

Beredskabsplan 2017 for Region Syddanmark



regionsyddanmark.dk



Indholdsfortegnelse

	Side
1. Krisestyringsorganiseringen	3
1.1 Opgaver	4
1.2 Organisering og ledelse af regionens sundhedsberedskab	6
1.3 Aktivering og drift af regionens sundhedsberedskab	7
1.4 Informationshåndtering	8
1.5 Koordination og samarbejde	8
1.6 Krisekommunikation	10
2. Indsatsplaner, instrukser og actioncard	11
2.1 AMK plan	11
2.2 Præhospital plan	11
2.3 Sygehusberedskabsplaner	11
2.4 CBRNE beredskabsplan	13
2.5 Psykosocialt beredskab	19
2.6 Lægemiddelberedskab antidoter og blodberedskabet	21
2.7 Primære Sundhedstjeneste og praksissektoren	24
3. Appendiks	25
3.1 Forebyggelse/kontinuitet	25
3.2 Uddannelse	26
3.3 Øvelser	26
3.4 Evaluering	27
3.5 Risiko- og sårbarhedsvurdering	27
3.6 Ansvarsoversigt	31
Ordlister	32

1.0 Krisestyringsorganiseringen

Denne beredskabsplan er en kombineret beredskabsplan og sundhedsberedskabsplan for Region Syddanmark.

Formålet med planen er, at regionen skal kunne håndtere ekstraordinære hændelser, med mange syge og tilskadekomne eller potentielt syge og tilskadekomne, samt at regionen i videst muligt omfang skal kunne opretholde normale funktioner under forskellige former for forsyningsssvigt.

Sundhedsberedskabet er en del af den civile sektors beredskab og det samlede nationale beredskab. Sundhedsberedskabsplanlægningen er en del af den samlede sundhedsplanlægning. Region Syddanmarks Sundhedsberedskabsplan er derfor en del af den samlede Sundhedsplan.

Planlægningen bygger på nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige trusselvurderinger, herunder det Nationale Risikobillede (BRS 2017) og lokal risiko- og sårbarhedsvurdering.

Beredskabsplanen tager udgangspunkt i det daglige beredskab, og sikrer en fleksibel tilpasning til større hændelser og ulykker, herunder krig og terror. Ved større hændelser, der kan involvere en eller flere politikredse, eller hele landet, kan der i politikredsen nedsættes en lokal beredskabsstab (LBS), hvor sundhedsvæsenet/regionen er fast medlem. På nationalt niveau nedsættes den Nationale Operative Stab (NOST), hvor Sundhedsstyrelsen er fast medlem. Det er politiet som koordinerende leder af den lokale beredskabsstab (LBS), der har kontakten til den Nationale Operative Stab (NOST). LBS refererer til NOST (National Operativ Stab).

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

- Sundhedsloven
- Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet
- Epidemiloven
- Lægemiddeloven
- Beredskabsloven
- WHO's internationale sundhedsregulativ (IHR)

Sundhedsberedskabet omfatter:

- sygehusberedskabet, der skal sikre syge og tilskadekomne en relevant behandling på regionens sygehuse
- den præhospitale indsats, som er indsatsen inden ankomst til sygehuset over for akut syge og tilskadekomne, herunder håndtering af hændelser med mange tilskadekomne
- lægemiddelberedskabet, som er beredskabet af lægemidler/antidoter og medicinsk udstyr, der skal sikre at ændrede krav til forbrug, forsyning og distribution kan imødekommes ved en beredskabshændelse
- beredskabet i den primære sundhedssektor, der skal sikre en videreførelse af de daglige opgaver, samt tilpasse sig de ændrede krav,

som situationen fordrer, herunder forebyggelses-, behandlings- og omsorgsopgaver

Beredskabsplanen gælder overordnet for Region Syddanmark. For de dele af regionen, hvor lokal beredskabsplanlægning er relevant: Sygehusenhederne, AMK-vagtcentralen mv. er der udarbejdet delplaner.

Beredskabsplanen er udarbejdet ud fra de almindelige beredskabsprincipper om Sektoransvar, der indebærer, at den myndighed, der i det daglige har ansvaret for området, også i den ekstraordinære situation har ansvaret, samt Lighedsprincippet, der indebærer, at myndigheden anvender samme organisation i en ekstraordinær situation som til daglig, samt Nærhedsprincippet, der indebærer, at beredskabsopgaverne bør løses så tæt på borgerne som muligt, samt Samarbejdsprincippet, der betyder at myndighederne har et selvstændigt ansvar for at fremme samarbejde og koordinering med andre myndigheder, både vedrørende beredskabsplanlægning og krisestyring, og endelig Handlingsprincippet, der betyder at der i en situation med uklare og ufuldstændige informationer, er mere hensigtsmæssigt at etablere et lidt for højt beredskab, end et lidt for lavt beredskab, for derefter hurtigt at kunne ændre det i nedadgående retning, for at undgå ressourcospild. Sundhedsberedskabsplanen beskriver ledelse, aktivering, informationshåndtering, koordination og samarbejde, krisekommunikation, uddannelse og øvelser, samt evalueringsprincipper.

Planen skal afprøves, dels i form af øvelser, men også i form af evaluering af konkrete hændelser. Øvelserne kan være procedureøvelser, dilemmaøvelser, krisestyringsøvelser eller fuldskalaøvelser. Fuldskalaøvelser koordineres med de øvrige aktører i politikredsenes øvelsesudvalg, hvor regionen er repræsenteret. Interne øvelser koordineres i beredskabsuddannelse og øvelsesudvalget

Beredskabsplanen revideres efter behov, dog mindst en gang i hver valgperiode.

1.1 Opgaver

Ud fra regionens risikovurdering er der en række scenarier, som regionen skal kunne håndtere. Det er bl.a. håndtering af et større antal tilskadekomne på et skadested, herunder håndtering af personer med behov for krisestøtte og eventuel kriseterapi, modtagelse af et større antal patienter som følge af større hændelser, håndtering af hændelser, der medfører strømafbrydelse, IT nedbrud, afbrydelse af forsyninger af medicinske gasser, lægemidler, utensilier mv., evakuering af institutioner/sygehuse som følge af brand, oversvømmelse (skybrud), terrortrussel mv.

1.1.1 Konventionelle hændelser

Konventionelle hændelser omfatter hændelser, der medfører fysisk tilskadekomst (traumer) af en eller mange personer (tog- fly- bil- og andre transportulykker, samt sammenstyrtninger mv.). Sundhedsvæsenet skal kunne håndtere sådanne hændelser, både præhospitalt og på sygehusene. Patienterne

skal allerede på skadestedet vurderes, behandles og visiteres, således at patienter med størst behov for behandling prioriteres først, og sendes til de relevante sygehuse, og der skal desuden ske en fordeling af patienter, således at de enkelte sygehuse belastes mindst muligt.

1.1.2 CBRNE hændelser

CBRNE-beredskabet er den del af sundhedsberedskabet, der skal begrænse og afhjælpe hændelser med kemikalier, biologiske agentia, radiologisk eller nukleart materiale.

Der skal være planlagt for præhospital håndtering, rensning, adgangsveje til sygehuset, modtagelse på sygehuset og beskyttelsesudstyr.

Der kan både være tale om situationer, hvor der er et konkret skadested eller - ved terror - et gerningssted, og situationer, hvor der ikke er et skadested/gerningssted. Situationer, hvor personer klart udviser symptomer på sygdom, håndteres primært af sundhedsvæsenet. Situationer, hvor en række personer på et skadested er mistænkt for at være smittede eller eksponerede, men hvor de endnu ikke er blevet syge, håndteres primært af læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge) og politi. I modsætning til konventionelle hændelser kan det ofte være en fordel at holde disse forurenede, smittede eller mistænkt smittede samlet på et eller få steder.

C-beredskab:

Står for kemisk beredskab og vedrører toksiske industrikemikalier, kemiske kampstoffer, og andre (faste, flydende og luftformige) kemiske stoffer, som i den konkrete situation, er til umiddelbar fare for omgivelserne. Eksplosive stoffer og brandstiftende kemikalier hører også (i Danmark) under kemisk beredskab.

B-beredskab:

Står for biologisk beredskab og vedrører smitsomme og andre overførbare sygdomme, samt biologiske kampstoffer og våbengjort biologisk materiale f.eks. bakterier, virus og toksiner.

R-beredskab:

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

N-beredskab:

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

E-beredskab:

E står for Eksplosive. Ofte vil disse hændelser være lig med en konventionel hændelse, men der kan også være tale om en kombination med noget kemisk, biologisk eller radioaktivt.

Andre hændelser

Hændelser der medfører strømafbrydelse, herunder IT nedbrud, afbrydelse af varme, ventilation og vand, samt forsyninger af medicinske gasser, lægemidler, utensilier mv.

Hændelser som kan føre til evakuering af dele af eller hele institutioner/sygehuse, som følge af brand, oversvømmelse(skybrud), terrortrussel mv.

1.2 Organisering og ledelse

Regionens krisestyringsledelse (direktionen) har det overordnede ansvar i forbindelse med en større hændelse. I dagligdagen er dette ansvar uddelegeret til AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter), som er beliggende sammen med vagtcentralen for præhospital indsats i regionens AMK-Vagtcentral på Odense Universitetshospitals matrikel. AMK har den operative ledelse af sundhedsberedskabet.

Ved meget store, komplekse og længerevarende hændelser, som fx en alvorlig pandemi, eller hel eller delvis akut nedlukning af sygehusenheder, vil direktionen/krisestyringsledelsen i Region Syddanmark, eller en af direktionen udpeget leder evt. sygehusdirektør/styregruppe, lede og koordinere regionens indsats. Ledelsen af indsatsen koordineres med AMK og med krisestyringsledelserne på sygehusenhederne. Direktionen kan i en ekstraordinær situation indkaldes jf. actioncard på AMK-vagtcentralen og i råds- og direktionsssekretariatet.

