 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Plan for kirurgisk prioritering i forbindelse med koronavirus pandemi	
	Kategori: Pasientbehandling/Smittevern	Dato gyldig til: 14.05.2021
	Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Samhandling	Versjon: 3.00
	Godkjenner: Hansen, Eivind	Retningslinje
Dok. ansvarlig: []	Dok.id: D62800	

Innhold

1	Bakgrunn for planen	1
2	Hensikt med kirurgiplanen.....	1
3	Planavgrensning	2
4	Plan for samarbeidsmøter mellom de opererende avdelingene	2
5	Forutsetninger for planoppbygging	3
6	Plan for nødvendig nedtrekk av operasjonsstuekapasitet.....	4
7	Plan for nedtrekk ved Utpostseksjonen, KSK.....	8

1 Bakgrunn for planen

a. Tidligere plan

Følgende plan erstatter den plan Beredskapsledelsen vedtok 11.03.2020, og som beskriver stegvise nedtrekk i elektiv aktivitet.

b. Hvorfor endring av plan

- i. Det ser ut til at casemixen av Covid 19+-pasienter medfører relativt flere intensivkrevende pasienter enn hva tidligere utgaver av pandemiplanen tok høyde for. Dette medfører med stor sannsynlighet at tilgjengelig kapasitet for ØH og nødvendig prognosesparende kirurgi reduseres raskere enn hva man tidligere forutså. Det har derfor blitt laget et planverk som skal frigjøre så mye kirurgisk kapasitet som mulig for regionalisert kirurgi ved HUS. Dette er beskrevet i [Organisering av kirurgisk virksomhet under koronavirus pandemi](#) med underplaner.
- ii. Ettersom den overordnede [Pandemiplan for Helse Bergen HF](#) er blitt endret, er det følgebehov for å oppdatere planen for kirurgisk prioritering internt på HUS

2 Hensikt med kirurgiplanen

Hensikten med planen er å optimalisere fordelingen av den tilgjengelige totale kirurgiske kapasitet ved HUS på en formålstjenlig måte.

[Prioriteringsforskriften](#) legges til grunn for prioriteringen. Videre skal kirurgiske og ortopediske pasienter sikres et faglig tilfredsstillende tilbud under de forutsetninger som er gitt av en nasjonal pandemisituasjon.

NB! – Dette er en plan – og må sees på som retningsgivende - det kan være grunner utenfor planen på alle tidspunkt som medfører at det må fravikes fra denne.

3 Planavgrensning

c. Planansvarlige

Følgende tentative plan er utarbeidet i samarbeid mellom KSK v/ N2-leder (Hanne Klausen) og Kirurgisk Prioritør (Christian Beisland).

d. Gyldighetsområde

Planen gjelder alle avdelinger/ klinikker som har operativ virksomhet og trenger anestesistjeneste fra KSK.

Inkluderte operasjonslokasjon er SOP, DKS,TKS, KK, Øye (pkt 6) og utpost (se punkt 7). Inkluderte N2 kliniske enheter er OT, Øye, HH-klinikken, Nevroklinikken, Kirurgisk Klinik, KK og Hjerteravdelingen. Disse enheter skal sørge for at egen ansvarlig prioritør er kjent for kirurgisk prioritør.

e. Gyldighetsperiode

Inntil videre

4 Plan for samarbeidsmøter mellom de opererende avdelingene

1. Praktisk gjennomføring:

Iht retningslinje for [Kirurgisk prioritør ved Haukeland universitetssjukehus](#) vil det bli avholdt daglige møter mellom kirurgisk prioritør og ledelsen ved KSK.

Møter avholdes daglig (man-fre):

kl. 14.45 – 15.00: møte mellom Kirurgisk Prioritør og ledelsen ved KSK

Kl. 15.00 – 15.15: møte mellom KSK/Kirurgisk Prioritør og de opererende enheter. Møtene holdes i Sentralblokken, 2. etasje, G-gangen, Urologisk møterom, evt. på video.

Ved behov inkluderes representant for Kysthospitalet Hagevik, Voss sjukehus og Haraldsplass diakonale sykehus.

