

Sundhedsberedskabs- og præhospital plan Forslag i høring 2008

1) Sammenfattende
sammenskrivning af høringssvar

2) Høringssvar

Sammenfattende sammenskrivning af indkomne høringssvar vedrørende forslag til sundhedsberedskabs- og præhospital plan.

Notat



Indledning.

Jf. Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. § 10 skal regionsrådet én gang i hver valgperiode udarbejde og vedtage en plan for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats. Planen skal forinden endelig godkendelse have været til høring hos kommunerne i regionen, Sundhedsstyrelsen, m.fl.

Dato 11-04-2008

Frede Dueholm Nørgaard

Tel. +45 8728 4475

FredeDueholm.Noergaard@stab.rm.dk

Side 1

Regionsrådet i Region Midtjylland besluttede på møde den 12. december 2007 at sende udarbejdet forslag til plan i høring hos en række relevante samarbejdspartnere inden for området.

Der er tale om en overordnet rammeplan, der efter endelig godkendelse skal udmøntes på de enkelte delemner. I denne proces skal der på de konkrete områder udarbejdes operationaliserbare delplaner.

Forslaget i høring er således primært rettet mod "myndighedshøring", idet mange af planens emner kræver et tæt samspil og samarbejde med andre myndigheder som politi, kommuner, øvrige regioner, m.fl. omkring gennemførelsen af delplanlægningen, operationaliseringen, implementeringen og det løbende samarbejde og den kontinuerlige koordination.

Udgangspunktet for udsendelse til høringsparter har således været myndighederne, der er repræsenteret i det at Regionsrådet nedsatte Sundhedsberedskabs- og Præhospitale Udvalg i Region Midtjylland.

Høringen:

Planen blev udsendt i høring den 21. december 2007 med høringsfrist til den 26. februar 2008.

Ved høringsfristen udløb er der givet enkelte kortvarige dispensationer fra fristen efter konkret aftale

Høringsparter:

- * 3 politikredse
 - Midt- og Vestjyllands Politi
 - Østjyllands Politi
 - Sydøstjyllands Politi
- * 19 kommuner
 - Kommunerne i Region Midtjylland
- * Lægekredsforeningen i Region Midtjylland
- * Embedslægeinstitutionen
 - Embedslægeinstitutionen Midtjylland,
Sundhedsstyrelsen
- * Beredskabscenter Midtjylland, Herning
 - Beredskabsstyrelsen
- * Ambulancetjenesten
- * Hospitalsledelserne
- * Sundhedsstyrelsen
- * Lægemiddelstyrelsen
- * Tilgrænsende Regioner
 - Region Nordjylland
 - Region Syddanmark

Kvitteringer:

Der er returneret kvitterings-mail til afsendere af høringssvar, hvor det har været muligt.

Modtagne høringssvar:

Sidst i dette notat ses en liste over afsendere af modtagne høringssvar.

Sundhedsstyrelsens svar er afgivet også på vegne af Lægemiddelstyrelsen og Embedslægeinstitutionen.

Metodik i den sammenfattende sammenskrivning af høringssvar.

Der synes grundlæggende at være to relevante metoder. 1) Gennemgang myndighed for myndighed. 2) Tema-orienteret gennemgang.

Præhospitalet og Beredskabet har valgt at tage afsæt i myndighederne.

Der vil i denne sammenhæng blive fokuseret på gennemgående træk i svarene. Men der bliver også omtalt særlige om end enkeltstående bemærkninger. Målet her er at kunne bibringe

læseren en overordnet opsamling og opsummering af de mere markante tilkendegivelser. Det betyder så naturligt også, at sammenskrivningen ikke kan rumme alle vinkler af svarene. For en detaljeret indsigt i de enkelte høringssvar henvises derfor til disse.

Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen oplyser, at høringssvaret er afstemt med Lægemiddelstyrelsen og Embedslægeinstitutionen Region Midtjylland, hvorfor der ikke fremsendes særskilte høringssvar derfra.

Sundhedsstyrelsen konstaterer med tilfredshed, at målsætninger og hensigter er i overensstemmelse med Håndbog om sundhedsberedskab og anbefalingerne i Akutrapporten. Der peges endvidere på, at planen indeholder målsætninger for udarbejdelsen af en række delplaner, hvilket Sundhedsstyrelsen finder yderst relevant, dog finder Sundhedsstyrelsen det væsentligt, at disse planer udarbejdes snarest eller at der foreligger en tidsplan for, hvornår de forventes udarbejdet.

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at der forventes etableret en fælles AMK i 2008. Aktiveringen af sundhedsberedskabet findes at være et væsentligt element i planlægningen.

Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at Region Midtjylland tager initiativ til samarbejdet med kommunerne om udarbejdelsen af risiko- og sårbarhedsvurderinger, samtidig med at der udarbejdes en uafhængig regional vurdering.

Sundhedsstyrelsen savner generelt overvejelser om samarbejdet med kommunerne og finder det nødvendigt, at der udarbejdes en foreløbig aftale. Sundhedsstyrelsen tilkendegiver, at det findes naturligt, at regionen tager initiativet til at få udarbejdet samarbejdsaftaler med kommunerne.

Der bør endvidere udarbejdes en fælles plan i regionen for isolationskapaciteter, karantæne- og vaccinationsfaciliteter.

Endelig finder Sundhedsstyrelsen, at der overordnet mangler en plan for uddannelses- og øvelsesvirksomhed. Herunder at der opstilles nogle fælles minimumskrav for uddannelses- og øvelsesaktiviteten gældende for hele regionen.

Konkluderende betegner Sundhedsstyrelsen planen som et udmærket foreløbigt planforslag. Planen har karakter af en rammeplan for den overordnede sundhedsberedskabsplan med hensigtserklæringer vedrørende målsætninger for denne. Planen er som sådan udmærket, men den er ikke operationel nok til fuldt ud at leve op til de krav, der stilles til en samlet regional sundhedsberedskabsplan. Det noteres, at præhospitalsdelen er betydelig mere operationel, end sundhedsberedskabsdelen.

Nabo regioner.

(Region Nordjylland)

Der ses et stigende behov for at tænke præhospitalt- og sundhedsberedskab på tværs af regionsgrænser. Region Nordjylland vil være positiv overfor en mere formaliseret samordning

af de planer, der foreligger i regionerne. Herunder gerne en vidensdeling omkring organisering, strukturering og erfaringsevaluering, m.m.

Politikredse i Regionen.

Planen har ikke givet anledning til bemærkninger. Fra Midt- og Vestjyllands Politi udtales, at planen anses for meget velskrevet og kommandoforholdene er velbeskrevet for alle komponenter.

Kommunerne i regionen.

Planarbejdet og processerne kan rumme og repræsentere en styrkelse af indsatsen. Planen er et fint grundlag med positive elementer. Men der peges også på, at planen kan styrkes ved at være mere præcis i beskrivelsen af de potentielle muligheder, der ligger i den kommunale beredskabsindsats som en del af den samlede indsats. Ligesom en mere udførlig beskrivelse af snitfladerne mellem kommunerne og regionen bliver efterspurgt. Dette bl.a. med henblik på styrkelse af sammenhænge og koordination, som af flere ses som forudsætningen for højere kvalitet i samspillet.

Silkeborg kommunes høringssvar tilkendegiver bl.a., at da kommunen ikke kunne bakke op om Akutplanen, er der dermed væsentlige dele af plangrundlaget for Sundhedsberedskabs- og Præhospital planen, som man heller ikke kan bakke op.

Norddjurs kommune har bl.a. "genfremsendt" sit høringssvar til akutplanen, hvori det bl.a. henstilles til Regionsrådet, at lægebilen på Djursland er lægebemandet m.v.

Ikast-Brande kommune tilkendegiver en klar forventning om, at der ikke sker opgaveglidning fra det regionale plan uden en forudgående drøftelse og afklaring af de økonomiske aspekter forbundet hermed.

Viborg kommune forventer, at Region Midtjylland efter 2008 overtager det fulde ansvar for udrykningsbilen i Karup og dens drift og økonomi.

Der er peget på, at det er nødvendigt, at der afsættes de fornødne ressourcer til gennemførelse af opgaverne i planen.

Der er meget entydige svar vedrørende den præhospitale indsats. Den skal styrkes og være af meget høj kvalitet. I en tid med ændringer i hospitalsstrukturen er det afgørende vigtigt, at der kan tilbydes en præhospital indsats, der kan sikre en højt kvalificeret sundhedsfaglig indsats i hele processen i den præhospitale kæde, samt bidrage til tryghed i lokal- og/eller yderområder. Her nævnes en række synspunkter:

- Efter- og videreuddannelse af (al) personale, der deltager i den præhospitale kæde
- Hurtige responstider
- Lægebemandede akutbiler døgnet rundt
- Sammenhængende præhospitalsindsats både i kæden og med øvrige myndigheder
- Telemedicinske løsninger
- Tilstrækkelig borgerinformation om indsatsen og om, hvad/hvordan man gør som borger ved en ulykke m.v.

- Styrkelse af sammenhænge og koordination mellem myndigheder inden for området
- (At inddrage) Det kommunale redningsberedskab som en del af den præhospitale kæde
- (At regionen tilbyder) Nødbehandleruddannelse til kommunale indsatspersonale
- Førstehjælpskurser til lægmand
- Hjertestartere (flere offentlige steder)
- Fagligt højt kvalificeret visitation og disponering
- (Videreførelse af) Særlige præhospitale ordninger
- Sikre borgernes tilgængelighed til præhospital service
- Behandlerfunktionen på skadestedet (optimere kvaliteten)
- Samarbejdet med praksissektoren/praktiserende læger
- Helikopterindsats som en del af den præhospitale indsats
- Positivt med fokus på forskning og kvalitet

Der er opbakning til forslaget om tilknytning af sundhedsfagligt personale ved vurdering af alarmeringssituationer med ambulancekald. Der efterlyses dog en præcis tidsplan.

Forslaget om gradueret respons bliver ligeledes godt modtaget. Men der lægges vægt på, at regionen udviser forsigtighed ved indførelse af ordningen, og at der sikres hurtig hjælp til alle. Flere anbefaler en gradvis indførelse, hvor der indhøstes og gøres brug af erfaringer undervejs. Der vil være særlig opmærksomhed omkring responstid i ambulanceberedskabet. Der efterlyses en tidsplan for indførelsen.

Tilsvarende er der positivitet over for telemedicinske løsninger i præhospitalindsatsen. Men også hér efterlyses en tidsplan.

Særligt vedrørende sundhedsberedskabet fremføres det bl.a., at kommunerne er meget indstillet på et tæt samarbejde. Det noteres med tilfredshed, at regionen søger en dialogbaseret proces. Der efterlyses imidlertid en plan for, hvordan. D.v.s. en tids- og handleplan. Overvejelser om samarbejdsprocesser m.v. Flere kommuner opfordrer regionen til at tage initiativet og ikke afvente de kommunale planprocesser. Regionens initiativ kan evt. også skabe en ensartet koordineret planstruktur. Der efterlyses en mere udførlig beskrivelse af snitflader, og der efterlyses præcise aftaler om aktiveringen af det kommunale beredskab. Endelig fremføres et konkret forslag om uddannelsestilbud til primærsygeplejersker indenfor CBRN-beredskabet.

Hospitalerne.

(forskelligt hvem der har været involveret i udarbejdelsen af hospitalets høringsvar.

Viborg: Beredskabsudvalget

Vest: Hospitalsledelsen

Silkeborg: HMU

Århus Sygehus: Traumerådet og Beredskabsledelsen

Skejby: Hospitalsadm.)

Generelt tilkendegives, at det er en god og gennemarbejdet plan. Svarmønstret er forskelligt. Nedenstående opstilling af udsagn dækker således overvejende over enkeltudsagn.

- Etablering af daglig-AMK
- En daglig-AMK, der varetager koordineringen af akutbil-ordningerne

- Der savnes en tids- og handleplan for den præhospitale planlægning
- Etablering af selvstændig organisation til varetagelse af: vagtcentralfunktion, daglig-AMK, beredskabs-AMK, lægevagtsvisitation, sundhedsfaglig rådgivning af alarm 112 og vagtcentral, m.m. [Århus Sygehus]
- Akutbil-ordninger med lægebemanding
- Bevare de nuværende anæstesisygeplejerske-udrykningsordninger i døgndækning samt døgndækkende lægebemandede akutbiler [konkret forslag fra Hospitalsenhed Vest vedrørende dækningen i regionens vestlig område] med henblik på at fastholde en fornuftig responstid i yderområder, m.m.
- Forslag om (borgerorienteret) informationsstrategi
- Opfordring til regionen om at tage initiativ vedrørende udarbejdelser af risiko- og sårbarhedsanalyser
- Uddannelsesprogram, som også omfatter tværregional uddannelse af hospitalernes beredskabsledere
- Regelmæssige tværregionale øvelser
- Forslag om at der oprettes en tværregional [hospitals-] beredskabsgruppe

Brugerråd.

Sundhedsbrugerrådet:

Overordnet findes planen god og fyldestgørende. Sundhedsbrugerrådet bakker op om de fleste tiltag og støtter især forskning, uddannelse og efter- og videreuddannelse.

Sundhedsbrugerrådet anbefaler øget brug af elektronisk kommunikation.

Rådet efterlyser en strategi for planprojektets offentliggørelse samt implementering.

Vedrørende den præhospitale kæde peges på uddannelse af lægmand (førstehjælp), m.m. Udbredelse af hjertestartere, m.m.

Rådet ønsker, at responstiderne generelt forbedres, herunder med maksimale responstider, bl.a. pga. bekymring for responstiderne i områder med længst til akutte modtagelser.

Tilknytning af sundhedsfagligt personale til alarm 112 ses som en styrkelse af den præhospitale indsats.

Der ønskes lægebil og ambulanceberedskab parallelt overalt i regionen for at sikre størst mulig tryghed i befolkningen og for hurtig diagnose, behandling og præcis visitation.

Brugerråd, Seniorråd og Ældreråd i ø.:

Der er en generel bekymring i forhold til responstid. Der foreslås loft over responstid. Der udtrykkes ønske om, at akutbilerne er lægebemandede. De særlige præhospitale ordninger (i visse områder) ønskes opretholdt. Reddere i ambulancer bør uddannes til niveau 3. Der bør indgås aftale med de kommunale redningsberedskaber om nødbehandlerordninger. Der bør afholdes kurser for befolkningen i førstehjælpsindsats. Alle muligheder for styrkelse af den samlede præhospitale indsats bør bringes i spil, f.eks. helikoptertjeneste, telemedicin, m.v.. Sårbarhedsanalysen findes interessant, da den er medbestemmende for den præhospitale dimensionering.

Tunø Beboerforening.

Beboerforeningen ønsker helt klare alarmeringsprocedurer hos alarmcentral og vagtcentral samt for ansvaret og vejledning for den præhospitale indsats på Tunø. Det anføres endvidere, at den nuværende ordning ikke er dækningsmæssigt acceptabel, og at Tunø er den ø i regionen, der har det dårligste beredskab. Der ønskes en opprioritering af præhospital indsatsen.

Partier.

SF, Region Midtjylland og SF, Herning:

- Hvilke tiltag påtænkes for at understøtte de områder i regionen, som har eller ser ud til at få længst responstid?
- Den lægmandsbaserede førsteindsats: Hvad er det præcist, der sættes ind med?
- I forhold til svage grupper: Hvad er det, der tilbydes?
- Hvad foretages, for at få færre opkald til 112, uden at servicen forringes overfor den enkelte bruger?
- Hvordan uddannes flere paramedicinere? Og hvad er behovet?
- Hvilken økonomi er der i planen? Og hvilken tidshorisont?
- Hvilken kommunikationsstrategi er der påtænkt (synliggørelse af det faktiske servicetilbud på det præhospitale område)?

DSR.

(anæstesisygeplejersker i Region Midtjylland og præhospitalssygeplejersker/anæstesisygeplejersker i det tidligere Ringkjøbing Amt)

Anæstesisygeplejersker i Region Midtjylland:

Planen er generelt fornuftig, men i mindre grad visionær på konkrete fremtidige tiltag. Det er positivt med målrettet gradueret respons. Tilsvarende vedrørende at indføre sundhedsfaglig rådgivning og ressource-disponering på alarmcentraler.

Det fremføres, at det højeste faglige niveau i præhospital-ordninger er anæstesilægebemandede akutbiler, hvorfor det foreslås, at "læge" erstattes med "anæstesilæge". Det fremføres, som fagligt uacceptabelt, at planen foreskriver "bemandet med sygeplejerske med relevant baggrund..", da relevant baggrund kun kan være specialuddannelse i anæstesi.

Vedrørende transporter anføres det, at der bør som minimum ske standardisering af sikkert udstyr og øvrige retningslinier for ledsagelse. For så vidt angår transport af traumepatienter fra skadested til traumecenter, anføres det, at det er forsinkende, at planen kræver, at der skal en ambulancelæge med på transporten.

Endelig fremføres det, at der bør etableres regional ensartning i uddannelses- og kursustilbud. Ligesom der bør stilles fælles regionale krav til regelmæssige integrerede øvelsesscenarier for såvel præhospital som intrahospitalt personale.

Anæstesisygeplejersker i det tidligere Ringkjøbing Amt:

Høringssvaret er udelukkende centreret omkring en række "mangler og fejl i de oplysninger, der omhandler forholdet omkring anæstesisygeplejerskers funktion i præhospital sammenhæng", og argumentation/dokumentation for de således fremførte synspunkter.

Det fremføres indledningsvist, at det er på sin plads at overveje, om der er overensstemmelse mellem kompetence og opgave, også i den præhospital sektor.

Høringssvarets tager afsæt i en række citater fra planforslaget, hvor der menes at være mangler eller fejl i argumentationen m.v. Det gennemgående standpunkt synes at kunne repræsenteres af følgende to citater fra høringssvaret:

- "Der er da heller ikke undersøgelser, der giver belæg for at udtale, at det er forbundet med større risiko, at anæstesisygeplejersker udfører anæstesi og intubation frem for læger".
- "Der er ikke undersøgelser, der giver belæg for, at der er forskel på anæstesisygeplejerskers og anæstesilægers rutine og sikkerhed i forbindelse med anæstesi og intubation".

Lægekredsforeningen for Midtjylland.

Høringssvarets primære kommentarer er formuleret som spørgsmål.

Der er tale om forskellige præhospital ordninger i regionens geografiske områder. Der spørges, om ikke det ville give større tryghed for borgerne, hvis tilbuddet var ensartet som en lægebemandet akutbil-ordning forankret ved de 5 planlagte akutmodtagelser.

Anæstesiologisk Specialeråd.

Det ses som et stort fremskridt, at der foreslås gradueret respons i disponeringen. Sammen med sundhedsfaglig vurdering af alarmopkald vil det være med til at sikre en væsentlig bedre ressourceudnyttelse af akutbilerne.

Faglig udredning af de interhospital transport bør have en høj prioritet.

Specialerådet tilslutter sig tanken om at oprette en døgndækkende AMK funktion med bred sundhedsfaglig prioritering.

Tanker om brug af helikopter anses for absolut konstruktive.

Rådet støtter planens forslag om forbedret og moderniseret kommunikation og dokumentation. Og peger på at der forestår en opgave med uddannelse og træning.

Oversigt over afsendere af modtagne høringsvar.

1	Sundhedsstyrelsen
2	Region Nordjylland
3	Østjyllands Politi
4	Midt- og Vestjyllands Politi
5	Struer kommune
6	Ringkøbing-Skjern kommune
7	Herning kommune
8	Ikast-Brande kommune
9	Silkeborg kommune
10	Skanderborg kommune
11	Favrskov kommune
12	Odder kommune
13	Randers kommune
14	Norddjurs kommune
15	Syddjurs kommune
16	Hospitalsenhed Vest
17	Regionshospitalet Viborg
18	Regionshospitalet Silkeborg
19	Århus Universitetshospital, Skejby
20	Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
21	Brugerrådet, Skanderborg Sundhedscenter
22	Ældrerådet, Lemvig kommune
23	Ældrerådet, Silkeborg kommune
24	Seniorrådet, Skanderborg kommune
25	Tunø Beboerforening
26	Dansk Sygepleje Råd
27	Specialeansvarlig anæstesisygeplejerske, Århus Sygehus
28	(63) Præhospitalsygeplejersker Vest
29	SF, Region Midtjylland
30	SF, Herning
31	Sundhedsbrugerrådet i Region Midtjylland
32	Lægekredsforeningen for Midtjylland
33	Anæstesiologisk Specialeråd, Region Midtjylland

Indkomne høringssvar efter høringsfristens udløb og uden anmodning om fristforlængelse:

34 Lemvig kommune

35 Viborg kommune

Region Midtjylland
Præhospitalet og Beredskab
Skottenborg 26
8800 Viborg

20. februar 2008

j.nr. 7-203-05-55/1/SIMT

Sundhedsplanlægning

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
Fax 72 22 74 19
E-post info@sst.dk

Region Midtjylland har den 20. december 2007 sendt "Sundhedsberedskabs- og præhospitalet plan" i høring. I henhold til Sundhedsloven § 210 stk. 2 sender Sundhedsstyrelsen hermed sin rådgivning til regionens plan.

Det oplyses i brevet at Regionsrådet den 12. december 2007 har besluttet at udsende forslaget til høring hos relevante samarbejdspartener. Der kan således på baggrund heraf fremkomme senere ændringer til planen.

Sundhedsstyrelsen står til rådighed for nærmere drøftelse og uddybning af den faglige rådgivning, såfremt dette måtte ønskes.