Regionen er repræsenteret i LBS (lokal beredskabstab). Ved hændelser hvor LBS er aktiveret, skal regionen/AMK sende en repræsentant til LBS, der koordinerer den samlede beredskabsmæssige indsats, herunder kommunikationen.

Regionen har udpeget repræsentanter på strategisk/operationelt niveau til LBS. Det afhænger af kompleksiteten og størrelsen af beredskabshændelsen, på hvilket niveau politiet indkalder repræsentant til LBS.

Ved større hændelser er det AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter), der på vegne af regionens direktion, koordinerer den samlede sundhedsberedskabsindsats, herunder (efter aftale), koordinationen med praksissektoren og kommunerne. AMK er døgnbemandet med en AMK operatør, som er til stede, og en læge der er på tilkald. AMK er elektronisk forbundet med sygehusene: Odense, Kolding, Åbenrå og Esbjerg. AMK kan alarmere de sygehuse, der er nødvendige, for at kunne håndtere en større hændelse.

AMK kan aktivere det kriseterapeutiske beredskab, udsende ekstra sundhedsfaglige ressourcer m.m.

AMK underretter politiets KSN (Kommandostationen på politigården) eller LBS (den lokale beredskabsstab), der koordinerer den samlede indsats på tværs af myndigheder og øvrige samarbejdspartnere der er involveret i indsatsen. AMK har oversigt over hvilke ressourcer, der findes på sygehusene (afdelinger,

respiratorer, rensfaciliteter m.m.) og tager om nødvendigt også kontakt til andre regioner via deres AMK

AMK kommunikerer med Indsatsleder Sund (ISL-SU) på skadestedet, via SINE (SikkerhedsNEt), som er et fælles beredskabskommunikationssystem i Danmark).

Ved mistanke om biologiske hændelser, tilknyttes en infektionsmediciner til AMK.

På hver sygehusenhed nedsættes et beredskabsråd, der ledelsesmæssigt er forankret i sygehusledelsen. Beredskabsrådet har ansvar for udarbejdelse af Sygehusenhedens beredskabsplan.

Ved en aktuel og konkret hændelse organiserer sygehuset sig med en beredskabsledelse, der refererer til en krisestab, som har ansvar for håndtering af den ekstraordinære situation på sygehuset. Afhængig af hændelsen vil det operative ansvar være uddelegeret til en beredskabsleder (en læge) eller en vagthavende fra teknisk afdeling. Disse refererer til krisestaben, som igen refererer til sygehusledelsen.

1.3 Aktivering og drift af regionens sundhedsberedskab

AMK-Vagtcentralen får melding fra politiets alarmcentral om hændelser med relevans for sundhedsvæsenet, hvad enten det drejer sig om akut sygdom eller tilskadekomst af en enkelt borger, eller om det drejer sig om en hændelse med mange syge eller tilskadekomne. Meldingen fra 1-1-2 går til den sundhedsfaglige visitator, som vurderer, om AMK skal aktiveres.

Ved melding om 5 eller flere tilskadekomne aktiveres AMK funktionen.

AMK kan desuden aktiveres af en lægebilslæge eller ambulanceleder, hvis det skønnes nødvendigt, f.eks. hvis patienterne skal fordeles på 2 eller flere sygehuse.

AMK aktiveres ligeledes, hvis der er behov for at koordinere sundhedsberedskabet i Region Syddanmark med andre regioner eller nationalt. AMK er Sundhedsstyrelsens indgang til det regionale sundhedsberedskab, som kan aktiveres på baggrund af en melding fra Sundhedsstyrelsen.

AMK kan desuden aktiveres på foranledning af et sygehus, hvis man lokalt skønner et behov for at blive aflastet fx ved ophobning af patienter, uden at AMK har været involveret, eller ved evakuering af et sygehus, eksempelvis ved brand eller ved større tekniske nedbrud der gør, at der ikke kan modtages det sædvanlige antal patienter. I disse tilfælde skal sygehusene kontakte AMK.

Ved mistanke om en CBRNE hændelse kan AMK aktiveres på baggrund af en meddelelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed/ læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge), politiet eller redningsberedskabet.

AMK kan, på anmodning fra ISL-SUND, politiet, en psykiatrisk afdeling, et sygehus, en kommune eller andre, aktivere det kriseterapeutiske beredskab.

AMK skal sætte de præhospitalenheder og alle sygehusene i regionen i stand til at virke som **én samlet enhed** til håndtering, akut behandling og modtagelse af tilskadekomne og psykisk påvirkede fra større hændelser.

AMK (AMK lægen) har ansvar for, på vegne af regionens krisestyringsstab, at iværksætte nødvendige tiltag, til imødegåelse af en akut situation, med mange involverede.

Kommunernes sundhedsberedskab kan aktiveres via kommunens døgndækkende telefonnummer.

Praksissektoren aktiveres i dagtiden på mailadressen sekretaersd@gmail.com og i vagttiden på postlv@rsyd.dk Det anbefales altid at sende til begge adresser.

1.4 Informationshåndtering

AMK samler informationer og skaber sig det samlede overblik, ud fra informationer fra ISL-SUND, sygehuse, Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelse, KSN mv. Alle informationer logges i AMK.

Ekstern kommunikation skal koordineres med regionens beredskabsstab (AMK) og med LBS, hvis den er nedsat. I disse tilfælde informeres NOST via LBS. Hvis LBS ikke er nedsat, kan AMK informere Sundhedsstyrelsen direkte.

AMK refererer til Direktionen (Krisestaben) i Region Syddanmark, og AMK informerer i nødvendigt omfang direktionen og andre relevante parter.

Sygehusenes krisestabe samler og koordinerer informationerne internt i sygehusenheden.

1.5 Koordinering og samarbejde

AMK koordinerer regionens beredskab. AMK fordeler patienter fra indsatsområde til regionens sygehuse, og har aftale med de øvrige regioner om at fordele patienter uden for regionen.

Ved større hændelser koordinerer regionen ekstern information med politiet.

Regionen har aftaler med politiet, om at Fyns politi som repræsentant for de 3 politikredse i Region Syddanmark, sender medarbejder(e) ind til AMK, når denne er aktiveret, med henblik på at få patienter fra et katastrofeområde registreret. Herudover kommer der politi til registrering af patienter på sygehusene.

I forbindelse med større hændelser etablerer politikredsen en lokal beredskabsstab(LBS) med henblik på at koordinere de samlede beredskabsressourcer. Vedrørende kompetenceforhold mellem AMK og regionens repræsentant i LBS, så henvises til Beredskabsstyrelsens publikation "Krisestyling i Danmark."

Ved udmelding fra Sundhedsstyrelsen om risiko for smitsomme sygdomme vil epidemikommissionen eventuelt blive aktiveret. Politidirektøren i Fyns Politikreds

er formand for denne og Region Syddanmark er repræsenteret ved 3 repræsentanter for de politiske partier og den præhospitale chef. AMK vil være bindeleddet mellem kommissionen og det regionale sundhedsvæsen.

Der er aftaler med Syd-og Sønderjyllands politi, Haderslev kommune, Forsvaret, Beredskabsstyrelsen, Styrelsen for patientsikkerhed, Sygehus Sønderjylland om oprettelse af et karantænecenter ved Flyvestation Skrydstrup.

Der er aftale om, at politikredsene i forbindelse med større arrangementer medvirker til, at regionen får tilsendt risikovurdering og beredskabsplan fra arrangørerne. Dette sker i praksis ved at politiet, ved modtagelse af en ansøgning om tilladelse til at afholde arrangementet, gør ansøgeren opmærksom på, at ansøgeren skal fremsende en risikovurdering og en beredskabsplan direkte til regionen.

Der er aftale med JRCC om procedure vedrørende alarmering og kommunikation med forsvarets redningshelikoptere.

Det aftales mellem regionen og kommunerne, i tilfælde af en større hændelse, at tildele AMK en kommunikations- og koordinationsfunktion i forhold til hele sundhedssektoren, således at den primære sundhedstjeneste ubesværet kan aktiveres.

Regionen har aftaler med de 22 kommuner. Alle kommuner har et døgndækkende telefonnummer, som kan anvendes til at aktivere kommunernes sundhedsberedskab.

Den tværfaglige indsatsledelse kan anmode politiets KSN (kommandostation) om at oprette EPC (Evakuerings- og Pårørende Center) kan etableres i forbindelse med større hændelser. Det er regionens ansvar at bemane det med kriseterapeutisk assistance. Kommunerne kan dog etablere krisestøtte ved mindre hændelser i egne institutioner, hvis ansatte/beboere/elever måtte have behov. Hvis kommunen ikke selv har ressourcer kan regionen, via AMK, kontaktes med henblik på assistance, og vil i denne situation koordinere den kriseterapeutiske indsats.

Ved større hændelser, hvor der etableres EPC uden for de psykiatriske afdelinger, kontaktes det kommunale beredskab af AMK (på det aftalte kommunale døgnnummer), med henblik på et eventuelt samarbejde med regionens kriseterapeutiske beredskab og den kommunale krisestøtte ved den konkrete hændelse. AMK koordinerer dette.

Hvis der tilkaldes yderligere ressourcer fra andre private organisationer, som fx psykologer fra DSB, Falck eller andre er disse underlagt KOP (koordinerende psykiatrisk kontaktperson), som koordinerer den samlede krisestøttende og kriseterapeutiske indsats.

Der foreligger aftale med kommunerne om, at de i en given situation stiller lokaliteter til rådighed, der kan anvendes som Evakuerings- og pårørende center (EPC).