Møtefrekvensen vil kunne tilpasses beredskapsnivå og trinn i pandemiplanen Helse-Bergen befinner seg. Dette vil gjøres i dialog med beredskapsledelsen.

2. Innhold på møtene:

a. Oppmøtekontroll fra alle avdelinger.

b. Informasjon fra KSK og Kirurgisk Prioritør om Pandemistatus/antall Covid+-pasienter på KSK-Intensiv. Ved endring av trinn i Pandemiplan Helse Bergen

(PP) KSK-steg vil det tas en grundig gjennomgang av implikasjoner for enhetene/ KSK-seksjonene.

Spesielt for de ulike dager:

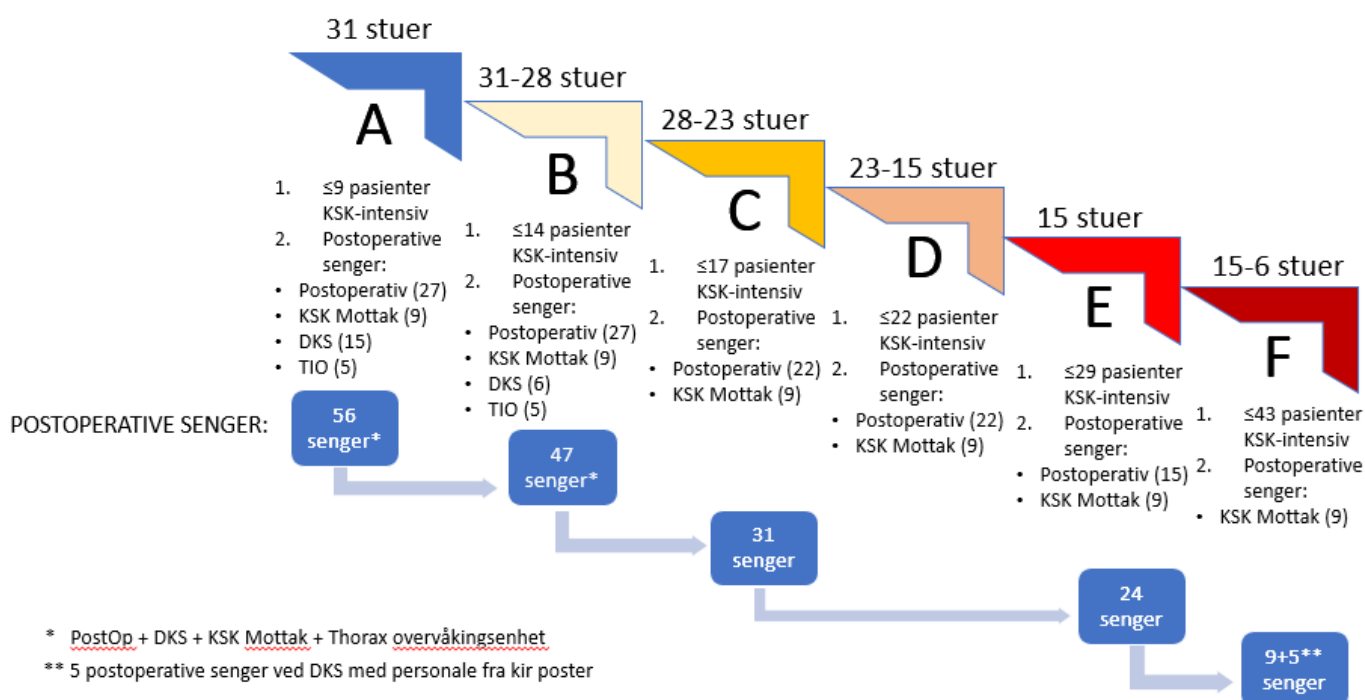
- i. **Mandager:** KSK melder fra til Kirurgisk Prioritør om tentativt stueantall for neste uke. Dette formidles til alle tilstedeværende.
 - ii. **Tirsdager:** evt endringer.
 - iii. **Onsdager:** evt endringer.
 - iv. **Torsdager:** Avsjekk av at alle har kontroll på neste uke, evt. har spesielle behov de ikke kan løse på egen seksjon.
Fra steg D (<23stuer per dag og >17 pandemipasienter ved KSK intensiv) - Plenums gjennomgang av alle oppsatte pasienter for kommende uke. Spesielt fokus på om noen trenger postoperativt intensivopphold I Steg E (PP-Trinn III/ KSK- steg E) vil dette skje fra dag til dag.
 - v. **Fredager:** evt endringer og avsjekk før helg.
 - vi. **Lørdag/Søndag:** ikke møter før i PP-Trinn III/ KSK-Fase 5
- c. Eventuelle problemstillinger fra alle avdelinger/ andre sykehus.