Sundhedsstyrelsen skal endeligt henlede Region Midtjyllands opmærksomhed på, at de vedtagne planer samt senere ændringer heraf skal indsendes til Sundhedsstyrelsen.

Dir. tlf. 7222 7526
E-post efp@sst.dk

Med venlig hilsen

Lone de Neergaard
Chef for Sundhedsplanlægning

NOTAT

20. februar 2008

j.nr. 7-203-05-55/1/SIMT

Sundhedsstyrelsens rådgivning vedrørende Region Midtjyllands forslag til Sundhedsberedskabs- og præhospital plan

Sundhedsplanlægning

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
Fax 72 22 74 19
E-post info@sst.dk

Med brev af 20. december 2007 har Region Midtjylland fremsendt Sundhedsberedskabs- og præhospital plan til Sundhedsstyrelsen med henblik på at indhente styrelsens rådgivning i overensstemmelse med § 210 stk. 2 i Sundhedsloven.

Sundhedsstyrelsen har forud for rådgivningen af Region Midtjylland indhentet udtalelse fra embedslægerne i Region Midtjylland. Derudover er Lægemiddelstyrelsen blevet inddraget i forhold til rådgivning vedrørende lægemiddelberedskabet.

Dir. tlf. 7222 7526
E-post efp@sst.dk

Det fremgår af planforslaget, at der er tale om en gennemgang af opgaveområder, beskrivelse af målsætninger samt hensigter. Sundhedsstyrelsen konstaterer med tilfredshed at målsætninger og hensigter er i overensstemmelse med Håndbog om sundhedsberedskab og anbefalingerne i Akutrapporten. Det må noteres, at præhospital-delen er betydelig mere konkret – og dermed operationel, end sundhedsberedskabsdelen. Sundhedsstyrelsen har i brev af den 18. juni 2007 afgivet høringssvar på Region Midtjyllands akutplan, hvorfor der henvises til dette svar i relation til den del af den præhospitale plan, som er indeholdt i begge planer.

Sundhedsstyrelsen finder overordnet, at Region Midtjyllands plan indeholder mange gode målsætninger, som er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Planen indeholder ligeledes målsætninger for udarbejdelse af en række forskellige delpåner, hvilket Sundhedsstyrelsen finder yderst relevant, dog finder Sundhedsstyrelsen det væsentligt, at disse planer udarbejdes snarest eller at der foreligger en tidsplan for, hvornår de forventes udarbejdet.

Region Midtjylland foreslår at indføre begreberne guld, sølv og bronze som en del af terminologien i ledelsesstrukturen. Sundhedsstyrelsen finder ikke, at disse begreber bør indgå i sundhedsberedskabsplanen, medmindre alle involverede myndigheder – herunder de centrale myndigheder – er enige om at benytte disse.

I beredskabsplanen nævnes en række områder, hvor der på nuværende tidspunkt ikke er endelige planer for, men det fremgår, at der er intentioner om planlæg-

ning for disse områder. Indtil der foreligger planer for alle områderne, bør det fremgå af planen, at der er tale om en overgangsplan.

Sundhedsstyrelsen finder herudover anledning til at kommentere en række områder i Region Midtjyllands sundhedsberedskabs- og præhospitale plan nærmere. I det følgende vil områderne aktivering af planen, risiko- og sårbarhedsanalyse, primærsektoren, lægemiddelberedskabet, CBRN-hændelser, det kriseterapeutiske beredskab samt uddannelser og øvelser blive kommenteret.

Side 2

20. februar 2008

Sundhedsstyrelsen

Aktivering af sundhedsberedskabsplanen

Beskrivelsen af aktivering af sundhedsberedskabet findes i kapitel fire i planen, dette er dog et så væsentligt element, at det med fordel kunne flyttes længere frem i planen. Region Midtjylland har i planen indført begreberne "beredskabsAMK" og "udvidetAMK". Sundhedsstyrelsen finder begreberne uhensigtsmæssige, da de kan resultere i begrebsforvirring i forhold til resten af landet sundhedsberedskab.

Region Midtjylland har beskrevet en lang række af de opgaver, som AMK skal varetage, hvilket Sundhedsstyrelsen generelt kan tilslutte sig. Dog finder Sundhedsstyrelsen, at der til denne liste bør tilføjes eventuel kontakt til/kommunikation med øvrige regioners AMK'er samt Sundhedsstyrelsen. Derudover kan Region Midtjylland overveje at udarbejde denne opgaveliste i form af action cards.

Det er umiddelbart ikke muligt at læse ud af planen, hvorledes det kriseterapeutiske beredskab aktiveres. Sundhedsstyrelsen finder, at det kriseterapeutiske beredskab bør aktiveres via AMK.

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at Region Midtjylland forventer at have etableret én fælles AMK primo 2008. Dette følger således også Sundhedsstyrelsens anbefaling på området.

Risiko og sårbarhedsanalyse

Region Midtjylland har opstillet en række mål for henholdsvis risiko- og sårbarhedsvurderinger samt beskrevet hvorledes regionen agter at håndtere dette. Sundhedsstyrelsen kan tilslutte sig målsætningerne, men må konstatere at selve risiko- og sårbarhedsvurderingerne på nuværende tidspunkt ikke er påbegyndt.

Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at Region Midtjylland tager initiativ til samarbejdet med kommunerne om udarbejdelsen af risiko- og sårbarhedsvurderingerne samt, at Region Midtjylland også bør udarbejde en risiko- og sårbarhedsvurdering på regionsniveau uafhængigt af kommunernes vurderinger.

Endvidere kan Sundhedsstyrelsen tilslutte sig regionens hensigt om, at der skal findes et procesforløb for hvorledes det sikres, at risiko- og sårbarhedsvurderingerne bliver udført. Hermed kan det ligeledes sikres, at arbejdet sker inden for en fastsat tidsramme.

Primærsektoren

Sundhedsstyrelsen savner generelt nogle overvejelser vedrørende samarbejdet med kommunerne og finder det nødvendigt, at der udarbejdes en foreløbig aftale for området. Ligeledes kan Sundhedsstyrelsen opfordre Region Midtjylland til at indgå konkrete aftaler med de praktiserende læger vedrørende deres rolle i en beredskabssituation.

I en situation som denne, hvor regionen er længere fremme med at udarbejde beredskabsplaner end kommunerne, finder Sundhedsstyrelsen det naturligt, at regionen tager initiativet til at få udarbejdet samarbejdsaftaler med kommunerne.

Sundhedsstyrelsen ser med tilfredshed, at AMK funktionen også tænkes som indgang til primærsektoren i en beredskabssituation, idet Sundhedsstyrelsen finder det hensigtsmæssigt, at AMK funktionen varetager den koordinerende funktion i forhold til den samlede sundhedssektor.

Lægemiddelberedskabet

I Sundhedsberedskabs- og præhospital planen fremgår det, at lægemiddelberedskabet bygger på de tidligere amters planer, men at der på sigt skal udarbejdes en samlet plan for Region Midtjyllands lægemiddelberedskab.

Sundhedsstyrelsen kan konstatere, at det imidlertid ikke fremgår af regionens plan, hvad der konkret foreligger af aftaler vedr. lægemiddelberedskabet, eller hvad man gør, hvis efterspørgslen overstiger det samlede mængde i regionen. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man i forbindelse med udarbejdelsen af et samlet regionalt lægemiddelberedskab også lader dette indgå i regionens risiko- og sårbarhedsvurdering.

Da området kun er overordnet beskrevet i planen, og da det forventes at regionen senere vil foretage detailplanlægning afventer Lægemiddelstyrelsen den endelige plan før en egentlig udtalelse.

CBRN-hændelser

Det fremgår af planen, at der mangler en fælles plan for CBRN-beredskabet. Sundhedsstyrelsen vurderer, at en del af CBRN-beredskabsplanlægningen ligger i sygehusplanerne, dog er det væsentligt, at der på regionsniveau er en plan for hvilke sygehuse og afdelinger, der kan modtage de forskellige typer af patienter, selvhenvendende mv. Derudover bør regionen have en fælles plan for isolationskapaciteter, karantæne- og vaccinationsfaciliteter. I den nuværende foreløbige plan står det beskrevet, hvor stort et behov der kan tænkes at opstå, men ikke hvordan dette kan løses.

Sundhedsstyrelsen finder formuleringen ”kemisk beredskab *varetages* af Beredskabsstyrelsen, at biologisk beredskab *varetages* af Statens Serum Institut, ...” uheldig. Det forholder sig i praksis sådan, at alle beredskabsmyndigheder – herunder sundhedsberedskabet – skal kunne varetage kemisk, biologisk, radiologisk og nukleart beredskab. Kemisk Beredskab i Beredskabsstyrelsen, Center for Biologisk Beredskab på Statens Serum Institut, Statens Institut for Strålebeskyttelse og Nukleart Beredskab i Beredskabsstyrelsen er alle ekspertberedskaber.

ber, som rådgiver og *bistår* beredskabsmyndighederne, som *varetager* selve beredskabet.

Side 4

20. februar 2008

Sundhedsstyrelsen

Kriseterapeutisk beredskab

Region Midtjylland beskriver i planen, at der er en målsætning om at udarbejde en samlet plan for det kriseterapeutiske område, hvilket Sundhedsstyrelsen kan tilslutte sig.

Sundhedsstyrelsen kan på det foreliggende grundlag ikke tage endeligt stilling til regionens kriseterapeutiske beredskab.

Det konstateres, at Region Midtjylland vil benytte ekstern assistance (Falcks psykologiske kriseberedskab) ved op til 30 udsatte personer, og først ved større hændelser iværksætter regionens eget kriseterapeutiske beredskab. Dette forekommer ikke hensigtsmæssigt, idet beredskabet mest fordelagtigt skal bygge på dagligdagen, hvorved det er muligt at iværksætte en trinvis graduering afhængigt af hændelsen og situationen.

Endvidere skal Sundhedsstyrelsen gøre opmærksom på, at det er regionens forpligtelse at følge op på personer, som er i risiko for at udvikle PTSD som følge af en større hændelse. Dette aspekt er ikke beskrevet i planen.

Uddannelser og øvelser

Region Midtjylland har beskrevet, at sundhedsberedskabsplanerne både skal være udarbejdet og indøvet af aktørerne, denne målsætning kan Sundhedsstyrelsen tilslutte sig.

Sundhedsstyrelsen finder, at der overordnet mangler en plan for uddannelses- og øvelsesvirksomhed, idet Sundhedsstyrelsen ikke finder det tilstrækkeligt, at de enkelte sygehuse selv udarbejder planer for uddannelses- og øvelsesaktivitet. Derimod finder Sundhedsstyrelsen det nødvendigt, at der opstilles nogle fælles minimumskrav for uddannelses- og øvelsesaktiviteten gældende for hele regionen.

Konkluderende bemærkninger

Region Midtjyllands sundhedsberedskabs- og præhospital plan kan i sin nuværende form fungere som et udmærket foreløbigt planforslag. Planen er ikke operationel, men har mere karakter af at være en rammeplan for den overordnede sundhedsberedskabsplan med hensigtserklæringer vedrørende målsætninger for denne. Planen er som sådan udmærket, men lever med sin nuværende form ikke fuldt ud op til de krav, der stilles til en samlet regional sundhedsberedskabsplan.

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at regionen har overblik over den centrale organisering, herunder NOST og IOS, som er en forudsætning for et godt samarbejde med de centrale myndigheder i en konkret situation.

Endeligt skal Sundhedsstyrelsen oplyse, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ændret navn til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, og at Statens

Institut for Strålehygiejne har ændret navn til Statens Institut for Strålebeskyttelse (forkortes fortsat SIS).

Der henvises i Region Midtjyllands plan til Håndbog om sundhedsberedskab 2005, hvorfor Sundhedsstyrelsen vil gøre opmærksom på den opdaterede udgave fra 2007.

Sundhedsstyrelsen bør have lejlighed til at kommentere på en operationel version af den samlede sundhedsberedskabsplan, førend en sådan fremsættes til godkendelse i regionsrådet.

Sundhedsstyrelsen den 20. februar 2008.

Side 5

20. februar 2008

Sundhedsstyrelsen

Region Midtjylland
Præhospital og Beredskab

**Høringssvar fra Region Nordjylland vedr. forslag til
Sundhedsberedskabs – og præhospitalplan for Region Midtjylland.**

Region Midtjylland har fremsendt forslag til Sundhedsberedskabs- og præhospitalplan for Region Midtjylland.

Region Nordjylland har hertil følgende bemærkninger:

Region Nordjylland ser - i overensstemmelse med planen fra Region Midtjylland - et stigende behov for at tænke præhospitalt- og sundhedsberedskab på tværs af regionsgrænser. Region Nordjylland vil i den forbindelse være positiv overfor en mere formaliseret samordning af de planer, der foreligger i regionerne.

I den forbindelse kan det nævnes, at Region Nordjylland i øjeblikket gennemfører en struktureret proces med deltagelse fra de relevante beredskabsparter omkring en samlet risiko- og sårbarhedsanalyse for sundhedsberedskabet i Region Nordjylland.

Ligeledes kan det nævnes, at Region Nordjylland har gode erfaringer med den udarbejdede samlede plan for omsorgs- og kriseberedskabet i regionen. Region Nordjylland deltager gerne i en nærmere dialog om erfaringerne hermed.

Region Nordjylland har ikke yderligere kommentarer til det fremsendte.

Med venlig hilsen

Per Christiansen
Direktør
Region Nordjylland

**Planlægning, Kvalitet og
Analyse**

Planlægningskontoret

Niels Bohrs Vej 30
Postboks 8300
9220 Aalborg Ø
Tlf.: 9635 1000
Fax. 9815 2009
www.rn.dk

Træffetid:
Mandag - torsdag 8.00-15.30
Fredag 8.00-15.00

Fuldmægtig
Maj Skårhøj
Direkte: 9635 1815
E-mail: majsk@rn.dk

Ref.:

Journalnummer:

26. februar

Region Midtjylland
Præhospital og Beredskan
Att. Henriette Gade
Skottenborg 26
8800 Viborg

17. januar 2008
J.nr.: 4200-10162-00076-07
Sagsbehandler: Morten Anker Jensen

ØSTJYLLANDS POLITI

Ledelsen
Ridderstræde 1
8000 Århus C

Telefon: 8731 1448
Direkte: 8731 1530
Lokal: 3000
Telefax: 8731 1560

E-mail: MAJ001@Politi.dk
Web: www.politi.dk

Høring af forslag til sundhedsberedskabs- og præhospitalplan for Region Midtjylland

Jeg skal hermed oplyse, at det fremsendte materiale vedrørende Sundhedsberedskabs- og præhospital plan for Region Midtjylland er gennemgået af Østjyllands Politi uden bemærkninger til den omhandlende høring.

Med venlig hilsen


Morten Anker Jensen
Politiinspektør



Midt- og Vestjyllands Politi har ingen bemærkninger til planen. Jeg anser den for meget velskrevet og kommandoforholdene er velbeskrevet for alle komponenter.

Med venlig hilsen
Kaj Stendorf,
politiinspektør
Chef/Beredskabet



Region Midtjylland
Præhospitalet og Beredskab
Att.: Henriette Gade
Skottenborg 26
8800 Viborg

Rådhuset
Sekretariatet
Telefon 96 84 82 01
Telefax 96 84 81 19
sekretariatet@struer.dk

Dato: 22. januar 2008
J.nr.:
1/2

Vedrørende sundhedsberedskabs- og præhospitaletplan

Struer Kommunes Sundhedsudvalg har den 22. januar 2008 behandlet foreliggende udkast til sundhedsberedskabs- og præhospitaletplan for Region Midtjylland.

Struer Kommune har noteret sig, at Struer Kommune i øjeblikket medvirker ved en akutsygeplejerske ordning i den gamle Thyholm Kommune og at denne ordning indtil videre er videreført til 31. december 2008.

Endvidere har Regionen etableret en præhospitalsindsats via aftale med fastboende sygeplejerske på Venø, hvor bistanden kan rekvireres af såvel borgere som vagtlægen.

Struer Kommune bemærker sig, at afsnit 2.10 om Samarbejde med primærsektor ikke indholdsmæssigt er beskrevet. Struer Kommune finder det vanskeligt at kommentere en præhospitaletplan, der på afgørende punkter omkring borgerens tilgængelighed til præhospitalservice ikke er færdigbearbejdet.

Det anses for vigtigt og påkrævet, at der forsat skabes tryghed omkring den præhospitals indsats set i forhold til responstid i særligt udsatte områder i dele af Thyholm og Jegindø.

I afsnit 7.3 beskrives responstiden for gamle kommuner i Region Midtjylland. Det bemærkes, at Thyholm-området har en responstid på 15,6 min., kun overgået af Sundsøre med 17,3 min. Der har alene i 2006 været ydet akutsygeplejerskebistand ved 65 112-opkald og i 2007 ydet bistand ved 66 112-opkald, hvilket er et tydeligt parameter for, at der fortsat er behov for en sådan ordning i den nordlige del af Struer Kommune.

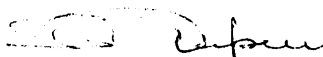
Region Midtjylland

Modt.: 24 JAN. 2008

Struer Kommune skal anmode om, at der hurtigst muligt indledes forhandlinger om en videreførsel af ordningen efter 2008.

Forslag til mødedato bedes aftalt med chefkonsulent Lars Olesen på tlf. 9684 8310 svarest muligt.

Med venlig hilsen



Susanne Olufsen
formand for Sundhedsudvalget



Kjeld Berthelsen
direktør

Returadresse
Sundhed og Omsorg Administrationen
Toften 6 6880 Tarm

Region Midtjylland
Præhospital og Beredskab
Skottenborg 26
8800 Viborg



Ringkøbing-Skjern Kommune

Sagsbehandler
Bente Dvinge
Direkte telefon
9974 1007
E-post
bente.dvinge@rksk.dk
Dato
20. februar 2008
Sagsnummer
2008011881A

Emne: Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan 2008 for Region Midtjylland.

Byrådet i Ringkøbing-Skjern Kommune har den 19. februar 2008 drøftet den fremsendte "Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan".

Det er kommunens opfattelse, at planen der både indeholder den præhospitale indsats og sundhedsberedskabet er en god og detaljeret beskrivelse af status og målene, samt et fint grundlag til at arbejde videre med.

Planen indeholder forholdsvis lidt om den kommunale indsats og ~~sammenhængene mellem den kommunale og regionale indsats~~, hvilket er forståeligt.

Byrådet har derfor besluttet at opfordre Regionen til at tage initiativ til et samarbejde med regionens kommuner om udarbejdelse af både regionens og kommunernes sundhedsberedskabs- og præhospitalsplaner, så der sker en koordinering i strukturen.

Det vil også medføre, at regionens oplæg til sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen indeholder en mere udførlig beskrivelse af snitfladerne mellem Regionen og regionens kommuner.

Med venlig hilsen


John Christensen

Sundheds- og omsorgschef

Region Midtjylland

Modt: 21 FEB. 2008

Åbningstider
mandag – onsdag 9.30 – 15.00
torsdag 9.30 – 16.45
fredag 9.30 – 13.00

Telefontider
mandag – onsdag 8.00 – 15.30
torsdag 8.00 – 17.00
fredag 8.00 – 13.30

Hjemmeside www.rksk.dk

Telefon 99 74 24 24



Dato:
26. Februar 2008

Herning Kommunes høringssvar vedr. Sundhedsberedskabs- og præhospitalplan

Sagsbehandler: Louise Schjønning

Sagsnr.: 2008010699E

Hermed fremsendes Herning Kommunes høringssvar vedr. Sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen i regi af Region Midtjylland.

Overordnet vurderes Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen at repræsentere en styrkelse af indsatsen på de indbefattede områder.

Sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen beskriver indsatsen i ulykkes- og katastrofesituationer på et meget overordnet niveau. Det følger naturligt heraf, at det konkrete beredskab efterfølgende skal beskrives mere indgående - sygehusberedskabet, beredskabet i den primære sundhedstjeneste, CBRN-beredskab og kommunernes sundhedsberedskabsplan m.v.

I betragtning af, at planen for sundhedsberedskabs- og præhospital indsats efterfølgende bliver retningsgivende for de underliggende planer, kan planen styrkes ved at være mere præcis i beskrivelsen af de potentielle muligheder i den kommunale beredskabsindsats.

I forhold til områder, hvor planen kunne styrkes, kan peges på følgende:

- Sundhedsplejen råder over både sygeplejefaglig og lægeligt personale, som kan indgå i katastrofeberedskab. Udover den behandlingsmæssige indsats, som kan aktiveres i katastrofesituationer, råder sundhedsplejen over specifikke kompetencer omkring hygiejne, som kan aktiveres i tilfælde af større epidemier.
- Den kommunale tandpleje er ikke omtalt i planen. Der ligger her faglige kompetencer til akut nødtandbehandling, som kan aktiveres i ulykkes og katastrofesituationer.
- PPR og Børne- & Familierådgivningen råder over faglige kompetencer, som kan indgå i det kriseterapeutiske beredskab.
- Der ligger potentielt store muligheder i styrkelse af den præhospitale indsats, såfremt de kommunale medarbejdere, der er tæt på borgerne, har grundlæggende indsigt i førstehjælp og specifikt, at der i tilknytning til idrætshaller m.v. er opsat hjertestartere.

- Kommunen råder generelt over mange lokaler i skoler, daginstitutioner m.v., som kan bringes i anvendelse i nødsituationer, herunder til genhusning og til nødhospitaler.

