

Pasienter i norske intensivavdelinger

Intensivmedisin er et ungt spesialområde og et godt eksempel på sammensmelting av tradisjonelle medisinske spesialiteter. Faget er multidisiplinært. Kirurger, indremedisinere, barneleger og andre er i tillegg til anestesileger involvert i arbeidet med intensivpasientene. Alle er meningsberettiget, noe som belyses i to artikler i dette nummer av Tidsskriftet (1, 2)

Det at et fagområde er sammensatt, gjør utforming og organisering til en utfordring. Som et ledd i dette arbeidet nedsatte Den norske lægeforening i 1997 en arbeidsgruppe fra ulike medisinske fagfelter for å bearbeide et utkast fra Norsk anesthesiologisk forening kalt Standard for intensivmedisin. Det endelige dokument ble etter en høringsrunde vedtatt av sentralstyret i Legeforeningen (3).

Standard for intensivmedisin anbefaler at generelle intensivavsnitt, det vil si de som behandler kritisk syke pasienter fra ulike kliniske avdelinger, legges under anesthesiavdelingen, men at sengene defineres som tekniske. På denne måten er pasienten også under intensivoppholdet innskrevet ved en klinisk sengeavdeling. Standard for intensivmedisin anbefaler også kriterier for bemanning, utstyr og utforming av intensivenheter samt kvalifikasjoner til medisinsk leder. I tillegg diskuteres også det medisinske ansvarsbegrepet. Etter at dette dokumentet ble vedtatt, har videre diskusjon mye dreid seg om definisjoner og fordeling av ansvar. Denne debatten sammen med at sentralstyret hadde vedtatt at Standard for intensivmedisin skulle revideres etter to år, førte til at utvalget sluttførte dette arbeidet i 1999. Den reviderte Standard for intensivmedisin er ennå ikke godkjent i påvente av forskriftene til de nye helselovene.

Ansvar er et begrep under stadig diskusjon og omforming. Etter de nye helselovene innføres begrepet pasientansvarlig lege (4), samtidig som alt helsepersonell får et økt krav til faglig forsvarlighet (ansvar) (5). Leger er ikke automatisk ansvarlig for handlinger utført av annet helsepersonell, og heller ikke for hverandres. Ansvar for intensivpasienten i denne sammenheng må bli både fragmentert og komplisert, og lar seg vanskelig detaljbeskrive. Forskriftene til lov om spesialisthelsetjenesten har til en viss grad tatt hensyn til dette ved å hevde at pasientansvarlig lege ikke nødvendigvis har det medisinske ansvaret for pasienten (4). Dette kan overtas av andre leger hvis sykdommen krever det. Intensivpasienten vil altså ha en pasientansvarlig lege (med ansvar for kontinuitet og oppfølging) samtidig som en eller flere leger i tillegg har et medisinsk-faglig ansvar. I tillegg har anesthesiavdelingen et

ansvar som tilrettelegger for intensivvirksomheten (systemansvar). Denne situasjonen ligger dessverre godt til rette for å «problematiseres» ansvarsbegrepet. Hvem har det «overordnede medisinske ansvar» eller det «avgjørende ord»? I denne situasjonen blir det viktig å lage samarbeidsmodeller for å utøve dette ansvaret tilpasset både de lokale forhold og lovens krav til forsvarlighet og ansvar. Det er i dag ingen enkelt person som kan stå eneansvarlig for alt som skjer i en intensivavdeling, like lite som en kirurg kan være ansvarlig for alle operasjoner som foretas ved en operasjonsavdeling. Her er det mer fornuftig å finne praktiske løsninger heller enn å være opptatt av problemer.

