller organisationer. Kommandostadet oprettes af indsatsledelsen og er indsatsledelsens samlingssted.
Kommandostation (KSN)	Lokalitet, typisk på politistationen, hvorfra politiet udøver den koordinerende ledelse på operativt niveau. Ved større hændelser sker dette i samarbejde med relevante aktører.
Koordinerende psykiatrisk kontaktperson (KOP)	Har ansvaret for og varetager koordineringen, herunder visitationen af krisestøtteindsatsen i indsatsområdet. Kan også anvendes som betegnelse for den person, som har det overordnede ansvar for den krisestøttende indsats i Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC) og kan i så fald benævnes ”KOP2” eller ”KOP EPC”.
KOP	Se ’Koordinerende psykiatrisk kontaktperson’.
Krisestøtte	Anvendes om den del af det kriseterapeutiske beredskab, som omfatter almindelig medmenneskelig omsorg og kan ydes af en person uden psykiatrisk eller psykologisk uddannelsesmæssig baggrund.
Kriseteams	Teams af medarbejdere, der udsendes fra psykiatriens krisestab til et indsatsområde/opsamlingssted eller til et Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC).
KSN	Se ’Kommandostation’.
KST	Se ’Kommandostade’.
Lokal beredskabsstab	En tværfaglig beredskabsstab, der er oprettet i de enkelte politikredse, med henblik på koordinering af opgaver og ressourcer ved lokale beredskabshændelser. Den lokale beredskabsstab er under koordinerende ledelse af den lokale politidirektør. De lokale beredskabsstabe består af politiet, Forsvarets landdelsregioner, Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter og regionens sundhedsberedskab. Læger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslæger), relevante kommuner og andre myndigheder kan indkaldes ved behov.

Læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægen)	Læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere embedslægen). Vagthavende læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed kan kontaktes telefonisk og ved behov møde på skadestedet for at rådgive indsatsledelsen vedrørende håndtering af eksponerede befolkningsgrupper i relation til hændelsen. Lægen refererer til Sundhedsstyrelsen som sektoransvarlig myndighed.
Lægemedjelberedskab	Beredskabet af lægemidler og medicinsk udstyr, skal sikre, at ændrede krav til forbrug, forsyning og distribution, som må forudses ved beredskabshændelser, kan imødekommes.
Medicinsk udstyr	Varer, der uden at være lægemidler i lægemiddellovgivningens forstand, anvendes i sundhedspleje og sygdomsbehandling fx forbindsstoffer, personlige værnemidler, injektionssprøjter, hjælpemidler og transfusionsudstyr.
National operativ stab (NOST)	NOST varetager en koordinerende funktion, og skal bl.a. sikre, at regeringens krisestyringsorganisation og de respektive sektorer løbende er i besiddelse af relevante, koordinerede og præcise oplysninger om den konkrete indsats. De faste medlemmer i NOST er Rigspolitiet (formand), Beredskabsstyrelsen, Værnsfælles Forsvarskommando, Politiets Efterretningstjeneste, Forsvarets Efterretningstjeneste, Sundhedsstyrelsen og Udenrigsministeriet. NOST indkalder endvidere ad hoc-medlemmer fra relevante myndigheder m.fl.
Opsamlingssted	Et sted, hvortil fysisk uskadte og lettere tilskadede ("gående") bringes med henblik på registrering og eventuel lettere førstehjælp. Opsamlingsstedet oprettes af og henhører under politiets koordinerende ledelse.
Pandemi	En epidemi, der på samme tid omfatter mange lande og kontinenter.
Præhospital behandling	Omfatter behandling i den præhospitale fase, hvad enten den udføres af lægfolk, ambulancemandskab eller andet sundhedspersonale.
Præhospital fase	Betegner det tidsrum, der går, fra en person bliver ramt af akut sygdom eller tilskadecomst, til vedkommende modtages på sygehus.
Præhospital indsats	Indsatsen inden ankomst til sygehus over for akut syge, tilskadede og fødende.

