

## Bilag nr. 14:

# Kapacitet til indlagte patienter under epidemi af smitsom sygdom – organisering og fordeling

### Formål

### Målgrupper og anvendelsesområde

### Definitioner

### Fremgangsmåde

### Ansvar og organisering

### Bilag

## Formål

Vejledningen vedrører forslag til overordnede principper for prioritering og organisering ved epidemi af smitsom sygdom, som i stort omfang giver behov for hospitalsindlæggelse. Vejledningen har til formål at understøtte:

- At der kan oprettes tilstrækkelig kapacitet til at varetage indlagte patienter under epidemi af smitsom sygdom.
- At organisering og fordeling af kapacitet til indlæggelse af patienter med smitsom sygdom sker hensigtsmæssigt.
- At der sker relevant koordinering på tværs af hospitaler og koncerntre ved oprettelse af kapacitet til indlagte patienter under epidemi af smitsom sygdom.

## Målgrupper og anvendelsesområde

Vejledningen bygger på erfaringerne med håndtering af COVID-19 i 2020/21.

Vejledningen finder anvendelse ved epidemi af smitsom sygdom, som i stort omfang giver behov for hospitalsindlæggelse. Vejledningen tager udgangspunkt i, at sygdommen er af en sådan karakter, at den kan varetages på alle regionens akuthospitaler.

Målgruppen for vejledningen er koncerntre, hospitalsdirektioner og Akutberedskabsdirektion.

## Definitioner

**Almen isolationsplads:** Sengepladser til patienter, som grundet smitte med smitsom sygdom, skal indlægges i isolation, men som ikke har behov for intensiv behandling. Der kan både være tale om patienter indlagt med smitsom sygdom som primær diagnose, og patienter, som er indlagt af anden årsag, men som samtidig har smitsom sygdom.

**Intensivplads:** Sengeplads til intensiv behandling i isolation.

For såvel almene isolationspladser som intensivpladser gælder, at der ikke alene er tale om fysiske sengepladser, men det samlede set up, herunder apparatur og bemanning.

## Fremgangsmåde

### Fysiske faciliteter

Der er betydelig fysisk kapacitet på regionens hospitaler til indlæggelse af patienter. Primo 2021 er der knap 4.000 disponible senge på de somatiske hospitaler samlet set. Udover sengestuer kan der etableres sengepladser i opvågningsafsnit, operationsstuer, sengestuer udlagt til kontorformål, fællesrum og eventuelt uudnyttede afsnit.

Jf. beredskabsplanen kan forsvaret stille karantænefaciliteter til rådighed. Der foreligger ikke aftale om deciderede "felthospitaler". Der kan være fordele ved at inddrage større eksterne lokaliteter, idet der ved kohorteisolation i større målestok er muligt med en lavere bemandingsnorm.

Opgaven med at bemane og udruste fuldt fungerende afdelinger i helt nye rammer stiller imidlertid meget store krav til logistik og planlægning. Det er klart at foretrække, at personalet i videst mulige omfang har deres funktion i egen afdeling, dvs. i vante fysiske og organisatoriske rammer. Subsidiært at udlån til anden lokalitet eller funktion primært foregår inden for egen organisation.

I en situation med ekstraordinært stort indlæggelsesbehov, hvor det trods nedlukning af anden aktivitet ikke er muligt at stille tilstrækkelig kapacitet til rådighed på regionens hospitaler, kan det være nødvendigt at tage eksterne faciliteter i brug. Tilstrækkelig sundhedsfaglig bemanning vil dog uanset lokalitet være en udfordring. CEJ og CIMT har fra COVID-19-epidemien erfaringer med hurtigt at opbygge nye eksterne faciliteter (test- og vaccinationscentre).

### Organisering på hospitalerne

Det anbefales, at alle regionens somatiske hospitaler inddrages i opgaven. Det sikrer, at der kan tilvejebringes mest mulig kapacitet, at alle hospitaler oparbejder kompetencer til at kunne varetage patientgruppen, herunder modtage uselekterede akutte patienter, og at færrest mulige patienter skal overflyttes. Indledningsvist og ved begrænset antal patienter kan det overvejes, at indlæggelse primært sker i regi af infektionsmedicinsk afdeling på Hvidovre-matriklen. Det kan understøtte, at der sker en mere koncentreret opbygning af kompetencer i håndtering af sygdommen. Det forudsætter dog, at der sikres tilstrækkeligt intensivberedskab på matriklen, eventuelt ved overflytning af intensivpatienter til andre hospitaler i regionen.

