

Afdeling: Sundhedsplanlægning
Journal nr.: 20/17515
Dato: 15. april 2020

Omstilling og gradvis øget aktivitet på sygehusene i Region Syddanmark under COVID-19

1. Indledning

Dette rammenotat indeholder principper og en overordnet plan for omstilling og gradvis øgning af aktiviteten på sygehusene i Region Syddanmark under COVID-19.

Notatet baserer sig på Sundhedsstyrelsens notat af 13. april 2020 (se Bilag 1), som er Sundhedsstyrelsens planlægningshorisont for nuværende frem til medio maj: *"Håndtering af COVID-19: Omstilling og gradvis øget aktivitet i Sundhedsvæsenet"*.

1.1 Baggrund

Sundhedsstyrelsens vejledning om reduktion af hospitalsaktivitet i forbindelse med COVID-19 betød, at Region Syddanmark i midten af marts udsatte en række planlagt operationer, visse ambulante besøg og kontroller på regionens sygehusene. Dette skete som led i et nationalt forsøg på at mindske spredningen af COVID-19, men også for at gøre sygehusene klar til at modtage COVID-19 patienter.

På daværende tidspunkt forventedes et voldsomt pres på det danske sundhedsvæsen til udredning og behandling af COVID-patienter. Det medførte et behov for at inddrage sengepladser og intensivpladser samt at oplære personale til varetagelse af nye funktioner i forbindelse med håndteringen af COVID-patienter.

Aftaler, der efter en individuel lægefaglig vurdering ikke har kunnet udsættes af hensyn til patientens helbred, er opretholdt i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger om prioritering af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet¹.

Således er akutte behandlinger og behandling af alvorlige sygdomme som eksempelvis kræft ligeledes blevet opretholdt på regionens sygehuse. Henover de seneste uger er der dog bl.a. konstateret et markant fald i antallet af patienter, der henvises fra almen praksis til kræftpakkeudredning og anden udredning for alvorlig sygdom.

Endelig har sygehusene i videst muligt omfang fundet andre alternativer, herunder gennemførelse af konsultationer over video eller telefon, hvor det har været muligt og forsvarligt.

Men for en meget stor del af sygehusenes normale aktiviteter skete der en opbremsning, hvor aktivitet blev udsat for at være forberedt på at kunne håndtere et stort antal COVID-patienter i en kort periode. Af bilag ses oversigter over aktivitetsudviklingen (se Bilag 2).

2. Gradvis øget sygehusaktivitet – kritiske funktioner har første prioritet

Prognoserne for epidemiens udvikling har nu ændret sig, så der i stedet for en kort periode med meget høj aktivitet nu må forventes en længere periode (måneder) med øget kapacitet til patienter med COVID-19.

På den baggrund har Regeringen og Sundhedsstyrelsen lagt op til en omstilling og gradvis øget aktivitet i sundhedsvæsenet.

I et scenarie med et langstrakt forløb vil sygehusene både skulle planlægge med en mulig fast øget kapacitet til udredning, testning og behandling af patienter med COVID-19 og sideløbende i øget

¹ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/haandtering-af-covid-19-beskrivelse-af-kritiske-funktioner-i-sundhedsvaesenet-under-covid-19> samt <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Hospitalskapacitet/Notat-om-reduktion-af-hospitalsaktivitet-ifm-med-COVID-19.ashx?la=da&hash=C2EF7016267E5DF9250BD0568276A6792775A73E>

omfang genoptage udredning og behandling af ikke kritiske patienter. Således er der behov for en gradvis tilbagevenden til normal aktivitet i sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen forventer, at aktivitetsøgningen i sundhedsvæsenet påbegyndes efter påsken 2020.

Første prioritet vil være fortsat varetagelse af kritiske funktioner. Sundhedsstyrelsen beskriver kritiske funktioner, som funktioner, der er ” [...] *kritiske i forhold til at styrke, opretholde eller hindre forværring af den enkelte borgers sundhed, funktionsniveau, livskvalitet eller arbejdsevne. [...] Kritiske funktioner er således al aktivitet omkring både undersøgelse, behandling, genoptræning, pleje, forebyggelse mv. forbundet med de konkrete tilstande.*”

I forbindelse med udsættelserne i ugerne op til epidemien definerede Sundhedsstyrelsen en kritisk funktion som ”*En kritisk funktion defineres ved i betydelig grad at styrke, opretholde eller hindre forværring af et konkret individs sundhed, funktionsniveau, livskvalitet eller arbejdsevne.*”

Der er således sket en udvidelse af de funktioner, som betragtes som kritiske, og som sundhedsvæsenet derfor er forpligtet til at varetage samtidig med varetagelsen af patienter med COVID-19.

3. Omstilling til langvarig håndteringen af COVID-19 patienter

Sundhedsstyrelsen vurderer fortsat, at behovet for intensivpladser med respirator og medicinske COVID-senge er højere end det, der kan rummes inden for den vanlige kapacitet. Øgning af sygehusaktiviteten skal således ske på en måde, så det i en periode fortsat er muligt at skærme det personale og de faciliteter, som er kritiske i forhold til håndtering af COVID-19.

Øgningen af kapaciteten til COVID-patienter handler først og fremmest om at sikre den fysiske kapacitet. Den personalemæssige bemanning vil med kort varsel kunne tilkaldes fra andre opgaver, såfremt der bliver behov.

Udviklingen i antallet af COVID-patienter (medicinsk og intensiv) vil fortsat blive fulgt på daglig basis.

I perioder, hvor der ikke er behov for at tilkalde personale til COVID-patienter, vil personalet kunne varetage aktivitet, som tidligere har været udsat. Der vil dog være et behov for etablere en rotation for personalet på de mest udsatte poster – dvs. COVID- afsnittene og intensiv. Denne rotation skal være nøje planlagt, så de rette specialistkompetencer overlapper hinanden.

3.1 Intensiv kapacitet til COVID-19 patienter

Behovet for intensivpladser vil være varierende over perioden, og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionerne planlægger i forhold til behovet, når epidemikurven topper.

Det vurderes, at der på landsplan skal etableres en fast kapacitet på ca. 300 ekstra faste intensive pladser med respirator, som er dedikeret til patienter med COVID-19.

For Region Syddanmark topper prognosen i uge 20 med maksimal belastning på 63 intensiv pladser. De seneste dage har regionens sygehuse samlet set anvendt et faldende antal intensiv pladser til COVID-19 patienter (fra 22 til 16 den 11/4), men har samtidigt i en vis grad haft personale klar til at kunne varetage et højere antal patienter.

Den fremtidige mulige fast øgede kapacitet skal ifølge Sundhedsstyrelsen primært etableres ved oprettelse af nye intensivpladser med respiratorer, omlægning af operationsaktivitet samt ved anvendelse af en del af de nuværende intensivpladser med respiratorkapacitet.

Fast intensivkapacitet - i et scenarie med samtidig øget sygehusaktivitet inden for andre områder - defineres som fysisk kapacitet, der inden for kort tid (eksempelvis 5 dage) kan konverteres til intensivpladser til COVID-patienter. I dette scenarie kan der blive behov for, at sygehusenes intensivafdelinger hjælper hinanden, hvis kapaciteten bliver presset på én intensivafdeling, mens der kan være ledig kapacitet på andre intensivafdelinger. Dette har sygehusene gode erfaringer med og procedurer for, som kan bringes i anvendelse.

Regionen har en normal intensivkapacitet på 101 pladser, hvilket er forholdsvis højt eksempelvis sammenlignet med Region Midtjyllands 89 intensivpladser. Sundhedsstyrelsen vurderer, at Region Syddanmark skal kunne etablere yderligere 43 pladser, således at regionen i alt vil kunne råde over 145 intensivpladser.

For at skabe kapacitetsmæssige rammer for en større elektiv kirurgisk aktivitet foreslås det, at der i Region Syddanmark etableres ekstra faste intensivpladser i en skaleringsmodel, der skaber mulighed for hurtig bemanning op til behovet for intensivpladser i et 60% prognosescenarium. Det bør indebære en kapacitet på 63 pladser til COVID-patienter, jf. SST-prognose pr. 6. april 2020. Det foreslås samtidig, at de ekstra pladser fordeles ligeligt (proportionalt) mellem regionens sygehuse.

Alternativet hertil ville være en samling af ekstra intensivpladser på færre sygehusenheder (centrale bufferafsnit). Dette alternativ ville dog medføre flere patienttransporter af intensivpatienter, idet patienterne ikke nødvendigvis ville befinde sig i nærheden af den ekstra kapacitet, når behovet måtte opstå.

Ligeledes ville bemanning af en samlet ekstra intensivkapacitet enten skabe et meget ulige bemandingspres eller nødvendiggøre midlertidig flytning af personale fra regionens øvrige sygehuse for at sikre en tilstrækkelig bemanning. En sådan situation ville vanskeliggøre planlægning af bemanning både på de centrale bufferafsnit og på alle sygehuse, der eventuelt skulle bidrage med midlertidig forstærkning af intensivsygeplejersker.

Denne model kunne desuden indebære en række kvalitetsmæssige risici, hvis personalet ikke er bekendt med lokale forhold på sygehuset eller vant til at arbejde sammen.

Den nuværende normerede intensivkapacitet rummer både specialiserede og multidisciplinære intensivpladser. De specialiserede pladser knytter sig til neurointensiv (NIA 10 pladser), hjerte-, lunge-, kar-intensiv (VITA 14 pladser) og børneintensiv (BRITA 4 pladser), og er beliggende på OUH Odense. Hertil kommer 2 neurorehabiliteringspladser på OUH Svendborg.

De i alt 30 specialiserede pladser forventes fortsat i fuld anvendelse som specialiserede pladser, og indgår derfor ikke i en skaleringsmodel.

Forslag til skaleringsmodel for intensivkapacitet op til 63 multidisciplinære pladser til COVID-patienter tager således udgangspunkt i en proportional opskalering af de normerede multidisciplinære intensivpladser på alle sygehuse i Region Syddanmark. Forslag til skaleringsmodel fremgår af tabel 1, der viser den nuværende normerede intensivkapacitet fordelt på specialiserede og multidisciplinære pladser, samt en skalering på 10% - 60% af de multidisciplinære pladser.

Det er forventningen, at der fortsat vil skulle anvendes 82 intensivpladser til andre patienter end COVID-patienter. Heri indgår de 30 specialiserede pladser. Ved en skaleringsmodel på 60% ekstra multidisciplinære pladser, vil den samlede intensivkapacitet udgøre 145 pladser, hvoraf de 82 anvendes til ikke-COVID-patienter, mens 63 pladser vil kunne anvendes til COVID-patienter.

Tabel: Skaleringsmodel for intensivkapacitet

	Pladser i alt	Specialpladser	Md* pladser	Opskalering af de multidisciplinære pladser					
				1. spring +10%	2. spring +20%	3. spring +30%	4. spring +40%	5. spring +50%	6. spring +60%
OUH, Odense	49	28	21	23	25	27	29	32	33
OUH, Svendborg	8	2	6	7	7	8	8	9	10
SVS, Esbjerg	12	0	12	13	14	16	17	18	19
SLB, Kolding	13	0	13	15	17	19	21	23	25
SLB, Vejle	7	0	7	7	7	7	7	7	7
SHS, Aabenraa	6	0	6	8	10	11	12	13	13
SHS, Sønderborg	6	0	6	6	6	6	6	7	8
I alt	101	30	71	79	86	94	100	109	115
Specialpladser				30	30	30	30	30	30
Pladser i alt				109	116	124	130	139	145
COVID-pladser				27	34	42	48	57	63
Øvrige pladser				82	82	82	82	82	82
Pladser i alt				109	116	124	130	139	145

*Md pladser = multidisciplinære pladser

3.2 Mediciske sengepladser til COVID-19 patienter

Tilsvarende har en langvarig epidemi betydning for de medicinske sengepladser. Her skal der ligeledes etableres kapacitet i udvidet omfang og i fysiske rammer, der ikke optager plads fra den nødvendige behandling af patienter med andre sygdomme og tilstande.

