

Håndtering af belastning på intensiv kapacitet vinter 2021/2022

I Danmark er der aktuelt en betydelig opblussen af COVID-19 epidemien pga. sæsonskiftet og de relativt få restriktioner i samfundslivet. Den dominerende variant er stadig delta, men der er stigende samfundssmitte med Omikron-varianten, som spreder sig meget hurtigt, og en forventning om at omikron-varianten snarligt vil være dominerende. Der mangler fortsat viden om graden af sygdom ved den nye variant.

Antallet af indlagte på sygehus har været stigende til nu knapt 500 indlagte med positiv test for SARS-CoV-2, hvoraf ca. 65 er indlagt på intensiv afdeling.

Alle regioner har planer for sygehusvæsenets håndtering af øget pres fra indtag af patienter med COVID-19 og andre smitsomme sygdomme i vinteren 2021/2022. Udgangspunktet for regionernes planer er scenarierne i Sundhedsstyrelsens notat '*Udfordring af sygehuskapacitet i efterår og vinter 2021/2022*' af 5. november 2021, hvori også styringen af sygehuskapaciteten beskrives. Planerne er konkretiseret i notatet '*Håndtering af pres på sygehuskapaciteten vinter 2021/2022*' af d. 20. december 2021.

I forhold til situationen i vinteren 2020/2021 er sygehuskapaciteten generelt udfordret af et øget antal akutte patienter samtidig med personalemangel særligt sygeplejersker, ferieafvikling frem til nytår, samt færre sygeplejersker, der ønsker at tage ekstraarbejde, hvilket giver mindre fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen.

Særligt kapaciteten af intensive sengepladser, som er en specialiseret sygehusfunktion, som kæver specialiserede kompetencer og høj bemanding, udgør en kritisk ressource.

Indeværende notat redegør for hvorledes intensivkapaciteten udnyttes bedst ved et fokus på forebyggelse af indlæggelser på intensiv, på visitation til og prioritering af patienter til intensiv, samt hvordan intensivkapaciteten kan øges i en situation med yderligere pres på intensivområdet, til en samlet intensivkapacitet på henholdsvis 450, 600 og 800 sengepladser. Notatet beskriver således den samlede intensivkapacitet og forholder sig ikke kun til intensiv pladser til patienter med smitsomme sygdomme, herunder COVID-19, men til den samlede kapacitet. Derudover beskrives hvilke greb der kan anvendes for at øge kapaciteten yderligere herunder hvilke afledte konsekvenser øget kapacitet vil have.

Aktuel situation

Den nuværende situation i sygehusvæsenet er væsentlig anderledes end håndteringen af de tidligere to bølger med mange smittede og indlagte patienter med COVID-19.

Der er denne vinter langt bedre kendskab til sygdommen COVID-19 og behandlingsmulighederne, ligesom flere er vaccinerede, og der ses færre alvorlige forløb. Samtidig er omikronvarianten en ny variant, som vi endnu ikke kender fuldt ud, og som vurderes at være langt mere smitsom end delta-varianten, som har domineret i efterår og vinter. Pr. 20. december er der fundet 21600 tilfælde med omikron-varianten i Danmark. Et tal der er vokset fra 577 smittede fra d. 8. december. Det betyder at Statens Serum Institut vurderer, at vi snarligt kan forvente et samlet dagligt smittetal på over 15.000. Det er samtidig forventningen, at det vil stige yderligere. Uagtet begrænset viden om i hvor høj grad varianten forårsager alvorlig sygdom, vil en sådan stigning i antal smittede, forventes at medføre en stigning i antal indlagte, herunder også indlagte på intensiv.

Dertil er der større aktivitet i samfundet, og der er erfaringsmæssigt større forekomst af andre smitsomme sygdomme, herunder influenza, sygdom forårsaget af pneumokokker og forkølelssygdom om vinteren, ligesom vi ikke forventer en reduktion af andre akutte og alvorlige tilstande, der kræver intensivbehandling. Der er endnu ikke set en influenzaepidemi denne vinter, og mange er vaccineret mod influenza, men der kan fortsat komme en periode med stigende forekomst af influenza.