5 Forutsetninger for planoppbygging

Planen baserer seg på følgende forutsetninger:

- f. Pandemiplanens trinn (PP-Trinn 1,2,3)
- g. Steg A - F ved KSK Intensiv (Antall COVID-19 pasienter (steg A; < 5 , steg B 5 – 9, steg C 10 – 14, ; steg D 15-22, steg E; 23-29, steg F ; 30-43)) – se [Pandemiplan Kirurgisk serviceklinikk \(KSK\)](#)
- h. For hvert PP-Trinn/KSK-steg der dette tilsvarer ett beskrevet antall tilgjengelige operasjonsstuer medfører dette et steg i plan for kirurgisk prioritering, men med tillegg av et ekstra steg i nedtrekk ved SOP under KSK steg D. I dette steget er det en drastisk bemanningsmessig effekt på SOP først ved 17 covid-19-pasienter ved KSK-intensiv. Dette representerer derfor et ekstra steg i plan for kirurgisk prioritering.
- i. Utgangspunktet er at man ved normaldrift har tilgjengelig 31 stuer (27 SOP/DKS/TKS og 4 KK/ØYE) hver dag.
- j. Som utgangspunkt har man helt normal elektiv drift på alle steder unntatt DKS inntil man når PP-trinn II/ KSK-steg D Alle opererende enheter må ta høyde for at det inntreffer en endring fra vanlig praksis ved inngang til dette trinnet.

Figur 1 Nedtrappingsstige for operasjonsstuekapasitet



6 Plan for nødvendig nedtrekk av operasjonsstuekapasitet

A. PP-TRINN I / KSK- steg A og B – Inntil 9 Covid-/ikke-covid pasienter på KSK-intensiv

Lokalisering av operasjoner: Ordinære stuer (SOP, KK, ØYE, TKS, DKS)

Antall stuer anesteservice: Normalt antall (31)

Postoperativ fordeling: Postoperativ 27 senger, KSK Mottak 9 senger og DKS 15 senger og TIO 5 senger (TIO har 10 senger hvorav 3 er intensivsenger). Etersom det ved normaldrift mangler full bemanning til resterende 7, er det derfor av hensyn til robusthet i planen bare regnet med 5 postoperative senger ved TIO i steg A og B).

Prioriteringsansvar: Seksjons/ Avdelings-/ Klinik-vis

Kveld/ Natt: som ordinært

B. PP-TRINN I / KSK-steg C – Inntil 14 Covid-/ikke-covid pasienter på KSK-intensiv

Utløses: Når antallet Covid- / ikke-covidpasienter på KSK-Intensiv overstiger PP-trinn I/KSK-steg B og etter møte mellom Kirurgisk Prioritør og ledelsen ved KSK

Årsak til nedtrekk: behov for å doble ressurs til akuttcalling, konsekvens nedtrekk 3 stuer

Lokalisering av operasjoner: Ordinære stuer (SOP, KK, ØYE, TKS, DKS)

Antall stuer anesteservice: Min. 28 (max. 31) (inntil 10% reduksjon)

Postoperativ fordeling: Postoperativ 27 senger og KSK Mottak 9 senger, DKS 6 senger og TIO 5.

Reduksjon: Inntil 3-4 stuer/dag. Disse stenges ved DKS

Konsekvenser for KSK-seksjonene: Ved inngangen til trinnet må seksjonene være bemannet slik at man kan betjene det angitte antall stuer samt vanlig vaktordning.

