

## Notat om reduktion af hospitalsaktivitet ifm COVID-19

### Baggrund

Verdenssundhedsorganisationen, WHO, har d. 11. marts 2020, erklæret COVID-19-pandemi.

Der rapporteres om smitte i de fleste lande i verden og smittespredning i flere lande herunder, også i Europa. På baggrund af stigningen i antallet af tilfælde i Danmark ændres strategien i Danmark nu fra inddæmnings- til en afbødningsstrategi.

Fokus er fortsat på at forbygge, at smitten med ny coronavirus spreder sig, men nu særligt på dem der er alvorligt syge af COVID-19 eller tilhører særlige risikogrupper som fx personer med kronisk sygdom, ældre og gravide.

Den 13. marts er der konstateret 785 tilfælde af COVID-19 smitte i Danmark. Det forventes på nuværende tidspunkt, at der vil komme yderligere smittespredning i Danmark. Som planlægningsgrundlag vurderer sundhedsstyrelsen, at man fx kan tage udgangspunkt i et scenarie, hvor 10 % af befolkningen vil blive smittet i løbet af en første bølge over foråret 2020. Det vil forventeligt lægge et voldsomt pres på det danske sundhedsvæsen, særligt i forhold til udredning og behandling af COVID-patienter i det regionale sygehusvæsen. Udfra ovenstående estimat kan man skønsmæssigt forvente at godt 11.000 COVID-19 patienter over en ca. måned lang forårsbølge kan få behov for hospitalsindlæggelse, hvor af knap 3.000 kan bliver kritisk syge og får behov for intensiv behandling.<sup>1</sup>

### Rådgivning

Dette notat er en del af Sundhedsstyrelsens myndighedsrådgivning til regionerne i forbindelse med COVID-19 epidemien. Notatet er udarbejdet på baggrund af styrelsens viden om COVID-19 og det forventede epidemiscenarie herunder den fremskrevne belastning på sygehusvæsenet. Endvidere har styrelsen inddraget regionernes overvejelser vedr. reduktionen af sygehusaktivitet som præsenteret for styrelsen på videomøde d. 12. marts 2020 og fra flere regioner fremsendt på mail efterfølgende. Styrelsen har taget udgangspunkt i gældende lovgivning, men har dog grundet denne helt ekstraordinære situation inddraget regeringens overvejelser vedr. udsættelse af udrednings- og behandlingsretten under COVID-19. Notatet finder virkning fra det øjeblik udrednings- og behandlingsretten suspenderes.

### Generelle overvejelser

Der er behov for at frigøre kapacitet på landets sygehuse som følge af et forventet stort patientvolumen med COVID-19 med behov for sygehusbehandling, heraf en stor del med behov for intensiv terapi. Samtidig vil kapaciteten blive udfordret af behov for udredning af et stort

---

<sup>1</sup> COVID-19 Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark, Sundhedsstyrelsen, marts 2020.

antal patienter med mistanke om COVID-19, og der vil i perioden også være øget omfang af sygemeldt personale. Der er derfor behov for at frigive kapacitet til varetagelsen af behandlingen af patienter med COVID-19. Sundhedsstyrelsen finder, at der er behov for en national rammesætning af denne aktivitetsreduktion, så denne foretages relativt ensartet på tværs af regionerne samt fagligt mest hensigtsmæssigt i forhold til at tage hensyn til særlige patientgrupper.

Samlet set vil det være fornuftigt at prioritere således, at *patienter med sygdomme, hvor der ikke er behov for behandling af akutte og livstruende tilstande, eller tilstande hvor forsinket behandling medfører risiko for tab af førlighed, og hvor det er fagligt forsvarligt at udskyde behandlingen, ikke behandles under COVID-19 epidemien*. Hvorvidt en konkret patient bør tilbydes udredning eller behandling under COVID-19 epidemien vil og skal derfor stadig bero på en konkret og individuel lægefaglig vurdering og stillingtagen på relevant fagligt kompetenceniveau.

Sundhedsstyrelsen skal understrege, at der i det følgende er tale om overordnet vejledning, og der vil være behov for en lægefaglig vurdering på det enkelte sygehus, i forhold til hvad der er hensigtsmæssigt og muligt. Hvilke patienter, der behandles, bør således baseres på en konkret lægefaglig vurdering på daglig basis på alle sygehuse.

### **Overordnet prioritering**

På grund af presset på sundhedsvæsenet vil der være behov for at frigive personale og kapacitet til varetagelse af behandlingen af COVID-19 patienter inden for tre områder.

1. Frigive personale til at varetage behandling af patienter med COVID-19, der kræver hospitalsbehandling men ikke intensiv behandling

Sundhedsstyrelsen vurderer, at dette bl.a. kan opnås mest hensigtsmæssigt ved at reducere ambulant aktivitet i en lang række kliniske specialer. Personalet, der frigives, og som skal behandle patienter med COVID-19 kan få behov for oplæring i korrekt brug af værnemidler samt information og vejledning om øvrige forholdsregler i forbindelse med håndtering af patienter med COVID-19, således at de også f.eks. kan varetage behandling af patienter indlagt i stationært isolationsafsnit.

