
Viktig å skilje intermediaerpasientar frå intensivpasientar

KOMMENTAR

EIRIK ALNES BUANES

eirik.ernes.buanes@helse-bergen.no

Eirik Alnes Buanes er leiar av Norsk intensivregister.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

ANDREAS BARRATT-DUE

Andreas Barratt-Due er leiar av Fagrådet, Norsk intensivregister

Ingen oppgitte interessekonflikter.

REIDAR KVÅLE

Reidar Kvåle er ansatt i Norsk intensivregister.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

LILIAN LEISTAD

Lilian Leistad er ansatt i Sykehusbygg.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

RITA KONSTANTE

Rita Konstante er ansatt i Sykehusbygg.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Vi takkar for ein oversiktleg artikkel om intermediaerpasientar av Morland og medarbeidare [\(1\)](#). Det kjem fram at kunnskapen er begrensa om denne gruppa pasientar, som altså er for sjuke til å ligge på vanleg sengepost, men ikkje sjuke nok til å trenge organstøttande behandling på ei intensivavdeling. Norsk intensivregister deler denne oppfatninga, og skulle gjerne sett at ein nasjonalt hadde betre oversikt over intermediaerpasientane.

Det er to hovudgrunnar til at dette er viktig. Den eine er det reint faglege, som artikkelen set fokus på. Pasientar som kjem til overvåkingsavdelinga frå sengepost, har meir organsvikt og dårlegare utfall samanlikna med pasientar som kjem direkte frå akuttmottak. Dette stemmer med det mange klinikarar erfarer, at kapasiteten på sengepost er for marginal til å ivareta god medisinsk behandling og overvaking av enkelte pasientar. Dette bør undersøkjast vidare i målretta i multisenterstudiar. For å få det til, bør ein enkelt kunne identifisere intermediærpasientar.

Den andre grunnen har med kapasitet og planlegging å gjere. Etterkvart som drifta av sengepostane vert meir effektiv, har ein mindre rom for pasientar som krev noko meir eller noko anna enn standardpasienten. Samstundes er talet på intensivsenger i Noreg lågt i høve til mange land det er naturleg å samanlikne seg med (2). For å ta hand om dei pasientane som havnar mellom stolane har ein i prinsippet tre val: auke intensivkapasiteten, styrke sengepostane, eller lage egne intermediæreiningar.

På mange mindre sjukehus er intermediærpasientar og intensivpasientar samla, gjerne saman med postoperative pasientar, og får god behandling uavhengig av kva kategori dei er i. Her er totalkapasiteten avgjerande. Likevel er det nyttig å kjenne fordelinga mellom kategoriane, for å kunne skrive fram behov for kapasitet i framtida, for å kunne syte for passande bemanning, og for å kunne skilje gruppene i forskning og kvalitetsarbeid. På større sjukehus finst mange stader ulike intermediæreiningar, gjerne knytta til organsystem. Det er og slik at nokre av pasientane som vert behandla på intermediærnivå fyller kriteria Norsk intensivregister har for intensivpasientar. I praksis plasserer større sjukehus ofte pasientar på stader tiltenkt andre pasientkategoriar (til dømes intensivpasientar på intermediæravsnitt og omvendt), men ofte erfarer nok klinikarane mangel på både intensiv- og intermediærplassar.

Sykehusbygg HF og Norsk intensivregister har denne våren i fellesskap søkt direktoratet for e-helse om å få prosedyrekodar for intermediær- og intensivbehandling inn i NCMP-kodeverket. Om dette er riktig kodeverk å bruke er ikkje sikkert, men vi meiner at det er viktig å kunne skilje desse to pasientpopulasjonane. Målet er å sikre fagleg god behandling, og å organisere behandlingsskapasiteten på ein fornuftig måte på kvart einskild sjukehus både no og i framtida.

LITTERATUR

1. Morland M, Haagensen R, Dahl FA et al. Epidemiologi og prognoser i en medisinsk overvåkingsavdeling; 138 Tidsskr Nor Legeforen 2018; doi: 10.4045/tidsskr.17.0496. [CrossRef]
2. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H et al. The variability of critical care bed numbers in Europe. Intensive Care Med 2012; 38: 1647 - 53. [PubMed] [CrossRef]