Regionerne oplever desuden alle at have flere vakancer på intensivområdet, vanskeligheder med at rekruttere intensivsygeplejersker og en fortsat afgang af sygeplejersker fra de offentlige sygehuse. Samtidig opleves mindre fleksibilitet end vanligt i forhold til at påtage sig ekstraarbejde hos særligt plejepersonalet, hvilket normalt er et vigtigt redskab til håndtering af situationer med ekstraordinært pres. Endelig presses kapaciteten af afvikling af ferie efter sygeplejerskekonflikten frem til nytår.

Samlet set betyder dette, at sygehusene er mindre robuste og med mindre omstillingsevne, end ved de tidligere bølger under COVID-19 epidemien. Dette gælder også for den intensive kapacitet.

Intensiv kapacitet

Intensiv sygehusbehandling er en specialiseret opgave som indebærer observation, diagnostik, behandling og pleje af svært syge patienter. Hermed menes patienter med svigt på et eller flere organsystemer (f.eks. vejrtrækning, kredsløb etc.) og at dette medfører en tilstand, der ikke kan behandles på en almindelig sengeafdeling. Intensiv terapi forudsætter høj bemanning af specialuddannet personale samt behov for specialiseret apparatur som f.eks. respiratorer og dialysemaskiner. På intensivafdelinger er der vanligvis indlagt patienter med en lang række kritiske og livstruende tilstande, såsom patienter med blodforgiftning, multitraumatiserede patienter, patienter med multiorgansvigt, akut opstået blødning i hjernen, mens en mindre del optages af patienter med behov for omfattende behandling i forbindelse med større kirurgiske procedurer.

Antallet af intensivpladser varierer løbende og justeres efter behovet. Der er på de offentlige sygehuse normalt omkring 400 intensivpladser. Der bør til en hver tid være en vis bufferkapacitet, så det er muligt at udskifte patienter og modtage akut syge patienter med kort varsel.

Grundet vakancer, ferieafvikling og mindre fleksibilitet end vanligt har flere sygehuse lukket intensive sengepladser, og denne kapacitet er medio december 2021 faldet til 369 pladser i alt. Tallet varierer fra uge til uge afhængig af personalesituationen.

I tabel 1 fremgår regionernes nuværende kapacitet. I Dansk Intensiv COVID-19 rapport fra RKKP fremgår det at der pr. d. 6. december var 310 intensive sengepladser på landsplan, en del af den nuværende opgjorte kapacitet, består af særlige pladser, såsom børneintensiv¹, pladser til specialiseret neurorehabilitering og pladser til fasttrack hjertekirurgi. Dette er pladser, der ikke som udgangspunkt vil bringes i spil til håndtering af patienter med COVID-19, og som således ikke afspejles i RKKP rapporten, men som indgår i den samlede nationale kapacitet.

Tabel 1. Aktuel intensiv kapacitet

	Kapacitet december 2021
Region Hovedstaden	111
Region Sjælland	36
Region Syddanmark	82
Region Midtjylland	105
Region Nordjylland	35
I alt	369

Håndtering af pres på intensiv kapacitet

Regionernes primære styringsredskab i forhold til at sikre intensiv kapacitet er at regulere den planlagte operationsaktivitet, herunder operationer der kræver postoperativ observation og behandling på intensiv afdeling

Alle regioner er allerede nu i en situation, hvor der er betydelig reduktion i den planlagte aktivitet på sygehusene. Det forventes, at der vil komme yderligere reduktioner af den planlagte aktivitet i takt med stigende indlæggelser med COVID-19 og andre smitsomme sygdomme, og flere sygehuse og regioner kan ved en fortsat vækst i indlæggelserne nå til scenarie C/D, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens notat *'Udfordring af sygehuskapacitet i efterår og vinter 2021/2022'*, hvor al ikke-tidskritisk aktivitet er aflyst eller udsat, og der kun udføres kræft- og hjertekirurgi efter lægefaglig vurdering.