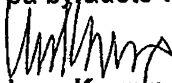
En afgørende forudsætning for, at ovennævnte ressourcer kan aktiveres, er, at regionen og kommunerne sikrer fornøden uddannelse samt et højt informationsniveau i forhold til de medarbejdere, der potentielt kan / skal indgå i beredskabet.

Særligt i forhold til den præhospitale indsats er der følgende bemærkninger:

- I forhold til den præhospitale indsats, som Herning Kommune betragter som værende meget væsentlig, er der stor fokus på styrkelse af sammenhæng og koordination mellem alarmcentral, vagtcentral, præhospitale indsatsordninger, almen praksis, de fælles akutmodtagelser og regionens AMK om disponering, visitation og fordeling af patientkategorier. Det er Herning Kommunes opfattelse, at dette er en forudsætning for høj kvalitet, som man kun kan slutte op om.
- I planen benævnes også begrebet gradueret respons og sundhedsfaglige disponering. Indførelse af konceptet gradueret respons vil givetvis forbedre kvaliteten af disponeringen samt ressourceudnyttelsen og medvirke til et kvalitetsløft af den præhospitale indsats, hvorfor Herning Kommune kun kan bifalde indførelsen heraf.
- Ambulancernes responstider berøres tillige i præhospitalplanen. I forhold til tidligere synes der ikke at være ændring i responstid for Herning Kommunes vedkommende. Responstiden i Region Midtjylland er forholdsvis lav som følge af den relativt gode dækning med 34 ambulancestationer i regionen.

Slutteligt skal det anføres, at det findes væsentligt, at den præhospitale indsats justeres i forhold til placeringen af det kommende sygehus i den vestlige del af regionen.

Med venlig hilsen
på byrådets vegne


Lars Krarup
Borgmester


Ole Jespersen
Kommunaldirektør



Ikast-Brande
Kommune

**Region Midtjylland
Præhospital og Beredskab
Skottenborg 26
8800 Viborg**

4. marts 2008

Høringssvar vedr. forslag til Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan

Ikast-Brande Kommune har med interesse læst og drøftet "Forslag til Sundhedsberedskabs- og Præhospitalsplan for Region Midtjylland".

For borgerne i Ikast-Brande Kommune rummer forslaget muligheden for en øget faglighed og højere kvalitet i den præhospitale indsats, der omfatter ambulanceberedskab, supplerende præhospital assistance, øvrige supplerende præhospitale ordninger, telemedicin, fjerndiagnostik, fjernvisitation og indførelse af elektronisk ambulancejournal samt helikopterberedskab.

Hvis intentionerne i Sundhedsberedskabs- og Præhospitalsplanen omsættes som beskrevet, forventer Ikast-Brande Kommune en forbedret præhospital indsats for kommunens borgere.

I denne sammenhæng vil Ikast-Brande Kommune understrege vigtigheden af den elektroniske ambulancejournal og helikopterberedskabet.

Ikast-Brande Kommune har med tilfredshed læst, at de øvrige supplerende - lokalt afgrænsede - præhospitale ordninger fortsætter ind til videre. For Ikast-Brande Kommune betyder dette, at den praktiserende læge i Gadbjerg fortsat fungerer som udrykningslæge i Nørre Snede området, og at den sundhedsfaglige uddannelse af politi- og brandmænd i samme område videreføres. Desuden betyder dette, at 112 ordningen i Ikast området, hvor vagtcentralen kan tilkalde de kommunale hjemmesygeplejersker, fortsætter.

Ikast-Brande Kommune vil have særlig opmærksomhed på vurdering af de nuværende ordningers videreførelse/udbredelse og på dækning af Ikast-Brande Kommune, herunder også tidligere Nørre Snede Kommune, med ambulancetjenester, herunder responstider for akutbiler og helikopterindsats. Der lægges især vægt på 112 ordningens udbredelse til hele kommunen.

I forhold til de ovennævnte supplerede ordninger kan bemærkes følgende:

Sundheds- og Omsorgs-
område
Centerparken 1
7330 Brande
Tlf.: 9960 4000
Fax: 9960 3169
E-mail:
sikri@ikast-brande.dk

Sagsbehandler:
Sidse Kristensen
Direkte telefon:
9960 3104
Sags ID:
2008/01961



Ikast-Brande
Kommune

I Vejle Amt har der i en årrække eksisteret en ordning med uddannelse af brandmænd som nødbehandlere. Ideen var primært, at brandmændene fik tilegnet sig kundskaber, så de kunne assistere ambulancemandskabet på skadessteder. Endvidere var mandskabet i stand til at indlede indsatsen i de tilfælde, hvor de mødte før ambulancetjenesten. Uddannelsen var særlig nyttig i de områder, hvor brandmandskabet erfaringsmæssigt ankommer før ambulancetjenesten. Brandmandskabet i Nørre Snede har deltaget i uddannelsen, der dog ikke er blevet vedligeholdt i 2007. Nødbehandleruddannelsen ser vi gerne videreført med Region Midtjylland som uddannelsesansvarlig. Ordningen vil kunne udbygges til andre områder, hvor der erfaringsmæssigt er en responstid på mere end 10 minutter. I Ikast-Brande Kommune vil dette ofte kunne forekomme i Nørre Snede, Ejstrupholm, Brande og Engesvang området.

I Nørre Snede blev der i januar 2006 iværksat en ordning, hvor kommunens indsatsleder blev tilkaldt ved akut sygdom. Indsatsen bestod i en førstehjælpsindsats, hvor indsatslederen var i stand til at foretage genoplivning med hjertestarter, sug og ventilationspose. I 2006 var indsatslederen i indsats 22 gange til akutte sygdomstilfælde. Ordningen er søgt videreført i 2007, men på trods af flere tiltag herfra, er det ikke lykkedes at få ordningen til at fungere. I 2007 var der således kun 3 udkald.

Ikast-Brande Kommune ser frem til de kommende opfølgninger på Sundhedsberedskabs- og Præhospitalsplanen, som forventes at indeholde en større klarhed over, hvordan målsætningerne omsættes til konkret handling samt tidsrammerne for denne omsætning.

Ikast-Brande Kommune har samtidig en klar forventning om, at der ikke sker opgaveglidning fra det regionale plan uden en forudgående drøftelse og afklaring af de økonomiske aspekter forbundet hermed.

Med venlig hilsen

Inger-Lise Katballe
Sundhedsdirektør



Regionsrådet
Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

Byrådet
Søvej 1
8600 Silkeborg

Sagsbehandler: Michael Anderson
Direkte tlf.: 8970 1316
E-mail: ma@silkeborg.dk

EAN-nr.: 5798005641377

Dato: 26. februar 2008

Silkeborg Kommunes høringssvar til Region Midtjyllands forslag til Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan

Silkeborg Kommune har modtaget Region Midtjyllands forslag til Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan.

Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen indgår som én af flere planer i den samlede sundhedsplanlægning i Region Midtjylland. Konsekvenserne for Silkeborg Kommune af Regionens samlede sundhedsplanlægning er endnu ikke kendte. Eksempelvis er det ikke fastlagt, hvilke konsekvenser Akutplan og Hospitalsplan får for Kommunen. Derfor tager Silkeborg Kommune et generelt forbehold i forhold til forslaget til Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan og eventuelle uhensigtsmæssigheder afledt af samspillet mellem de forskellige delplaner.

Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen tager bl.a. udgangspunkt i Region Midtjyllands Akutplan. Silkeborg Kommune kan ikke bakke op om Regionens akutplan, hvad angår ændringerne af akutmodtagelsen på Regionshospitalet Silkeborg, hvilket fremgår af kommunens tidligere indsendte høringssvar til Akutplanen.

Silkeborg Kommune kan således ikke bakke op om væsentlige dele af det plangrundlag, der er udgangspunktet for Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen.

Silkeborg Kommunes synspunkter i forholdet til indholdet af Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan på det foreliggende grundlag fremgår af nedenstående.

Præhospitals indsats af høj kvalitet

Regionsrådet har besluttet, at akutmodtagelsen på Regionshospitalet Silkeborg skal ændres, og at borgere fra Silkeborg Kommune derfor ofte skal transporteres til et andet hospital i forbindelse med akut behandling. Dette vil medføre øget transporttid og kan medføre store problemer for akut syge borgere, der har brug for hurtig behandling. Det er af stor betydning, at afstanden til behandlingstilbuddet ikke er større end absolut nødvendigt.

Da Silkeborg-området fremover vil få langt til akutbehandling på



hospital, er det afgørende, at området dækkes med en præhospital indsats af meget høj kvalitet. Der skal være en hurtig responstid og fagligt kvalificeret visitation og disponering af den nødvendige udrykning. Samtidig skal behandlingen på skadestedet udføres af højt kvalificeret personale for at øge muligheden for overlevelse, lindring og hurtig hospitalsbehandling. Silkeborg Kommune skal derfor opfordre Region Midtjylland til at styrke uddannelsen/ efteruddannelsen af alarmoperatører, ambulancebehandlere, paramedicinere, anæstesisygeplejersker, ambulancelæger mv

Silkeborg Kommune lægger vægt på, at borgerne får en hurtig og specialiseret akut behandling. I den nye akutstruktur vil det ofte ske på andre hospitaler end Regionshospitalet Silkeborg. Silkeborg Kommune mener, at det er vigtigt, at patienterne får mulighed for at blive overført til videre indlæggelse/behandling på Regionshospitalet Silkeborg, når den akutte behandling er overstået og patientens situation er tilstrækkelig stabiliseret. Det vil særligt være fordelagtig i forbindelse med længerevarende indlæggelsesforløb, idet pårørende har lettere adgang til besøg og dermed bedre mulighed for at være en støtte for patienten. Det vil desuden lette den efterfølgende udskrivning og overgangen til evt. genoptræning.

Nødvendigt med 24 timers lægebaseret akutbil

Det fremgår af Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen, at akutbilen i Silkeborg fortsætter uændret i dagtid med en læge og udvides til også at dække aften/nat som en "lægeintegreret ordning". Det fremgår ikke klart, hvad der ligger i en "lægeintegreret ordning"? Silkeborg Kommune mener, at det er helt centralt, at der i Silkeborg findes en akutbil, der reelt kan bemandes med en læge døgnet rundt.

Vedr. "gradueret respons" og sundhedsfaglig disponering

Region Midtjylland ønsker at indføre gradueret respons, således at de mest kritiske tilfælde får den hurtigste ambulancehjælp/lægehjælp, mens mindre kritisk tilskadekomne må acceptere en længere ventetid på ambulancer mv. Silkeborg Kommune er enig i, at der skal være særlig opmærksomhed på hurtig og kvalificeret udrykning til akutte livstruede tilskadekomne. Men det er samtidig vigtigt, at der også er hurtig hjælp til borgere, der ikke er livstruede, men alligevel har brug for en tidlig indsats på skadestedet. Det er desuden centralt, at der er særlig opmærksomhed på en hurtig respons i forhold til de borgere, der bor langt fra et hospital.

Silkeborg Kommune finder det vigtigt, at Region Midtjylland udviser forsigtighed med den nye ordning og er opmærksom på at indføre den graduerede respons i takt med de praktiske erfaringer, der gøres med ordningen. Det er afgørende, at alle borgere og tilskadekomne let kan tilkalde og få udsendt ambulance eller anden hjælp til skadestedet i tilfælde af behov for akut hjælp.

Silkeborg Kommune bakker op om Region Midtjyllands intention om at tilknytte supplerende sundhedsfagligt personale/rådgivning til alarmcentralen og vagtcentralen for at sikre en effektiv disponering af ambulancerne. Det fremgår ikke af planen, hvornår Regionen forestiller sig, at ordningen reelt er indført, og Silkeborg Kommune efterlyser derfor en mere præcis tidsplan.

Telemedicin

Silkeborg Kommune er enig med Region Midtjylland i, at der er behov og mulighed for at videreudvikle telemedicinske løsninger og elektroniske ambulancejournaler. Dette vil sikre langt bedre kommunikation mellem lægebil eller ambulance og relevant afdeling på hospitalet og øge sandsynligheden for, at patienten bringes hurtigere til en specialiseret behandling. Silkeborg Kommune ser således positivt på Region Midtjyllands intention om at udvikle telemedicin, men efterlyser en konkret tidsplan for arbejdet.



Helikopter

Silkeborg Kommune har ingen bemærkninger vedr. evt. helikopterordning i Region Midtjylland.

Samarbejde om sundhedsberedskab

Region Midtjylland lægger flere steder i planen op til, at der skal samarbejdes tæt om planlægning og håndtering af sundhedsberedskabet mellem Regionen, praktiserende læger og kommunerne. Silkeborg Kommune er enig heri, men efterlyser generelt en mere præcis beskrivelse af, hvordan dette samarbejde konkret skal tilrettelægges. Der bør beskrives en konkret samarbejdsproces, der sikrer en sammenhængende og koordineret udarbejdelse af kommunernes og Regionens sundhedsberedskabsplaner.

Silkeborg Kommune deltager gerne i konkrete samarbejder om f.eks. opkvalificering af kommunale medarbejdere i håndtering af førstehjælp.

Med venlig hilsen

Jens Erik Jørgensen
Borgmester

Jens Peter Hegelund Jensen
Direktør



Region Midtjylland
Sundhedsstaben
kontakt@regionmidtjylland.dk

Dato: 28. februar 2008
Sagsnr.: 08/1014

Forslag til Sundhedsberedskabs- og præhospitalplan for Region Midtjylland – høringssvar fra Skanderborg Kommune

Byrådet har på sit møde den 27. februar 2008 besluttet af fremsende følgende høringssvar.

Det er afgørende for borgerne i Skanderborg Kommune, at området dækkes med præhospital indsats af meget høj kvalitet. Der skal være en hurtig responstid, en faglig kvalificeret visitation og disponering af den nødvendige udrykning. Samtidig skal behandlingen på skadestedet udføres af højt kvalificeret personale for at øge muligheden for overlevelse, lindring og hurtig hospitalsbehandling. **Skanderborg Kommune skal derfor opfordre Region Midtjylland til at styrke uddannelsen/efteruddannelsen af alarmoperatører, ambulancebehandlere, paramedicinere, anæstesisygeplejersker, ambulancelæger mv.**

Det fremgår af Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplanen, at akutbilen i Skanderborg fortsætter uændret i dagtid med en læge og udvides til også at dække aften/nat som en "lægeintegreret ordning". Det fremgår ikke klart, hvad der ligger i en "lægeintegreret ordning"? **Skanderborg Kommune mener, at det er helt centralt, at der i Skanderborg findes en akutbil, der reelt er bemandet med en læge døgnet rundt.**

Region Midtjylland ønsker at indføre gradueret respons, således at de mest kritiske tilfælde får den hurtigste ambulancehjælp/lægehjælp, mens mindre kritisk tilskadekomne må acceptere en længere ventetid på ambulancer mv. **Skanderborg Kommune er enig i, at der skal være særlig opmærksomhed på hurtig og kvalificeret udrykning til akutte livstruede tilskadekomne. Men det er samtidig vigtigt, at der også er hurtig hjælp til borgere, der ikke er livstruede, men alligevel har brug for en tidlig indsats på skadestedet. Skanderborg Kommune finder det vigtigt, at Region Midtjylland udviser forsigtighed med den nye ordning og er opmærksom på at indføre den graduerede respons i takt med de praktiske erfaringer, der gøres med ordningen. Det er afgørende, at alle borgere og tilskadekomne let kan tilkalde og få udsendt ambulance eller anden hjælp til skadestedet i tilfælde af behov for akut hjælp.**

Skanderborg Kommune bakker op om Region Midtjyllands intention

Skanderborg Kommune

Adelgade 44

8660 Skanderborg

Tlf. 8794 7000

E-mail skanderborg.kommune@skanderborg.dk

www.skanderborg.dk

Afdeling/kontor:

Byråds- og Direktionssekretariatet

Din reference

Ole Andersen

Tlf. 8794 7000

Dir. tlf. 8794 7020

E-mail: ole.andersen@skanderborg.dk

om at tilknytte supplerende sundhedsfagligt personale/rådgivning til alarmcentralen og vagtcentralen for at sikre en effektiv disponering af ambulancerne. Både det sundhedsfaglige personales kompetencer og den nævnte disponeringsvejledning er evident i den sammenhæng, og Skanderborg Kommune vil gerne opfordre Region Midtjylland til at prioritere arbejdet med at lave en fælles disponeringsvejledning højt.

Det fremgår ikke af planen, hvornår Regionen forestiller sig, at ordningen reelt er indført, og Skanderborg Kommune efterlyser derfor en mere præcis tidsplan.

Skanderborg Kommune er enig med Region Midtjylland i, at der er behov og mulighed for at videreudvikle telemedicinske løsninger og elektroniske ambulancejournaler. Dette vil sikre langt bedre kommunikation mellem lægebil eller ambulance og relevant afdeling på hospitalet og øge sandsynligheden for, at patienten bringes hurtigere til en specialiseret behandling. Skanderborg Kommune ser således positivt på Region Midtjyllands intention om at udvikle telemedicin, men efterlyser en konkret tidsplan for arbejdet.

Region Midtjylland lægger i planen op til, at der skal samarbejdes tæt om sundhedsberedskabet mellem Regionen, praktiserende læger og kommunerne. Skanderborg Kommune deltager gerne i et sådant samarbejde, herunder samarbejde om opkvalificering af kommunale medarbejdere i håndtering af førstehjælp.

Men den samlede plan er noget uklar på nogle punkter med hensyn til samarbejdet med kommunerne. Hvilken samarbejdsproces forestiller Regionen, der skal være i den kommende tid? Der er mange hensigtserklæringer i planen, uden at der er beskrevet nogen tids- og handleplan.

Til orientering vedlægges høringssvar fra Seniorrådet i Skanderborg Kommune

Jens Grønlund
Borgmester

Jens Kaptain
Kommunaldirektør



Region Midtjylland
Regionshuset Viborg
Skottenborg 26
Postboks 21
8800 Viborg

**Social & Sundhed
Sekretariat**
Torvegade 7
8450 Hammel

Tlf. 8964 1010
Fax 8664 6399
favrskov@favrskov.dk

Høringssvar

Regionsrådet har den 12. december 2007 besluttet at sende forslaget til sundhedsberedskabs- og præhospital plan for Region Midtjylland i høring.

Favrskov Kommune har på møde i byrådet den 26. februar 2008 vedtaget følgende høringssvar til Region Midtjylland:

Favrskov Kommune bemærker, at sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen indgår som en af flere delplaner i den samlede sundhedsplan for Region Midtjylland. Sundhedsberedskabs- og præhospital plan hænger nært sammen med blandt andet akutplanen og den kommende hospitalsplan. Planernes samlede effekter for Favrskov Kommune er på det foreliggende grundlag endnu vanskeligt at vurdere. Favrskov Kommunen må derfor tage et generelt forbehold i forhold til forslaget til sundhedsberedskabs- og præhospital plan og eventuelle uhensigtsmæssigheder afledt af samspillet mellem de forskellige delplaner i sundhedsplanen.

Det er af stor betydning for Favrskov Kommune, at alle borgere, uanset hvor de bor i kommunen, kan være trygge ved akutbetjeningen. Favrskov Kommune kan derfor tilslutte sig Region Midtjyllands målsætning om, at der skal ydes en sammenhængende præhospital indsats af høj kvalitet til borgerne i hele regionen, som medvirker til at skabe tryghed i alle områder.

Ændringerne på akutområdet som følge af akutplanen vil betyde et stigende behov for, at den præhospital indsats styrkes og udvikles. Favrskov Kommune ser derfor også positivt på Regions Midtjylland forslag til en styrket indsats fx i form af systematisk efteruddannelse af alarmoperatørerne og brug af telemedicinske løsninger. Favrskov Kommune lægger desuden vægt på, at alle borgere og fagfolk får tilstrækkelig med information om, hvor de skal henvende sig i forbindelse med ulykke eller akut sygdom. Det er derfor også med tilfredshed, at Favrskov Kommune kan konstatere, at Region Midtjylland vil arbejde for, at alle borgere er oplyst om, hvor de skal rette henvendelse ved akut sygdom eller ulykke.

Som led i akutplanen vil der fremover ikke være fælles akut modtagelse på Regionshospitalet Silkeborg, som betjener den sydvestlige del af Favrskov Kommune. Akutbilen tilknyttet hospitalet i Silkeborg fortsætter uændret i dagtimerne med en læge, og ordningen udvides til også at dække aften/nat som en lægeintegreret ordning. Det beskrives dog ikke nærmere i planen, hvad den lægeintegrerede ordning indeholder. Det

27-02-2008

Sagsnr.
710-2008-2824

Cpr./CVR-nr.

Dokument nr.
710-2008-7330

Sagsbehandler
Sine Møller Sørensen

Region Midtjylland

Modt.: **28 FEB. 2008**

er afgørende for Favrskov Kommune, at den lægefaglige præhospitale indsats i Favrskovområdet fortsat vil være af høj kvalitet. Favrskov Kommune forventer således, at den lægeintegrerede ordning omfatter en døgndækket lægebil.

Favrskov Kommune bakker op om Region Midtjyllands intention om at målrette indsatsen den konkrete skade eller sygdom. Region Midtjylland foreslår i den forbindelse, at der indføres gradueret respons. Favrskov Kommune er enig i, at akutte livstruende tilfælde skal prioriteres. Det er dog vigtigt, at indførelsen af gradueret respons sker gradvist og på en sådan måde, at alle borgere føler tryghed og har let adgang til den nødvendige hjælp i forbindelse med ulykke eller sygdom både efter, at akutplanen er trådt i kraft og i overgangsperioden frem til dette.