Ved større hændelser, hvor regionens kriseterapeutiske beredskab har været aktiveret, er regionen ansvarlig for opfølgning omkring psykiske konsekvenser af hændelsen.

Der er aftale om, at kommunerne kan modtage ekstraordinært udskrevne patienter, som skal have medicin med til de første 48 timer.

Det er kommunens ansvar at rekvirere de nødvendige værnemidler i forbindelse med CBRNE-hændelser, men ved akut mangel kan kommunen henvende sig til AMK.

Beslutning om massevaccination træffes af Sundhedsstyrelsen ud fra den konkrete situation. Ved beslutning af massevaccination nedsætter regionen en krisestab, der organiserer vaccinationsindsatsen. Massevaccinationen foretages efter anvisning fra Sundhedsstyrelsen. Regionen planlægger som udgangspunkt, at massevaccination foretages af praksissektoren, men den kan også foretages i kommunale lokaler (f. eks. på valgsteder) og/eller på sygehuse.

Ved store ulykker, så kan lægevagten benyttes til at tage sig af småskader i vagtlægekonsultationerne.

Øer

Ikke landfaste øer udgør en speciel præhospital og beredskabsmæssig problemstilling, hvor indsatspersonale må overføres med båd/helikopter. Specielle forhold omkring indsats på øer uden broforbindelse er beskrevet i disponeringsmanualen i AMK-Vagtcentralen (førstehjælpsgrupper, helikopterlandingspladser, færgeforbindelser mv.)

Der er lavet en beredskabsplan for Ærø om præhospital indsats/sygehusindsats ved større hændelser. Centralt for indsatsen i en beredskabssituation på Ærø er, at det vagthavende personale på Ærø Sygehus er i dialog med AMK om behovet for at tilføre ressourcer til Ærø i en beredskabssituation.

Der er lavet en indsatsplan for, hvad der skal foretages, hvis Langeland og Fanø transportmæssigt bliver afskåret for omverdenen f. eks. i en orkansituation.

1.6 Krisekommunikation

AMK kontakter den centrale kommunikationsafdeling i regionen. Ekstern kommunikation vedrørende en sygehusenhed koordineres mellem regionens kommunikationsafdeling og sygehuset.

AMK/Regionen koordinerer ekstern kommunikation med sygehusene og med relevante kommuner.

Ved større hændelser orienterer AMK-vagtcentralen om hændelsens forløb til:

Regionsrådsformanden, regionsdirektøren, koncerndirektørerne, somatik- og psykiatrisygehusledelserne, præhospital chef samt de somatiske og psykiatriske sygehuse, som AMK har direkte kontakt med, samt kommunikationsafdelingen i regionen.

I forbindelse med krisekommunikation, skal indtænkes overvejelser om udpegning af talsperson, brug af hjemmesider, speciel "hotline", twitter mv. Hvis LBS er nedsat koordineres den eksterne kommunikation i LBS regi.

2. Indsatsplaner, instrukser og actioncards

2.1. AMK aktiveringsplan

Der er udarbejdet AMK plan med tilhørende actioncards.

2.2. Præhospital plan

Den præhospitale indsats er indsatsen uden for sygehuset til akut syge, tilskadekomne og fødende. Indsatsen har til formål at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed.

Den præhospitale indsats omfatter alle de aktiviteter, der i den præhospitale fase iværksættes ved akut sygdom eller ulykkestilfælde, herunder også større ulykker med mange syge og tilskadekomne. Det være sig alarmering, førstehjælp, behandling på skadestedet, transport til behandlingssted, behandling/overvågning under transporten samt overlevering til sygehuset.

Det præhospitale beredskab ved større hændelser baserer sig på det daglige beredskab.

Både den daglige præhospitale indsats og indsatsen ved større sundhedsberedskabshændelser koordineres af AMK-vagtcentralen internt i sundhedsvæsenet. Politiet/den lokale beredskabsstab koordinerer på tværs af myndighederne.

2.3 Sygehusberedskabsplaner

Sygehusenes beredskabsplaner er delplaner af regionens plan. Opbygningen af planerne svarer til opbygningen af regionens plan og har følgende indhold.

2.3.1 Krisestyringsorganiseringen

- Indledning
- Overordnet opgave
- Organisering og ledelse af sygehusets beredskab
- Aktivering af sygehusets beredskab
- Informationshåndtering
- Koordination og samarbejde
- Krisekommunikation

2.3.2 Indsatsplaner, instrukser og actioncard (i henhold til konsekvensanalysen)

- Ekstern Beredskabsplan
 - Plan for modtagelse af mange patienter, herunder patienter fra CBRNE hændelser
 - Plan for ekstraordinær fremskaffelse af lægemidler, antidoter, blod, utensilier, forbindsstoffer mv.
- Intern Beredskabsplan
 - Plan for håndtering af strømsvigt, IT nedbrud, brand, oversvømmelse, bombetrussel, angreb på FAM, hel eller delvis evakuering af sygehuset mv.

2.3.3 Genopretning

Efter en beredskabshændelse er det vigtigt, at få genoprettet normalsituationen.

Det er vigtigt at koordinere tiltag mellem myndigheder, især hvis der er borgere involveret.

Der kan være behov etablering af midlertidige foranstaltninger, pga. det tager tid før: bygninger, teknologi mv. fungerer normalt igen.

En gennemført konsekvensanalyse med afdækning af forebyggende og afhjælpende tiltag i forhold driften kan være en hjælp i genopretningen.

2.3.4 Appendiks

- Uddannelsesaktiviteter
- Øvelsesaktiviteter
- Evalueringskoncept
- Konsekvensanalyse

Ved større hændelser aktiveres sygehusene af AMK. Beredskabsledelsen på sygehuset (sygehusenheden) tager stilling til om sygehusets beredskabsplan skal aktiveres.

Det enkelte sygehus' beredskabsplanlægning skal sikre, at der hurtigt etableres nødvendig beslutningskompetence, således at der hurtigst muligt kan tilvejebringes tilstrækkelige ressourcer, både materielt og personelt. Planerne skal dels beskrive, hvordan sygehuset håndterer en situation med mange tilskadekomne, men også hvorledes sygehuset håndterer svigt af el.-forsyningen, IT nedbrud, mangel på vand, varme og medicinske gasser, bombetrussel, evakuering mv. Planen i forbindelse med IT nedbrud skal koordineres med regionens IT stab.

Beredskabsplanen skal udarbejdes ud fra de anbefalinger, der er angivet i Sundhedsstyrelsens Vejledning vedrørende Sundhedsberedskab fra 2017

Der foreligger en beredskabsplan for hvert af de somatiske sygehuse, samt for det psykiatriske sygehus. Det er sygehusledelsernes ansvar, at der foreligger en plan for sygehuse. Planerne for det somatiske og det psykiatriske beredskab skal samordnes.

For sygehusenheder der er fordelt på flere matrikler, er der udarbejdet en samlet plan, men med delplaner for de enkelte matrikler. Senge og operationsfaciliteter på sygehusafdelinger uden akutfunktion vil kunne anvendes i særlige situationer (f.eks. ved meget store hændelser). Der er kun en overordnet beredskabsledelse for hver af de fire somatiske sygehusenheder.

Iværksættelsen af beredskabet kan være niveau- eller modulopdelt på en måde, der relaterer sig til sygehusets kapacitet og kompetencer. Planen kan eventuelt indeholde en initial automatikfase samt en efterfølgende styret fase. Sygehusets beredskabsplan vil typisk være grundlaget for separate afdelingsplaner. På de enkelte afdelinger kan der være udarbejdet actioncards for alle eller visse nøglepersoner/funktioner.

2.4. CBRNE beredskabsplan

Ved CBRNE hændelser er det som udgangspunkt den samme ledelse, den samme organisation, bemanning og procedure som ved konventionelle hændelser, men da opgaven ved CBRNE hændelser er udvidet i forhold til konventionelle hændelser, skal der iagttages specielle tiltag i forhold hertil. Når AMK-Vagtcentralen er alarmeret, iværksættes det præhospitale beredskab og regionens sygehusberedskab.

Odense Universitetshospital kan tage imod forurenede CBRNE-patienter og akutsygehuse i Kolding, Aabenraa og Esbjerg kan tage imod forurenede CBE-patienter. Ved større beredskabshændelser forventes rensningen foretaget før transport til sygehus, men der kan komme selvhendere til sygehuse.

Akutlægen på nærmeste akutlægebil, fungerer som ISL-SUND indtil en indsatslederuddannet læge ankommer. Akutlægen vurderer sammen med den øvrige indsatsledelse situationen i indsatsområdet, herunder om der er forureningsfare med C, B eller RN, udpeger fareområde, tager stilling til om der skal varsles og udsendes beredskabsmeddelelse.

Akutlægen/ISL-SUND melder tilbage til AMK. AMK tager kontakt til politiets KSN/LBS, der koordinerer med diverse ekspertberedskaber og Styrelsen for Patientsikkerhed. AMK kan dog kontakte læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge) direkte.

Sygehuse informeres om, at der kan komme selvhendere, således at de har mulighed for at forberede rensfaciliteter. Ved mistanke om biologiske hændelser tilkaldes en infektionsmediciner fra OUH til AMK.

2.4.1 Kemisk beredskab

Både forgiftede patienter og personer, som er eksponerede (forurenede) skal kunne modtages på akutsygehuse. Håndteringen af forgiftningsspatienter og kemikalieforurenede personer omfatter rensning, visitation, symptomatisk

behandling, behandling med specifikt antidot (modgift). Dette beredskab er nødvendigt, f.eks. ved fremmøde på sygehuset af såkaldte selvhenvendere, der ikke er blevet rensset på skadestedet. Rensning af forurenede personer inden ankomst til et akutsygehus er et anliggende for redningsberedskabet, enten det lokale kommunale redningsberedskab eller de statslige beredskabscentre. Det er nødvendigt med renseprocedurer på skadestedet, da ambulancekapaciteten ellers bliver forurenset, og håndteringen af tilskadekomne bliver voldsomt besværliggjort.