Ved en kraftig stigning i indlæggelser vil der komme yderligere pres på den intensive kapacitet, og det kan blive nødvendigt at gøre en række tiltag for dels at reducere presset på den intensive kapacitet og dels at tilvejebringe flere intensive pladser.

Reduktion af pres på intensiv kapacitet

Der er en række faktorer, der kan bidrage til at reducere belastningen på intensiv afdelinger, herunder dels et fokus på at forebygge de alvorlige forløb, der kræver sygehusindlæggelse, herunder indlæggelse på intensiv, dels fokus på om der kan være behandlingsindsatser der

¹ Der er forskel mellem regionerne i forhold til om de neonatale pladser er medregnet

vanligvis ville kunne varetages på intensiv, der i stedet kan varetages eksempelvis på infektionsmedicinske og lungemedicinske afdelinger, og dels ved et fokus på visitation og prioritering af de rette patienter til intensiv, koordinering mellem intensivafdelingerne samt dels ved præhospital visitation af patienter der vurderes at kunne få behov for intensiv behandling.

Vaccination af børn fra 5-11 år og fremrykning af revaccination af alle over 40 år med COVID-19 vil både på individ- og befolkningsniveau give øget beskyttelse mod alvorlige forløb, herunder forløb på intensiv ved smitte med både delta- og omikron-varianter, og vil samtidig bidrage til den samlede befolkningsimmunitet og dermed øget forebyggelse af smitte.

Trods en høj vaccinationstilslutning og indførsel af re-vaccination vil der stadig være personer, der er i særligt øget risiko, og der vil være personer som har et suboptimalt vaccinationsrespons. En mindre del af befolkningen er ikke vaccineret og har af den grund en større risiko for et alvorligt forløb med COVID-19. For udvalgte grupper af patienter i øget risiko for et alvorligt forløb med COVID-19 vil det, i tilfælde af en COVID-19 infektion, være relevant at overveje behandling med orale antiviralia, der har vist at kunne reducere risikoen for indlæggelse, alvorlig sygdom og død som følge af COVID-19. Ordination og udskrivning af medicin sker fortrinsvis via almen praksis med udlevering fra apoteker. Derved kan behandling ibrugtages uden yderligere belastning af hospitalssektoren.

Der ses desuden gode resultater med behandling af COVID-19 patienter med monoklonale antistoffer, som giver nedsat risiko for et alvorligt sygdomsforløb. Behandlingen skal ske tidligt i forløbet for at have maksimal effekt, så der skal være fokus på tidlig diagnostik og vurdering for at finde de patienter, som har størst udbytte af behandlingen.

På sygehusene kan presset på de intensive afdelinger desuden reduceres ved at behandle patienter med COVID-19, som har behov for high-flow iltbehandling og CPAP behandling på de medicinske afdelinger, frem for at overflytte patienterne til intensiv afdeling. Behandlingen kan forebygge at patienterne får behov for respiratorbehandling. Dertil kan hyppigere og styrket stuegang ved intensivlæge på COVID-afsnit bidrage til optimeret behandling og tidlig prioritering af patienter, der vil kunne profitere af intensivbehandling, samt til mulig forebyggelse af indlæggelse på intensiv ved optimering af behandlingen.

Hertil kan der frigøres intensivpladser ved at visse patientgrupper, som normalt ligger på intensiv afdeling, i stedet indlægges andre steder, fx organdonorer og patienter i behandling med hjemmerespirator, som indlægges på grund af manglende hjælperhold.

I en situation med pres på den intensive kapacitet er fagligt begrundet visitation til intensiv behandling afgørende. Regionerne har udarbejdet vejledningen *'Visitation, prioritering og etiske overvejelser ifm. behandling af kritisk syge patienter på intensivafsnit'* fra december 2020. Vejledningen beskriver, hvordan man, med udgangspunkt i den normale driftssituation i sundhedsvæsenet, kan håndtere situationer med et kraftigt øget behandlingsbehov for intensivterapi, gennem en stringent og transparent faglig visitation. I en situation med maksimal belastning af kapaciteten kan det i sidste ende blive nødvendigt at foretage en prioritering i forhold til hvilke patienter der tilbydes plads på intensiv afdeling. I en sådan ekstrem situation kan der tages afsæt i de principper, der udfoldes i vejledningen.