Det bør være op til de enkelte hospitaler, hvordan de bedst tilvejebringer kapaciteten, herunder hvilke fysiske rammer og hvilket personale de inddrager.

Almene isolationspladser: Kapaciteten på regionens infektionsmedicinske afdelinger er begrænset. Der vil derfor være behov for at inddrage flere af hospitalets afdelinger i varetagelsen af patienterne. For at sikre den nødvendige bemanning, vil der som hovedregel ikke være tale om ekstra senge, men senge der omlægges til at varetage den aktuelle patientgruppe.

Under COVID-19 har flere hospitaler organiseret sig ved samling af de mest syge (intermediære patienter) på lunge- og infektionsmedicinske afdelinger og fordeling af øvrige patienter på medicinske og kirurgiske afdelinger. Erfaringen fra COVID-19 er generelt, at personalet i videst mulige omfang bør have deres funktion i egen afdeling, dvs. i vante fysiske

og organisatoriske rammer, og at der bør etableres understøttende funktioner med henblik på vurdering, stuegang og faglig rådgivning i forhold til patienter indlagt uden for deres normale specialetilhørsforhold.

**Intensivpladser:** Intensivkapacitet til ekstra patienter vil i mindre omfang kunne ske ved at udnytte eksisterende intensivpladser fuldt ud, i det omfang de ikke er fuldt belagt af øvrige patienter. Der skal dog tages højde for, at der ses store udsving i belægningen. Det bemærkes, at det ikke er alle intensivpladser på Rigshospitalet, der vil kunne anvendes til at øvrige patienter (særligt pladser i regi af neonatal og thoraxkirurgi).

Der vil også være behov for at oprette ekstra intensivpladser på hospitalerne. Det kan fx ske ved inddragelse af operations- og opvågningsfaciliteter, ligesom det vil være nødvendigt at inddrage anæstesi- og operationspersonale i pleje og behandling af patienterne.

Der er i forbindelse med COVID-19 udarbejdet et tværregionalt oplæg til en vejledning om visitation, prioritering og etiske overvejelser ifm. behandling af kritisk syge patienter på intensivafsnit. Vejledningen omhandler hvilke overvejelser, der bør gøres, når udviklingen går fra normalsituation til beredskabssituationer (fx pandemier), hvor behovet for intensiv terapi overstiger de tilgængelige ressourcer.

### **Fordeling mellem hospitaler**

**Skaleringsplan:** Der bør udarbejdes en skaleringsplan for såvel almene isolationspladser som intensivpladser, der gør det muligt løbende at op- og nedjustere kapaciteten. Kriseledelsen godkender løbende op- og nedskalering af kapaciteten. Op- og nedskaleringen bør ske solidarisk, så hospitalerne følges ad i skaleringsstrin. Det betyder dog, at der kan blive behov for udligning af belastningen mellem hospitalerne gennem overflytning af patienter eller særskilte visitationsretningslinjer ved indbringelse af patienter, jf. nedenfor.

Det aftales med hvilket varsel, som hospitalerne skal kunne stille kapaciteten til rådighed. Det er her vigtigt at være opmærksom på tidsfrister for varsling af personalet ved ændring af vagtplan, tjenestested etc.

Skaleringsplanen kan med fordel have et trin 0, der indikerer hvor mange patienter, som kan håndteres inden for eksisterende kapacitet. Det bør herefter være muligt at skalere op i relativt små trin, så der ikke lægges beslag på mere kapacitet end højst nødvendigt. Skaleringsplanen for intensivpladser bør tage udgangspunkt i den samlede intensivkapacitet.

Som bilag er vedlagt skaleringsplanen anvendt under COVID-19-epidemien.

**Almene isolationspladser:** Fordelingen af kapacitet mellem hospitalerne kan ske ud fra befolkningsstørrelse af planområder for at afspejle hospitalernes aktivitet på hovedfunktionsniveau og forventet patienttilgang. Der skal her tages højde for at Rigshospitalet kun har et meget begrænset optageområde på hovedfunktionsniveau.

Der bør samtidig være opmærksomhed på, at Herlev og Gentofte Hospital og Rigshospitalet som følge af varetagelse af specialfunktioner, herunder kræftbehandling, har mere personale og flere pladser at trække på end de øvrige hospitaler. Samtidig varetager de dog også funktioner, som i videst muligt omfang bør opretholdes, da det dels er kritiske funktioner, dels funktioner hvor det kan tage lang tid at indhente efterslæbet efterfølgende.