Rensning	Skylning med vand af forurenede personer, indsatspersonel og materiel. Rensningen tilpasses det aktuelle stof og situationen, og der kan eventuelt anvendes supplerende midler til at fremme rensningen, eksempelvis sæbe. Se også 'Decontaminering'.
Responstid	Tiden fra, at den tekniske disponent på regionens AMK-vagtcentral modtager opgaven fra den sundhedsfaglige visitator, og indtil ambulancen er fremme på et skadested, hos en akut syg patient eller hos en fødende.
Samlingssted for døde	Et sted, hvor utvivlsomt døde midlertidigt kan placeres. Samlingssted for døde udpeges af indsatsledelsen og henhører i øvrigt under politiets koordinerende ledelse.
Skadested	Det område eller den lokalitet, hvor der er indtruffet en skade, og hvor der er behov for indsættelse af enheder fra redningsberedskabet, politiet og sundhedsvæsenet. Skadestedet afgrænses af den indre afspærring i indsatsområdet.
Speciallager	Sjældent anvendte og/eller særligt kostbare antidoter, som koncentrerer på to speciallagre i landet. Se også 'Basislager' og 'Suppleringslagre'.
Sundhedsberedskab	Sundhedsberedskabets evne til at udvide og omstille sin behandlings- og plejekapacitet m.v. ud over det daglige beredskab ved beredskabshændelser fx større ulykker og ekstraordinære hændelser. Sundhedsberedskabet omfatter sygehusberedskabet, den præhospitale indsats, lægemiddelberedskabet og beredskabet i den primære sundhedssektor.
Suppleringslagre	Ekstra kapacitet af antidoter i hver region til brug ved ulykker eller andre hændelser med mange tilskadede. Suppleringslagre bør placeres på den største skadestue i hver region. Se også 'Basislager' og 'Speciallager'.
Sygehusberedskab	Beredskabet i det samlede sygehusvæsen herunder private sygehuse, skal ved beredskabshændelser sikre, at der kan ydes syge og tilskadede behandling på sygehus.
Udrykningshold	Et særligt hold af læge(r) og/eller sygeplejerske(r) udsendt fra sygehus til præhospital indsats i en beredskabssituation. Holdet medbringer behandlings- og kommunikationsudstyr til præhospital indsats.

Vagtcentral	Lokalitet/funktion, som modtager meldinger/samtaler fra alarmcentralen, foretager en udsøggen af den, der ringer, vurderer alvorlighedsgrad og hastegrad og disponerer de relevante ressourcer samt rådgiver om førstehjælp. Regionens vagtcentral disponerer de præhospitale ressourcer.
Ydre afspærring	Afgrænsning af indsatsområdet.

15 Appendiks 2: Gældende love, regler, vejledninger mv.

Love, bekendtgørelser mv.

Sundhedslovens § 210, LBK nr 1202 af 14/11/2014

Beredskabslovens § 27, LBK nr 660 af 10/06/2009

Bekendtgørelse nr. 277 af 14/04/2000 Bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme m.v. (der udkommer en ny bekendtgørelse primo 2017)

Bekendtgørelse nr. 971 af 28/06/2016 Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet

Bekendtgørelse nr. 981 af 15/10/2009 Bekendtgørelse om sikring af visse biologiske stoffer, fremføringsmidler og relateret materiale

Lovbekendtgørelse nr. 814 af 27/08/2009 Bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven)

Lovbekendtgørelse nr. 1190 af 11/10/2007 TV-overvågningsloven

Bekendtgørelse nr. 372 af 25/04/2016 Bekendtgørelse om kontrol med risikoen for større uheld med farlige stoffer (Risikobekendtgørelsen)

Vejledninger, beredskabsplaner mv. (listet alfabetisk)

Beredskab for pandemisk influenza, del II – Vejledning til regioner og kommuner, Sundhedsstyrelsen, 2013

Beredskab for pandemisk influenza, del II – National strategi og fagligt grundlag, Sundhedsstyrelsen, 2013

Beredskabsstyrelsens publikation Akutte drikkevandsforureninger – en praktisk guide

