

Intensivmedisinsk behandling er kostbart for sykehuset og belastende for pasientene. Både for pasienten og for samfunnet er det av vital betydning at organiseringen er god

Intensivmedisinen og dens utfordringer

■ Intensivpasienten har truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner. Organsvikten må være helt eller delvis reversibel (1). I intensivenehetene er det døgnkontinuerlig beredskap med spesialkompetente leger og sykepleiere som kontinuerlig overvåker vitale funksjoner og gir avansert organunderstøttende behandling. Hva skiller intensivmedisin fra andre medisinske fagfelter? Slående for dem som besøker intensiveneheten, er den store mengden avansert medisinskteknisk utstyr og et høyt antall helsepersonell i forhold til pasienter. Et annet skille går på alvorligheten av sykdom. Siden intensivplasser er en knapp og kostbar ressurs, vil pasienter med størst behov for overvåking og organunderstøttende behandling prioriteres (2). En prinsipiell forskjell mellom intensivmedisin og andre spesialiteter er at intensivmedisin er faglig orientert mot organfunksjoner. En intensivlege vurderer grad av organsvikt og setter inn tiltak rettet mot respirasjon, sirkulasjon, nyrefunksjon, leverfunksjon, sentralnervesystemet og koagulasjon. I tillegg vil understøttende behandling omfatte ernæring, sedasjon, smertebehandling, decubitusprofylakse og behandling av interkurrense infeksjoner. Andre spesialiteter har tradisjonelt vært mer rettet mot å diagnostisere og behandle sykdommer. I praksis er selvsagt ikke behandling todelt mellom intensivlegen og lege fra behandlende avdeling. Intensivlegen er også opptatt av å avdekke og behandle sykdom som fører til organsvikt og lege fra behandlende avdeling er også opptatt av pasientens status med henblikk på organfunksjoner.

For pasienter og pårørende kan oppholdet på intensiveneheten oppleves som dramatisk. Sykdom eller skade kommer ofte uventet og kan være livstruende. Pasienten blir utsatt for tallrike prosedyrer og medikamenter. Omgivelsene er preget av støy fra utstyr, hendelser som angår andre pasienter og den døgnkontinuerlige tilstedeværelse av personale. Mange pasienter utvikler akutt delirium. Flertallet av pasientene er ikke i stand til å ta beslutninger vedrørende egen helse. Dette gir en ekstra utfordring for pårørende som på vegne av pasienten må diskutere behandlingen med legen, f.eks. om det er riktig å fortsette livsforlengende behandling. Tre av fire dødsfall på intensivavdelinger skjer etter at man konkluderer med at muligheten for overlevelse er så minimal at det ikke er etisk riktig å utsette pasienten for ytterligere intensivmedisinske tiltak. Intensivmedisinens daglig virke er således ikke bare sentrert om medikamenter og annen behandling, men også om prognostiske og etiske vurderinger (3).

Det er dokumentert at noen intensivpasienter tjener på overflytting til større sykehus med et bredere behandlingstilbud (4). De store sykehusene har flere pasienter og får derved et større erfaringsgrunnlag. Internasjonale studier viser at overlevelse, spesielt for de mest alvorlig syke, har sammenheng med størrelse på avdelingene (5). Store avdelinger gir også rom for egne vaktlinjer med leger spesialisert i intensivmedisin. De store sykehusene har dessuten bedre tilgang på andre spesialiteter og tjenester. I Norge er de fleste intensivavdelinger organisert slik at den intensivmedisinske innsatsen styres av leger tilknyttet intensiveneheten og ikke av leger fra pasientens moderavdeling. Studier viser at modellen valgt i Norge gir best resultater (6). Årsaker til dette kan være at det er vanskelig å være spisskompetent på flere fagfelter, f.eks. både kirurgi og intensivmedisin. Dessuten krever pasientene tett oppfølging gjennom hele døgnet, noe som blir vanskelig for leger som har hovedtyngden av sine arbeidsoppgaver utenfor intensivavdelingen.

I Norge er leger tilknyttet intensivavdelinger oftest spesialister i anesthesiologi, mens i mange land har intensivleger en annen faglig bakgrunn. God intensivmedisin handler uansett om temaer som omfatter mange spesialiteter, slik som patofysiologi, infeksjonssykdommer, hjertemedisin, lungemedisin, nevrologi og anesthesiologiske teknikker. Norsk anestesi har tradisjonelt fire fagområder: anestesi, intensivmedisin, akuttmedisin og smertebehandling. Ved å ha leger med innsikt i disse fagfeltene vil man ved mindre og mellomstore sykehus sikre seg en vaktberedskap med en bred kompetanse. Dette er gunstig når sykehusets størrelse ikke tilsier mange parallelle vaktlinjer. Ved store sykehus har intensivmedisin utviklet seg til et eget fagområde, og for nye leger er det vanlig å gjennomføre den skandinaviske utdanningen i intensivmedisin.

Norsk Intensivregister registrerte i 2007 10 983 pasienter (2). Det reelle tallet er høyere siden noen enheter (blant annet de fleste intermediaærenheter) ikke rapporterer til registeret. I USA ble i 2000 13 % av sykehuskostnader brukt til intensivmedisin (7). Dette illustrerer at intensivmedisin er av stor betydning i nasjonal helseplanlegging. Viktige forhold som bør avklares er faglige og organisatoriske krav til innholdet i norsk intensivmedisin, i hvor stor grad denne virksomheten skal sentraliseres og funksjonsfordelingen mellom intensivavdelinger. Enkelte helseregioner har utredet organisering av intensivmedisin, men det foreligger ingen planer om å lage en nasjonal utredning tilsvarende det som finnes i andre land (8). Kan en av grunnene være at intensivmedisinere har vært lite synlige utenfor eget fagmiljø? Håpet er at temaserien om intensivmedisin som innledes i dette nummer av Tidsskriftet, kan bidra til større oppmerksomhet om faget også utenfor spesialistenes rekke.

Pål Klepstad

pal.klepstad@ntnu.no

Pål Klepstad (f. 1962) er avdelingsjef ved Intensivavdelingen ved St. Olavs hospital og professor ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Standard for intensivmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 2001. www.legeforeningen.no/id/2678.0 (4.12.2009).
- Norsk Intensivregister. Årsrapport 2007. www.intensivregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=z6%2B118xZ551%3D&tabid=55&mid=377 (4.12.2009).
- Klepstad P, Peterson J. Palliasjon på en intensiv avdeling. Kaasa S, red. Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2008: 229–39.
- Kahn JM, Linde-Zwirble WT, Wunsch H et al. Potential value of regionalized intensive care for mechanically ventilated medical patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 177: 285–91.
- Kahn JK, Goss CH, Heagerty PJ et al. Hospital volume and the outcomes of mechanical ventilation. *N Engl J Med* 2006; 355: 41–50.
- Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T et al. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a system review. *JAMA* 2002; 288: 2151–62.
- Halpern NA, Pastores SM, Greenstein RJ. Critical care medicine in the United States 1985–2000: an analysis of bed numbers, use, and costs. *Crit Care Med* 2004; 32: 1254–9.
- Intensiv terapi – definisjoner, dokumentation og visitationsprinsipper. København: Sundhedsstyrelsen, 2006. www.sst.dk/publ/PUBL2006/PLAN/Intensiv_terapi.pdf (9.10.2008).