



NOTAT

Regionernes erfaringer med omstilling af kapaciteten

I forbindelse med COVID-19 krisen har regionerne stået i spidsen for en historisk omstilling af sundhedsvæsenet på meget kort tid.

I aftalen om regionernes økonomi for 2021 har regeringen og Danske Regioner aftalt, at Danske Regioner frem mod august deler regionernes erfaringer med omstilling af kapaciteten med henblik på at uddrage erfaringer, som kan bruges i en fremadrettet og fleksibel tilrettelæggelse af anvendelsen af intensivkapacitet.

I dette notat fremhæves centrale læringspunkter i forhold til at håndtere COVID-19 epidemien fremadrettet og i forhold til at forberede til fremtidige lignende situationer.

Indledning

COVID-19 har sat sundhedsvæsnerne i hele verden under pres. Det gælder såvel intensiv kapacitet, som forsyning af værnemidler og testudstyr m.v. Det har også været tilfældet i Danmark, da de første dystre prognoser for epidemien kom i midten af marts.

Selvom vi ikke har set enden på epidemien, er der allerede nu meget vi kan lære. Både i forhold til hvordan vi skal håndtere COVID-19 fremadrettet, og hvordan vi ruster os til fremtidige epidemier og andre krisesituationer, som lægger pres på sundhedsvæsenet.

I dag står regionerne langt bedre rustet til en eventuelt anden bølge af COVID19-patienter, idet der nu er kendskab til sygdommens forløb og erfaring med behandling af den. Der er gennemført uddannelse af personale, ligesom ledelsesstrukturen og organiseringen er på plads. Herudover er der opbygget tilstrækkelige lagre af værnemidler, og personalet er erfarne med håndtering af værnemidler. Apparaturl og andet udstyr er på plads, og der foreligger planer for eskalering både i forhold til fysiske rammer og for personale.

Omvendt er planlægningsopgaven på nogle områder blevet vanskeligere af, at der nu ses ind i et langstrakt forløb. Nogle af de løsninger, der kunne lade sig gøre i epidemiens første fase, hvor regionerne planlagde efter en kurve med højt og kortvarigt toppunkt, er ikke længere anvendelige. Det er ikke forsvarligt at lade patienter vente på udredning og behandling over en længere periode, ligesom det er vanskeligt at forvente den samme fleksibilitet af personalet over længere tid.

Derfor er der behov for at finde den rigtige balance mellem kapacitet til at håndtere COVID-19 og kapacitet til at sikre udredning og behandling af andre patienter. I den forbindelse er det afgørende, at det nationale prognose og planlægningsgrundlag effektivt understøtter regionernes planlægning med henblik på at kunne opretholde så stor en del af den normale aktivitet, som det er forsvarligt for samtidigt at kunne opskalere kapaciteten til patienter med COVID-19.

De væsentligste læringspunkter har været:

1. Kommunikationen fra de nationale sundhedsmyndigheder skal være koordineret og formuleret handlingsanvisende og konkret til regionerne. Tiltag skal underbygges af data og viden.
2. Det styrkede regionale samarbejde om intensiv kapacitet skal fastholdes.
3. Det er vigtigt med de rigtige fysiske rammer til intensiv behandling.
4. Fleksibel kapacitetsplanlægning er afgørende for hurtigt at kunne øge den intensive kapacitet.
5. Der er fortsat behov for et system, der understøtter hurtig omstilling og opkvalificering af medarbejdere til andre opgaver og funktioner.
6. Et godt samarbejde med de faglige organisationer muliggjorde en hurtig omstilling.
7. Samarbejdet mellem regioner, kommuner og praksissektoren er afgørende for fremadrettet at håndtere COVID-19 og lignende kriser.
8. Der er behov for at sikre en mere robust forsyning af udstyr, værnemidler og kritisk medicinsk udstyr.
9. Der er behov for en mere strategisk tilgang til forsyningen af kritiske lægemidler

10. Der er behov for et stærkt nationalt samarbejde om at sikre testkapacitet og forsyning.
11. Der skal fortsat arbejdes målrettet på at undgå smittespredning.
12. Krisestyringsorganiseringen skal kunne fungere i en længerevarende krise.

Der foregår fortsat en grundig evaluering af håndteringen af COVID-19 i regionerne. I det følgende beskrives således de foreløbige og overordnede overvejelser omkring erfaringen med kapacitetsomstillingen.

Baggrund

I forbindelse med COVID-19 epidemien har regionerne stået i spidsen for en historisk omstilling af sundhedsvæsenet på meget kort tid. Regionerne har desuden samarbejdet tæt med øvrige sundheds- og stabsmyndigheder for løbende at håndtere udfordringerne i krisen.

Beredskabsmæssigt har det både drejet sig om at sikre de nødvendige kompetencer og rammer til behandling af patienterne, sikre testning af borgere med symptomer og sikre forsyning af udstyr og medicin. Omstilling til ekstra intensivkapacitet har været særligt udfordrende, da det stiller store krav til de fysiske rammer, det medicinske udstyr og personalet, som skal varetage behandlingen.

Statens Serum Institut har løbende udarbejdet prognoser for epidemiens udvikling, og Sundhedsstyrelsen har udarbejdet og justeret, hvor meget kapacitet, der var brug for i regionerne til behandling af COVID-19 patienter. Indledningsvis var prognoserne baseret på data fra Italien og Kina, hvor epidemien kulminerede inden for en kort periode¹. På baggrund af data fra Danmark ændrede de nationale sundhedsmyndigheder senere deres vurdering af epidemiens forløb og hvilken kapacitet regionerne skulle kunne etablere.

Til daglig er regionernes hospitaler normeret med i alt 405 intensiv-sengepladser. Disse pladser anvendes under normale omstændigheder til patienter med en lang række kritiske og livstruende tilstande, såsom patienter med blodforgiftning, multitraumatiserede patienter, patienter med multiorgansvigt, akut opstået blødning i hjernen, samt planlagt opfølgning efter større operationer eller efter medicinske behandlinger m.v. Belægningsgraden

¹ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Hospitalskapacitet/Notat-om-reduktion-af-hospitalsaktivitet-ifm-med-COVID-19.ashx?la=da&hash=C2EF7016267E5DF9250BD0568276A6792775A73E>

svinger afhængig af sygelighed i befolkningen, og der eksempelvis kan være øget pres på intensiv kapacitet under influenzaepidemi².

Sundhedsstyrelsen anbefalede den 13. marts regionerne, at patienter – hvor det er fagligt forsvarligt at udskyde behandlingen – ikke blev behandlet under epidemien – for at frigive kapacitet til varetagelsen af behandlingen af patienter med COVID-19. Sundhedsstyrelsen og regionerne vurderede 23. marts 2020, at der på de regionale sygehuse i alt ville kunne etableres 1.242 intensive pladser med respirator, hvoraf 940 vil kunne anvendes til behandling af COVID-19-patienter, idet der til enhver tid også skal være reserveret kapacitet til intensiv behandling af øvrige patienter med kritiske og livstruende tilstande.

Kapaciteten med 940 intensivpladser med respiratorer til behandling af COVID-19 patienter skal betragtes som en maksimal spidsbelastningskapacitet, der kun under helt ekstreme forhold – og kun over en kortere periode – ville kunne varetages. Opretholdelsen af en sådan kapacitet over længere tid ville have alvorlige følger for sundhedsvæsenet, herunder også for hjerte- og kræftpatienter samt andre kritiske tilstande³.