Alle regionens sygehuse vil således skulle opretholde og evt. fysisk udvide de medicinske COVID-afsnit, som allerede er etableret. Det anbefales, at der fortsat arbejdes med at fastholde særlige senge/afsnit til at håndtere COVID-19. Det skal ske for at fastholde de særlige kompetencer, og for at minimere smitte på sygehusene.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der skal etableres en fast sengekapacitet på mellem 600-800 ekstra sengepladser dedikeret til COVID-19 patienter, svarende til ca. 125-170 ekstra sengepladser i Region Syddanmark.

Det foreslås at fordele sengekapacitet til COVID-patienter i Region Syddanmark på baggrund af befolkningsunderlag for sygehusene. Nedenstående tabel rummer forslag til fordeling af sengepladser, idet der er taget udgangspunkt i at regionen skal kunne stille med en kapacitet på op til 170 senge. Sygehusene skal således være i stand til med kort varsel at rumme COVID-patienter i medicinske senge svarende til tabellen.

Planer for udbygning af sengekapacitet til COVID har tidligere anvendt begreberne bølger og faser. For at undgå kobling til tidligere bølgedimensionering ændres terminologien nu til *spring*.

Nedenstående forslag til trappemodell for COVID-sengekapacitet er koblet til ovenstående trappemodell for intensivkapaciteten, idet hvert spring i sengekapaciteten svarer til en 10% opskalering af multidisciplinære intensivpladser.

Af Sundhedsstyrelsens vurdering af behov for op til 301 intensivpladser og op til 800 COVID-senge kan udledes en faktor 1:2,7, hvilket også svarer til den faktiske belægning i Region Syddanmark. Da

10% opskalering af multidisciplinære intensivpladser svarer til ca. 7 pladser, svarer et spring til ekstra ca. 19 COVID-senge.

Tabel: Skaleringsmodel for medicinske senge til COVID-patienter

	1. spring COVID-senge	2. spring COVID-senge	3. spring COVID-senge	4. spring COVID-senge	5. spring COVID-senge	6. spring COVID-senge
OUH	27	34	42	48	57	63
SVS	14	17	22	25	29	32
SLB	18	23	28	32	38	43
SHS	14	17	22	25	29	32
I alt	73	92	113	130	154	170

Note: På baggrund af befolkningsunderlag udgør OUH Odense og Svendborg 37%, SLB 25%, SVS 19%, SHS 19%.

Fast kapacitet - i et scenarie med samtidig øget sygehusaktivitet inden for andre områder - defineres som fysisk kapacitet, der inden for kort tid (eksempelvis 5 dage) kan konverteres til sengepladser til COVID-patienter. Også her, vil sygehusenes sengeafdelinger skulle hjælpe hinanden både internt på sygehusene og evt. på tværs af sygehuse, idet det formodes, at belastningen ikke nødvendigvis vil være ens fordelt på samme tid i regionen.

4. Principper og plan for gradvis øgning af aktivitet

En gradvis og kontrolleret øgning af aktiviteten over mange måneder foreslås at ske efter følgende principper:

- Sikring af kapacitet (fysik, udstyr og personale) til COVID-19 og andre kritiske funktioner
- Øgning af øvrig aktivitet ud fra en konkret lægelig prioritering og individuel vurdering
- Fokus på fortsat at minimere smitterisiko
- Fokus på fortsat udbredelsen af telefon og videokonsultationer og andre innovative tiltag

Behovet for udvidelse af sengekapaciteten og personalebemandingen til COVID-19 får betydning for hvor hurtigt den øvrige sygehusaktivitet kan øges.

Nedenfor skitseres en kontrolleret øgning af aktiviteten i Region Syddanmark.

Det forudsættes, at funktioner som Sundhedsstyrelsen generelt anbefaler at udsætte ud fra hensyn om at reducere smitterisiko ikke igangsættes.

Aktivitet
Sygehuse Varetagelsen af COVID-patienter – somatisk. Varetagelse af kritiske funktion efter den udvidede definition – somatik og psykiatri. Visitation af øget antal henvisninger fra praksis – somatik og psykiatri.
Sygehuse Øget ambulant aktivitet på områder, hvor personalet ikke er udlånt til COVID-19. Øget udredningsaktivitet, herunder udredning af patienter uagtet at evt. behandling ikke kan tilbydes inden for behandlingsgarantiens 30 dage. Af hensyn til smitterisiko fortsætter den hidtidige praksis vedr. hjemmefødsler, hvilket betyder, at disse som hovedregel ikke tilbydes. Dog udvises der konduite (herunder på Ærø) og visitationskriterierne vil løbende blive vurderet ud fra aktuelle smitterisiko og individuelle forhold. Forsat brug af telefon- og videokonsultationer.
Sygehuse Planlagt kirurgisk aktivitet, som <u>ikke</u> kræver intensivsenge og anæstesi øges: - ud fra en prioritering af patienter med størst behov - i det omfang at intensiv og anæstesi personale ikke indgår i behandlingen af COVID-19 - patienter indkaldes med forbehold for aflysning, hvis kapaciteten skal anvendes til COVID-19 - fokus på at mindske postoperativt behandlingsbehov, herunder genindlæggelse ved komplikationer
Praksisområdet Flere patienter i almen praksis, speciallægepraksis samt øvrige praksisfunktioner.
Privatsygehuse Genåbning af aktivitet - undtaget behandlinger med risiko for komplikationer, som privatsygehusene ikke selv kan håndtere og derved belaster de offentlige sygehuses intensivkapacitet. Regionen vurderer ikke aktuelt at have behov for at trække på privathospitalernes personale eller apparatur til behandling af COVID-19. Således kan privathospitaler genoptage deres aktivitet.

4.1. Psykiatri

Psykiatrisygehuset har ikke i samme grad som regionens somatiske sygehuse skullet forberede modtagelsen af COVID-patienter.

Der er dog i alle afdelinger forberedt og gennemført opkvalificering af ambulante medarbejdere til varetagelse af opgaver i sengepsykiatrien, såfremt et stort antal patienter med COVID-19 ville blive indlagt, eller der ville blive højt sygefravær forårsaget af COVID-19.

Endvidere har psykiatrisygehuset - som de øvrige sygehuse - skullet arbejde med og været begrænset af tiltag i samfundet til mindskning af spredningen af COVID-19.

Der skal ved øgning af aktiviteten på regionens sygehuse og åbning af samfundet generelt også være fokus på at opretholde og genindføre alle psykiatriens indsatser i normalt omfang og med samtidig fortsat anvendelse af innovative løsninger.

Der har og forventes fremover kun i meget begrænset udstrækning at være behov for at frigøre personaleressourcer inden for psykiatrien til COVID-19, hvorfor denne aktivitet ikke vil belaste sengekapaciteten i psykiatrien.

5. Patientrettigheder

Der er i Region Syddanmark truffet formandsbeslutningen om, at der med virkning fra 18. marts ses bort fra bestemmelserne om patientrettigheder i Sundhedslovens §82a og b, §87 (stk. 1-3) samt §90 i henhold til kapitel 2 i bekendtgørelse nr. 219 af 18. marts 2020 (nu BEK nr. 364 af 4. april 2020).

Ifølge bekendtgørelsen kan regionsrådet på baggrund af en vurdering af regionens samlede behandlings- og personalekapacitet prioritere denne kapacitet til udredning og behandling af patienter med akutte og livstruende sygdomme, herunder patienter med COVID-19. Patientrettighederne kan suspenderes, hvor der er behov, hvis behandlings- og personalemæssige kapacitet skal anvendes til COVID-19.

Reelt betyder det, at patienter, som er henvist efter den 18. marts ikke har ret til hurtig udredning eller udvidet frit sygehusvalg, hvis regionen ikke kan tilbyde en udredning eller behandling inden for 30 dage.

Suspenderingen af patientrettighederne gælder ikke for patienter, der er omfattet af reglerne om maksimale ventetider for udredning og behandling af kræft og visse typer af iskæmisk hjertesygdom.

Med genoptag af den ambulante aktivitet, forventes det, at udredningsaktiviteten for de fleste specialer igen vil starte op. Det vil dog fortsat være en udfordring at leve op til udrednings- og behandlingsretten, fordi der fortsat skal afsættes en del ressourcer til COVID-19 beredskabet. Samtidig er der opbygget en lang venteliste, som skal afvikles.

Således vil arbejdet i en periode i høj grad vil have karakter af prioritering af de mest syge samt pukkelaflvikling. Kapacitet til udredning skal dog prioriteres for at forhindre progrediering af sygdom. Der vil derfor være behov for i en periode at sikre udredning og behandling af de patienter, hvor en udsættelse kan have konsekvenser for patientens helbred, frem for at sikre, at alle patienter udredes inden for 30 dage.

Muligheden for at udskyde planlagte og fremtidige undersøgelser, behandlinger, indkaldelser m.v., herunder muligheden for at se bort fra tidsfrister i forbindelse med udrednings- og behandlingsgarantierne udløber den 1. januar 2021. Behovet for forsat suspendering af patientrettighederne (somatik og psykiatri) vil løbende blive evalueret, men forventes nødvendigt at forsætte i hele perioden

5.1 Anvendelse af privathospitaler og speciallægepraksis

Privathospitaler og speciallægepraksis vil kunne bidrage med udrednings- og behandlingsaktivitet som assistance til regionens sygehuse. Region Syddanmark vil vurdere behovet for samarbejde om evt. kapacitetsudfordringer og indgå dialog med privathospitalerne og speciallægepraksis.

Centralfalterne mellem Danske Regioner og privathospitalerne er fortsat gældende, og disse kan bringes i anvendelse, hvor der vurderes at være et særligt behov. Ligeledes kan aftalen med FAPS om udlægning af sygehusopgaver bringes i spil. Denne giver sygehuse mulighed for at henvise patienter direkte til speciallægepraksis. Denne aftale udløber i juni 2020.

Muligheden for indgåelse af særskilte aftaler med privatsygehuse og praktiserende speciallæger med henblik på evt. pukkelaflvikling inden for specifikke områder vil løbende blive vurderet - også i forbindelse med en vurderingen af regionens samlede kapacitet.

5.2 Regionale garantifunktioner

Regionale garantifunktioner, som normalt skal sikre kapaciteten til udredning og behandling inden for rammerne af lovgivningen, vil under suspenderingen af patientrettighederne ikke kunne virke efter hensigten. Således vil garantifunktionerne i en periode ligeledes suspenderes.

Det betyder, at garantiklinikkerne i samme periode ikke vil blive holdt økonomisk ansvarlig for aktiviteten på privatsygehuse.

Inden sommer vil der skulle tages stilling til, hvordan og hvornår garantiklinikkerne kan bringes i anvendelse igen.

6. Begrænsning af smitterisiko på sygehusene

For at understøtte en hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsnets ressourcer, bør det sikres, at løsninger, som er indført i forbindelse med håndteringen af COVID-19, fastholdes.

Herunder tiltag, der begrænser smitterisiko på sygehusene.