Patienter udsat for kemiske stoffer skal kunne modtages på akutsygehuse. Patienter der henvender sig på skadestederne skal viderehenvises til nærmeste akutsygehus. Afhængig af situationen kan det lokale redningsberedskab tilkaldes med henblik på rensning af disse personer inden de videresendes til akutsygehuset.

Personer der henvender sig eller indbringes på sygehus kan rubriceres i en af fire nedennævnte kategorier:

- Kategori 0: Personer der er rensset på skadestedet
- Kategori 1: Forurenede patienter der ankommer i ambulance
- Kategori 2: Forurenede selvhenvendere
- Kategori 3: Mange forurenede personer samtidig

Håndtering af kemikalieforurenede personer og forgiftningspatienter omfatter:

- Fornøden livreddende akut behandling
- Rensning, hvis nødvendigt
- Visitation
- Symptomatisk behandling
- Behandling med antidot, hvis relevant
- Samarbejde med politiet om katastroferegistrering

Ledelse og organisation er det samme som ved konventionelle hændelser. Der kan hentes bistand ved Kemisk Beredskab i Beredskabsstyrelse (45906000) og ved Giftlinjen på Bispebjerg (35315555)

I forbindelse med rensning af patienterne, skal personalet have beskyttelsesudstyr i form af heldragt med hætte, gasmaske med filter, handsker og gummistøvler, og de skal uddannes i brugen af det. Mærke og type af det konkrete udstyr beslutes i CBRNE udvalget.

Modtagelse og rensning foretages i tilslutning til det fri eller helst i separat rum med selvstændig egen ventilation og egen indgang. Der bør være vandinstallation med tempereret vand, remedier til øjenskyllning og udstyr til akut livreddende behandling.

Det er ikke nødvendigt med særlig opsamling og bortskaffelse af spildevandet, da fortyndingseffekten er stor og risikoen for miljøet minimal.

Forurening med faste og flydende stoffer, samt tåger med dråber eller partikler:
Tøj, smykker, ure, kontaktlinser mv. fjernes, eventuelt af patienten selv. Der vaskes 2 gange med vand og sæbe. Øjne skylles med blødt vandstråle i ca. 15 minutter.

Forurening med gasser:

Tøj, mv. fjernes som anvist ovenfor. Rensning af hud er ikke nødvendigt.

Vedrørende mere detaljeret vejledning vedrørende håndtering af C – hændelser henvises til "Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab 2017 – Bilag 12" Sundhedsstyrelsen.

2.4.2 Biologisk beredskab

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

Det regionale sundhedsberedskab vil i beredskabssituationer ved behov, og via AMK modtage konkret vejledning fra læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge)/Sundhedsstyrelsen.

I Region Syddanmark visiteres disse patienter efter rådgivning fra infektionsmedicinsk afdeling OUH til OUH, Kolding, Esbjerg og Åbenrå sygehuse. På disse sygehuse skal der være planlagt for en forøgelse af den samlede medicinske kapacitet, f.eks. ved udpegning af egnede afdelinger, afsnit, eller inddragelse af andre bygninger til kohorteisolation. Dette skal ses i sammenhæng med sygehusenes planlægning af den medicinske kapacitet på hospitalerne. Der skal kunne ske tilpasning af kapaciteten set i forhold til hændelsens art. Der skal udarbejdes en vejledning vedrørende hvilke hændelser, der fordrer hvilke krav til isolationsfaciliteterne, og dermed en graduering af de samlede isolationsfaciliteter.

Patienter udsat for pulver, som er mistænkt for at indeholde biologiske agentia skal kunne modtages på akutsygehusene OUH, Kolding, Esbjerg og Åbenrå med henblik på eventuel rensning.

Patienter der henvender sig på skadestudierne skal viderehenvises til nærmeste akutsygehus.

Isolationskapacitet

Der er isolationsfaciliteter i regionen til patienter, hvor der er behov for isolation. Der er præhospitale vejledninger/instrukser for, hvor de forskellige typer af patienter skal køres til, og hvilket sikkerhedsudstyr, der skal anvendes.

Patienter med mistanke om viral hæmoragisk feber el. lign. (f. eks. ebola) køres til Skejby Universitetshospital. Kontakt AMK Vagtcentralen i Region Midtjylland.

Karantænefaciliteter

Hvis der er risiko for, at personer udsat for smitte bliver syge evt. efter nogle dage og måske smittefarlige, skal de udsatte holdes samlet og i karantæne. Beslutning om karantæne træffes af den regionale epidemikommission/Sundhedsstyrelsen. Jf. "pandemiplanen" skal der som

udgangspunkt søges karantænesætning i eget hjem. I andre tilfælde kan der etableres et karantænecenter på Flyvestation Skrydstrup, jf. "Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller udenfor Danmark". kan der som en rettesnor være behov for at skulle internere 5.000 personer i 17 dage på landsplan. Det vil ca. svare til godt 1.000 personer i Region Syddanmark.

Det er regionen, der forestår planlægning af indretning, drift, administration og bemanning af karantænecenteret. Der udpeges en faglig leder samt en driftsansvarlig leder. Observation, behandling og pleje er regionens opgave. Dertil kommer forsyning, transport, m.v. Vejledning til indretning m.m. er detaljeret beskrevet i "Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark". Herudover kan Sundhedsstyrelsens "Vejledning om hygiejne ved langvarig midlertidig indkvartering af mange personer" fra 2016 anvendes.

I Region Syddanmark er der truffet aftale om, at Fighter Wing Skrydstrup kan anvendes som karantænecenter. Det vil primært være personale fra Sygehus Sønderjylland der bemander denne lokalitet. Fighter Wing Skrydstrup skal kunne bemandes inden for 4 timer.

Personalet skal som led i sygehusenes almindelige beredskabsplanlægning være orienteret om, at de vil kunne pålægges at gøre tjeneste i karantænecenteret, og at det sker som led i deres almindelige ansættelsesforhold. Der vil være udarbejdet vejledninger til personalet vedrørende opgaven.

Aktivering sker via AMK.

Værnemidler

Hvert somatisk akutsygehus skal altid have 50 stk. akutpakninger, hver indeholdende FFP3 maske, kittel og handsker liggende klar i en akutkasse til straksafhentning i en beredskabssituation.

Odense Universitetshospital skal yderligere kunne udlevere akutkasser med akutpakninger efter følgende plan

- Pakke med 50 stk. efter 3 timer
- Pakke med 100 stk. efter 6 timer
- Pakke med 100 stk. efter 12 timer

Akutkasserne skal kunne udleveres straks i forbindelse med en CBRNE-hændelse, oprettelse af et karantænecenter eller til en kommune, på anmodning fra AMK.

Massevaccination

Beslutning om at vaccinere hele eller dele af befolkningen træffes af Sundheds- og Ældreministeren, efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Statens Seruminstitut er ansvarlig for fremskaffelse af vaccine. De overordnede rammer for vaccinationsindsatsen defineres af de nationale sundhedsmyndigheder og vil afhænge af den konkrete situation. Beslutning om hvilke befolkningsgrupper der skal vaccineres kan være en løbende proces, hvis risikoniveauet ændres.

Regionens planlægning vil derfor afhænge af den udmelding der kommer, afhængig af situationen. Massevaccination vil altid ske efter anvisning fra Sundhedsstyrelsen.

Ved beslutning om massevaccination nedsætter regionen en krisestab. Staben sammensættes af repræsentanter fra infektionsmedicinsk afdeling, mikrobiologisk afdeling, embedslægen, kommunerne, praksisafdelingen, regionen, mfl.

Regionen har aftale med kommunerne om oprettelse af vaccinationscentre i tilfælde af behov for massevaccination, og aftale med de praktiserende læger i Region Syddanmark om at foretage massevaccination. Som udgangspunkt er det de praktiserende læger, der i egne lokaliteter står for denne vaccination, men organiseringen afhænger af, hvad Sundhedsstyrelsen melder ud om vaccination. Om det er hele befolkningen bestemte grupper, der skal vaccineres, og hvem der skal vaccinere. Vaccinationen kan foregå ved praktiserende læger, valgsteder, sygehuse og/eller private vaccinationsfirmaer mv.. Beredskabsstyrelsen kan inddrages, hvis der er behov for løsning af transport og logistikopgaver.

For yderligere information, se bilag 9 i Sundhedsstyrelsens Vejledning vedrørende planlægning af sundhedsberedskab 2017.

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

AMK-vagtcentralen modtager og vurderer sundhedsfaglige 1-1-2-opkald, visiterer og disponerer den relevante hjælp, herunder udsendelse af ambulancer, akutbiler, akutlægebiler, akutlægeheliikopter og ISL-SUND.

Infektionsmedicinsk afdeling Q/OUH har ansvar for at kunne modtage, behandle og pleje patienter med smitsomme sygdomme. Endvidere har den vagthavende infektionsmediciner en rådgivende funktion i forhold til AMK, ISL-SUND. AMK kan overfor ISL-SUND og overlægen fra Styrelsen for Patientsikkerhed (læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge) henvise til vagthavende læge på Infektionsmedicinsk afdeling OUH

ISL-SUND og infektionsmediciner har ansvaret for håndtering af de(n) syge, og holder løbende kontakt med AMK. læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge) har, i samarbejde med politiet og lufthavnen/havnen, ansvaret for håndtering af øvrige passagerer (herunder kontakter til de syge) og besætningen.