2. Frigive personale og materiel herunder respiratorer og overvågningsudstyr til behandling af patienter med COVID-19, der kræver intensiv behandling.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at dette bl.a. kan opnås ved at reducere elektiv kirurgi og andre større indgreb mv. Personalet, særligt anæstesisygeplejersker og anæstesilæger, samt andre personalegrupper på operations- og overvågningsafsnit, der herved frigives, kan efter relevant oplæring indgå i den intensive håndteringen af patienter med COVID-19. Endvidere kan respiratorer inddrages til behandling af COVID-19 patienter, der måtte kræve denne behandling.

3. Frigivelse af personale til varetagelse af diverse ikke-behandlingsrelaterede serviceopgaver på hospitalerne grundet COVID-19 fx til varetagelse af logistik, bemanning af indgangsdøre eller andre særlige forholdsregler, der er sat i værk grundet COVID-19

På baggrund af ovenstående overvejelser kan man ud fra kendskab til sygdomsudvikling, prognoser mv. opstille anbefalinger til prioriteringer på et organisatorisk niveau til reducere af sygehusaktivitet.

### **Prioriteret reduktion af ambulante aktiviteter**

Alle former for ambulante kontroller af patienter med stabil sygdom kan udsættes, eller henvises til opfølgning i andet regi, herunder almen praksis, speciallægepraksis eller privathospital. Konkret gøres dette ved, at ambulatorielisterne gennemgås og der tages stilling for hver enkelt patient ift. mulighed for udsættelse/telefonkonsultation mv. Der skal under perioden med nedsat ambulatorieaktivitet opretholdes akutfunktion, så patienter, der er tilknyttet det givne ambulatorie kan kontakte ambulatoriet ved forværring af symptomer/tilstand.

Særligt i forhold til patienter i risikogrupper skal det i videst mulige omfang sikres, at patienterne ikke har fremmøde på sygehuset, dette gælder også hos patienter, hvor sygdommen ikke vurderes stabil. Eksempelvis bør patienter med hjertesvigt eller kronisk obstruktiv lungesygdom, der har behov for opfølgning, tilbydes telefonkonsultation/videokonsultationer.

I forhold til patienter, der får udleveret medicin på sygehuset eller modtager medicin på sygehuset bør det fysiske fremmøde nedbringes så vidt muligt for patienter i risikogrupperne.

### **Prioriteret reduktion af kirurgisk aktivitet**

Alle former for forundersøgelser på mistanke om tilstande, der ikke er akutte og livstruende tilstande, eller tilstande hvor forsinket behandling medfører risiko for tab af førlighed kan udsættes på tværs af sygdomstilstande. Så vidt muligt skal alle efterkontroller efter operation udsættes eller alternativt laves via telefon eller videoforbindelse.

Der bør særligt tages hensyn til at reducere operationer, hvor der bruges respirator, eller hvor der er respiratorberedskab samt operationer, hvor efterforløbet kan forventes at medføre efterfølgende intensiv behandling.

Vurderingen af, hvorvidt en tilstand bør behandles bør bero på følgende overordnede kriterier:

1. Hvorvidt udsigten til væsentlig bedring eller helbredelse forringes betydeligt ved udsættelse af behandlingen.
2. Hvorvidt tilstande er ledsaget af daglige stærke smerter med behov for indlæggelse eller stærk smertestillende medicin, og der er udsigt til, at behandling kan lindre eller fjerne smerterne i væsentlig grad.

Indgreb mv. der har til formål at muliggøre en tidskritisk behandling e.l. bør heller ikke udsættes fx galdedrænanlægning for at muliggøre kemoterapibehandling.

I følgende tabel oplistes eksempler på operationer, indgreb og undersøgelser, som kan reduceres i første omgang. Oplistingen sker på baggrund af speciale/område/modalitet. Listen er vejledende, ikke udtømmende og dækker heller ikke enhver klinisk indikation og der skal som nævnt ovenfor altid foretages en konkret klinisk vurdering.

*Tabel 1. Eksempler på operationer mv. der kan/kan ikke udsættes*

	<b>Kan udsættes</b>	<b>Kan ikke udsættes</b>
Gynækologi og obstetrik	Behandling af godartede sygdomme herunder nedsynkning, urininkontinens og blødningsforstyrrelser. Sterilisation	Udredning og behandling af kræft herunder abrasio, hysteroskopier og vulvabiopsier). Planlagte kejsersnit