Det bør således fortsat undgås, at patienter og pårørende bringer smitte ind på sygehusene:

- Patienter skal kontakte sygehusene forud for fremmøde, hvis de har symptomer, der kunne være tegn på smitte med COVID-19, herunder evt. udvidet brug af testning af patienter.
- Forsat begrænsning for besøg på sygehusene, herunder pårørende ved ambulante besøg
- Information til patienter om håndhygiejne

Derudover bør sygehusene overveje løsninger, der forhindrer, at mange patienter er samlet på sygehusene, f.eks. i venteværelser, herunder:

- Udvidet dagarbejdstid, evt. i form af toholdsskifte
- Telemedicinske løsninger
- Planlægge patienter, så der skiftes mellem fremmødepatienter og telefonkonsultationer
- Øget afstand mellem stole i venteværelser

Ligeledes kan smitteforebyggelse udvides med en øget test af personalet, såvel PCR som antistof-testning, når muligheden for dette foreligger. Testning af patienter f.eks. i sygehusregi forud for operationer eller andre procedurer kan overvejes.

Der vil være et stort behov for kommunikation til medarbejderne i sundhedsvæsenet om begrænsning af smitterisiko, anvendelse af værnemidler og mulighederne for test. Der er mange steder en naturlig usikkerhed herom.

7. Personalesituationen på den længere bane

Sygehusene i regionen har på kort tid opkvalificeret ca. 300 læger og ca. 2000 sygeplejersker til at kunne varetage patienter med COVID-19, heraf ca. 800 sygeplejersker som assisterende intensivsygeplejersker.

Disse sygeplejersker er hentet ind fra andre områder i sundhedsvæsenet, herunder særligt anæstesi- og operationssygeplejersker samt sygeplejersker fra det medicinske område med henblik på at kunne varetage funktioner i en begrænset peakperiode. Personaleressourcerne er blevet frigivet ved bl.a. at aflyse aktivitet, udskyde ferie og fridage, og aftaler om fuldtid i en begrænset periode. Der er kun i meget begrænset omfang anvendt personale fra jobbanken.

Når det drejer sig om et langstrakt scenarium med samtidig øget aktivitet på andre områder, vil der være en række personalemæssige hensyn, der vil skulle tages hånd om i takt med at udfordringerne melder sig. Der vil eksempelvis være behov for langt større personalekapacitet end under krisen til at varetage vanlige funktioner.

Hvis de ekstra intensivsenge fortsat skal bemandes med det opkvalificerede personale, vil der være behov for yderligere operationssygeplejersker og anæstesisygeplejersker til at genoptage kirurgisk aktivitet og/eller der vil være behov for at aflyse planlagte aktiviteter med kort varsel.

Personale, som er udlånt/bundet i forbindelse med test og podningsarbejdet, f.eks. de fremskudte klinikker yder ligeledes en service, som ikke ligger i normaldriften og så længe dette pågår, trækker det på personaleressourcen.

Personalet vil også kunne komme i situationer, hvor de hurtigt skal omstille sig fra varetagelse af planlagte opgaver, til opgaver der relaterer sig til COVID-19 opgaver.

Der vil skulle regnes med en "normalbemanding", hvori der også skal indgå personalets fravær til ferie, fridage, kurser, omsorgsdage etc. Der skal være fokus på, at personalet ikke bliver nedslidt, fx i form af at personalet kan veksle mellem COVID-patienter og vanlig funktion.

Udfordringer ved at bruge yngre læger i uddannelsesstillinger i andre funktioner og på andet funktionsniveau end det, der indgår i deres uddannelsesprogram, over en længere periode skal håndteres ved kontakt til Den Lægelige Videreuddannelse.

Der er derfor behov for, at der iværksættes nødvendige tiltag med henblik på at øge personaleressourcerne på den lange bane, f.eks.:

- Forlængelse af nuværende aftaler og indgåelse af yderligere aftaler om fuld tid
- Inddragelse af personale fra jobbanken, fx ansættelse af pensionerede sygeplejersker i en periode
- Inddragelse af studerende, både læge- og sygeplejestuderende
- Drøftelser med de faglige organisationer
- En del af personaleressourcerne kan også tilvejebringes ved ikke at have ekstra personale til intensivsenge og COVID-19 senge stående til rådighed i vagt, men i stedet ved at opskalere, når der er behov. Dette vil i så fald sandsynligvis betyde, at der må aflyses operationer med relativ kort varsel

8. Videre proces

Som allerede nævnt, strækker Sundhedsstyrelsens planlægningshorisont sig til medio maj. Det foreslås, at der her i regionen gøres status for denne plan for omstilling og gradvis øget aktivitet umiddelbart herefter.

Bilagsoversigt

Bilag 1: Sundhedsstyrelsen; Håndtering af COVID-19: Plan for omstilling og gradvis øget aktivitet i Sundhedsvæsenet

Bilag 2: Udvikling i aktivitet, henvisninger og COVID-19 patienter

Bilag 1

Sundhedsstyrelsen

Håndtering af COVID-19: Plan for omstilling og gradvis øget aktivitet i Sundhedsvæsenet

Håndtering af COVID-19: Plan for omstilling og gradvis øget aktivitet i Sundhedsvæsenet

Baggrund

Dette notat beskriver omstillingen i sundhedsvæsenet med henblik på en gradvis øget aktivitet af samtlige sundhedsindsatser på hele sundheds- og ældreområdet i Danmark under COVID-19. Ved samtlige sundhedsindsatser forstås både offentlige og private tilbud. Ved indsatser forstås aktiviteter forbundet med undersøgelse, diagnostik, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme hos alle aktører, både offentlige og private. Notatet er rettet mod alle aktører i sundhedsvæsenet, dvs. hospitalsvæsenet, kommuner og praksissektor i såvel offentligt som privat regi, som tidligere beskrevet i *Håndtering af COVID-19: Beskrivelse af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet under COVID-19*¹.

Planlægningshorisonten for en omstilling med en gradvis øget aktivitet i sundhedsvæsenet er frem til en revurdering medio maj. Sundhedsstyrelsen vil informere om ophævelse af rammerne, når dette er relevant.

Dette notat skal ses i relation til den tilsigtede nedlukning af sundhedsvæsenet som beskrevet i *Notat om reduktion af hospitalsaktivitet i forbindelse med COVID-19*² af 13. marts, *Håndtering af COVID-19: Prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi* af 22. marts og *Håndtering af COVID-19: Beskrivelse af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet under COVID-19*, senest revideret 1. april

Dette notat erstatter *Håndtering af COVID-19: Beskrivelse af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet under COVID-19*.

¹ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Beskrivelse-af-kritiske-funktioner/Beskrivelse-af-kritiske-funktioner-i-sundhedsvaesenet-under-COVID-19.ashx?la=da&hash=72EC4548E55D3E5625F89F172AF4A118C15C2020>

² <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Hospitalskapacitet/Notat-om-reduktion-af-hospitalsaktivitet-ifm-med-COVID-19.ashx?la=da&hash=C2EF7016267E5DF9250BD0568276A6792775A73E>

Status på omstilling af sundhedsvæsenet under epidemien frem til nu

Den tilsigtede omstilling af sundhedsvæsenet baseret på udenlandske prognoser bestod af flere elementer. Først og fremmest en massiv opbremsning i sygehusvæsenets vanlige aktiviteter for at sikre tilstrækkelig kapacitet til at håndtere en epidemi med COVID-19, der ud fra de italienske data så ud til at kunne få katastrofale konsekvenser ikke mindst på intensivområdet. Ikke mindst aktiviteten inden for det kirurgiske og anæstesiologiske område blev kraftigt reduceret, da der fra disse områder blev rekrutteret personale, der skulle oplæres, så de kunne fungere på intensivområdet under epidemien. Derudover blev foretaget en række smittereducerende tiltag både i samfundet i form af anbefalinger om bl.a. skærpet fokus på hygiejne, at holde afstand til mennesker, man ikke var i husstand med mv. og i sundhedsvæsenet i form af bl.a. ændrede konsultationsformer. Skærpede budskaber har været rettet til borgere i risikogrupper for svær sygdom med COVID-19, ud fra et særligt hensyn om at reducere smitterisiko. Endelig kan anføres Regeringens udmelding d. 11. marts, hvor personale, der foretager ikke-kritiske funktioner, blev hjemsendt.

Dertil kommer en utilsigtet nedgang i aktiviteten i sundhedsvæsenet siden epidemiens begyndelse i Danmark, som menes forårsaget af en kombination af de generelle anbefalinger om adfærdsregulering, og en generel bekymring i befolkningen for smitte i sundhedsvæsenet, hvad enten det er hos egen læge eller på sygehusene. Som følge af anbefalingerne om bedre hygiejne ses dog omvendt et fald i øvrige smitsomme sygdomme fx influenza, som ikke har belastet sundhedsvæsenet i samme grad som tidligere år. Færre er fx blevet indlagt på sygehus med influenza, hvilket giver plads til andre aktiviteter.

På flere områder ses et bekymrende fald i aktiviteten siden niveauet forud for epidemiens begyndelse i Danmark. På hjerteområdet drejer det sig om både akutte og planlagte undersøgelser, fx hjerte-CT-scanning og ballonudvidelse eller indsættelse af udvidende metalnet i kranspulsårerne ved åreforkalkning. Antallet af disse procedurer er faldet med ca. 35%. Tilsvarende ses en markant reduktion af borgere, der henvender sig til egen læge med symptomer, der kunne være kræft, hvilket har medført en halvering i antallet af patienter, der henvises i pakkeforløb for kræft. Der har ikke været en planlagt reduktion i aktiviteten på kræftområdet fra sygehusenes side.

Konkret betyder det, at borgere, der har symptomer, som fx forstoppelse, appetitløshed og vægttab, langvarig hoste mv. ikke går til deres egen læge i samme omfang som før epidemien. Dermed får også færre borgere vurderet og udredt deres symptomer, og det kan betyde, at fx kræftsygdom ikke opdages i rette tid. Dette er bekymrende, da symptomerne eventuelt kan udvikle sig, og at eventuel kræftsygdom opdages på et senere tidspunkt, hvor sygdommen kan være mere udviklet og have spredt sig. Dette kan resultere i, at behandlingsmulighederne er begrænsede. Samlet set kan det således betyde øget sygelighed og dødelighed for den enkelte og i befolkningen.

Patienter med psykisk sygdom henvises heller ikke i samme omfang til de psykiatriske afdelinger og akuttilbud på sygehus, også her til dels fordi de ikke henvender sig til deres praktiserende læge. Derudover er en del ambulant aktivitet lukket ned, og belægningen på de psykiatriske afdelinger er lavere end normalt, hvilket tyder på, at der også er et fald i antallet af patienter, der henvender sig i de psykiatriske akutmodtagelser. Samlet ses således et fald på 60% i henvisninger til psykiatrien. Også dette er bekymrende, da personer med fx angst eller let depression kan få forværring af deres symptomer i et omfang, så de udvikler fx svær depression og eventuelt selvmordstanker.

Sundsstyrelsen vurderer, at det er en folkesundhedsmæssig bekymrende tendens, særligt hvis det strækker sig over længere tid, at borgerne utilsigtet ikke henvender sig til egen læge og derfor eventuelt heller ikke henvises til udredning i sygehusregi i vanligt omfang, kombineret med en tilsigtet nedlukning af visse aktiviteter i sygehusregi.

Ændret prognose

Planlægningen af det regionale sundhedsvæsen har indtil nu været baseret på italienske data, og forberedelserne var derfor rettet mod et scenarie i Danmark, hvor vi skulle undgå katastrofale konsekvenser i sundhedsvæsenet i form af manglende kapacitet til at håndtere de mange indlæggelseskrævende patienter, ikke mindst indlæggelser i intensivt regi. I dette scenarie skulle vi over en relativ kort periode håndtere et meget stort ekstra antal patienter med COVID-19 på sygehusene, og i lyset af dette var det nødvendigt, at mange funktioner og aktiviteter i det regionale sundhedsvæsen blev lukket ned eller udsat for at sikre den fornødne kapacitet til at håndtere patienter med COVID-19.