Hovedplan for National Operativ Stab (NOST), Rigspolitiet, 2012

Håndtering af kemikalieforurenede personer, 12 håndteringskort, Beredskabsstyrelsen

Helhedsorienteret beredskabsplanlægning, Beredskabsstyrelsen, 2009

Konsekvensanalyse, Beredskabsstyrelsen, 2014

Krisestyring i Danmark, Beredskabsstyrelsen, 2015

Miljøstyrelsens vejledning Planlægning af beredskab for vandforsyning, 2012

National beredskabsplan – 6. udgave, Beredskabsstyrelsen, 2014

Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark (Koppeplanen), Sundhedsstyrelsen

Retningslinjer for de lokale beredskabsstabe, Rigspolitiet, 2017

Retningslinjer for Indsatsledelse, Beredskabsstyrelsen, 2013

Retningslinjer for indsats ved CBRNE-hændelser, Beredskabsstyrelsen, 2016

Sundhedsstyrelsens rapport Styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser, 2014

Sundhedsstyrelsens rapport Det Internationale Sundhedsregulativ – gennemført i struktur og praksis i dansk beredskab, 2012

Vejledning om hygiejne ved langvarig, midlertidig indkvartering af mange personer, Sundhedsstyrelsen, 2016

Vejledning om informationssikkerhed i sundhedsvæsenet, Sundhedsdatastyrelsen, 2016

Vejledning til statslige myndigheder om beredskabsplanlægning, Beredskabsstyrelsen, 2014

Vejledning til offentlige institutioner om nødstrøm – sådan sikrer du dig, Energistyrelsen, 2012

Vejledning vedrørende nødforsyning af strøm mv. på private sygehuse og klinikker, Styrelsen for Patientsikkerhed, 2004

Øvrigt informationsmateriale

Informationssystemet om farlige stoffer, www.kemikalieberedskab.dk

Nationalt Risikobillede, www.brs.dk

Sundhedsstyrelsens informationsmateriale på www.sst.dk (Varmt vejr) til plejepersonale mv. vedrørende varmt vejr og hedebølge

Vurdering af terrortruslen mod Danmark, www.pet.dk

16 Appendiks 3: Oversigt over tabeller og figurer

Vejledning

Tal	Titel	Sidetal
Figur 1	Helhedsorienteret beredskabsplanlægning	4
Figur 2	Forslag til proces for sundhedsberedskabsplanlægning	5
Figur 3	Krisestyringens seks kerneopgaver	8
Tabel 1	Ansvar for sundhedsberedskabet i Danmark	9
Figur 4	Krisestyringssystemet i Danmark	13
Figur 5	Indsatsområde, skadested og fareområde	14
Figur 6	God praksis for beredskabsplaner	28
Figur 7	Sammenhæng i myndigheders plansæt	35
Figur 8	Emergency management cirklen	37
Tabel 2	Fordeling af ansvar for opgaverne indenfor den psykosociale indsats	55
Figur 9	Ledelse i akutfasen, relateret til indsatsområdet	57
Figur 10	Ledelse og koordination i akutfasen, region og kommune	59

Bilag

Tal	Titel	Sidetal
Figur 1	Skabelon til konsekvensanalyse	4
Figur 2	Eksempel på hjælpeskema: Samfundsvigtige funktioner, kritisk infrastruktur, afhængigheder og videreførselsmuligheder	5
Tabel 1	Eksempler på isolationsscenerier	38
Tabel 2	Estimeret behov for personale pr. antal karantænesatte	43
Figur 3	Eksempel på modtagefaciliteter til forurenede patienter	49
Figur 4	Flow-diagram for håndtering af forurenede personer på skadestedet	51
Figur 5	Modtagelse af R/N-forurenede person på sygehus	64
Figur 6	Eksempel på skabelon for aktivering af R/N-beredskabet	69
Figur 7	Eksempel på måleskema for stråleskadet person	70
Figur 8	Eksempel på måleskema vedr. R/N-beredskab	71
Figur 9	Eksempel på rapportskema vedr. R/N-beredskab	73