Konsekvenser for samarbeidende sykehus: Ingen

Prioriteringsansvar: Seksjons/ Avdelings-/ Klinik-vis

Kveld/ Natt: som ordinært

C. PP-TRINN 2/ første del av KSK-steg D – Inntil 17 Covid+ på KSK-intensiv

Utløses: Når antallet Covid+-pasienter på KSK-Intensiv overstiger KSK-steg C og KSK Intensiv må ta i bruk nye arealer (postoperativ) og personellgrupper.

Lokalisering av operasjoner: Ordinære stuer (SOP, KK, ØYE, TKS, DKS)

Antall stuer anestesistervice: Min. 23,5 (max. 28) (inntil 24 % reduksjon)

Postoperativ fordeling: Postoperativ 22 senger og KSK Mottak 9 senger. Fra og med dette steget må plassering av tyngre postoperative pasienter avtales med intensivprioritør og fordeles på intensiv-/overvåkingsenheter med frigjort kapasitet og kompetanse. Dette medfører blant annet at TIO ikke lenger kan opprettholde et forhåndsbestemt, skjermet postoperativ kapasitet for Hjereteavdelingen. Dette betyr at Hjereteavdelingen aktivt må vurdere hvilke pasienter som må ligge på TIO postoperativt, hvilke som postoperativt kan ligge på MIO, eller eventuelt kan fordeles til «vanlig» postoperativ. Bruken av TIO til postoperativ overvåking må fra dette steg sees i sammenheng med totalt behov for intensiv og overvåkingskapasitet i foretaket. Slike vurderinger må påregnes å gjøres fra dag til dag eller uke til uke ut fra den til enhver tid aktuelle situasjon.

Inngangsfordeling: K1/K2: 9 ; OT: 5 ; HH: 5 ; TKS: 4 ; KK/ØYE: 4 ; DKS: 1

Reduksjon: Inntil 4,5 stuer pr dag i prioritert rekkefølge.

1. Videre nedstenging ved DKS (stenger 1 stue/dag)
2. OT - SOP (stenger inntil 2,5 stuer pr/dag)
3. K1/K2 (stenger 1 stue/dag)

Konsekvenser for KSK-seksjonene: Ved inngangen til trinnet må seksjonene være bemannet slik at man kan betjene det antall stuer samt vanlig vaktordning.

Konsekvenser for samarbeidende sykehus: Ved overgang til dette trinnet vil Kirurgisk Prioritør anbefale at beredskapsledelsen iverksetter den del av [Organisering av kirurgisk virksomhet under koronavirus pandemi](#) med [Detaljplan for ØH-ortopedi under koronaviruspandemi](#) som innebærer at ortopedisk ØH-pasienter overføres til Kysthospitalet i Hagavik

Prioriteringsansvar: Seksjons/ Avdelings-/ Klinik-vis

Kveld/ Natt: som ordinært

D. PP-TRINN 2/ KSK-steg D – Inntil 22 Covid+ på KSK-intensiv

Utløses: Når antallet Covid+-pasienter på KSK-Intensiv overstiger /KSK-steg D og KSK Intensiv må ta i bruk nye arealer (postoperativ) og personellgrupper.

Lokalisering av operasjoner: Ordinære stuer (SOP, KK, ØYE, TKS)

Antall stuer anestesistervice: Min. 15(max. 23,5) (inntil 52 % reduksjon)

Postoperativ fordeling: Postoperativ 22 senger og KSK Mottak 9 senger. Tyngre pasienter fordeles via intensivprioritør.

Inngangsfordeling: K1/K2: 8 ; OT: 2,5 ; HH: 5 ; TKS: 4 ; KK/ØYE: 4

Videre reduksjon i dette KSK steget: Inntil 8,5 stuer pr dag i prioritert rekkefølge (nr 1 stenges først):

1. KK/Øye (stenger 1 stue/dag)
2. TKS (stenger 1 stue/dag)
3. HH (stenger 1 stue/dag)
4. OT - SOP (stenger 0,5 stuer/dag)
5. K1/K2 (stenger 1 stue/dag)
6. KK/Øye (stenger 1 stue/dag)
7. TKS (stenger 1 stue/dag)
8. HH (stenger 1 stue/dag)
9. K1/K2 (stenger 1 stue/dag)

Konsekvenser for KSK-seksjonene: Ved inngangen til trinnet må seksjonene være bemannet slik at man kan betjene det antall stuer samt vanlig vaktordning.

