

National koordinering af sygehuskapacitet ved behov for prioritering

Indledning

I forbindelse med beredskabssituationer i Danmark kan der opstå knaphed på ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder på intensiv pladser og almindelige sengepladser i sygehusvæsenet. Aktualiseret af den igangværende COVID-19 epidemi har regionerne udarbejdet en vejledning vedrørende visitation, prioritering og etiske overvejelser i forbindelse med behandling af kritisk syge patienter på intensivafsnit.

Nærværende notat beskriver i forlængelse heraf de overordnede rammer for ansvarsfordeling og koordinering nationalt ved behov for prioritering af sundhedsvæsenets ressourcer; særligt intensiv kapaciteten.

Overordnet ansvarsfordeling

Sundhedsstyrelsen skal i henhold til sundhedsloven §212 bistå sundheds- og ældreministeren med den centrale forvaltning af sundhedsmæssige anliggender. Det er Sundhedsstyrelsen, der er ansvarlig for at forestå den overordnede koordinering af håndtering på tværs af myndigheder, herunder ved generel rådgivning til regioner, kommuner og øvrige myndigheder, udstedelse af vejledninger og anbefalinger samt rådgivning af sundheds- og ældreministeren.

Regionerne har i henhold til sundhedsloven bl.a. ansvar for at tilbyde behandling til borgere på sygehusene samt varetage det præhospitale beredskab, mens kommunerne i henhold til sundhedsloven bl.a. har ansvar for at varetage det kommunale beredskab. Siden 2006 har regionsråd og kommunalbestyrelser skullet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning forud for vedtagelse af sundhedsberedskabsplaner.

Det vil typisk være de faglige selskaber, der udarbejder retningslinjer og instrukser i forhold til praksisnært klinisk arbejde på sygehusene.

I beredskabssituationer vil ansvarsfordelingen overordnet følge den etablerede ansvarsfordeling mellem myndigheder inden for den gældende lovramme. Ansvarsfordelingen følger sektoransvars-, nærheds- og samarbejdsprincipperne, som er centrale principper i krisestyring. Se oversigt over ansvarsfordeling mellem myndigheder og andre relevante parter i tabel 1 på side 4.

National vurdering af overgang til beredskabssituation

Når udviklingen nationalt går fra en normalsituation til beredskabssituationer, hvor behovet for intensiv terapi overstiger de tilgængelige ressourcer, er det vigtigt, at det er tydeligt, hvem der har ansvaret for at vurdere hvilken fase, man er i. Der er behov for et tæt og koordineret samarbejde mellem alle aktører, sådan at alle er løbende orienteret, information ikke går tabt, og at alle kender deres ansvarsområde, når der skal håndteres og igangsættes tiltag.

I Vejledning vedrørende visitation, prioritering og etiske overvejelser ifm. behandling af kritisk syge patienter på intensivafsnit beskrives tre forskellige faser gående fra fase 0, hvor der er ikke er mangel på intensiv pladser, til fase 1 karakteriseret af begyndende ressourceknaphed, og til fase 2 hvor der er alvorlig ressourceknaphed.

Ved særlige hændelser vil Sundhedsstyrelsen sikre en koordineret indsats på nationalt niveau og yde faglig rådgivning til regioner og kommuner. Det skete eksempelvis i forbindelse med ebola-indsatsen i 2015 og senest, aktuelt, i forbindelse med covid-19-epidemien, hvor Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for vejledninger, sikrer løbende koordinering, samt vurderer den aktuelle risikosituation i forhold til intensivkapaciteten mm. Beslutninger om at gå fra én fase til en anden skal således ske nationalt, hvor Sundhedsstyrelsen i dialog med regionerne vil vurdere risikosituationen.

Sundhedsstyrelsen holder tæt kontakt til regionernes AMK, og Sundhedsstyrelsen har døgnvagt, som øvrige myndigheder kan kontakte ved hændelser inden for sundhedsberedskabet eller ved behov for national eller international assistance. Se i øvrigt Planlægning af sundhedsberedskab – vejledning til regioner og kommuner 2017¹.

National koordinering af kapaciteten

På tværs af landet kan der opleves forskellig belastning på sygehusvæsenet. Såfremt presset på de intensive sengepladser opstår forskudt på tværs af landet, kan der være ledig kapacitet i en region eller på et sygehus samtidig med, at der er fyldt op andre steder. Den bedst mulige udnyttelse af den samlede intensive sengekapacitet, herunder udstyr, bemanning mm., kræver derfor en effektiv koordinering på tværs af sygehuse og regioner. Såfremt der opstår et særligt pres på kapaciteten i nogle dele af landet, vil der være behov for intern koordination mellem regionerne. For at sikre den bedst mulige udnyttelse af den samlede sygehuskapacitet forudsætter det, at den samlede danske sygehuskapacitet kan bringes i betragtning, således at belastningen på det danske sygehusvæsen så vidt muligt fordeles på de fem regioner

På tværs af intensivafdelinger er der til hverdag et tæt samarbejde i forbindelse med spidsbelastninger og pres på sengepladserne, hvor koordination og kommunikation ofte foregår direkte mellem intensivafdelinger og de vagthavende intensivlæger. I en situation med ekstraordinært pres på kapaciteten er der behov for en stærk central koordinering og overblik, og at man benytter de systemer til kommunikation og koordinering, der allerede er etableret i regionerne i forbindelse med aktiveringen af beredskabsplaner, så der ikke skabes parallelle systemer.

