

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Intensivkapasiteten i Helse Bergen - retningslinjer i situasjoner når det er fullt	
Kategori: Pasientbehandling/Pasientforløp og pakkeforløp	Gyldig fra/til: 21.02.2016/21.11.2016	
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Samhandling	Versjon: 2.00	
Godkjenner: Hansen, Eivind	Retningslinje	
Dok. ansvarlig: Hanne Klausen / August Bakke	Dok.id: D21590	

Beskrivelse

Nedenfor klargjør vi noen nøkkelbegreper som legges til grunn i saken.

En pasient defineres som intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel. (Standard for intensivmedisin, 2.utgave, 2001)

Definisjon av intensivavsnitt

Et intensivavsnitt er en sykehusenhet som skal kunne behandle pasienter med svikt i flere vitale organfunksjoner.

Definisjon av overvåkningsavsnitt

Sykehusenhet innrettet på behandling av kritisk syke pasienter med svikt i ett organsystem, men som ikke kan behandle svikt i flere vitale organfunksjoner.

Det er viktig å presisere at ikke enhver «intensivpasient» skal behandles ved et intensivavsnitt

Retningslinjene vil tre i kraft i en situasjon hvor det oppstår en driftsmessig vanskelig situasjon knyttet til forholdet mellom antall intensivtrengende pasienter og kapasiteten vi ordinært har til rådighet. Denne kapasiteten vil være et resultat av budsjettet antall stillinger knyttet til et antall senger.

I diskusjonen legges det vekt på at utfordringen er bemanning og ikke fysiske senger. For å forenkle problemstillingen har vi valgt å si at antall intensiv pasienter er de som krever en pleiebemanning på 1 til 1. En sykepleier gjennom hele døgnet til hver pasient. Antall intensivsenger vil da bli det antall senger som vi har budsjettet med en slik bemanningsfaktor. Overvåkningsplasser vil være plasser med lavere bemanningsfaktor enn 1 til 1, men med høyere bemanningsfaktor enn det som ordinært er på vanlige sengeposter.

Med dette som bakgrunn har vi følgende antall intensivsenger:

Generell intensiv i KSK, 8 senger i ukedagene, 7 i helgene.

Medisinsk intensiv og overvåkning (MIO) på Hjereteavdelingen, 4 intensivsenger, samt 4 overvåkningsplasser. MIO håndterer 4 intensivpasienter på dagtid. På natt er det sykepleierbemanning til 3 intensivpasienter. slik at 4 respiratorpasienter krever at de rekvirerer ekstrahjelp.

Brannskadeenheten har totalt 6 senger, hvorav 2 er beregnet på intensivpasienter og 3 på overvåkningspasienter. Belegget på BSA er et varierende belegg mellom intensivpasienter og overvåkning. Bemanningen er egentlig beregnet ut fra 2 intensiv og 3 overvåkning. Det betyr imidlertid at de også kan ha 3 intensiv og 1-2 overvåkning og med innleie i helg og enkelte netter 4 intensiv, men da ingen overvåkning. Selv om Brannskaden er en landsdekkende spesialisert intensivfunksjon, kan Brannskadeenheten, i perioder med liten aktivitet, behandle intensivpasienter fra HUS, eventuelt at det i disse periodene overføres bemanning fra Brannskaden til de andre intensivene når situasjonen krever det. Brannskadens intensivsenger kan imidlertid ikke

regnes som del av HUS sin intensivberedskap, fordi disse sengene er øremerket Brannskadens landsdekkende spesialfunksjon.

Barneklubben sin nyfødtenhet har 7 intensivplasser og 5 overvåkningsplasser for nyfødte. Funksjonen på nyfødte er så spesiell at vi, i denne sammenheng, ser vekk i fra denne virksomheten som del av totalkapasiteten på intensiv.
Overvåkningsplasser

I tillegg til dette så er det, i tråd med tidligere vedtak, utviklet overvåkningsplasser/intermediærsenger ved flere kliniske avdelinger på sykehuset.