Der kan med fordel nedsættes en koordinationsgruppe for almene isolationspladser bestående af en repræsentant fra hvert hospital (afdelings-/afsnitsledelse). Koordinationsgruppen sikrer gennem hyppige, faste videomøder løbende koordinering og udligning af belastning mellem regionens hospitaler ved overflytning af patienter med udgangspunkt i den gældende skaleringsplan. Der vælges en formand for gruppen, som løbende kan afrapportere til

kriseledelsen. Det er afgørende, at hospitalsledelserne sikrer, at der på alle niveauer er opbakning til koordinationsgruppens beslutninger.

Intensivpladser: Fordelingen af kapacitet mellem hospitalerne bør primært ske ud fra andel af normal intensivkapacitet. Det betyder dog, at antallet af intensivpladser ikke vil modsvare antallet af almene isolationspladser, og at der vil være forholdsvis mange intensivpladser på Rigshospitalet.

Der kan med fordel nedsættes en koordinationsgruppe for intensivpladser bestående af en repræsentant fra hvert hospital (anæstesiologisk afdelings-/afsnitsledelse). Koordinationsgruppen sikrer gennem hyppige, faste videomøder løbende koordinering og udligning af belastning mellem regionens hospitaler ved overflytning af patienter med udgangspunkt i den gældende skaleringsplan. Den samlede intensivbelastning tages i betragtning ved udligning mellem hospitalerne, det vil sige også antallet af øvrige patienter. Der vælges en formand for gruppen, som løbende kan afrapportere til kriseledelsen. Det er afgørende, at hospitalsledelserne sikrer, at der på alle niveauer er opbakning til koordinationsgruppens beslutninger.

Region Hovedstadens Psykiatrien: Psykiatrien varetager patienter, som er indlagt med psykiatrisk lidelse, som primær diagnose, og som samtidig har behov for isolation på grund af smitsom sygdom som bidiagnose.

Bornholms Hospital: Der gælder særlige forhold for Bornholm, som er nærmere beskrevet i næste afsnit.

### **Særligt for Bornholm**

Det bør tilstræbes, at Bornholms Hospital som udgangspunkt kan varetage eget optageområde, så flest mulig overflytninger undgås. Grundet den geografiske placering skal det sikres, at der foreligger en klar plan for overflytning af patienter med såvel Rigshospitalet som Akutberedskabet, særligt for intensivpatienter.

Følgende principper blev fastlagt under COVID-19-epidemien:

- COVID-19-patienter, som vurderes at være i særlig risiko for at udvikle et alvorligt forløb med behov for intensiv behandling tilstræbes overført tidligt i forløbet og inden de bliver respiratorkrævende. Det tilstræbes, at overførslen sker mens patienten er i stabil tilstand og kan overflyttes med ambulance. Hvis patientens tilstand er ustabil, anbefales som udgangspunkt tidlig intubation og overflytning med helikopter.
- COVID-19-patienter, som *ikke* vurderes at være i særlig risiko for at udvikle et alvorligt forløb med behov for intensiv behandling behandles på Bornholms Hospital. Hvis patientens tilstand forværres, og der opstår behov for intensivbehandling, herunder respiratorbehandling, intuberes patienten og overflyttes med helikopter.
- Tidskritiske patienter, som f.eks. patienter med blodprop i hjertet eller hjernen, som også er COVID-19-positive, skal overflyttes uden forsinkelse med helikopter.

### **Samarbejde med kommuner og praktiserende læger**

Region Hovedstaden har en rammeaftale med KKR og PLO-Hovedstaden om ekstraordinære udskrivelser til kommunerne.

I forbindelse med COVID-19 blev der herudover indgået følgende aftaler:

- Danske Regioner og PLO indgik aftale om, at PLO skulle stille med beredskabslæger til at varetage behandling på de kommunale pladser.

- Regionen indgik en beredskabsaftale med PLO-H, som også kunne anvendes ved tilsyn i eget hjem.
- Aftale om, at hospitalerne kunne udskrive borgere med positiv COVID-status til kommunernes midlertidige pladser, hvis kommunen var oplyst om borgernes status på forhånd. Denne aftale ophævedes ved aktivering af aftalen om ekstraordinære udskrivelser, idet målgruppen da vil være omfattet heraf.
- Foreningen af Speciallæger og RLTN indgik aftale om, at praktiserende speciallæger frivilligt kan melde sig til at indgå i bemanningen på hospitalerne.