2.4.3 Radiologisk og nukleart beredskab

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

medfører forskellige situationer (jf. situationsbeskrivelser nedenfor), hvilket medfører forskellige forholdsregler i den givne situation:

Ekstern bestråling:

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

Forholdsregler:

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

Radioaktiv forurening (kontaminering):

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

Forholdsregler:

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

Livreddende behandling af den tilskadekomne må ikke udsættes, men udføres af personale iført værnemidler. Det vil i disse situationer være meget usandsynligt at den tilskadekomne udviser akutte tegn på strålesyge, med mindre der er tale om en atombombe. De største strålerisici for personalet er kontaminering med radioaktivt stof.

Modtagelses- og renseprocedurer er svarende til allerede planlagte og anvendte procedurer for kemiske ulykker på akutsygehusene. Det er dog vigtigt, at rensningen af en radioaktivt forurenede person kontrolleres. OUH, der skal kunne modtage radioaktivt forurenede patienter, skal råde over en overflademåler med alfa- og betaprobe, samt en dosishastighedsmåler. De øvrige akutsygehuse skal råde over samme udstyr, som ved modtagelse af kemisk forurenede personer.

Patienter der henvender sig på skadeklinikkerne skal viderehenvises til nærmeste akutsygehus, eventuelt efter at været blevet rensset af det lokale redningsberedskab.

Terror som årsag til katastrofeshændelse

Som udgangspunkt og hovedregel skal tilskadekomne fra terrorangreb behandles som tilsvarende patienter fra andre katastrofesituationer. Med andre ord så er skadens konsekvens som udgangspunkt vigtigere for sundhedsberedskabet, end hændelsens årsag. Der er af indsatsmyndigheder i fællesskab udarbejdet en vejledning om håndtering af disse hændelser

(Retningslinjer for indsats ved CBRNE hændelser, januar 2016 Beredskabsstyrelsen).

2.5. Psykosocialt beredskab

Ligesom på det somatiske område skal det psykiatriske område udarbejde en *intern* og en *ekstern* beredskabsplan.

Den interne beredskabsplan beskriver, hvorledes der håndteres hændelser som brand, evakuering, strømsvigt, IT nedbrud, voldelige episoder internt på de psykiatriske afdelinger.

Den eksterne beredskabsplan beskriver, hvordan der på døgnbasis etableres akut psykosocial indsats i forbindelse med mindre og større hændelser.

Psykiatrisygehuset har lavet intern beredskabsplan.

Ekstern beredskabsplan

Opgave

Regionen er forpligtet til at yde krisestøtte og kriseterapi. Det krisestøttende består bl.a. af umiddelbar omsorg og information om krisereaktioner. Det psykosociale beredskab giver mulighed for yderligere hjælp i den akutte fase, og eventuelt kriseterapi i den opfølgende fase. Den psykosociale indsats har primært til formål at forebygge, at en normal reaktion udvikler sig til en sygelig tilstand.

Opgaven er at iværksætte en krisestøttende indsats, herunder at udsende psykosociale udrykningsteams og Koordinerende Kontaktperson (KOP) til indsatsområdet (Opsamlingssted).

Der kan også sendes teams til et modtagelsessted for hjemvendte danskere udsat for en beredskabshændelse i udlandet, til et sygehus, eller til psykiatriske afdelinger.

I samarbejde med politi og kommune kan der oprettes et Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC), hvor KOP og psykosociale udrykningsteams arbejder. Når akutfasen er overstået må psykiatriens kriseledelse, lede og koordinere aktiviteter i opfølgingsfasen, som regionen er ansvarlig for.

Ledelse

Indsatsen ledes fra en af de akut psykiatriske afdelinger i Odense, Svendborg, Vejle, Esbjerg og Åbenrå afhængig af hændelses geografi. AMK retter henvendelse til psykiatrisk afdeling, hvor bagvagten træffer beslutning om organiseringen af indsatsen, om der skal udsendes psykosocialt udrykningsteam, eller de kriseramte kan modtages på psykiatrisk skadestue og/eller der sendes præst/medarbejder fra lokalpsykiatrien.

Hvis der udsendes psykosociale udrykningsteams, ledes disse af en koordinerende kontaktperson (KOP), som fagligt refererer til den psykosociale ledelse. I indsatsområdet er KOP organisatorisk underlagt ISL-SUND.

Organisation

Det psykosociale beredskab etableres via AMK, som alarmerer den relevante psykiatriske afdeling (Odense, Svendborg, Vejle, Esbjerg eller Åbenrå). Den psykiatriske afdeling alarmerer ved behov Folkekirkens Katastrofeberedskab. Den akutte indsats etableres med base i en af regionens akut psykiatriske afdelinger, og indsatsen kan foregå på en eller flere af afdelingerne eller i indsatsområdet eller på et EPC. Regionen kan, ved en større hændelse, stille med psykosociale udrykningsteam udsendt fra de psykiatriske afdelinger.

Der kan være behov for udsendelse af en koordinerende psykiatrisk kontaktperson (KOP) til indsatsområdet.

Ved større hændelser, hvor der på foranledning af politiet, etableres EPC uden for de psykiatriske afdelinger, kontaktes det kommunale beredskab af AMK (på det aftalte kommunale døgnnummer), med henblik på et eventuelt samarbejde med regionens psykosociale beredskab og den kommunale krisestøtte ved den konkrete hændelse. AMK koordinerer dette.

Hvis der tilkaldes yderligere ressourcer fra andre private organisationer, som f. eks. psykologer fra DSB, Falck eller andre er disse underlagt KOP, som koordinerer den samlede krisestøttende og kriseterapeutiske indsats.

Kommunerne har i forbindelse med kommunernes beredskabsplanlægning udpeget faciliteter, som vil kunne bruges til EPC. Beslutning om iværksættelse af Evakuerings- og Pårørendecenter (EPC) træffes af indsatsledelsen.

Ved større længerevarende sundhedsberedskabshændelser, der kræver en meget stor og ressourcekrævende længerevarende psykosocialindsats, etableres der en central krisestyingsstab på psykiatriområdet.

Det psykosociale beredskab er decentralt baseret men centralt koordineret af AMK, og kan fleksibelt indsættes i hele regionen.

Bemanding

Ved mindre hændelser, hvor AMK ikke er aktiveret, fungerer regionens døgnåbne akutte psykiatriske skadestue/modtageafdeling som det sted, hvor et mindre antal patienter/personer med behov for psykosocial assistance kan henvises til.

Ved hændelser hvor AMK er aktiveret, er det den vagthavende læge i AMK (AMK-lægen) der alarmerer og kommunikerer direkte med den lokale kriseterapeutiske beredskabsledelse ved den psykiatriske afdeling, som er eller bliver involveret i hændelsen. AMK og den lokale kriseterapeutiske beredskabsleder aftaler, hvilke foranstaltninger, herunder hvilke personaleressourcer der skal anvendes. Folkekirkens Katastrofeberedskab indgår som en del af det kriseterapeutiske beredskab.

Procedurer i akutfasen

Stillingtagen til om der skal sendes psykosociale udrykningsteam ud, eller om de berørte skal indtil den akut psykiatriske skadestue, eller om Folkekirkens

Katastrofeberedskab skal benyttes aftales mellem AMK og den psykiatriske beredskabsleder. Det skal også overvejes om børne- og ungdomspsykiatrien skal involveres.

I tilfælde af udsendelse, aftales mødested med AMK og tasker med relevant indhold medbringes. Et udsendt hold ifører sig blå markeringsveste med påskriften "krisehjælp".

Der uddeles brochurer om normale krisereaktioner, og de personer som det kriseterapeutiske beredskab har været i kontakt med, registreres med henblik på eventuel opfølgning.

Det sikres, at alle der er indlagt på somatisk afdeling modtager tilbud om krisestøtte ved at informere de somatiske afdelinger, om at det psykosociale beredskab er aktiveret.

Opfølgende indsats

Formålet med den opfølgende indsats er at forebygge og behandle symptomer på post traumatisk stress syndrom (PTSD) og andre følgetilstande hos berørte. Hvis regionens psykosociale beredskab har været aktiveret i akutfasen er regionen ansvarlig for kommunikation og information til borgerne. Nogle borgere vil være registreret i forbindelse med selve hændelsen, medens andre kan have været til stede ved hændelsen uden at være set eller registreret af indsatspersonalet.

Den psykiatriske kriseledelse er ansvarlig for at planlægge indsatsen i opfølgingsfasen. Der skal dels formidles relevant information til samarbejdspartnerne (specielt kommunen), dels kommunikation til befolkning og berørte om mulighed for bistand.

Det skal sikres, at så mange som muligt af potentielt berørte personer får kendskab til muligheden for opfølgning, samt hvor de pågældende kan henvende sig ved behov.

For yderligere information, se "Vejledning vedrørende planlægning af sundhedsberedskab, punkt 10.8 – Sundhedsstyrelsen 2017"

Intern beredskabsplan

Der er udarbejdet en intern beredskabsplan for psykiatrien i Region Syddanmark, som beskriver forholdsregler i forbindelse med brand, terrortrusler, naturkatastrofer og eventuel evakuering.

2.6. Lægemiddelberedskab, antidoter og blodberedskabet

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

Lægemiddeloven danner grundlag for bekendtgørelse om spredning af lægemiddellagre i forsyningsmæssige nødsituationer, samt under krise og krig. Bekendtgørelsen giver lægemiddelstyrelsen mulighed for omfordeling af lægemiddellagrene for at sikre forsyningerne i hele landet.

Blod og blodprodukter er ikke lægemidler, men er omfattet af blodforsyningsloven. Blod derivater (albumin, immunglobulin m.fl.) er lægemidler, og er dermed omfattet af lægemiddeloven.

Myndighedsopgaver i forbindelse med lægemiddelberedskabet varetages af Lægemiddelstyrelsen. Planlægningsforpligtigheden vedrørende lægemiddelberedskabet ligger både hos regionerne og i kommunerne.

