

Beskrivelse av legesamarbeid mellom OPIN- leger og leger fra andre klinikker i intensivbehandling av COVID-19 pasienter

Scenario:

FHI scenario fra 2403 beregner en maksimal prevalens på intensivinnleggelser av COVID-19 pasienter nasjonalt på mellom 600 og 1200. Dvs ca 54-108 for Helse Nord.

Ut i fra dette har UNN fått i oppdrag å legge detaljerte planer for 44 respiratorplasser inkl Harstad og Narvik. Det er ikke tatt tilstrekkelig høyde for UNN regionsykehusfunksjon i dette tallet. Vi oppfatter også at lokalsykehusene har en mer sårbar drift enn UNN Tromsø.

Derfor planlegger vi for 44 COVID-19 respiratorplasser ved UNN Tromsø (inkl. 5 isolater på A9). I tillegg til 11 vanlige intensivplasser, inkl 6 resp plasser på A9.

Bemanningsstruktur:

Leger fra andre klinikker er primært tenkt å delta i dagtidsarbeidet rundt intensivpasienten. Vi planlegger å lage team av sykepleiere og leger som har ansvar for 7-8 pasienter. Fordelt på 2 team ved A9 (ikke COVID + uavklarte på isolat), 3 team på A7 (COVID kohort 1) og 2 team på B7 (COVID kohort 2). Sykepleierteamene vil bestå av int. sykepleiere, anestesisykepleiere, off. godkjente sykepleiere og operasjonsykepleiere.

Legebemanningen pr team i et fullskalascenario vil på dagtid bestå av:

- 1 overlege anestesi
- 1 LIS anestesi
- 2 leger fra HLK (kardiologer), BUK eller andre klinikker.

I tillegg vil det være en overlege fra OPIN som koordinerer på hhv A7 og B7. En av disse vil ha ansvar for kommunikasjon med de øvrige intensivavdelingene i regionen (COVID-19 telefonen 69916)

På vakttid vil OPIN ha 4 nye tilstedevaktsjikt (2 på A7 og 2 på B7).

Det vil opprettes et COVID A-vaktsjikt og et COVID akuttkardiologivaktsjikt (HLK)

Premisser for samarbeid mellom legene

- Alle personellgrupper vil oppleve betydelig oppgaveglidning.
- Akuttkardiologer og erfarne barneleger er vant til intensivarbeid og er de nærmeste til å støtte anestesilegene i arbeidet med COVID-19 pasienter.
- Smitteverntiltakene gjør arbeidet mer krevende fysisk og psykisk
- Det blir liten grad av konkurrerende oppgaver. Alle jobber 100% klinisk.
- Det er et tydelig hierarki der den mest erfarne anestesilegen i teamet fordeler pasienter og oppgaver, og beslutter endelig behandlingsstrategi. Så følger LIS anestesi og deretter legene fra andre klinikker.
- Det må presiseres at ikke alle pasientene vil lide av COVID-19 lungesvikt. Noen pasienter vil det være naturlig at HLK legen har øverste beslutningsmyndighet for. Dette avklares ved arbeidsdagens start.

Premisser for intensivbehandling av COVID-sykdom

- Tålmodighet og disiplin.
- Støttende behandling
- Identifisere komplikasjoner og iverksette behandling
- Lungeprotektiv ventilasjon
- Hold pasientene tørre. Kontroll på væske- og vektbalanse.

Arbeidsflyt leger:

- 0740- rapport, A3- 716.
- 0810-Teambrief og pasientfordeling ved teamleder
- Innslusing
- Visitt: Hver lege tilser 1-3 pasienter. Visitgående lege har ansvar for å konferere med anestesilege om endringer i pas. status og behandling.

Sjekkliste/mal for intensiv journalnotat. Gjennomgang av lab, rtg., somatisk us., gjennomgang av siste døgns intensivskjema med intensivsykepleier og beskrive mål for vitalia.

N Intensivdøgn. N Respiratordøgn. Bukleie fom./tom. CVVHDF

- Symptomdebut. Tidlige sykdommer. Kort oppsummering av forløp, som daglig oppdateres (Ikke legge til uredigert fra forrige dags notat).
- CNS: RASS. Sedasjon i bruk/opp eller nedjustering. Muskelblokker. Pupiller (mm) og lysreaksjon.
- Pulm: TK/TS Trykk/PEEP, RR, TV, I:E, PEEPtotal, Pplat, Cstat, FiO2, PaO2. Dyssynkroni? Ausk. Funn. Rtg. Funn. Ultralyd funn. Endringer.
- Sirk: SR/AF frekvens. MAP>. Dob, NA, vasopressin, nitroglyc/nitropruss. Ekko cor/PICCO/SG.
- N/E: DD (Døgndiurese), Væskebalanse (VB) +/-, vekt +/- etter furosemid total mg siste døgn. Total VB og vektbalanse. Evt. CVVHDF m/citrat. Elektrolyttforstyrrelser. Supplement gitt.
- GIT: Ventrikkelretensjon? Avføring? (Sist avføring), Ernæring (Enteral, parenteral, miks).
- Inf. Temp. (siste døgn Maks, trend). Leuk, CRP utvikling. Antibiotika fom. og tom. Mikrobiologi med dato og oppvekst.

Vurdering og plan:

Konferert med anestesilege NN. Hvor er pasienten i intensivforløpet (langsiktig plan)
Oppsummering status og vurdering av utfordring for vakt og forslag til evt. Løsning.

- Kl 1100: Infeksjonsmøte
- Kl 1130: Behandlingsmøte:
- 1230-1500: Prosedyrer, supplerende diagnostikk, journalnotat osv.
- Utslusing
- 1500-1530.Rapport
- 1530-1600: debrief