Belastningen af sygehusene i de enkelte regioner kan være ulige fordelt. Det er vigtigt at sikre en optimal fordeling af patienterne gennem den præhospital visitation, så patienter der kan

behandles uden for sygehus ikke indlægges, og så patienterne fordeles hensigtsmæssigt mellem sygehusene. Regionerne har iværksat tiltag fx i form af fremskudt visitation og behandling ved paramedicinere og sygeplejersker. Regionerne har desuden stort fokus på at sikre den bedste fordeling af belastningen mellem sygehusene, og har nedsat beredskabsfora med repræsentation af relevante aktører, som mødes hyppigt for at sikre koordinering internt i regionen.

På tværs af regionerne har der under hele COVID-19 epidemien været 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 derfor være behov for intern koordination mellem regionerne, således at den samlede danske sygehus­kapacitet kan bringes i betragtning, og 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.

Tilvejebringelse af yderligere kapacitet

Der planlægges efter et øget nationalt volumen, med en fordeling over hele landet. Den faste øgede kapacitet skal etableres ved oprettelse af nye intensiv sengepladser, gennem aflysning af planlagt operationsaktivitet, og dermed frigørelse af operationsstuer, personale og udstyr til yderligere pladser.

Regionerne har udarbejdet planer for hvordan den intensive kapacitet ved stigende behov kan øges trinvis til samlet set 450, 600 og 800 intensive pladser. Fordelingen af pladser på de enkelte regioner fremgår af tabel 2. Planerne er konkretiseret for de første 450 sengepladser, og vil blive yderligere uddybet for de resterende.

Tabel 2. National intensiv kapacitet

	Aktuel kapacitet	Trin 1	Trin 2	Trin 3
Region Hovedstaden	111	141	188	251
Region Sjælland	36	69	92	123
Region Syddanmark	82	97	129	172
Region Midtjylland	105	97	129	172
Region Nordjylland	35	46	62	83
I alt	369	450	600	800

Nedenfor fremgår en kort og overordnet beskrivelse af de konkrete aktuelle planer for, hvordan hver region planlægger pladserne placeret

Region Hovedstaden

- Regionen har aktuelt 111 intensive pladser fordelt på Rigshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Nordsjællands Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Bornholms hospital.
- For hvert trin øges kapaciteten til hhv 141, 188 og 251 pladser fordelt på alle seks hospitaler, dog således at Bornholms Hospital når den maksimale kapacitet på tre pladser på trin 2.

Region Sjælland

- Regionen har aktuelt 36 intensive pladser fordelt på Sjællands Universitetshospital, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse, Holbæk Sygehus og Nykøbing Falster Sygehus.
- For hvert trin øges kapaciteten til hhv 69, 92 og 123 pladser fordelt på alle fire hospitaler, dog er den konkrete fordeling mellem hospitalerne kun fastlagt for trin 1 på nuværende tidspunkt.

Region Syddanmark

- Regionen har aktuelt 82 intensive pladser fordelt på Odense Universitetshospital, Sygehus Lillebælt, Sydvestjysk Sygehus og Sygehus Sønderjylland.
- For hvert trin øges kapaciteten til hhv. 97, 129 og 172 pladser med den største forøgelse af kapaciteten planlagt på Odense Universitetshospital, Odense.

Region Midtjylland

- Regionen har aktuelt 105 intensive pladser, svarende til trin 1, fordelt på Aarhus Universitetshospital, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Horsens, Hospitalsenhed Midt og Hospitalsenhed Vest.
- Ved trin 2 og trin 3 øges kapaciteten til hhv 129 og 172 pladser fordelt på alle fem hospitaler med den største forøgelse af kapaciteten planlagt på Aarhus Universitetshospital

Region Nordjylland

- Regionen har aktuelt 35 intensive pladser fordelt på Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nord.
- For hvert trin øges kapaciteten til hhv 46, 62 og 83 pladser fordelt på de to hospitaler, dog er den konkrete fordeling mellem hospitalerne kun fastlagt for trin 1 på nuværende tidspunkt.