Sundhedsstyrelsens seneste udmelding fra den 26. april er pr. 6. august 2020 fortsat retningsgivende for den måde regionerne har planlagt størrelsen af deres intensive kapacitet.

For at sikre en effektiv ressourceudnyttelse har regionerne derfor arbejdet ud fra en fleksibel planlægning, som gør det muligt hurtigt at opjustere og nedjustere antallet af medicinske og intensive sengepladser til COVID-19 afhængig af behovet. Konkret har regionerne udarbejdet skaleringsplaner fordelt over en række trin, hvor det øverste trin svarer til regionens andel af niveauet i Sundhedsstyrelsens prognose.

² <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Status-og-strategi/COVID-19-11-epidemiuge.ashx?la=da&hash=0491921AA694A65124621654B540615E5A366CA6>

³ Håndtering af COVID-19: Opdateret prognose og plan for gradvis øget kapacitet til intensiv og medicinske sengepladser i Danmark, Sundhedsstyrelsen: 26. april 2020

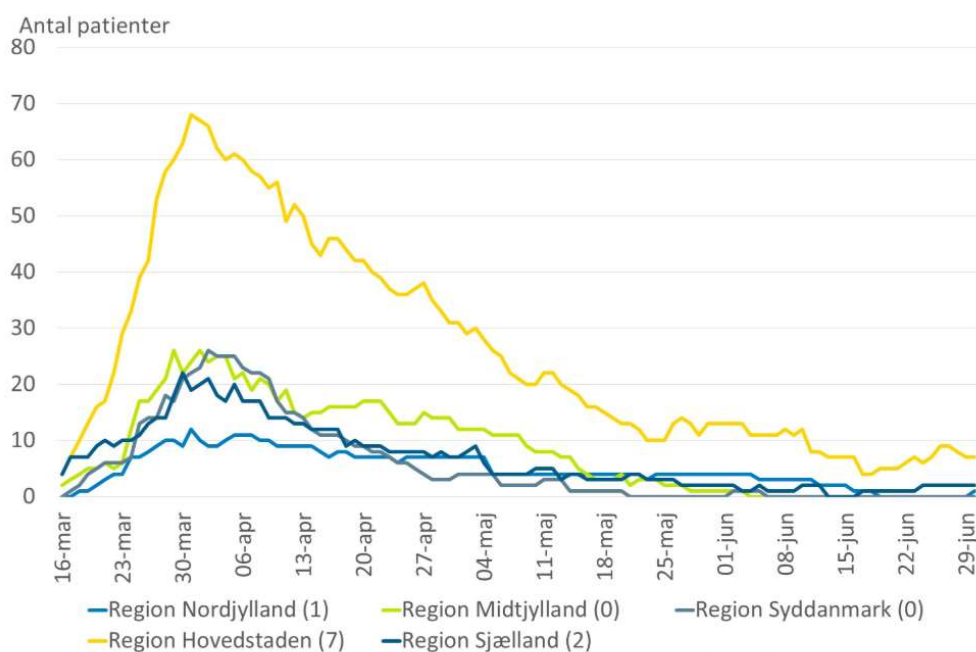
LÆRINGSPUNKTER

1. Kommunikationen fra de nationale sundhedsmyndigheder skal være koordineret og formuleret handlingsanvisende og konkret til regionerne. Tiltag skal underbygges af data og viden

I starten af epidemien – da de nationale sundhedsmyndigheders prognoser og planlægningsgrundlag fortsat baserede sig på italienske og kinesiske data – foretog regionerne en hurtig omstilling af kapaciteten med henblik på at kunne håndtere et meget stort antal COVID-patienter, herunder med behov for intensiv behandling. For at kunne lave så stor en omstilling så hurtigt var det nødvendigt at udskyde planlagte operationer for at frigive personale og udstyr. Der har efterfølgende vist sig at være en meget stor afvigelse mellem det faktiske behov for intensivkapacitet og den kapacitet, regionerne planlagde efter på baggrund af de tidligste prognoser og anbefalinger fra de nationale sundhedsmyndigheder. Samtidig har der vist sig at være store forskelle i antallet af behandlingskrævende COVID-19 patienter mellem forskellige dele af landet.

I april kom Sundhedsstyrelsen med det første planlægningsgrundlag baseret på data fra Danmark. Her skulle regionerne kunne bemande ca. 300 intensivsengepladser inden for 5 dage. Planlægningsgrundlaget har medført, at hospitalerne på nogle områder har haft vanskeligt ved at øge den planlagte aktivitet til normalt niveau, da en stor del af operations- og anæstesipersonalet skulle vedligeholde deres kompetencer i forhold til pleje af intensivpatienter og brug af værnemidler for med kort varsel at kunne træde til. I slutningen af juni blev tidshorizonten ændret således, at pladserne i stedet skulle kunne bemandes med 3-4 ugers varsel. Dermed blev der skabt mulighed for at øge den planlagte aktivitet forudsat, at epidemien ikke udvikler sig.

I nedenstående opgørelse fremgår det faktiske antal patienter indlagt på intensiv i perioden 16. marts til 29. juni 2020.



Opdateret 30. juni kl. 14:00. COVID-19-relaterede indlæggelser er indlæggelser, som starter inden for 14 dage efter prøvetagningsdato for den første positive prøve. Indlæggelsen afgrænses til 90 dage efter prøvetagningsdato for første positive prøve.

Desto højere en beredskabskapacitet, der planlægges efter, jo vanskeligere er det at opretholde aktiviteten for øvrige patienter. Det har betydet, at også de regioner, som har haft få behandlingskrævende COVID-19 patienter, har måtte lade andre patienter vente for at opretholde et omfattende beredskab.

Regionerne arbejder med en trinvis model for omstilling af kapaciteten, hvor intensivkapaciteten øges med hvert trin, baseret på de foreliggende prognoser og anbefalinger fra de nationale sundhedsmyndigheder.

Tidstro data er et vigtigt beslutningsgrundlag for regionerne, i forhold til hvornår de forskellige trin i eskaleringsplanerne, skal tages i brug. Sundhedsstyrelsen har løbende bidraget med værdifulde data og analyser, som regionerne har brugt til planlægning og omstilling af kapaciteten. I en ny beredskabssituation er det dog afgørende, at den nationale rådgivning om kapacitetsbehovet for intensiv og medicinske sengepladser opdateres hurtigere og hele tiden baseres på den senest tilgængelige viden, og at det sker i et tættere samarbejde med regionerne. Det vil sikre, at regionerne har et oplyst grundlag for at kunne vurdere i hvilket omfang, den normale aktivitet vil kunne opretholdes forsvarligt. Det vil dels gøre det hurtigere at få afviklet de ventelister, som er opstået, og dels gøre det nemmere i fremtiden at undgå unødige udskydelse af andre patienters udredning, behandling og kontroller. Yderligere er det vigtigt med data fordelt på regioner, idet der er forskellig dimensionering fra region til region.

Regionerne havde allerede fra starten af epidemien et tæt og tillidsfuldt samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Det har bidraget til hurtigere og smidigere

koordinering og beslutningstagning på tværs af myndigheder og diftsorganisationer, som er helt centralt i en beredskabssituation.