Vi har nu forladt den prognose og det scenarie til fordel for en ny prognose for epidemiens videre udvikling baseret på danske tal. Den nye prognose for epidemien fra Statens Serum Institut er med udgangspunkt i den kontrollerede genåbning, som regeringen udmeldte d. 6. april 2020. Prognosen viser, at COVID-19 epidemien i Danmark vil have et længerevarende forløb med et betydeligt lavere toppunkt for epidemien end hidtil antaget. Dette har store konsekvenser for planlægningen af sundhedsvæsenet.

Under et længerevarende epidemiforløb må det forventes, at det danske sundhedsvæsen i højere grad både skal tage sig af patienter med COVID-19 og af patienter med andre sygdomme og tilstande, der også kan kræve intensiv behandling. Det handler fortsat om udredning og behandling på fx kræft- og hjerteområdet, men det handler også om patienter i psykiatrien og mange andre sygdomsområder, hvor det kan have potentielt store konsekvenser for sygelighed og dødelighed, hvis patienterne under en langvarig epidemi ikke behandles. Det betyder, at der nu skal iværksættes en ny omstilling af sundhedsvæsenet med en gradvis øget aktivitet sideløbende med håndtering af patienter med COVID-19.

For regionerne betyder det en ny opgave, hvor de skal planlægge med, at der over en længere periode (måneder) vil være behov for en fast øget kapacitet til at håndtere patienter med COVID-19. Dette gælder både i forhold til fast sengekapacitet med mulighed for isolation og ikke mindst fast intensiv kapacitet i form af fysiske stuer med respiratorer, der skal være fast etableret og til rådighed. Dertil kommer behovet for et personaleberedskab, der hurtigt kan omstilles til intensivområdet, selvom dette personale også for en stor dels vedkommende vil have opgaver på det kirurgiske og anæstesiologiske område.

Der er således behov for at sikre en balance mellem at sikre tilstrækkelig kapacitet til at ambulantly udredning, testning og behandling af patienter med COVID-19, samtidig med at der skal være ressourcer til at kunne behandle andre patienter i sygehusvæsenet. Denne balance er særlig vigtig i en situation, hvor forventningen er en mere langstrakt epidemikurve, og det vil over en længere periode også gøre det vanskeligt at overholde udrednings- og behandlingsretten.

For kommuner betyder det en omstilling til gradvis øget aktivitet frem mod normalt niveau, dog fortsat med øget mulighed at bistå sygehusene med at aftage patienter, der udskrives til bl.a. kommunale akutfunktioner. Aktiviteter inden for almen genoptræning, hjemmepleje mv skal tilsvarende gradvist øges.

For almen praksis og speciallægepraksis betyder det en omstilling i form af øget aktivitet med fastholdelse af smittereducerende tiltag og nye konsultationsformer, og fortsat uden at skulle håndtere patienter med øvre luftvejssymptomer. Tilsvarende vil gælde for øvrige aktører i den resterende del af primærsektoren, hvor en omstilling med en gradvis øget aktivitet vil ske efterfølgende.

Samlet set har vi forladt og skal omstille sundhedsvæsenet fra et katastrofalt epidemiscenarie med COVID-19 med en forventet meget høj udrednings- og behandlingsintensitet på sygehusene over et par uger, der forventedes at foregå i ugerne efter påske. For at imødekomme dette blev der planlagt en meget hård opbremsning i sygehusaktiviteterne, hvor sundhedsvæsenets vanlige aktiviteter blev 'sat på hold' for at koncentrere indsatsen om COVID-19 på en kort horisont. Derefter var forventningen en tilbagevenden til almindelig aktivitet.

Det nye scenarie er et forløb, hvor vi efter alt at dømme skal håndtere COVID-19 i sundhedsvæsenet over en længere tidshorisont sideløbende med, at vi også i øget omfang skal kunne behandle patienter for andre tilstande. Det skal vi gøre under hensyn til fortsat at reducere smitterisiko, men også nødvendigvis for at sikre, at den enkelte borgeres sundhedstilstand og befolkningens folkesundhed ikke forværres. Derudover er det afgørende, at der sker en omstilling med en gradvis øget aktivitet således, at der ikke udvikler sig en stor behandlingspukkel i det regionale sundhedsvæsen, der vil få langvarig betydning.

Kritiske funktioner

I lyset af en ny prognose og en epidemi med et mere langvarigt forløb er der behov for at præcisere, hvad der betragtes som en kritisk funktion. Dette dels for at tage højde for den utilsigtede nedgang i aktiviteten som følge af færre henvisninger, dels for at tage hensyn til tidsfaktoren i en langvarig epidemi, hvor udsættelse af behandling over en længere tidshorisont er problematisk både for den enkelte og for folkesundheden. Således vil mange tilstande ikke kunne udskydes over længere tid.

En kritisk funktion må ikke ligestilles med en 'akut' eller livskritisk' funktion. Mange funktioner i sundhedsvæsenet er kritiske i forhold til at styrke, opretholde eller hindre forværring af den enkelte borgers sundhed, funktionsniveau, livskvalitet eller arbejdsevne. Fx er det kritisk at få opereret sit slidte knæ eller sin grå stær, at blive udredt for sin spiseforstyrrelse eller få behandlet sin type 2 sukkersyge, at blive genoptrænet i kommunen efter en lang indlæggelse, især hvis man er ældre, eller få behandlet sit alkoholmisbrug. Det er ikke nødvendigvis akutte eller livskritiske tilstande – men behandles de ikke over en længere tidshorisont, får man ikke en bedre sundhed, et styrket helbred, et god livskvalitet, en evne til arbejde eller blot at kunne klare sig i eget hjem. Dette øger risikoen for, at de forværres i en grad, så de bliver akutte, livskritiske, kroniske eller fx fører til invalidering og/eller arbejdsløshed med nedsat livskvalitet til følge.

Kritiske funktioner er således al aktivitet omkring både undersøgelse, behandling, genoptræning, pleje, forebyggelse mv. forbundet med de konkrete tilstande. Nedlukning af kritiske

funktioner skal derfor kun prioriteres ved et nødvendigt behov for at have kapacitet til varetagelsen af et forøget patientvolumen med COVID-19, eller hvor fortsat nedlukning skønnes nødvendig for at reducere smitterisikoen. Over en længere tidshorisont kan nedlukning af kritiske funktioner få stor negativ betydning for både den enkelte borger og for folkesundheden.

Funktioner, der ikke er rettet mod at styrke, opretholde eller hindre forværring af et konkret individs sundhed, funktionsniveau, livskvalitet eller arbejdsevne, skal fortsat ikke prioriteres ud fra et hensyn om at reducere sociale kontakter og derved mindske risikoen for smittespredning i samfundet. Det drejer sig fx om kosmetiske operationer, hvor der ikke ligger et egentligt helbredsproblem til grund.

Omstilling og gradvis øget aktivitet på sygehusene

Intensivområdet

Sundhedsstyrelsen udgav d. 22. marts 2020 rapporten *Håndtering af COVID-19: Prognose og kapacitet for intensiv terapi*. Rapporten indeholdt Sundhedsstyrelsens første prognose for behov og kapacitet for intensive sengepladser i forbindelse med den første bølge af COVID-19. Den første prognose var baseret på modeller med fremskrivninger af den kinesiske og italienske epidemiudvikling, som var oversat til danske forhold. Den nye prognose baseret på danske tal skal fremadrettet danne grundlag for en justeret planlægning.

En epidemibølge med et mere langvarigt forløb foreløbigt frem mod sommer, og en samtidig gradvis genoptagelse af mere normal aktivitet i sundhedsvæsenet, vil have stor betydning for planlægningen af intensiv kapaciteten på landets sygehuse. Der skal således etableres en fast ekstra intensiv kapacitet til håndtering af patienter med COVID-19 i flere måneder og det medfører en række planlægningsmæssige overvejelser og prioriteringer i forhold til fysisk etablering og personale.

I forhold til respiratorkapaciteten vil der, jf. notatet af 22. marts, være 433 faste intensivpladser med respiratorer til rådighed på sygehusene. Disse vil så vidt muligt skulle anvendes til patienter, der er kritisk syge af andre årsager end COVID-19. Derudover vil man skulle opbygge en fast øget kapacitet til patienter med COVID-19.

Ved en øget aktivitet af primært kirurgiske aktiviteter, vil en del af det ekstra personale, der er rekrutteret og opkvalificeret til intensivområdet i øjeblikket, gå tilbage til andre opgaver på fx anæstesiaafdelinger og opvågningsafdelinger. En del af dette personale indgår dog i et vist omfang allerede nu som en del af det faste personale på intensivområdet. Fremadrettet vil der fortsat være behov for personale i beredskab i en periode over flere måneder til at kunne bistå på intensivområdet, såfremt epidemien udvikler sig og behovet for en opjustering af intensivområdet er nødvendigt. Det faste personale kan forventeligt kun anvendes i et vist udvidet omfang, ligesom det kan være svært at fastholde eksternt rekrutteret personale, eksempelvis pensionerede intensivsygeplejersker, over en længere tidshorisont.

Afhængig af graden af åbning af samfundet kan der blive behov for, at der etableres en fast kapacitet på op til 300 ekstra faste intensive pladser med respiratorer, som er dedikeret til patienter med COVID-19. De vil dels bestå af den ekstra kapacitet af respiratorer fra lager, fra ny-indkøb mv., men det vil formentlig også være nødvendigt at anvende dele af den eksisterende kapacitet til patienter med COVID-19. Den konkrete vurdering og planlægning heraf skal ske i samarbejde med regionerne og deres sygehuse.

Planlagt (elektiv) kirurgi

Den planlagte kirurgi vil blive påvirket af, hvorledes planlægningen af intensivområdet foretages. Én af forudsætningerne er, at operationsstuerne generelt set, herunder operationsstuer og afsnit til dagkirurgi, friholdes fra at blive etableret som faste intensivpladser, og at der er respiratorer/anæstesiapparater til rådighed for operationer.

Selv med fuldt disponible operationsstuer vil aktiviteten afhænge af, hvor meget personale, der er til rådighed for operationsgang og opvågningsafsnit. Det er forventningen, at kritiske operationer såsom hjerte- og kræftoperationer fortsat vil kunne varetages inden for gældende rammer, men også at der eksempelvis vil være behov for at udskyde planlagte operationer fx knæoperationer, hofteoperationer mv., som kun vil kunne foretages i et vist omfang jf. den ovenfor beskrevne model.

Balancen er således i hvor stort omfang, intensivområdet også fremadrettet vil få behov for at trække personaleressourcer væk fra vanlige opgaver i anæstesiaafdelingerne. På både kort og lang sigt vil den planlagte kirurgi således være under forudsætning af den samlede planlægning af materiel og personaleressourcer til de ekstra faste intensivpladser.

Almindelig sengekapacitet

En langstrakt epidemi vil også få betydning for planlægningen af den almene sengekapacitet, som tilsvarende skal etableres i udvidet omfang og så vidt muligt i fysiske rammer, der ikke optager plads fra den nødvendige behandling af patienter med andre sygdomme og tilstande. De anvendte personaleressourcer kommer primært fra det samlede intern medicinske område, men da specialiseringsgraden sammenlignet med intensivpersonale er lavere, er personalereserven hér større.

Det vurderes, at der skal etableres en fast sengekapacitet på op til 800 ekstra senge, som er dedikeret til patienter med COVID-19. Også her vil den konkrete vurdering og planlægning ske i samarbejde med regionerne og deres sygehuse.

Ambulant aktivitet

Den ambulante aktivitet, herunder visitation og forundersøgelser, skal gradvist øges, også selvom fx operationer ikke umiddelbart lader sig gennemføre. Derved kan det sikres, at henviste patienter visiteres og udredes for deres symptomer, og at der foretages en lægefaglig vurdering af, hvorvidt patienten skal prioriteres til fx operation eller kan afvente. Innovative tiltag som fx telefon- og videokonsultation fastholdes.