En samlet oversigt over de regionale planer kan ses i bilag 1.

Etableringen af intensivpladser kræver dels fysiske rammer, dels relevant udstyr og dels personaleressourcer til bemanning af pladserne.

Regionerne har detaljerede planer for etablering af op til 450 intensive sengepladser, herunder konkret beskrevet hvor de fysisk placeres og hvordan de bemannes. Bemanningen vil primært være via eksisterende personale på intensiv afdeling, via frivilligt ekstraarbejde, og via plejepersonale fra bl.a. anæstesi- og opvågningsafsnit.

Planerne for op til 600 og 800 pladser er på et mere overordnet niveau. Regionerne har eller er i gang med at planlægge præcis hvor pladserne skal etableres. De vurderes at have tilstrækkelig udstyr, herunder respiratorer til hovedparten af pladserne. Den kritiske ressource vil dermed primært være personale til at varetage den intensive pleje og behandling,

Overordnet er der tre tilgange til bemanning af yderligere pladser: opgaveglidning mellem faggrupper, flytning af personale fra et område til et andet, samt rekruttering af yderligere personale, herunder studerende, pensionister mv

Det er vurderingen, at åbning af en intensiv sengeplads forudsætter 5-6 sygeplejersker, og der vil således være en relativt større nedskalering af anden aktivitet, ved opskalering af intensiv sengepladser, pga. den højere normering af intensiv sengepladser. Når de ekstra intensive sengepladser skal tages i brug, vil det medføre reduktion i anden aktivitet, primært elektiv kirurgi, da personalet i første omgang mobiliseres fra operations- og anæstesiaktivitet, samtidig med at nogle af pladserne vil forudsætte lokaler og udstyr fra operationsstuer.

Der kan desuden opstå behov for inddragelse af meget forskelligt andet personale, samt behov for at ændre på normering af specialuddannet personale i forhold til ikke-specialuddannet omskølet personale, ligesom organiseringen af den intensive sygepleje vil ske på en anden måde. Samtidig vil der være et hensyn til at personalet kan blive udtrættet og at der vil være et behov for rotation mv. I forlængelse af dette, forventes det ikke at man kan opretholde samme høje kvalitet i den intensive behandling – både for COVID-19-patienter og for andre patienter på intensiv afdeling.

De intensive afdelinger planlægger at etablere sygeplejeteams omkring patienterne, hvor intensivsygeplejerskerne får en superviserende og koordinerende rolle i et team af andre sygeplejersker eller andet personale, som har modtaget oplæring i pleje af intensivpatienter. Det drejer sig om anæstesisygeplejersker inklusiv sygeplejersker under uddannelse til anæstesisygeplejersker. Derudover forventes det at blive nødvendigt at rekruttere yderligere sygeplejersker, og sygehusene vil her anvende sygeplejersker, som har intensiv- eller anæstesiuddannelsen, men som varetager andre opgaver til daglig, samt operationssygeplejersker og erfarne sygeplejersker fra kirurgiske afdelinger. Da der aktuelt er en række vakante sygeplejestillinger, ferieafvikling efter sommerens konflikt på sygehusområdet, samt nedsat fleksibilitet i forhold til merarbejde, vil man desuden kunne anvende læger til den intensive sygepleje. Dertil kommer medicinstuderende, som er uddannet som ventilatorer, og som dermed vant til at passe respiratorpatienter, og sygeplejersker på opvågningsafdelinger som er vant til at passe bedøvede patienter. Ligesom pensionerede sygeplejersker og læger kan bringes i spil. Hertil vil der muligvis også kunne anvendes personale fra privathospitaler. Se bilag 2 for nærmere beskrivelse af strategi for brug af personalekompetencer.