Der har været megen kommunikation fra sundhedsmyndighederne om epidemiens udvikling, prognoser og planer for sundhedsvæsenets kapacitet. Men det er regionernes vurdering, at informationen til klinikken og beslutningstagere i sundhedsvæsenet i en række sammenhænge ikke har været tilstrækkeligt fokuseret og præcis. Samtidig vurderer regionerne, at der i begyndelsen af epidemien var udfordringer med koordineringen på tværs af de nationale sundhedsmyndigheder. Det har givet divergerende meldinger til regionerne og de kliniske miljøer.

Regionerne bakker op om, at der fortsat fra Sundhedsstyrelsens side lægges en national linje for, hvordan balancen mellem beredskab til COVID-19 og kapacitet til øvrige patienter skal være, og samler overblikket over sygdomsoverblikket. Fremadrettet – eller i andre beredskabssituationer – bør det dog sikres, at kommunikationen fra de nationale sundhedsmyndigheder er koordineret, og formuleret handlingsanvisende og konkret til regionale beslutningstagere såvel som sundhedspersonale.

Så længe der er afstandskrav i samfundet vil det ligeledes begrænse muligheden for at komme tilbage på et normalt aktivitetsniveau. Derudover giver besøgsrestriktioner vanskeligheder for både patienter, pårørende og personale. Ligesom besøgsrestriktioner har en række menneskelige konsekvenser, som ikke må overses i en eventuel ny beredskabssituation.

I forhold til den fremtidige overvågning af epidemier er det vigtigt med et tættere samarbejde mellem de nationale myndigheder og regionerne for at sikre, at regionernes kliniske miljøer og almen praksis inddrages. Det er her borgere henvender sig med sygdomstegn og på basis af klinisk vurdering og diagnostiske undersøgelser, herunder tests, får defineret sygdom. Akkumulationen af kliniske observationer vil bidrage til at skabe en bedre indikation for om en epidemi er under udvikling. Derfor bør der være tæt og inddragende samarbejde mellem de kliniske miljøer, hvor test udføres, og SSI hvor data bearbejdes, som grundlag for nationale vejledninger og instrukser samt overvågning af epidemi og hurtig opsporing og vurdering af smittekæder.

2. Det styrkede regionale samarbejde om intensiv kapacitet skal fastholdes

Antallet af COVID-19 tilfælde har været langt højere i Østdanmark end i Vestdanmark set i forhold til befolkningsandel. Region Hovedstaden har haft en særlig udfordring idet, regionen – sammen med Region Midtjylland – også varetager patienter i ECMO-behandling fra hele landet. Hvis der ses en større stigning i antal smittede i enkelte regioner, vil der være et behov for at se på,

hvordan der kan ske en udligning på tværs af landet; enten i patienter indlagt med COVID-19 eller planlagt behandling af øvrige patienter.

Regionerne har allerede taget de første skridt ved at planlægge procedurer for overflytning af patienter mellem regioner baseret på de eksisterende AMK-principper, der er gensidige aftaler mellem intensivafdelinger, hospitaler og regioner om fælles kapacitetsudnyttelse. Baggrunden var en forventning om et betydeligt større pres på sygehusvæsenet i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Hertil var det forventningen, at det hovedsageligt ville være intensivpatienter (med eller uden COVID-19), som det ville være relevant at flytte. Hertil blev det aftalt, at alene patienten skulle flyttes og ikke personale til at passe patienten. Her blev nødvendigheden af klare kommunikationsveje understreget, og det blev aftalt mellem regionerne, at hver region skulle udpege én indgang til kommunikation vedr. interregionale overflytninger af patienter, som i alle regioner blev placeret hos akut medicinsk koordinering. I første omgang blev det aftalt, at patienter bliver overflyttet til naboregionen. Ved et større udbrud fordelt meget uens mellem regionerne, kunne det være nødvendigt at bevæge sig længere væk fra egen region for at tilvejebringe den nødvendige kapacitet.

3. Det er vigtigt med de rigtige fysiske rammer til intensiv behandling

Det har været muligt at frigøre det fornødne antal lokaler og sengepladser til COVID-intensivpladser, herunder opvågningspladser og operationsstuer, som er blevet tilgængelige som følge af udskydelsen af elektiv kirurgisk aktivitet. Flere steder har man omdannet bariatriske enestuer til flersengsstuer, hvilket også er sket under influenzaepidemier. Det har været nødvendigt at sikre, at der var tilstrækkelig tilslutning af ilt til de lokaler, hvor der skulle etableres intensivpladser til COVID-patienter.

Da kun en mindre del af den planlagte kapacitet er blevet udnyttet, er der ikke opsamlet erfaringer vedrørende brugen af samtlige af disse faciliteter. Der er dog blevet udtrykt bekymring for, at arbejdstilrettelæggelsen, herunder overvågningen af patienterne, kunne blive besværliggjort, hvis det blev nødvendigt at etablere intensivpladser i mindre egnede fysiske rammer.

Der er i regionernes sygehusbyggerier stort fokus på at bygge fleksibelt. Det er en læring fra håndteringen af COVID-19, at det er vigtigt at holde fast i det perspektiv ved fremtidige byggerier. Det gælder særligt ved nybyggeri og nyindretning af intensivafdelinger, at der bør planlægges med mulighed for, at der med kort varsel på fleksibel vis kan etableres flere intensivpladser. Det kan for eksempel ske ved at planlægge med tomme kvadratmeter og eventuelt ved mulighed for fleksible sengestuer med ekstra højt iltryk, så stuer kan konverteres til intensivpladser.

4. Fleksibel kapacitetsplanlægning er afgørende for hurtigt at kunne øge den intensive kapacitet

Det var afgørende for den hurtige omstilling til en høj intensivkapacitet, at det var muligt at frigøre kapacitet fra andre områder – særligt på operationsområdet – ved at sætte de aktiviteter i bero, som det var lægefagligt forsvarligt at udskyde.

I hele perioden har det været en målsætning for regionerne at håndtere øvrig patientbehandling i videst muligt omfang. Men på intensivområdet lægger selv få patienter beslag på betydelige personaleressourcer. For eksempel skal der op til 6-7 sygeplejersker til at bemande en intensivplads. Det har stor betydning for varetagelsen af andre funktioner. Snarere end et stående beredskab, er der i den fremadrettede håndtering af COVID-19 behov for fleksibelt at kunne ændre aktiviteten og omstille medarbejdere fra andre afdelinger til intensivafsnit. Siden juni 2020 følger regionerne antallet af COVID-19 tilfælde og antallet af indlagte både lokalt og regionalt, og laver en ud fra dette løbende tilpasninger af intensivkapaciteten.

I de fleste udrednings- og behandlingsforløb indgår flere funktioner og faggrupper, som alle er nødvendige brikker i puslespillet. Det har derfor haft konsekvenser for aktiviteten i andre afdelinger når en eller flere nøglemedarbejdere skulle omskoles, særligt blev operationskapaciteten udfordret, da personalet primært blev mobiliseret fra operations- og anæstesiafdelingerne. En læring er derfor, at det er nødvendigt, at hospitalerne hurtigt kan indstille aktiviteten på operationsområdet, hvis det viser sig, at der er brug for, at opskalere intensivkapaciteten.

Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at nedlukning af andre dele af sundhedsvæsenet går ud over de patienter, der ikke har COVID-19. Derfor er det afgørende, at der ikke udskydes mere aktivitet end højst nødvendig. Det mest effektive redskab i den forbindelse er en bedre og mere tidstro monitorering af epidemien og en tæt dialog mellem nationale myndigheder og regionerne i forhold til, hvad der kan lade sig gøre i klinikken.