	Behandling for følger efter obstetriske skader på endetarmens lukkemuskulatur	Aborter både før og efter 12 uge.
Karkirurgi	Elektive aneurismeoperationer Venekirurgi	Akut kirurgi herunder ved kritisk iskæmi, trombolyse behandling, revaskularisering og operation for dissektion mv. Anlæggelse af dialyseadgange ved akut dialyse behov
Kirurgi	Elektiv kirurgi herunder operationer ved hernier, galdestenssygdom, stomitilbagelægning, colonresektioner på benign indikation, fedmekirurgi mv.	Behandling af kræftsygdomme Børnekirurgi
Neurokirurgi	Funktionel neurokirurgi Ikke-akut vaskulær neuokirurgi Behandling af degenerativ nakke- og rygsygdomme uden akut behandlingsindikation.	Kræftudredning og behandling. Behandling af umiddelbart livs- og førlighedstruende tilstande. Infektionskirurgi
Ortopædisk kirurgi	Elektive operationer med indsættelse af alloplastik e.l. Operationer for benigne tilstande såsom, fedtknuder, springfinger, nedgroede negle, karpaltunnelsyndrom, hammertæer mv. Kikkertundersøgelser	Operationer for behandlingskrævende knoglebrud herunder periprostetiske frakturer. Sarkom og infektionskirurgi herunder ved mistanke om alloplastikinfektion Rygoperationer ved rodpåvirkning med svær parese og/eller sphincterforstyrrelser.
Oto-rhino-laryngologi		Tilstande såsom absces, vedvarende næseblødning, infektioner og luftvejstruende tilstande. Behandling for kræfttilstande
Plastikkirurgi	Rekonstruktion herunder primær rekonstruktion i forbindelse med onkologisk brystkirurgi Kønsskiftekirurgi Medfødte misdannelser (skal særligt vurderes på individniveau i forhold om udsættelse har indflydelse på muligt behandlingsresultat og funktionsniveau) Rekonstruktioner Korrektion af ansigtsslammelse Følger efter fedmekirurgi	Kræfttettet onkologisk plastikkirurgi Behandling af sår herunder brandsår og større erhvervede eller traumatiske sår.
Tand-mund-kæbekirurgi	Korrektion af medfødte og erhvervede kæbeanomalier og malokklusioner (skal ift. de medfødte tilstande særligt vurderes på individniveau i forhold til om udsættelse har indflydelse på muligt behandlingsresultat) Kirurgisk behandling af snorken og søvnapnø.	Behandling af frakturer Behandling af infektiøse tilstande Rekonstruktiv kirurgi i direkte relation til kræftkirurgi. Medvirken i samarbejde omkring behandling af maligne lidelser i mund- og kæbe-region
Thoraxkirurgi	Elektive operationer herunder emfysebehandling, revaskulariserende indgreb ved stabil iskæmisk hjertesygdom og kronisk okkluderede kar, hjerteklapoperation og operation på den thorakale del af aorta.	Kræftbehandling Infektionsbehandling Pneumothorax Traumebehandling  Ved behov for revaskulariserende indgreb, ved påvist venstre hovedstammesygdom, dokumenteret ustabil angina pectoris eller angina pectoris smerter umiddelbart efter AMI  Børnehjertekirurgi
Urologi	Indgreb for benigne tilstande herunder sterilisation, hydrocele, TUR-P, forhudsforstærkning	Kræftudredning og behandling Aflastningskrævende infektioner og obstruktioner

Radiologi (invasive indgreb)	Interventionsradiologi ved benigne tilstande	Invasive behandlinger af kræfttilstande Invasiv diagnostik og behandling af livstruende tilstande
Kardiologi (invasive indgreb)	KAG ved stabil angina Elektiv pacemaker anlæggelse	Ved behov for revaskulariserende indgreb, ved påvist venstre hovedstammesygdom, dokumenteret ustabil angina pectoris eller angina pectoris smerter umiddelbart efter AMI
Endoskopier	På indikation dyspepsi, forstoppelse eller mavesmerter uden alarm symptomer. Gastro- og koloskopi, fraset patienter med dilationsbehov PEG-sonde anlæggelse, såfremt ernæring kan klares midlertidigt på anden vis.	Skopi som en del af udredning for kræftsygdom. Endoskopisk retrograd cholangiopancreatografi, ERCP, hos patienter med ikterus, hvor kræft ikke kan udelukkes. EMR (endoskopisk mucosa resektion)
Transplantationskirurgi	Transplantationer fra levende donor samt alle transplantationer af ikke vitale organer såsom cornea.	Transplantationer af vitale organer med nekrodonor

### Implementering af anbefalinger

Sundhedsstyrelsen forventer, at regionerne følger ovennævnte rammer for reduktion af aktivitet i sygehusvæsenet under COVID-19.

Styrelsen vil gerne understrege, at sygehusene beholder behandlingsansvaret i forbindelse med udsættelse af kontroller, operationer mv. Sygehusene skal derfor oprette ventelister, og alle patienter, der får udsat deres planlagt tid skal have information om baggrunden for udsættelse. Endvidere skal der gives information om, at de senest d. 1. juli 2020 vil få besked i forhold til en ny tid. De skal endvidere have oplysninger om, hvordan de skal forholde sig ved forværring af symptomer mv.

For patienter, hvor det vurderes, at tiden ikke kan udskydes på ubestemt tid, bør det overvejes i hvilket omfang, det i så fald er fagligt forsvarligt at udskyde tiden.



Søren Brostrøm  
Direktør