Personaleressourcerne på det ambulante område er i vist omfang aktuelt flyttet til bl.a. udredningsenheder for COVID-19, hvor der fortsat vil være behov for personale til udredning under epidemien. Dette skønnes dog ikke at udfordre muligheden for at prioritere den ambulante aktivitet, uanset område/speciale, i et større omfang, om end personaleressourcer også herfra kan indgå til den øgede faste almindelige sengekapacitet.

Såfremt der er perioder med nedsat ambulatorieaktivitet, skal der opretholdes akutfunktion, så patienter, der er tilknyttet et givent ambulatorium, kan kontakte ambulatoriet ved forværring af symptomer/tilstand. Eventuelt, og ikke mindst for risikogrupper, kan midlertidigt aftales opfølgning i andet regi, herunder almen praksis, speciallægepraksis eller eventuelt privathospital.

Omstilling og gradvis øget aktivitet i almen praksis og øvrige praksisfunktioner

Almen praksis, speciallægepraksis samt øvrige praksisfunktioner kan som udgangspunkt genoptage den vanlige aktivitet, dog fortsat med fokus på det overordnede hensyn om at minimere risiko for smittespredning. Visiteret adgang gør sig fortsat gældende, ligesom innovative tiltag som fx telefon- og videokonsultation, konsultation via Min Læge mv. fastholdes. Den primære konsultationsform skal være telefon- eller videokonsultation. Det er vigtigt, at henvisningspraksis til sygehusvæsenet normaliseres.

Patienter med øvre luftvejssymptomer, der kunne være COVID-19, skal fortsat ikke ses i almen praksis. Også hos andre patienter kan der opstå tvivl om smittestatus, ligesom patienter også kan møde uanmeldt op på trods af bestræbelserne på visiteret adgang. Ud fra et forsigtighedsprincip gives derfor mulighed for anvendelse af almindelige værnemidler, både til visse patientgrupper og til lægen selv. Dette præciseres i reviderede retningslinjer til almen praksis.

Der er en særlig opmærksomhed omkring aerosolproducerende procedurer (procedurer, hvor der dannes vandpartikler, der kan være smittefarlige, typisk fx hos tandlægen eller ved kikkertundersøgelser af mund/svælg). Til disse procedurer skal anvendes værnemidler jf. anbefalinger fra Statens Serums Institut³. Der er samtidig også et fokus på fortsat at reducere omfanget af disse procedurer, som kun bør foretages inden for praksisområdet, når det skønnes absolut nødvendigt, eksempelvis i forbindelse med udredning af mistanke om kræft.

Endeligt kan almen praksis og speciallægepraksis eventuelt bistå med kontrol af ambulante patienter fra hospitalerne, ikke mindst af patienter, der tilhører risikogrupper, hvis det samlet set skønnes mest optimalt for patienten. Tilsvarende vil almen praksis i det omfang, der er ledig kapacitet i praksis, kunne bistå kommunerne, der har opjusteret deres akutfunktioner med henblik på i øget omfang at kunne håndtere patienter udskrevet fra sygehuse.

Omstilling og gradvis øget aktivitet på privathospitaler

Private hospitaler i øget omfang kunne bidrage med en øget aktivitet. Dette baseres på en regional vurdering af hvilke områder, hvor der skønnes at være et særligt behov. Dette kan dels være ud fra et hensyn om at reducere smitterisiko til visse patientgrupper i og med, at patienter med COVID-19 slet ikke behandles på de private hospitaler, dels ved kapacitetsudfordringer på de offentlige sygehuse.

De private hospitaler kan bistå med diagnostiske undersøgelser fx kikkertundersøgelser og scanninger, samt operationer, typisk i fx skuldre, knæ, hofter og ryg mv. Også private hospitaler, der vanligt varetager planlagte hjerteundersøgelser og –kirurgi, vil kunne bidrage med aktivitet i udvidet omfang. Dette er dog under en forudsætning af, at der i den konkrete individuelle vurdering inddrages risikoen for komplikationer og efterfølgende behov for overflytning til offentligt sygehus.

³ <https://hygiejne.ssi.dk/retningslinjer/infektionshygiejniske-retningslinjer-for-covid-19>

Omstilling og gradvis øget aktivitet i kommuner

Den kontrollerede omstilling og den gradvise øget aktivitet i kommunernes sundhedsvæsen skal ligeledes ske under hensyntagen til varetagelse af kommunens kritiske funktioner, prioritering af folkesundheden og minimering af risikoen for smitteoverførsel.

Kommunerne vil fortsat spille en væsentlig rolle i forhold til at aflaste sygehusene med patienter, der kan færdigbehandles i kommunalt regi, typisk patienter, der vanligvis udskrives til en kommunal akutfunktion. Såfremt sygehusene presses kapacitetsmæssigt af flere indlæggelser, kan det komme på tale, at patienter udskrives 1-2 dage tidligere i deres sygdomsforløb. Også i kommuner kan personaleressourcerne flyttes rundt og visse tiltag kan nedprioriteres ud fra en hensyn til reduktion af smitterisiko, fx holdtræning, gruppeindsatser mv.

Kommunerne skal endvidere i øget omfang sikre den almene genoptræning, aktiviteter i hjemmeplejen samt sikre, at alkohol- og misbrugsbehandlingen prioriteres i øget omfang.

Principper for faglig prioritering i omstillingen af sundhedsvæsenet med gradvis øget aktivitet

Omstillingen af sundhedsvæsenet med en gradvis øget aktivitet bør baseres på følgende principper:

- Fortsat sikring af kapacitet til at håndtere epidemien med COVID-19, så katastrofale nedbrud af sundhedsvæsenet undgås
- Konkret lægefaglig prioritering ud fra en individuel vurdering
- Reduktion af smitterisiko skal fortsat prioriteres højt
- Innovative tiltag i sundhedsvæsenet skal fastholdes

Prioritering af kritiske funktioner på sygehusene og i andre dele af sundhedsvæsenet

Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes, prioriteres fortsat først. Det er forventningen, at alle regioner vil kunne fastholde varetagelsen af disse sygdomme/tilstande/behandlinger med en fast øget intensiv kapacitet som ovenfor anført. Det drejer sig fx om akutte kirurgiske tilstande, udredning og behandling af kræft, hjertesygdomme omfattet af maksimale ventetider, børnehjertekirurgi og alle aktiviteter inden for psykiatrien, jf. bilag.

Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes, prioriteres i det omfang, der er kapacitet og baseret på en konkret og individuel vurdering. Behandlinger på børn, hjerteprocudurer og behandling af multisyge prioriteres først.

Det vil i hver enkelt klinisk situation være et *konkret fagligt skøn (fra læge, tandlæge mv.)*, der ligger til grund for en vurdering af om en given behandling kan og skal gennemføres. I vurderingen vil fx indgå alvorligheden og sværhedsgraden af sygdommen/tilstanden, samt risikoen for at sygdommen forværres, hvis man ikke behandler, herunder om der er risiko for øget medicinforbrug som følge af dette. I vurderingen skal også indgå risikoen for, at sygdommen bliver kronisk, hvis den ikke behandles på en horisont over et par måneder og i hvilket omfang livskvaliteten og funktionsevnen er påvirket mv.

I forhold til kirurgiske behandlinger skal der være særligt fokus på at mindske postoperativt behandlingsbehov, herunder genindlæggelse ved komplikationer. Samtidigt skal de patienter, hvor der er *en vis risiko* for sygdomsprogression inden for en tidshorisont på nogle få måneder, konkretiseret ved *en vis risiko* for at der skal foretages akut eller sub-akut operation frem

for planlagt operation pga. symptomforværring (fx smerteforværring), organpåvirkning mv., prioriteres. Endeligt skal tages særligt skærpet hensyn til patienter i risikogrupper grundet risiko for øget sygelighed og dødelighed i forbindelse med infektion med COVID-19.

Også i kommunalt regi skal prioritering i tråd med ovenstående altid bero på en konkret faglig vurdering af konsekvenser for den enkelte borger. Vurderingen skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov samt fysiske, psykiske og kognitive ressourcer. I vurderingen skal ligeledes indgå i hvor høj grad borgeren har ressourcer at trække på i omgivelserne, herunder pårørende.

Reduktion af smitterisiko

Der skal fortsat være bredt fokus på at undgå smittespredning i sundhedsvæsenet, således både fastholdelse af sociale regler og adfærdsregulering, indretning af lokaler, færre fremmødetider, ændrede konsultationsformer mv. Men også særlige forholdsregler omkring visse procedurer, som kræver særlige omstændigheder pga. øget smitteeksponering. Reduktion af smitterisiko skal således fortsat prioriteres som anført i *Håndtering af COVID-19: Beskrivelse af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet under COVID-19*⁴.

Under en kontrolleret åbning af samfundet bredere set, forventes smittetrykket at stige, hvorfor der skal iværksættes *yderligere tiltag* med henblik på at reducere smitterisiko. Det kan være øget brug af værnemidler ud fra et forsigtighedsprincip, fx ved usikkerhed om patientens smitestatus fx ved fortsatte symptomer men negativ test for COVID-19, eller hvis patienter ikke forstår anvisninger om smittereducerende tiltag eller ikke kan udtrykke symptomer fx ved kognitiv svækkelse.

Det kan også være styrket smitteforebyggelse ved en udvidet testning af personalet, såvel PCR som antistof-testning, når muligheden for dette foreligger. Tilsvarende kan man overveje at teste patienter fx i sygehusregi forud for operationer eller andre procedurer.

Ovenstående er ikke mindst relevant for områder og funktioner, der er særligt udsatte i forhold til øget risiko for smittespredning. Det drejer sig væsentligst om aerosolproducerende procedurer, hvor smittespredningen via vandpartikler, giver en øget risiko for smitte til såvel personale og andre patienter. Det drejer sig væsentligst om aktiviteter inden for tandplejen, inden for øre-næse-hals-området, hvor der er særlig skærpet opmærksomhed omkring anvendelse af værnemidler og skærpet opmærksomhed på omfang af aktiviteter.

Under en omstilling med en gradvis øget aktivitet, vil såvel aktiviteten som smittespredningen i sundhedsvæsenet blive monitoreret.

Innovative tiltag i sundhedsvæsenet

I regioner, kommuner og praksissektor er iværksat en lang række innovative tiltag både i relation til udredning og behandling af patienter med COVID-19 og til patienter med andre sygdomme og tilstande, fx konsultationer med egen læge vha. app'en Min Læge, udvidet brug af telemedicinske løsninger til patienter med fx hjertesvigt og ikke mindst en generel udbredt anvendelse af telefon- og videokonsultation, hvor det skønnes muligt.

⁴ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Beskrivelse-af-kritiske-funktioner/Beskrivelse-af-kritiske-funktioner-i-sundhedsvaesenet-under-COVID-19.ashx?la=da&hash=72EC4548E55D3E5625F89F172AF4A118C15C2020>

Sundhedsstyrelsen bifalder disse tiltag, som bør fastholdes ikke kun under epidemien men også på en længere horisont, idet de i mange henseender også tilgodeser andre udfordringer i sundhedsvæsenet og folkesundheden bredt set. Disse udfordringer er behandling over større geografiske afstande, fx lægemangel i yderområder, eller behandling i hjemmet, fx til ældre, immobile og sårbare grupper, herunder psykiatriske patienter. De nye innovative tiltag af forskellig karakter bidrager således også til et optimeret tværregionalt og -sektorielt samarbejde og opgaveløsning.