Favrskov Kommune forudsætter, at Regionsrådet tager hensyn til nærhedsprincippet, når der af driftshensyn skal udarbejdes "generelle optageområder" for akutbetjeningen. Favrskov Kommune mener, at optageområderne skal tilrettelægges således, at alle borgere i kommunen vil have de samme muligheder for såvel akut som planlagt behandling i nærområdet som i dag. Fx at akutte indlæggelser af borgere fra Hinnerupområdet fortsat henlægges til Århus Universitetshospital uanset om borgeren er henvist til akut behandling via 112, vagtlæge eller egen læge.

Favrskov Kommune tager til efterretning, at sundhedsberedskabsplanen vil danne baggrund for kommende detailplaner for de enkelte delberedskaber. Favrskov Kommune bifalder, at der i arbejdet med sundhedsberedskabsplanlægningen lægges op til høj grad af samarbejde med kommunerne i regionen, og ser frem til et godt samarbejde i den videre planlægning af sundhedsberedskabet i kommunen og i regionen som helhed.

Processen for det videre samarbejde og koordinering af planer kunne dog beskrives nærmere, og det vil her være hensigtsmæssigt med et konkret forslag til tids- og handlingsplan fra Region Midtjylland om, hvordan samarbejdet og koordineringen kan finde sted. Dette skal blandt andet ses i lyset af, at afsnit 2.10. vedr. samarbejdet med primær sektor ikke er uddybet nærmere. Det er således vanskeligt at foretage en helhedsvurdering af planerne for sundhedsberedskabet på det foreliggende grundlag.

Favrskov Kommune følger med interesse de aktuelle og kommende planforslag fra Region Midtjylland. Kommunen forventer naturligvis at blive inddraget i den videre proces omkring planlægning og udmøntning af de enkelte delplaner, der indgår i den samlede sundhedsplan i Region Midtjylland.

Venlig hilsen


Jacob Stengaard Madsen
social- og sundhedsdirektør


ODDER KOMMUNE
Byrådet

Rådhusgade 3, 8300 Odder

Telefon	87 80 33 63
Selvvalg	
Giro	3 04 87 80
Fax	87 80 33 20
E-mail	odder.kommune@odder.dk
Hjemmeside	www.oddernettet.dk

Region Midtjylland
Skottenborg 26
DK-8800 Viborg

ODDER, den 20.02.2008
Sags Id. 931282

Sagsbeh. Malene Herbsleb
Dok. Id. 1006945

Høringssvar vedr. sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan

I Region Midtjyllands brev af 20. december 2007 opfordres relevante samarbejdspartnere inden for området til at afgive høringssvar vedr. det fremlagte forslag til sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan for Region Midtjylland. Byrådet i Odder Kommune bemærker på den baggrund følgende:

Byrådet i Odder ser mange positive elementer i den fremlagte plan. Det gælder planerne om

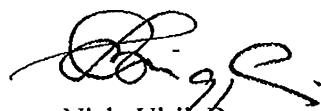
- at sikre information til borgerne om, hvornår der skal kaldes 112/rekvireres ambulanceassistance med henblik på at minimere antal af uhensigtsmæssige ambulancetransporter
- at etablere et fælles Akut Medicinsk Koordination (AMK) beredskab
- at etablere elektroniske ambulancejournaler
- at indføre fælles landsdækkende disponeringsvejledninger
- at indføre gradueret respons
- at indføre sundhedsfaglig rådgivning på vagtcentralen med henblik på sundhedsfaglig korrekt disponering
- at skabe fælles retningslinjer for patientledsagelse ved interhospital transport
- at etablere helikopterberedskab i Region Midtjylland

Set i lyset af den for nyligt aftalte akutplan finder byrådet det vigtigt, at der fokuseres på den præhospitale indsats. Det gælder både med hensyn til at sikre høj faglighed blandt de involverede personalegrupper men også til at sikre lægmand adgang til relevante førstehjælpskurser. Samtidig bemærker byrådet vedr. forholdene på Tunø, at uddannelse og koordineret træning af primærsygeplejersken er væsentlig. Ligeledes finder byrådet det vigtigt, at der i forbindelse med kommunale opgaver i CBRN-beredskabet udbydes uddannelses tilbud til primærsygeplejersker. Byrådet finder det nødvendigt, at der afsættes fornødne ressourcer til disse opgaver i den samlede beredskabsplan.

Med hensyn til samarbejdet mellem den fælles beredskabsAMK og primær sektoren finder byrådet det vigtigt, at der indgås præcise aftaler om, hvordan det kommunale beredskab aktiveres, samt om hvordan ansvar og opgaver fordeles. Disse aftaler er ikke beskrevet i den fremlagte plan. Endvidere beklager byrådet manglen på konkrete beskrivelser af samarbejdet med de praktiserende læger.

Endelig hilser byrådet regionens ønske om at styrke forskning og kvalitetssikring på området velkomment.

Med venlig hilsen



Niels-Ulrik Bugge
Borgmester

/



Jesper Hjort
Km.dir.



Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

Borgmesteren
Laksetorvet
DK-8900 Randers

Telefon +45 89 15 10 00
Telefax +45 89 15 10 03

hjn@randers.dk
www.randers.dk

29. februar 2008

Høringssvar vedr. forslag til sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan for Region Midtjylland.

Randers byråd har med interesse læst Regionens forslag til sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan for Region Midtjylland.

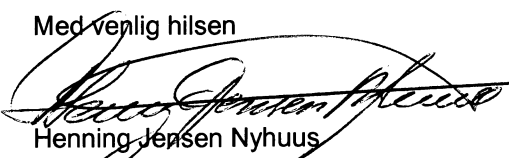
Randers byråd har med tilfredshed noteret, at det er målsætningen for Regionen, at det samlede sundhedsberedsskab i Regionen skal etableres på baggrund af en dialogbaseret enighed mellem de relevante aktører på området, herunder kommunerne, omkring processer, processtyring, sektoransvar og fælles opgaver, beføjelser og begrænsninger.

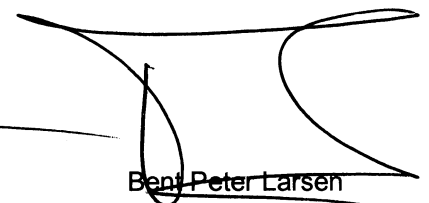
Randers kommune forventer, at den kommunale beredskabsplan vil blive udarbejdet i løbet af 2008 og ser frem til dialogen i forbindelse med dette arbejde med Regionen og Regionshospitalet Randers.

Vedr. præhospitalsplanen har Randers byråd bemærket, at Region Midtjylland vil arbejde henimod en gradueret responstid ved opkald til vagtcentralen samt, at der sikres en sundhedsfaglig kvalitet i forbindelse med disponeringen af ambulancer. I denne forbindelse er det planen, at der tilknyttes sundhedsfagligt personale til vagt- og alarmcentralen, der skal bistå ved disponering og valg af de ressourcer, der sendes til ulykkesstedet.

Randers byråd er enig i intentionerne bag dette tiltag, idet det er vigtigt, at der sikres en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse således, at beredskabet ikke "tømmes", men at den nødvendige hjælp til alvorlige ulykker og sygdomstilfælde vil være til stede og hurtigt kan være fremme.

Med venlig hilsen


Henning Jensen Nyhuus
Borgmester


Bent Peter Larsen
Kommunaldirektør

Sagsnummer: 000041605

Region Midtjylland

Modt.: **03 MRS. 2008**
100 - 227 - 602

3/3-08

**Region Midtjyllands nye forslag til akutplan -
høringssvar fra Norddjurs Kommune.**

Region Midtjylland foreslår i det nye forslag til akutplan for Regionen, at man på Djursland erstatter en lægebemandet lægebil med en akutbil bemannet med en sygeplejerske.

I forbindelse med den store sygehusdebat i daværende Århus Amt om lukning af akutberedskabet på Grenaa Centralsygehus var der meget fokus på tryghed og sikkerhed for 40.000 borgere i et yderområde. Der var og er tale om borgere med næsten 1 times kørsel til nærmeste sygehus. Borgerne var meget utrygge ved dette.

De ansvarlige politikere i Århus Amt, hvor mange nu sidder i Region Midtjylland udtalte dengang: "Vi vil sætte fokus på den præhospitale indsats. I mister akutmodtagelsen, men I får en lægebil, som hele tiden vil være bemannet med en fuldt kvalificeret læge/overlæge. Lægebilen vil give den tryghed, som vi gør en forskel i alvorlige ulykkesituationer eller ved akut sygdom".

Dette blev massivt fremført som det tryghedsskabende moment, som skulle sikre samme tryghed og sikkerhed for borgerne i et yderområde - på lige fod med andre borgere i det østjyske område. Vi forlanger samme tryghed, som borgerne i Århus, der får en lægebil med lægebemanding.

Region Midtjylland foreslår nu også skadeklinikken i Grenaa reduceret til udelukkende at have åbent i dagtimerne fra kl. 8-16 på hverdage mod nu en døgnåben skadeklinik. Dette er også et fuldstændigt uacceptabelt forslag.

Der vil være tale om en klar forringelse af akutberedskabet og hermed den præhospitale indsats for 40.000 borgere i et yderområde. Området er i øvrigt om sommeren et stort turistområde med over 100.000 gæster om dagen i sommerperioden. I området er endvidere 16.000 arbejdspladser, hvor en del arbejder på skiftehold. Det gør forslaget endnu mere uacceptabelt.

For at give borgerne i området tryghed og sikkerhed for en anstændig service må vi henstille til medlemmerne af Regionsrådet,

- at der fortsat skal være en lægebil på Djursland bemannet med en fuldt kvalificeret læge
- at skadeklinikken i sin nuværende form har åben alle dage (også weekends) og så efter kl. 16.00.

Vi beder om, at man giver borgerne i hele Regionen samme tryghed og sikkerhed.

Med venlig hilsen

Niels Erik Iversen
1. viceborgmester

Jens P. Jellesen
2. viceborgmester

I har den 12. december 2007 besluttet, at sende sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan i høring.

Høringsfristen er den 26. februar 2008.

Norddjurs Kommunes direktører er blevet anmodet om, at fremsende udkast til eventuelle høringsbidrag til økonomiudvalget og der er modtaget bidrag fra

- * Sundhedsområdet (er tidligere fremsendt til regionen)
- * Miljø- og teknikområdet

Økonomiudvalget har den 26. februar 2008 behandlet høringsbidragene og besluttet, at høringssvarene godkendes og fremsendes til Jer.

Da I tidligere har fået vores høringssvar fra sundhedsområdet fremsendes hermed alene bidraget fra Miljø- og teknikområdet.

Med venlig hilsen
Jette Simonsen
Fuldmægtig

Høringsbidrag miljø- og teknikområdet

Punkt 2.3 Ambulance-responstider. Grundstammen i den præhospitale indsats er ambulancerne, der yder den basale præhospitale indsats.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Forsvarsministeriet har ved brev af 26. marts 2007 fastlagt, at pr. 1.juli 2008 overgår ansvaret for sværere frigørelsesopgaver ved trafikuheld med fastklemte entydigt til det kommunale redningsberedskab.

I dimensioneringsbekendtgørelsen nr. 1010 af 11. december 2002 er oplyst, at redningsberedskabets opgaver er at yde en forsvarlig indsats ved brand eller overhængende fare for brand, ved sammenstyrtningsulykker, togulykker, flyulykker til lands, skibsulykker ved kaj, naturkatastrofer og akutte uheld med farlige stoffer på landjorden, i søer og i vandløb samt i havne.

I punktet bør der indføres, at det kommunale redningsberedskab der har ansvaret for frigørelsesopgaven ved trafikuheld og sammenstyrtninger, er en del af den præhospitale kæde.

Punkt 2.9 Sundhedsfaglige mål for patienter med livstruende eller muligt livstruende tilstande omfatter:

Da det kommunale redningsberedskab ofte er først fremme på skadestedet, vil det kunne fremme overlevelseschancen, at indsatsmandskabet udover den obligatoriske funktionsuddannelse indsats på 148 timer samt håndtering af tilskadekomne på 20 timer, blev tilbudt en nødbehandleruddannelse i Region Midtjyllands regi.

3.2 Koordinering med kommunerne m.fl.

Heraf fremgår, at det fortolkes således, at kommunernes sundhedsberedskabsplaner - samt risiko- og sårbarhedsanalyser, der ligger til grund for planens dimensionering, skal indgå i Regionens planlægning og dimensionering af sundhedsberedskabet.

Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt, da bl.a. redningsberedskabets plan for den nye Norddjurs Kommune ikke er udarbejdet.



Region Midtjylland
Sundhedsplanlægning
Præhospital og Beredskab
Skottenborg 26
8800 Viborg

Vedr. høring af Sundhedsberedskab- og præhospitalplan for Region Midtjylland

Syddjurs Kommune har følgende kommentarer til sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen:

Dato: 25. februar 2008

Punkt 2.3 Ambulance-responstider. Grundstammen i den præhospital indsats er ambulancerne, der yder den basale præhospital indsats.

Kontaktperson

Preben Juul Sørensen

Direktør

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Forsvarsministeriet har ved brev af 26. marts 2007 fastlagt, at pr. 1. juli 2008 overgår ansvaret for sværere frigørelsesopgaver ved trafikuheld med fastklemte entydigt til det kommunale redningsberedskab.

I dimensioneringsbekendtgørelsen nr. 1010 af 11. december 2002 er oplyst, at redningsberedskabets opgaver er at yde en forsvarlig indsats ved brand eller overhængende fare for brand, ved sammenstyrtningsulykker, togulykker, flyulykker til lands, skibsykker ved kaj, naturkatastrofer og akutte uheld med farlige stoffer på landjorden, i søer og i vandløb samt i havne.

Hovedgaden 77

8410 Rønde

Telefon 87 53 5000

syddjurs@syddjurs.dk

www.syddjurs.dk

I punktet bør der indføjes, at det kommunale redningsberedskab, der har ansvaret for frigørelsesopgaven ved trafikuheld og sammenstyrtninger, er en del af den præhospital kæde.

Punkt 2.9 Sundhedsfaglige mål for patienter med livstruende eller muligt livstruende tilstande omfatter:

Da det kommunale redningsberedskab ofte er først fremme på skadestedet, vil det kunne fremme overlevelsessevnen, at indsatsmandskabet udover den obligatoriske funktionsuddannelse indsats på 148 timer samt håndtering af tilskadekomne på 20 timer, blev tilbudt en nødbehandleruddannelse i Region Midtjyllands regi.

Region Midtjylland

Modt.: 26 FEB. 2008

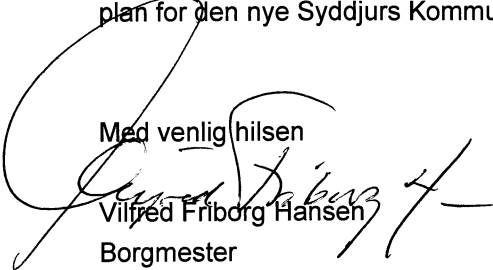
1 - 30 - 7 2 - 222 - 67

3.2 Koordinering med kommunerne m.fl.

Heraf fremgår, at det fortolkes således, at kommunernes sundhedsberedskabsplaner - samt risiko- og sårbarhedsanalyser, der ligger til grund for planens dimensionering, skal indgå i Regionens planlægning og dimensionering af sundhedsberedskabet.

Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt, da bl.a. redningsberedskabets plan for den nye Syddjurs Kommune ikke er udarbejdet.

Med venlig hilsen



Vilfred Friberg Hansen

Borgmester

Syddjurs Kommune



Nich Bendtsen

Kommunaldirektør

Syddjurs Kommune



Region Midtjylland

Dato 10-03-2008

PØJ/Åz

Tel. +45 9927 2710

supoj@ringamt.dk

**Høringssvar i forbindelse med forslag til Sundhedsberedskab
og Præhospitalsplan for Region Midtjylland**

Side 1

Hospitalsenheden skal hermed fremsende høringssvar i forbindelse med ovenstående.

Generelt finder Hospitalsenheden Vest, at der er tale om en god og gennemarbejdet plan, som overordnet set vil styrke det samlede sundhedsberedskab og herunder præhospitalsystemet i Region Midtjylland.

Hospitalsenheden Vest har især bemærket sig at planens beskrivelse af præhospitalsorganiseringen og herunder den organisation, der foreslås at skulle dække Hospitalsenhedens nærområde.

Det er Hospitalsenheden Vest's umiddelbare forslag, at man bevarer de nuværende anæstesisygeplejeadrykninger fra Regionshospitalet Herning, Holstebro, Ringkøbing, Tarm og Lemvig i døgndækning og at man samtidig etablerer døgndækkende akutbiler bemandede med anæstesilæger fra henholdsvis Regionshospitalet Herning og Holstebro. Der er således tale om en udvidelse af lægedækningen som supplement til udrykningstjenesten bemandede med anæstesisygeplejersker.

Begrundelsen for at anbefale ovenstående model er, at den er besparende med hensyn til forbruget af anæstesilæger i en situation, hvor disse udgør en knapfaktor.

Derudover vil et system som det foreslåede kunne medvirke til en fornuftig responsetid i forhold til præhospitalsindsatsen især i yder-

områderne.

Ovenstående model er den mest optimale set fra Hospitalsenheden Vest i den aktuelle situation, idet hospitalsledelsen dog er opmærksom på, at der for tiden foregår yderligere udredning med henblik på optimering af den samlede ressourceudnyttelse på området samt med hensyn til etablering af så ensartede ordninger i hele regionen.



Herning den 25. februar 2008
På vegne af hospitalsledelsen

Side 2

Per Østergaard Jensen
Cheflæge

Kopi til:
HMU

Regionshospitalet

Viborg, Skive, Kjellerup

Hospitalsledelsen

Heibergs Allé 4

Postboks 130

DK-8800 Viborg

Tlf. +45 8927 2727

Fax: +45 8927 3450

post.sygehusviborg@

sygehusviborg.dk

Region Midtjylland
Præhospitalet og Beredskab
Att. Henriette Gade
Skottenborg 26
8800 Viborg

**Høring af forslag til sundhedsberedskabs- og
præhospitalet plan for Region Midtjylland, j.nr. 1-30-
72-222-07.**

midt
regionmidtjylland

Dato 26. februar 2008
J.nr.: 20-6131-7601-1-07

Hermed fremsendes de indkomne høringssvar fra Beredskabsudvalget på Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup, idet Hospitalsledelsen kan henholde sig til bemærkningerne.

Diana Hansen/-
Dir. tlf. 8927 2550
diana.hansen@
sygehusviborg.dk

Med venlig hilsen

p.h.v.


Ole Østerballe
Cheflæge, dr.med.

Side 1/1

Hospitalsledelsen
Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup

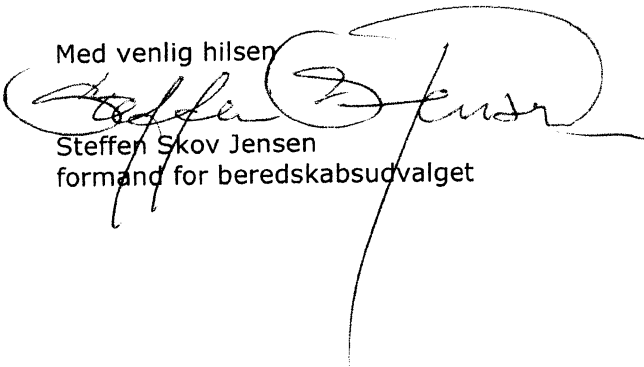
Dato 26. februar 2008

J.nr. 20-6131-7601-1-07
Diana Hansen/-

Vedr. regionens høring af sundhedsberedskabs- og præhospitalplan

Beredskabsudvalget ved Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup har på sit møde den 25. februar 2008 drøftet udkast til sundhedsberedskabs- og præhospitalplan og fremsender hermed de indkomne høringssvar.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Steffen Skov Jensen', is written over the typed name and title. The signature is fluid and cursive, with a large loop at the end.

Steffen Skov Jensen
formand for beredskabsudvalget



Henning Holm Johansen
<hhj@viborg.dk>
16-01-2008 10:34

Til diana.hansen@sygehusviborg.dk
cc
bcc
Emne

RegionMidtJylland
att. Diana Hansen

Vedr. kommentarer til Regionens "Sundhedsberedskabs- og præhospitalet plan"

Undertegnede har flg. kommentarer til planen:

ad. pkt. 5.2.2, side 53. Her er der omtalt **Politikredsens lokale beredskabsstabe**. De lokale beredskabsstabe eksisterer ikke mere og betegnelsen politikredse eksisterer heller ikke mere. Politiregion Midt og Vestjylland er p.t. ved at etablere et alternativ til de lokale stabe.

ad.pkt. 5.4.3.2., side 61. Her omtales **Ventepladscontainer/ telt**. Hvorledes er Regionen dækket med ventepladskapacitet nu efter at region er blevet større. Hvilke beredskaber har ventepladskapacitet??

Måtte der være spørgsmål til ovenstående, kontakt da blot undertegnede

Med venlig hilsen

Henning Holm Johansen, brandchef
Viborg kommune, Beredskabsafdelingen
Industrivej 3, 8800 Viborg.
Dir. telf.: 8725 3001
Fax.: 8725 3049
Sikker e-mail: viborg@viborg.dk
<http://www.viborg.dk/>



Diana
Hansen/SVSHLDHA/SUF/Vi
borg Amt

22-02-2008 09:11

Til

cc

bcc

Emne Vidr.: Beredskabsplanen - regionen

Kim W Jacobsen

19-02-2008 19:48

Til: Steffen Skov/SUF/Viborg Amt@Viborg Amt

cc: Annette Schultz/SUF/Viborg Amt@Viborg Amt, Poul
Lenler/SVANSPL/SUF/Viborg Amt@Viborg Amt

Vedr.: Beredskabsplanen - regionen

Hej Steffen

Jeg har valgt alene at kommenterer det med AMK.