Overflytning af kritisk syge patienter med svær respirationspåvirkning udgør en særlig udfordring, da transport medfører en risiko for forværring af patientens tilstand. Dette skyldes bl.a. brug af andet udstyr, da intensive respiratorer ikke kan flyttes med patienten. Hertil kommer

¹ https://www.sst.dk/da/planlaegning/sundhedsberedskab/~/_media/26B656AC5F3D40BE9C5335F7E0A6107F.ashx

at accelerationer under transport kan påvirke en i forvejen svært syg patient negativt. Overflytning af patienter kræver et transportberedskab, som vil lægge beslag på personale, herunder anæstesilæger og anæstesisygeplejersker, som også vil være efterspurgt på sygehusene. Overflytning af kritisk syge patienter i intensiv terapi er således en både risikabel og ressourcerekrævende procedure. Det er derfor vigtigt at forebygge kapacitetsudfordringer på intensive afdelinger.

National monitorering og kvalitetsudvikling

I beredskabssituationer hvor sundhedsvæsenet bliver udfordret på kapacitet bør det være muligt at vurdere det aktuelle situationsbillede, både nationalt og lokalt på det enkelte sygehus, ligesom der bør sikres grundlag for løbende og efterfølgende, at kunne forske på baggrund af valide data indhentet undervejs.

I forbindelse med den igangværende COVID-19 epidemi overvåger Sundhedsstyrelsen, via Sundhedsdatastyrelsen og Statens Serum Institut, kapaciteten i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen modtager således flere gange dagligt overblik over dels COVID-19-relateret belastning på kapaciteten, med fordelingen af indlagte COVID-19-patienter i de fem regioner, samt hvorvidt der er tale om indlæggelse i intensivt regi og evt. iværksat respiratorbehandling, dels et overblik over den generelle tilgængelige kapacitet i det danske sundhedsvæsen, herunder både medicinske og intensive sengepladser. Dette med henblik på at sikre en mulighed for national koordinering, såfremt der måtte opstå et ekstraordinært pres på en enkelt region, som ville kunne afhjælpes ved overflytning af patienter til andre regioner.

I forbindelse med den igangværende COVID-19 epidemi er det dog samtidig blevet tydeligt, at der er behov for en forbedring af muligheden for at følge udviklingen i tidstro kvalitetsdata, såsom indlæggelsesvarighed, mortalitet, behandlingsmodaliteter mv., for indlagte patienter på intensivpladser, til brug i forbindelse med dimensionering og behovsanalyser. Sundhedsstyrelsen vil opfordre Danske Regioner og Regionerne Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram til at gå videre med etablering af en kvalitetsdatabase på området.

Tabel 1. Ansvarsfordeling mellem myndigheder og andre relevante parter

Ansvar	
Sundheds- og ældreministeriet (SUM)	Regeringens varetagelse af den centrale administration på sundheds- og ældreområdet.
Styrelsen for patientsikkerhed (STPS)	STPS skal jf. sundhedsloven § 212 a. bistå sundheds- og ældreministeren med den centrale forvaltning af forhold vedrørende patienters sikkerhed og forhold vedrørende læring i sundhedsvæsenet. STPS fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet.
Sundhedsstyrelsen (SST)	SST skal jf. sundhedsloven §212 bistå sundheds- og ældreministeren med den centrale forvaltning af sundhedsmæssige anliggender, samt orientere offentligheden og STPS, når særlige sundhedsmæssige forhold gør det nødvendigt.
Statens Serum Institut (SSI)	SSI har jf. sundhedsloven §222 stk 1 til opgave at forebygge og bekæmpe smitsomme sygdomme, medfødte lidelser og biologiske trusler. Har ansvar for landets centrallaboratorium, for så vidt angår diagnostiske analyser, samt vaccinationsforsyning. Instituttet indgår i det operationelle beredskab mod smitsomme sygdomme Rådgivningsforpligtelse og ydelse af bistand på områder, der vedrører instituttets opgaver.
Lægemiddelstyrelsen (LMST)	Lægemiddelstyrelsen har til ansvar at sikre, effektive, tilgængelige lægemidler og sikkert medicinsk udstyr til borgerne og samfundet.
Sundhedsdatastyrelsen (SDS)	Sundhedsdatastyrelsen har til opgave at skabe sammenhængende sundhedsdata og digitale løsninger til gavn for patienter og klinikere, samt forskningsmæssige og administrative formål i sundhedsvæsenet.
Regioner	Regionerne har, i henhold til Sundhedsloven, bl.a. ansvaret for at tilbyde behandling til borgene på sygehusene, samt varetage det præhospitalt beredskab.
Kommuner	Kommunerne har, i henhold til sundhedsloven, bl.a. ansvar for at skabe rammer for en sund levevis og varetager en række opgaver på sundhedsområdet, samt det kommunale beredskab
Organisationer på sundhedsområdet	F.eks. FOA, Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, Danske Tandlægeforening, Danske Patienter, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse mv.
Institutioner, arbejdspladser mv.	Private og offentlige arbejdspladser, virksomheder, shoppingcentre, foreninger, kulturtilbud mv. har ansvar for at ansatte/deltagere/medlemmer har sikre og trygge tilbud i relation til den gældende lovgivning og retningslinjer.
Øvrige sektorer udenfor sundhedsområdet	Ministerier og styrelser, fx Transport og Boligministeriet, Erhvervsministeriet, Kulturministeriet, Kirkeministeriet, Børne- og Undervisningsministeriet, Social- og Indenrigsministeriet mv. Har resort ansvar for udarbejdelse af love og bekendtgørelser for de forskellige ministeriers ressortområder.
Civilsamfund	Private foreninger, klubber, hjælpeorganisationer, mødesteder og trosamfund, hvor borgere i Danmark mødes og har forskellige typer af aktiviteter.