Plan for omstilling af sundhedsvæsenet med gradvis øget aktivitet

En gradvis øget aktivitet i sundhedsvæsenet med varetagelsen af kritiske funktioner som defineret kan nu iværksættes og bør revurderes senest medio maj 2020.

Omstillingen med en øget aktivitet i almen praksis og speciallægepraksis er ved at blive implementeret og hermed også en normal henvisningspraksis til sygehusregi med et forventet antal øget henvisninger til udredning. Dette er ledsaget af kommunikationsindsats til befolkningen om vigtigheden af at søge læge ved symptomer eller ved bekymring over helbredet. Fokus er at sikre, at borgerne henvender sig med symptomer, behandles i primærsektoren eller eventuelt henvises til udredning i sygehusregi. Aktiviteten i sygehusregi øges i takt hermed, så der er den fornødne kapacitet til visitation og udredning, og der sker en gradvis øgning af den ambulante aktivitet i øvrigt.

Regionerne er i gang med at etablere den faste intensivkapacitet efter den nye prognose, herunder både fysisk placering af senge og materiel til rådighed, samt lægge plan for hvordan personaleressourcerne kan fordeles mellem henholdsvis øget fast intensivkapacitet og planlagt kirurgi, hvorfra personaleberedskab til intensivområdet også skal tænkes ind. Regionerne er endvidere i gang med at etablere den faste almindelige sengekapacitet.

Sundhedsstyrelsen er endvidere i dialog med regionerne om, hvornår kapaciteten til faste intensivpladser i det nødvendige omfang er på plads, herunder en plan for anvendelse af respiratorer og personale, set i forhold til planlægning af omfang af planlagt kirurgi. Regionerne vil efterfølgende kunne etablere omfanget af planlagt kirurgi, hvorefter den første gradvise aktivitetsforøgelse af den planlagte kirurgi kan påbegyndes.

Omfanget af planlagt kirurgi skal nødvendigvis justeres i forhold til belægningen af patienter på intensivområdet, både af patienter med COVID-19 og andre patienter. Afhængigt af epidemiens forløb, herunder hvorledes den udvikler sig i de enkelte regioner, vil der være en vis forskel på sygehusenes mulighed for gradvist at øge aktiviteten. Således vil ikke alle hospitaler kunne varetage det samme, heller på samme tid. Den enkelte region og sygehusene tilpasser den planlagte kirurgi i forhold til behovet på intensivområdet, herunder samarbejder på tværs, også tværregionalt.

Aflysninger af planlagte operationer kan komme på tale afhængigt af behovet for at trække på personale i beredskab til intensivområdet. Private hospitaler kan inddrages til at varetage diagnostiske undersøgelser og planlagt kirurgi inden for de områder, de i forvejen har opbygget kapacitet til.

Omstillingen og den gradvise øgning af aktiviteten i den resterende praksissektor sker tidsmæssigt forskudt fra den gradvis øget aktivitet i almen praksis og speciallægepraksis. Også

her er det under forudsætning af smittebegrænsende tiltag, ændrede konsultationsformer i det omfang, det lader sig gøre og evt. omlagte procedurer, så smitterisiko reduceres, hvis de skal kunne foretages. Visse funktioner vil fortsat ikke skulle varetages ud fra et hensyn om at reducere smitterisiko, fx kosmetiske behandlinger. Kommuner øger tilsvarende deres aktivitet, men fastholder beredskab for eventuelt behov for at opjustere antallet af akutfunktioner.

Risici og opmærksomhedspunkter

Særligt fokus skal være på ulighed i sundhed og udsatte og sårbare grupper. Det omfatter psykiatriske patienter med somatisk sam-sygelighed (ko-morbiditet), patienter med dobbeltdiagnoser, dvs. både psykiatrisk sygdom og misbrug, og resourcesvage patienter generelt set.

Grundet aktivitetsreduktionen i sygehusregi frem til nu kræver de diagnostisk uafklarede patienter en særlig opmærksomhed. Det kan være patienter, som er set af egen læge, men hvor patienten endnu ikke er henvist til sygehusregi, eller ny-henviste patienter, som endnu ikke er visiteret eller indkaldt til udredning i sygehusregi. En sidste gruppe er de patienter, der har afholdt sig fra at gå til læge pga. bekymring for smitte med COVID-19. Det er derfor vigtigt, at der foretages og planlægges med visitation og eventuel udredning i vanligt omfang af alle henviste patienter, ligesom primærsektoren også opfordres til at henvise til sygehusregi, hvis nødvendigt.

Sundhedsstyrelsen har fokus på, at alle indsatser i psykiatrien opretholdes i videst mulige omfang, under hensyn til at også indlagte psykiatriske patienter får COVID-19, hvilket kan kræve ekstra ressourcer i psykiatrien til dette. Frigørelse af personaleressourcer fra psykiatrien til håndtering af COVID-19 skal derfor også kun forekomme i begrænset omfang, og da oplagt kun ved behov for frigørelse af personale med intensiv eller anæstesiologisk erfaring. Håndtering af COVID-19 må ikke belaste sengekapaciteten i psykiatrien fraset til indlagte psykiatriske patienter, der får COVID-19 i mild grad. Ambulant behandling genoptages tilsvarende i normalt omfang eventuelt i andre konsultationsformer og med smittereducerende tiltag. I kommunalt regi skal alkohol- og misbrugsbehandling gennemføres i vanligt omfang.

Overvågning af epidemien fremadrettet

I lyset af en gradvis kontrolleret genåbning af samfundet vil der være behov for en intensiv overvågning af udviklingen af epidemien. Der vil være brug for at få viden om, hvis der sker en pludselig hurtig smittespredning, da det uundgåeligt vil have store konsekvenser for belastningen af sygehusene, herunder intensivkapaciteten. Det vil i forbindelse med en gradvis genåbning af samfundet således ikke være tilstrækkeligt udelukkende at følge antal indlæggelser og antal bekræftede tilfælde af COVID-19, da der fx typisk går 14 dage fra man bliver smittet, til der er behov for intensiv kapacitet.

Bilag. Principper for faglig prioritering af indsatser i omstillingen af sundhedsvæsenet med gradvis øget aktivitet

Under en omstilling med gradvis øget aktivitet i sundhedsvæsenet skal der være fokus på behandlinger, der ikke kan udsættes på en langvarig horisont, uden at det indvirker på sygelighed og potentielt også dødelighed. Det vil i hver enkelt klinisk situation være et *konkret lægefagligt skøn*, der ligger til grund for beslutning om behandling.

I vurderingen kan fx indgå

- alvorligheden og sværhedsgraden af sygdommen/tilstanden,
- risikoen for at sygdommen forværres, hvis man ikke behandler, herunder om der er risiko for øget medicinforbrug som følge af dette,
- risikoen for, at sygdommen bliver kronisk, hvis den ikke behandles på en horisont over et par måneder
- påvirkning livskvaliteten
- påvirkning af funktions- og/eller erhvervsevne
- behandlingsbehov efter kirurgi, herunder genindlæggelse ved komplikationer
- multisygdom hos patienten

Eksempler – skal ikke anskues kategorisk:

Kvinde med ufrivillig vandladning, i et erhverv med tunge løft, som betyder, hun 'lækker' ved alle løft, bør behandles, da hun udover at have dårlig livskvalitet og hygiejnemæssige problemer, også har påvirket erhvervsevne. Dette i kontrast til kvinde med gener ved nys eller grin og behov for hyppige skift af indlæg i undertøj.

Ældre mand med problematisk vandladning, gentagne tilfælde af manglende vandladnings-evne og eventuelt også gentagne blærebetændelser, bør behandles. Dette i kontrast til ældre mand med vandladning flere gange om natten og problemer med søvn, men uden andre gener, og klarer sig med middagslur om dagen.

Enlig ældre patient med astma og betydelige smerter fra slidt hofte, tiltagende forbrug af smertestillende og problemer med at klare sig i hjemmet, bør behandles, da funktionsevnen er betydeligt nedsat i en grad, så evnen til at klare sig selv i hjemmet er påvirket, og risikoen for at udvikle en kronisk tilstand er overhængende ikke mindst i forhold til brug af smertestillende medicin. Dette i kontrast til anden patient, også med slidt hofte, klarer sig på stabil dosis smertestillende, bor med ægtefælle og kan overkomme dagligdagen sammen med hjælp fra kommunen til rengøring.

Kvinde med kontakt-eksem på hænder i mild til moderat grad, udløst af anvendelse af latex-handsker fra sit erhverv, hvor der også er hyppige håndvask – erhvervsevnen er påvirket i betydelig grad – bør behandles. Dette i kontrast til person med kontakteksem udløst af cremer eller parfume, hvor adfærdsændring kan sætte generne i bero.

Patient med tendens til hjertekramper af moderat grad, som dog altid svinder af sig selv, udtalt angst for hjertesmerter og har sparsom kontakt til pårørende, isolerer sig i hjemmet, tør ikke foretage sig noget fysisk, hyppige indlæggelser med angstanfald men ikke ustabile hjertekramper eller blodprop i hjertet, bør behandles. Dette i kontrast til patient med moderat grad af stabile hjertekramper, som altid optræder ved bestemte aktiviteter, og som patienter kender og undgår, og er i øvrigt ikke generet i sit sociale liv.

Listen er vejledende, ikke udtømmende og dækker ikke enhver klinisk indikation.

Eksempler på funktioner, der generelt skal udsættes ud fra et hensyn om at reducere smitterisiko

Sundhedsvæsen	Funktioner, der generelt skal udsættes
Offentlig og private sygehuse/hospitaler og speciallægepraksis	Kosmetiske behandlinger, Fjernelse af tatoveringer, Sterilisation Operation af "stritører", Behandling af karsprængninger mv
Kommunale tilbud på sundheds- og ældreområdet	Etablering af mødregrupper og gruppebaseret rådgivning ved sundhedsplejerske Forebyggende og sundhedsfremmende <u>gruppeindsatser</u> såsom rygestopkurser og motionstilbud, alkoholrådgivning og stressforløb – medmindre det kan etableres over video eller telefon
Offentlig og privat tandpleje	Kosmetiske tandbehandlinger
Øvrige praksissektor	Sundhedsfremmende gruppeindsatser til gravide og børn såsom fødselsforberedelse, barselsgymnastik, babytræning Sundhedsfremmende tiltag hos fx apotekerne, rejsevaccinationer

Eksempler på indsatser, der som udgangspunkt skal varetages, og indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes

Vedr. offentlige og private sygehuse/hospitaler samt speciallægepraksis

	Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes	Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes
Gynækologi og obstetrik	Udredning og behandling af kræft Planlagte kejsersnit Aborter før og efter 12. uge Behandling for skader efter fødsel fx på endetarmens lukkemuskulatur	Behandling af godartede sygdomme herunder nedsunken livmoder og ufrivillig vandladning Behandling af kraftige menstruationsblødninger
Karkirurgi	Akut kirurgi herunder ved kritisk åreforkalkning, blodprop-løsende behandling (trombolyse), ballonudvidelse eller by-pass og operation for truende karsprængning af de store kar mv. Anlæggelse af kar-adgang ved akut dialyse behov	Behandling af åreknude Planlagte operationer af udposninger på pulsårerne
Kirurgi	Behandling af kræftsygdomme Børnekirurgi	Planlagt kirurgi herunder operationer ved galdestenssygdom, tilbagelægning af stomi, operationer på tyktarm på godartet baggrund, brok, fedmekirurgi mv
Neurokirurgi	Kræftudredning og -behandling Behandling af umiddelbart livs- og førlighedstruende tilstande	Funktionel neurokirurgi Behandling af slidgigt i nakke- og ryg uden akut behandlingsindikation