1. Indsatsen fra AMK bør fra starten omfatte en koordinering af de mange akut-biler der er/kommer i regionen. Målet kunne være at man sendte relevant personale til hændelsen. Med den frekvens (antal kørsler) og automatik, der er lagt op til fra regionens side, vil der givet være mange unødige kørsler af hospitalsuddannet personale.

En visitering af kørslerne via AMK kunne betyde en mere målrettet indsats.

En visitering kunne måske medføre at vise at behovet for antallet af akutbiler i regionen kunne revideres - eller sagt med andre ord, behovet kunne dækkes af færre akutbiler.

2. Ved at gøre AMK til en daglig-AMK er der højere sandsynlighed for at funktionen virker i en egentlig beredskabssituation p.g.a. godt trænede dagligerutiner.

3. At AMK nødvendigvis er en Århus-funktion - kunne man da godt sætte spørgsmålstegn ved i disse digitale tider.

I øvrigt er det bemærkelsesværdigt at en beredskabsplan også indeholder historieskrivning.- dette gør den ikke mere effektiv at læse, slå op i - når den skal bruges i en akut situation

Venlig hilsen
Kim.W.J.

Poul
Lenler/SVANSPL/SUF/Vib
org Amt

20-02-2008 13:37

Til Diana Hansen/SVSHLDHA/SUF/Viborg Amt@Viborg Amt

cc Steffen Skov/SUF/Viborg Amt@Viborg Amt

bcc

Emne Sundhedsberedskabsplan og præhospitalsplan.

Kommentarer til Sundhedsberedskabsplan og præhospitalsplan.

Det er første gang, der er produceret en samlet præhospitals - og beredskabsplan. Overordnet set er det rigtigt at se de to planer som et samlet område, idet der jo er et kontinuum mellem en præhospitals problemstilling til den store katastrofe. Man kan dog forsat se planen i 2 dele.

Det præhospitale område.

Planen gennemgår den præhospitale kæde på en grundig måde og opsætter en del mål for det præhospitale område.

Målene, som er beskrevet, er dog vagt formulerede og ikke tydeligt nok fulgt op af en handlingsplan f.eks punkt 2.2.3, 2.4.6 og 2.5.1 og der mangler et tidsperspektiv.

Planen understreger vigtigheden af, at det præhospitale skal være velfungerende på et højt speciallistplan. Der savnes en beskrivelse af de forskellige kompetencer hos personer i det præhospitale feldt ud over ambulanceassistent og -behandler. Lægen er speciallæge i anæstesiologi, som kan diagnosticere, starte behandling, visitere til korrekt behandlingssted samt afslutte behandling på (skade-)stedet. De øvrige præhospitale fagpersoner kan kun udføre opstart af behandling på delegation og indenfor snævre retningslinier. Denne skelnen er vigtig, idet 70-80% af udrykningskald sker til "medicinske" sygdomme.

Det beredskabsmæssige område.

Planen beskriver på en kort og præcis måde sundhedsberedskabet og dets handlemåde på regionalt og lokalt plan. Specielt er afsnittet om CRBN beredskabet aktuelt og vigtigt. Der efterlyses dog en tydeliggørelse af området om isolation: hvilke syghuse skal planlægge isolationskapacitet og hvor stor skal denne kapacitet være.

Der bør hurtigst muligt træffes afgørelser og planlægges efter en samlig af AMK-funktionen på Århus Sygehus, så regionens øvrige hospitaler kan planlægge herefter. I den forbindelse skal lægen i nærmeste akutlæge-bil være skadesteds KOOL. Dette vil reducere behovet for umiddelbar udsendelse af udrykningshold, så dette kun foregår efter anmodning.

Der omtales risikovurdering og sårbarhedsvurdering for Region Midtjylland. Dette er en ny dimension i sundhedsberedskabet og der ses frem til et risikoanalyse arbejde, som både skal fungere på regionalt plan som på lokalt plan. Det er nødvendigt med initiativer fra regionen på dette område, således at sygehusberedskaber og kommuner inddrages i et fælles arbejde både regionalt som lokalt. Resultatet af dette arbejde vil være et vigtigt grundlag for den lokale dimensionering af sygehusberedskabet.

20-2-2008.

Poul Lenler-Petersen

Poul Lenler-Petersen
Overlæge
Anæstesi og Operationsafdeling
Regionshospitalet Viborg
Tlf. 8927 2727 kode 2711.

Regionshospitalet
Silkeborg
Administrationen

Falkevej 1-3
DK-8600 Silkeborg
Tel. +45 8722 2100
www.regionshospitaletsilkeborg.dk

Regionshuset Viborg
Præhospitalet og beredskab
Skottenborg 26
8800 Viborg

midt
regionmidtjylland

Høringssvar forslag til Sundhedsberedskab og præhospitaletalplan for Region Midtjylland

I henvendelse af 12. december 2007 anmodes MEDsystemet om høringssvar vedr. sundhedsberedskabs- og præhospitaletalplan for Region Midtjylland.

Som det fremgår af høringsudkastet er sundhedsberedskabs- og præhospitaletalplanen udarbejdet indenfor rammerne af akutplanen, som der tidligere er givet høringssvar på og som er vedtaget ultimo 2007.

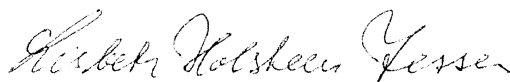
Side 1/1

Det nævnes i planen, at det er vigtigt at borgerne er informeret om, hvornår de skal kalde 112 og hvornår anden adgang hjælp skal benyttes, dette kræver en informationsstrategi som er vigtig i forhold til at sikre en optimal ressourceudnyttelse og hurtig hjælp til de borgere, der har det største behov for en ambulance.

I forhold til sundhedsstyrelsens "styrket akutberedskab" er der fokus på, at sundhedsfagligt personale skal bidrage til valg af ressourcer og disponering i forhold til det konkrete ulykkested. Dette er helt klart en styrelse af funktionen, som vil være med til at give en mere kvalificeret hjælp på rette tid og en mere optimal ressourceudnyttelse.

HMU på Regions Hospitalet Silkeborg støtter med ovenstående kommentarer op om indholdet i høringsmaterialet.

Med venlig hilsen



Lisbeth Holsteen Jessen
Formand for HMU



Birthe Mossin
Næstformand i HMU

Region Midtjylland

Sundhedsplanlægning

Præhospital og Beredskab

Høringssvar fra Århus Universitetshospital, Skejby vedr. beredskabs- og præhospitalplan for Region Midtjylland

Skejby har ikke konkrete bemærkninger til forslaget.

Generelt må det dog forventes, at realiseringen af planen kan få konsekvenser på lønudgifterne pga. ændrede vagtstrukturer o.lign., ligesom arbejdsmiljøet vil blive udfordret i en sådan forandringsproces.

Venlig hilsen

Århus Universitetshospital, Skejby

Annette Bang

Strategi- og Udviklingschef

midt
regionmidtjylland

Dato : 20.02.2008

Journalnr. : 2-11-01-1-05

Sagsbehandler : CJI

Tlf. : 5089

cji@sk.s.aaa.dk

Side 1/1

Høringssvar fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus vedrørende Sundhedsberedskabs- og præhospital plan for region Midtjylland

Regions Midtjyllands Sundhedsredskabs- og præhospital plan har på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus været til høring i h.h.v. Traumerådet og Beredskabsledelsen.

På den baggrund har Århus Universitetshospital, Århus Sygehus følgende kommentarer:

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus kan generelt tilslutte sig de målsætninger, der opstilles i planen

Region Midtjylland peger i planen på behovet for en større samtænkning og integration af de forskellige funktioner, som er i spil i forbindelse med disponering og styring af den præhospital og beredskabsmæssige indsats herunder, at der tilknyttes sundhedsfagligt personale til alarmering og disponering.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus kan tilslutte sig dette, og vil anbefale at man i forbindelse med implementering af den sundhedsberedskabsmæssige og præhospital plan etablerer en selvstændig organisation, der rummer vagtcentralfunktion, daglig AMK, beredskabs AMK, sygeplejerskebetjent skadestue, lægevagtvisitation og sundhedsfaglig rådgivning af 112 og vagtcentral. Det vurderes, at man derved dels vil få en øget sundhedsfaglig standard i forbindelse med disponering af de præhospital ressourcer, dels vil opnå gensidig læring og udvikling ved at samle de forskellige funktioner. Organisationen bør have både sundhedsfaglig og driftsansvarlig ledelse. Den nye funktion bør etableres i fysisk nærhed af Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, da det vurderes, at det er væsentligt at den nye organisation får et tæt og løbende samarbejde med regionens største og mest specialiserede akutmodtagelse/traumecenter.

Dette vil for Århus Universitetshospital, Århus Sygehus betyde, at AMK funktionen, som i dag varetages i fælles organisation med traumecentret på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, udskilles.

Vedrørende indsats med akutbiler i regionen, vil Århus Universitetshospital, Århus Sygehus pege på akutbiler bemandede med erfarne anæstesilæger som den fagligt set bedste løsning.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus vil tilslutte sig intentionerne vedr. modtagelse og behandling af traumepatienter, og vil pege på behovet for, at der udarbejdes og visiteres efter enstrengede retningslinier vedr. alvorligt kvæstede traumepatienter.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus kan ud fra et fagligt synspunkt støtte, at det præhospitale beredskab suppleres med en lægehelikopter. Helikopteren skal først og fremmest bruges til at bringe en erfaren speciallæge frem til den alvorligt syge eller tilskadekomne hurtigst muligt.

Vedrørende afsnittet om sundhedsfaglige mål for patienter med livstruende eller muligt livstruende tilstande, har Århus Universitetshospital, Århus Sygehus følgende kommentarer til afsnittet vedr. traumepatienter:

- Traumepatienter bør defineres som patienter der opfylder de regionale traumekalskriterier
- På side 37, 1. afsnit står at bevidstløse patienter skal intuberes. Dette bør rettes til, at bevidstløse patienter ofte skal intuberes

Vedrørende afsnittet om uddannelse bør målgruppen præciseres med hensyn til også at omfatte hospitalernes Beredskabsledere tværregionalt. Ligeledes bør der afholdes regelmæssige tværregionale øvelser for alt personale i såvel den præhospitale som den interhospital kæde. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus vil foreslå at der tværregionalt oprettes en beredskabsgruppe. Denne gruppe vil kunne varetage opgaverne vedrørende uddannelse og øvelsesplanlægning og - afvikling.

Vedrørende afsnittet om automatisk aktivering af AMK ved 10 eller flere tilskadekomne ønsker Århus Universitetshospital, Århus Sygehus at AMK også aktiveres automatisk, såfremt ambulancetjenesten sender mere end 5 ambulancer til ulykken. Dette skyldes først og fremmest, at man allerede ved 5 alvorligt tilskadekomne som ambulancelæge har svært ved at have overblikket over hvor patienterne skal hen. Samtidig vil det, at AMK aktiveres oftere end nu betyde, at der oparbejdes større erfaring/rutine i AMK-organisationen.

Med venlig hilsen

Anne Thomassen
Cheflæge

Kirsten Bruun
Chefsygeplejerske

Ole Thomsen
Hospitaldirektør

*** Brugerrådet for Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter og Ambulatorier. ***

Børge Rasmussen
Formand.

8660 Skanderborg, den 24. 02. 08.
Mågevej 5, tlf. 86520227. sprm28h

Region midt,
Skottenborg 26,
8800 Viborg.

Vedr. Høringssvar til Sundhedsberedskabs - og præhospitalsplan for Region midt.

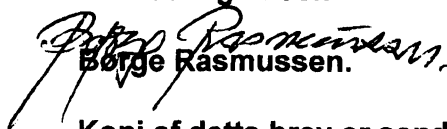
- * Hele kommunen påregnes dækket med lægebil / akutbil.
- * De lokale akut ambulancer får snarest behandlere på trin 3 niveau.
- * Responstiden i hele kommunen, herunder Ry - området, bliver som for hele Østjylland ca. 7,8 min.
- * I situationer med lokal " tom station " ambulancestation, skal der etableres en " Nødbehandlerordning." Med brug af det lokale brandberedskab.

* Ved store ulykker skal der i beredskabsplanen optages bestemmelser om tilkaldelse af frivilligt personel fra redningsberedskabet, det tidligere CF.

* Der gennemføres befolkningskursus i førstehjælp.

I sygehustomme områder, uden lokal skadestue, er borgerne meget afhængig af den hjælp der ydes gennem den præhospitale indsats. Skanderborg - området har været i den situation siden 1988.

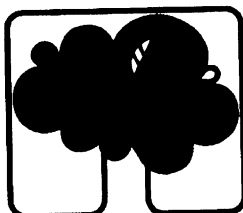
Med venlig hilsen


Børge Rasmussen.

Kopi af dette brev er sendt til Skanderborg kommune.

Region Midtjylland

Modt.: 27 FEB. 2008



Skanderborg
Sundhedscenter

21. februar 2008

Regionsrådet i Region Midtjylland
 Skottenborg 26
 Postbox 21
 8800 Viborg

**SUNDHED**

Nygade 16, 7620 Lemvig

T: 96 63 12 00

F: 96 63 12 36

E: sundhed@lemvig.dk

J

Høring vedrørende Sundhedsberedskabs- og præhospital plan.

Lemvig Ældreråd har med interesse læst Sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen og noteret sig den meget grundige gennemgang af indholdet i forhold til den fremtidige plan for beredskabet i Region Midtjylland.

Planen er læst med speciel interesse for de faktorer, der berører beredskabet i forhold til ældre i Lemvig Kommune, hvor der for nogle befolkningsgrupper er endog meget langt til stationær behandlingssted.

I forhold til responstiden er den gennemsnitlige responstid opgivet i rapporten, dog er Lemvig Kommune en geografisk stor kommune set i forhold til indbyggertallet, og derfor er der meget langt til kommunens yderste punkter set i forhold til, hvorfra ambulancer skal rekvireres.

Der er tidligere indgået aftale om en særlig lokal indsats i forbindelse med 112-kald, hvor en hjemmesygeplejerske adviseres, når der på Falcks vagtcentral indgår 112-kald. Disse 112-kald, som i dag fungerer i tidligere Thyborøn Harbøre Kommune, er der stor tilfredshed med, og det er Ældrerådets opfattelse, at denne ordning bør fortsætte, idet ordningen giver stor tryghed for den del af kommunens indbyggere, der bor i denne del af kommunen.

Denne præhospitale indsats bør prioriteres meget højt.

Dette skal ses i sammenhæng med de arbejdspladser, der ligger på Rønland og på Thyborøn Havn, hvor der kan blive brug for hurtig indsats for at redde liv.

Lemvig Ældreråd imødeser med stor interesse, hvad resultatet af sårbarhedsanalysen og -beskrivelsen vil bringe, da resultatet heraf kan få betydning for befolkningens oplevelser af regionens indsats på området.

Repræsentanter fra kommunens nordvestlige hjørne understreger ønsket om en helikoptertjeneste ud fra erfaringer med redninger på havet.

Region Midtjylland

Modt.: **26 FEB. 2008**

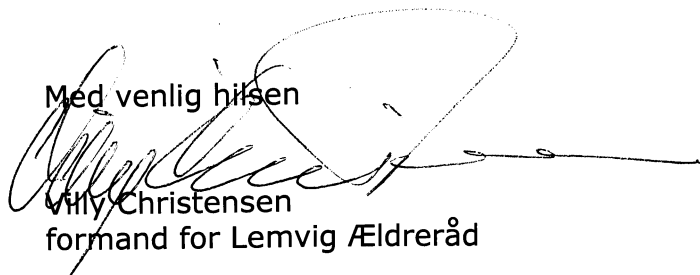
26/2 - 2008

1-30 - 72 - 222 - 07



I forhold til afsnittet med overskriften "samarbejde med primærsektor" ser Lemvig Ældreråd frem til at se resultatet af et tæt samarbejde mellem regionen og kommunen.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Willy Christensen', with a long horizontal stroke extending to the right.

Willy Christensen
formand for Lemvig Ældreråd

Ældrerådet i Silkeborg
14. februar 2008

Direktionssekretariatet, Michael Anderson
Ældre- og Sundhedsudvalget
Ældreafdelingen, Ulla V. Petersen

Høringssvar mht.:

Sundhedsberedskabs- og præhospital plan for Region Midtjylland.

Ældrerådet er **bekendt med** og **kan fuldt tilslutte sig** Silkeborg Kommunes høringssvar til Regionen (2. udkast).

Ældrerådet har følgende kommentarer til (Regionens plan)/(Kommunens høringssvar):

- **Præhospital indsats af høj kvalitet, akut hospitalsbehandling.**
Vi er meget betænkelige ved, at akut syge ældre borgere i Silkeborg Kommune fremover kan komme ud for at skulle **transporteres langt og længe**. En sådan transport er belastende (**stressfaktor**). Stress er ikke sundhedsfremmende.
Dertil kommer at ældres bagland oftest selv er ældre mennesker (skrøbelige og mindre mobile) så de lettere bliver **isolerede**.
- **24 timers akutbil (lægebaseret).**
Selv med Regionshospitalet i Silkeborg som akut sygehus vil en sådan bil være af vital betydning for storkommunen Silkeborg. Uden akut sygehus finder vi den tvingende nødvendig.
- **Gradueret responstid.**
Ældre er ofte tålmodige.
Alligevel er det af stor vigtighed, at de behandles **hurtigst muligt**. De er i forvejen "disponerede for" mén - en forværret tilstand bliver **uoprettelig**.
- **Telemedicin.**
Ældrerådet finder det fornuftigt og naturligt at området udvikles.

For ældrerådet

Gunnar Karlsen
Lis Andersen

Høringssvar:

**Seniorrådets Høringssvar vedr. forslag til sundhedsberedskabs-
og præhospitalplan for Region Midtjylland.**

”Hvis planen praktiseres som beskrevet kan Seniorrådet tilslutte sig indholdet, dog udtrykkes bekymring og utryghed i forhold til følgende punkter”

- Er det muligt i praksis at overholde de beskrevne responstider?
- Vil, blandt andet den præhospitalt kædes mange led give anledning til øget responstid?
- Kan der uddannes, ansættes personale i det omfang der er behov for til de beskrevne opgaver?

På vegne af Seniorrådet
Skanderborg kommune
D. 22.01.08

Formand
Birthe Jørndrup



Høringssvar på Regionsrådet sundheds-beredskabs- og præhospitalet.

Tunø Beboerforenings bestyrelse har på sit bestyrelsesmøde den 11. februar 2008 gennemgået planen og skal fremføre følgende bemærkninger, der bør indgå i den endelige vedtagelse.

Afsnit 201.2. Den præhospitale kæde – det akutte forløb via 112. Beboerforeningen skal anmode om at såvel politiets alarmcentral og ambulancetjenestens vagtcenter har en helt klar alarmerings-procedure for Tunø Odder Kommune uanset om primærsygeplejersken er på øen eller ikke, at vagtlægen på Samsø har fri, da vi er uden nogen form for hjælp på øen ca. 87 dage om året. Herunder skal der også foreligge helt klare regler om hvem der så tager ansvaret og vejledning for den præhospitale indsats og klargøring på øen.

Afsnit 2.8. Præhospitalet indsats på øen Tunø er der taget afsæt i de lokale forhold. Det bemærkes at vi ingen afløser har for primærsygeplejerske og det er ikke altid vi kan få lægen fra Samsø, da han også er udrejst. Vi har oplevet at hans båd, der ligger i Mårup, ikke kan starte og at man fra øen selv har måtte sejle over og hente ham, med deraf følgende lang, lang ventetid, og de 87 dage om året vi ikke har vores primærsygeplejerske svarer til at vi 24% af tiden indenfor et år er uden sygeplejerske. Ganske uacceptabelt.

Ud af de 6 øer som Regionen har ansvaret for er Tunø den ø, der har det dårligste beredskab. Venø, Fur og Hjernø kan nås med færge indenfor få minutter. Anholt og Endelave har fast læge og for Endelaves vedkommende indkaldes vika, de to øer har lang sejltid Anholt 2½ time, Endelave ca 1 time og Tunø 1 time. Antallet af indbyggere på Anholt er ca. 160 og Endelave ca 175 og Tunø 120, altså kun en forskel på 40-55 indbyggere så Regionsrådet må være opmærksom på at Tunø er den af de 6 øer, der har den absolutte dårligste præhospitale dækning med 87 dage uden hjælp på selve øen.

Afsnit 3.2 Koordinering med kommunen. Tunø Beboerforening skal på det kraftigste opfordre Regionsrådet og Odder Kommune til at Tunø får et så godt sundhedsberedskab som muligt, herunder den situation når personer bliver udskrevet fra sygehus og primær sygeplejersken har fri, hvem tager imod, skifter forbindelse, medicinerer, giver indsprøjtning, skifter kateter og mange andre ting.

Afsnit 5.4.33 Ø-beredskabet. Tunø Beboerforening kan kun udtrykke stor respekt, glæde og taknemmelighed for flyvevåbnets redningstjeneste, der på en yderst professionel måde har betjent og hjulpet os på øen, også i særdeles vanskelige vejsituationer hvor øen har været afskåret fra fastlandet, men det er jo således at når primærsygeplejerske herfra og lægen på Samsø ikke kan træffes, har vi et problem og selvom vi ved at der findes kompetente personer på fastlandet, har vi desværre fået den besked "Vi sender en ambulance" og så skal vi til at forklare igen og tiden går, så derfor ønsker vi klart en vikar/afløser i de 87 dage om året, så vi beder Regionsrådet/Odder Kommune at finde penge til en afløser.