Konsekvenser for samarbeidende sykehus: Ved overgang til dette trinnet vil Kirurgisk Prioritør anbefale at beredskapsledelsen iverksetter den del av [Organisering av kirurgisk virksomhet under koronavirus pandemi](#) med [Detaljplan for ØH gastrokirurgi ved koronaviruspandemi](#) som innebærer at ØH-Gastrokirurgi overføres til HDS og at opptaksområdet for Voss Sjukehus for ØH-Gastrokirurgi utvides.

Prioriteringsansvar: Seksjons/ Avdelings-/ Klinik-k-vis. Fra dette trinnet vil alle planlagte pasienter til neste uke regelmessig bli gjennomgått i plenum torsdagen før på 15.00-møtet.

Kveld/ Natt: som ordinært

E. PP-TRINN III / KSK-steg E – Inntil 29 Covid+ på KSK-intensiv

Utløses: Når antallet Covid+-pasienter på KSK-Intensiv overstiger KSK-steg E og KSK Intensiv må ta i bruk inntil 12 senger på postoperativ avdeling og nye personellgrupper.

Lokalisering av operasjoner: Ordinære stuer (SOP, KK, ØYE, TKS)

Antall stuer anesteservice: 15 (52 % reduksjon)

Postoperativ fordeling: Postoperativ 15 senger og KSK Mottak 9 senger. Tyngre pasienter fordeles via intensivprioritør.

Inngangsfordeling: K1/K2: 6 ; OT: 2 ; HH: 3 ; TKS: 2 ; KK/ØYE: 2

Reduksjon: Ingen

Konsekvenser for KSK-seksjonene: Ved inngangen til trinnet må seksjonene være bemannet slik at man kan betjene det antall stuer samt vanlig vaktordning.

Konsekvenser for samarbeidende sykehus: Tidligere overføringer av oppgaver opprettholdes

Konsekvenser for kirurgiske pasienter: Det antas at man på dette nivået vil måtte nedprioritere en del pasientgrupper med prognosetap. På dette nivået har man mindre kapasitet enn under vanlig sommeravvikling.

Prioriteringsansvar: Seksjons/ Avdelings-/ Klinik-vis. Alle planlagte pasienter til neste uke vil regelmessig bli gjennomgått i plenum torsdagen før på 15.00-møtet.

Kveld/ Natt: som ordinært

F. PP-TRINN III / KSK-steg F – Inntil 44 Covid+ på KSK-intensiv

Utløses: Når antallet Covid+-pasienter på Intensiv overstiger PP-trinn III/KSK-Fase 4 og KSK Intensiv må ta i bruk nye personellgrupper og hele postoperativ avdeling.

Lokalisering av operasjoner: Ordinære stuer (SOP, KK, ØYE, TKS)

Antall stuer anestesistervice: Min. 6+ (max. 15) (inntil 80 % reduksjon)

Postoperativ fordeling: KSK Mottak 9 senger. 5 ekstra postoperative senger opprettes ved DKS med

personale fra poster ved opererende enheter. Gjennomføres ved at personale fra kirurgiske poliklinikker trekkes til sengeposter og erfarent personell fra sengeposter (som har mindre belastning i dette trinnet av planen) disponeres til postoperativ overvåking av de minst krevende pasientene. Tyngre pasienter fordeles via intensivprioritør.

Inngangsfordeling: K1/K2: 6 ; OT: 2 ; HH: 3 ; TKS: 2 ; KK/ØYE: 2

Reduksjon: Inntil 8,5 stuer pr dag i prioritert rekkefølge.

1. OT - SOP (stenger 1 stue/dag)
2. K1/K2 (stenger 1 stue/dag)
3. HH (stenger 1 stue/dag)
4. K1/K2 (stenger 1 stue/dag)
5. KK/Øye (stenger 0,5 stue/dag)

Ytterligere nedtrekk fra følgende fordeling: K1/K2: 4 ; OT: 1 ; HH: 2 ; TKS: 2 ; KK/ØYE: 1+, vil baseres på behov fremsatt i møtene mellom kirurgisk prioritør, avdelingenes prioritører og KSK.