Vi har følgende overvåkningsplasser på sykehuset:

- Barneklubben, som nevnt ovenfor, med 3 plasser for barn og unge
- Lungeavdelingen 8 plasser på ROE.
- Nevrokirurgisk avdeling 7 plasser (skal være stabile respiratorisk og sirkulatorisk).
- Medisinsk avdeling 2 plasser p.t., men øker til 5 plasser i løpet av 2011 (post 6)
- Brannskadeenheten er bemannet for 3 overvåkningssenger, jfr ovenfor

I løpet av 2011 vil det derfor være 26 overvåkningsplasser på Haukeland.

Når utløses retningslinjene?

Retningslinjene trer i kraft når intensivressursene er maksimalt utnyttet, dvs:

- når de 4 (3) plassene på MIO og de 8 (7) på KSK-intensiv er belagt med intensivtremgende pasienter

Brannskadeenheten sin driftssituasjon inngår ikke som del av denne ressursen i utgangspunktet. Imidlertid foreslås det at brannskadeenheten og ressursene i denne inngår som del av den tiltaksrekken som utløses når en er kommet i en vanskelig driftssituasjon på de generelle intensivene. Dersom driftssituasjonen på Brannskadeenheten tilsier at det, kan dette gjøres, enten ved at en overfører personell fra Brannskadeenheten til andre enheter, eller at enkeltpasienter overføres fra MIO og KSK-intensiv til Brannskadeenheten.

Hva utløses?

Trinn 1: Belegget kvalitetssikres for å sikre at intensivplassene vis a vis overvåkningsplassene er belagt med de riktige pasientene, inkludert i dette må det være gjort en vurdering av prognose for alle pasientene.

Ansvar: Overlegene ved den enkelte intensiv- og overvåkningsenhet, jfr samarbeidsavtalene fra 2007.

Kommentar:

Det legges til grunn at denne kvalitetssikringen av belegget foregår hele tiden. Samtidig er det viktig at en sikrer og dokumenterer dette før en går til det skritt å omfordele ressurser, eventuelt rekvirere ressurser som det i utgangspunktet ikke er dekning for.

I den grad overvåkingsplassene er en knapp faktor for overføring fra intensiv, bør det også vurderes om pasienter i intermedieærplasser kan overføres til ordinær sengepost enten i sykehuset eller til andre sykehus (Førde, Haugesund)

Trinn 2: Vurdere overføring til Brannskadeenheten ved ledig kapasitet eller overføre bemanning fra Brannskadeenheten over på KSK-intensiv eller MIO, slik at flere senger kan bemannes opp. Ansvar: Overlege/bakvakt på berørte klinikker.

Kommentar:

Brannskadeenheten er en ressurs i foretaket. Dette er en landsfunksjon og må primært bidra til å dekke den landsdekkende oppgaven, slik sett kan den ikke inngå det tallet når vi sammenligner intensivressursene på tvers av foretakene. Samtidig har vi en forpliktelse til å utnytte de samlede ressursene optimalt og den må derfor inngå som en del av ressursgrunnet når det oppstår konkrete driftsutfordringer, jfr ovenfor.

Når personell går mellom ulike intensivheter blir det spesielt viktig å sikre at hygieneprosedyrer følges.

Trinn 3: Kalle inn ekstravakter i lys av situasjonen på den enkelte intensivhet til å bemanne flere intensivsenger. Ansvar: Personalansvarlig på hver intensivhet.

Kommentar:

I dette inngår også økt innleie av personell som Bemanningssenteret kan iverksette. Sykehuset har også intensivsykepleiere ansatt på andre enheter. Det bør utarbeides en oversikt over hvem dette er slik at noen disse også kan inngå som en del av den personalpoolen sykehuset kan trekke på når situasjonen tilsier det.

Trinn 4: Kutt i elektivt program. Dette må skje i tråd med prioriteringsforskriften.

- de som har intensivpasienter på KSK-intensiv må kutte i det elektive programmet. Dette må gjøres med utgangspunkt i en helsefaglig prioritering. Ansvar: Avdelings-/seksjonsoverlege på de respektive moderavdelingene i samarbeid med KSK-intensiv.
- de som har intensivpasienter på MIO må kutte i det elektive programmet. Dette må gjøres med utgangspunkt i en helsefaglig prioritering. Fordi MIO ikke har tekniske senger må dette tas i en dialog med de avdelinger som avgir pasienter til MIO. Ansvar: Avd.overlege på Hjerteravdelingen sammen med avd.overlege på moderavdeling.
- Thoraxlinjen berøres på dette nivå på lik linje som andre operative linjer dersom det er overført intensivpasienter fra Hjerteravdelingen til KSK-intensiv.