Sluttelig skal Tunø Beboerforening fremføre følgende: Tunø må absolut være berettiget til dækning med en primær sygeplejerske hele året, som en kombination af fast primær sygeplejerske der går fra

Øvrige bestyrelsesmedlemmer:

Næstformand Niller Pedersen - Kassierer Karin Agerholm Olesen
Ø-repræsentant Knud Madsen - Sekretær Michala Theilgaard Olesen
Suppleanter: Frede Søgaard og Anne-Grethe Brønning

32 timer til 37 timer, samt en afløser/vikar når der er ferie og afspadsering. Både Anholt og Endelave har fast læge/vikar og de er dog kun 40 – 55 flere personer på de øer.

Tunø besøges af ca. 62.000 turister, har det største anløb af lystbåde i hele Århusbugten ca. 11.000 både. Endvidere har vi mange sommerhusejere der kommer i weekenden, sommetider har det været op til ca. 400 personer på øen en vinterweekend uden primærsygeplejerske. Samtidig skal Beboerforeningen også udtrykke stor tilfredshed med at tidligere Århus Amt nu Region Midtjylland i de senere år har bevilliget en sommerlæge fra sidst i juni til midt i august og det er vi meget glade og tilfredse med, på det punkt lever Regionerne op til deres mål at sikre omsorg og tryghed, som det fremgår i afsnit 2.9 kvalitetsmål. Resten af tiden er det afløst af utryghed og angst for de ældre at hjælpen ikke når frem i tide.

Derfor Regionsråd, afsæt de nødvendige resurser, økonomiske midler så vi kan få en vikar til primærsygeplejerskens ferie og afspadsering i de 87 dage om året.

På forhånd tak.

På bestyrelsens vegne.

Jørgen Hastrup
Formand.

1 bilag vedlagt: Alarmprocedure for Tunø Odde kommune

*Øvrige bestyrelsesmedlemmer:
Næstformand Niller Pedersen - Kasserer Karin Agerholm Olesen
Ø-repræsentant Knud Madsen - Sekretær Michala Theilgaard Olesen
Suppleanter: Frede Søgaard og Anne-Grethe Brønning*



Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

Att. Frede Dueholm Nørgaard

Den 25. februar 2008
Ref.: EW
Medlems nr.:
Sagsnr.: 082-0152

Vedrørende sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan

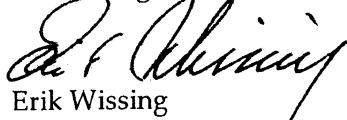
Region Midtjylland har udsendt forslag til sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan.

Dansk Sygeplejeråd har ikke kommentarer til den samlede plan, men har fra anæstesisygeplejersker i Region Midtjylland modtaget kommentarer og forslag.

Dette materiale vedrører i særlig grad en præcisering af anæstesisygeplejerskers kompetence og deres medvirken i sundhedsberedskab- og præhospitalsplan.

Materiale fremsendes derfor med henblik på, at det kan indgå i Region Midtjyllands videre arbejde.

Med venlig hilsen


Erik Wissing
Politisk chefkonsulent

DANSK SYGEPLEJERÅD

Kreds Midtjylland

Fælles postadresse:
DSR, Kreds Midtjylland
Mindegade 10
DK - 8000 Århus C

Telefontider:
Mandag - torsdag 10.00 -15.00
Fredag 10.00 -13.00

Tlf. +45 70 21 16 66
Fax +45 70 21 16 67

midtjylland@dsr.dk
www.dsr.dk/midtjylland

Lokalkontorenes åbnings- tider:

Holstebro

Brotorvet 3
7500 Holstebro
Mandag + torsdag kl. 10.00-15.00

Viborg

Gl. Aalborgvej 4
8800 Viborg
Mandag-torsdag kl. 10.00-15.00
Fredag kl. 10.00-13.00

Århus

Mindegade 10
8000 Århus C
Mandag-torsdag kl. 10.00-15.00
Fredag kl. 10.00-13.00

Høringssvar vedr. Sundhedsberedskabs- og præhospital plan, Region Midtjylland (RM)

Planen er generelt fornuftig, og tro mod Dansk Sygeplejeråds akut-papir "Fremtidens akutberedskab" fra 2006. Dog er planen primært beskrivende på status nu – og i mindre grad visionær på konkrete fremtidige tiltag.

Gradueret respons (s.23):

Tilfredsstillende, at Region Midtjylland vil arbejde for en målrettet graduering i forhold til den enkeltes behandlingsbehov og – hastegrad.

Det er en forbedring, at der nationalt arbejdes med at indføre en ekstra kørselsgrad v. rekvirering af ambulance - nemlig en kørsel B: Til akutte, men ikke direkte livstruende tilfælde. Der opereres nu med 3 mod før kun 2 hastegrader af ambulancer til observations- og/eller behandlingskrævende patienter.

Sundhedsfaglig disponering (s.23):

Helt i tråd med Dansk Sygeplejeråds politik: at indføre sundhedsfaglig rådgivning og ressource-disponering på alarmcentralerne.

Konkret kunne overvejes at integrere den eksisterende sygeplejebetjente skadestuevisitation med alarmcentralerne – evt. ved hjælp af viderestilling af opkald ved behov, - og naturligvis efter forudgående efter- / videreuddannelse af personalet.

Der bør derudover være mulighed for at kontakte relevant læge – f.eks. vagthavende på regionens planlagte AMK.

2.4.2 Præhospitale ordninger.....:

Det højeste faglige niveau er anæstesi-læge-bemandede akutbiler. "Læge" bør i planen erstattes med "anæstesi-læge".

A.h.t. ressource-udnyttelse findes det fornuftigt at bemande akutbiler med anæstesisygeplejersker i de beskrevne områder af regionen.

Dette bør også gælde Djursland fra kl. 23-08. Det er fagligt uacceptabelt, at planen foreskriver "bemandet med sygeplejerske med relevant baggrund....." Relevant baggrund kan kun være specialuddannelse i anæstesi for at varetage luftvejs-, kredsløbs- og smerteproblematikker på højt fagligt niveau.

Planen er uspecifik vedr. bemanning med læger i Randers, Viborg, Horsens og Herning. Hvordan håndteres "Såfremt der er ledig anæstesi-læge kapacitet bemandes akutbilerne..."?

2.4.4 Indsats på skadestedet – Traumepatienter:

Det kan forsinke transport af traumepatient direkte fra skadested til traumecenteret, Århus, hvis der kræves - som beskrevet i planen - at der er en ambulancelæge med på transporten. Anæstesisygeplejersken kan ledsage patienten efter telefonisk kontakt til vagthavende ambulancelæge.

2.6 Interhospitale transporter

Der bør arbejdes for minimum en regional standardisering af sikkert udstyr og øvrige retningslinier gradueret efter patient-type og nødvendigt ledsagepersonale.

S. 36 Pkt. 2 Alvorligt vejrtrækningsbesvær og pkt.4 Traumepatienter

Anæstesisygeplejersker har såvel rutine i som kompetence til at bedøve og intubere såvel patienter med vejrtrækningsproblemer som traumepatienter.

Det vil være spild af livsvigtig tid og forværende for livstruede patienters outcome, hvis hun skal vente på en anæstesilæge til at intubere.

4.3 Aktivisering af AMK

Erfaringen viser, at der kan være behov for aktivisering af AMK i andre tilfælde end ved 10 tilskadekomne og derudover.

Forslag: Aktivisering af AMK, når der til en ulykke sendes 5 eller flere ambulancer. Allerede her kan der være behov for koordinering, som ikke nødvendigvis fører til en aktivisering af sygehusberedskaberne, men måske snarere forhindrer aktivisering ved at sprede patienterne på flere sygehuse.

s.62 Uddannelse af personalet i det præhospitale beredskab

Der bør etableres en regional ensartning i beredskabskursus- og uddannelsesstilbud /-krav for sundhedsfagligt personale – såvel intrahospitalt som præhospitalt. (incl. lægehold og udrykningshold)

Dette bør omfatte de anæstesisygeplejersker i akutbiler, som måske kommer først til et skadested. (Tilbydes evt. KOOL-kurser)

Der bør stilles regionale krav til regelmæssige integrerede øvelses-scenarier for såvel præhospitalt som intrahospitalt personale.

Fornuftigt at begrænse antallet af hospitaler, der udsender personale til læge- og udrykningshold aht rutine- og uddannelsesbehov.

6.3.2 Uddannelse

Forslag:

Etablering af ensartede – gerne nationale – krav til uddannelse og kompetenceprofiler for præhospitalt personale efter ensartede principper, men differentieret efter funktions niveau (læge, spl., redder)

s.79 Det behandelende personale og 7.4, s. 97

Korrektion: Anæstesisygeplejersker kan også intubere ikke-bevidstløse patienter efter forudgående bedøvelse. Det er det vi gør, hver dag på operationsafdelingen!

*Anne Marie Ulrichsen
Specialeansvarlig anæstesisygeplejerske
EL-Anæstesi
Århus Sygehus, Nørrebrogade*

Høringssvar til (sundhedsberedskabsplan og) præhospital plan.

På vegne af 63 anæstesisygeplejersker i det tidligere Ringkøbing Amt

Der er formentlig ingen der vil argumentere for, at speciallæger ikke skulle have en højere kompetence end sygeplejersker og ambulancebehandlere. Det er på sin plads at overveje om der er overensstemmelse mellem kompetence og opgave, også i den præhospitale sektor.

I den præhospitale plan er der en række tendentiøse mangler og fejl i de oplysninger der omhandler forholdet omkring Anæstesisygeplejerskers funktion i præhospital sammenhæng.

På side 36 2. afsnit "Både bedøvelse og intubation kan være risikofyldt indgreb hos kritisk syge patienter og det kan medføre livstruende komplikationer, hvorfor det skal foretages af anæstesilæge"

Denne konklusion giver læseren indtryk af at der altid er en anæstesilæge tilstede ved akut intubation. Det vil formentlig være sådan, at der på hospitaler af en hvis størrelse, og med en tæt bestand af anæstesilæger, altid er en anæstesilæge i umiddelbar nærhed. For store dele af landet (og verden) og specielt i tyndere befolkede områder hvor heller ikke anæstesilæger ynder at flytte til, har disse funktioner traditionelt været varetaget af anæstesisygeplejersker. Anæstesisygeplejersker kender den øgede risiko. Anæstesisygeplejersken er da også uddannet til at varetage denne funktion, og udfører den på daglig basis. Der er da heller ikke undersøgelser der giver belæg for at udtale at det er forbundet med større risiko at anæstesisygeplejersker udfører anæstesi og intubation fremfor læger.

Der er undersøgelser der støtter at der ikke er forskel i mortalitet om man bedøves af anæstesilæge eller Anæstesisygeplejerske.

Vedlægges bilag 1 :

(Surgical mortality and type of anesthesia provider AANA J 2003 Apr;71 (2) : 109-16 Michael Pine, MD MBA, Kathleen D. Holt, PhD, You-Bei Lou, PhD Chicago, Illinois)

Som beskrevet på side 37 punkt 4 er de "Skandinaviske retningslinier for præhospital håndtering af alvorlige hovedskader", at intubation foretages af rutineret person. Såvel i Danmark som i de øvrige skandinaviske lande er anæstesisygeplejersker at betragte som rutineret person. Specielt i Norge og Sverige er den avancerede del af den præhospitale indsats baseret på rutinerede anæstesisygeplejersker.

På side 79 afsnit 6.3.2. bliver der således nævnt, at "Anæstesisygeplejersken kan intubere dybt bevidstløse patienter (sikre luftvejen ved hjælp af et rør, der føres direkte ned i luftvejen)".

Nogle patienter er så dårlige at de umiddelbart er dybt bevidstløse som følge af deres sygdom eller den skade de har pådraget sig, medens andre på den ene side ikke på fuldt forsvarlig vis kan sikre egen luftvej, men på den anden side heller ikke er så bevidstløse at man umiddelbart kan nedføre et rør i luftrøret, uden at patienten lider skade. I dagligdagen i forbindelse med operationer, sikres denne bevidstløshed med anæstesimidler. I den vestlige del af regionen har anæstesisygeplejersker i 2007, været i kontakt med 6291 patienter i præhospital sammenhæng, og foretaget intubation 140 gange. Deraf var de 108 personer så bevidstløse, at de ikke

behøvede anæstesimidler, medens 32 patienter fik et eller flere anæstesimidler for at proceduren kunne gennemføres sikkert. Den yngste var 14 år, den ældste 88 år. Tilsvarende for 2006 var yngste 1½ år og ældste 94 år.

I samme afsnit. "Anæstesisygeplejersken kan give de samme typer medikamenter som paramedicinen plus nogle flere"

(Se bilag 2. Vedlagte skema.)

De anæstesisygeplejersker der kører præhospital indsats i den vestlige del af regionen, medbringer og kan anvende 34 forskellige medikamenter, hvilket svarer til, hvad vore kolleger i de øvrige nordiske lande medbringer og kan bruge.

På side 97 7.4 Er det gentaget at anæstesisygeplejersken kan intubere dybt bevidstløse, og formuleret så læseren ikke umiddelbart kan udlede at anæstesisygeplejersken kan supplere med medikamenter til bedøvelse, såfremt patienten ikke er bevidstløs nok til at intubationen kan udføres sikkert.

Ligeledes fremgår det ikke af teksten, at anæstesisygeplejersker der deltager i præhospitalt arbejde, har intubationsrutine på samme niveau, som de speciallæger i anæstesi der udfører flest intubationer. Der er ikke undersøgelser der giver belæg for, at der er forskel på anæstesisygeplejerskers og anæstesilægers rutine og sikkerhed i forbindelse med anæstesi og intubation.

Der nævnes komplikationen med sammenklappet lunge i kombination med ventilation og specielt intubation. Anæstesisygeplejerskerne er undervist i at erkende og afhjælpe denne hurtigt udviklende og fatale komplikation. Der er dog ingen, der er rutinerede i dette indgreb, da der ikke i de foreløbige 24000 patientkontakter præhospitalt i det tidligere Ringkøbing Amt har været tilfælde, hvor det har været nødvendigt at bruge dette indgreb inden indlæggelse på hospital.

Side 99 er opsat et skema, hvor det skulle skabe oversigt over, hvem der gør hvad i den præhospitalt indsats.

Fra midten og ned i skemaet, er der **nævnt 8 punkter** i venstre side, men **under speciallæge i anæstesi er der afsat 13 krydser.**

- Drop i centrale blodkar
- Knoglekanyler
- Nødtracheotomi
- Dræn i brysthulen
- Respiratorbehandling
- Behandle kritisk syge børn
- Direkte visitation og ledsagelse generelt
- Færdigbehandle patienten på stedet

Drop i centrale blodkar er ikke en procedure, der hverken i Danmark eller resten af verden, anbefales at finde sted i præhospital sammenhæng. Anlæggelse af drop i centrale blodkar foretages på hospital i stabil fase, og kontrolleres ved røntgen. I præhospital sammenhæng benyttes udelukkende korte plastik katetre i arme eller evt. på ben eller halsen. Disse anlægges

også af anæstesisygeplejersker. De anæstesisygeplejersker der fungerer i den præhospitale sektor, arbejder på baggrund af erfaring med mellem 10000 Og 25000 kanyleanlæggelser hver.

Knoglekanylen har været medbragt i Anæstesisygeplejerske baseret præhospital sammenhæng i det gamle Ringkøbing Amt fra 1998-2003. Knoglekanylen har ikke været i anvendelse, da der til nu har kunnet etableres adgang til et blodkar med plastic kateter, som beskrevet ovenfor.

Anæstesisygeplejersker er instrueret i nødtracheotomi, (indføring af plasikkatheter i luftrøret. hvorigennem der kan gives ilt) men vil altid forsøge almindelig intubation først. (Der er ikke givet mulighed for at foretage nødtracheotomi af børn). Der har endnu ikke været udført nødtracheotomi.

Anæstesisygeplejersker anlægger ikke dræn i brysthulen. Eneste "undtagelse" er førnævnte trykafledning ved den livsfarlige komplikation ved kombinationen ventilation og punkteret lunge.

Respirator behandling i præhospital sammenhæng er hovedsageligt begrænset til mekanisk ventilation. Anæstesisygeplejersker "respirator behandler" i princippet alle patienter der bedøves, idet der som hovedregel tilsluttes respirator i forbindelse med enhver operation hvor patienten er bedøvet. I de 5 Anæstesisygeplejerske bemandede udrykningsbiler i det tidligere Ringkøbing Amt medbringes og anvendes Respirator.

Kritisk syge børn behandles af 1. hjælpere, ambulanceassistenter, ambulancebehandlere, anæstesisygeplejersker og anæstesiologer. Der er således ikke forskel på, om de håndgreb og færdigheder de enkelte personalegrupper besidder, anvendes på store eller små patienter, gamle eller unge.

Direkte visitation til specialafdeling sker i dag på baggrund af forud aftalte kriterier og indikationer, også uden "on site" deltagelse af læge. Der sker direkte visitation på baggrund af telefonisk kontakt. med speciallæger på berørte afdelinger og specialer.

Af de 6291 patienter der i den vestlige del af regionen havde kontakt med Anæstesisygeplejerske i 2007, kunne 754 afsluttes på stedet. Deraf var 243 døde. Ofte afsluttes behandlingen vejledt af telefonkontakt til præhospitals læge.

Skema på side 99 ville således mere korrekt skulle udformes således :

	Ambulance behandler	Para- mediciner	Anæstesi- sygeplejerske	Speciallæge i anæstesi
Observationer				
Blodtryk, puls	x	x	x	x
Hjertekardiogram. iltindhold i blodet				
Bevidsthedsniveau				
Kuldioxid i udånding			x	x
Procedurer				
Opsætte drop	x	x	x	x
Brug af defibrillator	x	x	x	x
Basal genoplivning	x	x	x	x
Telemedicin	x	x	x	x
Avanceret genoplivning med brug af		x	x	x
-3 medikamenter			x	x
-intubation				x
-Behandling af hjerte arrytmier				
Intubation			x	x
Respirator			x	x
Drop i centrale blodkar	Anvendes ikke	Anvendes ikke	Anvendes ikke (kan genindføres)	Anvendes ikke
Knoglekanyler			x	x
Nødtracheotomi			x	x
Dekompression af brysthulen			x	x
Dræn i brysthulen				x
Respiratorbehandling			x	x
Kritisk syge børn	x (På behandler niveau)	x (På para- mediciner niveau)	x (På anæstesi- sygeplejerske niveau)	x (På speciallæge niveau)
Medicinindgift				
Medikamenter i præhospital sammenhæng	Ca.10	Ca.20	Ca.34	Alle (ca. 40 relevante)
Stærk smertestillende		x	x	x
Forbehandling blodprop i hjertet		x	x	x
Øvrige kompetencer				
Visitere patienter efter faste retningslinier eller lægelig rådgivning		x	x	x
Direkte visitation og ledsagelse generelt evt. med lægelig rådgivning.		x	x	x
Færdigbehandle patienten på stedet		x (evt. efter telefon konsultation med speciallæge)	x (evt. efter telefon konsultation med speciallæge)	x

SURGICAL MORTALITY AND TYPE OF ANESTHESIA PROVIDER

Michael Pine, MD, MBA
Kathleen D. Holt, PhD
You-Bei Lou, PhD
Chicago, Illinois

Although estimates of anesthesia-related deaths today are as low as 1 in 200,000 to 300,000 cases, questions remain about surgical patients' safety related to types of anesthesia providers. We studied the effect of type of anesthesia provider on mortality rates of Medicare patients undergoing 8 different surgical procedures.

Risk-adjusted mortality rates were analyzed for 404,194 inpatients undergoing surgery and having complete, unambiguous Medicare bills for anesthesia. Mortality was compared for anesthesiologists working alone, Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs) working alone, and anesthesia care teams. Procedure-specific risk-

adjustment models were derived using stepwise logistic regression. Predictions were adjusted for institutional and geographic factors.

Mortality rates for conditions studied ranged from 0.11% to 1.20%. Observed and predicted values by type of provider were not statistically significantly different. Hospitals without anesthesiologists had results similar to hospitals where anesthesiologists provided or directed anesthesia care.

Key words: Anesthesia mortality, anesthesia providers, nurse anesthetist, quality of care, surgical mortality.

Success in reducing anesthesia-related mortality has been exemplary, with current estimates of death rates as low as 1 death per 200,000 to 300,000 cases.¹ Despite this commendable record, questions remain about surgical patient safety related to types of anesthesia providers.

On January 18, 2001, the Health Care Financing Administration (now the Centers for Medicare & Medicaid Services) published a rule² allowing states and individual hospitals to decide whether physicians must supervise anesthesia administration by Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs) in order for hospitals to receive Medicare reimbursement. Before this rule could take effect, a new administration invoked "safety issues" as a rationale for replacing it with a rule that mandates physician supervision unless a state governor obtains a waiver, after consultation with the state's boards of medicine and nursing.³ Currently, 6 states have obtained such waivers. In states considering these waivers, state governors have become immersed in sometimes fierce and expensive political controversies as anesthesiologists pressed for mandatory supervision and CRNAs stoutly defended their professional competence. Without recent valid scientific data, governors must contend with contradictory interpretations of outdated or seriously flawed research studies.⁴⁻⁷ Furthermore, in states that grant waivers, hospitals and surgeons must decide how the composition of an operative team will affect surgical outcomes.