5. Der er fortsat behov for et system der understøtter hurtig omstilling og opkvalificering af medarbejdere til andre opgaver og funktioner

Den hurtige omstilling af kapaciteten i starten af epidemien medførte, at mange medarbejdere fik nye arbejdsopgaver og funktioner. Regionerne har over de seneste måneder opkvalificeret, omskole og trænet personale til nye funktioner, herunder intensivafsnit og andre afdelinger med COVID-19 patienter. Det har særligt været læger og sygeplejersker. Det er kun lykkedes fordi personalet på sygehusene har været dygtige og omstillingsparate.

Der har været tale om en meget hurtig omskoling af et stort antal medarbejdere. For eksempel er der alene i Region Syddanmark blevet uddannet, omskoleet og trænet 800 sygeplejersker (bl.a. anæstesi- og opvågnings- og sygeplejersker, operationssygeplejersker og øvrige sygeplejersker). Opkvalificeringen blev gennemført på alle sygehuse primo april 2020.

Medicinstuderende er blevet oplært som ventilatører og der er – på tværs af sygehuse og regioner – blevet udviklet en ”e-læring Coronapakke” om brug af værnemidler og de mest almindelige sygeplejefaglige færdigheder.

Regionerne har erfaret, at der har været brug for anæstesi- og intensivkompetencer, der er knappe i forvejen, og samtidig også er kompetencer, der er afgørende for operationskapaciteten.

Laboratorieområdet har været helt afgørende for, at regionerne har kunnet teste så mange borgere for COVID-19, hvorfor der under COVID-19 har været stor efterspørgsel på bioanalytikere. Derfor vil regionerne fremadrettet fastholde fokus på at sikre de test-, anæstesi- og intensivkompetencer og det rigtige kompetencemix, der er behov for i en eventuel tilsvarende spidsbelastningssituation. Det handler bl.a. om et vedvarende fokus på at vedligeholde de tilegnede kompetencer, så det er muligt at opskalere på den intensive kapacitet på meget kort tid, men regionerne vil ligeledes se på, hvordan der kan uddannes flere bioanalytikere og flere med kompetencer i intensiv- og anæstesisygepleje. I den forbindelse kan det overvejes, om der i et fremadrettet perspektiv dels er det rigtige udbud af uddannelser og kurser, dels tilstrækkelig kapacitet og økonomi. Regionerne har opretholdt det normale akutberedskab, hvorfor det nogle steder medførte en høj vagtbelastning for anæstesilæger, da man ikke trak på akutlægeressourcerne fra den præhospitale indsats.

Det har været en kompliceret planlægningsopgave for hospitalerne løbende at udnytte de samlede personaleressourcer bedst muligt. Effektiv omstilling af systemunderstøttelsen og supporten af den lokale vagtplanlægning og personaleadministration har været hensigtsmæssig for omstillingsparathed. Yderligere har gode muligheder og anvendelse af data om personale på tværs af kilder med henblik på at estimere ressourcekapacitet samt faktiske beregninger af personalebehovet været vigtige redskaber til løbende at kunne vurdere bemandingsbehovet og personalekapaciteten.

En væsentlig læring i forhold til medarbejdere er også, at det har været vigtigt at have fokus på at skabe tryghed for medarbejderne ved ændringer og nye opgaver for at sikre trivsel og arbejdsglæde. Regionernes ansatte er generelt vant til at håndtere pressede situationer. Udfordringen ved epidemier er imidlertid, at personalet ikke kun kortvarigt og afgrænset er i en øget

stresstilstand (som f.eks. ved ulykker), men at stresstilstanden er øget over et ukendt tidsrum. Samtidigt er de ansatte selv udsat for smitterisiko. Regionerne vil derfor også fremadrettet have fokus på at sikre de ansattes psykiske trivsel, arbejdsglæde og arbejdsdygtighed i håndteringen af COVID-19 og lignende fremtidige kriser. Dette indebærer bl.a. etableringen af regionale psykosociale beredskaber, hvor der stilles en række indsatser til rådighed, der kan understøtte og forstærke de beskyttende faktorer i arbejdsmiljøet, i personalegruppen og i forhold til den enkelte ansatte.

Mange studerende har oplevet en anderledes praktik end oprindeligt planlagt. Situationen gav både aflyste og omlagte praktikforløb, men rummede også nye læringsmuligheder for de studerende. En læring er, at parterne sammen kan finde gode og fleksible løsninger, men at der er behov for – forud en krisesituation – at etablere principper for, hvordan man håndterer praktikforløbene.

De administrative funktioner har også haft en vigtig rolle i håndteringen af COVID-19. Særligt i forhold til planlægning og omstillingen af kapacitet, gennemførelse af nye indkøbsstrategier, sikring af det retslige grundlag for, at aktørerne har kunnet reagere i en krisesituation, tilstrækkeligt med værnemidler, ny logistik, at vagtplanerne går op, og at digitale løsninger hjælper både patienter og medarbejdere med at holde kontakten i en ny hverdag mv. Der har også i de administrative funktioner været behov for – og vil fortsat være behov for - omskoling og ny prioritering af ressourcer, i håndteringen af en eventuel ny beredskabssituation. Bl.a. inden for indkøb og logistik, med henblik på at kunne imødekomme forsyningsbehov inden for apparatur, værnemidler samt testrelaterede - og kritisk kliniske produkter, i et presset marked – og under ændrede juridiske og markeds-mæssige vilkår.

6. Et godt samarbejde med de faglige organisationer muliggjorde en hurtig omstilling

For at håndtere meget hurtige ændringer i arbejdstid og arbejdssted, blev der indgået et forståelsespapir med de faglige organisationer, der har gjort det muligt lokalt at foretage de nødvendige tilpasninger i organiseringen på sygehusene.

Via de corona-assistance-jobbanker, der blev etableret i regionerne, har det samtidig været muligt at rekruttere medarbejdere, der ellers ikke er ansat på sygehusene. Fx er der blevet indgået en særlig aftale om ansættelse af læger på timelønsvilkår, da dette ikke er en mulighed inden for de eksisterende aftaler. Alt i alt har et godt samarbejde med organisationerne været afgørende for at sikre en hurtig omstilling.

Den tætte dialog og samarbejdet med de faglige organisationer såvel centralt som decentralt vil derfor også fremadrettet været i fokus.

Der er i forbindelse med tilpasningen sket en væsentlig stigning i udbetalingen af overarbejde, varslingstillæg mv., men en længerevarende belastning af nøglemedarbejdere samt mange ændringer i allerede fastlagte vagtplaner, herunder hurtige udmeldinger om at stille til beredskabet, giver anledning til reaktioner fra medarbejderne. Der skal derfor, hvor dette er muligt i forhold til den aktuelle udvikling af en epidemi/krise, være fokus på tidlig forberedelse og klare udmeldinger.

7. Samarbejdet mellem regioner, kommuner og praksissektoren er afgørende for fremadrettet at håndtere COVID-19 og lignende kriser

Samarbejdet mellem kommunerne, regionerne og praksissektoren har under COVID-19-epidemien været båret af tillid og gode relationer. Parterne har generelt udvist stor vilje til at samarbejde. Der er f.eks. blevet etableret datamonitorering på kommuneniveau med henblik på at muliggøre tidlig udskrivning til hjemkommune i en situation, hvor presset på sygehusvæsenet skulle stige hurtigt. Der er også indgået en rammeaftale om kommunal podning samt en lokal aftale om behandlingsansvar for borgere der udskrives til kommunale COVID-19 pladser, hvor sygeplejersker fra kommunen kan rådføre sig hos den behandlingsansvarlige læge.