En spørreundersøkelse blant direktører og avdelingsoverleger om Standard for intensivmedisin er utgangspunktet for to artikler i dette nummer av Tidsskriftet. Nils Smith-Erichsen & Audun Fredriksen viser at dokumentet generelt er lite kjent og enda mindre brukt i våre sykehus (1). Med få unntak er de generelle intensivavdelinger administrativt underlagt anesthesiavdelingen. Det fremkommer en uenighet om hvor det medisinsk-faglige ansvaret er plassert, selv om et flertall mener det ligger hos lege ved den kliniske avdeling hvor pasienten er innlagt (i artikkelen delvis referert til som avdelingsoverlegen). I den andre artikkelen (2) kan opplysningene tyde på at legebemanningen ved intensivavsnitt er for lav, og ikke følger de anbefalinger gitt i Standard for intensivmedisin (6). I det dokumentet anbefales det at legebemanningen beregnes ut fra omfanget av respiratorbehandling. Om denne slavisk skal følge antall respiratordøgn kan diskuteres, men at det ved en intensivavdeling må være tilstedevakt av lege som blant annet behersker intubering og grunnleggende respiratorbehandling bør ikke være kontroversielt. I så henseende er det nedslående å lese en rapport fra Statens helsetilsyn om at det fortsatt er flere sykehus som ikke fyller dette behov (7). Tall fra denne rapporten og fra artikkelen tyder på at mange sykehus har et stykke igjen før de fyller selv grunnleggende krav til kompetanse og bemanning av intensivavdelinger.

Det blir en utfordring å lage gode modeller for så vel organisering som medisinsk-faglig ansvar for intensivpasienter. Disse modeller må i størst mulig grad ha forankring og forståelse i de aktuelle fagmiljøer. Slik sett er det viktig å fortsette arbeidet med Standard for intensivmedisin. Vel så viktig er det å gjøre dette dokumentet tilgjengelig og kjent. Derfor burde også sist reviderte versjon av Standard for intensivmedisin (1999) være å finne på Legeforeningens in-

ternettsider selv om dokumentet ennå ikke er godkjent. Samtidig er det viktig at innholdet i størst mulig grad blir forpliktende for sykehusene. Her er det en fare for at dokumentet blir oppfattet som et partsinnlegg fra en fagforening. Av den grunn bør vi arbeide for at Standard for intensivmedisin også følges opp med anbefalinger fra sentrale helsemyndigheter, som for eksempel i form av en veileder i intensivmedisin fra Statens helse-tilsyn. Trolig vil en slik veileder ha en større tyngde overfor så vel sykehuseier som lokal administrasjon. I tillegg ville et slikt arbeid kunne engasjere annet helsepersonell som også er viktige i intensivmedisin.

Hans Flaatten
hkfl@haukeland.no
Seksjon for intensivmedisin
Anestesi og intensivavdeling
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

Hans Flaatten (f. 1951) er spesialist i anestesi og intensivmedisin. Foruten arbeidet som intensivlege i ti år har han i det siste også arbeidet for en felles nordisk plattform for utdanning innen intensivmedisin.

Litteratur

1. Smith-Erichsen N, Fredriksen A. Organisering og ledelse av norske intensivavsnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 691–3.
2. Fredriksen A. Aktivitet og legebemanning ved intensivavsnitt i Norge – fortsatt behov for bedre registrering. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 694–7.
3. Standard for intensivmedisin. [www.legeforeningen.no/Standard for intensivmedisin.htm](http://www.legeforeningen.no/Standard%20for%20intensivmedisin.htm).
4. Lov av 2. juli 1999 nr. 61. Om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-7. Om pasientansvarlig lege.
5. Lov av 2. juli 1999 nr. 61. Om helsepersonell m.m. § 4. Forsvarlighet.
6. Forskrift om pasientansvarlig lege. www.lovdata.no/for/sf/so/ho-20001201-1218.html.
7. Kartlegging av kapasitets- og driftsforhold ved intensivavdelingene. Gjennomgang av landets sykehus – Delrapport 2. Oslo: Statens helse-tilsyn, 1999. www.helsetilsynet.no/trykksak/belegg98/intensiv.pdf.