	Infektionskirurgi	Planlagt kar-kirurgi i hjernen
Ortopædisk kirurgi	Operationer for behandlingskrævende knoglebrud herunder brud omkring proteser Tumorer i bløddele, knogler mv (sarkomer) og infektionskirurgi herunder ved mistanke om infektion omkring protese Rygoperationer ved rodpåvirkning med svær parese og/eller manglende kontrol af blære og endetarmsmuskel	Operationer for godartede tilstande såsom fedt-knuder, springfinger, nedgroede negle, hammer-tæer mv. Planlagte operationer med indsættelse af hofte eller knæproteser e.l. Kikkertundersøgelser
Øre-næse-hals	Tilstande såsom byld, vedvarende næse-blødning, infektioner og luftvejstruende tilstande Behandling for kræfttilstande Dræn i mellemøret, hvor udsættelse vil forværre barnets sproglige udvikling, samt efter konkret vurdering anlæggelse af dræn hos børn med vedvarende mellem-ørebetændelse og hørenedsættelse med eller uden samtidige sprogproblemer	Nye forundersøgelser vedr. tilstande, som patienten har levet med længe og som ikke er helbredstruende, fx næseskillevæg og kronisk bi-hule betændelse. Procedurer, hvor patient og læge er i tæt kontakt, og hvor behandlingsprocedurer afstedkommer udtalt dannelse af aerosoler udsættes hvis muligt Udredning og behandling af hørenedsættelse
Plastikkirurgi	Kræftrettet onkologisk plastikkirurgi, herunder primær rekonstruktion i forbindelse med onkologisk brystkirurgi Behandling af sår herunder brandsår og større erhvervede eller traumatiske sår	Kønsskiftekirurgi Rekonstruktioner Følger efter fedmekirurgi Medfødte misdannelser (skal særligt vurderes på individniveau i forhold om udsættelse har indflydelse på muligt behandlingsresultat og funktionsniveau) Korrektion af ansigtsslammelse
Tand-mund-kæbekirurgi	Behandling af brud i ansigtsskelet Behandling af infektiøse tilstande Rekonstruktiv kirurgi i direkte relation til kræftkirurgi Medvirken i samarbejde omkring behandling af kræftlidelser i mund- og kæbe-region	Kirurgisk behandling af snorken og søvnapnø. Korrektion af medfødte og erhvervede kæbe-misdannelser og defekter i kraniesammen-voksningen (skal i forhold til de medfødte tilstande særligt vurderes på individniveau i forhold til om udsættelse har indflydelse på muligt behandlingsresultat)
Kirurgi på brystkasse, hjerte og lunger (thoraxkirurgi)	Kræftbehandling Infektionsbehandling Sammenklappe lunge Traumebehandling Stent-behandling, ballonudvidelse eller by-pass ved påvist venstre hovedstammesygdom i hjertet, dokumenteret ustabil angina pectoris (hjerterkræmper) eller angina pectoris umiddelbart efter akut blodprop i hjertet Børnehjertekirurgi	Planlagte operationer herunder behandling af 'store lunger' ved fx kronisk obstruktiv lungesygdom og hjerteklapoperation Planlagt stent-behandling, ballonudvidelse eller by-pass ved stabil åreforkalkning i hjertet og Operation på kronisk forkalket hovedkranspuls-åre i brysthulen
Nyre- og urinvejskirurgi (urologi)	Kræftudredning og behandling Kontrollikkertundersøgelse af blæren efter kræft Aflastning af nyrerne med kateter, hvis der er afløbshindring for urin eller infektion i urinvejene	Indgreb for godartede tilstande herunder sterilisation, vandbrok, godartet forstørret prostata, forhudsfor snævring Kontrollikkertundersøgelser i blæren efter celleforandringer
Billeddiagnostiske invasive undersøgelser (undersøgelser vha.	Behandlinger af kræfttilstande Diagnostik og behandling af livstruende tilstande	Behandlinger af godartede tilstande

snit, stik eller instrumentering af kanaler i kroppen, fx kar)		
Kardiologiske invasive undersøgelser (undersøgelser ved instrumentering af karbanen)	Behandling af åreforkalkning (KAG, PCI) ved påvist venstre hovedstammesygdom i hjertet, dokumenteret ustabil angina pectoris (hjertekramper) eller angina pectoris umiddelbart efter blodprop i hjertet	Behandling af åreforkalkning (KAG) ved stabil angina pectoris (hjertekramper) Planlagt anlæggelse af pacemaker
Kikkertundersøgelser af kroppens hulrum (endoskopier)	Kikkertundersøgelse som led i udredning for kræftsygdom Kikkertundersøgelse af galdeveje ved tilstand med gulsot, hvor kræft ikke kan udelukkes Kikkertundersøgelse af ende- og tyktarm ved blødning eller mistanke om kræft Kikkertundersøgelse af spiserør, mavesæk og tolvfingertarm eller af tyktarm hos patienter med forsnævring og behov for gentagne udvidelser	Anlæggelse af ernæringssonde gennem huden ind i mavesækken, såfremt ernæring kan klares midlertidigt på anden vis Kikkertundersøgelse af spiserør, mavesæk og tolvfingertarm eller af tyktarm på indikation sure opstød, mavesmerter eller forstoppelse uden alarm symptomer
Transplantationskirurgi	Transplantationer af vitale organer fra afdød donor	Transplantationer fra levende donor samt alle transplantationer af ikke vitale organer såsom hornhinde
Øjensygdomme	Grøn stær (ny-diagnosticerede eller dårligt regulerede patienter) Aldersbetinget degeneration af øjet, hvor der er risiko for blødning Pludseligt opstået dobbeltsyn, pludseligt opstået synstab, smertende, lyssky øjne Diabetespatienter med øjensymptomer i form af slør eller formforvrængninger Forebyggelse af skelen hos børn ("dovne øjne")	Diabeteskontrol hos patienter med velkendt, ukompliceret forløb Aldersbetinget degeneration af øjet, hvor der er ikke er risiko for blødning Betændelse af øjenlågsranden/øjenirritation (våde/tørre øjne). Forundersøgelse og operation af grå stær
Hudsygdomme	Mistanke om modermærkekræft, hudkræft, fnat, akut eller forværret eksem, psoriasis eller anden inflammatorisk hudsygdom, utilstrækkelig kontrol af hudlidelse hos patienter i medicinsk behandling Lysbehandling og behandling af sår	Fjernelse af forandringer uden mistænke om kræft, årskontroller af solskader, mild acne, udredning for kontakteksem, behandling af fodvorter, behandling af svedige hænder/fødder, behandling af uønsket hårvækst Kontroller af iværksatte behandlinger vedr. eksem, psoriasis, nældefeber, acne og andre lette hudsygdomme, hvor patienten ikke har forværring af symptomer
Psykiatri	Alle aktiviteter	

Vedr. almen praksis

	Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes	Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes
Almen praksis	Opfølgning af patienter med kroniske sygdomme Håndtering af akutte og nyopståede sygdomme mv. fx mindre skader, blærebetændelse, akutte psykiatriske problemstillinger Graviditetsundersøgelser, børnevaccinationer og -undersøgelser Livmoderhalskræftscreening Midlertidig opfølgning af patienter fra sygehusambulatorier, hvor den planlagte opfølgning i ambulatoriet ikke kan udskydes Lægefaglig opfølgning i forhold til udskrevne patienter på kommunale akutpladser, midlertidige pladser eller på plejehjem fx i form af daglig stuegangslignende funktion Attester, der udarbejdes i relation til sociale og arbejdsmæssige forhold, kørekortattester og helbredsattester i forbindelse med forsikringstegning Almen sundhedsfremme såsom rådgivning om rygestop eller vægttab	

Vedr. offentlig og privat tandpleje

	Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes	Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes
Offentlig og privat tandpleje	Behandlingskrævende traumer i tænder og mund, udtalt smerte, infektion herunder rodbetændelse, svære og/eller symptomgivende 'huller i tænderne', svære tilfælde af parodontose med infektion Skader eller løsning af faste og aftagelige proteser og fyldninger Skader eller løsning af fast eller aftageligt tandreguleringsapparat ved igangværende behandlinger Tandbehandlinger, hvor udsættelse kan influere væsentligt på det endelige behandlingsresultat Opstart af ny tandreguleringsbehandling, der er særlig tidskritisk i forhold til barnets vækst	Behandling og kontrol af mindre alvorlig tandsygdom, herunder mindre og ikke-symptomgivende 'huller i tænderne', tandkødsbetændelse og mildere former af parodontose (under forudsætning af særlige skærpede omstændigheder og tilrettede procedurer uden bl.a. anvendelse af ultralyd for at mindske smitterisiko)

	Kontrol af igangværende tandreguleringsbehandling	
--	---	--

Vedr. kommunale tilbud på sundheds- og ældreområdet

	Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes	Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes
Kommunale tilbud på sundheds- og ældreområdet	Udførelse af lægens ordinationer ved hjemmesygeplejen Forebyggende hjemmebesøg ved hjemmeplejen – optimalt som telefon- eller videokonsultation Oplæring i at varetage opgaver, fx injektioner, sårpleje og pleje af stomi Indsatser inden for pleje- og omsorg på plejehjem og –centre, og i hjemmeplejen Besøg i barnets første leveår ved sundhedsplejerske Genoptræning efter Sundhedslovens § 140 og rehabilitering, hvor manglende indsats kan medføre uoprettelig funktionsevnesættelse, fx efter erhvervet hjerneskade Sundhedsindsatser på botilbud og misbrugscentre mv. Alkohol og stofmisbrugsbehandling	Rådgivning og vejledning om forebyggelse, ernæring og sundhed ved hjemmesygeplejen Forebyggende og sundhedsfremmende gruppeindsatser såsom rygestopkurser og motionstilbud, alkoholrådgivning og stressforløb, hvis det kan planlægges over video telefon Enkeltindivid-orienteret forebyggende og sundhedsfremmende indsatser såsom rygestopkurser, motionstilbud, alkoholrådgivning og stressforløb Skoleundersøgelser Genoptræning og rehabilitering, hvor kortvarig udsættelse ikke vil medføre funktionstab og/eller forværring af kronisk sygdom, fx vedligeholdende træning

Vedr. øvrige praksissektor, herunder fysioterapeuter, fodterapeuter, osteopater, psykologer, diætister, optikere, høreapparatsklinikker m.fl.