Der er indgået en række aftaler med PLO, bl.a. i forhold til video- og telefonkonsultationer, behandlingsansvar ved tidlig udskrivning m.v.

Der er blevet indgået en aftale mellem Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Danske Regioner, som muliggjorde viderevisitering af patienter til speciallægepraksis. Den store fordel i forhold til omlægningen af kapacitet på hospitalerne er, at det har været en hurtig arbejdsgang for hospitalerne ved viderevisitering. Arbejdsgangen i aftalen er, at hospitalsafdelingen viderehenviser patienter til én for specialet udpeget speciallægevisitator, som fordeler behandlingerne mellem tilmeldte speciallæger. Speciallægepraksis indkalder patienten samt sender epikrisen efter endt behandling til både hospital og patientens alment praktiserende læge. Dvs. det er aftalens konstruktion med en smidig visitation via speciallægekoordinatorer, som har muliggjort en hurtig indsats fra de praktiserende speciallæger.

Ligeledes er der indgået aftaler med de øvrige praksisorganisationer.

Almen praktiserende læger er under normale omstændigheder borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet og spiller en central rolle for et velfungerende sundhedsvæsen. I en stor og længerevarende beredskabs-situation som COVID-19 er et effektivt samarbejde og arbejdsdeling mellem

primærsektor og hospitalerne tilsvarende vigtig. Generelt har de praktiserende læger meget hurtigt omstillet sig til nye arbejdsformer, hvor patienterne for at begrænse smitterisiko ikke møder fysisk op i klinikken, men i stedet tilses via telefon- eller videokonsultationer. På den anden side har det i den første fase af epidemien dog været en udfordring at etablere et samarbejde med almen praksis om at håndtere krisen – for eksempel om at håndtere ekstraordinære udskrivelser lokalt og tilse patienter uden for klinikken fx på de kommunale COVID-pladser. I den fremadrettede håndteringen af COVID-19 bør almen praksis' rolle i beredskabet afklares.

Aftalemodellen med almen praksis viste sig at have visse begrænsninger i en beredskabssituation, hvor man hurtigt skal lave aftaler, og hvor omsætningen afhænger af kontakter til patienterne.

Situationen for almen praksis har således været påvirket af, at der har været et markant fald i antallet af kontakter til almen praksis. Fra midten af marts (uge 12) har aktiviteten været langt lavere i almen praksis end sædvanligt. Det skyldes dels den tilsigtede nedlukning af sundhedsvæsenet, dels kan det skyldes generel adfærdændring og bekymring hos både praksispersonale og patienter for smitte med COVID-19 samt en opmærksomhed fra borgerne om ikke at belaste sundhedsvæsenet mere end højst nødvendigt. I en kort periode blev der lukket drastisk ned for besøg i almen praksis, som dog senere blev åbnet mere op. Det kan også have påvirket patienternes villighed til at søge læge. Fremadrettet bør almen praksis indstille sig på at være en mere integreret del af beredskabet. Desuden vil det være hensigtsmæssigt at se på i hvilket omfang almen praksis skal og kan deltage i behandlingen af patienter med COVID-19, og generelt i forhold til patienter med luftvejssymptomer, som kan være COVID-19. Der påhviler aktuelt hospitalerne en betydelig ekstraopgave med udredning og behandling patienter, som normalt varetages i almen praksis.

I forhold til socialt udsatte og hjemløse borgere er der en række særlige problemstillinger ift. håndtering af smittespredning og behandling af COVID-19. Der har derfor været brug for et særligt beredskab både inden for den enkelte sektor og på tværs af sektorer.

8. Der er behov for at sikre en mere robust forsyning af udstyr, værnemidler og kritisk medicinsk udstyr

COVID-19 epidemien har vist behovet for at råde over en passende reserve af udstyr, samt at det ved fremtidige kriser hurtigt er muligt at skaffe yderligere udstyr for at sikre en regional robusthed.

I starten manglede der viden om hvilket udstyr, som er bedst til behandling af COVID-19. Det skabte udfordringer med at få afklaret hvilket udstyr (type og antal), som skal anvendes på både isolationsafsnit og intensive afsnit.

Afklaringen blev desuden vanskeliggjort af den løbende vurdering af hvilke øvrige behandlinger, der kunne udskydes og dermed om nødvendigt frigive udstyr til COVID-19-behandling.

Fra centralt hold blev det tidligt meldt ud, at der var en ekstra respirator kapacitet i henholdsvis Forsvaret (29+27), på privathospitaler (69) og på universiteter/veterinærskoler. Regionerne bidrog med vurdering af egnethed for de enkelte respiratortyper i forhold til COVID-19 patienter.

I en tilsvarende fremtidig krisesituation kan det være relevant at etablere en gruppe på tværs af regionerne, der kan teste og verificere apparaters anvendelighed, fremfor at det sker i hver enkelt region.

Langt den største udfordring har været at skaffe tilstrækkeligt med apparatur. Det gælder især respiratorer, men også en lang række andet udstyr. Regionernes kendte leverandører på medicoteknisk udstyr er alle internationale virksomheder, som nationalt oplevede et stort pres for levering samt et endnu større pres fra andre nationer for levering af præcis samme type af udstyr.

Da regionernes kendte leverandører ikke tidsmæssigt kunne levere den brede palette af medicoteknisk udstyr – som skulle bruges for at behandle det estimerede antal patienter – afsøgte regionerne andre tilgængelige leverandører og udstyr. Regionerne blev tidligt i forløbet kontaktet af flere distributører/agenter for kinesiske producenter, der ville kunne levere det efterspurgte udstyr nogenlunde rettidigt hvilket betød, at regionerne dyrkede specielt det kinesiske marked.

For at kunne tilfredsstille det nødvendige behov for udstyr i et marked, hvor normal leveringstid er 6-8 uger, og hvor regionernes kendte leverandører estimerede leveringstid på 1 år, var udfordringen at finde et antal samt en kvalitet af udstyr, der kunne tilfredsstille regionernes behov. Det har derfor været nødvendigt med dublering af ordrer for at nedbringe risikoen for manglende eller for sen levering. Samtidig er en del ordrer blevet placeret på mere usikkert grundlag end regionerne under normale omstændigheder ville acceptere.

Det udstyr som regionerne har bestilt og for hovedparten forudbetalt hos ukendte kinesiske producenter, er alle blevet leveret rettidigt og i henhold til de aftalte specifikationer. Det er dog ikke alt det modtagne udstyr, der vil være førstevalg ved fremtidigt brug, men det vil være egnet som backup udstyr og noget vil eventuelt kunne videresælges eller doneres.

Ud over indkøb af nyt udstyr, har regionerne taget gammelt udfaset udstyr i brug. Det gælder blandt andet akut dialyse apparatur, respiratorer og pumper. Erfaringen er, at det har været lettere at dette i brug frem for nyt udstyr fx fra

Kina. Det skyldes, at udstyret er kendt teknisk og klinisk, hvilket medfører kortere indlæring og større patientsikkerhed. Udstyret kan også lettere kobles op til IT-systemerne. De nye fabrikater kræver mere installation, test og ikke mindst, at der skal ske uddannelse af brugerne.