Regionen har oprettet et lægemiddelberedskabsudvalg som varetager lægemiddelberedskabsplanlægning. Udvalget er sammensat af repræsentanter fra de 4 sygehusapoteker samt repræsentanter fra Regionerne. Planlægningen tager udgangspunkt i Danske Regioners rapport vedrørende samordning af regionernes lægemiddelberedskab fra 2011, som også indeholder et katalog over beredskabslægemidler. Det forudsættes, at der generelt i Danmark er medicin nok til at kunne håndtere en sundhedsberedskabssituation. I praksis er det sygehusapotekerne der sikrer, at der er et tilstrækkeligt lægemiddelberedskab.

Antidotberedskabet overfor masseforgiftninger er baseret på de 2 speciallagre i henholdsvis Århus og København. Derfra kan midlerne i givet fald rekvireres. Flere af de lagerholdte antidoter kan bruges i tilfælde af udslip af giftige stoffer i industrielle virksomheder, der kan ramme en større gruppe af mennesker. Der er landsdækkende udarbejdet en antidothåndbog, som løbende opdateres, og som beskriver, hvilke antidoter der bør være til stede på sygehusene (www.sygehusberedskabet.dk).

Opgave

Det almindelige daglige lægemiddelberedskab skal kunne øge eller omstille sin kapacitet, såvel kvalitativt som kvantitativt i forbindelse med større hændelser eller skader inklusive CBRNE-hændelser.

I den akutte situation skal sygehuset:

- vurdere behovet for relevante lægemidler
- sikre fremskaffelse af og/eller produktion af supplerende lægemidler
- sikre distribution af lægemidler

Beredskabet skal kunne dække behovet på sygehusene og det præhospitale område.

Sygehusene og sygehusapotekerne skal desuden sikre, at der altid er et basislager af antidoter i FAM i henhold til anbefalingerne i Antidothåndbogen, OUH skal herudover ligge inde med et suppleringslager svarende til det anbefalede i Antidothåndbogen.

Ledelse

Det er AMK der overordnet koordinerer indsatsen ved en beredskabshændelse i tæt samarbejde med beredskabslederne på sygehusene. Beredskabslederen på sygehuset vurderer sammen med sygehusapoteket lægemiddelberedskabet i

den konkrete situation, hvor det er den vagthavende sygehusapoteker, der er leder af lægemiddelberedskabet.

Organisation

Den overvejende del af de industrielt fremstillede lægemidler købes via AMGROS. Distribution til sygehusapotekerne sker direkte fra fremstillerne og importører eller gennem private lægemiddelgrossister.

Sygehusapotekerne/OUH i Region Syddanmark kan selv fremstille/øge produktionen af intravenøse væsker.

Der er lavet aftaler med de andre regioner i Danmark vedrørende hjælp i mangelsituationer.

I nødsituationer kan apotekerne rette henvendelse til AMGROS.

I Region Syddanmark er det besluttet, at hver sygehusenhed skal ligge inde med, hvad der svarer til 7 dages normalforbrug af de i listen anførte lægemidler.

Hvis der opstår en situation med udsigt til mangel på medicin eller medicinsk udstyr i på det præhospitale område, på sygehusene eller kommunerne på grund af en større hændelse, vil regionen søge at afhjælpe situationen eventuelt ved henvendelse til AMGROS.

Bemanding

I tilfælde af akut behov for at øge lægemiddelberedskabet kan vagthavende apoteker på akutsygehusene kontaktes døgnet rundt, med henblik på iværksættelse af apotekets beredskabsplan.

Procedure

På alle akutsygehusene foreligger der en procedure for aktivering af lægemiddelberedskabet.

Patienter vil ved ekstraordinær udskrivelse fra sygehusene få medicin med til 48 timer, hvis der er behov for dette.

Blodberedskab

Ulykker, større hændelser og terror kan medføre et øget behov for blod.

Pandemier eller længerevarende strømafbrydelser kan resultere i mangel på blod. Produktionsproblemer, katastrofer, terror, strejker kan resultere i mangel på blod som følge af manglende leverancer af blodposer og testkits.

Ledelsen af blodberedskabet i Region Syddanmark udgøres af vagthavende læge ved Klinisk Immunologisk Afdeling, Odense Universitetshospital.

Vagthavende læge kontakter hurtigst muligt afdelingsledelsen og den produktionsansvarlige overlæge, der overtager ledelsen efter at være fremmødt.

Ledelsen af blodberedskabet styrer og omfordeler blodlagre på regionalt niveau.

Ledelsen af blodberedskabet anmoder om blod fra øvrige regioner/DRK

Hamburg og behandler sådanne anmodninger fra øvrige regioner/udlandet.

Ledelsen af blodberedskabet kan også omfordele lagre af blodposer, reagenser til blodtypebestemmelse og forligelighedsundersøgelse, samt personale til bloddonortapning og blodtypeserologi inden for regionen.

Ledelsen af blodberedskabet kan anmode regionens blodbanker om at øge tappeaktiviteten iht. de lokale beredskabsplaner. De lokale beredskabsplaner skal give mulighed for en umiddelbar fordobling af tappeaktiviteten. Såfremt KIA, OUH ikke er i stand til forarbejde eller teste blod, sendes fuldblod hhv. blodprøver til Skejby Sygehus, Næstved Sygehus eller Rigshospitalet mhp. hhv. forarbejdning og testning.

Regionens blodbanker forpligtiger sig til at lagerføre utensilier (blodposer, reagenser til smitte-markør-screening, blodtypekontrol, blodtypebestemmelse og forlidelighedsundersøgelse) til 45 dages normalt forbrug.

Transport(donorer, fuldblod, blodkomponenter). Ved behov for transport kontaktes AMK.

Blodberedskabet er afhængigt af fungerende el, vand og IT, jf. Appendiks 3.4.2. Det er sygehusenes ansvar, at blodbankerne er tilstrækkeligt sikret mod nedbrud af el, IT og vandforsyning

Utensilier

Sygehusenes sterilcentraler skal hele tiden have et passende lager af almindelige utensilier og skal desuden have planer for, hvordan der hurtigt kan skaffes ekstra utensilier, hvis sygehuset kommer under pres.

2.7. Primære sundhedstjeneste og praksissektoren

Beredskabet i den primære sundhedstjeneste er beredskabet i den del af sundhedsvæsenet, der ligger uden for sygehusene.

Den primære sundhedssektor skal, under større ulykker og katastrofer sikre en videreførelse af de daglige opgaver, tilpasset de ændrede krav som situationen fordrer, herunder forebyggelses-, behandlings- og omsorgsopgaver.

De overordnede opgaver omfatter:

- modtagelse, pleje og behandling af ekstraordinært udskrevne patienter samt andre syge og smittede i eget hjem
- behandling af lettere tilskadedkomne som aflastning af sygehusene
- varetagelse af hygiejniske foranstaltninger, forebyggelse og behandling af infektioner og epidemiske sygdomme
- plejeopgaver i relation til særlige situationer som fx ekstremt vejrlig, drikkevandsforurening mv.
- bistå regionen med massevaccination
- ydelse af anden omsorg til tilskadedkomne, syge og handicappede, herunder evt. krisestøtte

Opgaverne afhænger i øvrigt af hændelsens omfang og de problemer, der følger i kølvandet på hændelsen.

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

er alene beredskabslovens § 57, som giver den formelle hjemmel til inddragelse af praksissektoren i beredskabssituationer ("Offentligt ansatte og ansatte i offentlige og private virksomheder og institutioner skal udføre de opgaver inden for redningsberedskabet og den civile sektors beredskab, der pålægges dem").

Region Syddanmark har aftalt med praksissektoren, at planerne skal samordnes. Der foreligger aftaler om, hvorledes de praktiserende læger alarmeres i dagtid og i vagttid.

Det er regionen, der i en beredskabssituation har den koordinerende rolle, og som skal fastlægge den samlede organisation og koordinering af indsatsen inden for den primære sundhedstjeneste.

Procedure ved ekstraordinær udskrivelse

Det er aftalt mellem regionen og kommunerne, at hvis en sygehusenhed vurderer, at der bliver behov for ekstraordinær udskrivelse af patienter, så kontakter AMK kommunerne og varsler disse. Derefter foregår udskrivelsen, ligesom i dagligdagen, ved at de enkelte afdelinger tager kontakt til den pågældende kommune, hvorfra patienten kommer med henblik på konkret aftale. Der medgives medicin og hjælpemidler i fornødent omfang, dvs. indtil patienten selv eller med kommunens og den praktiserende læges hjælp har etableret den nødvendige assistance (normalt svarende til 48 timer). Regionen betaler hjemtransporten ved ekstraordinær udskrivning, efter de sædvanlige regler.

Procedure ved behandling af lettere tilskadekomne og ydelse af anden omsorg, samt bistand ved massevaccination:

AMK kontakter praksis og/eller vagtlægerne i forbindelse med en konkret opgave, hvorefter nærmere detaljer aftales, tid, sted og opgave

Procedure ved plejeopgaver i relation til særlige situationer som vejrlig og drikkevandsforurening:

Opgaven håndteres i kommunalt regi eventuelt sammen med Styrelsen for Patientsikkerhed og koordineres i LBS

3. Appendiks

3.1. Forebyggelse/kontinuitet

Regionen og sygehusene skal bedst mulig sikre sig at driften, både under normale, men også under ekstraordinære omstændigheder, ikke forstyrres. Der skal laves forebyggende tiltag, der enten helt sikrer, at driften ikke forstyrres, eller i bedste fald, reducerer konsekvenserne af en eventuel hændelse. Forebyggelse betyder også, at man bedst mulig skal sikre sig mod forstyrrelser i den daglige drift i tilfælde af utilsigtede hændelser som fx strømsvigt, IT nedbrud, tilstrømning af mange patienter mv.

