
Syk, men ikke syk nok

LEDER

KNUT ANDERS MOSEVOLL

knut.mosevoll@uib.no

Knut Anders Mosevoll (f. 1975) er ph.d. og lege i spesialisering i infeksjonsmedisin ved Medisinsk avdeling, Infeksjonsmedisinsk seksjon, Haukeland universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Overvåkningsavdelinger på sykehus er viktige for behandling og pleie av alvorlig syke pasienter som ikke trenger full intensivovervåkning, men som er for dårlige til å tas hånd om på vanlig sengepost.

Alle som går i vakt ved norske sykehus som behandler alvorlig syke pasienter, kjenner til utfordringen med å avgjøre hvem som har behov for, og nytte av, opphold på intensiv- eller overvåkningsavdeling, og deretter finne plass til disse pasientene. Kunnskap om epidemiologiske forhold er viktig for planlegging av behandlingskapasitet ved slike avdelinger, og kjennskap til prognostiske faktorer er avgjørende for å sikre best mulig behandling av den enkelte pasient.

I artikkelen *Epidemiologi og prognoser i en medisinsk overvåkningsavdeling* presenterer Morland og medforfattere en nyttig beskrivelse av indremedisinske sykdomstilstander i en overvåkningsavdeling ved Akershus universitetssykehus (1). Lunge- og infeksjonssykdommer var den hyppigste innleggingsårsaken i løpet av året som studien pågikk. Høyest mortalitet hadde eldre pasienter, pasienter med infeksjoner, komorbide lidelser og pasienter som var overflyttet til overvåkningsavdeling fra en annen sengepost.

Studien viste at pasientene ved en overvåkningsavdeling på et stort universitetssykehus hadde like alvorlig sykdom som pasienter ved intensivavdelinger på lokalsykehus. Disse funnene er i overensstemmelse med data fra norsk intensivregister (2) og bekrefter også inntrykket fra studier utført ved Haukeland universitetssykehus (3, 4). Data fra slike studier må imidlertid alltid vurderes i lys av lokale forhold, da ulike sykehus organiserer overvåknings- og intensivavdelinger forskjellig (2, 5, 6). Ved Akershus

universitetssykehus legges de fleste hjertepasientene med behov for tett oppfølging i en egen overvåkningsavdeling, noe som forklarer den lave andelen kardiologiske problemstillinger registrert i studien derfra.

Systematisk registrering av årsaker til innleggelser, sykdomsforløp og prognose slik som det er utført av Morland og medarbeidere, er viktig for å bedre kvaliteten på norske overvåkningsavdelinger. Den høye mortaliteten ved infeksjonssykdommer ved en overvåkningsavdeling understøtter Helsedirektoratets søkelys på sepsis i form av landsomfattende tilsyn de siste årene. Tilsynene har påvist betydelig forbedringspotensial for sepsisbehandling i norske sykehus (7). At pasienter som var overflyttet fra andre avdelinger hadde høyere mortalitet enn de som ble innlagt på overvåkningsavdelingen direkte fra akuttmottaket, støtter også Helsedirektoratets konklusjon om at tegn på organsvikt ikke blir oppdaget tidlig nok i norske sykehusavdelinger.

Overvåkningsavdelingen i Morland og medarbeideres studie hadde både indremedisinere og anestesileger i avdelingen, noe forfatterne mente hadde vært viktig for de gode behandlingsresultatene (1). Intensivavdelinger ved større sykehus i de nordiske landene har primært anestesileger i den faste staben, i motsetning til mange andre europeiske land (2). Anestesileger har derfor ofte hovedansvaret ved behandling av alvorlige organsviktilstander, selv om de kan ha behov for støtte fra andre spesialiteter som indremedisin. God samhandling mellom anestesileger og indremedisinere er vesentlig ved behandling av de mest kompliserte indremedisinske pasientene. Spesielt for pasientene med dårligst prognose er dette avgjørende når man skal fatte beslutninger om hvilken behandling som skal settes i gang, og hvilket behandlingsnivå man skal legge seg på.