Forsyningsikkerhed fremadrettet

Et centralt læringspunkt fra COVID-19 er, at forsyningsikkerhed skal have en anden vægt i forhold til fokus på besparelser på indkøb. Omvendt er det vigtigt, at der bliver fundet den rigtige model for forsyningsikkerhed, så man undgår spild på grund af forældelse af udstyr. I den forbindelse bør fokus både være på at råde over en passende reserve af udstyr, og at have mulighed for hurtigt at skaffe yderligere udstyr ved større kriser. Set i lyset af de forsyningsudfordringer, som sundhedsvæsenet har oplevet under COVID-19, støtter regionerne, at der udarbejdes en national aftale om forsyningsikkerhed, herunder lagerstørrelse, på kritiske produkter som værnemidler, testkits og respiratorer.

Udstyr, som indgår i en reserve, bør være velkendt og af tilstrækkelig kvalitet, ligesom det skal sikres, at det løbende vedligeholdes og hurtigt kan komme i funktion. Det kan overvejes at have en stående gruppe regionalt, alternativt nationalt, der konstant overvåger det nationale og internationale marked for denne type af udstyr udover de kendte store europæiske leverandører. Dette vil dog skulle afvejes i forhold til hensynet til forsyningsikkerhed.

Generelt i forhold til at have mulighed for at skaffe yderligere udstyr ved større kriser kan det overvejes, om der skal stilles krav til leverandører om øget lagerkapacitet. Desuden bør mulighederne for at etablere et samarbejde med erhvervslivet om indenlandsk produktion undersøges nærmere. Det kan for eksempel dreje sig om muligheden for hurtigt at aktivere en dansk produktion af værnemidler og testudstyr under en pandemi, hvor de gængse spilleregler på det globale marked – som under COVID-19 krisen – kan være sat ud af kraft. Der er også behov for flerleverandørstrategier, så regionerne ikke er afhængige af enkeltleverandører.

For alle de kritiske områder gælder det, at regionerne vil sikre et nationalt overblik, så der er enighed om, hvad området dækker i forhold til en fremtidig situation. Regionerne vil også sikre en samlet estimering af forbruget løbende, så de kan udarbejde indkøbs- og forsyningsstrategier for alle relevante produktområder.

Specifikt om værnemidler og kritisk medicinsk udstyr

Eftersom de normale leverandører af værnemidler ikke har kunne imødekomme regionernes efterspørgsel, har regionerne søgt mod nye producenter og leverandører. Det har også betydet, at ikke alle værnemidler

har været af den samme normale høje kvalitet. Regionernes indkøbsafdelinger har samarbejdet tæt om bl.a. test af værnemidler, bl.a. med et fælles testoplæg og en testgruppe til håndtering af udfordringer på området, ligesom de har hjulpet hinanden solidarisk med opgaver relateret til indkøb.

Der manglede i starten af epidemien et samlet pålideligt og tidstro overblik over værnemidler i Danmark. Det gjaldt såvel over regionernes lagerbeholdning og åbne indkøbsordrer som kommunernes beholdninger. Regionerne har delt indkøbsdata, som lagerbeholdning og åbne indkøbsordre gennem IT-systemet Minerva, hvilket har sikret gennemsigtighed og åbenhed omkring regionernes situation på værnemidler. Denne gennemsigtighed har også dannet grundlag for en solidarisk deling af værnemidler mellem hinanden.

Verdensmarkedet for værnemidler og kritisk medicinsk udstyr var presset og usikkert, da der skulle leveres akut til alle lande. Dette afstedkom forhøjede priser, ligesom forudbetaling i flere tilfælde blev krævet af leverandørerne. Regionerne var nødsaget til at betale betragtelig mere for deres varer ift. før COVID-19. Regionerne oplevede også gentagne gange, at ordrer ikke nåede hjem, fordi de enten forsvandt under transport eller ikke kom ud af producentlandet.

Den Nationale Operative Stab (NOST) har bidraget til håndteringen af COVID-19, herunder samarbejdet om værnemidler. NOST oprettede i marts et særudvalg, der skulle hjælpe med at skaffe kritisk manglende udstyr – så som værnemidler – hjem til Danmark og styrke produktionen af værnemidler på dansk jord. I den forbindelse var det af særlig stor betydning for forsyningen af udstyr til hospitalerne, at der fra national side blev skabt en luftbro mellem Kina og Danmark, så de bestilte varer rent faktisk blev leveret. På den baggrund støtter Danske Regioner, at der fremadrettet i lignende situationer er en national krisekoordination, der kan træde i kraft.

Revidering af regionernes indkøbsstrategi på baggrund af COVID-19

Regionerne har under epidemien iværksat en række tiltag for at sikre forsyningssikkerheden af værnemidler og andre kritiske varer på et presset verdensmarked. Det har givet nye erfaringer i relation til indkøb, lager og data som regionerne er i gang med at bygge videre på.

Regionerne har på baggrund heraf revideret deres fælles indkøbsstrategi i relation til de centrale læringspunkter af COVID-19 i forhold til øget arbejdsdeling, transparente data, forsyningssikkerhed og øget integration mellem indkøb, lager og logistik. Samtidig har regionerne besluttet at opruste det nuværende fællesregionale indkøbssamarbejde med en styrket ledelsesmæssig forankring i DSL-kredsen, med henblik på at sikre hurtig omstilling til fremtidige kriser.

Regionerne bør være udførende partner i den nye styrelses arbejde med at styrke beredskabet og forsyningssikkerheden

Regionerne var under krisen også en aktiv og vigtig part i den nationale indsats omkring forsyningssikkerhed, og regionerne er med deres nærhed til klinikken – og dermed den sundhedsfaglige specialviden – med til at definere behovet for, hvad der skal købes ind og kvaliteten heraf. Det er en helt afgørende funktion, der i dag udføres professionelt og koordineres tæt på tværs af regionerne. Derfor bør regionerne være en væsentlig og udførende partner i den nye styrelses arbejde med at styrke beredskabet og forsyningssikkerheden.

9. Der er behov for en mere strategisk tilgang til forsyningen af kritiske lægemidler

Som følge af COVID-19 pandemien er der konstateret et tiltagende pres på forsyningen af visse ældre lægemidler, herunder særlig kritiske lægemidler, og at forbruget af intensiv medicin er steget markant. Problemstillingen omkring forsyningen på ældre lægemidler er ikke ny, men pandemien kræver at nye tiltag for at sikre forsyningen skal udvikles og implementeres.

Forsyningsvigt af lægemidler er blevet en tiltagende udfordring både i det danske sundhedsvæsen og i andre EU-lande. Siden finanskrisen har lægemiddelindustrien været præget af konsolidering, frasalg af særligt ældre generiske lægemidler og opkøb af nye præparater fra biotekvirksomheder. Det betyder, at der er færre generiske leverandører, ofte færre produktionskilder og at flere leverandører indkøber varer hos de samme producenter af råvarer. Dermed bliver forsyningen til hele verdensmarkedet mere sårbar, og problemer i ét land kan have fatale konsekvenser for leverancerne globalt set.