Ikke specialiseret personale kan i varierende grad indgå i behandlingen og altid under supervision. I så fald vil de skulle introduceres til den intensive behandling af COVID-19 patienter, særlige forholdsregler i forhold til hygiejne, samt ansvarsforhold, retningslinjer og arbejds-gange. Desuden skal indtænkes støttepersonale til videst mulig aflastning herunder inddra-

gelse af portører og rengøringsteknikerne i opgaver som plejepersonalet tidligere håndterede til understøttelse af sygeplejerskernes arbejde, særligt når disse er iklædt værnemidler på patientstuen mv, styrket it-understøttelse og anvendelse af farmakonomer til klargøring af medicin

Opsummering og videre plan

I Danmark er der aktuelt en betydelig opblussen af COVID-19 epidemien pga. sæsonskiftet og de tidligere relativt få tiltag i samfundslivet til reduktion af smittespredning. Den dominerende variant er stadig delta, men der er stigende samfundssmitte med Omikron-varianten, som spreder sig meget hurtigt, og en forventning om at omikron-varianten snart vil være dominerende. Der mangler fortsat viden om graden af sygdom ved den nye variant.

Uagtet begrænset viden om i hvor høj grad varianten forårsager alvorlig sygdom, vil en kraftig stigning i antal smittede, forventes at medføre en stigning i antal indlagte, herunder også indlagte på intensiv.

På intensivafdelinger er der vanligvis indlagt patienter med en lang række kritiske og livstruende tilstande, såsom patienter med blodforgiftning, multitraumatiserede patienter, patienter med multiorgansvigt, akut opstået blødning i hjernen, mens en mindre del optages af patienter med behov for omfattende behandling i forbindelse med større kirurgiske procedurer. Regionernes primære styringsredskab i forhold til at sikre intensiv kapacitet er at regulere den planlagte operationsaktivitet, herunder operationer der kræver postoperativ observation og behandling på intensiv afdeling. Alle regioner er allerede nu i en situation, hvor der er betydelig reduktion i den planlagte aktivitet på sygehusene.

Der er en række faktorer, der kan bidrage til at reducere belastningen på intensiv afdelinger, herunder dels et fokus på at forebygge de alvorlige forløb, der kræver sygehusindlæggelse, herunder indlæggelse på intensiv, dels fokus på om der kan være behandlingsindsatser der vanligvis ville kunne varetages på intensiv, der i stedet kan varetages eksempelvis på infektionsmedicinske og lungemedicinske afdelinger, og dels ved et fokus på visitation og prioritering af de rette patienter til intensiv, koordinering mellem intensivafdelingerne samt dels ved præhospital visitation af patienter der vurderes at kunne få behov for intensiv behandling. Dertil er der iværksat en række tiltag der skal reducere risikoen for smitte og superspredning, som vi endnu ikke ser effekten af. Disse tiltag forventes også at have effekt på andre smittsomme sygdomme end COVID-19, og vil dermed reducere det generelle pres på den intensive kapacitet. Den fulde effekt vil kunne vurderes i løbet af et par uger.

Antallet af intensivpladser varierer løbende og justeres efter behovet. Der er på de offentlige sygehuse normalt omkring 400 intensivpladser. Grundet vakancer, ferieafvikling og mindre fleksibilitet end vanligt har flere sygehuse lukket intensive sengepladser, og denne kapacitet er medio december 2021 faldet til 369 pladser i alt. Tallet varierer fra uge til uge afhængig af personalesituationen.

Regionerne har udarbejdet planer for hvordan den intensive kapacitet ved stigende behov kan øges trinvis til samlet set 450, 600 og 800 intensive pladser. Etableringen af intensivpladser kræver dels fysiske rammer, dels relevant udstyr og dels personaleressourcer til bemanning af pladserne.

Regionerne har detaljerede planer for etablering af op til 450 intensive sengepladser, herunder konkret beskrevet hvor de fysisk placeres og hvordan de bemannes. Bemanningen vil primært være via eksisterende personale på intensiv afdeling, via frivilligt ekstraarbejde, og via plejepersonale fra bl.a. anæstesi- og opvågningsafsnit.

Planerne for op til 600 og 800 pladser er på et mere overordnet niveau. Regionerne har eller er i gang med at planlægge præcis hvor pladserne skal etableres. De vurderes at have tilstrækkelig udstyr, herunder respiratorer til hovedparten af pladserne. Den kritiske ressource vil primært være personale til at varetage den intensive pleje og behandling.