We studied the effect of type of anesthesia provider

on surgical mortality associated with selected surgical procedures performed on Medicare beneficiaries.

Methods

Part A (ie, hospital claims) and Part B (ie, professional claims) Medicare data were analyzed for patients hospitalized in 1995, 1996, or 1997 in 1 of 22 states if they underwent 1 of the following operations: (1) carotid endarterectomy, (2) cholecystectomy, (3) herniorrhaphy, (4) hysterectomy, (5) knee replacement, (6) laminectomy, (7) mastectomy, or (8) prostatectomy. Patients also had to (1) reside in the state where the operation was performed, (2) undergo the procedure within 2 days after admission, and (3) have a principal diagnosis that could be treated appropriately by the procedure performed. Table 1 lists qualifying *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)* procedure codes and associated ICD-9-CM principal diagnostic codes. States were selected to yield a reasonable representation of CRNAs practicing in urban and rural facilities across the United States. A total of 586,422 cases met initial inclusion criteria.

The type of anesthesia provider (ie, an anesthesiologist alone, a CRNA alone, or a team of an anesthesiologist and a CRNA) was obtained from part B Medicare billing data. Cases were eliminated from development of risk-adjustment models if they lacked part B data, had invalid provider codes, were coded as emergencies, or came from any hospital that performed fewer than 15 similar operations on Medicare beneficiaries during the 3-year study period. Table 2 shows the number of cases eliminated by each criterion.

Table 1. Qualifying *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)* procedure codes and associated *ICD-9-CM* principal diagnosis codes

Surgical procedure	ICD-9-CM codes*
Carotid endarterectomy	Procedure code: 38.12 Principal diagnosis codes: 433.10, 433.30, 435.8x, 435.9x
Cholecystectomy	Procedure code: 51.2x Principal diagnosis codes: 574.xx, 575.0x, 575.1x, 575.2x
Herniorrhaphy (uncomplicated)	Procedure code: 53.xx Principal diagnosis codes: 550.9x, 553.xx
Hysterectomy for benign disease	Procedure codes: 68.3x, 68.4x, 68.5x, 68.6x, 68.7x, 68.8x, 68.9x Principal diagnosis codes: 218.xx, 219.xx, 220.xx, 233.1x, 233.2x, 256.xx, 614.xx, 615.xx, 617.xx, 618.xx, 619.xx, 616.0x, 620.xx, 621.xx, 622.xx, 626.xx, 627.xx, 625.2x, 625.3x, 625.4x, 625.5x, 625.6x
Knee replacement	Procedure codes: 81.54, 81.55 Principal diagnosis codes: 696.0x, 714.xx, 717.xx, 715.x6, 716.x6, 718.x6, 719.x6
Laminectomy	Procedure code: 80.5x Principal diagnosis codes: 721.xx, 722.xx, 723.0x, 724.0x
Mastectomy	Procedure codes: 85.22, 85.23, 85.3x, 85.4x Principal diagnosis codes: 174.xx, 217.xx, 233.0x, 239.3x, 610.xx, 611.xx
Prostatectomy	Procedure codes: 60.2x, 60.3x, 60.4x, 60.5x, 60.6x Principal diagnosis codes: 185.xx, 600.xx

* The symbol "x" in a code indicates a blank or any number between 0 and 9.

Equations were derived to compute the probability of dying before discharge for each patient undergoing a procedure included in this study. Risk factors considered for each procedure were patients' age, sex, principal and secondary diagnoses, and selected information about procedures (eg, laparoscopic vs abdominal surgery). To identify potential risk factors, stepwise logistic regression⁸ was applied to New York's Statewide Planning and Research Cooperative System (SPARCS) data for 1996 and 1997. This state database was used exclusively to screen potential risk factors because, unlike the Medicare database, it distinguishes valid risk factors (ie, secondary diagnoses present on admission) from complications that occurred during hospitalization. Only comorbid conditions found to be statistically significant predictors of inpatient mortality (ie, $P < .05$) were selected as candidates for inclusion in final risk-adjustment equations. Finally, secondary diagnoses coded more frequently as complications than as comorbid conditions were eliminated from consideration, even if they were significant predictors of inpatient mortality. Final clinical risk-adjustment models were derived on the Medicare database by applying stepwise logistic regression to select statistically significant risk factors ($P < .05$).⁸ Bootstrapping techniques⁹ were used to ensure that the final variables

Table 2. Number of cases eliminated from model creation and mortality analysis

Total eligible cases	586,422
Cases with invalid provider codes	2,961
Remaining eligible cases	583,461
Cases coded as emergency	964
Remaining eligible cases	582,497
Cases in hospitals having <15 such operations in 3 y	24,292
Remaining eligible cases	558,205
Cases with no Medicare Part B data	28,627
Total cases used to create models	529,578
Cases with no anesthesia bill	48,316
Remaining eligible cases	481,262
Cases with ambiguous provider codes	27,981
Remaining eligible cases	453,281
Cases with incomplete billing or probably team care	49,087
Total cases included in analysis of mortality rates	404,194

were applicable to the entire range of observed data.

Institutional and geographic variables that might affect predicted mortality also were evaluated using stepwise logistic regression. Hospitals' number of beds, average daily census, total number of inpatient operations, percentage of registered nurses, and teaching status (ie, member of Council of Teaching Hospitals, residency program, or nonteaching hospital) were obtained from the 1997 American Hospital Association (AHA) Annual Survey Database. Hospitals' locations were characterized by state and rural-urban continuum codes (from the AHA database). Each hospital's relative volume of each operation was ranked in quartiles. The degree of a hospital's technological sophistication was ranked according to the following set of mutually exclusive categories: very high (ie, has burn or transplant unit), high (ie, has at least 2 of the following: trauma unit, cardiac catheterization laboratory, lithotripter, radiation therapy), moderate (ie, has at least 1 of the 4 services listed for the high category), low (ie, has magnetic resonance imaging, positron emission tomography, or single photon emission tomography scanning), or absent (ie, has none of the services mentioned).

The final risk-adjustment model contained each patient's predicted mortality rate from the appropriate clinical model and coefficients for the hospital characteristics that added significant predictive power, ie, relative volume of each operation, number of inpatient operations, average daily census, and the hospital's position on the rural-urban continuum. C statistics¹⁰ (ie, areas under receiver-operating characteristic curves) were calculated to assess each model's predictive power (ie, 1.0 equals perfect prediction, 0.5 equals no predictive power).

After development of risk-adjustment models, the database was refined further by excluding cases that had no bill for anesthesia services, had ambiguous anesthesia provider codes, or had bills that suggested team care but lacked corresponding bills for both an anesthesiologist's and a CRNA's services. Table 2 shows numbers excluded for these reasons.

Initial patient-specific mortality predictions were computed using procedure-specific risk-adjustment equations; predicted values then were adjusted using hospital-specific variables. The resulting predicted values were used to compare inpatient mortality rates among the 3 types of providers (anesthesiologists alone, CRNAs alone, anesthesia care teams).

The organization of anesthesia practice in a hospital may contribute to surgical outcomes regardless of which type of anesthesia provider cares for an individual patient. To assess whether differences in the

organization of anesthesia practice affected inpatient mortality rates, hospitals were categorized as having only 1 type of anesthesia provider (A1, A2, A3), having only solo practitioners (B), having a single type of solo practitioner and team anesthesia care (C1, C2), or having both types of solo practitioners and team anesthesia care (D).

We computed χ^2 statistics to evaluate differences in distributions of cases among types of anesthesia providers and to examine the relation between types of providers and risk-adjusted inpatient mortality rates.¹¹

Results

For the 404,194 cases analyzed, Table 3 shows the distribution of patients among the 8 operations and the unadjusted mortality rate for each operation. Mortality rates ranged from 0.11% for mastectomies and for hysterectomies to 1.20% for cholecystectomies. The average for all patients was 0.38%. Anesthesia care was provided by anesthesiologists alone in 33.2% of cases, by CRNAs alone in 8.2%, and by anesthesia care teams in 58.6% (Table 4).

Table 5 presents the distribution of operations among the 22 states, from 0.6% in Delaware to 13.7% in Michigan. The percentage of cases in which anesthesiologists worked alone ranged from 5.3% in South Dakota to 84.3% in Washington. The percentage in which CRNAs worked alone ranged from 0% in Delaware to 33.6% in Kansas. The percentage of cases receiving care from teams ranged from 5.4% in New Mexico to 85.7% in North Dakota. Almost half the operations were performed within metropolitan areas of 100,000 to 1,000,000 residents (Table 6). Approximately one fourth were performed in metropolitan areas exceeding 1,000,000 residents. Almost 80% of operations in which CRNAs alone provided anesthesia were performed at rural hospitals or in metropolitan areas of fewer than 100,000 residents.

Table 7 lists C statistics for the 8 clinical risk-adjustment models and for the final model incorporating clinical risk and hospital characteristics. Patient factors were most predictive of mortality for patients undergoing cholecystectomy or herniorrhaphy and least predictive for patients undergoing mastectomy or knee replacement.

Table 8 presents risk-adjusted mortality rates by type of anesthesia provider and by hospitals' types of anesthesia practice. There were no significant differences in risk-adjusted mortality rates by type of anesthesia provider or by type of anesthesia practice within the hospital. These findings were not altered when risk-adjustment was performed using equations without hospital or geographic variables.

Table 3. Distribution of cases and unadjusted mortality rates, by procedure

Procedure	No.	% of Total*	Dead	% of Total*	% Dead
Carotid endarterectomy	56,957	14.09	282	18.18	0.50
Cholecystectomy	54,673	13.53	655	42.23	1.20
Herniorrhaphy	15,779	3.90	65	4.19	0.41
Hysterectomy	30,567	7.56	35	2.26	0.11
Knee replacement	111,124	27.49	256	16.51	0.23
Laminectomy	28,999	7.17	67	4.32	0.23
Mastectomy	27,418	6.78	31	2.00	0.11
Prostatectomy	78,677	19.47	160	10.32	0.20
Total	404,194	99.99	1,551	100.01	0.38

* Column totals do not equal 100.00% because of rounding.

Table 4. Number and percentage of cases receiving anesthesia from each type of provider, by procedure

Procedure	All cases		Anesthesiologist		CRNA		Team	
	No.	%*	No.	%	No.	%	No.	%
Carotid endarterectomy	56,957	14.09	22,164	38.91	1,495	2.62	33,298	58.46
Cholecystectomy	54,673	13.53	20,211	36.97	7,147	13.07	27,315	49.96
Herniorrhaphy	15,779	3.90	5,010	31.75	1,041	6.60	9,728	61.65
Hysterectomy	30,567	7.56	9,234	30.21	2,676	8.75	18,657	61.04
Knee replacement	111,124	27.49	33,341	30.00	9,617	8.65	68,166	61.34
Laminectomy	28,999	7.17	9,248	31.89	841	2.90	18,910	65.21
Mastectomy	27,418	6.78	8,342	30.43	2,435	8.88	16,641	60.69
Prostatectomy	78,677	19.47	26,785	34.04	7,899	10.04	43,993	55.92
Total	404,194	99.99	134,335	33.24	33,151	8.20	236,708	58.56

* The column total does not equal 100.00% because of rounding.

Discussion

Although there is a large body of literature delineating patient and hospital factors related to risk-adjusted surgical mortality,¹²⁻¹⁶ few studies have addressed the effect of the type of anesthesia provider on these outcomes.

A classic study of anesthesia-related mortality by Beecher and Todd⁴ more than 50 years ago found substantially higher mortality rates when anesthesia was administered by anesthesiologists than when it was administered by CRNAs. Because the physical status of patients treated by both types of providers was similar (according to American Society of Anesthesiologists' classifications), the researchers attributed the difference in outcomes to greater but unmeasured complexity of anesthesiologists' cases.

Two decades later, a North Carolina study³ found "the incidence [of death] among the three major groups (the CRNA, the anesthesiologist, and the combination of CRNA and anesthesiologist) to be rather similar...." However, provider-specific mortality rates in this study could not be risk adjusted because clinical data on surviving patients were unavailable.

Another study published in 1980⁶ compared risk-adjusted mortality (both surgical and anesthesia-related) at 9 hospitals "in which anesthesiologists primarily were the providers" with that at 7 hospitals "in which nurse anesthetists were primarily the providers." These authors concluded that "using conservative statistical methods, ... there were no significant differences in outcomes between the two groups

Table 5. Number and percentage of cases in each state, by type of anesthesia provider

State	All cases		Anesthesiologist		CRNA		Team	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Alabama	26,699	6.61	4,328	16.21	1,242	4.65	21,129	79.14
Delaware	2,272	0.56	1,260	55.46	0	0.00	1,012	44.54
Idaho	7,663	1.90	1,738	22.68	1,701	22.20	4,224	55.12
Kansas	17,417	4.31	4,309	24.74	5,853	33.61	7,255	41.65
Louisiana	18,475	4.57	3,984	21.56	1,472	7.97	13,019	70.47
Maine	6,907	1.71	2,800	40.54	387	5.60	3,720	53.86
Michigan	55,485	13.73	14,721	26.53	3,425	6.17	37,339	67.30
Minnesota	19,481	4.82	1,311	6.73	2,361	12.12	15,809	81.15
Mississippi	15,205	3.76	6,506	42.79	520	3.42	8,179	53.79
Missouri	30,177	7.47	10,181	33.74	2,701	8.95	17,295	57.31
Montana	5,976	1.48	4,668	78.11	860	14.39	448	7.50
Nebraska	10,461	2.59	4,453	42.57	2,883	27.56	3,125	29.87
New Hampshire	4,498	1.11	2,056	45.71	273	6.07	2,169	48.22
New Mexico	6,514	1.61	4,293	65.90	1,869	28.69	352	5.40
North Carolina	34,811	8.61	4,739	13.61	610	1.75	29,462	84.63
North Dakota	4,480	1.11	451	10.07	190	4.24	3,839	85.69
Pennsylvania	54,563	13.50	25,055	45.92	312	0.57	29,196	53.51
South Carolina	17,474	4.32	7,382	42.25	448	2.56	9,644	55.19
South Dakota	6,312	1.56	335	5.31	704	11.15	5,273	83.54
Tennessee	28,837	7.13	9,599	33.29	4,035	13.99	15,203	52.72
Washington	21,904	5.42	18,455	84.25	1,109	5.06	2,340	10.68
West Virginia	8,583	2.12	1,711	19.93	196	2.28	6,676	77.78
Total	404,194	100.00	134,335	33.24	33,151	8.20	236,708	58.56

of hospitals defined by type of anesthesia provider."

In an article that its authors confessed "lacks the scientific credibility of a review or original article and is related to policy making more than science,"¹⁷ Abenstein and Warner¹⁸ reinterpreted the findings of previous researchers. They concluded: "When the data are critically examined, the evidence is very supportive that the anesthesiologist-led anesthesia care team is the safest and most cost-effective method of delivering anesthesia care." However, they presented no original data to support this conclusion.

In a more recent risk-adjusted study of 217,440 surgical cases in Pennsylvania, Silber et al⁷ observed an increase of 2.5 deaths per 1,000 patients when an anesthesiologist was not involved in the case. This statistic is alarming in light of the Institute of Medicine's review, which concluded: "today, anesthesia mortality rates are about one death per 200,000-

300,000 anesthetics administered..."¹ However, approximately two thirds of cases classified by Silber et al⁷ as lacking an anesthesiologist either had no bill at all for anesthesia care or had an anesthesiologist involved in some but not all of a patient's procedures. Cases in which an anesthesiologist worked alone were not distinguished from those in which anesthesia was provided by a team. And only cases in Pennsylvania were studied.

The present study endeavored to avoid these limitations by drawing cases from 22 states, including Pennsylvania. Only cases with clear documentation of type of anesthesia provider were included. Team care was distinguished from anesthesiologists or CRNAs practicing alone. Because patient and surgical risk far outweigh anesthesia risk in hospitalized patients undergoing surgical procedures^{14,19} and because risk adjustment using administrative data sets always is

Table 6. Distribution of cases among providers by size of metropolitan area where they worked

Metropolitan population	All cases		Anesthesiologist		CRNA		Team	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
>1,000,000	106,479	26.34	32,001	30.05	1,914	1.80	72,564	68.15
100,000-1,000,000	189,270	46.83	68,397	36.14	5,414	2.86	115,459	61.00
<100,000	108,445	26.83	33,937	31.29	25,823	23.81	48,685	44.89
Total	404,194	100.00	134,335	33.24	33,151	8.20	236,708	58.56

suboptimal,⁸ only surgical procedures that are performed on relatively homogeneous populations were included. Exclusion of emergency and other higher risk operations substantially reduced variability in predicted outcomes that can confound analyses, particularly when observational data sets are as unbalanced as the one used in this study. Also, because substantial differences in the risk of adverse outcomes remain even within these relatively homogeneous surgical categories, risk-adjustment equations were derived to account for any coexisting clinical conditions that might affect surgical mortality.

Particularly in high-risk emergency patients like those included in the study by Silber et al.,⁷ a large proportion of postoperative deaths are attributable to patients' underlying conditions rather than to deficiencies in anesthesia care.^{14,19} The present study's focus on nonemergency procedures greatly increased the probability that coexisting serious acute conditions were not present at the time of operation. However, because deaths due to surgical complications generally are far more frequent than those due to anesthesia complications,^{14,19} even rigorous risk adjustment performed for a diverse set of surgical procedures across a widely dispersed geographic area probably failed to remove all systematic biases. Only a careful review of medical records to determine the actual causes of mortality and morbidity could eliminate these biases.

In the present study, patients were attributed to an anesthesia provider based on data from the operation that qualified them for inclusion in the study. In contrast, Silber et al.⁷ classified cases as "undirected" if an undirected CRNA administered anesthesia for post-surgical palliative procedures, even when an anesthesiologist or a team administered anesthesia for the original surgical interventions. This difference in assignment may account, at least in part, for the higher risk-adjusted mortality rates observed by Silber et al.⁷ in undirected cases.

It is important to note several limitations associ-

Table 7. C statistics for risk-adjustment models

Procedure	C statistic
Carotid endarterectomy	0.826
Cholecystectomy	0.883
Herniorrhaphy	0.853
Hysterectomy	0.811
Knee replacement	0.766
Laminectomy	0.787
Mastectomy	0.667
Prostatectomy	0.812
All + hospital characteristics	0.857

ated with any study that compares mortality rates using Medicare and AHA data.

First, non-Medicare cases are not in the database. Also, information about practitioners reflects only services that were billed, and there are no records of services for patients in Medicare health maintenance organizations.

Second, because Medicare data do not distinguish between valid risk factors (ie, comorbid conditions) and inpatient complications, risk adjustment using Medicare data may fail to capture the true preoperative risk of death.^{8,20} To enhance further the validity of risk-adjustment models, the present study limited risk variables to those identified using New York's SPARCS database, which distinguishes clearly between comorbid conditions and complications.

Third, information in the AHA database comes from hospitals themselves and is not validated independently. Consequently, this database, although used widely in research studies, may contain inaccuracies about some hospitals. For example, high technology reported by a small rural hospital may actually reside in an affiliated urban medical center 100 miles away, or "number of beds" may include some that were closed years ago.

Table 8. Risk-adjusted mortality rates by type of anesthesia provider

Type*	AA	CRNA	Team	No. of Hospitals	Cases per hospital	No. of cases	Dead	Predicted dead	Observed rate (%)	Predicted rate (%)	O/P
All cases											
A1	1			95	313	29,718	121	115.4	0.41	0.39	1.049
A2		1		191	71	13,592	61	68.0	0.45	0.50	0.897
A3			1	25	333	8,330	24	28.9	0.29	0.35	0.830
B	1	1		112	203	22,770	94	92.8	0.41	0.41	1.013
C1	1		1	574	457	262,289	978	982.0	0.37	0.37	0.996
C2		1	1	9	94	844	4	3.2	0.47	0.38	1.250
D	1	1	1	171	390	66,651	269	260.8	0.40	0.39	1.031
Total				1,177	343	404,194	1,551	1,551.0	0.38	0.38	1.000
Anesthesiologist only											
A1	1			95	313	29,718	121	115.4	0.41	0.39	1.049
B	1	1		112	107	11,970	52	50.1	0.43	0.42	1.037
C1	1		1	574	127	73,046	323	325.6	0.44	0.45	0.992
D	1	1	1	171	115	19,601	108	90.5	0.55	0.46	1.194
Total				952	141	134,335	604	581.6	0.45	0.43	1.039
CRNA only											
A2		1		191	71	13,592	61	68.0	0.45	0.50	0.897
B	1	1		112	96	10,800	42	42.6	0.39	0.39	0.985
C2		1	1	9	18	164	2	0.9	1.22	0.55	2.222
D	1	1	1	171	50	8,595	46	35.0	0.54	0.41	1.316
Total				483	69	33,151	151	146.5	0.46	0.44	1.031
Anesthesia care team											
A3			1	25	333	8,330	24	28.9	0.29	0.35	0.830
C1	1		1	574	330	189,243	655	656.3	0.35	0.35	0.998
C2		1	1	9	76	680	2	2.3	0.29	0.34	0.870
D	1	1	1	171	225	38,455	115	135.4	0.30	0.35	0.849
Total				779	325	236,708	796	822.9	0.34	0.35	0.967

*** Key to types**

A1 = Anesthesiologist as sole provider

A2 = CRNA as sole provider

A3 = Team as sole provider

B = Both anesthesiologist and CRNA, each working alone

C1 = Anesthesiologist alone and team care

C2 = CRNA alone and team care

D = Both types of solo providers and team care

AA indicates anesthesiologist alone; O/P, observed/predicted ratio; CRNA, Certified Registered Nurse Anesthetist.