Hvilke forebyggende tiltag der skal iværksættes tager udgangspunkt i en konsekvensanalyse som nævnt i 3.4.

Regionen og de enkelte sygehuse bør lave en konsekvensanalyse, som danner grundlag for eventuelle forbyggende tiltag.

Regionen skal eksempelvis sikre sig, at AMK Vagtcentralen ved strømsvigt kan fortsætte driften, ved at der er etableret nødstrømsforsyning og/eller redundant strømforsyning. Der skal etableres adgangskontrol, og der skal etableres mulighed for at AMK Vagtcenfunktioen kan fortsætte i andre lokaler i tilfælde af fx brand.

Sygehusene skal ligeledes have et nødstrømssystem, der sikrer at sygehusets funktioner, herunder IT, videreføres ved strømsvigt. Ved nybygning, ombygning mv. skal der tænkes på risiko og sårbarhed. Eksempelvis skal et nødstrømsforsyningsanlæg ikke stå i en kælder, hvor der er risiko for oversvømmelse.

Forebyggelse betyder også, at der afholdes øvelser, således at man bedst mulig er i stand til at organisere modtagelse af ekstraordinært mange patienter

3.2. Uddannelse

Der foretages løbende uddannelse af regionale medarbejdere i at kunne håndtere beredskabshændelser via ekstern og intern uddannelse. Sygehusene kan henvende sig til beredskabskoordinatoren om beredskabsuddannelsesbehov.

Der tilbydes intern beredskabsuddannelse i Region Syddanmark i:

- Grunduddannelse akutlæger
- Efteruddannelse akutlæger
- Terror og mentalforberedelse
- CBRNE
- Psykosocial indsats
- Temadage

Der er beredskabskursuskatalog på regionens hjemmeside.

Ekstern beredskabsuddannelse i Region Syddanmark

Medarbejdere med behov for det sendes på relevante beredskabskurser hos Beredskabsstyrelsen. AMK-læger bør alle deltage i kurset "Samfundets Beredskab" og alle der skal arbejde i den LBS bør deltage i "Krisestaben i Samfundets Beredskab"

Årligt uddannes 3-5 akutlægebilslæger til ISL-SUND ved det 3 uger lange tværfaglige indsatsleder kursus i Tinglev.

3.3. Øvelser

Øvelser er et centralt led i bestræbelserne på at holde sundhedspersonalets beredskabsfærdigheder ved lige, hvorfor sygehusene er forpligtet til at indgå i øvelsesaktiviteter i regionen for at kunne agere i en beredskabssituation.

I Region Syddanmark er planlægningen af kurser og øvelser lagt i et Beredskabsuddannelses- og øvelsesudvalg. Regionen indgår i (Fyns, Syd- og Sønderjylland og Sydøstjylland) koordinations- og øvelsesudvalg, hvor der planlægges øvelser for 1 år ad gangen. Der veksles mellem dilemmaøvelser, krisestydingsøvelser og fuldskalaøvelser. Efter hver øvelse evalueres der

sektorvis, hvorefter der bliver udarbejdet en endelig evalueringsrapport. Sundhedsberedskabets evaluering indgår i denne rapport.

I kontaktgruppen vedrørende Storebæltsberedskabet planlægges hvert år en fuldskalaøvelse. Hvert andet år foregår øvelsen i tunnelen, og hvert andet år foregår den på Vestbroen/højbroen. Der planlægges for 5 år ad gangen. Efter hver øvelse evalueres der sektorvis. Sundhedsberedskabets evaluering indgår i Storebæltsberedskabets endelige evalueringsrapport.

I forbindelse med øvelserne tilstræbes det at træne såvel det præhospitalt beredskab som sygehusberedskabet i at håndtere større hændelser, CBRNE-hændelser med selvhenvendere til sygehusene, samt det kriseterapeutiske beredskab.

Rigspolitiet afholder 6 CBRNE-øvelser årligt i Danmark. Sundhedsberedskabet i Region Syddanmark indgår i de øvelser, der bliver afholdt i regionen. Der udarbejdes en årlig evalueringsrapport for disse øvelser.

Der orienteres om alle øvelser i Sundhedsberedskabs- og præhospitaludvalget (SUPU) samt i Beredskabsuddannelses- og øvelsesudvalget mhp. ændringer samt implementering af fund ved øvelserne.

3.4. Evaluering

Regionen evaluerer større hændelser og øvelser. Efter større hændelser afholdes der evalueringsmøder med relevante parter, og der udarbejdes en rapport med henblik på læring og forbedrende tiltag.

3.5. Risiko og sårbarhedsvurdering

Region Syddanmark foretager løbende en sundhedsberedskabsplanlægning, så hovedrisiciene for det regionale sundhedsvæsen kan håndteres hensigtsmæssigt.

Region Syddanmarks risiko- og sårbarhedsvurdering bygger på nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige trusselvurderinger, herunder "Nationalt risikobillede 2017" fra Beredskabsstyrelsen.

Sundhedsberedskabet skal opbygges med en beredthed og planlægning, der svarer til sandsynligheden og alvorligheden af de risici regionen står overfor.

Risikoanalysen i dette afsnit er lavet for Region Syddanmark som helhed.

Hovedsårbarhedsområderne for Region Syddanmarks sundhedsvæsen:

Forsyningssvigt:

- It-/telefonnedbrud
- Strømforsyningssvigt
- Vandforsyningssvigt
- Varmeforsyningssvigt

- Mangel på medicinske gasser
- Manglende ventilation
- AMK-vagtcentralen ude af drift

Ulykker/uheld:

- Brand
- Terror/hærværk
- Kemikalieuheld på sygehuset
- Bevæbnet/voldelig person
- Bombetrussel
- Oversvømmelse

Hovedsårbarheder i Region Syddanmarks sundhedsvæsen:

- Hovedsårbarheden i det regionale sundhedsvæsen er it-/telefonnedbrud. Vedrørende regionens IT-systemer, så er der på omkring ca. 80 kritiske IT-systemer etableret vagtberedskaber. Vagtberedskabet består på 1. niveau af 24/7 bemanded servicedesk. På andet niveau af tekniske vagter på standby med 15 min. tilkaldetid (servere, netværk, storage) og endeligt et ledelseslag til kommunikation/eskalation. Der er to primære maskinstuer i regionen i Odense og Esbjerg med nødstrøm og alternativer forbindelser. Nogle af de kritiske IT-systemer er dublerede, så de både kan drives fra Odense og Esbjerg. For ikke dublerede systemer gælder, at kritiske funktioner kan understøttes uden IT via manuel styring, og at der kan ske reetablering af systemerne ud fra backup placeret uden for det aktuelle driftscenter. De ikke dublerede systemer giver selvfølgelig en vis sårbarhed, idet IT-nedbrud vil give forstyrrelser i driften. Regionen har en proces for Major Incident Management, der træder i kraft, hvis der sker en ikke planlagt afbrydelse af en it-service eller reduktion i kvaliteten af it-service, der har en meget stor negativ effekt og ikke umiddelbart kan løses. Da det har alvorlige konsekvenser, hvis kritiske it-systemer forsvinder, så bør sygehusenhederne have tænkt igennem, hvad de vil gøre, hvis et kritisk it-system er væk i regionen i en periode, f. eks. i et døgn eller i en uge. Det kan være en god ide at lave en skrivebordsøvelse over IT-nedbrud, hvad gør sygehusenhed/afdeling, hvis et maskinhus pludselig er ude af drift, f. eks. pga. lynnedslag.
- Strømsvigt. Det meste apparatur og det meste kommunikation på sygehusene er/foregår elektronisk. Hvis der ikke er strøm, vil det blive svært at kunne undersøge og behandle patienter og holde de mest kritiske syge og tilskadekomne patienter i live. Der er backupsystem på strømsvigt på sygehusene i form af nødstrømsanlæg.

- Vandsvigt. Et sygehus har behov for forsyning med rent vand, da hygiejneforholdene er af stor betydning på et sygehus, og vand er vigtigt i forplejningen.
- Varmesvigt. Det er vigtigt for at et sygehus kan fungere, at der er en tilpas temperatur, især i en situation med hård frost/vind, hvor der hurtigt kan opstå en kritisk situation på et sygehus.
- Mangel på medicinske gasser, medicin og utensilier er kritisk for operations- og behandlingsaktiviteten.
- AMK (Akut Medicinsk Koordination) koordinerer den medicinske indsats ved større ulykker o.l. Det er vigtigt at AMK altid kan fungere.
- Ulykker/uheld: Brand, terror/hærværk, kemikalieuheld på sygehuset, bevæbnet/voldelig person, bombetrussel og oversvømmelse kan medføre, at et sygehus sættes helt eller delvist ud af drift, og at sygehuset skal evakueres med de logistiske udfordringer det medfører.

Der skal i Region Syddanmark være planer og udstyr, så den regionale sundhedssektor kan fungere selv om en sårbarhedssituation opstår.

F.eks. er nødstrømsanlæg en måde at sikre driften af sygehuset, hvis den normale elforsyning forsvinder f.eks. i en orkansituation.

3.5.1 Konsekvensanalyse

Konsekvensanalyse kan anvendes til at afdække de situationer, der skaber pres i sundhedssektoren, og hvilke konsekvenser en hændelse kan have, samt hvad man kan gøre for at forebygge. Afhjælpende foranstaltninger er så den beredskabsplan man iværksætter i den konkrete situation.

Sygehusenhederne skal udarbejde en konsekvensanalyse for egen enhed.