Ved etablering af op mod 600 og 800 intensive sengepladser, forventes det at have væsentlige konsekvenser for kvaliteten af plejen, da man i den sammenhæng vil have ændret normering og anvende en række faggrupper der ikke er specialister på området. Dertil vil en så betydelig udvidelse af intensivkapaciteten også have overordentlig store konsekvenser for anden aktivitet, herunder også for tidskritiske operationer som eksempelvis kræftkirurgi, og der vil være behov for en prioritering mellem tidskritiske procedurer.

Sundhedsstyrelsen vil bede regionerne om yderligere at konkretisere planerne for i første omgang 600 intensive sengepladser, herunder hvorledes pladserne planlægges bemandede. Sundhedsstyrelsen følger udviklingen tæt, og planlægningen af sygehuskapaciteten, herunder af intensive sengepladser vil blive justeret løbende på baggrund af udviklingen i smitte og indlæggelsestal.

Dertil afsøger Sundhedsstyrelsen aktuelt om og i hvilket omfang der er anæstesi- og intensivkompetencer på privathospitaler og i Forsvaret, som vil kunne anmodes om at bistå det offentlige sundhedsvæsen i tilfælde af en ekstrem belastning grundet COVID-19. Sundhedsministeriet kan på baggrund af dette, vurdere lovhjemmel og om privathospitalernes skal anmodes om bistand.

Bilag 1 Oversigt over regionernes planer for etablering af intensivpladser

Tabel 3: Regionernes intensivkapacitet til COVID-19 patienter fordelt på SSTs trinskala

	Aktuel kapacitet d. 15-12-2021	Trin 1 Samlet national kapacitet 450 intensiv pladser	Trin 2 Samlet national kapacitet 600 intensiv pladser	Trin 3 Samlet national kapacitet 800 intensiv pladser
Region Nordjylland →	Aalborg UH: 29 Regionshospitalet Nord: 6 Samlet i Region Nordjylland: 35	Aalborg UH: 36 Regionshospitalet Nord: 10 Samlet i Region Nordjylland: 46	Aalborg UH: XX Regionshospitalet Nord: XX Samlet i Region Nordjylland: 62	Aalborg UH: XX Regionshospitalet Nord: XX Samlet i Region Nordjylland: 83
Region Midtjylland →	AUH: 42 AUH børneintensiv/neonatal: 24 RH Randers: 7 RH Horsens: 4 HE Midt - Viborg: 10 HE Midt - Silkeborg: 7 HE Vest: 11 Samlet i Region Midtjylland: 105*	AUH: 42 AUH børneintensiv/neonatal: 24 RH Randers: 7 RH Horsens: 4 HE Midt - Viborg: 10 HE Midt - Silkeborg: 7 HE Vest: 11 Samlet i Region Midtjylland: 105*	AUH: 57 AUH børneintensiv/neonatal: 24 RH Randers: 9 RH Horsens: 7 HE Midt - Viborg: 13 HE Midt - Silkeborg: 8 HE Vest: 11 Samlet i Region Midtjylland: 129	AUH: 83 AUH børneintensiv/neonatal: 24 RH Randers: 12 RH Horsens: 10 HE Midt - Viborg: 19 HE Midt - Silkeborg: 10 HE Vest: 14 Samlet i Region Midtjylland: 172
Region Syddanmark →	OOUH, Odense: 40 OUH, Svendborg: 6 SVS, Esbjerg: 8 SLB Kolding: 12 SLB, Vejle: 5 SHS, Aabenraa: 7 SHS, Sønderborg: 4 Samlet i Region Syddanmark: 82	OOUH, Odense: 49 OUH, Svendborg: 6 SVS, Esbjerg: 10 SLB Kolding: 13 SLB, Vejle: 7 SHS, Aabenraa: 8 SHS, Sønderborg: 4 Samlet i Region Syddanmark: 97	OOUH, Odense: 66 OUH, Svendborg: 10 SVS, Esbjerg: 13 SLB Kolding: 17 SLB, Vejle: 8 SHS, Aabenraa: 10 SHS, Sønderborg: 5 Samlet i Region Syddanmark: 129	OOUH, Odense: 88 OUH, Svendborg: 13 SVS, Esbjerg: 17 SLB Kolding: 22 SLB, Vejle: 12 SHS, Aabenraa: 14 SHS, Sønderborg: 6 Samlet i Region Syddanmark: 172
Region Sjælland →	Sjællands Universitetshospital: 14 NSR sygehus: 9 Holbæk sygehus: 7 Nykøbing Falster sygehus: 6 Samlet i Region Sjælland: 36	Sjællands Universitetshospital: 36 NSR sygehus: 13 Holbæk sygehus: 12 Nykøbing Falster sygehus: 8 Samlet i Region Sjælland: 69	Sjællands Universitetshospital: xx NSR sygehus: XX Holbæk sygehus: XX Nykøbing Falster sygehus: 9 Samlet i Region Sjælland: 92	Sjællands Universitetshospital: XX NSR sygehus: XX Holbæk sygehus: XX Nykøbing Falster sygehus: 10 Samlet i Region Sjælland: 123
Region Hovedstaden →	Rigshospitalet: 63 Nordsjællands Hospital: 12 Herlev og Gentofte Hospital: 14 Amager og Hvidovre Hospital: 8 Bispebjerg og Frederiksberg hospital: 12 Bornholms Hospital: 2 Samlet i Region Hovedstaden: 111	Rigshospitalet: 75 Nordsjællands Hospital: 16 Herlev og Gentofte Hospital: 20 Amager og Hvidovre Hospital: 12 Bispebjerg og Frederiksberg hospital: 16 Bornholms Hospital: 2 Samlet i Region Hovedstaden: 141	Rigshospitalet: 99 Nordsjællands Hospital: 20 Herlev og Gentofte Hospital: 30 Amager og Hvidovre Hospital: 16 Bispebjerg og Frederiksberg hospital: 20 Bornholms Hospital: 3 Samlet i Region Hovedstaden: 188	Rigshospitalet: 122 Nordsjællands Hospital: 28 Herlev og Gentofte Hospital: 46 Amager og Hvidovre Hospital: 24 Bispebjerg og Frederiksberg hospital: 28 Bornholms Hospital: 3 Samlet i Region Hovedstaden: 251