Langt de fleste lægemidler på det danske marked fremstilles uden for landets grænser, og i mange tilfælde fremstilles det aktive indholdsstof (API) og andre råvarer i Kina eller Indien. Det er blevet tydeligt med COVID-19, at globaliseringen har den bagside, at lægemiddelforsyningen i en verdensomspændende krise er sårbar, og at Danmark såvel som EU derfor må tænke forsyningssikkerhed og beredskab i et større perspektiv. I mange år har trenden været at sikre en effektiv Supply Chain, hvor alle aktører har små lagre. Dette princip er imidlertid ikke designet til, at der pludselig sker et stop i forsyningskæden eller der melder sig en usædvanlig stor efterspørgsel efter visse lægemidler, som vi fx har set under COVID-19 krisen.

Af strategiske hensyn etablerede regionernes fælles indkøbsorganisation, Amgro, allerede i 2018 sit eget lægemiddellager. Formålet var at lagere udvalgte kritiske lægemidler, som erfaringsmæssigt har usikker forsyning og at sikre central allokering af lægemidler ved mangel, så en eventuel restordre ikke rammer patientbehandlingen. Samtidig skulle lageret anvendes som mulighed

ift. at lagerføre lægemidler købt fordelagtigt fx ved fast-mængde aftaler. Sortimentet skulle omfatte få, nøje udvalgte lægemidler, hvor sygehusapotekerne og Amgros af den ene eller anden årsag vurderer at et vist lager, vil være forsyningsmæssigt eller økonomisk hensigtsmæssigt.

Lægemedelstyrelsen bad sygehusapotekerne om at købe yderligere lægemidler ind til lager, da COVID-19 pandemien ramte Danmark i februar 2020. Sygehusapotekerne og Amgros har siden da i fællesskab arbejdet på at opbygge lagre af lægemidler.⁴

COVID-19 situationen har medført, at Amgros og sygehusapotekerne har bestilt ekstraordinære store mængder hos leverandørerne. Det samme har alle andre lande i verden gjort. Det har naturligvis udfordret forsyningskæderne, hvor producenterne har haft svært ved at følge med i forhold til at skaffe råvarer og emballage. Presset har særligt ligget på de kritiske lægemidler. Som følge af Amgros store indkøb har det været nødvendigt at tilkøbe yderligere lagerkapacitet hos Nomeco. Dette gav en mere omstændig bestillings-procedure og længere leveringstid til sygehusene, særligt i forbindelse med indkøringen.

Udover de indkøb som Amgros har foretaget på sygehusapotekernes vegne har sygehusapotekerne også selv indkøbt en række lægemidler. Dette har tydeliggjort, at nogle sygehusapotekers lagerværdi og lagerkapacitet er for begrænset til at imødegå en krise som COVID-19.

Amgros har i samarbejde med en tværregional COVID-19 indkøbs- og forsyningsgruppe⁵ dog formået at opretholde forsyningerne til sygehusapotekerne ved en målrettet indsats i forhold til de lægemidler, der potentielt kunne blive vanskelige at skaffe. Der har derfor ikke været kritiske mangelsituationer på de offentlige sygehuse i Danmark.

På baggrund af COVID-19 krisens uforudsigelige udvikling er behovet for at følge lægemiddelforsyningerne i relation til det forventede forbrug vokset. Derfor har Lægemedelstyrelsen bedt regionerne om *"... individuelt, i fællesskab, og sammen med Amgros, at gennemgå lægemiddelområdet og*

⁴ Sygehusapotekernes og Amgros indkøb af lægemidler til eget lager er sket på baggrund af en Basisliste og en Kritisk liste, som man har udarbejdet i samarbejde med kliniske farmakologer fra hele landet. Basislisten indeholder samtlige lægemidler, der benyttes i hospitalssektoren. De indkøbes til lagerhold i Danmark svarende til 3 måneders løbende forbrug. Den Kritiske liste indeholder dels lægemidler til behandling af intensive patienter. De indkøbes til lager svarende til 6 måneders løbende forbrug. Dels lægemidler til behandling af medicinske patienter smittet med COVID-19. Disse lægemidler indkøbes til lager svarende til 9 måneders løbende forbrug.

⁵ "COVID-19 indkøbs- og forsyningsgruppe" består af kliniske farmakologer fra regionerne samt de 8 sygehusapotekere og indkøbsansvarlige fra sygehusapotekerne. Gruppen har i hele forløbet rådgivet Amgros i forhold til udvælgelse af kritiske lægemidler og vurdering af det kliniske behov forud for Amgros indkøb.

analysere behovet for især kritiske lægemidler i en periode over de næste 1-2 år under hensyntagen til den ændrede situation, hvor aktivitetsniveauet på sygehusene skal opskaleres samtidig med, at forsyninger af lægemidler kan være uforudsigeligt”.

COVID-19 indkøbs- og forsyningsgruppen anser det ikke for hensigtsmæssigt at etablere et fysisk lager svarende til op til 1-2 års forbrug på alle præparater. Dels vil det tage lang tid for leverandørerne at tilpasse sig de store mængder og dels vil det være omkostningstungt i lagerleje, lagerbinding, udløb og kassation.

Det foretrakkes at anlægge en mere strategisk tilgang til forsyningen, hvor der for de særligt kritiske lægemidler udarbejdes en konkret forsynings- og indkøbsstrategi med afsæt i et 18 måneders forsyningsforecast. Herved vil Amgro kunne agere agilt og koncentrere indsatsen om de vigtigste lægemidler. Ved at have en langsigtet forecast model kan man i god tid afdække og afhjælpe eventuelle forsyningsproblemer, så de ikke rammer patientbehandlingen.

Som en del af forsynings- og indkøbsstrategien udarbejdes der for hvert kritisk lægemiddel en risikovurdering. Vurderingen beskriver, hvilke lægemidler der i forbindelse med et forsyningssvigt ville kunne anvendes som behandlingsalternativer og til hvilke indikationer. Der udarbejdes en fælles vejledning og oversigt over 1., 2., 3. valg af de kritiske lægemidler, så presset på det enkelte lægemiddel ville kunne lettes om nødvendigt. I den yderste konsekvens kan der på den baggrund indføres en styret, rationeret brug af visse lægemidler.

For at blive i stand til dette vil Amgro i tæt samarbejde med sygehusapotekerne:

- Opdatere den kritiske liste med de erfaringer, der er indhentet under den første COVID-19 bølge
- Udarbejde en model for estimering af forbruget i et 18 mdr. perspektiv for kritiske lægemidler givet SSI's scenarium for udviklingen af COVID-19 og under hensyntagen til et øget forbrug ifbm. behandlingspakken
- Udarbejde indkøbs- og forsyningsstrategier for de udvalgte kritiske lægemidler, der er truet på forsyningen, herunder foretage en risikovurdering og anviser alternative evt. lægemidler.

For en mere detaljeret beskrivelse henvises til vedlagte notat ”Regionernes forsyning af kritiske lægemidler i et 18 måneders perspektiv”.

10. Der er behov for et stærkt nationalt samarbejde om at sikre testkapacitet og forsyning

Regionernes klinisk mikrobiologiske afdelinger etablerede hurtigt et nationalt samarbejde med henblik på at sikre forsyning af kritiske varer herunder delvis selvforsyning i Danmark, kapacitetsopbygning på laboratorierne samt løbende

koordinering i form af en national task-force. Herved sikredes et stærkt samarbejde på tværs af landet. Regionerne havde store udfordringer med at sikre forsyninger til deres automatiserede systemer. Dette har givet store udfordringer med at sikre opbygning af tilstrækkelig kapacitet og har medført en stor belastning af medarbejderne. Det lykkedes regionerne at opbygge kapacitet, så Sundhedsstyrelsens retningslinjer blev overholdt. I starten af april leverede regionerne 5.000 daglige test og fra den 21. april blev dette forhøjet til over 10.000 daglige test. Regionerne har fastholdt dette niveau. I februar blev der foretaget 102 tests. I marts 29.843. I april 208.308 og i maj 290.461. Regionernes øgning af testkapaciteten sikrede, at alle med symptomer samt alle der indlægges på hospital, kunne testes.