Konsekvensanalysen er en metode til hurtigt og systematiske at analysere konsekvenser af situationer, der skaber pres på organisationen. Analysen skaber overblik over, hvilke forebyggende og afhjælpende tiltag der kan eller bør iværksættes for at håndtere eller mindske konsekvenser af analyserede hændelser.

Eksempler på situationer/hændelser der kan analyseres er:

- masseskade i forbindelse med større trafikuheld
- flere skadesteder med mange tilskadekomne, fx en terrorhændelse med flere bombesprængninger og/eller angreb med skydevåben
- epidemier eller pandemier med behandling af mange patienter på sygehuse og i eget hjem via praksissektoren
- fødevarer eller drikkevandsforurening der kan gøre mange patienter syge på en gang
- ekstremt vejrlig med ufremkommelige veje, hvor ambulancer og hjemmepleje ikke kan komme frem på almindelig vis

- større nedbrud i strømforsyning og kritiske IT systemer.

Målet er i sidste ende at kunne opretholde eller genoprette den daglige drift samt styrke systemets robusthed.

Konsekvensanalyse – sygehuse - eksempler

Situationer der skaber pres	Konsekvenser	Forebyggende tiltag	Afhjælpende tiltag	Samarbejdspartnere
Mange akutte patienter på sygehuset	Øget sygelighed og dødelighed	En plan for etablering af tilstrækkelige ressourcer	Iværksættelse af beredskabsplan	AMK, sygehuse, politi,
IT nedbrud	Manglende registrering af patienter, manglende adgang til procedurer, lab. svar mv.	Plan for alternativ registrering, fx papirjournaler	Iværksættelse af plan	Lokal IT afdeling, regional IT afdeling, evt. leverandør af IT udstyr
Brand	Personale og patienter i livsfare	Sprinkleranlæg, undervisning i brandbekæmpelse, Lokale brandslukkere Plan for evakuering	Alarmering, slukning, evakuering af afdeling eller sygehus	Politi, brandvæsen, AMK
Strømsvigt, IT eller telefonsvigt i AMK Vagtcentralen	Manglende udkald af ambulancer og akutlægebiler	Redundante systemer Plan for løsning ved nedbrud	Iværksættelse af plan	Regional IT
Brand i AMKVC	Manglende udkald af ambulancer og akutlægebiler	Sprinklersystem Alternativ lokation for AMKVC	Brandslukning, Flytning til alternativ lokation	Brandvæsen, politi, Regional IT

3.6 Ansvarsoversigt

Ansvarsoversigten viser, hvem i Region Syddanmark, der har hovedansvaret for de forskellige dele af beredskabsplanlægningen.

Afsnit i beredskabsplanen	Planlægningsområde	Sundhedsplanlægning	AMK-vagtcentralen	De somatiske sygehusenheder	Psykiatrienheden	Rådssekretariatet
1.0.	Beredskabsplan for regionen inkl.: <ul style="list-style-type: none"> • Civil beredskabsplan • sundhedsberedskabsplan 	X				
1.2	Organisation og ledelse: Actioncard krisestyingsstab					X
1.6	Actioncard kommunikation	X				
2.1.	Visitationsvejledning for 1-1-2 indsats		X			
2.1.	Instruks for sundhedsfaglig visitation		X			
2.1.	Disponeringsmanual præhospital indsats		X			
1.3..	AMKs Aktiveringsplan 1)	X	x			
1.0.	Vagtcentralen beredskabsplan		X			
2.3.	Sygehusberedskabsplaner			X		
2.5.	Kriseterapeutisk beredskab Beredskabsplan inkl. actioncard for lokal og central aktivering				X	

1) Udarbejdes i samarbejde mellem beredskabskoordinator og AMK-læge

Ordliste

112 akuthjælpere

Frivillige fra et lokalområde, udpeget af regionen. 112 akuthjælpere tilkaldes ved behov som supplerende præhospital ressource. For at indgå i ordningen skal 112 akuthjælperen have indgået aftale med regionen om deltagelse i ordningen og modtaget førstehjælpsundervisning.

ABC-principper

Det grundlæggende princip man anvender i akut indsats til syge/tilskadekomne er:

- **A** – Airway (frie luftveje)
- **B** – Breathing (vejrtrækning)
- **C** – Circulation (kredsløbet og hjertet)

ABCDE-principper

ABCDE er en systematisk tilgang, som kan anvendes til alle kritisk syge og tilskadekomne: A = Airway (luftveje), B = Breathing (vejrtrækning), C = Circulation (kredsløb), D = Disability (neurologisk status) og E = Exposure (eksponering).

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.

Akutbil

Udrykningskøretøj bemanded med en paramediciner. Enheden medbringer medicin og andet behandlings- og kommunikationsudstyr til den præhospital indsats.

Akutlægebil

Udrykningskøretøj bemanded med en speciallæge i anæstesiologi med erfaring i præhospital indsats samt en ambulancebehandler eller paramediciner. Enheden medbringer medicin, andet behandlingsudstyr og kommunikationsudstyr til den præhospital indsats. Enheden kan ikke transportere patienter.

Akutlægehelikopter

Helikopter bemanded med en speciallæge i anæstesiologi med erfaring i præhospital indsats, en pilot og en ambulancebehandler eller paramediciner, som er trænet i navigation, kommunikation og flyteknik.

Alarmcentral

Den lokalitet, hvor 112 alarmopkald modtages. På grundlag af modtagne oplysninger iværksætter alarmcentralen alarmering af de relevante beredskaber.

AMK

Det er AMK Vagtcentralen, der aktiverer AMK-lægen, som derefter står for at iværksætte sundhedsberedskabet. AMK aktiveres ved større ulykker og katastrofer og har ansvaret for ledelsen af det regionale sundhedsberedskabs samlede indsats.

AMK-læge

Speciallæge, der under en stor ulykke eller katastrofe, leder regionens AMK.

AMK Vagtcentral Regionens kommandocentral, hvori AMK-funktionen indgår, og som modtager alle sundhedsmæssige opkald fra politiets alarmcentral (112), varetager sundhedsfaglig visitation og teknisk disponering af relevante præhospitale ressourcer og yder sundhedsfaglig vejledning og rådgivning til indringer.

Antidoter (modgifte)

Antidoter (modgifte) er lægemidler, som specifikt modvirker giftvirkningen af kemiske stoffer.

Beredskabshændelse

En hændelse/situation som på grund af antallet af tilskadekomne/berørte eller kompleksiteten af hændelsen betyder, at regionen ikke er i stand til at håndtere hændelsen med anvendelse af sædvanlige, dagligdags procedure og retningslinjer. En beredskabssituation fordrer, at regionen udvider og omstiller sin behandlings- og plejekapacitet ud over det daglige beredskab.

CBRNE-hændelser

Tilsigtede eller utilsigtede hændelser forårsaget af kemiske stoffer (C), biologisk materiale (B), radiologisk materiale (R), nukleart materiale (N) eller eksplosive stoffer (E).

Den Nationale Operative Stab (NOST)

Den Nationale Operative Stab er en del af kriseberedskabet i Politiet og varetager den koordinerende ledelse, når flere myndigheder medvirker ved konkrete beredskabsindsatser. Ledes som udgangspunkt af Rigspolitiet.

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 overlæge fra Styrelsen for Patientsikkerhed, 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.

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.

Forbindelsesofficer

Person der er forbindelsesled mellem organisationer eller dele heraf.

Giftlinjen

Giftlinjen er en landsækkende telefonrådgivning, hvor alle kan få direkte råd og hjælp i tilfælde af forgiftning. Sygeplejersker og læger, der er særligt uddannede inden for forgiftning,

sidder klar ved telefonerne døgnet rundt. Giftlinjen er beliggende på Bispebjerg Hospital www.bispebjerghospital.dk/giftlinjen.

Indsatsledelsen

Indsatsledelsen er det samarbejdsforum, hvor relevante ledere indgår, og som under koordination af politiet har det overordnede ledelsesmæssige ansvar for gennemførelsen af en redningsindsats på et skadested. Indsatsleder politi, indsatsleder redningsberedskab og indsatsleder sundhed udgør grundstammen i indsatsledelsen.

Indsatsleder politi (ISL POLITI)

Person fra politiet, der varetager den koordinerende ledelse af den samlede indsats i et indsatsområde samt den polititaktiske ledelse inden for indsatsområdet. Indsatsleder politi har også kommandoen over alle 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 det overordnede ansvar for alle indsatte enheders sikkerhed inden for indre afspærring. Indsatsleder Redningsberedskab udøver sin kommando gennem holdlederne, herunder tillige holdledere eller tilsvarende fra udefra kommende enheder.

Indsatsleder sundhed (ISL SUND)

Speciallæge i indsatsområdet, der har det sundhedsfaglige ansvar og ledelsen af den præhospital indsats i indsatsområdet.

Instrukser

Instrukser er konkrete vejledninger om håndtering af en afgrænset opgave eller arbejdsgange. 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 skalfølge.

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.

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)

Kommandostation ved politiet hvor relevante myndigheder kan samles og koordinere den udførende indsats ved særlige hændelser.

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.

Lokal beredskabsstab (LBS)

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, Totalforsvarets landdelsregioner, Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter og regionens sundhedsberedskab. Læge fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS-læge), relevante kommuner og andre myndigheder kan indkaldes ved behov. Ved beredskabsmæssige hændelser, der berører flere politikredse, kan Rigspolitichefen udpege én politikreds som ansvarlig for løsningen eller samordningen af den politimæssige indsats.

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 krisestyriingsorganisation 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.

Psykosocial indsats

Et samlet udtryk for den indsats, der omfatter krisestøtte og social assistance i akutfasen samt kriseterapi ved behov i opfølgingsfasen.

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.

SINE

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

Triage

Triage er et system, hvor man ud fra en vurdering fastlægger, hvordan de forskellige patienter skal prioriteres.

Version 181217