Erfaring fra overvåknings- og intensivavdelinger er avgjørende for leger i spesialisering både innen indremedisin og anestesi. For leger i spesialisering i indremedisin er opplæring om behandling av organsvikt fra spesialister i anestesi vesentlig, mens for leger i spesialisering i anestesi er det avgjørende å få god kunnskap om mer kompliserte indremedisinske tilstander.

Kunnskap om og behandling av organsvikt er også vesentlig for håndtering av pasienter på ordinære sengeposter. Ikke minst er det viktig, som Morland og medarbeidere peker på, å være oppmerksom på faren for overbehandling. Dette gjelder i større grad med økende alder i befolkningen (8, 9). Når er det riktig å gi behandling, og når vil det være uetisk å gi behandling? Spørsmålet er ikke alltid lett å besvare og må vurderes individuelt for hver pasient.

Det er ikke overraskende at resultatene tyder på at medisinske overvåkningsavdelinger kan avlaste intensivavdelinger. Pasienter som er for dårlige til å ligge på ordinære sengeposter, men som ikke trenger intensivbehandling, blir noen ganger overflyttet til intensivavdeling fordi det ikke finnes noe alternativ. Medisinske overvåkningsavdelinger fyller en viktig rolle i slike situasjoner. Samtidig kan pasienter flyttes tidligere fra intensivavdelinger, dersom de kan følges opp på en overvåkningsavdeling.

Organiseringen av overvåkningsavdelingene vil variere ut fra sykehusstørrelse og lokale forhold. En hovedutfordring vil alltid være å tilpasse antallet lege- og sykepleierstillinger ved slike avdelinger i forhold til hva som er den beste bruken av ressursene ved en medisinsk avdeling.

LITTERATUR

1. Morland M, Haagensen R, Dahl F et al. Epidemiologi og prognoser i en medisinsk overvåkningsavdeling. Tidsskr Nor Legeforen 2018. doi: 10.4045/tidsskr.17.0496 [CrossRef]
2. Kvåle R. Norsk intensivregister (NIR) – Årsrapport for 2014. <http://docplayer.me/11051023-Norsk-intensivregister-arsrapport-for-2014.html> (17.4.2018).
3. Nygård ST, Langeland N, Flaatten HK et al. Aetiology, antimicrobial therapy and outcome of patients with community acquired severe sepsis: a prospective study in a Norwegian university hospital. BMC Infect Dis 2014; 14: 121. [PubMed][CrossRef]
4. Mosevoll KA, Skrede S, Markussen DL et al. Inflammatory mediator profiles differ in sepsis patients with and without bacteremia. Front Immunol 2018. E-publisert 6.4.2018.
5. Torres OH, Francia E, Longobardi V et al. Short- and long-term outcomes of older patients in intermediate care units. Intensive Care Med 2006; 32: 1052 - 9. [PubMed][CrossRef]
6. Capuzzo M, Volta C, Tassinati T et al. Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study. Crit Care 2014; 18: 551. [PubMed][CrossRef]
7. Helsetilsynet. «Stopp sepsis» – landsomfattende tilsyn i 2016–2018. Tilsynsmelding 2016: 26-8. <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Tilsynsmelding/Tilsynsmelding-2016/Stopp-sepsis-landsomfattende-tilsyn-i-20162018/> (17.4.2018).
8. Guidet B, de Lange DW, Flaatten H. Should this elderly patient be admitted to the ICU? Intensive Care Medicine 2018. E-publisert 22.1.2018. doi: 10.1007/s00134-018-5054-7 [Epub ahead of print]
9. Docherty A, Lone N, Anderson N et al. Epidemiology and outcomes of older patients admitted to Scottish intensive care units: a national database linkage study. Lancet 2015; 385 (suppl 1): S33. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. mai 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0224

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2025 Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. desember 2025.