Der bør dog være opmærksomhed på, at kommunernes kapacitet også må forventes at være presset under en epidemi af smitsom sygdom med stor smittespredning i samfundet. Kommunerne vil forventeligt have øget sygdom blandt personalet og flere syge borgere på plejecentre og i eget hjem, som de skal varetage. Dette kan begrænse mulighederne for at bringe aftalen om ekstraordinære udskrivelser i spil, og ligefrem betyde at hospitalerne må være tilbageholdende med at udskrive færdigbehandlede patienter til kommunerne.

Der bør være fokus på, hvordan visitationen af patienter kan forbedres for at aflaste de præhospitale transport, de akutte modtagelser og ikke mindst spare patienter for en unødigt tur på hospitalet. Der kan arbejdes med forskellige modeller for udgående visitation og test, herunder i samarbejde med kommunernes akutfunktioner. De enkelte hospitaler bør gennem de lokale samordningsudvalg have dialog med kommunerne om god visitation.

### **Samarbejde med privathospitaler**

Umiddelbart vurderes det ikke relevant at inddrage kapaciteten på privathospitaler til at varetage patienter med smitsom sygdom, da privathospitalerne organisatorisk og fagligt ikke har et set-up, der 24/7 kan understøtte varetagelse af akutte patienter.

Der vil dog formentlig være anæstesi-, operations- og andet personale, som potentielt kan indgå i bemanningen af isolations- og intensivpladser på regionens hospitaler ved behov.

### **Overflytning af patienter til øvrige regioner**

Ved stor belastning af regionens kapacitet og ved mindre belastning en eller flere af de andre regioner, kan mulighederne for at omvisitere/overflytte patienter overvejes. Udgangspunktet bør være omvisitering ved primær visitation frem for sekundære overflytninger af allerede indlagte patienter. Dette både af hensyn til patienternes forløb og belastning af transportkapaciteten.

Det vurderes mest hensigtsmæssigt, at der sker en overflytning af øvrige patienter. Det er ikke uden udfordringer at overflytte/omvisitere akutte, smitsomme patienter, hvor der hurtigt kan ske forværring af deres tilstand og kræves foranstaltninger i forhold til smitterisiko under transport.

Det kan overvejes at indgå aftale om at omvisitere/overflytte følgende patientgrupper:

- Kræft- og hjertepatienter, herunder patienter hvor Region Hovedstaden kan blive udfordret på at efterleve de maksimale ventetider.
- Højt specialiseret behandling til anden region, som varetager funktionen.
- Øvrige intensivpatienter, som forventes at have et længere indlæggelsesforløb.
- Øvrige patienter, som forventes at have et længere indlæggelsesforløb.
- Højt specialiserede akutte funktioner, som Region Hovedstaden varetager for Region Sjælland, kan omvisiteres til Region Syddanmark, fx for "brokommunerne".

Erfaringerne viser dog, at det kræver en meget stor koordineringsindsats at overflytte patienterne, og at mange patienter er tilbageholdende med at tage imod tilbud om overflytning eller fortryder kort varsel.

[Tilbage til top](#)

## Ansvar og organisering

- Kriseledelsen godkender skaleringsplan og løbende op- og nedskalering.
- Kriseledelsen kan nedsætte en indsatsgruppe bestående af vicedirektører og relevante koncerncentre, der løbende rådgiver kriseledelsen om den overordnede planlægning af kapaciteten.
- Kriseledelsen kan nedsætte koordinationsgrupper på afdelings-/afsnitsledelsesniveau, der varetager den daglige koordinering af kapacitet mellem hospitalerne.
- De enkelte hospitaler er ansvarlige for at udarbejde en plan for hvordan kapaciteten kan tilvejebringes, herunder plan for fysiske sengepladser og apparatur, bemandingsplaner inklusiv støttefunktioner og uddannelse af personale.
- CSU er ansvarlig for udarbejdelse af oplæg til kriseledelsen, sekretariatsbetjening af indsatsgruppe og inddragelse af øvrige koncerncentre.
- CØK inddrages i forhold til løbende data om aktivitet i forhold til kapacitet.
- CEJ inddrages i forhold til klargøring af fysiske faciliteter, herunder tekniske installationer.
- CIMT inddrages i forhold til anskaffelse, klargøring og opsætning af apparatur.
- CHRU inddrages i forhold til afklaring af personalemæssige forhold, herunder varslingsregler, og uddannelsesindsats.

[Tilbage til top](#)

## Bilag

- Skaleringsplan COVID-19 (opdateret pr. 9. februar 2021).