”XX” angiver i ovenstående tabel, at der ikke er oplyst et konkret tal for det pågældende sygehus i regionens fremsendte plan intensivkapacitet

Bilag 2 Strategi for brug af personalekompetencer på intensiv

De lægefaglige opgaver kan varetages af:

- Intensivlæger og anæstesi-læger, herunder pensionerede og/eller tidligere ansatte, der er speciallæger i anæstesi
- Læger i anæstesiologiske hoveduddannelses- og evt. introduktionsstillinger
- Speciallæger i anæstesi, der er ansat på privathospitaler eller er praktiserende speciallæger
- Øvrige speciallæger og læger, der har erfaring med intensiv terapi eller anæstesiologi.

Kun i meget begrænset omfang kan lægefagligt arbejde, direkte relateret til den intensive behandling, varetages af andre læger. Den lægefaglige behandling ift. komplicerende sygdom hos intensiv patienter med COVID-19 kan typisk forestås af speciallæger i intern medicinske specialer, herunder f.eks. infektionsmedicinere, kardiologer, og nefrologer ved f.eks. dialysebehov.

De sygeplejefaglige opgaver kan varetages af:

- Intensivsygeplejersker
- Anæstesisygeplejersker, der oplæres til at varetage COVID-19 patienter med intensivt behandlingsbehov
- Øvrige sygeplejersker, der har erfaring med intensiv terapi eller anæstesiologi
- Pensionerede intensiv- og anæstesisygeplejersker og tilsvarende tidligere ansatte
- Læger i uddannelsesstillinger i en række specialer
- Ventilatorer, dvs. medicinstuderende, der har gennemført kursus i basal sygepleje samt pasning af respiratorpatienter
- Evt. respiratorassistenter fra respirationscentrene
- Intensiv- og anæstesisygeplejersker, der er ansat på privathospitaler og evt. speciallægepraksis