Regionerne har oplevet udfordringer med manglende laboratoriepersonale, som har været en hindring for at øge testkapaciteten. Herudover har den helt store udfordring i forhold til at udføre test og analyser af test været den kraftige efterspørgsel verden over. Der har ikke været tilstrækkelig forsyningsikkerhed, og de store firmaer har ikke kunne levere den fornødne mængde reagenser og forbrugsvarer (fx plastikkassetter, pipettespidser mv.).

Regionerne har arbejdet i mange spor for at sikre den nødvendige kapacitet. Det drejer sig om investeringer i alternative linjer, robotter til delvis automatisering, rekruttering af personale samt alternative forsyningsveje for kritiske varer herunder etablering af produktion i Danmark.

Endelig er der etableret værdifulde samarbejder med andre diagnostiske afdelinger, universiteter og private virksomheder, der har fungeret som underleverandører.

Regionerne er nu i gang med at konsolidere den regionale testkapacitet, så regionerne ikke fremover behøver at få analyseret prøver ved Novo/DTU og kan være klar til en eventuel anden bølge af COVID-19 og fremtidige epidemier. Den robuste kapacitet er defineret som 20.000 daglige test med mulighed for 30.000 daglige test i spidsbelastninger.

I den spæde start af epidemien var det alene SSI, der udførte tests grundet aftale om smitteberedskab mv. Men Sundhedsstyrelsen åbnede i slutningen af februar måned op for, at nogle og senere alle klinisk mikrobiologiske afdelinger kunne udføre testningen. Tidsforsinkelsen gjorde, at regionerne mistede kostbar tid i forhold til at sikre indkøb og forsyning af det relevante testmateriale (testkits, reagenser etc.) til hospitalerne laboratorier. Dermed nåede markedssituationen at udvikle sig kritisk. Regionerne stod nærmest på bar bund i forhold til forsyninger til det overvejende fuldautomatiske testapparat. I forhold til fremtidig opgavefordeling mellem de nationale myndigheder og regionerne, er det vigtigt med en tidligere proaktiv inddragelse af de kliniske enheder og miljøer.

Der gøres samtidig opmærksom på, at testfunktionerne på hospitalerne lægger beslag på mange medarbejderressourcer. Det betyder, at der er mindre personale end normalt, som kan indgå i den normale drift og understøtte hurtigt udredning og behandling af patienter.

Regionerne har supplerende også opbygget teststationer og mobile testenheder i samfundssporet. Denne kapacitet blev opbygget i anden halvdel af april måned. Kapaciteten af de mobile enheder er øget til 50 enheder, så de kan bidrage til hurtig smitteopsporing ved lokale udbrud. Kapaciteten opbygges i alle regioner for at sikre hurtig responstid, og regionerne har aftalt at bistå hinanden ved større lokale udbrud.

Endelig er der et stort logistisk-, IT- og organisatorisk arbejde forbundet med at etablere en stor testkapacitet på kort tid. I et fremadrettet perspektiv vil det kunne nedbringe den administrative opgave, hvis der udvikles et enkelt og smidigt IT-system, som kan tilpasses til den konkrete opgave og bl.a. imødekommer udfordringer omkring prøvesvar til personer, der ikke har NemID (fx børn) eller et dansk CPR-nummer. Det vil være fordelagtigt, hvis systemet kan understøtte, at rekvirering af test samt afgivelse af svar på prøver sker på tværs af sektorer, herunder nationale myndigheder, almen praksis, kommuner, og hospitaler.

11. Der skal fortsat arbejdes målrettet på at undgå smittespredning

Det er vigtigt, at hele samfundet fastholder det nyvundne fokus på hygiejne og afstand ved smittefare. Samtidig er det vigtigt, at indsatsen for at undgå smittespredning er så målrettet som muligt, så det ikke unødigt går ud over patienter og deres pårørende.

De mange greb og anbefalinger alle danskere har fulgt for at undgå smittespredning af COVID-19 har haft en massiv effekt på antallet af smittede med influenza og andre infektionssygdomme som akut bronkitis hos børn. Derfor bør gode vaner – så som håndhygiejne, og at man bliver hjemme, hvis man er syg – fastholdes.

Siden starten på udbruddet af COVID-19 pandemien har regionerne hurtigt etableret og udbredt digitale løsninger, som understøtter indsatsen omkring at undgå smittespredning ved kontakt til sundhedsvæsenet hjemmefra. Regionerne har således afviklet langt flere patientkontakter pr. telefon eller video end sædvanligt. Det har været med til at skabe større luftrum på ambulatorierne og dermed undgå smitte af sårbare patienter og understøttet, at patienterne fortsat kan have pårørende med til svære samtaler. Det er regionernes mål at fastholde den forstærkede brug af videokonsultationer og andre digitale løsninger.

På hospitalerne blev der etableret et særligt spor for patienter med mistanke om COVID-19 for at sikre, at de ikke smitter de øvrige patienter. Denne tilgang vil – alt efter omstændighederne – være relevant at gentage ved fremtidige epidemier.

Det er desuden vigtigt at være opmærksom på de udfordringer, som er opstået på grund af de skærpede krav om afstand og hygiejne, som gør det svært at opnå fuld normal aktivitet.

12. Krisestyingsorganiseringen skal kunne fungere i en længevarende krise

Det grundlæggende princip på beredskabsområdet er sektoransvarsprincippet, som indebærer, at den myndighed eller organisation, der har ansvaret for et område under normale forhold, også har ansvaret for beredskabet på området ved ekstraordinære hændelser. Regionerne finder, at det er et robust princip, der bør fastholdes, såvel under COVID-19 som i andre fremtidige krisesituationer.

Alle regioner har som led i deres sundhedsberedskabsplanlægning en fast beredskabsorganisering i form af deres Akut Medicinske Koordinationscenter, som skal håndtere de krisesituationer, som ikke kan håndteres inden for den normale daglige drift. Det være sig alt fra ulykker med mange tilskadede til giftgasudslip. Regionerne har under COVID-19 kunne bygge videre på deres faste beredskabsorganisering og suppleret den med særligt nedsatte COVID-19 grupper, så der er skabt et koordineret samarbejde mellem hospitalerne i regionen og med samarbejdspartnere. På tværs af regionerne kunne der hurtigt bygges videre på det faste samarbejde i regi af Danske Regioner. Dette samarbejde blev institutionaliseret i daglige 8.10 møder i regi af Danske Regioner, hvor de statslige aktører indgik i tæt koordination med regionernes topledelse og krisestabe samt repræsentanter for PLO og KL. Det har medvirket til at skabe sammenhæng og hurtig vidensdeling mellem nationale udmeldinger og regionale forhold og erfaringer.

Denne koordinationsmekanisme har vist sig at være effektiv i den fase, hvor der var mange ubesvarede spørgsmål og stort behov for koordination, herunder nedsættelse af særlige koordinationsgrupper. Men der har manglet en bedre koordination mellem statslige myndigheder på tværs af styrelser og ressortområder, som man bør se nærmere på.