Konsekvenser for KSK-seksjonene: Ved inngangen til trinnet må seksjonene være bemannet slik at man kan betjene det antall stuer samt vanlig vaktordning. Når man kommer ned mot 10 stuer, må K1/K2, TKS, KK, HH og OT ha robust bemanning for dagtid. Det planlegges for 3 (kveld) og 2 (natt) på SOP 1+ på KK og 1 på TKS. **Alle vaktlag må være forberedt på å bidra ved operasjoner man sjeldent er med på ellers**

Konsekvenser for samarbeidende sykehus: Tidligere overføringer av oppgaver opprettholdes

Konsekvenser for kirurgiske pasienter: Dersom vi kommer til dette trinn, så vil det i stor grad ramme den kirurgiske aktiviteten ved HUS. Det antas ut ifra foreløpige beregninger at man vil maksimalt kunne opprettholde 5(-6) døgnkontinuerlige operasjonslinjer, samt beredskap for keisersnitt. Pasientene vil kunne tas hånd om postoperativt på TIO/MIO/BSA noe som gjør at man ikke får opphold i operasjonsaktiviteten. Disse vil imidlertid ikke kunne ha langvarige intensivopphold uten at dette går utover operativ kapasitet.

Med en så liten kapasiteten antas det at man kun kan ta hånd om reelle ØH-operasjoner (Blødninger, Perforasjoner, multitraume etc) etter hvert som de oppstår. Det vil ikke bli kapasitet til noe som **kan vente**. Det er derfor sannsynlig at mange

pasienter av med hastegrad like under ØH, ikke vil få noe reelt tilbud gitt denne operative kapasiteten.

Dette vil være en stor gruppe kirurgiske pasienter hvor det må antas at prognosetapet vil være signifikant. Grunnet manglende intensivkapasitet er det fare for at pasienter med mulig behov for postoperativt intensivopphold vil bli prioritert ned, til fordel for Covid+-pasienter. I en slik situasjon uten dedikerte intensivplasser til andre pasientgrupper enn Covid-19, er det en fare for underprioritering av pasientgrupper med større prognosetap enn Covid-19 – pasientene.

Prioriteringsansvar: Vil gradvis endre seg gjennom trinnet.

1. Seksjons/ Avdelings-/ Klinik-vis. Alle planlagte pasienter til neste uke vil regelmessig bli gjennomgått i plenum torsdagen før på 15.00-møtet.
2. Når kapasiteten blir redusert ned <10 stuer/dag vil Kirurgisk Prioritør (med team) vil være på huset og prioritere på tvers av avd. /enheter kontinuerlig (365/24/7) i henhold til tilgjengelige operative ressurser.

Kveld/ Natt: etter prioritet styrt av Kirurgisk Prioritør.

7 Plan for nedtrekk ved Utpostseksjonen, KSK

Utpostseksjonen har anestesivirksomhet på 36 ulike steder på HUS. Aktiviteten omfatter bl.a ØNH-DKE, medisinsk undersøkelse, ECT, elektrokonverteringer, SVK, tannbehandling, radiologisk avdeling og barneklubben. I tillegg har seksjonen ansvar for akuttcalling på dagtid.

En stor del av virksomheten er å gi narkose til barn som skal ha ulike behandlinger og undersøkelser.

I steg C, når akutteamet dobles, reduserer utpost sin aktivitet ved ØNH-DKE, og tar alt ansvar for akuttcallingen (x2) på dagtid, ukedager. I steg D opphører alt anestesitilbud. Det vurderes om den postoperative enheten v/ØNH-DKE stenges, og personalet 3,7 ÅV, overføres til postoperativ seksjon. Anestesispykepleiere, 3 ÅV, overføres til SOP.

Utpost prioriterer heretter anestesi til barn, akutte utredninger ved medisinsk us., og radiologiske undersøker og intervensjoner. I tillegg opprettholdes anestesitilbud til pågående ECT behandling.

I steg E overføres ytterligere 2 anestesispykepleiere til SOP. Kun akuttvirksomhet opprettholdes ved Utpostseksjonen.

FLYTSKJEMA NEDTREKK AV OPERASJONSKAPASITET UNDER COVID-19 PANDEMI