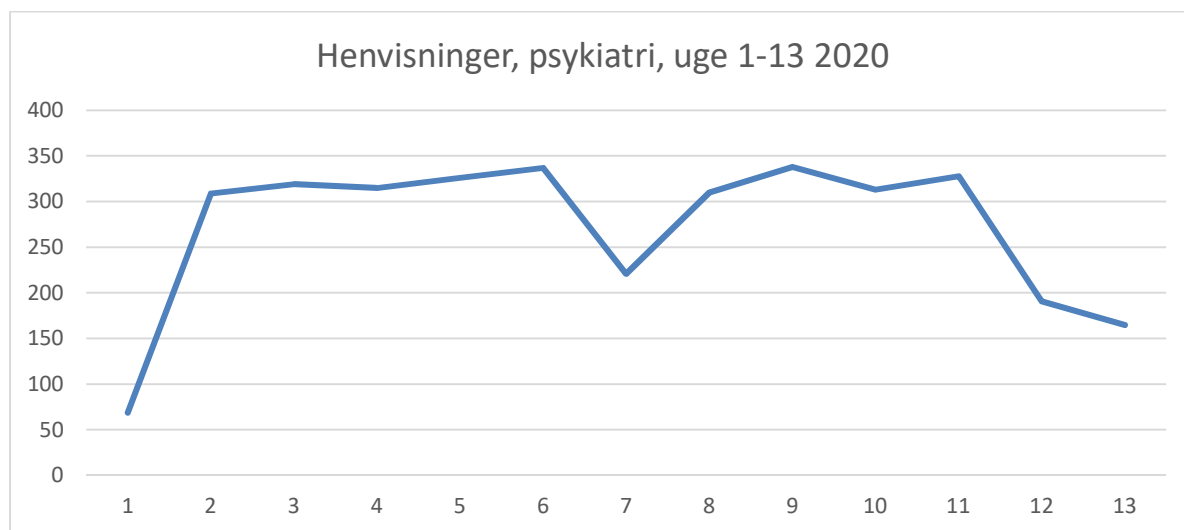
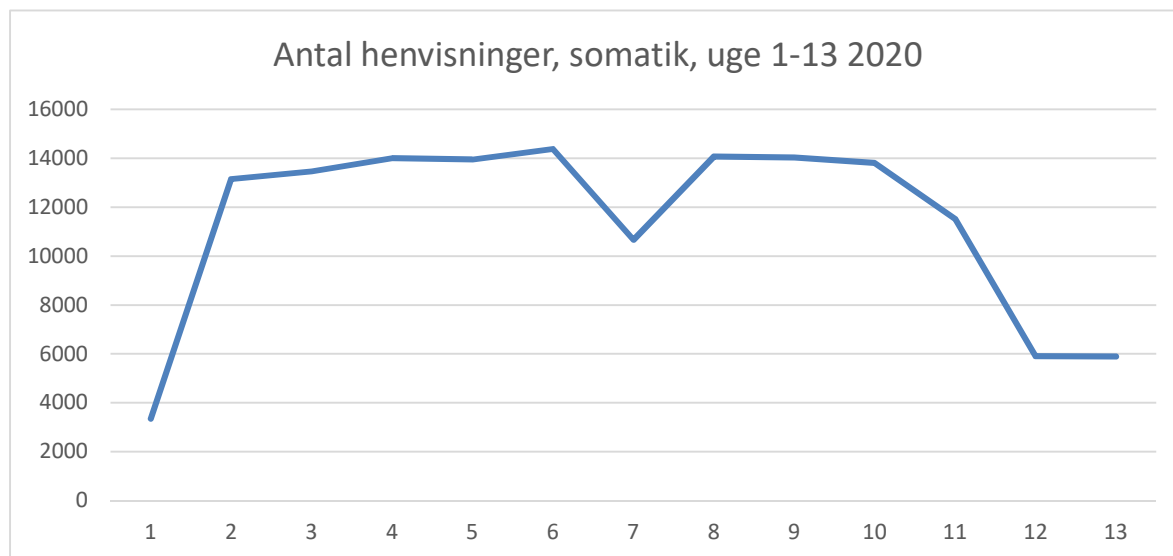
	Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes	Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes
Fysioterapeuter Kiropraktorer Osteopater	Akutte smertetilstande betinget af smerter i nakke/hoved og bevægeapparatet med betydeligt påvirket funktionsevne, herunder bækkenløsning Igangværende behandlingsforløb, hvor udsættelse vil medføre forværret behandlingsresultat, herunder varigt eller længevarende funktionsevnetab	Nye forundersøgelser og igangværende behandling af tilstande, som patienten har levet med længe og som ikke er helbredstruende, fx behandlinger af kronisk træthed, koncentrationsbesvær mv.
Fodterapeuter	Fodterapi ved risiko for sår eller infektion, fx diabetiske fodsår eller nedgroet negl	Almen fodpleje, herunder behandling af hård hud
Diætister	Sygdomsrelateret diætist behandling, fx ny-diagnosticeret diabetes, glutenallergi eller spiseforstyrrelser	Kostvejledning for normalvægtige raske

Optikere	Synsundersøgelse, hvor arbejdsevne og – funktion er truet eller med henblik på at erstatte ødelagte/bortkomne briller	Synsundersøgelse med henblik på rutine-opfølgning eller nye briller
Høreapparatklinikker	Justering/reparation af eksisterende høreapparater, hvor funktionsniveau eller arbejdsevne er truet	Udredning og behandling af hørenedsættelse
Private tilbud om misbrugsbehandling	Tilbud vedr. alkohol- og misbrugsbehandling	
Psykologer	Alle konsultationer – optimalt som telefon- eller videokonsultationer	
Øvrige		Rejsevaccinationer

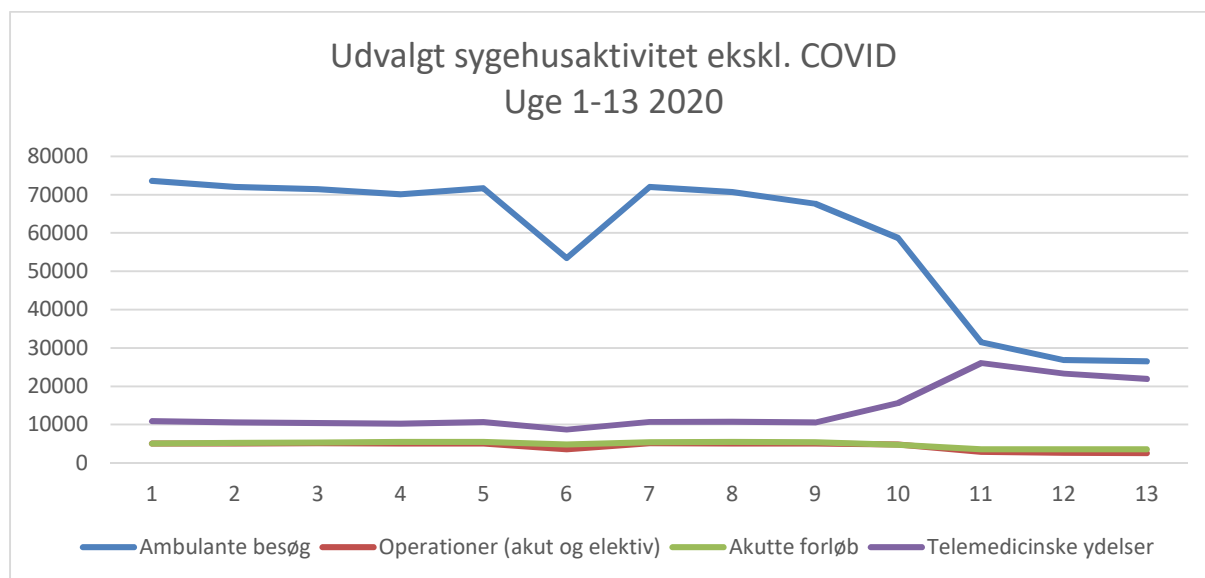
Bilag 2: Udvikling i aktivitet, henvisninger og COVID-19 patienter

Status

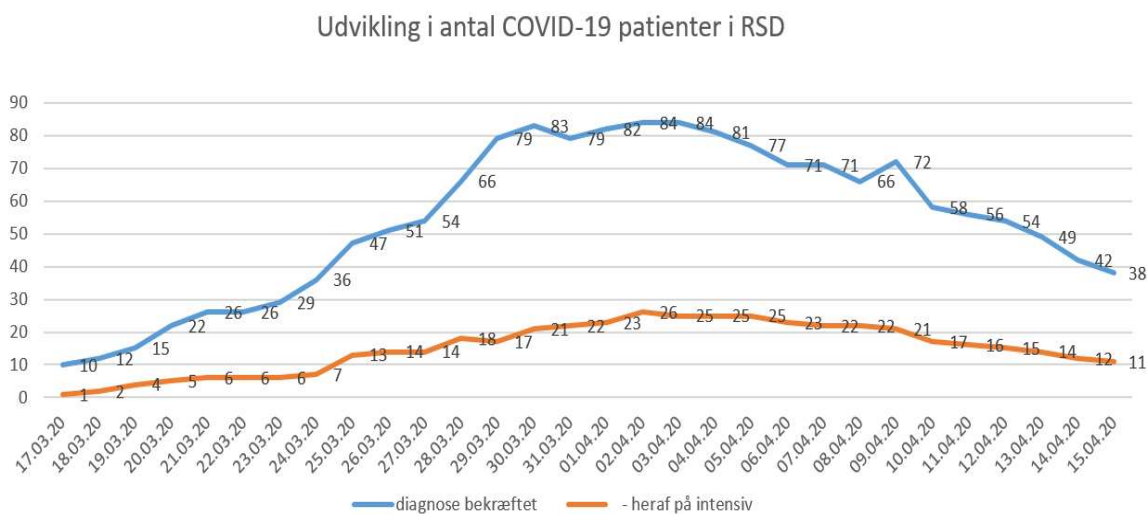
Nedenfor ses aflyst aktivitet over tid, hvoraf det ses, at der er sket et markant fald i markant fald i af nyhenviste patienter til sygehusene i Region Syddanmark:



Dette har samlet betydet en stor nedgang i den ambulante aktivitet på sygehusene, hvoraf en del fremmøder dog er flyttet til telefon- eller videokonsultation, hvilket ses i nedenstående opgørelse.



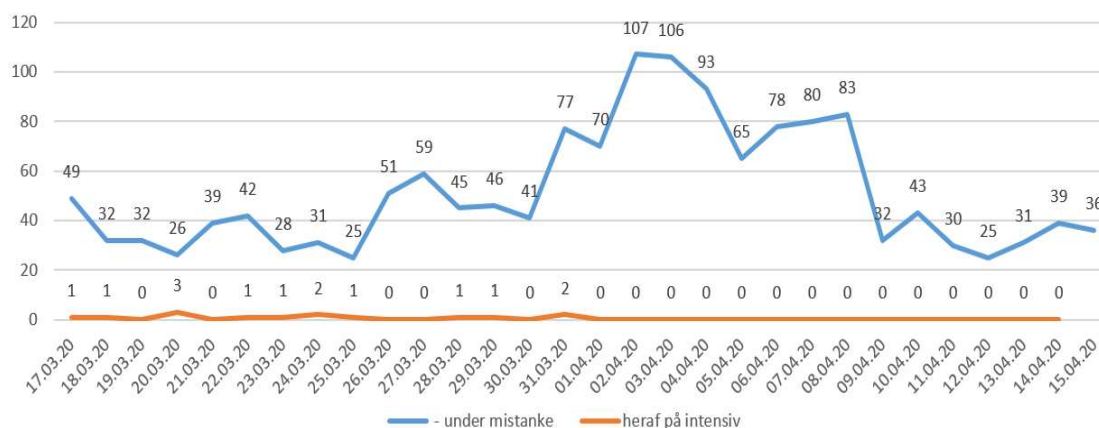
Nedenstående graf giver en overblik over udviklingen i antallet af personer smittet med COVID- 9 samt udviklingen i antallet af patienter indlagt på intensiv med COSVID-19 i Region Syddanmark i perioden 17. marts til 11 april.



Som det fremgår af ovenstående graf, skete der i slutningen af marts en stigning i antallet af diagnosticerede patienter. Denne tendens er dog stagneret i starten af april og er inden for de sidste dage i perioden nedgående.

Tallene i ovenstående graf viser antallet af konstaterede tilfælde. Nedenstående graf giver et billede af udviklingen i antallet af indlagte patienter med mistanke om COVID-19 i Region Syddanmark i samme periode. Denne er med til at give et bredere billede af den samlede COVID-19 aktivitet på regionens sygehuse.

Udviklingen i antal indlagte med
mistanke om COVID-19



På landsplan og i Region Syddanmark har presset på sygehusene ikke udviklet sig så voldsomt som først forventet. Tidligere prognoser var baseret på modeller med fremskrivninger af den kinesiske og italienske epidemiudvikling, som var oversat til danske forhold.

Ny prognose fra Statens Serum Institut baseret på danske data viser, at COVID-19 epidemien i Danmark vil have et længerevarende epidemiforløb med et betydeligt lavere toppunkt for epidemien end hidtil antaget.