Finally, the Medicare database does not permit precise identification of the cause of death. Detailed reviews of large numbers of medical records would be required to determine definitively the contribution of anesthesia care to operative and postoperative deaths.

After adjustment for differences in case mix, clinical risk factors, hospital characteristics, and geographic location, the current study found similar risk-adjusted mortality rates whether anesthesiologists or CRNAs worked alone. Furthermore, hospitals without anesthesiologists had results similar to those of hospitals in which anesthesiologists provided or directed anesthesia care. Anesthesia care teams had a slightly lower risk-adjusted mortality rate than did practitioners working alone, but the difference was not statistically significant. Although these findings differ from those of Silber et al.,⁷ they are more consistent with the earlier research cited and with current data on overall anesthesia-related mortality.¹ They indicate that for the surgical procedures included in this study, the type of anesthesia provider does not affect inpatient surgical mortality.

REFERENCES

1. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press; 1999:27.
2. 66 *Federal Register* 4674. 2001.
3. 66 *Federal Register* 35395. 2001.
4. Beecher HK, Todd DP. A study of the deaths associated with anesthesia and surgery based on a study of 599,548 anesthetics in ten institutions 1948-1952, inclusive. *Ann Surg*. 1954;140:2-34.
5. Bechtoldt AA Jr. Committee on Anesthesia Study. Anesthetic-related deaths: 1969-1976. *N C Med J*. 1981;42:253-259.
6. Forrest WH Jr. Outcome: the effect of the provider. In: Hirsh RA, Forrest WH Jr, Orkin FK, Wollman H, eds. *Health Care Delivery in Anesthesia*. Philadelphia, Pa: George E Stickley Co; 1980:137-142.
7. Silber JH, Kennedy SK, Even-Shoshan O, et al. Anesthesiologist direction and patient outcomes. *Anesthesiology*. 2000;93:152-163.
8. Pine M, Norusis M, Jones B, Rosenthal GE. Predictions of hospital mortality rates: a comparison of data sources. *Ann Intern Med*. 1997;126:347-354.
9. Efron B, ed. *The jackknife, the bootstrap and other resampling plans*. Philadelphia, Pa: Society for Industrial and Applied Mathematics; 1982.
10. Hanley JA, McNeil B. A method of comparing the areas under receiver operating characteristic curves derived from the same cases. *Radiology*. 1983;148:839-843.
11. Colton T. *Statistics in Medicine*. Boston, Mass: Little, Brown and Co; 1974:151-188.
12. Vacanti CJ, VanHouton RJ, Hill RC. A statistical analysis of the relationship of physical status to postoperative mortality in 68,388 cases. *Anesth Analg*. 1970;49:564-566.
13. Blumberg MS. Risk adjusting health care outcomes: a methodologic review. *Med Care Rev*. 1986;43:351-393.
14. Cohen MM, Duncan PG, Tate RB. Does anesthesia contribute to operative mortality? *JAMA*. 1988;260:2859-2863.
15. Iezzoni LI. Using risk-adjusted outcomes to assess clinical practice: an overview of issues pertaining to risk-adjustment. *Ann Thorac Surg*. 1994;58:1822-1826.
16. Daley J, Forbes MG, Young GJ, et al. Validating risk-adjusted surgical outcomes: site visit assessment of process and structure. National VA Surgical Risk Study. *J Am Coll Surg*. 1997;185:341-351.
17. Miller RD. Perspective from the editor-in-chief: anesthesia providers, patient outcomes, and costs. *Anesth Analg*. 1996;82:1117-1118.
18. Abenstein JP, Warner MA. Anesthesia providers, patient outcomes, and costs. *Anesth Analg*. 1996;82:1273-1283.
19. Buck N, Devlin HB, Lunn JN. *The report of a confidential enquiry into perioperative deaths*. London, England: Nuffield Provincial Hospital Trust; 1988.
20. Pine M, Jones B, Lou YB. Laboratory values improve predictions of hospital mortality. *Int J Qual Health Care*. 1998;10:4491-4501.

AUTHORS

Michael Pine, MD, MBA, is president, Michael Pine and Associates, Inc. Chicago, Ill.

Kathleen D. Holt, PhD, is a senior analyst, Michael Pine and Associates, Inc.

You-Bei Lou, PhD, is a senior analyst, Michael Pine and Associates, Inc.

ACKNOWLEDGMENTS

This work was funded in part by a grant from the AANA Foundation.

Kommentarer til Region Midtjyllands sundhedsberedskabs- og præhospitalplan

Da regionsrådet sendte planen i høring pegede SF på forskellige områder, som vi fandt det vigtigt at få nærmere belyst. Disse spørgsmål fremsendes, så de kan gå med ind i den videre behandling, inden høringsfristen er overstået.

Der er stor forskel på hvor man befinder sig.

Ser jeg på ambulancer med blå blink er det meget forskelligt, alt efter hvor i regionen man bor. Responstiden svinger fra 5,7 min. i Randers til 17,3 min. Sundsøre. Det er ikke sikkert det er det samme værktøj man alle steder skal benytte. **Hvilke tiltag påtænkes for at understøtte de områder i regionen som har eller ser ud til at få længst responstid.**

Forslaget taler om førstehjælp, **hvordan understøtter Regionen konkret en løbende indsats**, og hjertestartere som der kommer flere af, kræver ligeledes en løbende opfølgning og klar og tydelig skiltning. **Hvad er det præcist der sættes ind med? Det skulle jo nødig gå som i Hovedstadsområdet, at folk ikke kan finde dem, eller tør bruge dem.**

Planen peger fint på at den præhospitale indsats også skal være sikkerhedsnet overfor svage grupper som f.eks. misbrugere, psykisk syge, gamle svage og folk med sprog- og forståelsesproblemer. Faktisk ser det ud til at andre planer i regionen netop sætter disse grupper under yderligere pres. **Hvad er det så der tilbydes, det synes jeg ikke er klart nok.**

I planen peges der på at der i dag er for mange opkald til 112. **Hvad foretages for at få færre opkald til 112, uden at servicen forringes overfor den enkelte bruger.**

Ambulancerne er den første direkte hjælp mange patienter vil møde. Her bruger vi forskellige faggrupper til opgaven, bl.a. paramedicinere.

Hvordan vil man arbejde for at flere paramedicinere rent faktisk uddannes, og er der planer om hvor mange der er behov for, eller planlagt uddannelsesmuligheder til.

Det kan ikke andet end bekymre, når akutplanens forudsætning bygger på en bedre og stærkere præhospitalsindsats. Ord alene gør det ikke.

Og jeg mangler en tydeliggørelse af hvilken økonomi der rent faktisk er til rådighed., også til telemedicin og elektronisk ambulancejournal. **Er det hurtigt igangsat eller går der mange år før det er udbygget.**

Psykiatrien nævnes som et led der er med til at dække det kriseterapeutiske beredskab. **Men der er ingen beskrivelse af, hvad der så sker hvis regionen nedlægger sengepladser, bl.a. i Silkeborg.**

Jeg efterlyser muligheden for at den præhospitale indsats også laver en vurdering af om der er områder med særlige farlige arbejdspladser, og som kræver en særlig indsats. Det ses nemlig ikke, som om det er overvejelser der er gjort.

Her som i andre forslag er det vigtigt at det servicetilbud der tilbydes gøres synligt, ikke kun for fagpersoner og politikere, men også for borgerne. **Hvilken kommunikationsstrategi er der påtænkt.**

Bente Nielsen SF Regionsrådsmedlem og medlem af Sundhedsplanudvalget

Høringssvar vedr. rapport om sygehus m.m.

SF-Herning vil gerne påpege følgende vedr. Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan:

Den præhospitale indsats skal fungere således, at alle, uanset afstand til hospital, kan føle sig trygge ved den.

Der synes i den skitserede plan f.eks. at være temmelig stor forskel på, hvor hurtigt man kan få en ambulance afhængigt af, hvor i regionen man bor.

Uddannelsen af ambulance-reddere til "paramedicinere" synes også at være ret minimal og dermed ikke med til at skabe tryghed.

Hvis planen om færre og større hospitaler skal kunne gennemføres til befolkningens tilfredshed, må den præhospitale plan langt mere tydeligt forsikre borgerne om, at de ikke alene p.g.a. deres bopæl lever livet farligt.

I medierne har debatten om antallet af hospitaler samt deres placering været den alt overskyggende. Det har bevirket, at fokus i befolkningen udelukkende har været på dette punkt og har afstedkommet mange til tider meget følelsesladede reaktioner.

SF-Herning finder det derfor afgørende, at der lægges større vægt på planerne om den præhospitale indsats, samt at informationen til borgerne om dette område forstærkes.

Region Midtjylland
Sundhedsstaben
Skottenborg 26
8800 Viborg.

25. februar 2008

**Sundhedsbrugerrådets HØRINGSSVAR vedr.
"Sundhedsberedskabs- og præhospital plan" for Region Midtjylland.**

Overordnet finder Sundhedsbrugerrådet planen god og fyldestgørende. Planen giver en god beskrivelse af regionens præhospital indsats samt det sundhedsberedskab, som er nødvendigt ved en given katastrofe.

Sundhedsbrugerrådet bakker op om de fleste tiltag og anbefaler og støtter især øget forskning som baggrund for udvikling i alle sundhedsområdets faglige facetter samt uddannelse, efteruddannelse og videreuddannelse.

Sundhedsbrugerrådet anbefaler øget brug af elektronisk kommunikation, telemedicin og ambulancejournal samt kvalificeret brug af elektronisk patientjournal, EPJ.

Sundhedsbrugerrådet efterlyser en strategi for planprojektets offentliggørelse samt implementeringen.

Kommentarer til de enkelte afsnit:

Afsnit 2. Kæden:

2.2.2. Førstehjælp ved lægmand:

- Øget bevidsthed hos lægmand om betydningen af førstehjælp bør fremmes.
- Regionen bør tage initiativ til uddannelse af instruktører for at udbrede lægmandsuddannelsen i førstehjælp.
- Ud over de i rapporten nævnte aktører bør folkeoplysningsforbundene og patientorganisationerne inddrages.
- Sundhedsbrugerrådet finder det bekymrende, at høj responstid falder sammen med de områder, der har længst til de akutte modtagelser.
- Sundhedsbrugerrådet ønsker, at målene for responstid opfyldes, og at responstiden generelt forbedres. Der bør ikke alene sættes mål for gennemsnitlige responstider, men

også maksimale responstider. Ved beskrivelsen af ønsket service i det nye ambulanceudbud bør der være opstillet servicemål om kort ventetid for borgerne.

2.3.1. Mål og fremtidig indsats:

- Sundhedsbrugerrådet ser tiltag om tilknytning af sundhedsfagligt personale til alarmcentralerne som styrkelse af den præhospitale indsats.

2.9. Kvalitetsmål:

- Sundhedsbrugerrådet anbefaler udbredelse af hjertestartere
- Sundhedsbrugerrådet anbefaler fornøden uddannelse af lægfolk, jf. pkt. 2.2.2. ovenfor.

2.10. Samarbejde med primærsektoren:

- Sundhedsbrugerrådet finder det vigtigt, at samarbejdet beskrives og sendes i høring i Sundhedsbrugerrådet.

Afsnit 5. Sundhedsberedskabsplanen:

- Regionen skal undgå gråzoner ved åbenhed omkring sundhedsberedskabet.
- Det skal gøres legitimt for lægfolk at komme med bidrag til evt. forbedringer i beredskabet.

Endvidere vil Sundhedsbrugerrådet igen generelt rette fokus på lægebil og ambulanceberedskab overalt i Regionen, suppleret med helikoptertjeneste i relevant omfang. Sundhedsbrugerrådet henviser til sit høringssvar af 17. september 2007 vedr. forslaget til akutplan for Region Midtjylland. I høringssvaret lagde Sundhedsbrugerrådet bl.a. vægt på følgende:

- Lægebil og ambulanceberedskab parallelt overalt i Regionen
 - så størst mulig tryghed i befolkningen tilgodeses
 - hurtig diagnose, behandling og præcis visitation sikresSundhedsbrugerrådet finder det uacceptabelt, at man nøjes med redderbemandede akutbiler i visse tyndt befolkede områder. Set i lyset af de lange køreafstande til akutmodtagelserne, skal den nuværende akutbilordning opgraderes snarest muligt.
- Helikoptertjeneste bør tilrettelægges i nært samarbejde med det i forvejen bestående militære beredskab, da der ikke bør oprettes egen helikoptertjeneste i Region Midtjylland.

Sundhedsbrugerrådet ønsker også på dette område et godt, tæt, solidt samarbejde mellem region og kommuner.

Med venlig hilsen



Sundhedsbrugerrådet i Region Midtjylland
Bent Lundstrøm, formand

LÆGEKREDSFORENINGEN FOR MIDTJYLLAND
BESTYRELSEN

Til Region Midtjylland
Præhospitalet og Beredskab
Skottenborg 26
8800 Viborg

e-mail: prae.Beredskab@stab.rm.dk

25. februar 2008

**Høringssvar fra Lægekredsforeningen for Region Midtjylland til
Sundhedsberedkabs- og præhospitaletplan for Region Midtjylland**

Lægekredsforeningen for Midtjylland skal indledningsvis takke for muligheden for at kommentere det fremlagte forslag til den udsendte plan.

Den væsentligste kommentar er en kommentar, som vi også tidligere har udmeldt i forbindelse med høringssvar til akutplanen.

Side 16 i Sundhedsberedkabsplanen fremføres: "Der ydes en sammenhængende præhospitalet indsats af høj kvalitet til borgerne i hele regionen, som medvirker til at skabe tryghed i alle områder."

Dette er vi enige i, men det står i stor kontrast til planlagte ordninger beskrevet s. 25-26, idet der er vekslet mellem:

- Lægebemandet (Århus),
- Sygeplejerske-bemandet (Tarm, Lemvig og Ringkøbing) og
- Sygeplejerskebetjent men med anæstesilæge ved ledig kapacitet (Horsens, Viborg, Randers)
- Mulige lægeintegrerede ordninger (Silkeborg og Holstebro)

Ville det ikke give størst tryghed for borgerne, hvis tilbuddet var ensartet og burde målet ikke være en lægebemandet ordning som ved traumecenteret i Århus og forankret ved de 5 planlagte akut-modtagelser?

At der er stor risiko for at der ikke er speciallæger nok til dette mål er en anden sag - men målet må stadig være der.

Er det økonomien eller den politiske (regions eller landspolitiske) virkelighed, der bremser et fælles og ensartet mål, bør dette vel også fremgå.

På vegne af bestyrelsen for Lægekredsforeningen for Midtjylland
Lone Winther-Jensen
Formand

Kommentarer til Sundhedsberedskabsplan og præhospitalplan fra det anæstesiologiske specialeråd.

Som indledende kommentar skal der være stor ros til at man nu vælger at beskrive sundhedsberedskabet og det præhospitalt beredskab som et samlet område. Rapporten rummer mange gode målsætninger og er på flere områder særdeles detaljeret.

regionmidtjylland

Det Anæstesiologiske Specialeråd ser det som et stor fremskridt, at man vil indføre begrebet gradueret respons i disponeringen. Når man samtidig vil indføre en sundhedsfaglig vurdering af alle alarmopkald 112, vil disse to forhold være med til at sikre en væsentlig bedre ressourceudnyttelse af akutbilerne med henholdsvis læger og sygeplejersker.

10-03-2008
overlæge AS/rkl
Tel. 89 27 27 01
Side1/2

Specialerådet kan absolut tilslutte sig planerne vedr. en faglig udredning omkring de interhospitalt transporter. Opgaven bør have en høj prioritet, og repræsentanter fra Specialerådet deltager gerne i arbejdet.

I rapporten er der flere steder fremhævet vigtigheden af fokus på tidskritiske sygdomsforløb, og at den sundhedsfaglige behandling på skadesstedet afhænger af ressourcen, der sendes til skadesstedet. I øjeblikket foregår der en dialog imellem Regionen og hospitalerne mhp. etableringen af de præhospitalt ordninger og herunder bemanningen af akutbilerne. Ved de afholdte møder har der været enighed om, at akutbilerne udgående fra akuthospitalerne er bemanded med en anæstesiologisk speciallæge. Og det er som også tidligere anført Specialerådets opfattelse, at dette er nødvendigt for at opnå de beskrevne sundhedsfaglige mål. Det kan undre, at dette ikke fremgår af planen.

I planen arbejdes med et begreb udviddet AMK, men det fremgår ikke, hvad dette begreb konkret betyder. Specialerådet kan imidlertid kun tilslutte sig tanken om, at oprette en AMK-enhed med døgndækkende funktion, som kan sikre en sundhedsfaglig prioritering af ambulancekørsel, akutbiler og interhospitalt transporter.

Tankerne omkring anvendelsen af en helikopter er absolut konstruktive, og Specialerådet er enige i, at helikopteren kan medvirke til at bringe eksperthold og udstyr til et skadested, udover at den også kan anvendes til egentlig patienttransport.

I planen beskrives ledelsesforhold i forbindelse med større ulykker, hvor lægen fra en lægebemandet akutbil vil varetage koolfunktionen. I denne sammenhæng må man være opmærksomme på, at der forestår en opgave med uddannelse og træning. Og generelt kan siges, at uddannelse af det sundhedsfaglige personale, er ikke specifikt behandlet i planen.

Der er mange steder i planen beskrevet, at kommunikation og

dokumentation skal forbedres og moderniseres. Specialerådet kan kun bifalde dette og understrege vigtigheden heraf.

På vegne af Det Anæstesiologiske Specialeråd

Annette Schultz
Ledende overlæge
Anæstesi- og operationsafdelingen
Viborg Regionshospital

regionmidtjylland

10-03-2008
overlæge AS/rkl
Tel. 89 27 27 01
Side2/2

5. marts 2008

Region Midtjylland
Skottenborg 26
Postboks 21
8800 Viborg



DIREKTIONSSEKRETARIATET
Rådhusgade 2, 7620 Lemvig

T: 9663 1200
T: Direkte 9663 1204
E: lemvig@lemvig.dk

J: 50.04.04P15-0001

Høring vedrørende Sundhedsberedskabs- og præhospitalplan

Lemvig Kommune har med interesse læst Sundhedsberedskabs- og præhospitalplanen og noteret sig den meget grundige gennemgang af indholdet i forhold til den fremtidige plan for beredskabet i Region Midtjylland.

Planen er læst med speciel interesse for de faktorer, der berører beredskabet i forhold til Lemvig Kommune, hvor der for nogle befolkningsgrupper er endog meget langt til stationær behandlingssted.

Der henvises til høringssvaret af 13. september 2007 vedrørende akutplanen, hvor indholdet stadig er gældende som svar fra Lemvig Kommune.

I øvrigt er der følgende forhold:

Responstiden er samlet for Lemvig Kommune 10,5 minutter, hvilket må ses som en gennemsnitlig responstid for hele kommunen. Da der er langt til den nordvestligste del af kommunen, vil det naturligt medføre en forøgelse af responstiden, og Lemvig Kommune er naturligvis meget interesseret i at kende regionens overvejelser i denne forbindelse.

I forhold til 112-ordningen i tidligere Thyborøn-Harboøre Kommune er det særdeles interessant, hvordan Region Midtjylland vil håndtere denne ordning. Lemvig Kommune er meget tilfreds med denne ordning, og ser gerne ordningen gjort permanent af hensyn til de borgere, der bor længst væk fra hospitalsenheder, der modtager akutte patienter.

I forhold til afsnittet med overskriften "samarbejde med primærsektor" ser Lemvig Kommune frem til et tæt samarbejde mellem regionen og kommunen af hensyn til den senere implementering og forankring af samarbejdet.

Venlig hilsen

Erik Flyvholm
Borgmester

Region Midtjylland

Modt.: 07 MRS. 2008

1-30 - 72-222 - 07

7/3-2008





VIBORG
KOMMUNE

Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

Byrådet

Rødevej 3
DK-8800 Viborg

Tlf.: 87 87 87 87
Fax.: 87 87 90 00

viborg@viborg.dk
www.viborg.dk

Høringssvar vedrørende sundhedsberedskabs- og præhospitalplan for Region Midtjylland

Viborg Byråd har behandlet Region Midtjyllands udkast til sundhedsberedskabs- og præhospital plan.

Viborg Byråd finder, at der overordnet er tale om et gennemarbejdet og velbegrun- det forslag. Viborg Byråd:

- finder det positivt, at udrykningsbilen i Karup fortsat indgår som en del af Region Midtjyllands præhospitale beredskab, og Viborg Byråd forventer, at Region Midtjylland efter 2008 overtager det fulde ansvar for udrykningsbi- lens drift og økonomi,
- finder det ydermere positivt, at der sættes fokus på forskning og kvalitets- udvikling bl.a. med henblik på systematisering og prioritering af aktiviteter- ne i regionen,
- ønsker en særlig opmærksomhed omkring responstiden i ambulancebe- redskabet,
- forventer at blive hørt, når afsnittet om samarbejde med primærsektor (af- snit 2.10) er udarbejdet, da afsnittet p.t. udestår.

Viborg Byråd imødeser et fortsat konstruktivt samarbejde med Regionen om sund- hedsberedskab og præhospital indsats.

Med venlig hilsen

Johannes Steensgaard
Borgmester

Lasse Jacobsen
Kommunaldirektør

Dato: 27. marts 2008

Sagsnr.: 2008/04870

Sagsbehandler: vjd

Direkte tlf.: 87 87 60 83

Direkte e-mail: vjd@viborg.dk