Kommentar:

Medisinsk intensiv (MIO) og Generell intensiv (KSK) har ulik profil når det gjelder elektive og øyeblikkelig hjelp pasienter. Dette betyr at potensialet for å ta ned

elektiv virksomhet er størst for de avdelingene som i størst grad nytter Generell intensiv.

Postoperativ thorax ligger vegg i vegg med Generell intensiv. I den grad det ikke er hjertepasientene som bidrar til belegget på intensivpostene må denne lokaliseringen må ikke innebære at kapasiteten på denne funksjonen rammes særskilt. Det betyr også at dersom MIO og Generell intensiv har hjerteopererte pasienter, må Hjernteavdelinger på lik linje med andre også ta ned det elektive programmet

Tiltaket på trinn 4 må også forstås slik at en trenger å peke på noen konkrete ansvarlige som et første skritt. Ofte vil utfordringen være at en trenger litt tid til å områ seg og finne gode løsninger.

Trinn 5: Faglig overordnet prioritering, overgang til en beredskapssituasjon.

Ansvar: beredskapsledelsen

Kommentar:

Før en kommer hit er det full utnyttelse av sykehusets infrastruktur, både hva gjelder fysisk kapasitet og tilgjengelig kompetanse. Det er også iverksatt overføring til andre nivå både internt og eksternt mot andre sykehus og en reduksjon i det elektive programmet.

På dette nivået er det naturlig at beredskapsledelsen blir varslet. Hvilken respons dette vil utløse vil være litt avhengig av situasjonen.

På dette nivået blir det viktig at beredskapsledelsen iverksetter en faglig samlet vurdering av hvordan intensivressursene skal prioriteres i den situasjonen sykehuset er oppe i. Dette vil blant annet innebære en vurdering av prognosen for pasientene i intensivavsnittene. I denne situasjonen er det naturlig at beredskapsledelsen ber om råd fra de aktuelle kliniske lederne.

Retningslinjer når intensivkapasiteten er maksimalt utnyttet

Ikrafttredelse

Retningslinjene trer i kraft når intensivressursene er maksimalt utnyttet, dvs: Når de 4 plassene på MIO og de 8 (7) på KSK er belagt med intensivtrengende pasienter.

Tiltak

Trinn 1: Belegget kvalitetssikres for å sikre at intensivplassene vis a vis intermedierplassene er belagt med de riktige pasientene, inkludert i dette må det være gjort en vurdering av prognose for alle pasientene. Ansvar: Overlegene ved den enkelte intensiv- og overvåkningsenhet, jfr samarbeidsavtalene fra 2007.

Trinn 2: Vurdere overføring til Brannskadeenheten ved ledig kapasitet eller overføre bemanning fra Brannskadeenheten over på KSK eller MIO, slik at flere senger kan bemannes opp. Ansvar: Overlege/bakvakt på berørte klinikker.

Trinn 3: Kalle inn ekstravakter i lys av situasjonen på den enkelte intensivsenhet til å bemanne opp flere intensivsenger. Ansvar: Personalansvarlig på hver intensivsenhet.

Trinn 4: Kutt i elektivt program. Dette må skje i tråd med prioriteringsforskriften

Trinn 5: Faglig overordnet prioritering, overgang til en beredskapssituasjon.

Ansvar: beredskapsledelsen

Referanser: Samarbeidsavtaler

1. Samarbeidsavtaler vedrørende fordeling og flytting av pasienter mellom Plastikkirurgisk avdeling, Brannskadeavsnittet (BSA), Kirurgisk serviceklinikk, Intensivmedisinsk seksjon (INT) og Hjerteravdelingen, Medisinsk intensiv og overvåking (MIO). Mars 2004
2. Samarbeidsavtale mellom KSK/Intensivmedisinsk seksjon og Hjerteravdelingen/MIO, 17.04.09.
3. Pasientfordeling Intensiv og MIO, 15.06.07